

Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2024

Colophon

Coördinatie:

Dennis Mathysen, Elise Mendes da Costa

Auteurs:

Dennis Mathysen, Elise Mendes da Costa, Sarah Missine, Joël Girès, Dalia Fele, Melody Yannart

Bijdragen:

Melody Yannart, Deogratias Mazina, Olivier Gillis

Nalezing:

Sarah Missine, Peter Verduyckt, Dalia Fele, Olivier Gillis, Melody Yannart, Gaëlle Amerijckx

Lay-out:

Nazca agency & Partners

Gelieve te verwijzen naar dit document als:

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2024). Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2024. Brussel: Vivalis.Brussels

Depotnummer:

D/2024/9334/36

Voor meer informatie:

Dennis Mathysen
dennis.mathysen@vivalis.brussels
Elise Mendes da Costa
elise.mendesdacosta@vivalis.brussels

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad - Vivalis.brussels

Belliardstraat 71, bus 1 - 1040 Brussel
Tel. : 02/552 01 89
observat@vivalis.brussels
<https://www.vivalis.brussels/nl/informerer/observatoire/observatorium-voor-gezondheid-en-welzijn-van-brussel>

Cette publication est également disponible en français

Inhoudstafel

Voorwoord

8

1. Enkele kenmerken van de Brusselse Bevolking

10

De groeiende bevolking van Brussel

11

Brussel is een jonge stad

13

Brussel is een internationale stad

15

Brussel is een rijke stad maar heeft een bevolking met een hoger armoederisico

17

2. Gezondheidstoestand van de Brusselaars

22

A. Determinanten van de gezondheidstoestand van de Brusselaars

23

Theoretisch kader: sociale ongelijkheden in gezondheid

23

De grote impact van socio-economische status

24

Gezondheidsongelijkheid begint bij of al voor de geboorte

27

Gezondheidsgedragingen en verschillen in levensstijl

29

Besluit

35

B. Levensverwachting, doodsoorzaken en (on)gezondheid

36

Levensverwachting

36

Mortaliteit, verloren potentiële levensjaren en 'disability-adjusted life years'

37

Besluit

44

C. Chronische ziekten

44

Overzicht van de meest voorkomende chronische aandoeningen

45

Artritis of artrose

47

Verhoogde bloeddruk en cholesterol

47

Hart en vaataandoeningen

47

Diabetes

49

Multimorbiditeit

51

Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

51

Besluit

55

D. Kanker

55

Evolutie over tijd

55

Leeftijdsverschillen

57

Incidentie per type kanker

57

Mortaliteit per type kanker

59

Besluit

61

E. Overdraagbare aandoeningen

61

Sterfte ten gevolge van overdraagbare aandoeningen

61

COVID-19

63

Griep

65

Mazelen, Difterie, Tuberculose en HIV/AIDS

67

Besluit	68
F. De geestelijke gezondheid van de Brusselaars	69
Inleiding	69
Algemeen psychologisch welbevinden/onwelbevinden	71
Specifieke psychische stoornisse	71
Zelfmoordgedachten, zelfmoordpogingen en overlijdens door zelfdoding	73
Besluit	77
G. De omgeving en de woonomstandigheden	78
Luchtvervuiling en de blootstelling aan lawaai	78
Polluenten op het werk	81
Polluenten in de woning	85
Besluit	87
3. Gebruik van zorg door de Brusselaars	88
A. Preventie	89
Inleiding	89
Vaccinatie	89
Besluit	99
Bibliografie	100
B. Gebruik van huisartsenzorg	102
Inleiding	102
Hoe vaak wordt de huisarts geconsulteerd?	102
Hoeveel Brusselaars hebben een (vaste) huisarts?	105
Welke factoren beïnvloeden het aantal contacten met de huisarts?	107
Besluit	107
C. Gebruik van geestelijke gezondheidszorg	108
Inleiding	108
Consultatie bij een gezondheidsprofessional in verband met een geestelijk gezondheidsprobleem	108
Gebruik van psychotrope geneesmiddelen	109
Psychiatrische verblijven	113
Besluit	115
Bibliografie	117
D. Ziekenhuisopnames en spoeddienst	118
Inleiding	118
Evolutie van 2008 tot 2019	118
Verschillen in leeftijdscategorieën	120
Duur van ziekenhuisverblijf	120
Gebruik van spoeddiensten	121
Types contacten met de spoeddienst	121
Gebruik van spoeddiensten na doorverwijzing door een arts	121
Besluit	123

E. Gebruik van gezondheidsdiensten voor ouderen	124
Inleiding	124
Thuisverpleging	124
Rust- en verzorgingstehuizen	127
Kortverblijf en dagverzorgingscentra	127
Besluit	128
Besluit	130
Annexe	132
Appendix: Bronnen en methodologische toelichting	136



De “Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest” bieden een globale visie van de gezondheid van de Brusselse bevolking binnen de demografische, sociale, ruimtelijke en multiculturele context van het Brussels Gewest.

Voorwoord

In deze nieuwe editie van de Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest bieden we een actueel overzicht van de gezondheid van de Brusselse bevolking, ingebed in de continu veranderende demografische, sociale en multiculturele context van het Gewest. Deze uitgave, gericht op iedereen die betrokken is bij de ontwikkeling van een gecoördineerd gezondheidsbeleid – van beleidsmakers tot gezondheidswerkers en actoren in diverse gezondheidsdomeinen – brengt belangrijke thema's aan het licht, zoals de levensverwachting, de uitdagingen van chronische en infectieziekten, en de cruciale rol van geestelijke gezondheidszorg.

Er is speciale aandacht voor de complexe relatie tussen gezondheid en sociale ongelijkheden, die in het Brussels Gewest prominenter dan ooit naar voren komen. Dit reflecteert het inzicht dat gezondheidsverbetering niet enkel bereikt kan worden door toegang tot zorgdiensten, maar ook door een inzet op de sociale determinanten van gezondheid zoals werkgelegenheid, inkomen, huisvesting, en leefmilieu.

De levensloop van de Brusselse bevolking wordt besproken, met aandacht voor specifieke gezondheidsbehoeften en -uitdagingen in bepaalde levensfasen. We sluiten af met een overzicht van zorgaanbod en -gebruik, en lichten toe hoe deze de gezondheidsuitkomsten in Brussel beïnvloeden. Dit rapport, gebaseerd op een verscheidenheid aan bronnen, is een beleidsondersteunend instrument, bedoeld om de dialoog en kritische vraagstelling te stimuleren met als doel de gezondheid en levenskwaliteit van alle Brusselaars te verbeteren.

Enkele kenmerken van de Brusselse Bevolking

In dit deel van het rapport bespreken we op een beknopte manier enkele kenmerken van de Brusselse bevolking. Eerst wordt de **demografische context** van het Gewest geschetst aan de hand van enkele indicatoren zoals het bevolkingsverloop, de bevolkingsdichtheid, het aantal geboortes en overlijdens, de gemiddelde leeftijd en leeftijdsverdeling en de verdeling van de bevolking naar nationaliteit. Vervolgens staan we stil bij de **socio-economische context** van het Gewest. Daarvoor kijken we onder meer naar het aandeel van de bevolking dat onder de armoederisicogrens leeft, het mediane inkomen per statistische sector, het aantal rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming, onderwijsniveau en ongelijkheden in huisvesting.

Deze cijfers zullen duidelijk maken dat het Brussels Gewest zowel demografisch als socio-economisch sterk van de andere Belgische gewesten verschilt. Het Brussels Gewest heeft een jonge en internationale bevolking (in vergelijking met Vlaanderen en Wallonië). Het is ook een regio waar veel welvaart wordt geproduceerd, maar waar tegelijkertijd ook veel inwoners onder de armoedegrens leven. We zullen in dit rapport meer licht werpen op hoe bepaalde maatschappelijke groepen met belangrijke gezondheidsuitdagingen worden geconfronteerd.

De groeiende bevolking van Brussel

Op 1 januari 2022 telde het Brussels Gewest officieel 1 222 637 inwoners. Figuur 1-1 illustreert een bevolkingsgroei die begint rond de laatste eeuwwisseling en pas recent is begonnen afvlakken.

Indien men de laatste tien jaar (2012-2022) in beschouwing neemt en het Brussels Gewest vergelijkt met de andere gewesten in België, wordt het duidelijk dat de bevolkingsgroei groter is in Brussel dan in Vlaanderen en Wallonië: het aantal inwoners groeide met 7,4% in Brussel, 5,5% in Vlaanderen en 3,3% in Wallonië. Brussel is natuurlijk wel het enige gewest dat volledig verstedelijkt is¹. Het is dus zinvol om Brussel ook met de grotere steden binnen de andere gewesten te vergelijken. Dit leert ons dat de bevolking in het Brussels Gewest sterker groeide dan in andere Belgische steden: Antwerpen en Gent kenden respectievelijk een bevolkingsgroei van 5,6% en 6,8%, terwijl de

bevolking van Charleroi (-0,7%) en Luik (-0,2%) lichtjes kromp.

De evolutie van het bevolkingsaantal wordt bepaald door de combinatie van drie factoren: het natuurlijk saldo, het extern migratiesaldo en het intern migratiesaldo (figuur 1-2).

- Het **natuurlijk saldo** is het verschil tussen het aantal geboortes en overlijdens. Dit saldo levert een significante bijdrage aan de Brussels bevolkingsgroei: sinds de jaren '90 is het positief. Dit positief saldo hangt samen met de leeftijdsstructuur van de Brusselse bevolking, die wordt gekenmerkt door een belangrijk aandeel volwassenen op vruchtbare leeftijd en naar verhouding weinig ouderen
- Het **extern migratiesaldo** is het verschil tussen het aantal personen die zich in de loop van het jaar vanuit het buitenland in het Brussels Gewest komen vestigen enerzijds, en het aantal Brusselaars die tijdens datzelfde jaar naar het buitenland verhuisden anderzijds.
- Het **intern migratiesaldo** is al ruime tijd negatief in Brussel omdat een groter aantal mensen het Brussels Gewest verliet om in Vlaanderen of Wallonië te gaan wonen dan het aantal mensen uit Vlaanderen of Wallonië dat in het Brussels Gewest is komen wonen.

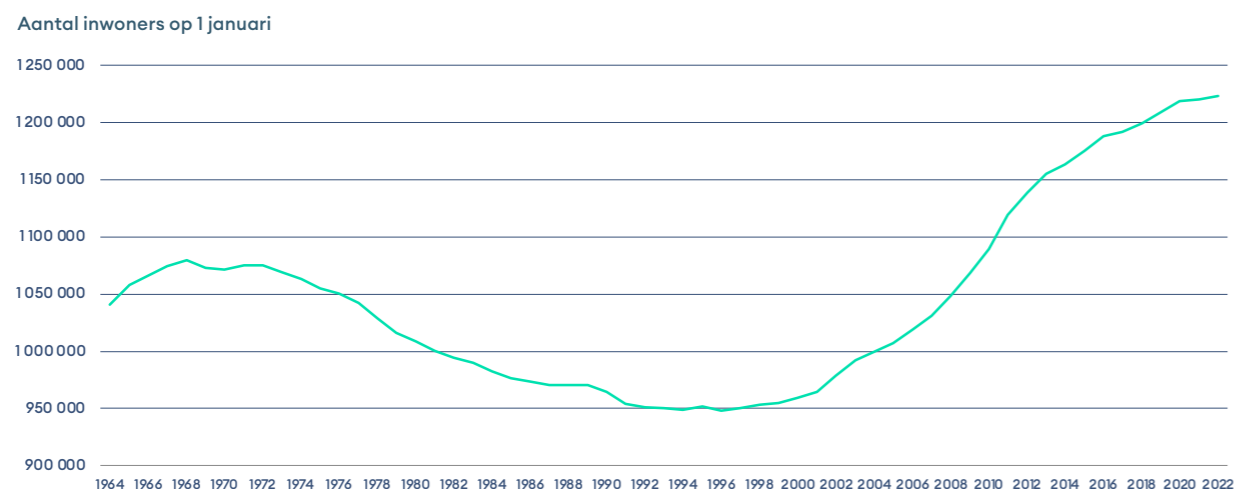
Figuur 1-2 toont aan dat het totaal saldo (de som van het migratiesaldo en het natuurlijk saldo) ook in het jaar 2020 positief bleef (+1 179) in het Brussels Gewest, maar dat er wel duidelijk een vertraging in de bevolkingsgroei heeft plaatsgevonden in de loop van de voorbije 10 jaar.

Het Federaal planbureau voorspelt dat de bevolking van België in de komende decennia zal blijven groeien in alle drie gewesten. De (geprojecteerde) procentuele groei tussen 2020 en 2030 zal in Brussel 3,4% bedragen, waardoor de (relatieve) groei van het aantal inwoners in Brussel groter zal zijn dan die van Wallonië (2,5%) en minder groot dan die van Vlaanderen (4,7%). We benadrukken ook graag aan dat er verschillen bestaan in het bevolkingsverloop tussen de gemeenten van het Brussels Gewest: voor meer gedetailleerde overzichten per gemeente en bijhorende besprekingen, verwijzen we graag naar de publicatie 'Zoom op de Gemeenten'².

¹ Het feit dat het ganse Brusselse Gewest verstedelijkt is, vormt een belangrijke kanttekening bij veel analyses die in dit rapport worden gepresenteerd; er wordt immers regelmatig de vergelijking gemaakt tussen het Brussels, Vlaams en Waals Gewest. Die vergelijking is m.b.t. bepaalde vraagstukken niet altijd vanzelfsprekend. Zo lag de bevolkingsdichtheid (in 2021) in het Brussels Gewest (7 511 inwoners per km²) logischerwijs ettelijke malen hoger dan in Vlaanderen (488 inwoners per km²) of Wallonië (216 inwoners per km²). Daarom wordt (waar nodig of mogelijk) ook de vergelijking gemaakt met andere 'grote' Vlaamse en Waalse steden.

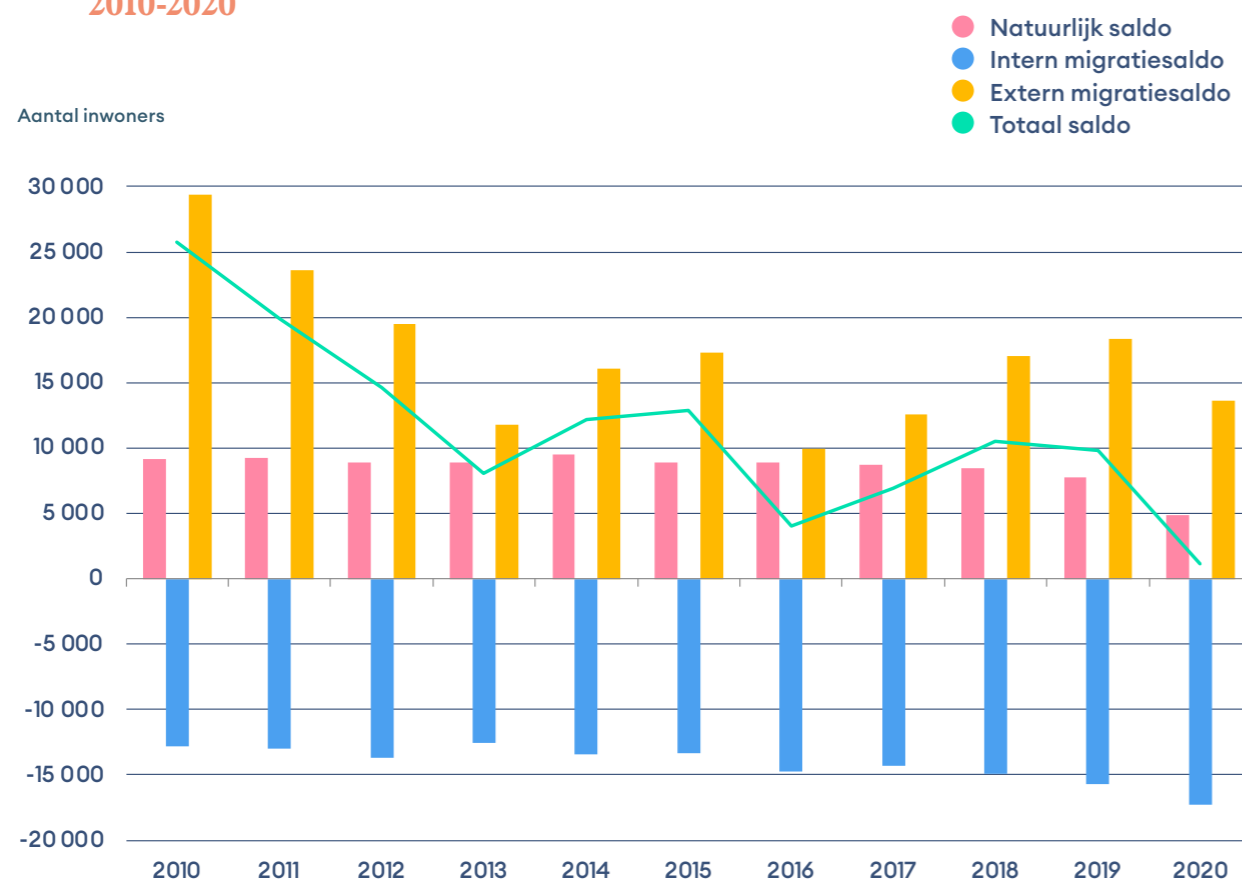
² <https://bisa.brussels/publicaties/zoom-op-de-gemeenten>

Figuur 1-1 Evolutie van de bevolking in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 1964-2022



Bron: FOD Economie - Statistics Belgium

Figuur 1-2 Evolutie van het natuurlijk saldo en de migratiesaldi, Brussels Gewest, 2010-2020



Bevolking op 01/01/2010: 1 089 538

Bevolking op 01/01/2021: 1 219 970

Bron: FOD Economie - Statistics Belgium; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

Het is ook belangrijk aan te stippen dat het aantal inwoners dat daadwerkelijk in het Brussels Gewest verblijft, in werkelijkheid hoger ligt dan in de officiële statistieken gepubliceerd door de FOD Economie en Statbel. Zo waren er tussen 2012 en 2022 elk jaar gemiddeld 11 779 kandidaat-vluchtelingen ingeschreven in het Wachtregister. Ook telt Brussel meer dan 10 000 personen met een diplomatiek statuut (diplomaten, ambtenaren met een diplomatiek statuut en hun gezinsleden) en verblijft er verder een groot aantal onregelmatig binnengekomen of verblijvende personen op het Brussels grondgebied. Met betrekking tot deze laatste categorie moet er worden onderstreept dat schattingen over het aantal effectieve 'sans-papiers' in België niet accuraat zijn en vaak heel sterk uiteenlopen. Om de ordegrrootte toch te schetsen, vermelden we hier dat het om ongeveer 100 000 mensen in heel België gaat, waarvan een groot deel zich in het Brussels Gewest bevindt.

Brussel is een jonge stad

In 2020 bedroeg (volgens Statbe³) het geboortecijfer in het Brussels Gewest 13,0 ten opzichte van 9,5 en 9,6 in (respectievelijk) Vlaanderen en Wallonië. Het geboortecijfer in Brussel is al sinds de late jaren '80 hoger dan in Vlaanderen of Wallonië en ging lange tijd ook in stijgende lijn. Het lijkt er echter op dat deze trend rond het jaar 2010 keerde: tussen 2010 en 2020 is het geboortecijfer gedaald tot niveaus die in de buurt komen van die van de jaren tachtig. Het geboortecijfer is wel nog steeds hoger in het Brussels Gewest dan in Vlaanderen en Wallonië.

De redenen achter het dalende geboortecijfer in het Brussels Gewest moeten nog verder worden onderzocht, maar wellicht heeft het minstens gedeeltelijk te maken met enkele conjuncturele trends (met name de covid- en huisvestingscrisis) die zich mogelijk harder laten voelen in een regio waar meer mensen in bestaansonzekerheid leven.

Het feit dat de geboortecijfers zo lang in stijgende lijn gingen, verklaart ook maar gedeeltelijk de opvallende bevolkingsgroei die Brussel zo lang kenmerkte. Een andere belangrijke verklarende factor is dat zowel de algemene als vroegtijdige sterfte in Brussel beiden in dalende lijn zijn sinds de laatste eeuwwisseling. Zo bedroeg het (voor leeftijd gestandaardiseerd) sterfecijfer in Brussel in het jaar 2019 1.166 op 100.000 inwoners, terwijl deze in het jaar 2000 nog 1.564 doden op 100.000 inwoners bedroeg⁴. In deel twee van dit rapport zal uitgebreid worden stilgestaan bij de belangrijkste doodsoorzaken in het Brussels Gewest.

Het hoger aantal geboorten in vergelijking met Vlaanderen en Wallonië houdt verband met het feit dat Brussel een jongere bevolking heeft. Figuur 1-4 laat zien dat de Brusselse bevolking sterk afwijkt van de bredere Belgische bevolking op vlak van leeftijdsverdeling. De structuur van de leeftijds piramide in het Brussels Gewest wordt gekenmerkt door een brede basis, met veel meer jonge kinderen en jongvolwassen dan in de rest van het land. Maar liefst zes van de tien 'jongste' gemeenten in België, zijn gelegen in het Brussels Gewest (Sint-Jans-Molenbeek, Koekelberg, Sint-Joost-ten-Node, Schaarbeek, Anderlecht en Brussel).

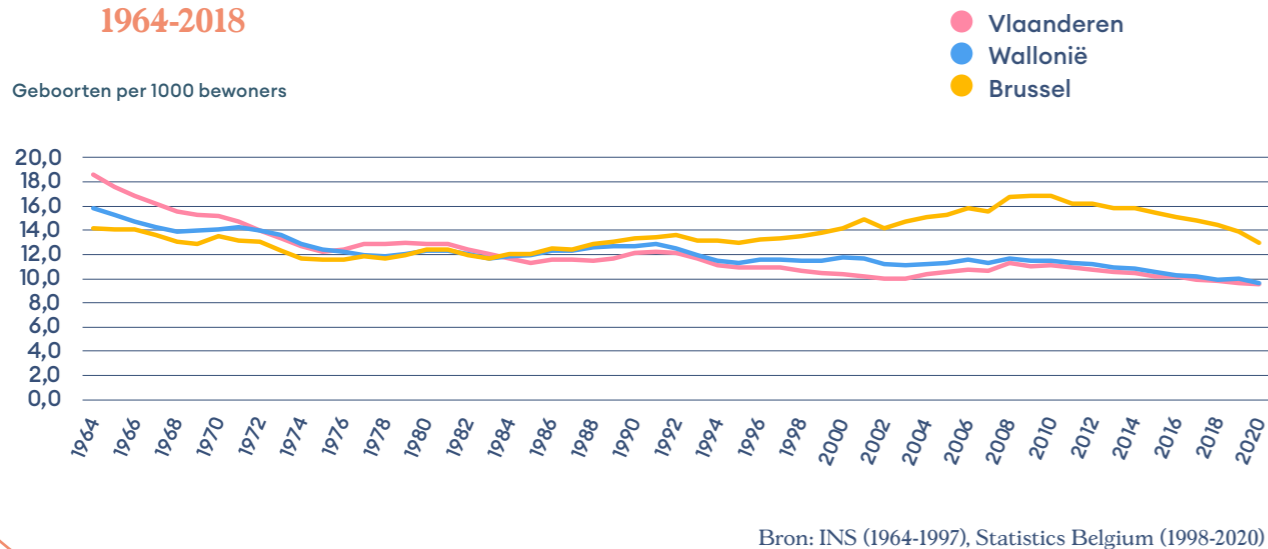
Tussen het jaar 2000 en 2016 daalde de gemiddelde leeftijd in het Brussels Gewest, terwijl deze gestaag steeg in de rest van het land in dezelfde periode. Pas sinds 2017 gaat de gemiddelde leeftijd opnieuw in stijgende lijn in het Brussels Gewest. Het verschil tussen Brussel en de andere gewesten is overigens opvallend: de gemiddelde leeftijd in 2021 bedroeg in het Brussels Gewest 37,7 jaar en respectievelijk 43,0 en 41,7 jaar in Vlaanderen en Wallonië.

Het Brussels Gewest heeft dus een opvallend jonge bevolking, zelfs wanneer met vergelijkt met andere grote, Belgische steden: de gemiddelde leeftijd lag in 2022 bijvoorbeeld hoger in Gent (39,4 jaar) en Antwerpen (38,6 jaar) dan in (het stadsgewest) Brussel (37,8 jaar). Wel moet er worden onderstreept dat er opvallende verschillen bestaan tussen gemeenten. Zoals figuur 1-5 laat zien, bedroeg op 1 januari 2022 de gemiddelde leeftijd in Sint-Jans-Molenbeek 35,3 jaar tegenover 42,7 jaar in Watermaal-Bosvoorde.

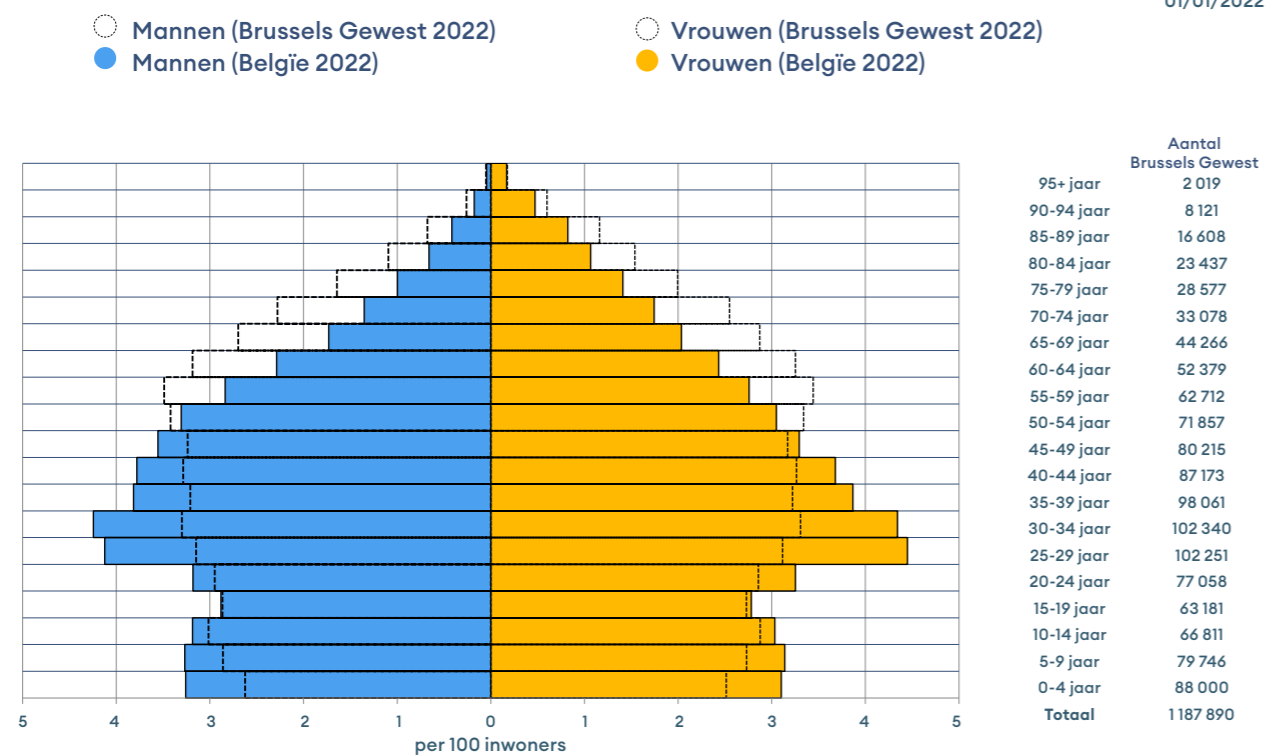
³ De geboortecijfers in figuur 1-3 worden berekend gebruikmakend van het Rijksregister, dat wordt samengesteld op basis van de bevolkingsregisters van de (woon)gemeenten. Een andere bron met informatie over de geboorten zijn de statistische formulieren voor geboorte, die worden ingevuld door de gezondheidswerkers en de diensten van de burgerlijke stand van de gemeente van geboorte. Deze laatste bron houdt rekening met alle geboorten, ongedacht het verblijfsstatuut van de moeder en rapporteert daarom altijd meer geboorten dan het Rijksregister. Tussen 2010 en 2019 telden de statistische formulieren voor geboorten per jaar gemiddeld 723 geboorten meer bij Brussels moeders dan het Rijksregister.

⁴ <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/sterfte-en-doodsoorzaken/algemene-sterfte>

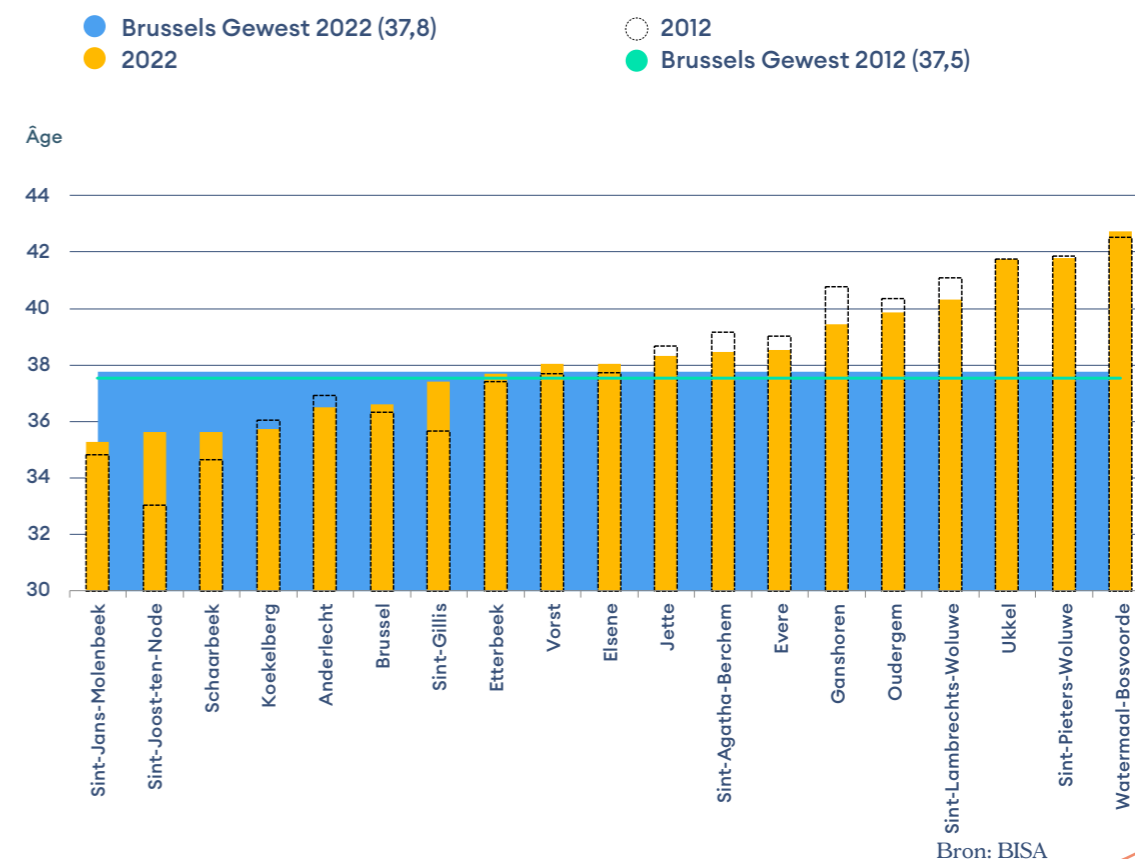
Figuur 1-3 Evolutie van het bruto geboortecijfer (per 1 000 inwoners) volgens het gewest van verblijf van de moeder op het ogenblik van de bevalling, 1964-2018



Figuur 1-4 Leeftijdspiramide van de bevolking, Brussels Gewest en België, per 100 inwoners, 1 januari 2022



Figuur 1-5 Gemiddelde leeftijd van de bevolking naar gemeente, Brussels Gewest, 1 januari 2012 en 2022



Brussel is een internationale stad

Het feit dat de Brusselse bevolking jonger is dan die van andere Belgische steden en gewesten laat zich deels verklaren door het unieke internationale karakter van Brussel: expats die voor internationale instellingen werken, keren na hun carrières vaak terug naar hun geboorteland en de gemiddelde leeftijd van migrantengemeenschappen afkomstig uit landen (vooral buiten de Europese Unie) is vaak lager. Beide groepen zijn sterker vertegenwoordigd in bepaalde (en van elkaar verschillende) wijken en gemeenten.

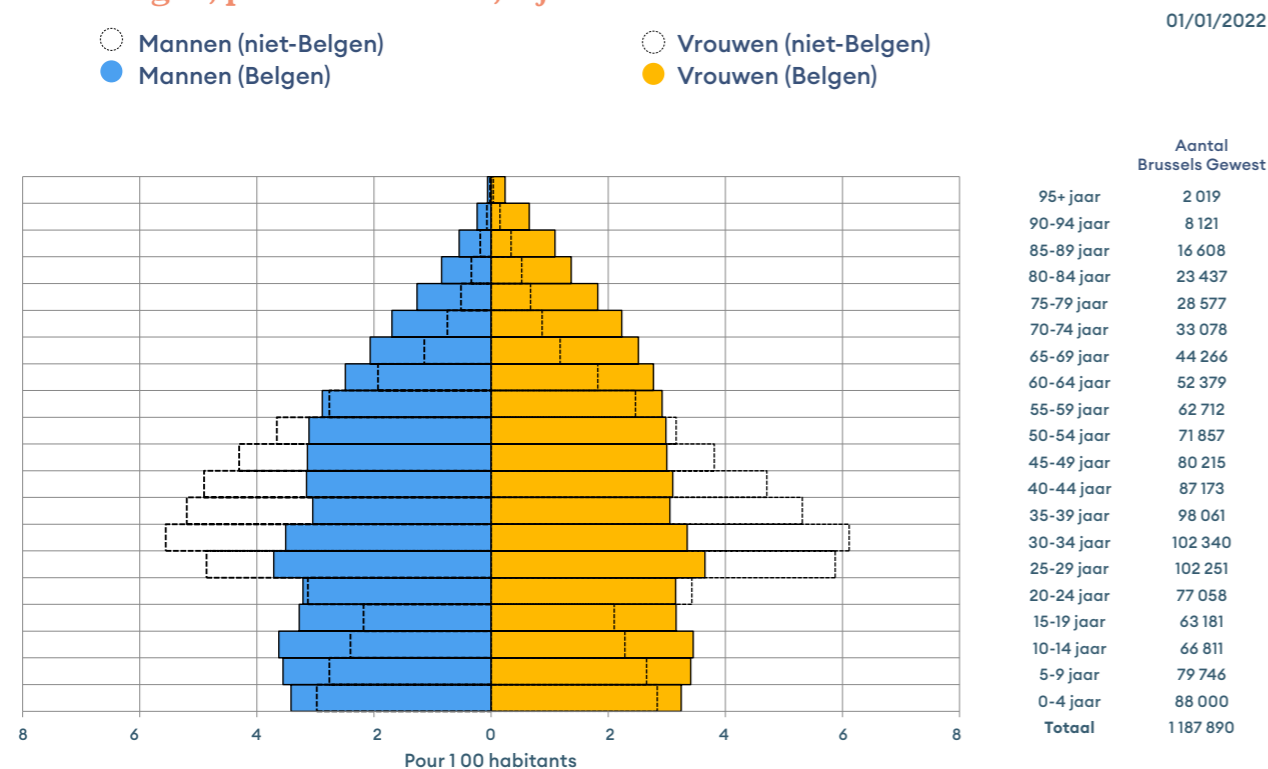
In figuur 1-6 wordt de leeftijds piramide van Brusselaars met de Belgische nationaliteit vergeleken met die van Brusselaars die niet de Belgische nationaliteit hebben. Het uitgesproken internationale en multiculturele karakter van Brussel verklaart immers voor een groot stuk waarom de leeftijdsverdeling in het Brussels Gewest zo anders is vergeleken met de andere gewesten in ons land.

De leeftijdsverdeling van de Belgische en niet-Belgische bevolking verschilt enorm: bij de niet-Belgen is het aantal jongvolwassenen groter en het aantal ouderen kleiner. Het is echter ook duidelijk dat de basis van de piramide metertijd smaller wordt bij de niet-Belgen, en breder bij de Belgen. Dit fenomeen kan onder meer verklaard worden doordat de kinderen van derde generatie migranten automatisch de Belgische nationaliteit krijgen.

Op 1 januari 2022 had 35,9% van de inwoners van het Brussels Gewest een andere nationaliteit dan de Belgische. Dit percentage stijgt elk jaar lichtjes, al sinds 2001. Brussel telt aanzienlijk meer niet-Belgen dan andere Belgische steden: Antwerpen (22,0%) en Luik (19,6%) vervolledigen het podium.

Veruit de grootste groep 'niet-Belgische' Brusselaars heeft de nationaliteit van een land dat deel uitmaakt van de Europese Unie: figuur 1-7 toont dat zij 65% van de Brusselse, niet-Belgische bevolking vertegenwoordigen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de landen van de zogeheten EU-14 en de nieuwere lidstaten die tussen 2004 en 2013 toetraden. Dit laat zien dat er een meerderheid is van niet-Belgische Brusselaars die afkomstig zijn

Figuur 1-6 Leeftijdspiramide van de bevolking, Brussels Gewest, Belgen en niet-Belgen, per 100 inwoners, 1 januari 2022



Bron: FOD Economie - Statistics Belgium

uit de meer 'historische' EU-lidstaten⁵. Uiteraard speelt het feit dat de buurlanden van België allemaal tot deze categorie behoren een rol: in 2021 vertegenwoordigden Fransen bijna 16% van de buitenlandse bevolking in het Brussels Gewest. Daarmee zijn ze veruit de grootste groep van personen met een buitenlandse nationaliteit in het Brussels Gewest. Het aantal personen met de Marokkaanse of Turkse nationaliteit blijft dalen, voornamelijk als gevolg van het verkrijgen van de Belgische nationaliteit: 23% van alle Brusselaars is Belg maar werd geboren met een andere nationaliteit.⁶

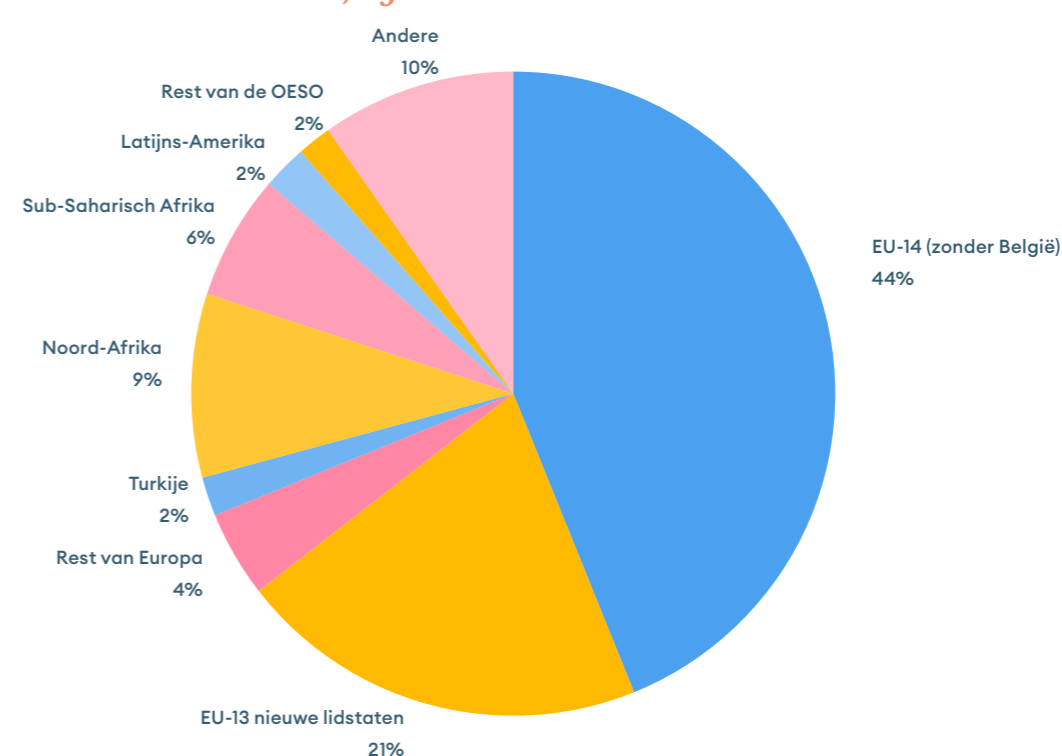
Figuur 1-7 neemt het ganse Brussels Gewest in beschouwing. Er bestaan echter significante verschillen in de verdeling van de niet-Belgische bevolking naar nationaliteit tussen de verschillende gemeenten van het Brussels Gewest. Voor meer gedetailleerde informatie aangaande de vertegenwoordiging van verschillende nationaliteiten in elke gemeente en bijhorende besprekingen, verwijzen we opnieuw graag naar de publicatie 'Zoom op de Gemeenten'⁷.

⁵ Ter verduidelijking: het V.K. wordt in dit overzicht niet meer tot de EU-landen wordt gerekend, maar wordt nu ondergebracht onder 'rest van Europa'.

⁶ Zie de https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/2021_nl_barometre_1.pdf voor een meer gedetailleerde bespreking van nationaliteit en herkomst in het Brussels Gewest.

⁷ <https://bisa.brussels/publicaties/zoom-op-de-gemeenten>

Figuur 1-7 Verdeling van de niet-Belgische bevolking naar nationaliteit, Brussels Gewest, 1 Januari 2021



Bron: IBSA ; BISA; FOD Economie - Statistics Belgium

Brussel is een rijke stad maar heeft een bevolking met een hoger armoederisico

Socio-economische status heeft een grote invloed op gezondheid en welzijn. We zullen in dit rapport daarom vaak de aandacht hierop vestigen. Waar mogelijk, gebruiken we indicatoren die veel zeggen over de sociale status van een individu (of een gezin), zoals inkomen of opleidingsniveau.

Figuur 1-8 laat zien dat één op vier Brusselaars onder de armoederisicogrens⁸ leeft en meer dan één op drie risico loopt op armoede of sociale uitsluiting. Vergeleken met andere Belgische gewesten en provincies is het risico op armoede of sociale uitsluiting het grootst in het Brussels Gewest. Het aantal mensen met een leefloon⁹ stijgt ook in Brussel, zowel in absolute als relatieve cijfers (net als in de andere Belgische gewesten).

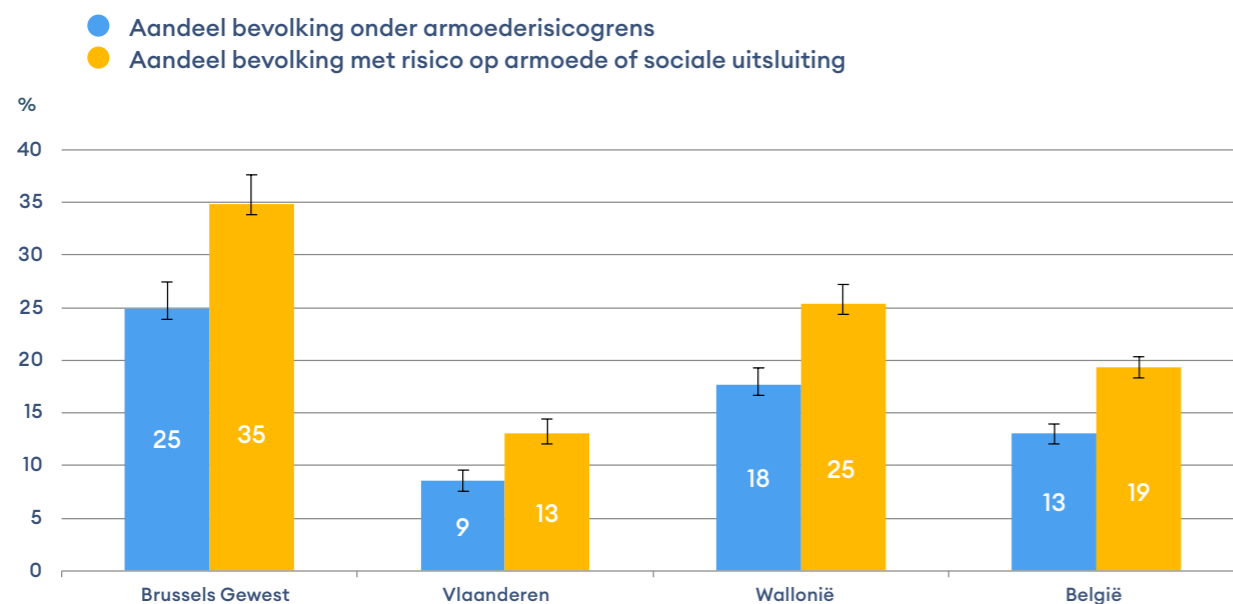
We onderstrepen nogmaals dat voorzichtigheid geboden is wanneer men het Brussels Gewest vergelijkt met Vlaanderen of Wallonië: (Belgische) steden tellen immers vaak meer personen met een lagere socio-economische status wanneer men vergelijkt met de gemeenten die steden omringen. Deze gemeenten vormen immers vaak een meer welgestelde suburbane rand. Dat is voor Brussel zeker het geval.

Er moet ook nog een andere belangrijke kanttekening worden gemaakt bij de stelling dat het risico op armoede of sociale uitsluiting binnen België het grootst is in het Brussels Gewest: het wordt immers gekenmerkt door scherpe socio-economische tegenstellingen binnen haar grenzen. In het Brussels Gewest varieert het mediaan (jaarlijks) inkomen van de aangiften bijvoorbeeld aanzienlijk tussen de gemeenten: het bedroeg € 16 277 in Sint-Joost-ten-Node en € 26 812 in Sint-Pieters-Woluwe in 2019 (zie kaart 1-1).

⁸ Armoederisicogrens: de inkomensgrens die vastgelegd is op 60 % van het mediaan beschikbaar individueel inkomen. Het individueel inkomen wordt berekend op basis van het beschikbaar inkomen van het huishouden, waarbij rekening wordt gehouden met het aantal volwassenen en kinderen in het gezin. Een tweede volwassene in een gezin telt voor 0,5 en een kind voor 0,3.

⁹ Leefloon: het leefloon is een minimuminkomen, uitgekeerd door het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) aan mensen die niet over toereikende bestaansmiddelen beschikken en er ook geen aanspraak kunnen op maken, noch in staat zijn deze hetzij door eigen inspanningen, hetzij op een andere manier te verwerven.

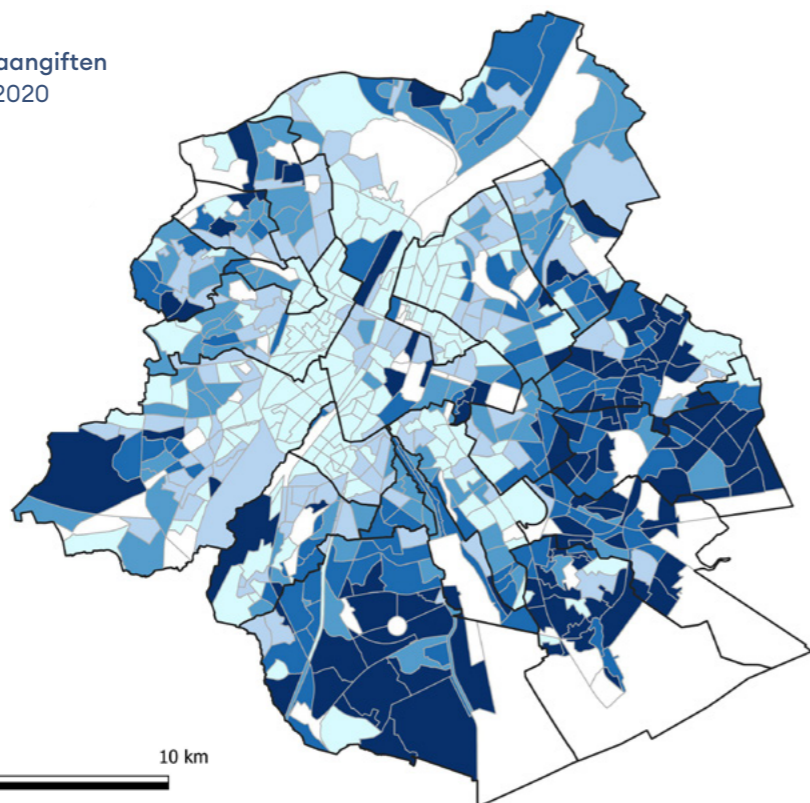
Figuur 1-8 Aandeel van de bevolking onder de armoederisicogrens, België en de gewesten en met risico op armoede of sociale uitsluiting, inkomens 2020



Bron: FOD Economie - Statistics Belgium, Quality Report Belgian SILC 2021

Kaart 1-1 Mediaan inkomen van de aangiften, per statistische sector, Brussel

Mediaan inkomen van de aangiften inkomens 2019, aangiften 2020



0 5 10 km

Bron: FOD Economie - Statistics Belgium, Fiscale statistieken
Cartografie : Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

De 7 gemeenten met het laagste mediaan inkomen in 2019 (op basis van de belastingaangiften) binnen België zijn allemaal Brusselse gemeenten (Sint-Joosten-Node, Sint-Gillis, Sint-Jans-Molenbeek, Anderlecht, Brussel-Stad, Schaarbeek en Koekelberg).

De gebieden met de laagste mediane inkomens liggen grotendeels in de «arme sikkel»¹⁰, maar ook in enkele sectoren met veel sociale huisvesting. De geografie van de mediane inkomens in Brussel is sterk gestructureerd en is de laatste jaren erg stabiel gebleven. Ze kan worden opgedeeld in de volgende zones (BISA, 2021):

- De arme sikkel, waar de buurten met de laagste inkomens geconcentreerd zijn;
- Het zuidoostelijk kwadrant, waar de inkomens het hoogst zijn, vooral in de tweede kroon;
- Buurten in de westelijke tweede kroon, met tussenliggende waarden.

Armoede is verder niet enkel een zaak van lage inkomens: hoge kosten kunnen eveneens bijdragen aan financiële en andere moeilijkheden. Zo legt de hoge huisvestingskost in het Gewest zwaar beslag op het inkomen van de Brusselse gezinnen. Volgens het Observatiecentrum van de Huurprijzen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest steeg de gemiddelde huurprijs (gecorrigeerd voor inflatie) tussen 2004 en 2018 met 20% in het Brussels Gewest¹¹.

Het is tegelijkertijd ook waar dat het Brussels Gewest, wanneer we kijken naar het Bruto Binnenlands Product (BBP) per inwoner, een economisch rijke stad is in vergelijking met andere Europese regio's en de andere twee gewesten van het land. In 2019 bedroeg het BBP per inwoner er € 71 412, tegenover € 30 236 in Wallonië en € 42 249 in Vlaanderen. Het is echter ook zo dat veel inwoners van het Brussels Gewest niet kunnen genieten van deze geproduceerde rijkdom en de aanwezige jobs: de helft van de jobs die bijdragen aan het Brusselse BBP, wordt immers ingenomen door inwoners van de andere twee gewesten.

Figuur 1-9 toont aan dat de scholingsgraad in alle Belgische gewesten toenam gedurende het laatste decennium: het aandeel lager geschoolden krimpt en het aandeel hoger geschoolden groeit onder de actieve bevolking, ook in Brussel. Figuur 1-9 illustreert daarnaast ook nogmaals dat het Brussels Gewest gekenmerkt wordt door scherpe socio-economische contrasten. Brussel, vergeleken met Vlaanderen en Wallonië, telt niet alleen een hoger percentage hooggeschoolden, maar ook het hoogste percentage 'laagst' geschoolden in vergelijking met de andere twee gewesten. Uiteraard speelt het feit dat het Brussels Gewest een stadsgewest is hier weer mee: Antwerpen, Charleroi, Gent en Luik zijn op dat vlak veel beter te vergelijken met het Brussels Gewest dan Vlaanderen of Wallonië. Dit verklaart echter zeker niet alles: ook nu weer speelt het unieke internationale karakter van het Brussels Gewest een rol. Brussel trekt zowel meer immigranten uit ontwikkelingslanden (waar de scholingsgraad lager is of waarvan de diploma's hier niet erkend worden) als hooggeschoolde immigranten (die voor de Europese instellingen of andere internationale bedrijven en organisaties werken) aan. Brussel is ook het politieke en administratieve hart van België, wat wederom een aanzuigefect op hoger geschoolden creëert. Zij vestigen zich echter niet noodzakelijk binnen de stadsgrenzen, maar ook in grote getalen in de suburbane rand rond Brussel (waardoor ze in dit overzicht doorgaans bij Vlaanderen zouden worden geteld).

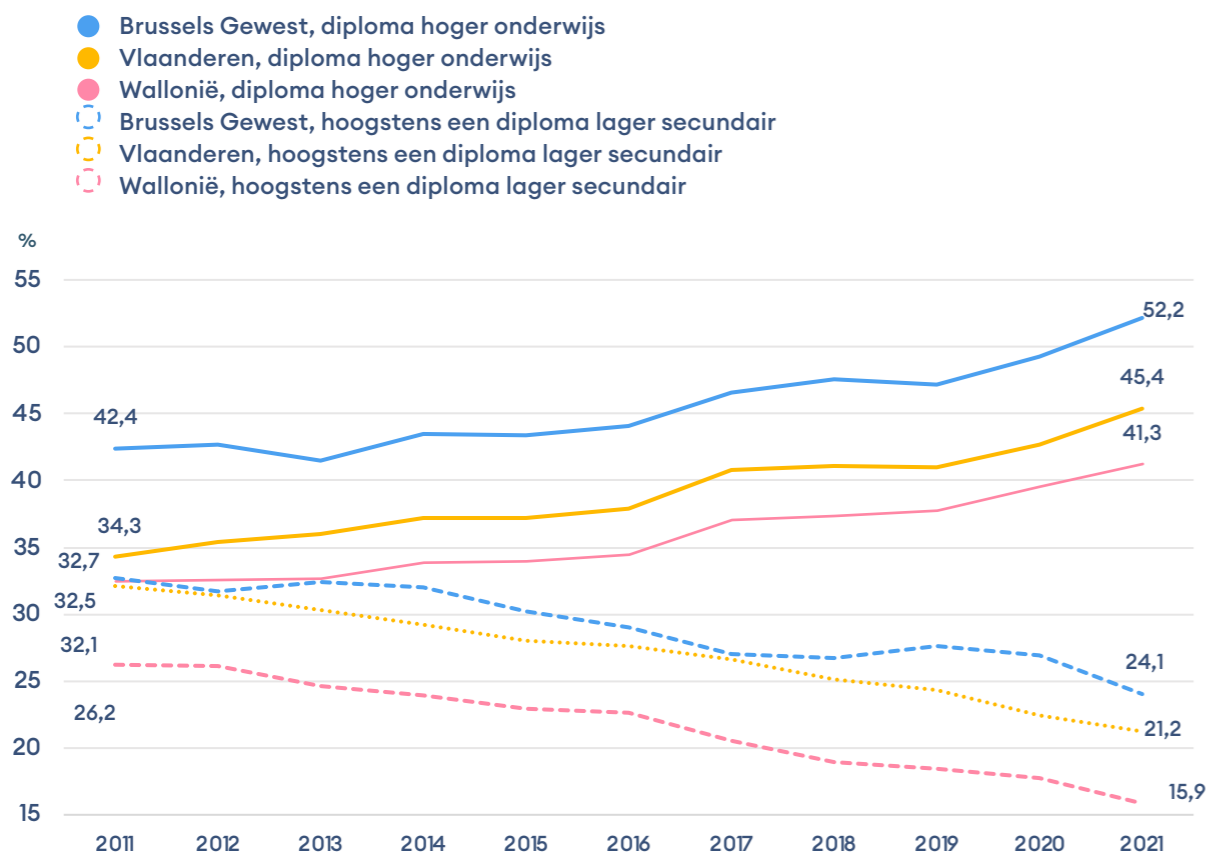
Opleidingsniveau is een vaak gebruikte indicator van socio-economische status. In 2019 bedroeg de armoederisicograad van laag opgeleiden (hoogstens een diploma van het lager secundair) in het Brussels Gewest 45%, tegenover 32% van de gemiddeld geschoolden (hoogstens een diploma van het hoger secundair) en 14% onder de gediplomeerden van het hoger onderwijs¹². Het is belangrijk op te merken dat een groot deel van de geïmmigreerde bevolking in het buitenland studeerde en in België geen als equivalent erkend diploma heeft. Hoewel een diploma nog geen garantie biedt op een job, verkleint deze niet-erkenning van een buitenlands diploma, net zoals het niet beschikken over een diploma van het secundair onderwijs, wel de kans op een toetreding tot de arbeidsmarkt. Dit geldt in het bijzonder voor de Brusselse arbeidsmarkt, die hoge eisen stelt op vlak van kwalificaties (Van Hamme et al., 2011 en Brussels Observatorium

¹⁰ Armoede is niet alleen een kwestie van een laag inkomen: hoge kosten kunnen ook bijdragen tot financiële en andere moeilijkheden. De hoge kosten voor huisvesting in het Gewest wegen bijvoorbeeld zwaar op het inkomen van de Brusselse gezinnen. Volgens het Observatiecentrum van de Huurprijzen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is de gemiddelde huurprijs (gecorrigeerd voor inflatie) in het Brussels Gewest tussen 2004 en 2018 met 20% gestegen.

¹¹ Deze berekening werd gemaakt op basis van een telefonische enquête die werd afgenomen bij 5 000 inwoners verspreid over 118 Brussels Wijken. De auteurs erkennen dat de problematiek vrijwel zeker groter is dan hier wordt voorgesteld, aangezien gezinnen in de meest precare situaties ondervertegenwoordigd waren in de steekproef.

¹² Deze cijfers zijn gebaseerd op de Arbeidskrachtenenquête en geven het opleidingsniveau weer zoals dit door de ondervraagde zelf werd opgegeven, ongeacht of het diploma al dan niet erkend is in België.

Figuur 1-9 Evolutie van het aandeel van de bevolking van 25-64 jaar met hoogstens een diploma lager secundair of een diploma hoger onderwijs, per gewest, 2011-2021



Bron: FOD Economie - Statistics Belgium, Arbeidskrachtenenquête ; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

voor de werkgelegenheid, 2017). Dit is één van de verklaringen waarom de armoedecijfers van het Brussels Gewest hoger liggen dan in Vlaanderen en Wallonië, ongeacht het opleidingsniveau.

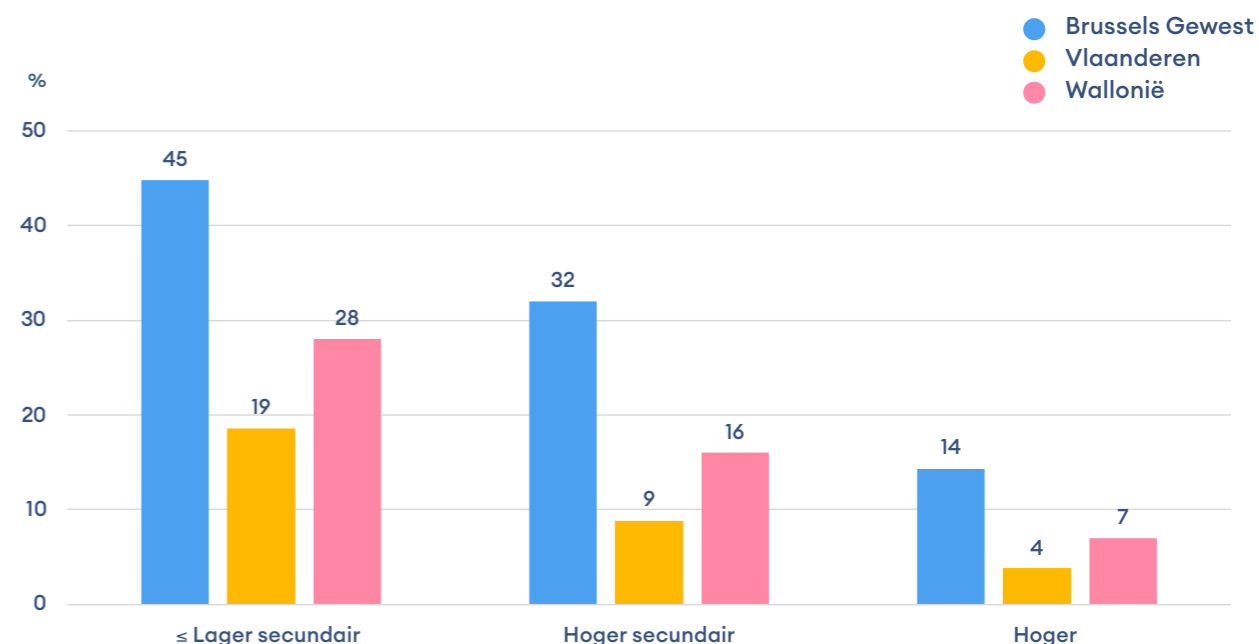
Leefomstandigheden, gezondheid, levenskansen en socio-economische status hangen nauw samen en worden gekenmerkt door wederkerige en op elkaar ingrijpende factoren.¹³ Huisvesting is hiervan één van de meest pertinente voorbeelden: verschillende huisvestingsproblemen, zoals overbevolking, onvoldoende verwarmde of vochtige woningen, kunnen aanzienlijke gevolgen hebben voor de fysieke en mentale gezondheid, het gezinsleven, het onderwijstraject van de kinderen, etc. Deze problemen, waarmee mensen die in precare omstandigheden

leven vaak worden geconfronteerd, verergeren verder hun dagelijkse levensomstandigheden.

Zoals blijkt uit figuur 1-11, komen in het Brussels Gewest problemen met het verwarmen van de woning en overbevolking veel vaker voor bij gezinnen met een inkomen onder de armoederisicogrens. Bijna de helft van de Brusselse bevolking die in een armoederisicosituatie leeft, verblijft in een woning die te klein wordt geacht voor de omvang van hun huishouden. Het betreft hier over het algemeen huishoudens met kinderen.

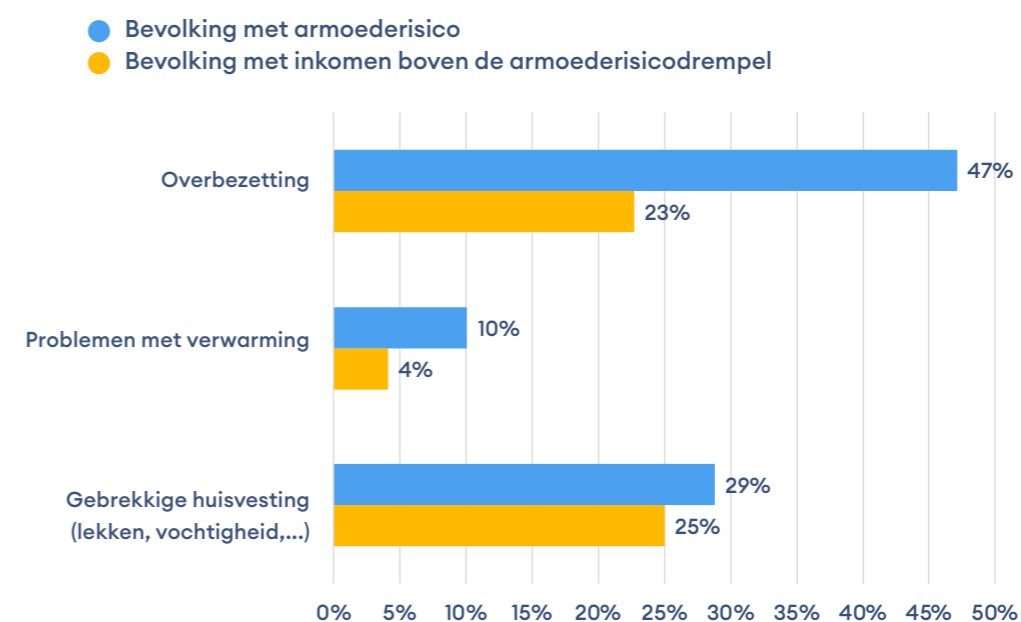
¹³ Zie ook: <https://www.vivalis.brussels/nl/publicatie/sociale-ongelijkheden-gezondheid-brussel>

Figuur 1-10 Armoederisicograad per opleidingsniveau, Belgische gewesten, 2019



Bron: FOD Economie - Statistics Belgium; EU-SILC 2019

Figuur 1-11 Aandeel van de bevolking dat in gebrekkige huisvesting woont, verwarmingsproblemen heeft en in een overbezette woning leeft naargelang het armoederisico van de huishoudens, Brussels Gewest, 2021



Bron: FOD Economie-Statistics Belgium, EU-SILC 2021



Gezondheidstoestand van de Brusselaars

In dit deel van het rapport wordt een overzicht geboden van de gezondheidstoestand van de Brusselaars, waarbij verschillende cruciale gezondheidsindicatoren en -determinanten worden belicht.

In Deel A hebben we aandacht voor de determinanten van gezondheid, waarbij de sociale en economische context die van belang is voor welzijn en gezondheid centraal staat en ook gedragsfactoren die de gezondheid van de bevolking beïnvloeden worden onderzocht. Deel B geeft vervolgens een globaal overzicht van bepaalde gezondheidsrisico's en focust op levensverwachting en doodsoorzaken. Vervolgens worden in delen C t.e.m. F bepaalde aandoeningen uitgelicht.

Zo gaat Deel C gaat dieper in op chronische ziekten, waarbij de prevalentie en de aanpak van bepaalde langdurige gezondheidsaandoeningen wordt belicht. Kanker, ookeen langdurige gezondheidsaandoening, wordt apart uitgelicht in Deel D, waarbij incidentie, behandeling en preventieve maatregelen worden besproken. Deel E behandelt overdraagbare aandoeningen, een aspect van gezondheid dat in recente jaren uiteraard veel onder de aandacht kwam. De geestelijke gezondheid, een vaak onderbelicht maar essentieel aspect van welzijn en gezondheid, komt aan bod in Deel F, waarbij de uitdagingen op dit domein en de beschikbaarheid van geestelijke gezondheidszorg worden geëvalueerd.

Tot slot, in Deel G, wordt de invloed van het milieu op de gezondheid verkend, waarbij de interactie tussen de leefomgeving en de gezondheidsuitkomsten van de Brusselaars wordt geanalyseerd. Dit deel benadrukt het belang van duurzame ontwikkeling en milieubeleid als onderdeel van een gezonde toekomst.

A. Determinanten van de gezondheidstoestand van de Brusselaars

De gezondheid van de Brusselse bevolking wordt bepaald door verschillende factoren op verschillende niveaus. Op individueel niveau zijn leeftijd en geslacht zeer belangrijke determinanten. Ook de levensstijl, waaronder het geheel van gedragingen en gewoonten die een (positieve of negatieve) invloed hebben op de gezondheid wordt verstaan, speelt een uitermate belangrijke rol. Verder beïnvloeden de fysieke en sociale omgeving¹⁴ waarbinnen een persoon leeft, uiteraard ook deze individuele factoren. De kwaliteit van deze omgeving is op haar beurt afhankelijk van de ruimere socio-economische en politieke context¹⁵. De focus zal in dit onderdeel hoofdzakelijk liggen op het vergelijken van het Brussels Gewest met de andere gewesten van België en de impact van socio-economische positie en levensstijl.

De levensstijlelementen, zoals voedingsgewoonten, lichaamsbeweging, (illegaal) middelengebruik, waaronder alcohol of andere drugs, etc, hebben allemaal invloed op de gezondheid, en worden daarom ook wel "gezondheidsgedragingen" genoemd. Deze worden al te vaak als zuiver 'individuele' gedragingen gezien, terwijl ze voor een groot stuk mee worden bepaald door de ruimere omgeving en levensomstandigheden: het gezin, het sociale netwerk, de leefomgeving en de samenleving in het algemeen. Er moet aandacht worden besteed aan het creëren van de juiste maatschappelijke omstandigheden die individuen toelaten om hun eigen gezondheid te onderhouden. Zo is het moeilijk om een gezonde levensstijl te hanteren terwijl men geconfronteerd wordt met bestaansonzekerheid.

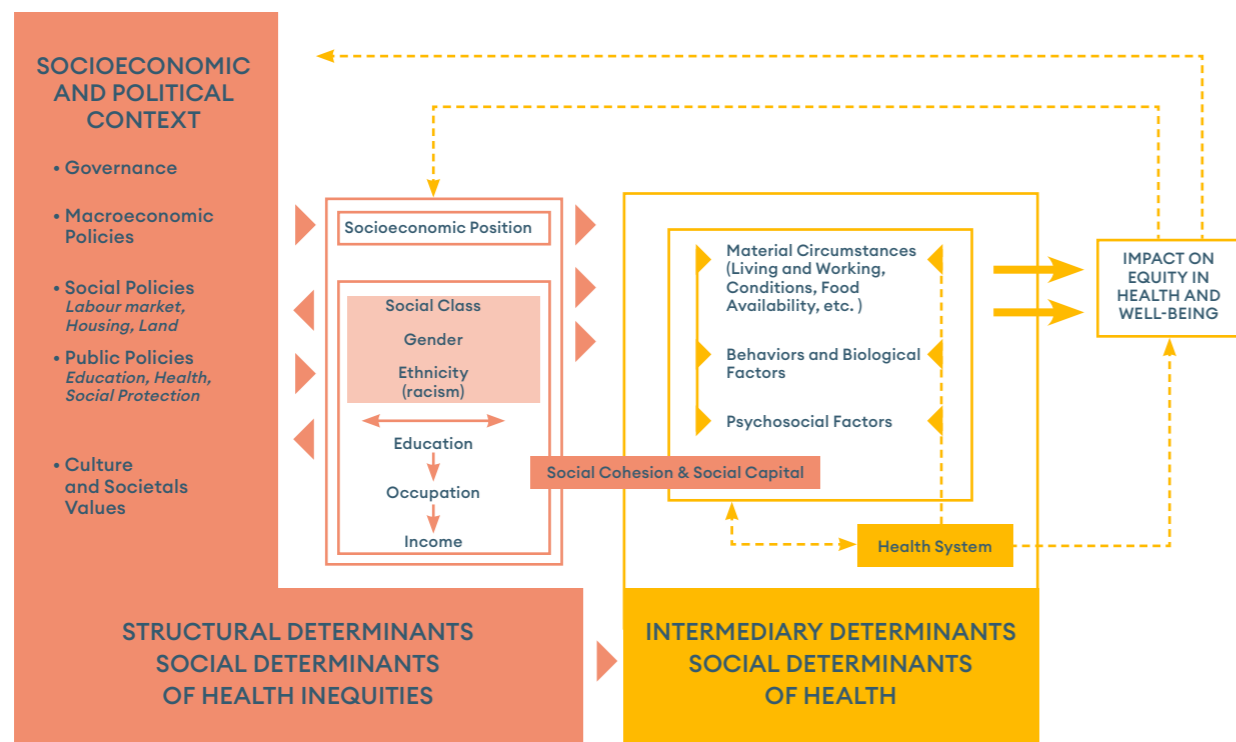
Theoretisch kader: sociale ongelijkheden in gezondheid

Een speciale commissie van de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkelde een conceptueel kader op basis van de bestaande evidentie en theorievorming rond sociale ongelijkheden in gezondheid (Solar & Irwin, 2010). [→ figuur p24].

Socio-economische positie staat centraal in het model. Het model benadrukt langs de ene kant hoe mensen hun socio-economische positie mee bepaald wordt door de algemenere socio-economische en politieke context in de samenleving.

¹⁴ Zoals we al kort aanstipten bij de bespreking van de contrasten in woonomstandigheden binnen het Brussels Gewest

¹⁵ De meeste gezondheidsproblemen zijn dus het resultaat van verschillende factoren die elkaar allemaal wederzijds beïnvloeden. Het is daarom moeilijk om een overzicht te geven van de belangrijkste determinanten van gezondheid waarbij deze complexiteit volledig wordt gerespecteerd. In dit rapport trachten we maar in beperkte mate deze complexe mechanismen te ontfaen, en bespreken we hoofdzakelijk de 'geïsoleerde' effecten van enkele belangrijke determinanten van gezondheid.



Dit worden de **structurele** determinanten genoemd, aangezien zij de dieper achterliggende 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 (materiele condities, levensstijlfactoren en biologische factoren, en psychosociale factoren).

Er worden verschillende achterliggende mechanismen geïdentificeerd. Ten eerste, **verschilt de blootstelling aan gezondheidsrisico's** (zoals ongezonde woningen, gevaarlijk werk etc.) naargelang de plaats die mensen innemen op de sociale ladder (sociale stratificatie). Ten tweede, **verschilt de kwetsbaarheid** van mensen op vlak van gezondheid (bv. de invloed van een nieuwe ziekte afhankelijk van de voorafgaande gezondheidstoestand) en op vlak van materiële hulpbronnen indien ze geconfronteerd worden met ziekte(risico's). Ten derde kunnen de **sociale, economische en zelfs gezondheidsgevolgen van gezondheidsproblemen anders zijn** naargelang socio-economische positie (bv. werk verliezen na zware ziekte, door de onmogelijkheid om de werkcondities aan te passen). Ten slotte, wordt het **gezondheidszorgsysteem** gezien als een cruciale

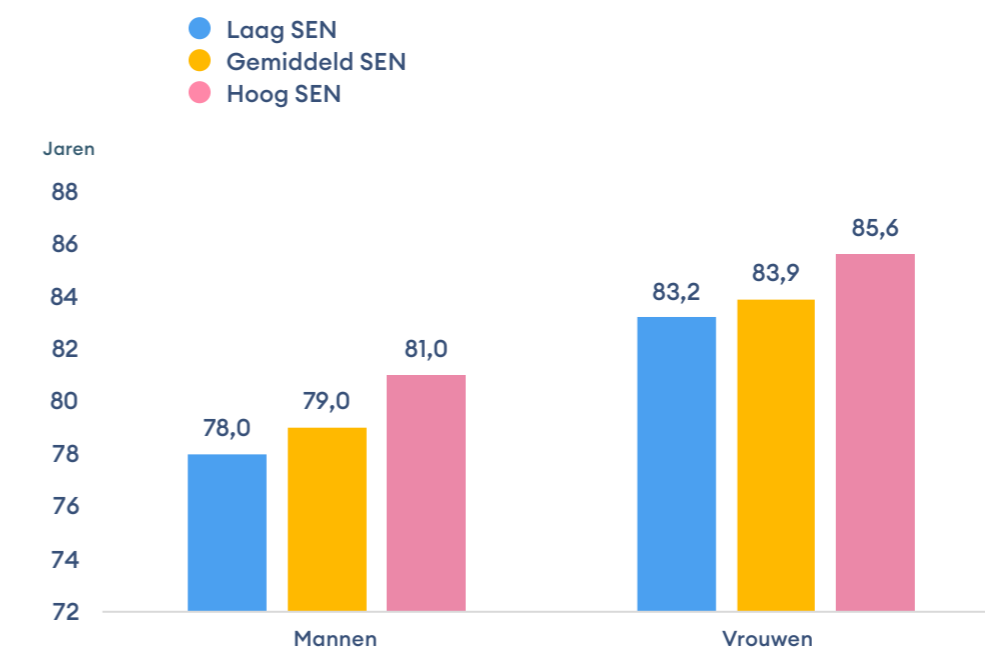
speler om de nadelige effecten van deze gezondheidsdeterminanten te mediëren.

Socio-economische ongelijkheden in gezondheid beperken zich niet tot verschillen in gezondheid tussen de armste bevolkingsgroep en de rest van de bevolking. Integendeel, het impliceert de volledige bevolking waarbij de gezondheidstoestand stelselmatig slechter is, naarmate men daalt op de sociale ladder, de zogenoemde sociale gradiënt.

De grote impact van socio-economische status

Figuur 2-1 onderstreept het belang van uitgebreid stil te staan bij sociale ongelijkheid. Als indicator van socio-economische positie, gebruiken we een clustering die de Brusselse gemeenten groepeerd op basis van het mediaan inkomen op de belastingaangiften, de werkloosheidsgraad en het aandeel begunstigden van een leefloon. De gemiddelde levensverwachting stijgt evenredig met het socio-economische niveau van de gemeente waar men woonachtig is. Tussen de rijkste en de armste gemeenten is het verschil in levensverwachting bij de geboorte drie jaar voor mannen en 2,4 jaar voor vrouwen. Het is tegelijkertijd

Figuur 2-1 Levensverwachting bij de geboorte naar het socio-economische niveau (SEN) van de gemeente waar men woont, naar geslacht, 2015-2019



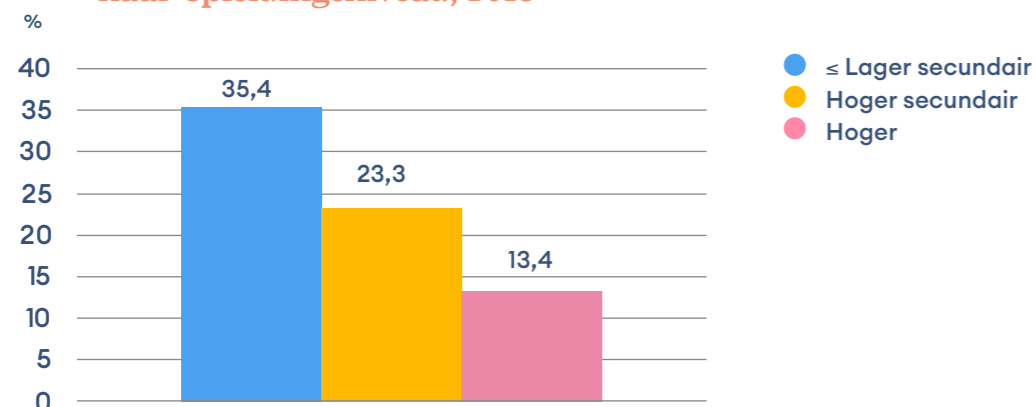
Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel, Statistische formulieren voor geboorten en overlijden & Statistics Belgium

Tabel 2-1 Percentage gezinnen die verklaren gezondheidszorg te hebben moeten uitstellen om financiële redenen volgens gezinstype en financiële draagkracht, per gewest en voor België, 2018

		Brussel	Vlaanderen	Wallonië	België
Hoe makkelijk kan u de eindjes aan elkaar knopen?	Zeer moeilijk	44,1	40,6	54,5	47,8
	Moeilijk	33,5	20,7	22,9	23,9
	Eerder moeilijk	15,7	9,4	14,2	12,2
	Eerder gemakkelijk	7,4	1,9	5,0	3,7
	Gemakkelijk	6,1	1,3	2,2	1,9
	Zeer gemakkelijk	1,2	0,4	1,0	0,6
Gezinstype	Alleenstaanden	16,8	7,2	13,1	10,7
	Eenoudergezin	26,4	12,6	32,8	22,6
	Koppel zonder kinderen	8,1	2,6	8,6	4,8
	Koppel met kinderen	15,2	4,3	8,1	6,7
Total		16,0	5,3	12,8	9,1

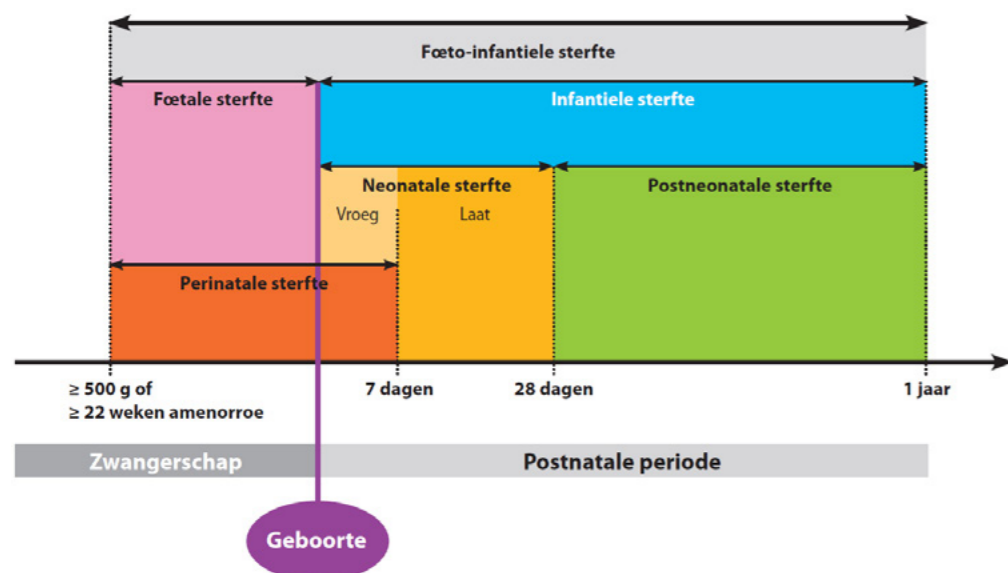
Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2018

Figuur 2-2 Aandeel Brusselaars die zich in minder goede gezondheid voelen naar opleidingsniveau, 2018



Nota: Gestandaardiseerd naar geslacht en leeftijd aan de hand van de Europese referentiepopulatie (2013)
Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2018

Figuur 2-3 Componenten van de foeto-infantiele mortaliteit



Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

ook wel zo dat de levensverwachting al geruime tijd stijgt in alle Brusselse gemeenten, losstaand van het feit of deze nu een hoog of laag socio-economisch niveau heeft. Figuur 2-15 in deel 2B van dit rapport bespreekt deze trend in meer detail.

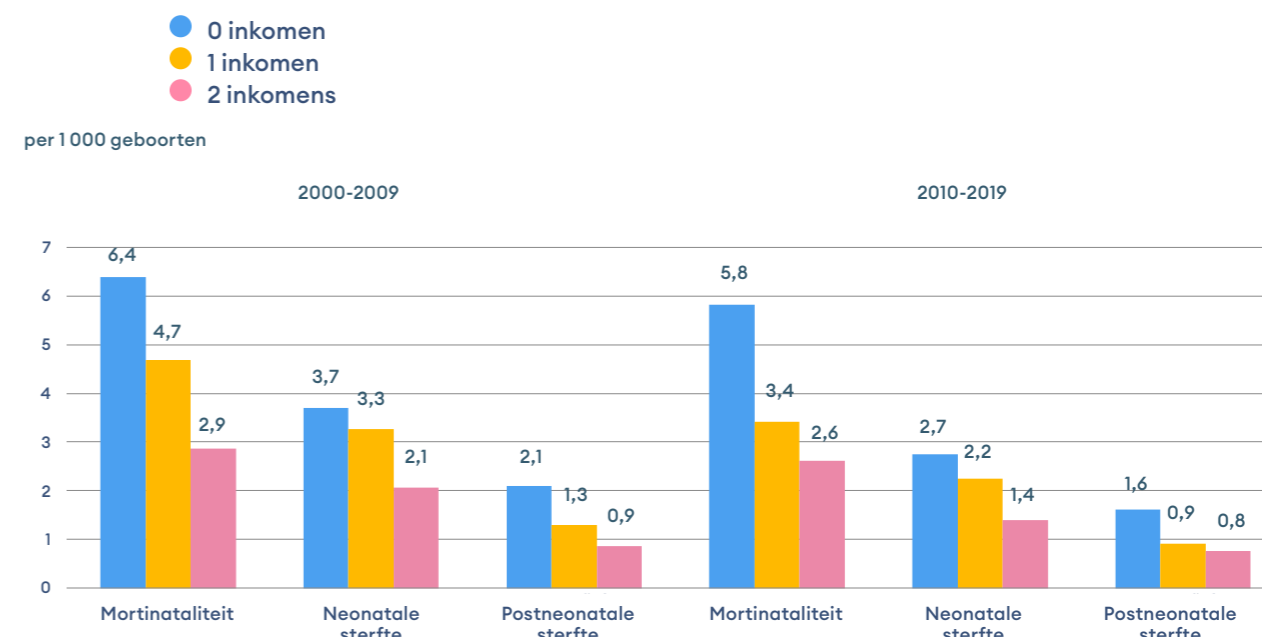
Gezondheidszorg moeten uitstellen kan gezondheidsproblemen verergeren en impact hebben op de levenskwaliteit. In 2018 verklaarde 16,0% van de Brusselaars dat ze gezondheidszorg moesten uitstellen om financiële redenen (tabel 2-1). Dit percentage is hoger dan in de andere gewesten¹⁶

en het Belgisch gemiddelde. Dit kan verklaard worden door een hoger aandeel lage inkomens binnen het Brussels Gewest.

Tabel 2-1 toont een duidelijke sociale gradiënt: het uitstellen van gezondheidszorg neemt af naarmate de beschikbare financiële middelen toenemen. In het Brussels Gewest geeft 44,1% van de huishoudens die aangaven zeer moeilijk rond te komen, dat ze zich gezondheidszorgen hebben onzeggd of ze hebben uitgesteld om financiële redenen, tegenover 1,2% van de gezinnen die aangeven zeer gemakkelijk rond te komen.

¹⁶ Het verschil met Wallonië is niet statistisch significant.

Figuur 2-4 Mortinataliteit, neonatale en postneonatale sterfte naargelang het aantal inkomens uit arbeid in het gezin voor de periodes 2000-2009 en 2010-2019, Brussel



Bron: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

Ook zijn eenoudergezinnen het vaakst genoodzaakt om zorg uit te stellen. Dat is zowel in Brussel als in de rest van het land het geval. Ook koppels met kinderen moeten vaker zorg uitstellen dan koppels zonder kinderen. Ook Brusselse alleenstaanden moeten vaker zorg uitstellen in vergelijking met alleenstaanden in Vlaanderen of Wallonië.

Men kan de relatie tussen gezondheid en socio-economische status op veel verschillende manieren illustreren. Figuur 2-2 laat zien hoe (een steekproef van) Brusselaars reageren wanneer hen expliciet gevraagd wordt hun eigen gezondheid te beoordelen. De persoonlijke beleving wordt hier dus in rekenschap genomen.

Volgens de Gezondheidsenquête 2018 van Sciensano, verklaart 22% van de Brusselse bevolking van 15 jaar en ouder¹⁷ niet in een goede gezondheid te verkeren. Het aandeel personen dat hun eigen gezondheidstoestand als 'niet goed' beoordeelt, verschilt beduidend naargelang socio-economische status, dat hier wordt gemeten door middel van het opleidingsniveau.

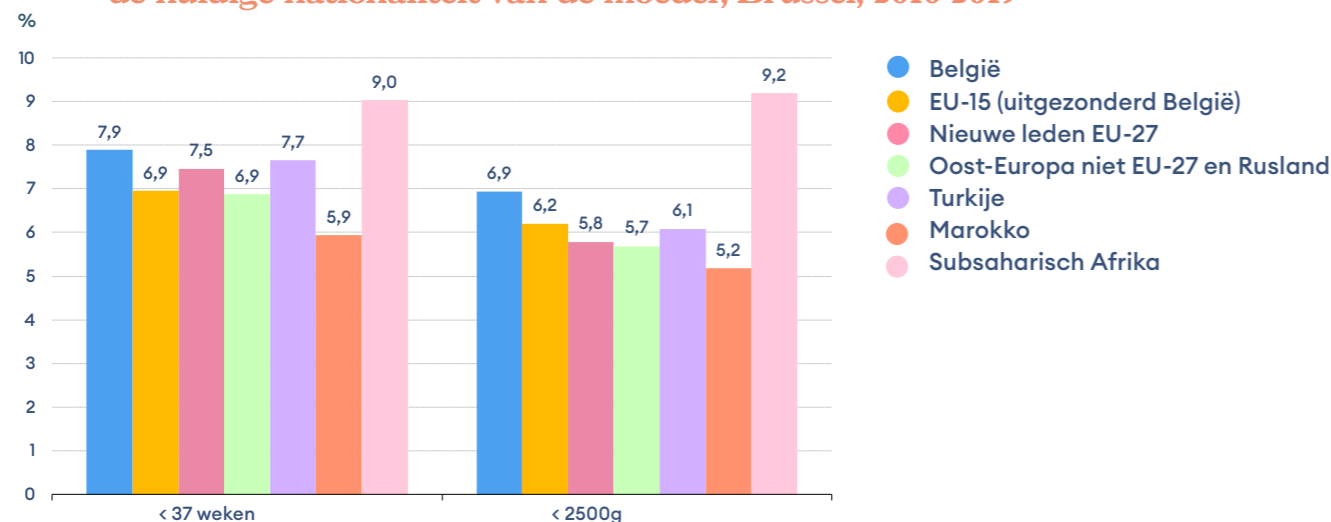
We zien een duidelijke sociale gradiënt in figuur 2-2: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe lager het aandeel personen dat de eigen gezondheid als 'niet goed' beschrijft. Diegenen met hoogstens een diploma van het lager secundair onderwijs (35,4%) hebben aanzienlijk meer kans om aan te geven dat ze niet in goede gezondheid verkeren, vergeleken met diegenen met een diploma van het hoger secundair (23,3%) of hoger (13,4%) onderwijs.

Gezondheidsongelijkheid begint bij of al voor de geboorte

Eén van de scherpste uitdrukkingen van gezondheidsongelijkheid, komt tot uiting in het feit dat deze al beginnen bij de geboorte. De foeto-infantiele mortaliteit wordt verdeeld in drie componenten: mortinataliteit of doodgeboorte, de neonatale mortaliteit en de postneonatale mortaliteit. Perinatale sterfte groepeerd foetale en vroegneonatale sterfte. Infantiele sterfte groepeerd het geheel van sterfgevallen van levendgeborenen vóór hun eerste verjaardag (overlijden tussen 0 en 364 levensdagen). De verschillende cijfers worden uitgedrukt per 1 000 levendgeboorten (neonatale,

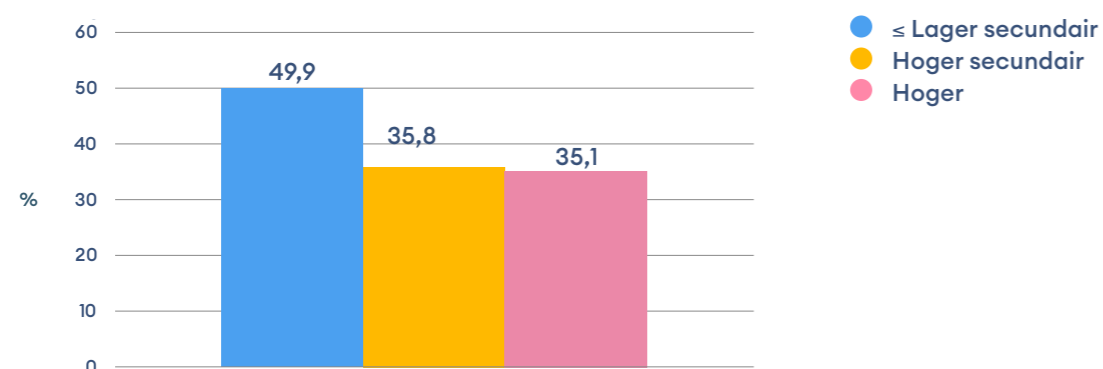
¹⁷ Alle cijfers op basis van de Gezondheidsenquête die in dit rapport worden gepresenteerd hebben betrekking op personen die 15 jaar en ouder zijn, behalve wanneer dit expliciet wordt vermeld (bijvoorbeeld figuur 2-9)

Figuur 2-5 Vroeggeboorte (< 37 weken) en laag geboortegewicht (< 2 500 g) naar de huidige nationaliteit van de moeder, Brussel, 2010-2019



Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel, Statistische formulieren voor geboorten en overlijden & Statistics Belgium

Figuur 2-6 Aandeel Brusselaars met lage 'Health Literacy' naar opleidingsniveau, Brussel, 2018



Nota: Gestandaardiseerd naar geslacht en leeftijd aan de hand van de Europese referentiepopulatie (2013)
Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2018

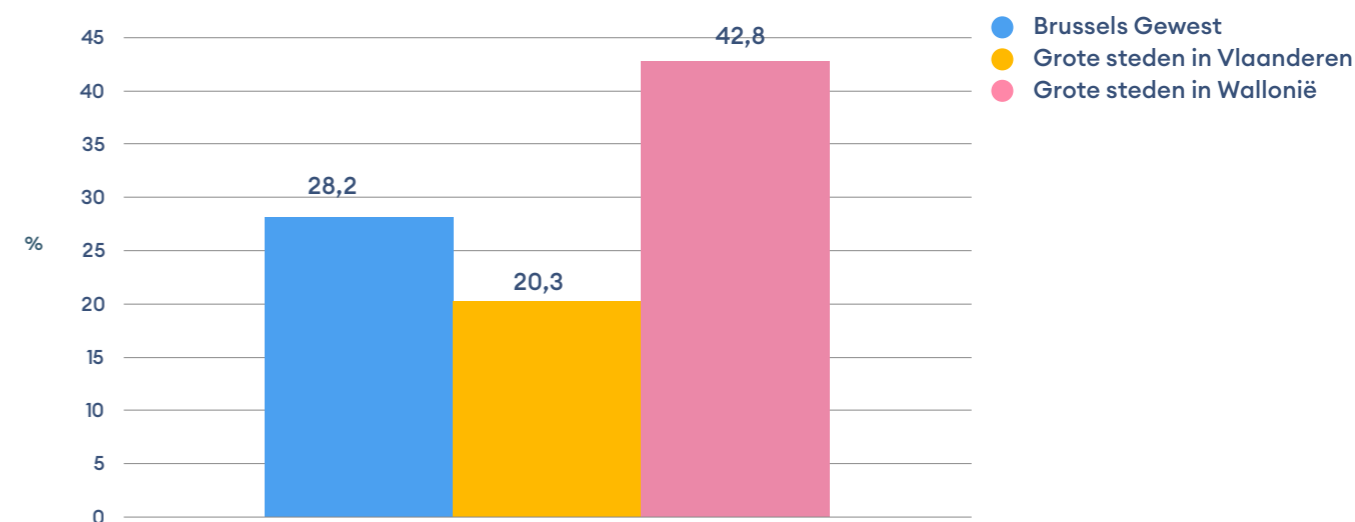
postnatale of infantiele sterfte) of per 1 000 levend- of doodgeborenen (foetale, perinatale en foeto-infantiele sterfte).

Figuur 2-4 toont aan dat het risico voor Brusselse nieuwgeborenen om te overlijden tijdens de perinatale periode of voor de leeftijd van één jaar, verschilt naargelang de socio-economische positie van de ouders. Voor de periode 2010-2019 was het relatief risico op een doodgeboorte 2,2 maal groter voor een kind geboren in een huishouden zonder inkomen uit arbeid dan in een huishouden met

twee inkomens. Figuur 2-4 toont ook duidelijk aan dat het risico op overlijden voor de leeftijd van één jaar voor alle inkomensgroepen afneemt wanneer we de periode 2000-2009 vergelijken met de periode 2010-2019.

Ter aanvulling van figuur 2-4, wordt in figuur 2-5 het aandeel vroeggeboorten en de prevalentie van laag geboortegewicht in Brussel opgesplitst naargelang de nationaliteit van de moeder. Pasgeborenen met een Marokkaanse moeder hebben bijvoorbeeld minder vaak een laag

Figuur 2-7 Aandeel sedentaire personen in de vrije tijd, naar geslacht en woonplaats, 2018



Nota: Gestandaardiseerd naar geslacht en leeftijd aan de hand van de Europese referentiepopulatie (2013)
Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2018

geboortegewicht en worden minder vaak vroegtijdig geboren. Een van de mogelijke verklaring hiervoor zijn verschillen in eetgewoonten. Vroeggeboorten komen anderzijds wel duidelijk vaker voor bij moeders uit Sub-Saharisch Afrika, die vaker aan overgewicht, hypertensie en zwangerschapsdiabetes¹⁸ lijden in vergelijking met vrouwen die de Belgische nationaliteit hebben. Dit kan waarschijnlijk worden verklaard door een combinatie van verschillende risicofactoren, zoals armoede en stress (Coussons-Read, 2013).

Gezondheidsgedragingen en verschillen in levensstijl

Figuur 2-6 geeft informatie over de 'gezondheidsgeletterdheid' van de Brusselaars. 'Health literacy' laat zich definiëren als 'de motivatie en het vermogen van personen om de juiste informatie over gezondheid te vinden, ze te kunnen begrijpen, te evalueren en toe te passen bij het nemen van beslissingen over medische zorgen, ziektepreventie en gezondheidsbevordering' (Sorensen, 2017, p.3).

De cijfers geven duidelijk aan dat het niveau van gezondheidsvaardigheden samenhangt met het opleidingsniveau: het aandeel personen met een

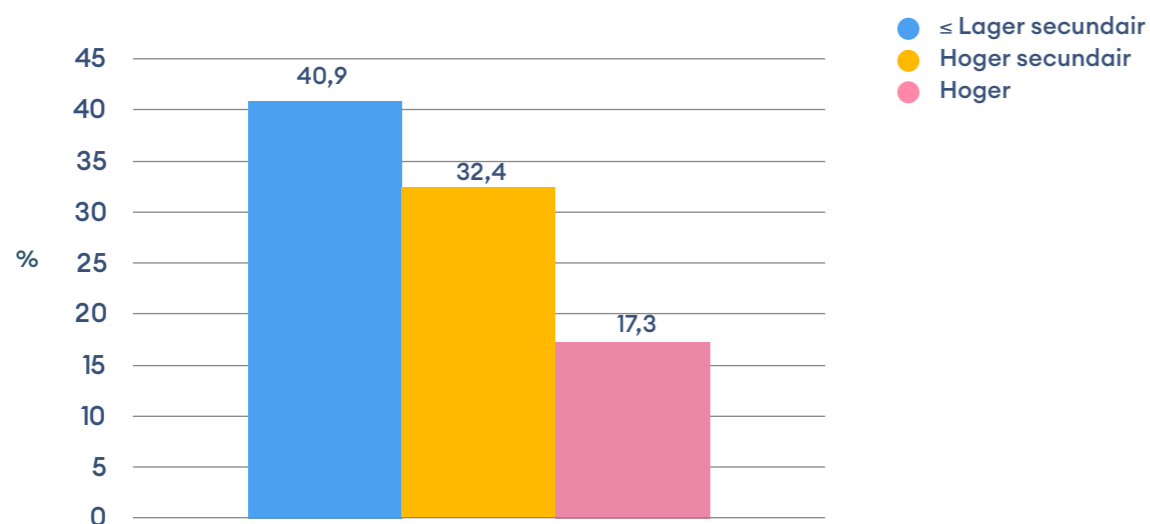
lage 'Health Literacy' is groter onder lager geschoolden (49,9%), dan onder gemiddeld (35,8%) of hoog geschoolden (35,1%).

Verschillen in 'Health Literacy' tussen de verschillende lagen van de samenleving, wordt vaak opgegeven als verklaring voor de socio-economische verschillen in gezondheidsgedragingen, maar hoewel dit zeker een deel van het verhaal is moet er ook verder worden gekeken als men de situatie wil verbeteren. Door te eng te benadrukken dat een tekort aan kennis en vaardigheden aan de basis ligt van ongezonde gewoonten, bestaat het risico dat het als een individueel probleem gezien wordt en dat onderliggende en structurele determinanten vergeten of genegeerd worden. Tegenwoordig ligt de focus nog steeds te veel op individuele verantwoordelijkheid, terwijl verschillen in gezondheidsvaardigheden op verschillende niveaus moeten worden aangepakt (onderwijs, gezondheidszorg, etc). Zo is het bijvoorbeeld de taak van de volledige gezondheidszorg (overheden, zorgverleners, etc) om administratieve drempels weg te werken en om risicopatiënten te identificeren en adequaat te begeleiden. Het is dus niet enkel de individuele verantwoordelijkheid van het individu met beperkte gezondheidsvaardigheden (Van den Broucke, 2015).¹⁹

¹⁸ https://www.cepip.be/img/pdf/rapport_CEPIP_Bxl_2021-fr.pdf

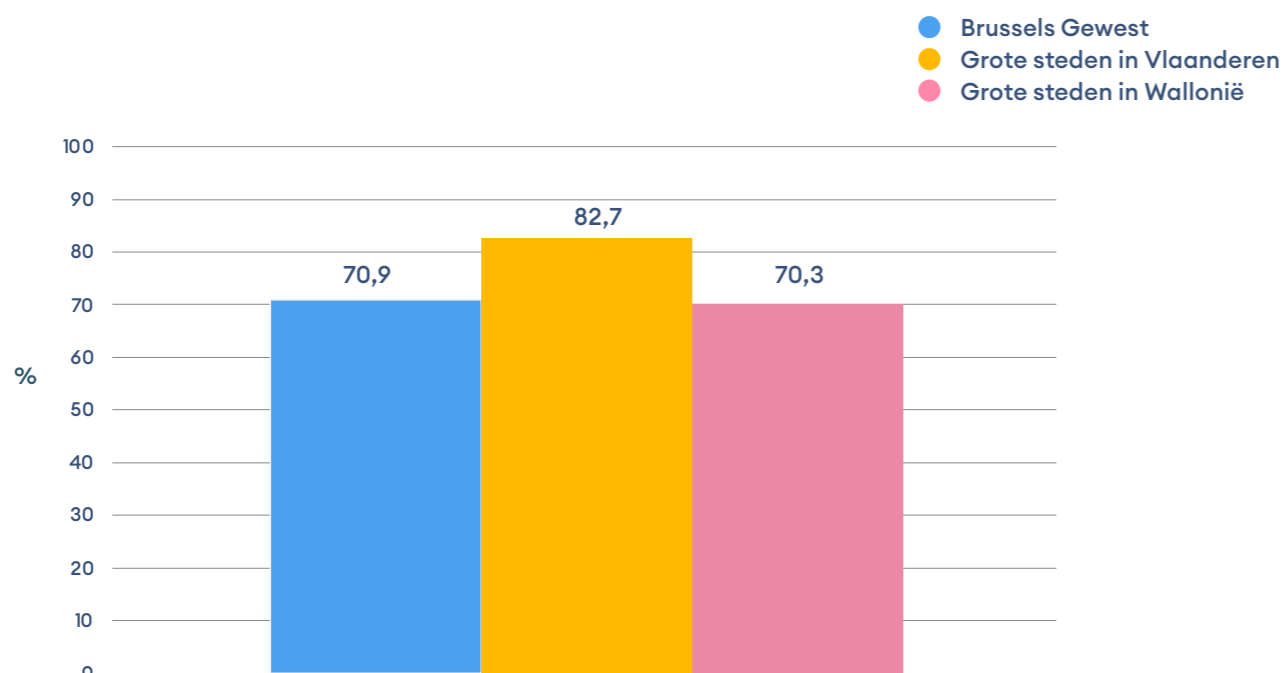
¹⁹ <https://www.vivalis.brussels/nl/publicatie/sociale-ongelijkheden-gezondheid-brussel>

Figuur 2-8 Aandeel sedentaire personen naar opleidingsniveau, Brussel, 2018



Nota: Gestandaardiseerd naar geslacht en leeftijd aan de hand van de Europese referentiepopulatie (2013)
Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2018

Figuur 2-9 Aandeel personen (inclusief < 15 jaar) die dagelijks groenten eten, naar geslacht en woonplaats, 2018



Nota: Gestandaardiseerd naar geslacht en leeftijd aan de hand van de Europese referentiepopulatie (2013)
Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2018

In de gezondheidsgedragingen die we hier uitlichten maken we vaak de vergelijking tussen het Brussels Gewest en de andere gewesten van België. Ook opleidingsverschillen komen aan bod. Wanneer pertinent of mogelijk wordt ook naar nationaliteitsverschillen gekeken.

Lichamelijke beweging in de vrije tijd

Regelmatige lichaamsbeweging helpt in de bescherming tegen een veelvoud aan gezondheidsproblemen (obesitas, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, depressie, etc)²⁰. 'Sedentaire' personen definiëren we hier als mensen die niet minstens eenmaal per week aan lichaamsbeweging doen, zelfs niet in lichte vorm (zoals wandelen of fietsen), als vrijetijdsbesteding. Figuur 2-7 toont dat 28,2% van de Brusselaars sedentair zijn in hun vrije tijd. Daarmee doet Brussel het gemiddeld beter dan de grootste Waalse steden, maar minder goed dan de grootste Vlaamse steden.

Een belangrijke nuance is dat ongeveer 1 op 5 personen die hier als 'sedentair' worden omschreven, wel gematigde of intense lichaamsbeweging zien in het kader van hun professionele activiteiten (tijdens het werk of voor de woon-werk-verplaatsingen).

Als men het aandeel sedentaire personen (in hun vrije tijd) opdeelt naar opleidingsniveau, wordt een duidelijk sociale gradiënt waarneembaar. Meer dan dubbel zoveel lager geschoolden houden een sedentaire levensstijl aan wanneer we vergelijken met hoger geschoolden.

Een sedentaire levensstijl is een risicofactor voor een aantal gezondheidsaandoeningen. Zo heeft bijvoorbeeld maar liefst 14,5% van alle Brusselse mannen en 15,1% van alle Brusselse vrouwen obesitas (gedefinieerd als een BMI van 30 of hoger). Obesitas is op zijn beurt een risicofactor voor talrijke aandoeningen (ischemische hartziekten, cerebrovasculaire aandoeningen, borstkanker, diabetes type 2, etc). Daarom vormt de toename van obesitas in de meeste geïndustrialiseerde landen de laatste decennia een grote en steeds groeiende uitdaging voor de volksgezondheid.

Eetgewoonten

Een gezonde voeding vormt, naast voldoende lichaamsbeweging, ook een cruciaal onderdeel van een gezonde levensstijl. De gezondheidsenquête bevroeg verschillende voedingsgewoonten, maar met het oog op overzichtelijkheid wordt enkel het dagelijks consumeren van groenten²¹ als 'proxy' voor goede eetgewoonten bekeken. 70,9% van alle Brusselaars eet dagelijks groenten, waarmee ze het even goed als de inwoners van de grootste steden in Wallonië, maar ook slechter als de inwoners van de grootste steden van Vlaanderen.

Het moet onderstreept worden dat het hier niet eens gaat om het consumeren van de 'aanbevolen dagelijkse hoeveelheid' groenten (300 gram²²), maar om een portie tout court. Dit zou een nog minder gunstig beeld schetsen van de consumptie van groenten in België en Brussel.

Rookgedrag

Dat roken een nefaste impact heeft op de (volks) gezondheid is vandaag genoegzaam bekend. Het is dan ook een positieve evolutie dat het aandeel dagelijkse rokers in Brussel (en in België in het algemeen) significant is gedaald gedurende de voorbije twee decennia²³. Vergeleken met (de grote steden in) de andere Belgische gewesten, ligt het aandeel dagelijkse rokers lager in Brussel dan in Waalse steden, maar hoger in vergelijking met Vlaamse steden.

Figuur 2-11 laat zien dat het aandeel dagelijkse rokers varieert naar nationaliteit, vooral onder Brusselse vrouwen. Bij mannen is er minder variatie. Bij vrouwen zijn vooral de verschillen groot met vrouwen die een nationaliteit hebben van een land buiten de EU. Zo roken de vrouwen met een Belgische nationaliteit bijna dubbel zo vaak dagelijks als vrouwen met een nationaliteit van buiten de EU.

Wat figuur 2-11 ook duidelijk maakt, is dat vrouwen over het algemeen minder roken dan mannen, losstaand van hun nationaliteit.

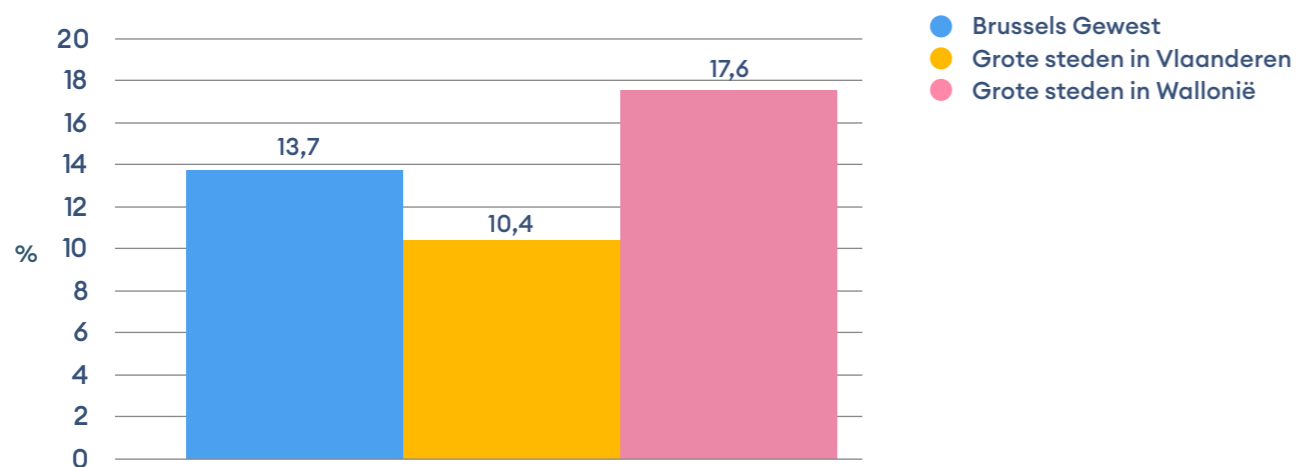
²⁰ <https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/lichaamsbeweging-0>

²¹ Aardappelen worden niet als 'groente' beschouwd.

²² <https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsdriehoek/aanbevelingen-hgr>

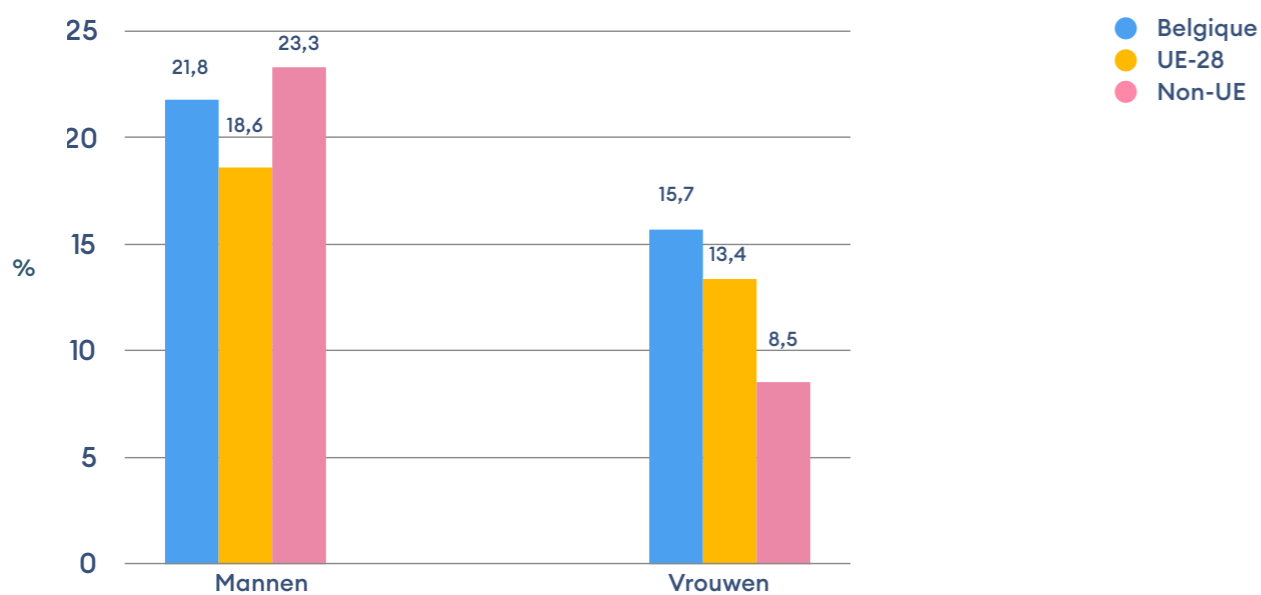
²³ https://www.sciensano.be/sites/default/files/ta_rapport2_his2018_nl_v3.pdf

Figuur 2-10 Aandeel dagelijkse rokers, naar geslacht en woonplaats, 2018



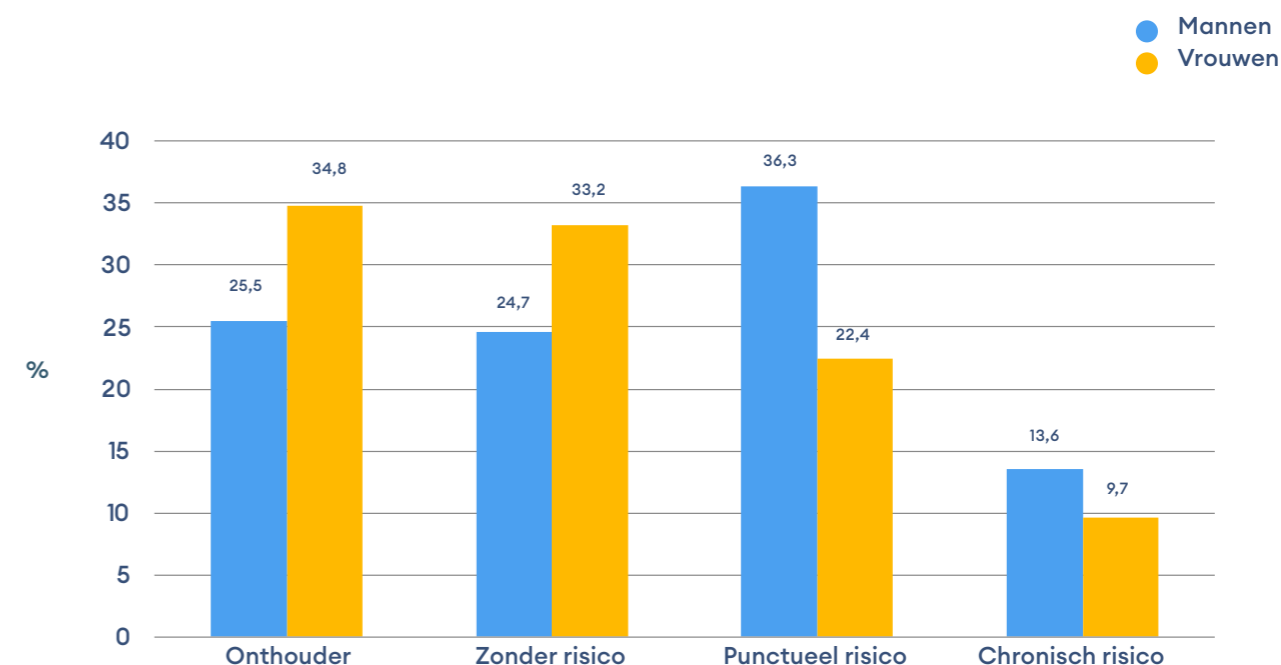
Nota: Gestandaardiseerd naar geslacht en leeftijd aan de hand van de Europese referentiepopulatie (2013)
Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2018

Figuur 2-11 Aandeel dagelijkse rokers naar nationaliteit en geslacht, Brussel, 2008-2013-2018



Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2008-2013-2018

Figuur 2-12 Verdeling van de alcoholconsumptieprofielen naar geslacht, Brussel, 2018



Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2018

Alcoholconsumptie

Overmatig alcoholgebruik heeft een zeer grote impact op de volksgezondheid. Het is daarom interessant om de alcoholconsumptie in het Brussels Gewest van dichtbij te bekijken. Hiertoe kan het alcoholgebruik in verschillende categorieën worden ingedeeld waarbij zowel de hoeveelheid als de frequentie van het gebruik in rekening worden gebracht.

Figuur 2-12 toont aan dat een significant deel van de Brusselse bevolking een chronisch risico op overconsumptie van alcohol vertoont: 13,6% van alle Brusselse mannen en 9,7% van alle Brusselse vrouwen. Brussel kent ook wel het grootste percentage geheelonthouders (zowel onder mannen als vrouwen) in vergelijking met de andere gewesten (niet geïllustreerd). Dit is voornamelijk te verklaren door de grote aanwezigheid van gemeenschappen die geen alcohol gebruiken omwille van culturele of religieuze redenen in Brussel.

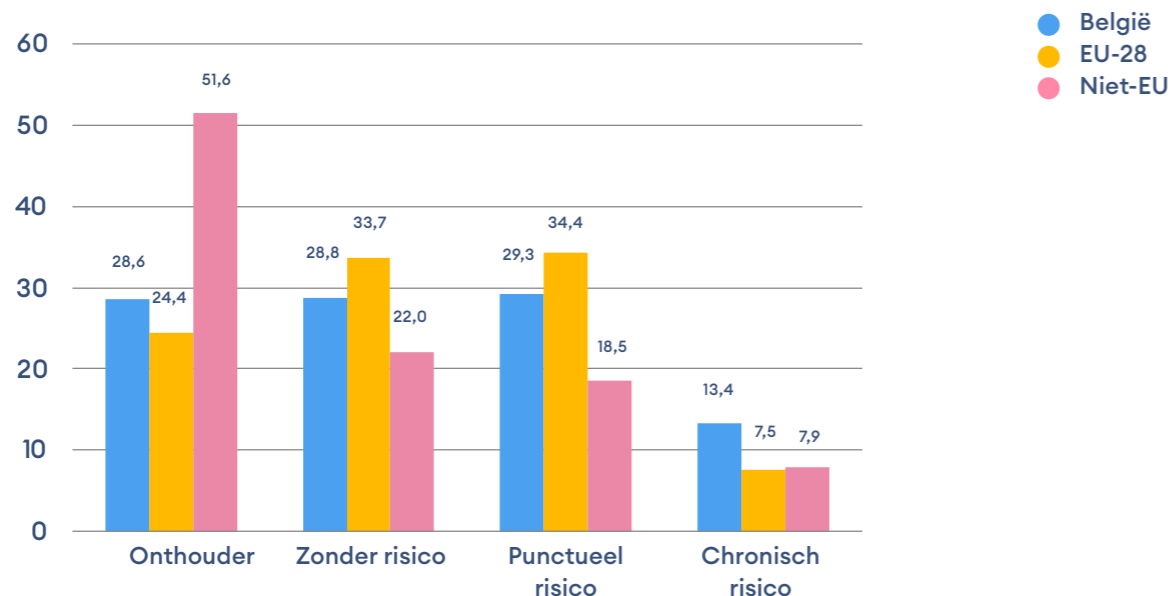
Figuur 2-13²⁴ toont dat er over het algemeen geen grote verschillen bestaan tussen Brusselaars met een Belgische nationaliteit en met Brusselaars met een nationaliteit uit een (andere) EU-lidstaat. Het valt wel op dat zoveel Brusselaars met de Belgische nationaliteit (13,4%) een chronisch risico op alcoholoverconsumptie vertonen.

Wat ook in het oog springt is dat meer dan de helft van alle Brusselaars met een nationaliteit van een land buiten de Europese Unie, aangeeft nooit alcohol te drinken. Alcoholgebruik wordt sterk beïnvloed door religieuze en culturele factoren. Dit verklaart grotendeels waarom het aandeel Brusselaars die nooit alcohol drinken zo groot is onder de lager geschoolden (50% bij mannen en 59% bij vrouwen), een bevolkingsgroep die een groter aandeel personen met Marokkaanse en Turkse roots telt.

Hier niet geïllustreerd, maar wel zinvol om te vermelden, is dat het chronisch risico op overmatige alcoholconsumptie duidelijk afneemt naarmate het opleidingsniveau stijgt.

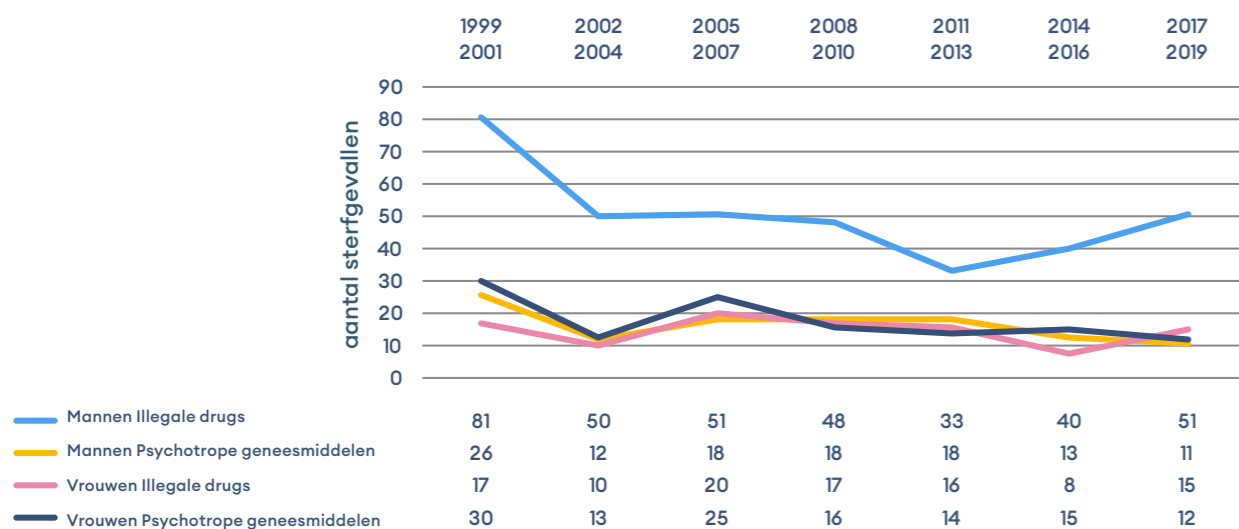
²⁴ Met het oog op de overzichtelijkheid van de grafiek, maakten we hier geen onderscheid tussen mannen en vrouwen, maar zoals eerder al werd aangegeven, leggen mannen consistent (veel) slechtere cijfers voor als het aankomt op problematisch alcoholgebruik in vergelijking met vrouwen.

Figuur 2-13 Verdeling van het alcoholconsumptieprofiel naar huidige nationaliteit, Brussel, 2018



Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2018

Figuur 2-14 Aantal sterfgevallen te wijten aan illegale drugs en psychotrope geneesmiddelen, naar geslacht, Brussel, 1999-2019



Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel, Statistische formulieren voor geboorten en overlijden & Statistics Belgium

Gebruik van andere illegale drugs en psychotrope geneesmiddelen

Tabak en alcohol zijn niet de enige soorten drugs die in onze samenleving worden geconsumeerd. Figuur 2-14 geeft een overzicht van het aantal sterfgevallen dat te wijten is aan het gebruik van illegale drugs en psychotrope geneesmiddelen doorheen de tijd (over periodes van drie jaar). Deze informatie is enigszins beperkt, aangezien het enkel kijkt naar de meest 'dramatische' uitkomst van druggebruik: een overlijden ten gevolge van een overdosis of van langdurig problematisch gebruik.

Uit de gezondheidsenquête van 2018 dat 39,9% van de Brusselaars aangeeft cannabis te hebben gebruikt gedurende het voorgaande jaar. We gaan niet dieper in op cijfers over andere soorten drugs omdat er hoogstwaarschijnlijk sprake is van een onderschatting van druggebruik wanneer dergelijke bevragingen worden gehanteerd: er heersen allerhande stigma's rond druggebruik en het wordt bovendien (streng) bestraft binnen ons rechtssysteem, waardoor er mogelijk terughoudendheid bestaat om eerlijk te antwoorden. Waarschijnlijk zijn deze cijfers ook onderhevig aan toevalschommelingen, aangezien het vaak om relatief kleine aantallen respondenten gaan die hun ervaringen delen.

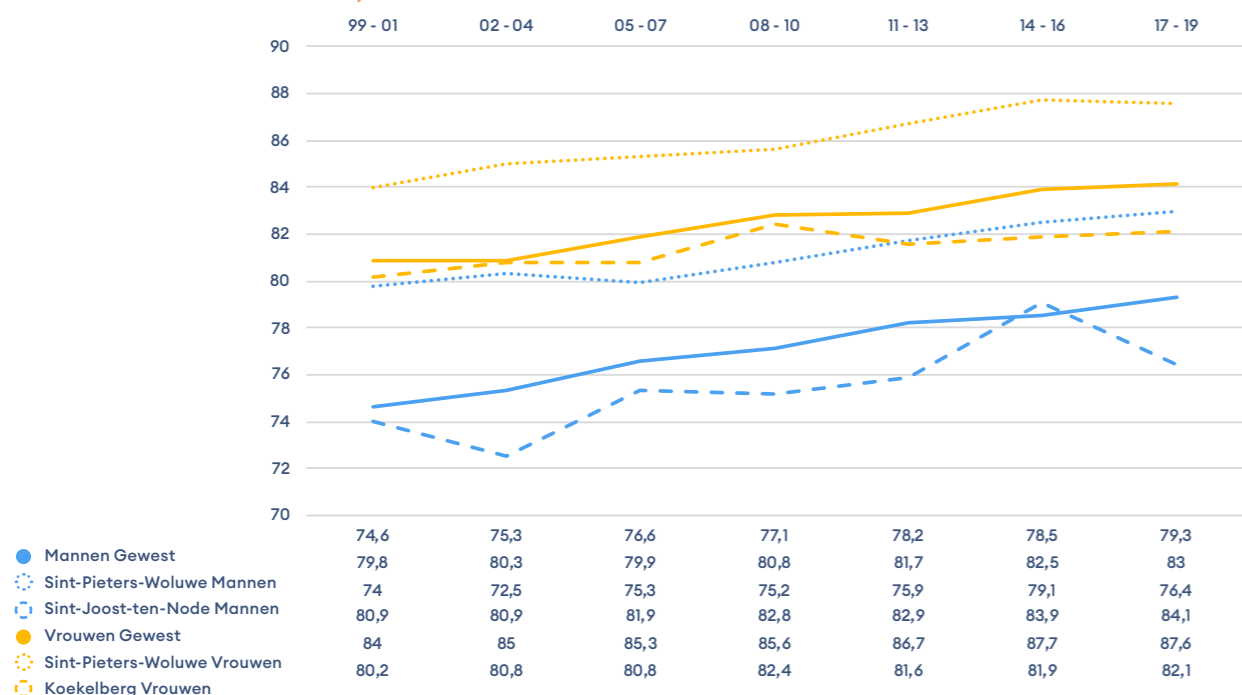
Besluit

In het vorige deel van dit rapport werd al even stil gestaan bij het uitgesproken internationale en multiculturele karakter van Brussel. Het behoeft wellicht weinig argumentatie dat iemands nationaliteit of migratieverleden een relevante factor is m.b.t. bepaalde gezondheidsgedragingen: wie zijn of haar thuisland verlaat om zich in het Brussels Gewest te vestigen, brengt ongetwijfeld bepaalde gewoontes en opvattingen ten aanzien van beweging, voeding of gezondheidszorgvoorzieningen met zich mee. Tegelijkertijd moet men voorzichtig zijn om iemands culturele achtergrond of nationaliteit als allesbepalend te zien. Er werd in dit rapport immers al op verschillende manieren geïllustreerd dat er ook zeer uitgesproken verschillen in gezondheidsgedragingen zijn tussen verschillende groepen van de Belgische bevolking: veel gezondheidsgedragingen vertonen bijvoorbeeld een duidelijke sociale gradiënt.

Nationaliteit kan (zeker in Brussel) ook maar moeilijk worden losgekoppeld van bepaalde socio-economische en demografische realiteiten: migrantengemeenschappen (zowel die bestaande uit burgers van andere EU-lidstaten als die bestaande uit burgers van ontwikkelingslanden) hebben bijvoorbeeld altijd een jongere leeftijdsstructuur dan de 'Belgische Brusselaars'. Daarnaast is ook het verschil in algemeen opleidingsniveau vaak groot tussen nationaliteitsgroepen: Brusselaars die de nationaliteit bezitten van één van de Europese lidstaten zijn gemiddeld hoger geschoold dan de Belgische Brusselaars, terwijl Brusselaars die van verder weg immigrerden doorgaans gemiddeld lager geschoold zijn.

Deze complexiteit onderstreept nogmaals het belang van individuen en hun gezondheidsgedragingen nooit te reduceren tot één 'allesbepalend' persoonskenmerk. In dit deel werd uitgebreid stilgestaan bij socio-economische verschillen en werden ook opdelingen gemaakt naar verschillende achtergrondkenmerken (en die opdelingen zijn ook relevant aangezien ze inzicht verschaffen in de belangrijkste gezondheidsuitdagingen op macroniveau) maar de informatie die deze analyses verschaffen moeten altijd in hun bredere context worden gezien, teneinde niet de zogeheten 'ecologische denkfout' te maken: kenmerken van een sociale groep op onherroepelijke wijze toegekennen aan een individu die deel uitmaakt van die sociale groep.

Figuur 2-15 Levensverwachting bij geboorte naar geslacht en periode, Brussels Gewest, 1999-2019



Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel, Statistische formulieren voor geboorten en overlijden & Statistics Belgium

B. Levensverwachting, doodsoorzaken en (on)gezondheid

Dit onderdeel biedt een overzicht van de gezondheidstoestand van de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, met analyses van de levensverwachtingstrends over de afgelopen twintig jaar. Het bespreekt de invloed van gezondheidsbewustzijn en verbeteringen in de gezondheidszorg op deze trends. Verder worden verschillen in gezonde levensverwachting tussen mannen en vrouwen en de voornaamste doodsoorzaken onderzocht, wat meer inzicht biedt in de uitdagingen op het gebied van volksgezondheid waarmee het Gewest wordt geconfronteerd.

Levensverwachting

Onder de 'levensverwachting bij de geboorte' verstaan we het aantal jaren dat een kind geboren in een bepaald jaar, mag verwachten te leven indien hij of zij in de loop van zijn of haar leven dezelfde leeftijdsspecifieke sterfterisico's zou lopen als deze gemeten in dat welbepaalde jaar. Figuur 2-15 toont hoe de levensverwachting blijft toenemen in het Brussels Gewest. Hierbij worden ook de 'uitersten' in het Brussels Gewest weergegeven: de gemeenten waar de levensverwachting voor elk geslacht het hoogst en het laagst ligt. Mannen en vrouwen

worden hier telkens onderscheiden omdat de levensverwachting bij vrouwen consistent hoger ligt. Waar de gemiddelde levensverwachting bij Brusselse mannen nog 74,6 jaar bedroeg in de periode 1999-2001, steeg dit al tot 79,3 in de periode 2017-2019. De stijging van de levensverwachting bij vrouwen is iets minder uitgesproken: van 80,9 jaar naar 84,1 jaar. De verschillen tussen mannen en vrouwen worden dus kleiner.

Deze stijgende levensverwachting kent verschillende oorzaken. We lichten er twee belangrijke uit. Ten eerste waren er een aantal opvallende evoluties op vlak van gezondheidsgedragingen. Zo is de tabaksconsumptie bijvoorbeeld systematisch afgenomen. Het ontstaan van de sector «gezondheids promotie» illustreert een groter maatschappelijk bewustzijn over het feit dat men de eigen gezondheid kan beïnvloeden. Als tweede verklaring zijn er de evoluties in de gezondheidszorg. In de laatste decennia is er ook hierin heel wat vooruitgang geboekt waardoor heel wat aandoeningen die vroeger een overlijden zouden hebben veroorzaakt vroeger gedetecteerd worden en/of beter behandeld kunnen worden.

Wanneer de Brusselse gemeenten die als 'uitersten' kunnen worden beschouwd naast elkaar worden gezet, wordt de impact van socio-economische

status op de levensverwachting duidelijk: de levensverwachting, zowel voor mannen als vrouwen, ligt opvallend hoger in gemeenten waar het mediane inkomen hoger ligt. Sint-Pieters-Woluwe was bijvoorbeeld de gemeente met het hoogste mediane inkomen in Brussel in 2019 (€ 26 812) en kan de beste cijfers voor levensverwachting voorleggen voor zowel mannen als vrouwen. In Sint-Joost-ten-Node lag zowel het gemiddelde mediane inkomen in 2019 (€ 16 277) als de levensverwachting voor mannen (in de periode 2017-2019) het laagst.

Het verschil in levensverwachting tussen gemeenten met een hoger of lager socio-economisch niveau, lijkt meer uitgesproken bij mannen dan bij vrouwen en de kloof tussen de 'uitersten' lijkt ook metertijd groter te zijn geworden. Figuur 2-15 suggereert dus dat de socio-economische contrasten scherper zijn geworden gedurende de laatste twee decennia.

Figuur 2-15 had betrekking op de 'levensverwachting' zoals die in wetenschappelijke rapporten en het publiek debat het vaakst gedefinieerd wordt: hoe oud personen die 'vandaag' geboren worden gemiddeld zullen worden (indien de leeftijdsspecifieke overlijdenskansen hetzelfde blijven). Een andere courante manier om naar levensverwachting te kijken, is te kijken naar de 'levensverwachting zonder beperkingen op 65-jarige leeftijd'. Deze indicator laat zich definiëren als: 'het aantal resterende jaren dat een persoon die 65 jaar oud is verwacht wordt te leven zonder beperkingen. Laat het duidelijk zijn dat de socio-economische status van een persoon ook bij deze laatste een enorm grote rol speelt: in België manifesteert zich een verschil van maar liefst vijf jaar tussen hoog opgeleiden (15,3 jaar) en lager opgeleiden (10,7 jaar) vrouwen als we kijken naar de levensverwachting in goede gezondheid op 65 jaar.²⁵

Als tenslotte de Gewesten met elkaar vergeleken worden, blijkt dat Brusselse mannen van 65 jaar zich (in 2018) gemiddeld mochten verwachten aan minder resterende levensjaren zonder beperkingen (11,3) dan Vlaamse (12,8) of Waalse (12,0) mannen. Brusselse vrouwen van 65 jaar daarentegen scoren dan weer ongeveer goed (13,2) als Vlaamse vrouwen (13,1) en gevoelig beter dan Waalse vrouwen (10,5 jaar)²⁶.

²⁵ <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/levensverwachting-en-levenskwaliiteit/gezonde-levensverwachting>

²⁶ Op basis van de bevolkingsvooruitzichten die we analyseerden in het dossier <https://www.ccc-ggc.brussels.nl/observatbru/publications/dossier-2023-ouderen-brussel>, verwachten we dat de gezonde levensverwachting op 65 jaar in de toekomst zal afnemen.

²⁷ De keuze voor 75 jaar als 'scheidingslijn' werd gekozen omdat elk overlijden dat plaatsvindt voor de leeftijd van 75 wordt beschouwd als een 'vroegtijdig' overlijden in veel wetenschappelijke literatuur aangaande mortaliteitsvraagstukken. Het uitgangspunt is dan dat een 'normaal' levensverloop aan het begin van de 21ste eeuw inhoudt dat men 'zeker' 75 jaar oud wordt. Door de stijgende levensverwachting is deze leeftijdsgrens (tamelijk recent nog) verschoven. De analyse m.b.t. tot de gemiddelde levensverwachting lijkt deze wetenschappelijke conventie ook te ondersteunen: zelfs in de Brusselse gemeente waar mannen gemiddeld het vroegst stierven in de periode 2017-2019 (Sint-Joost-ten-Node), ligt de levensverwachting op 76,4 jaar. Desalniettemin is de keuze voor 75 jaar als leeftijdsgrens enigszins 'theoretisch' en arbitrair; het zou bijvoorbeeld niet vergezocht zijn om een andere leeftijdsgrens voor vrouwen te hanteren dan voor mannen, aangezien vrouwen consistent een hogere leeftijdsverwachting hebben. Met het oog op een meer rechtlijnige en uniforme interpretatie, wordt er voor geopteerd om dit niet te doen.

²⁸ Voor een methodologische toelichting van de statistische formulieren voor geboorte en sterfte en hoe de cijfers in onderstaande Figuur werden gestandaardiseerd op basis van de Europese referentiepopulatie, verwijzen we naar de appendix van dit rapport.

Mortaliteit, verloren potentiële levensjaren en 'disability-adjusted life years'

Uiteraard wordt de levensverwachting sterk beïnvloed door, onder andere, bepaalde ziekten en aandoeningen. Daarom wordt in dit onderdeel uitgebreid stilgestaan bij de belangrijkste doodsoorzaken en oorzaken voor 'verloren potentiële levensjaren' en 'disability-adjusted life years' en in het Brussels Gewest.

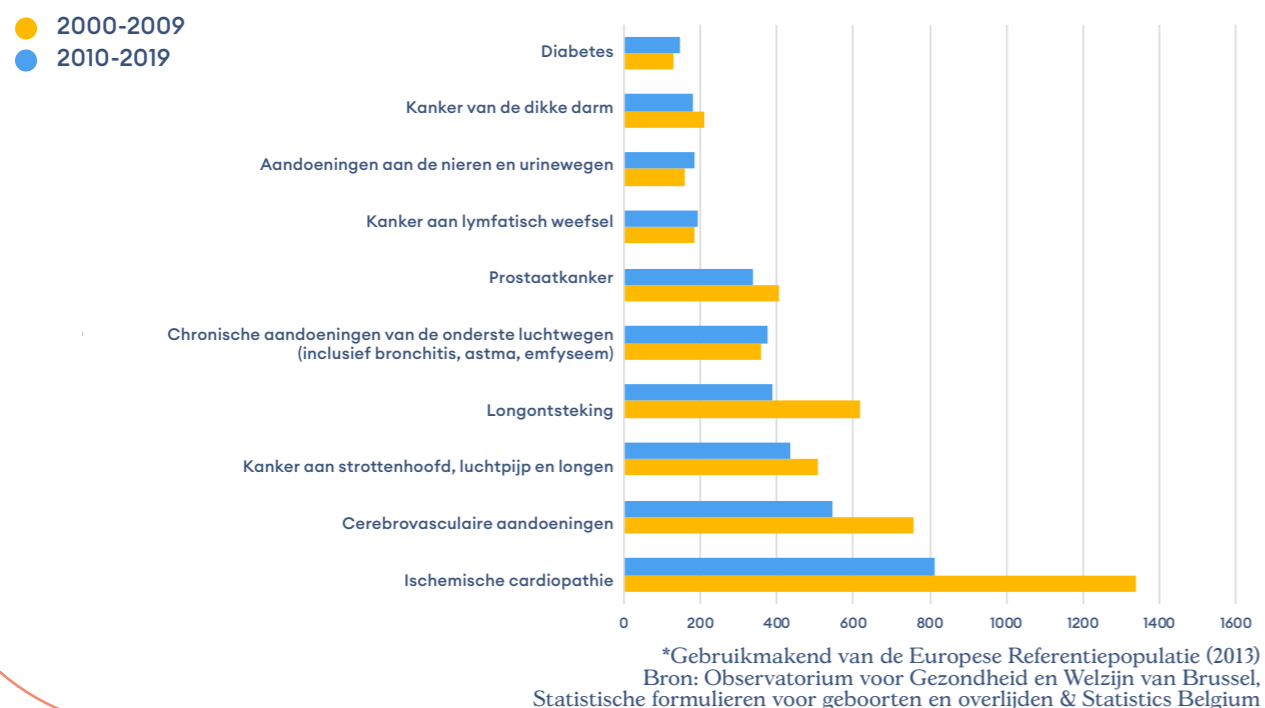
Doodsoorzaken verschillen sterk naar leeftijd en geslacht. Daarom wordt hier (in navolging ook van de wetenschappelijke literatuur omtrent mortaliteit) steeds een onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen, en tussen personen die jonger of ouder zijn dan 75 jaar²⁷.

De cijfers in Figuur 2-16 t.e.m. 2-22 werden berekend op basis van de statistische formulieren voor geboorte en sterfte. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie is bevoegd voor de verzameling en verwerking van deze gegevens met betrekking tot de Brusselse bevolking. Met het oog op overzichtelijkheid, worden hier niet alle mogelijke sterftecijfers en doodsoorzaken besproken. Er werd gekozen om telkens de 10 voornaamste doodsoorzaken binnen de besproken bevolkingsgroep te belichten²⁸.

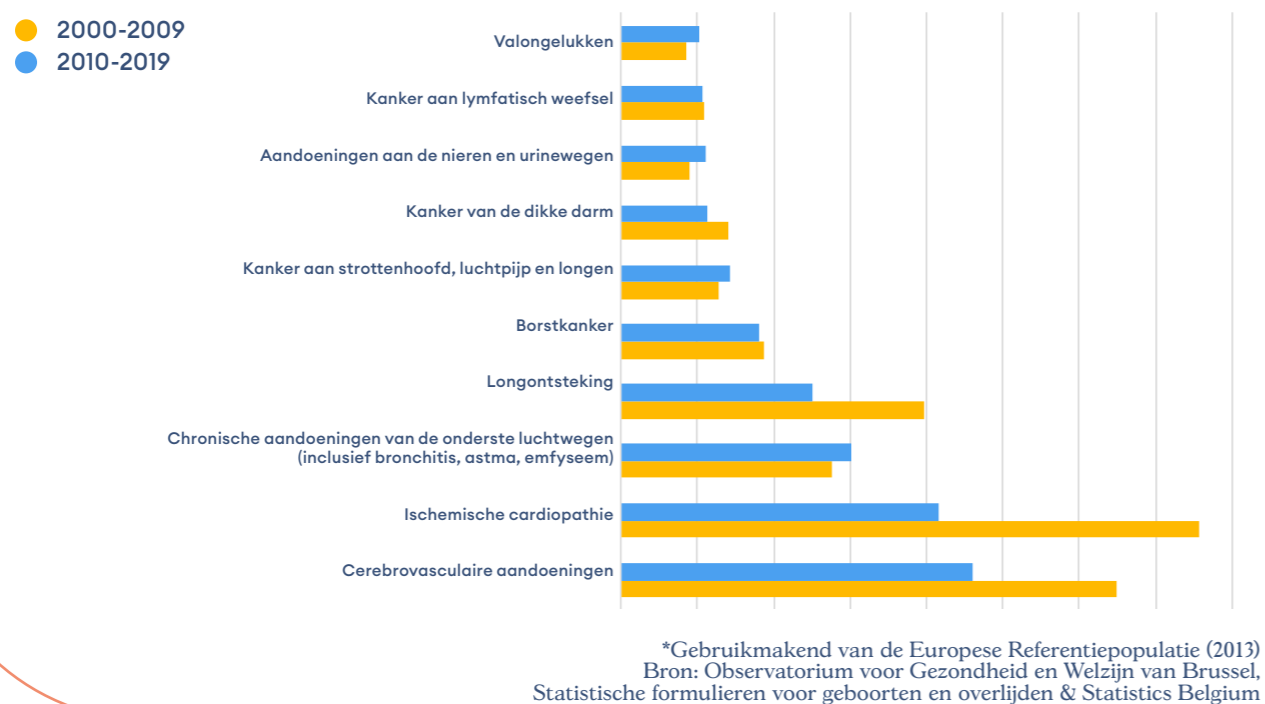
De twee eerstvolgende Figuur 2-16 en 2-17 hebben betrekking op de belangrijkste doodsoorzaken bij mannen (figuur 2-16) en vrouwen (figuur 2-17) die ouder zijn dan 75 jaar. Het afgelopen decennium (2010-2019) wordt daarbij vergeleken met het decennium dat daaraan voorafging (2000-2009).

Het gestandaardiseerd sterftecijfer voor Brusselse mannen die 75 jaar (of ouder) zijn bedroeg 8 545,5 per 100 000 inwoners, in de periode 2010-2019. Dat is een merkbare daling in vergelijking met de periode 2000-2009, toen het sterftecijfer voor dezelfde groep 9979,4 per 100 000 inwoners bedroeg. Voor Brusselse mannen die 75 jaar en ouder zijn, wordt (tussen de periodes 2000-2009 en 2010-2019), voor heel wat doodsoorzaken een daling in de cijfers vastgesteld, vooral dan onder de vier 'voornaamste' doodsoorzaken, namelijk ischemische cardiopathieën, cerebrovasculaire aandoeningen,

Figuur 2-16 Gestandaardiseerde* sterftcijfers (aantal overlijdens per 100 000 inwoners) naar onderliggende doodsoorzaken, 75 jaar en ouder, mannen, Brussels Gewest, 2000-2019



Figuur 2-17 Gestandaardiseerde* sterftcijfers (aantal overlijdens per 100 000 inwoners) naar onderliggende doodsoorzaken, 75 jaar en ouder, vrouwen, Brussels Gewest, 2000-2019



kankers aan strottenhoofd, luchtpijp en longen, en longontstekingen. De daling die wordt vastgesteld bij ischemische cardiopathieën, valt in het bijzonder op: waar in de periode 2000-2009 nog 1336,8 overlijdens (per 100 000 inwoners) ten gevolge van ischemische cardiopathieën werden vastgesteld, daalde dit in de periode 2010-2019 tot 810,1 doden (per 100 000 inwoners).

Ook onder Brusselse vrouwen die 75 jaar (of ouder) zijn daalde het gestandaardiseerd sterftcijfer op merkbare wijze tussen 2000-2009 en 2010-2019: van 7078,2 tot 6202,0 per 100 000 inwoners. De sterftcijfers voor vrouwen vertonen een gelijkaardig evolutie als bij mannen: de voornaamste doodsoorzaken kennen een (soms sterke) daling. Ook bij vrouwen wordt bijvoorbeeld een fikse daling van het aantal overlijdens ten gevolge van een ischemische cardiopathie vastgesteld. Er zijn tegelijk wel een aantal verschillen tussen mannen en vrouwen: zo verschijnt borstkanker²⁹ (logischerwijs) wel in dit overzicht en niet bij mannen en is het omgekeerde waar voor prostaatcancer. Verder blijken 'valongelukken' relatief gezien een belangrijkere doodsoorzaak zijn onder vrouwen dan onder mannen.

Merk op dat dat Figuur 2-16 en 2-17 (net als de volgende vier Figuur) een andere schaal hanteren: dit komt doordat sterftcijfers consistent lager liggen voor vrouwen dan voor mannen, wat uiteraard ook verband houdt met de hogere levensverwachting bij vrouwen.

Figuur 2-18 en 2-19 bieden een overzicht van de belangrijkste vroegtijdige³⁰ doodsoorzaken onder Brusselse mannen en vrouwen. Vroegtijdige doodsoorzaken zijn bijzonder interessant om te analyseren omdat ze (nog meer dan de overlijdens na 75 jaar) deels ook als uitkomst van het Belgische en Brusselse gezondheidszorgsysteem en gezondheidsbeleid kunnen worden geïnterpreteerd. Als de vroegtijdige doodsoorzaken onder Brusselse mannen onder de loep genomen worden, worden een aantal gunstige evoluties zichtbaar: vooreerst liggen de sterftcijfers voor bijna elke doodsoorzaak (in dit overzicht) lager in de periode 2010-2019 dan in de periode 2000-2009.

Onder Brusselse mannen manifesteren de meest opvallende dalingen in het sterftcijfer zich bij de twee voornaamste doodsoorzaken: kanker aan het ademhalingsstelsel (strottenhoofd, luchtpijp en longen) en ischemische cardiopathieën. Beiden daalden aanzienlijk op 10 jaar tijd. Uiteraard zijn er

veel factoren die bijdragen aan deze evolutie, zoals nieuwe medische ontwikkelingen en betere behandelingen, maar ongetwijfeld speelt ook het feit dat steeds minder mensen (dagelijks) roken een rol³¹.

Figuur 2-19 toont nogmaals aan dat levensstijl een impact heeft op de (volks)gezondheid. Deze figuur laat immers zien dat de daling in mortaliteit ten gevolge van longkankers onder vrouwen veel minder uitgesproken is dan bij mannen, wat zowel te maken heeft met het feit dat het terugdringen van het rookgedrag onder vrouwen moeizamer verloopt, maar ook dat vrouwen van een veel betere 'uitgangspositie' vertrokken. Het aandeel dagelijkse rokers heeft altijd consistent lager gelegen onder vrouwen dan onder mannen (zie ook figuur 2-16).

Ook nu weer vertonen de vroegtijdige sterftcijfers onder Brusselse vrouwen enkele opvallende overeenkomsten én verschillen met die van de Brusselse mannen. Zo 'delen' mannen en vrouwen negen van de tien vaakst voorkomende vroegtijdige doodsoorzaken, maar is die ene uitzondering tegelijk wel de tweede meest belangrijke doodsoorzaak onder vrouwen: borstkanker³².

Als gekeken wordt naar wat er veranderd is op 10 jaar tijd, valt het ook op dat borstkanker niet langer de belangrijkste vroegtijdige doodsoorzaak is onder Brusselse vrouwen; kanker aan strottenhoofd, luchtpijp en longen voert nu zowel bij mannen als vrouwen de lijst aan. Ook nu moet worden onderstreept dat de (vroegtijdige) sterftcijfers bij vrouwen consistent lager liggen.

Figuur 2-20a en 2-20b tonen de belangrijkste groepen van doodsoorzaken voor respectievelijk Brusselse mannen en vrouwen in de periode 2015-2019. Er wordt dus niet gekeken naar specifieke doodsoorzaken, maar categorieën van doodsoorzaken; de verschillende types kanker die werden vermeld in Figuur 2-16 t.e.m. 2-19 vallen bijvoorbeeld allemaal onder de groep 'Tumoren' in Figuur 2-20a en 2-20b.

Eén van de meest opvallende vaststellingen is dat hart- en vaatziekten voor steeds meer overlijdens zorgen naarmate de leeftijd stijgt. Ook zien we dat kanker vooral tussen de leeftijden van 45 en 64 jaar voor veel overlijdens zorgt. Dat de categorie 'andere' zo groot is onder kinderen die jonger zijn dan een jaar, wordt vrijwel volledig verklaard door het feit dat 'perinatale sterfte' in deze Figuur onder deze categorie valt.

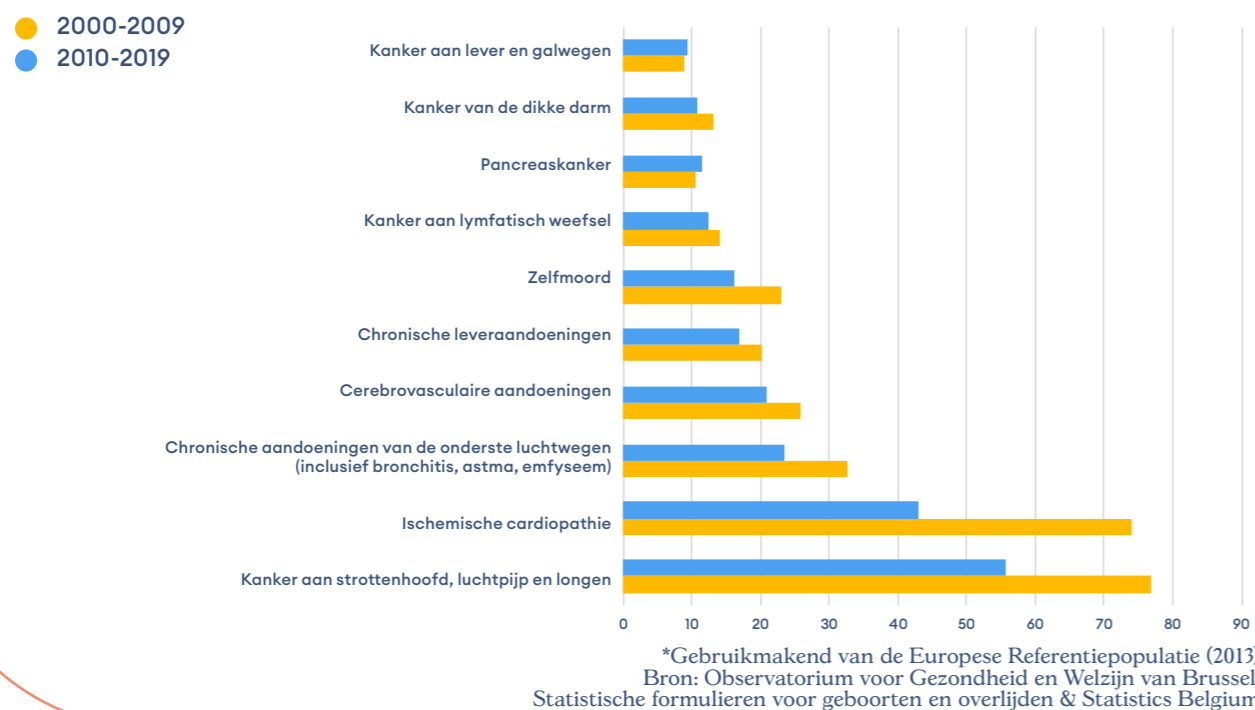
²⁹ Het zij nog vermeld dat borstkanker ook voorkomt bij mannen, maar dat de incidentie en daardoor ook het sterftcijfer (0,3 doden per 100 000 mannen tijdens de periode 2010-2019) zeer laag ligt.

³⁰ Voor de leeftijd van 75 jaar

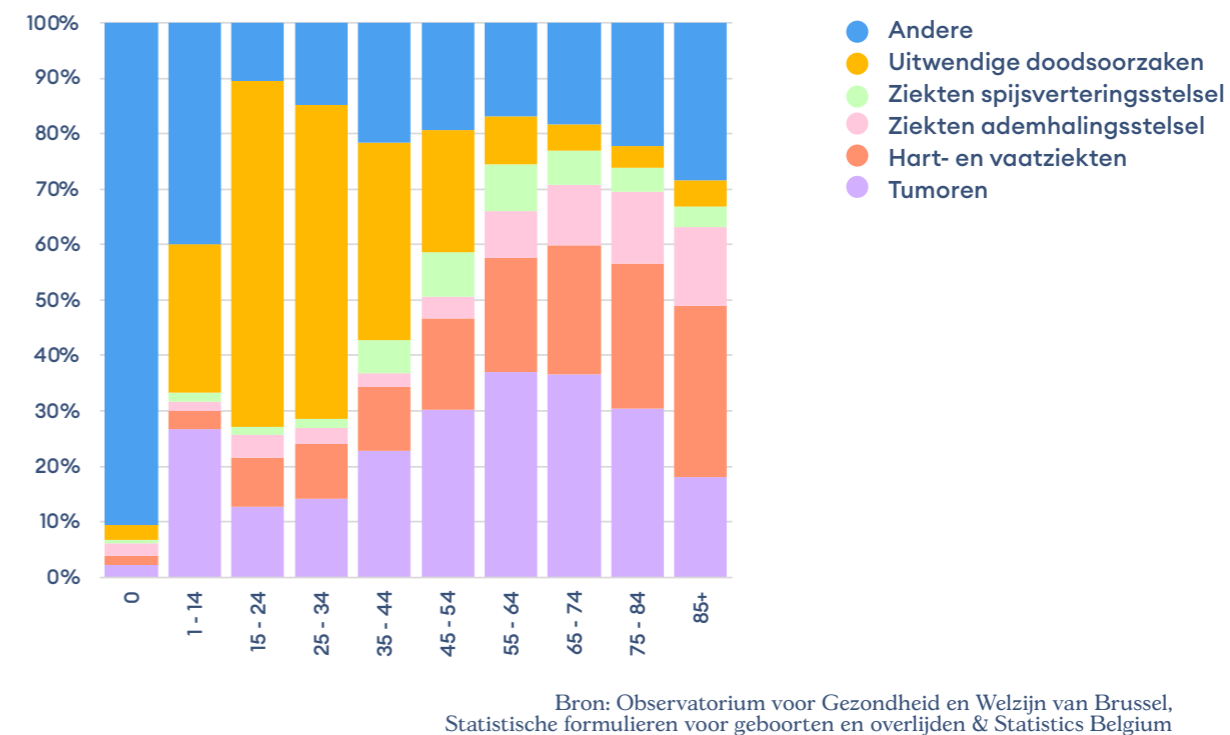
³¹ https://www.sciensano.be/sites/default/files/ta_rapport2_his2018_nl_v3.pdf

³² Kanker aan de lever en galwegen vervolledigt (daar tegenoverstaande) het overzicht bij mannen.

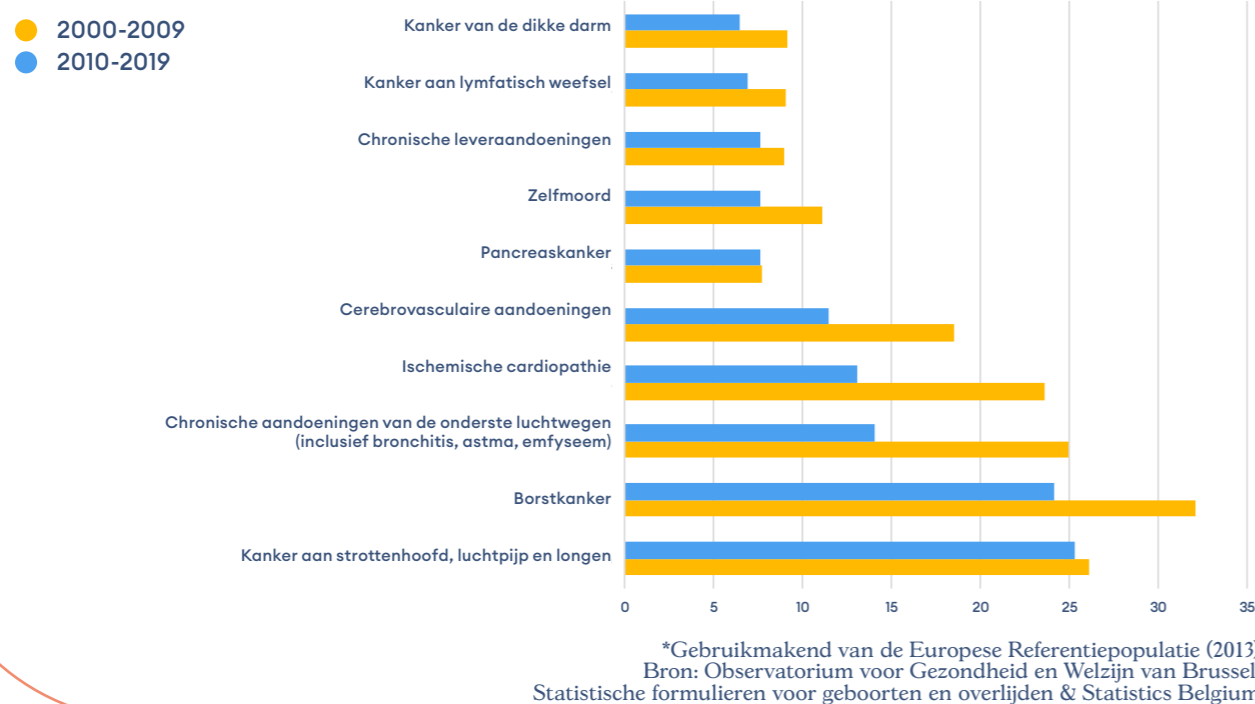
Figuur 2-18 Gestandaardiseerde*, vroegtijdige sterftecijfers (aantal overlijdens voor 75 jaar per 100 000 inwoners) naar onderliggende doodsoorzaken, mannen, Brussels Gewest, 2000-2019



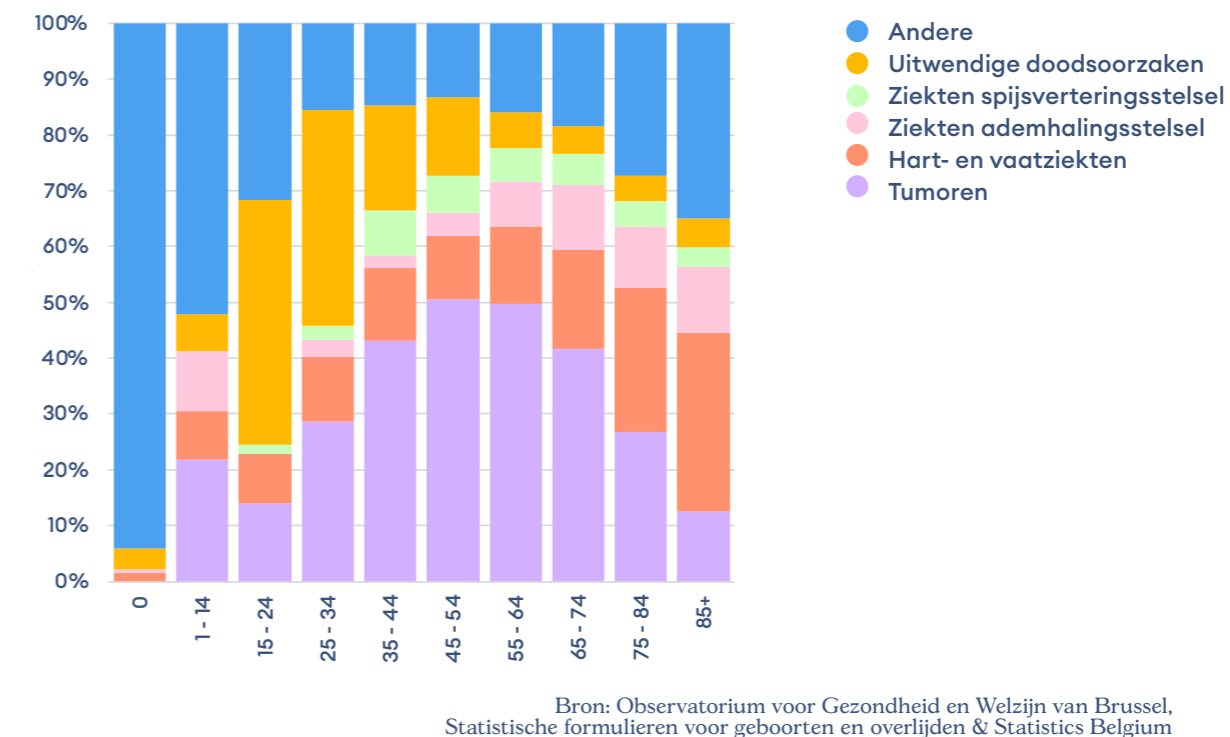
Figuur 2-20A Verdeling van meest voorkomende categorieën doodsoorzaken naar leeftijdsgroep, mannen, Brussel, 2015-2019



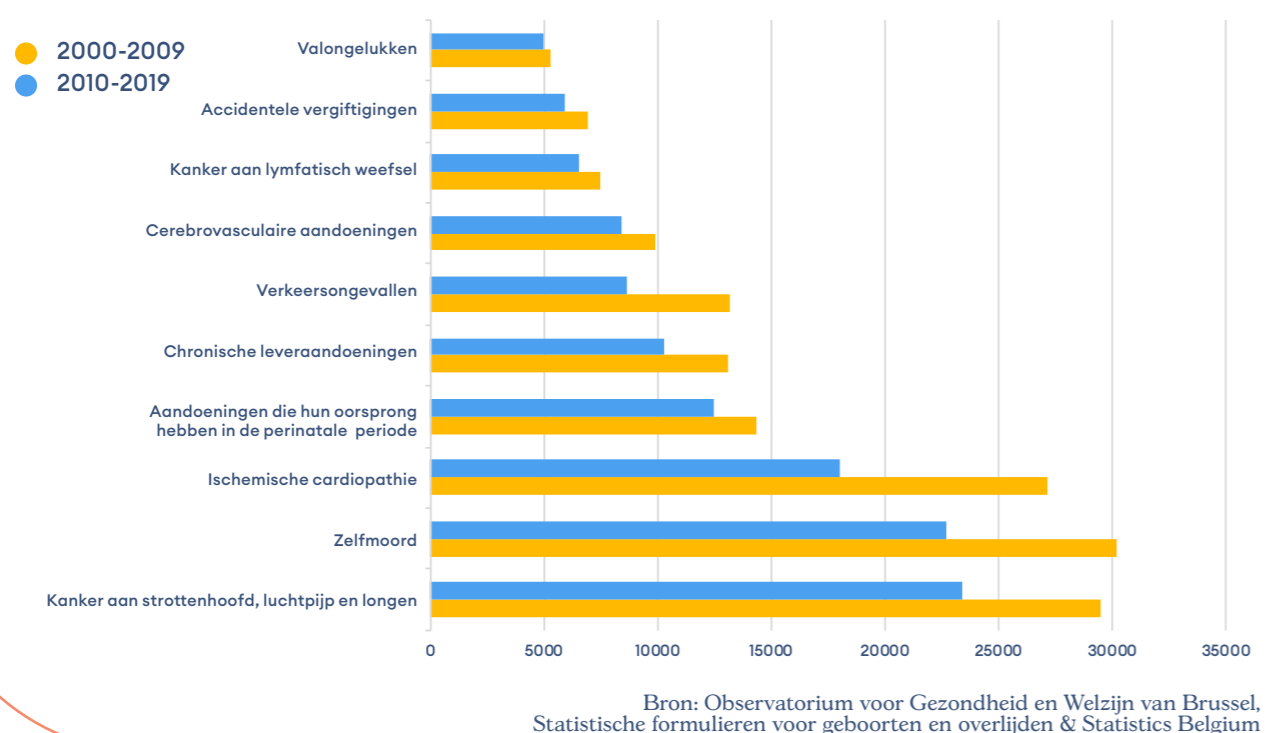
Figuur 2-19 Gestandaardiseerd*, vroegtijdige sterftecijfers (aantal overlijdens voor 75 jaar per 100 000 inwoners) naar onderliggende doodsoorzaken, vrouwen, Brussels Gewest, 2000-2019



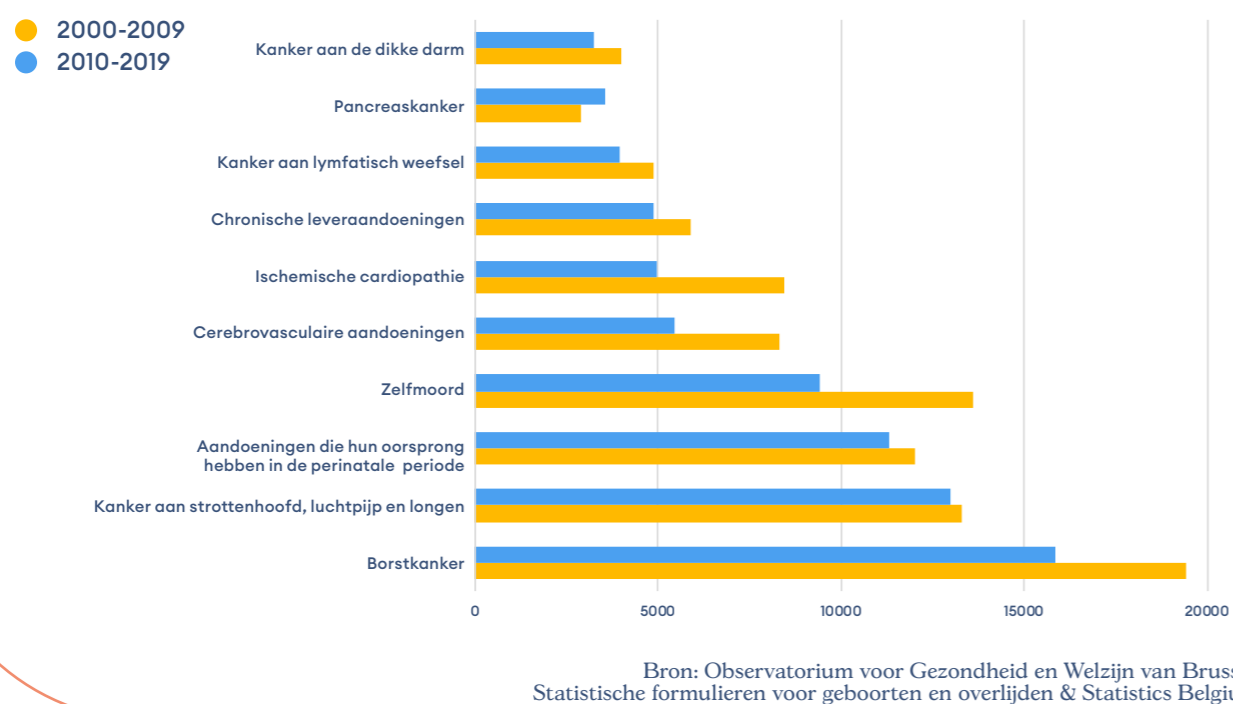
Figuur 2-20B Verdeling van meest voorkomende categorieën doodsoorzaken naar leeftijdsgroep, vrouwen, Brussel, 2015-2019



Figuur 2-21 **Belangrijkste oorzaken voor verloren potentiële levensjaren naar periode, mannen, Brussels Gewest, 2000-2019**



Figuur 2-22 **Belangrijkste oorzaken voor verloren potentiële levensjaren naar periode, vrouwen, Brussels Gewest, 2000-2019**



Een andere manier om oorzakspecifieke vroegtijdige sterfte te benaderen, is om niet enkel te kijken of iemand voor de leeftijd van 75 jaar stierf aan een bepaalde aandoening, maar om voor elke persoon die vroegtijdig stierf (voor de leeftijd van 75 dus) te berekenen hoeveel 'potentiële levensjaren' er verloren gingen³³ en deze per doodsoorzaak bij elkaar op te tellen. Zo zal een overlijden op 25 veel meer gewicht hebben (50 VPL) dan een overlijden op 75 (1 VPL). Figuren 2-21 en 2-22 tonen wat de belangrijkste doodsoorzaken zijn voor respectievelijk mannen en vrouwen indien men deze analyse uitvoert. Zo wordt de reële impact van de verschillende doodsoorzaken duidelijker.

Figuur 2-21 laat zien dat zelfmoord de tweede voornaamste doodsoorzaak is onder Brusselse mannen als de vroegtijdige sterfte wordt uitgedrukt in termen van verloren potentiële levensjaren. Dat zelfmoord in deze analyse zwaarder doorweegt, laat zich mathematisch makkelijk verklaren omdat zelfmoord in vergelijking met vele andere doodsoorzaken relatief vaak voorkomt in 'jongere' leeftijdsgroepen (de incidentie van zelfmoord stijgt gestaag na de adolescentie en 'piekt' rond de leeftijd van 50, waarna het weer afneemt). Ook bij vrouwen (figuur 2-22) stijgt het relatieve belang van zelfmoord als vroegtijdige doodsoorzaak als de sterfte wordt uitgedrukt in termen van verloren potentiële levensjaren.

De grote impact van zelfmoord onderstreept het belang van sterke sociale voorzieningen (met het oog op het verminderen van bestaansonzekerheid) en het breed beschikbaar stellen van kwaliteitsvolle psychologische gezondheidszorg.

Figuur 2-22 toont aan dat borstkanker bij vrouwen een enorme gezondheidsuitdaging blijft, ondanks het feit dat de sterfte ten gevolge van borstkanker daalde tussen de periodes 2000-2009 en 2010-2019 (zoals besproken bij figuur 2-19). De berekeningswijze speelt hier overigens een minder grote rol dan bij zelfmoord: overlijdens ten gevolge van borstkanker stijgen immers wél recht evenredig met leeftijd. Borstkanker is ook de vaakst voorkomende doodsoorzaak bij vrouwen tussen 35 en 60 jaar in het Brussels Gewest³⁴.

Een opvallend verschil dat zich presenteert tussen Figuren 2-21 en 2-22, is dat externe doodsoorzaken mannen schijnbaar zwaarder treffen dan vrouwen: zowel valongelukken als verkeersongevallen vertalen zich naar meer verloren potentiële levensjaren bij mannen. De oorzaken voor dit verschil zijn wellicht meerledig, maar één van de

verklaringen ligt in de algemene verschillen in beroepsactiviteit tussen mannen en vrouwen. Het is ook bekend dat mannen over het algemeen ook vaker «riskant gedrag» stellen in vergelijking met vrouwen.

De laatste indicator die in dit onderdeel wordt besproken betreft de 'burden of disease' of 'ziektelast' van verschillende aandoeningen binnen het Brussels grondgebied in termen van 'Disability-Adjusted Life Years'. Het gebruik van DALY's vindt steeds meer ingang in de wetenschappelijke gezondheidsliteratuur omdat het de twee 'kernfacetten van gezondheid', morbiditeit en mortaliteit, combineert. Sciensano definieert DALY's als volgt: 'DALY's meten de gezondheidskloof door een leven in perfecte gezondheid te vergelijken met de realiteit. De gezondheidskloof wordt daarom gedefinieerd als het aantal potentieel gezonde levensjaren dat verloren is gegaan door ziekte, handicap en sterfte. Een ziekte van 100 DALY's per 1000 mensjaren zou dus een verlies betekenen van 100 gezonde levensjaren per 1000 mensen per jaar. Hoe meer DALY's ziekten of risicofactoren veroorzaken, hoe hoger hun impact op de volksgezondheid.'³⁵ In de appendix wordt dieper ingegaan in op de methodologische grondslagen van deze indicator.

Figuur 2-23 rangschikt de 10 aandoeningen die de grootste ziektebelasting veroorzaken bij Brusselse mannen en vrouwen. Wat opvalt, is dat er een aantal aandoeningen in dit overzicht staan die tot dusver nog niet vermeld werden bij de hierboven besproken indicatoren (zoals nekpijn en gezichtsverlies). Het is vooral opvallend dat aandoeningen die verband houden met psychologisch lijden hier zo sterk vertegenwoordigd zijn, zoals unipolaire depressies, stoornissen gelieerd aan het gebruik van (psychoactieve) middelen, angststoornissen en zelfverwonding.

Wat echter vooral in het oog springt, is de enorme ziektebelasting die alcoholmisbruik veroorzaakt binnen het Brussels gewest. Volgens deze indicator heeft geen enkele andere aandoening een grotere impact op de gezondheid van Brusselse mannen. Bij vrouwen staan dan weer unipolaire depressies met stip op één. Met een waarde van 1 974,4 DALY's, is de ziektebelasting van deze aandoening onder vrouwen dubbel zo groot als de eerst daaropvolgende aandoening: lage rugpijn (1 267,80 DALY's).

Wie graag meer gedetailleerde informatie wenst te raadplegen aangaande de ziektebelasting van specifieke aandoeningen kan gebruik maken van de online

³³ Waarbij er van wordt uitgegaan dat deze persoon in principe 'minstens had moeten leven' tot zijn of haar 75ste levensjaar.

³⁴ Op basis van absolute (en geen gestandaardiseerde) sterftecijfers.

³⁵ <https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/ziektelast>

³⁶ <https://burden.sciensano.be/shiny/daly/>

Figuur 2-23 'Burden of Disease' (Disability-Adjusted Life Years), Brussels Gewest, 2018*

	Mannen	Vrouwen
1	Stoornissen in het gebruik van alcohol 1 709,38	Unipolaire depressieve stoornissen 1 974,38
2	Unipolaire depressieve stoornissen 1 595,55	Lage rugpijn 1 267,8
3	Ischemische hartziekten 1 339,09	Stoornissen in het gebruik van alcohol 1 040,13
4	Kanker aan strottenhoofd, luchtpijp, longen en bronchiën 1 317,61	Chronisch obstructieve longziekte 1 005,75
5	Chronisch obstructieve longziekte 1 054,85	Alzheimer en andere vormen van dementie 856,6
6	Stoornissen in het gebruik van drugs 990,35	Nekpijn 854,89
7	Lage rugpijn 972,35	Borstkanker 854,02
8	Zelfverwonding 853,52	Cerebrovasculaire aandoeningen 840,02
9	Cerebrovasculaire aandoeningen 843,07	Verlies van zicht 813,43
10	Gezichtsverlies 639,64	Angststoornissen 746,96

* Geraadpleegd op 20/01/2023.
Bron: Sciensano

webtool³⁶ van Sciensano die toelaat om zelf verschillende periodes en subpopulaties met elkaar te vergelijken.

Besluit

In het Brussels Gewest neemt de levensverwachting gestaag toe, zowel bij mannen als vrouwen. Dit hangt samen met een daling van een heel aantal oorzaaksspecifieke sterfte- en vroegtijdige sterftecijfers. Deze positieve trend in de levensverwachting wordt deels toegeschreven aan een verhoogd gezondheidsbewustzijn onder de bevolking, bijvoorbeeld door een afname in tabaksconsumptie, meer aandacht voor gezonde voeding en fysieke activiteit. Daarnaast spelen ontwikkelingen in de gezondheidszorg een cruciale rol, bijvoorbeeld door verbeteringen in de behandeling en preventie van bepaalde aandoeningen die voorheen vaker tot vroegtijdige sterfte leidden. Deze positieve evolutie mag niet verhullen dat de sociale ongelijkheden nog steeds groot zijn. Zo hebben de inwoners van hogere inkomensgemeenten een aanzienlijk hogere levensverwachting dan de inwoners van armere gemeenten.

C. Chronische ziekten

In de gezondheidsenquête van 2018 rapporteerde ongeveer één op de drie Brusselaars (28,7%) te lijden aan een langdurige aandoening. Vlaanderen (27,6%) en Wallonië (32,7%) laten gelijkaardige cijfers optekenen. Het aandeel personen dat aan een chronische aandoening lijdt neemt stelselmatig toe met de leeftijd. Onder Brusselaars van 75 jaar of ouder, gaat het om 46,5%.

Chronische aandoeningen kunnen een ernstige invloed hebben op de algemene levenskwaliteit en de manier waarop andere ziekten een impact hebben op een persoon. In dit deel worden de morbiditeit en mortaliteit van veelvoorkomende chronische aandoeningen besproken.

Overzicht van de meest voorkomende chronische aandoeningen

De drie vaakst voorkomende chronische aandoeningen bij Brusselse mannen in 2018 zijn schildklierlijden³⁷, allergieën en lage rugpijn. Daarnaast heeft iets meer dan 10% van Brusselse mannen last van een verhoogde cholesterol. Ook artritis/artrose en een verhoogde bloeddruk komen bij bijna 1 op 10 Brusselse mannen voor.

Tabel 2-2 toont aan dat de drie meest voorkomende chronische aandoeningen bij vrouwen zijn allergieën, artritis/artrose en lage rugpijn. Verhoogde bloeddruk, nekproblemen, verhoogde cholesterol en ernstige hoofdpijn (waaronder migraine) komen allemaal bij minstens 10% van de

vrouwelijke, Brusselse bevolking voor. Het valt op dat bijna elke chronische aandoening (behalve schildklierlijden en verhoogde cholesterol³⁸) vaker door vrouwen dan door mannen vermeld wordt.

Een aantal van deze chronische aandoeningen heeft een grotere impact op de levenskwaliteit en/of -duur van een persoon. Wanneer men de maatschappelijke impact van verschillende ziektes en aandoeningen in het Brussels Gewest uitdrukt in DALY's (zie ook figuur 2-23³⁹), wordt het duidelijk dat lage rugpijn, nekpijn, artrose en diabetes relatief zwaar wegen op de volksgezondheid. Wanneer men de verschillende aandoeningen rangschikt op het aantal DALY's, zien we bijvoorbeeld dat lage rugpijn de tweede belangrijkste aandoening vormt onder

Tabel 2-2 Percentage van de bevolking met een frequent voorkomende chronische aandoening in de afgelopen 12 maanden, naar geslacht, Brussels Gewest, 2018

	Mannen (%)	Vrouwen (%)
Aandoeningen van het bewegingsstelsel		
Lage rugpijn	12,1	15,8
Artritis of artrose	9,6	18,4
Nekprobleem	5,1	11,1
Osteoporose	0,1	3,8
Cardiovasculaire risicofactoren		
Verhoogde bloeddruk	9,2	11,9
Verhoogde cholesterol	10,6	10,5
Aandoeningen van de ademhalingswegen		
Allergie	13,8	18,8
Astma	5,6	7,6
Andere aandoeningen		
Ernstige hoofdpijn zoals migraine	5,1	10,4
Langdurige vermoeidheid	4,4	6,9
Depressie	5,1	7,3
Diabetes	4,4	5,1
Schildklierlijden	15,4	9,6
Urinaire incontinentie	2,3	3,3

Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2018

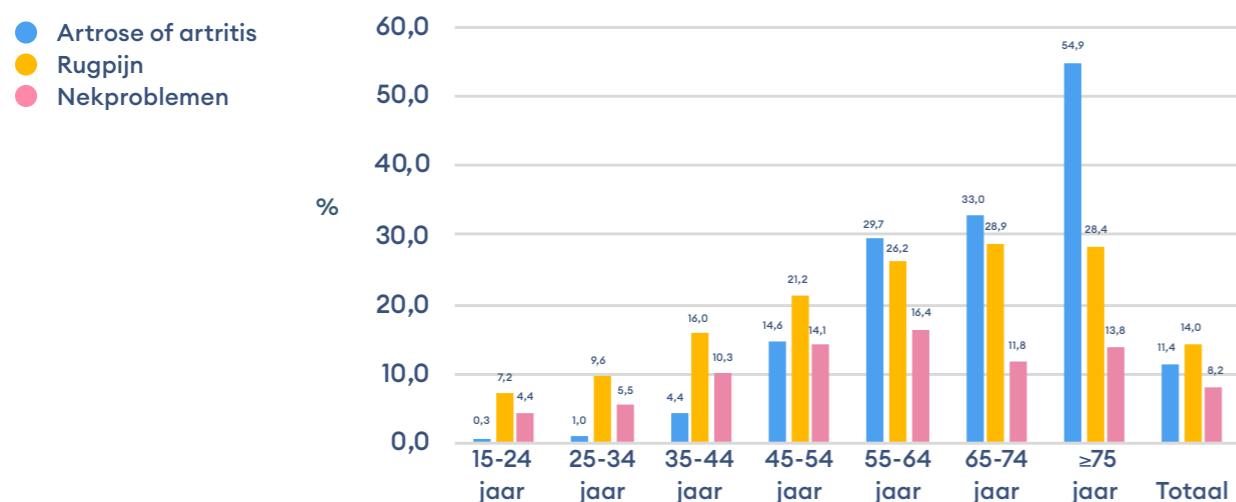
³⁷ Bij een schildklierprobleem kan de schildklier te weinig of te veel schildklierhormoon aanmaken. Vaak veroorzaken schildklierstoornissen algemene symptomen met veranderingen in de lichaamstemperatuurregeling, hartslag, darmfunctie, lichaamsgewicht en kracht. <https://www.gezondheidswetenschap.be/richtlijnen/behandeling-van-schildklierklachten>

³⁸ In het geval van verhoogde cholesterol is het verschil echter bijna onbestaande: 10,6% bij mannen en 10,5% bij vrouwen.

³⁹ <https://burden.sciensano.be/shiny/daly/>

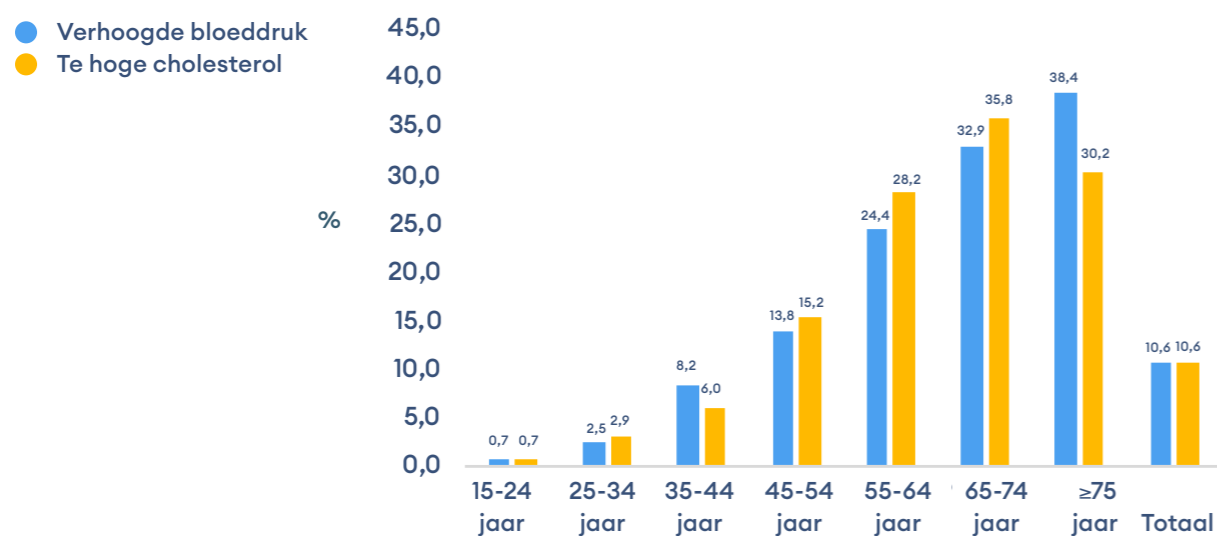
³⁶ <https://burden.sciensano.be/shiny/daly/>

Figuur 2-24 Percentage personen met artritis of artrose, rugpijn en nekpijn naar leeftijd, Brussels Gewest, 2018



Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2018

Figuur 2-25 Percentage personen (15 jaar of ouder) met een te hoge bloeddruk of te hoge cholesterol naar leeftijd, Brussels Gewest, 2018



Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2018

vrouwen in Brussel⁴⁰. Veel van de frequent voorkomende aandoeningen uit tabel 2-2 staan in de 'top 20' qua aantal DALY's, zowel voor mannen als vrouwen. Daarom besteden we in dit onderdeel extra aandacht aan deze specifieke aandoeningen.

Verder zijn ook de prevalenties van verhoogde bloeddruk en verhoogde cholesterol noemenswaardig aangezien beide belangrijke risicofactoren zijn voor ischemische hartziekten. Het is duidelijk dat ischemische hartziekten ook zwaar op de volksgezondheid wegen. Zo is het zelfs de belangrijkste aandoening onder mannen wanneer men deze uitdrukt in DALY's. Hierdoor zal in dit onderdeel ook extra aandacht besteed worden aan deze cardiovasculaire risicofactoren, onder meer door naar de incidentie te kijken van acute myocardinfarcten.

Ten slotte, zullen we kijken naar een belangrijk gevolg van het lijden aan chronische aandoeningen, namelijk arbeidsongeschiktheid. We bespreken een aantal analyses die meer inzicht bieden in welke beroepsgroepen arbeidsongeschiktheid het vaakst voorkomt en wat de belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheid zijn.

Artritis of artrose

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest geeft 11,4 % van de bevolking (van 15 jaar of ouder) aan te lijden aan artritis of artrose. Beide aandoeningen worden samen bekeken, omdat vermoed wordt dat personen zelf niet altijd correct het onderscheid kunnen maken. Artritis of artrose kwam in 2018 (bijna) dubbel zo vaak voor bij vrouwen (18,4%) dan bij mannen (9,6%) en neemt gradueel toe met de leeftijd.

In 2018 rapporteerde 14,0% van alle Brusselaars last te hebben van lage rugproblemen of andere chronische rugklachten. Vrouwen (15,8%) hebben er vaker mee te maken dan mannen (12,1%). Vanaf de leeftijd van 45 jaar, heeft minstens 1 op 5 Brusselaars last van rugklachten.

Nekproblemen worden wat minder, maar ook nog steeds zeer frequent gerapporteerd, namelijk door 8,2 % van alle Brusselaars. Opnieuw komt dit opvallend vaker voor bij vrouwen (11,1%) dan bij mannen (5,1%). Figuur 2-24 toont ook aan jongeren minder nekproblemen rapporteren, maar het verband tussen leeftijd en nekpijn is zeker niet helemaal lineair.

Aan het einde van dit onderdeel (figuur 2-32) zal ook worden aangetoond dat musculoskeletale aandoeningen (een verzamelnaam voor artritis, artrose, rugpijn, nekpijn en andere gelijkaardige aandoeningen) in belangrijke mate bijdragen aan invaliditeit.

Verhoogde bloeddruk en cholesterol

Zoals eerder al werd aangestipt, zijn een te hoge bloeddruk en een verhoogde cholesterol (naast alcoholgebruik, tabaksgebruik, ongezonde eet- en beweggewoonten en obesitas) belangrijke risicofactoren voor hart- en vaatziekten (Lim et al., 2013). In de volgende drie Figuren wordt daarom de prevalentie van deze chronische aandoeningen naar leeftijd, de incidentie van acute myocardinfarcten in verschillende leeftijdscategorieën en de leeftijdsspecifieke sterftecijfers voor hart- en vaataandoeningen weergegeven.

In 2018 gaf 10,6 % van de Brusselse bevolking aan een te hoge bloeddruk te hebben. Dit percentage is iets hoger bij vrouwen (11,9%) dan bij mannen (9,2%)⁴¹. Het percentage personen dat aangeeft een verhoogde bloeddruk te hebben, neemt gestaag toe met de leeftijd. In 2018 verklaarde ook 10,6 % van de Brusselaars last te hebben van een verhoogde cholesterol. Het percentage is vrijwel identiek voor mannen (10,6%) als voor vrouwen (10,5%). Het percentage personen met een verhoogde cholesterol stijgt met de leeftijd tot 74 jaar. Bij de 75-plussers neemt het echter weer af.

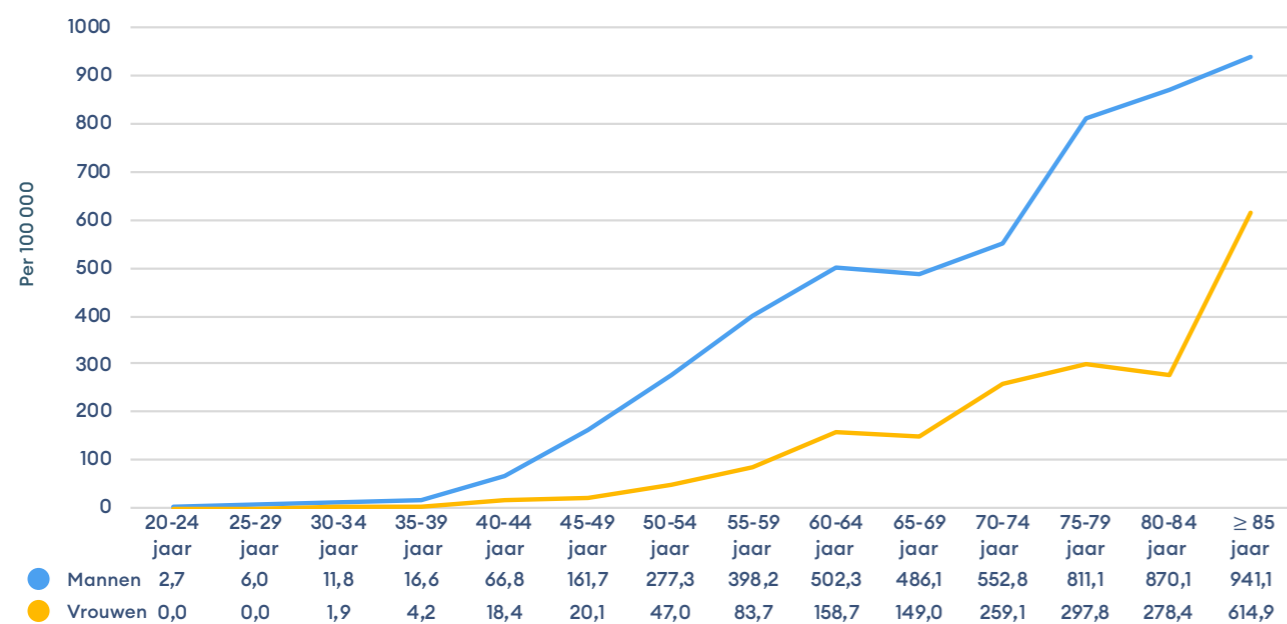
Hart en vaataandoeningen

Volgens de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG), werden er in 2019 in totaal 1327 ziekenhuisverblijven voor acuut myocardinfarct geregistreerd onder Brusselaars: 924 bij mannen en 403 bij vrouwen. Deze ziekenhuisgegevens zijn echter 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 tot gevolg hadden. Figuur 2-26 toont aan dat dergelijke ziekenhuisopnames toenemen met de leeftijd en dat ze voor alle leeftijden hoger ligt voor mannen dan voor vrouwen. Het valt ook op dat de stijging met de leeftijd veel minder lineair verloopt bij vrouwen dan bij mannen. Bij vrouwen van 85 jaar of ouder is er plots meer dan een verdubbeling van de incidentie van acuut myocardinfarct.

⁴⁰ Onder mannen is de impact beperkter, maar ook nog steeds noemenswaardig. 'Lage rugpijn' staat als 8ste gerangschikt in termen van veroorzaakte DALY's onder Brusselse mannen.

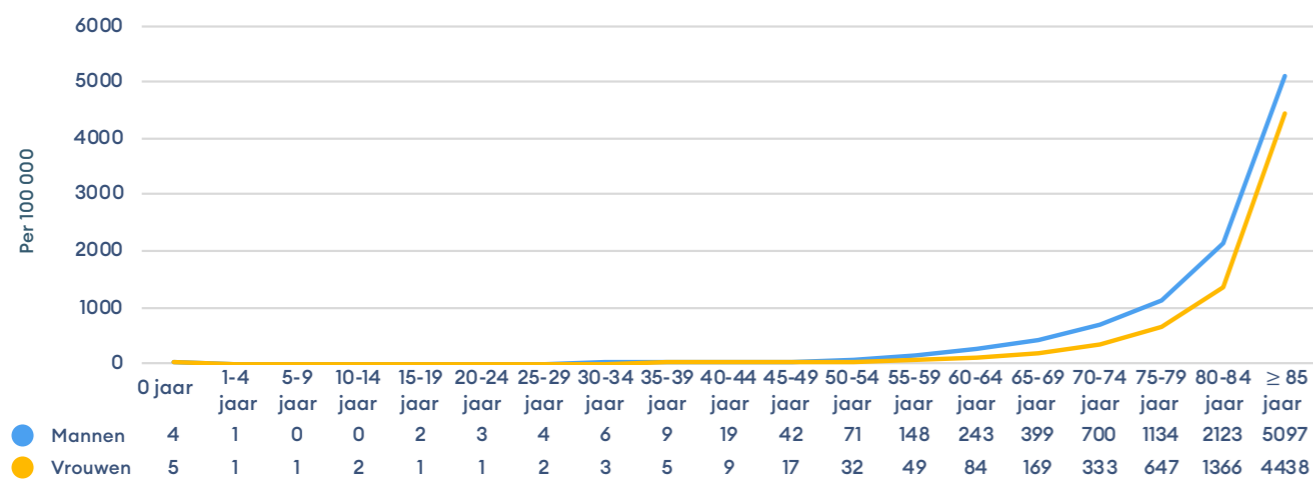
⁴¹ Dit verschil is echter niet statistisch significant.

Figuur 2-26 Incidentie van acuut myocardinfarct (ziekenhuisopname) naar leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2019



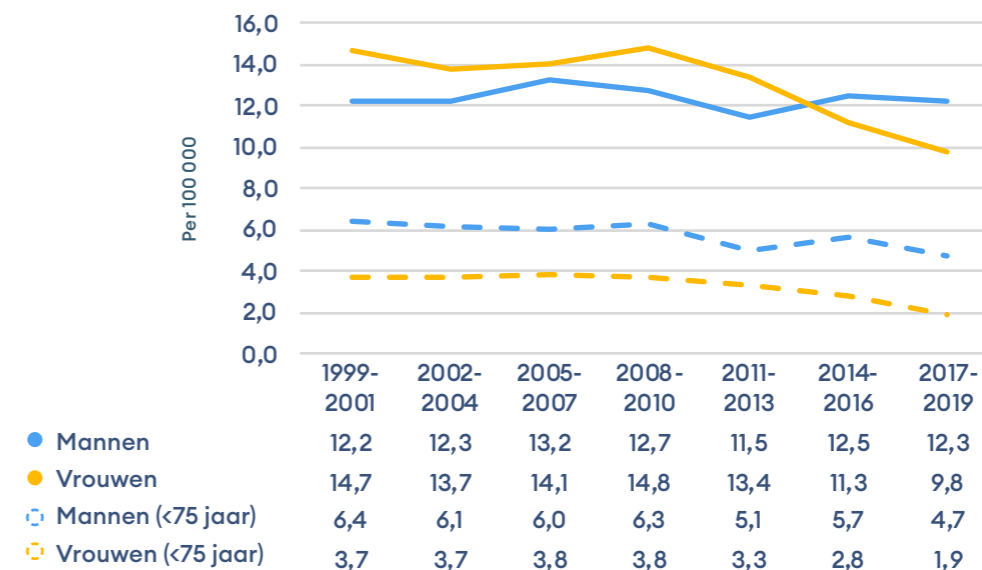
Bron: FOD Volksgezondheid, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Figuur 2-27 Leeftijdsspecifieke bruto sterftcijfers (per 100 000 inwoners) voor hart- en vaataandoeningen naar geslacht, Brussels Gewest, 2010-2019



Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel, Statistische formulieren voor geboorten en overlijden & Statistics Belgium

Figuur 2-28 Totale en vroegtijdige bruto sterfte door diabetes (per 100 000 inwoners) naar geslacht en periode, Brussels Gewest, 1999-2019



Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel, Statistische formulieren voor geboorten en overlijden & Statistics Belgium

Tussen 2008 en 2016 is in Brussel (net als in de andere twee Belgische gewesten) bij beide geslachten de voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie van acuut myocardinfarct afgenomen. Bij mannen was deze daling gelijkaardig in alle regio's. Bij vrouwen was de daling sterker in Brussel en Vlaanderen⁴².

Figuur 2-27 illustreert dat het bruto sterftecijfer voor cardiovasculaire aandoeningen sterk samenhangt met leeftijd en consistent hoger ligt bij mannen dan bij vrouwen.

Diabetes

Diabetes is een belangrijke uitdaging voor de volksgezondheid. Volgens cijfers van het IMA leed 6,2% van de mannelijke Brusselaars en 5,8% van de vrouwelijke Brusselaars in 2021 aan diabetes. Deze cijfers zijn in recente jaren ook gestegen⁴³.

De prevalentie van diabetes ligt vrijwel zeker aanzienlijk hoger. Veel personen lijden aan diabetes

zonder het te weten en de prevalentie van de aandoening wordt bijgevolg onderschat. Zelfs in rijke landen wordt geschat dat het percentage niet-gediagnosticeerde diabetes tot 30 a 50% kan zijn⁴⁴. Bovendien ligt de ziektelast (zoals uitgedrukt in DALY's) van diabetes hoger dan bij bepaalde aandoeningen die vaker gerapporteerd werden door Brusselaars in 2018, zoals schildklierlijden en allergieën. Figuur 2-28 toont aan dat het sterfterisico voor diabetes voor vrouwen een dalende trend vertoont terwijl deze voor mannen min of meer stabiel bleef.

Diabetes komt vaker voor bij personen met een lagere socio-economische status. De prevalentie van gediagnosticeerde diabetes is bijna tweemaal zo hoog bij personen die voor een verhoogde tegemoetkoming in aanmerking komen. Ook mensen met een lager opleidingsniveau hebben aanzienlijk meer kans op niet-gekende of slecht gecontroleerde diabetes in vergelijking met mensen met een hoger opleidingsniveau. Dit suggereert dat er ook in de screening en follow-up van diabetes sociale ongelijkheden bestaan⁴⁵.

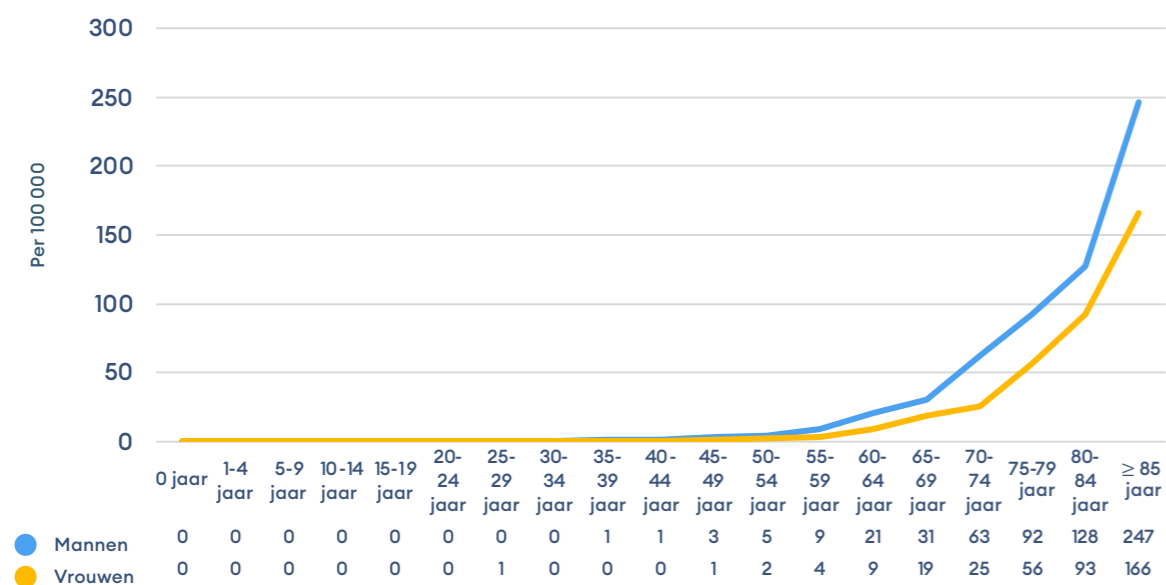
⁴² <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/coronaire-hartziekte>

⁴³ Tien jaar eerder, in 2011, leed bijvoorbeeld 5,0% van mannelijke Brusselaars en 4,8% van de vrouwelijke Brusselaars aan diabetes.

⁴⁴ <https://www.vivalis.brussels/nl/publicatie/sociale-ongelijkheden-gezondheid-brussel>

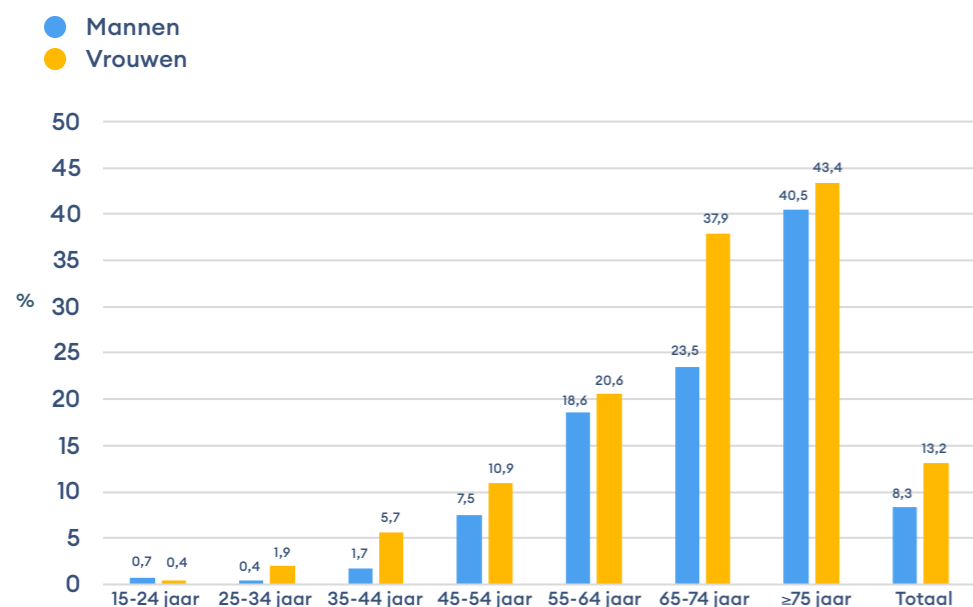
⁴⁵ <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/diabetes>

Figuur 2-29 Leeftijdsspecifieke bruto sterftecijfers (per 100 000 inwoners) voor diabetes naar geslacht, Brussels Gewest, 2010-2019



Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel, Statistische formulieren voor geboorten en overlijden & Statistics Belgium

Figuur 2-30 Percentage van de populatie met multimorbiditeit, Brussels Gewest, 2018



Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2018

Voor de periode 2017-2019 bedraagt het totale sterftecijfer door diabetes als initiële doodsoorzaak 9,8 overlijdens (per 100 000 inwoners) voor Brusselse vrouwen en 12,3 overlijdens (per 100 000 inwoners) voor Brusselse mannen. Wanneer we kijken naar het vroegtijdig sterftecijfer, zien we dat ook voor de leeftijd van 75 jaar mannen (4,7) vaker sterven dan vrouwen (1,9) ten gevolge van diabetes.

Figuur 2-29 toont aan dat ook de mortaliteit door diabetes, vooral vanaf de leeftijd van 55-59 jaar, sterk toeneemt met de leeftijd. Voor de leeftijd van 50 jaar sterven er maar weinig mannen en vrouwen ten gevolge van diabetes.

Multimorbiditeit

Tot nu toe hebben we chronische ziekten apart besproken, maar vaak komen meerdere chronische ziekten samen voor. Meer dan één Brusselaar op tien gaf immers aan te lijden aan meer dan één chronische ziekte in 2018. Het percentage Brusselaars met multimorbiditeit⁴⁶ neemt sterk toe met de leeftijd en komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (behalve bij de 15 tot 24-jarigen).

Multimorbiditeit heeft uiteraard een grote impact op de levenskwaliteit. Maar liefst 54,9% van personen die in 2018 aangaven te lijden aan twee (of meer) chronische aandoeningen, schatten hun eigen gezondheid slecht in (Gezondheidsenquête 2018, Sciensano). Ter vergelijking: onder personen die lijden aan één chronische aandoening, geeft 'maar' 17,2% aan in slechte gezondheid te verkeren en onder hen die volledig van chronische aandoeningen gespaard blijven, gaat het om 'slechts' 10,1% die aangeven in slechte gezondheid te verkeren.

Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

Vanwege hun grote impact op het dagelijkse functioneren, geven chronische ziekten vaak aanleiding geven tot langdurige arbeidsongeschiktheid⁴⁷. Bovendien leiden omgekeerd sommige beroepsmatige activiteiten vaak tot chronische ziekten. Er bestaat met andere woorden een verband tussen werken en invaliditeit. Voor die reden bekijken we langdurige arbeidsongeschiktheid hier van dichterbij.

De gegevens die hier worden gepresenteerd hebben betrekking op personen die op 30 juni van het betrokken jaar een invaliditeitsuitkering ontvingen na een arbeidsongeschiktheid van meer dan een jaar. Kortdurende arbeidsongeschiktheid (minder dan een jaar) is dus niet inbegrepen. Over het algemeen neemt het aantal personen met een invaliditeitsuitkering in het Brussels Gewest, net als in heel België, van jaar tot jaar geleidelijk toe⁴⁸. Bepaalde sociaal-demografische factoren verklaren gedeeltelijk deze stijging, met name de stijging van het aantal rechthebbenden als gevolg van de grotere participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt, de verhoging van de pensioenleeftijd voor vrouwen (die gelijkgetrokken is met die van mannen) en de aanscherping van de voorwaarden voor toegang tot brugpensioen en pensioenen⁴⁹.

In 2021 ontvingen 38 798 werknemers en 2 582 zelfstandigen⁵⁰ een uitkering naar aanleiding van een langdurige arbeidsongeschiktheid.

Het percentage arbeidsongeschikten is de afgelopen 10 jaar gestegen, van 6,1 tot 9,4 per 100 voor werknemers en van 2,5 tot 3,7 per 100 voor zelfstandigen tussen 2011 en 2021 (niet geïllustreerd).

Figuur 2-31 toont aan dat er grote verschillen zijn in het percentage arbeidsongeschikten tussen mannen en vrouwen enerzijds en tussen arbeiders en bedienden anderzijds. Het invaliditeitspercentage is hoger voor vrouwen (12,7%) dan voor mannen (8,5%), en voor arbeiders (13,3%) dan voor bedienden (8,0%).

⁴⁶ 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.

⁴⁷ Men spreekt over invaliditeit wanneer de persoon meer dan 1 jaar arbeidsongeschikt is.

⁴⁸ Voor meer informatie over de factoren die deze stijging verklaren, zie <https://www.vivalis.brussels/nl/publicatie/gezondheidsindicatoren-Brussel-2016-invaliditeit>

⁴⁹ De verhoging van de pensioenleeftijd voor vrouwen: De pensioenleeftijd voor vrouwen is geleidelijk aan gelijkgetrokken met die van mannen en de gelijkheid werd bereikt in 2009. Deze maatregel houdt onder meer in dat vrouwen langer een invaliditeitsuitkering kunnen blijven ontvangen of op deze op latere leeftijd krijgen.

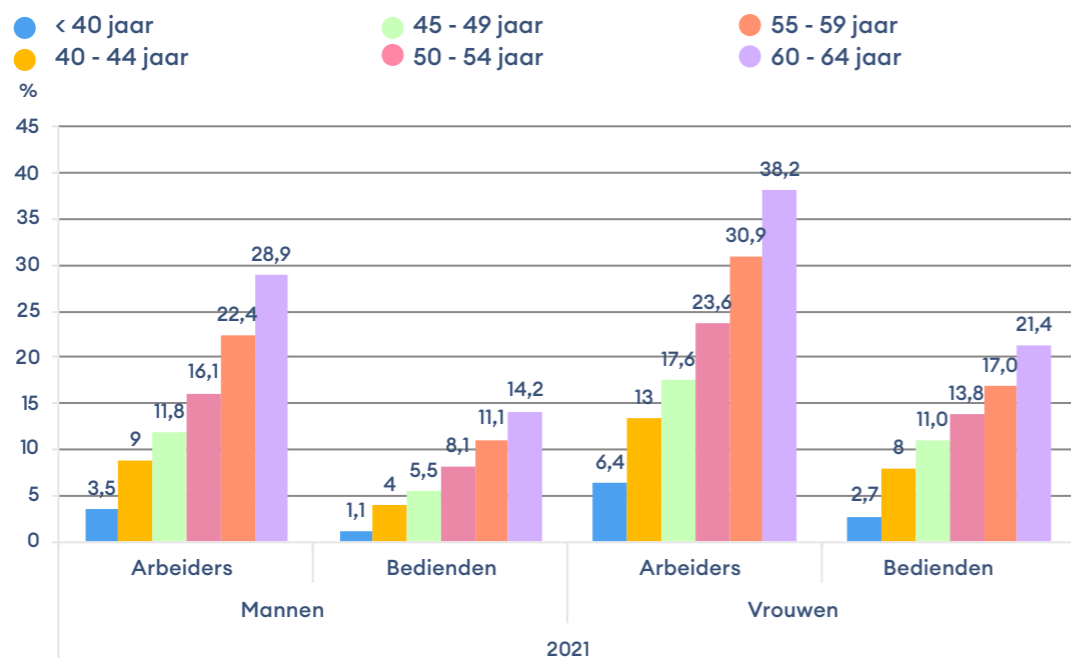
⁵⁰ De arbeidsongeschiktheidspercentages worden afzonderlijk gepresenteerd voor werknemers en zelfstandigen omdat de situatie van de arbeidsongeschikten tussen beide regelingen verschilt: afgezien van verschillen in het profiel van degenen die zich als zelfstandige laten registreren en de soorten activiteiten die zij verrichten, zijn er belangrijke verschillen wat betreft het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

Tabel 2-3 Verdeling van invaliditeit naar beroepsstatus en geslacht, Brussels Gewest, 2021

Loontrekkenden				Zelfstandigen			
Statuut	Geslacht	Aantal	%	Status	Geslacht	Aantal	%
Arbeider		25.077	64,6	Zelfstandigen		2.567	99,4
	Mannen	11.805	30,4		Mannen	1.758	68,1
	Vrouwen	13.272	34,2		Vrouwen	809	31,3
Bedienden		13.721	35,4	Meewerkende echtgenoten		15	
	Mannen	4.226	10,9		Mannen	6	0,2
	Vrouwen	9.495	24,5		Vrouwen	9	0,3
TOTAAL		38.798	100,0	TOTAAL		2.582	100,0
	Mannen	16.031	41,3		Mannen	1764	68,3
	Vrouwen	22.767	58,7		Vrouwen	818	31,7

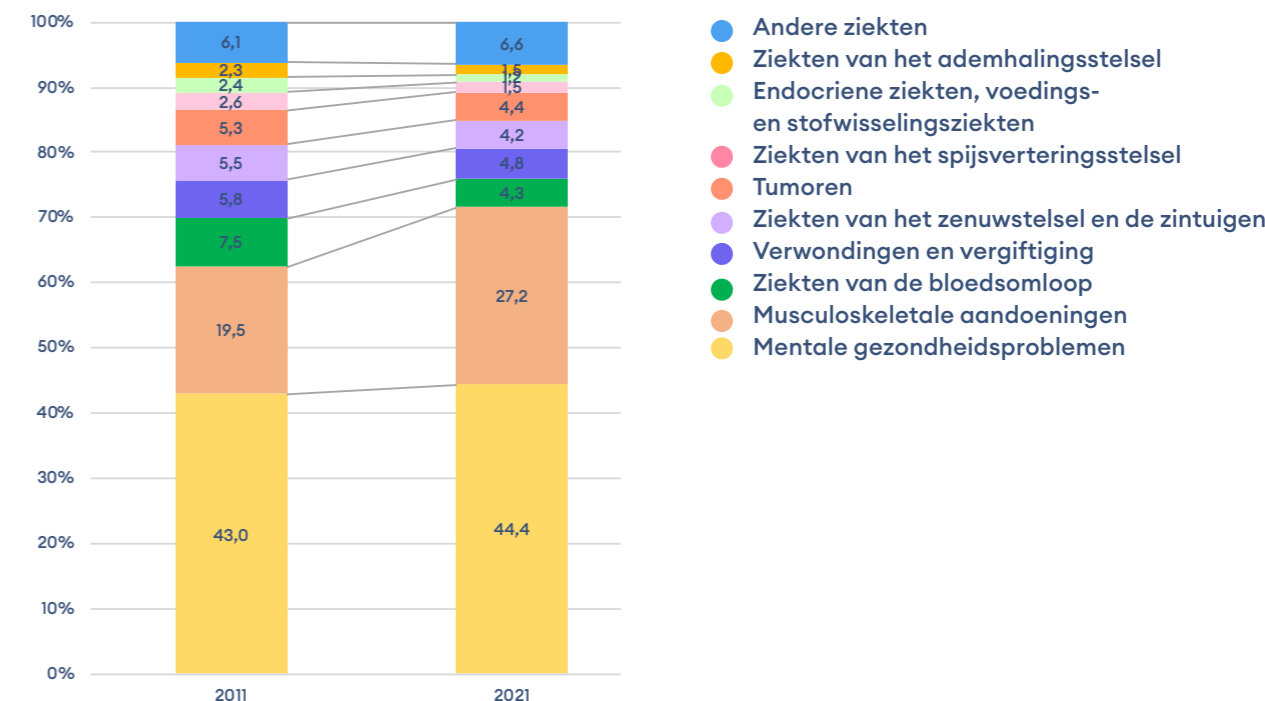
Bron: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering (RIZIV); berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Figuur 2-31 Invaliditeitspercentage naar leeftijdsgroep, geslacht en arbeidssituatie, Brussels Gewest, 2021



Bron: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering (RIZIV); berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Figuur 2-32 Oorzaken van invaliditeit, Brussel, vergelijking tussen 2011 en 2021



Bron: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering (RIZIV); berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Het percentage arbeidsongeschikten neemt toe met de leeftijd voor zowel vrouwen als mannen, arbeiders en bedienden. In 2021 wordt meer dan één op de drie vrouwelijke arbeiders van 60-64 jaar (38,2%) en iets minder dan één op de drie mannelijke arbeiders (28,9%) in het Brussels Gewest getroffen door een handicap, terwijl deze percentages 21,4% bedragen voor vrouwelijke en 14,2% voor mannelijke bedienden van dezelfde leeftijd.

Tussen 2000 en 2010 daalde het invaliditeitspercentage in het Brussels Gewest van het niveau van het Waals Gewest tot dat van het Vlaams Gewest. Na een scherpe daling begon het Brusselse percentage te stijgen en sinds 2011 lijkt het dezelfde opwaartse trend te volgen als dat van Vlaanderen. Het invaliditeitspercentage stijgt voornamelijk vanwege de vergrijzende bevolking⁵¹.

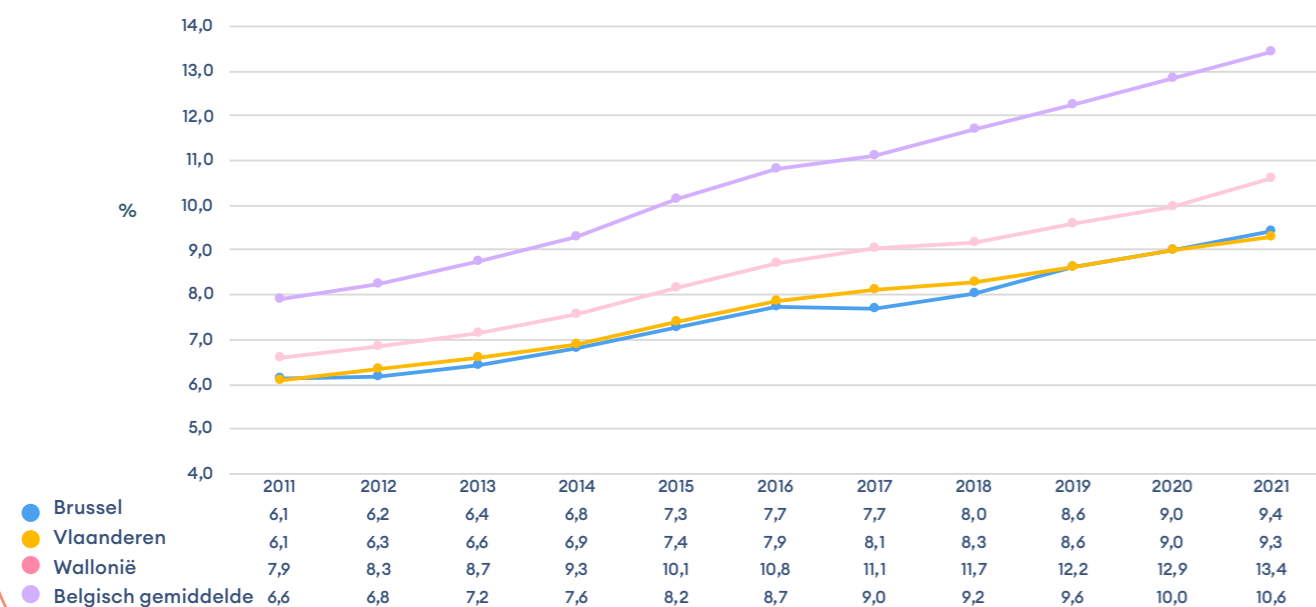
Figuur 2-32 vergelijkt de voornaamste oorzaken van invaliditeit tussen de jaren 2011 en 2021. Mentale gezondheidsproblemen vormen zowel in 2011 als 2021 veruit de grootste oorzaak van invaliditeit. Verder zien we dat het percentage musculoskeletale aandoeningen ook gestegen is in vergelijking met 2011.

Figuur 2-34 vergelijkt ten slotte de verschillende Brusselse gemeenten met elkaar. Dit laat zien dat de invaliditeit (van zowel werknemers als zelfstandigen) ongelijk is verdeeld tussen de gemeenten van Brussel: in 2021 zal het aandeel invaliden onder de bevolking in de werkende leeftijd variëren van 2,7% in Elsene en Sint-Pieters-Woluwe tot 7,3% in Ganshoren.

Er bestaan verschillen tussen de Belgische gewesten en tussen de gemeenten van Brussel op vlak van invaliditeitscijfers. In 2021 zal het invaliditeitspercentage in het Brussels Gewest 9,4% bedragen, een percentage dat vergelijkbaar is met dat van Vlaanderen (9,3%), maar lager dan het nationale gemiddelde (10,6%) en dat van Wallonië (13,4%).

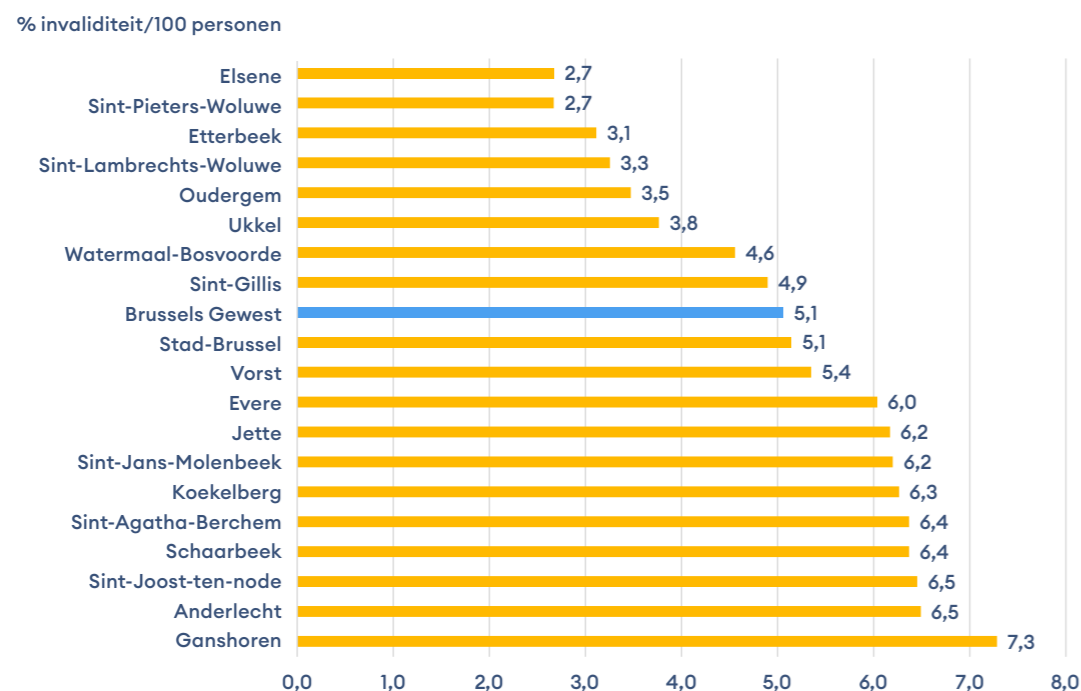
⁵¹ <https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/chronische-ziekte>

Figuur 2-33 Veranderingen in invaliditeitspercentages per gewest, werknemersregeling, België, 2011 - 2021



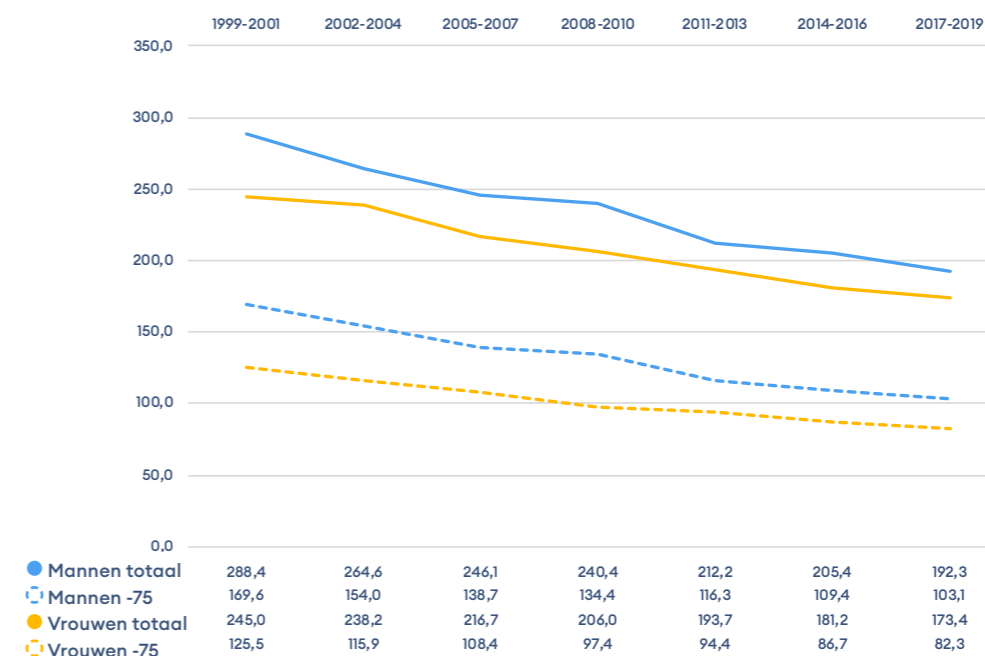
Bron: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering (RIZIV); berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Figuur 2-34 Percentage ontvangers van een uitkering naar aanleiding van invaliditeit per gemeente, 2021



Bron: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering (RIZIV); berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Figuur 2-35 Evolutie van bruto (alle leeftijden) en vroegtijdige (< 75 jaar) sterfte cijfers (per 100 000 inwoners) door kanker tussen 1999 en 2019, per periode van drie jaar, naar geslacht, Brusselse bevolking



Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel, Statistische formulieren voor geboorten en overlijden & Statistics Belgium

Besluit

Chronische ziekten, zoals hart- en vaatziekten, kankers en ademhalingsaandoeningen, zijn in België en in andere Westerse landen de voornaamste doodsoorzaken, met vaak overlappende risicofactoren, wat dan ook vaak leidt tot multimorbiditeit. Daarbij is er in het Brussels Gewest een opmerkelijke toename van het aantal invaliden, een trend die in heel België wordt waargenomen. Deze toename is grotendeels te wijten aan een toename van het aantal gerechtigden, beïnvloed door factoren zoals de grotere arbeidsparticipatie van vrouwen, veranderende pensioenvoorwaarden en een stijgend aantal inwoners van beroepsactieve leeftijd in Brussel.

D. Kanker

Hieronder wordt de algemene situatie en de trends m.b.t. kankerincidentie en -mortaliteit besproken voor de Brusselse bevolking. Voor meer gedetailleerde informatie over de verschillende types kanker, verwijzen we naar de publicaties van de Stichting Kankerregister⁵², waar de cijfers telkens ook voor het Brussels Gewest worden gegeven.

Kanker is vandaag de eerste groep van doodsoorzaken bij mannen, voor hart- en vaatziekten. Bij vrouwen vormt kanker wel nog steeds de tweede belangrijkste doodsoorzaak, na hart- en vaatziekten.

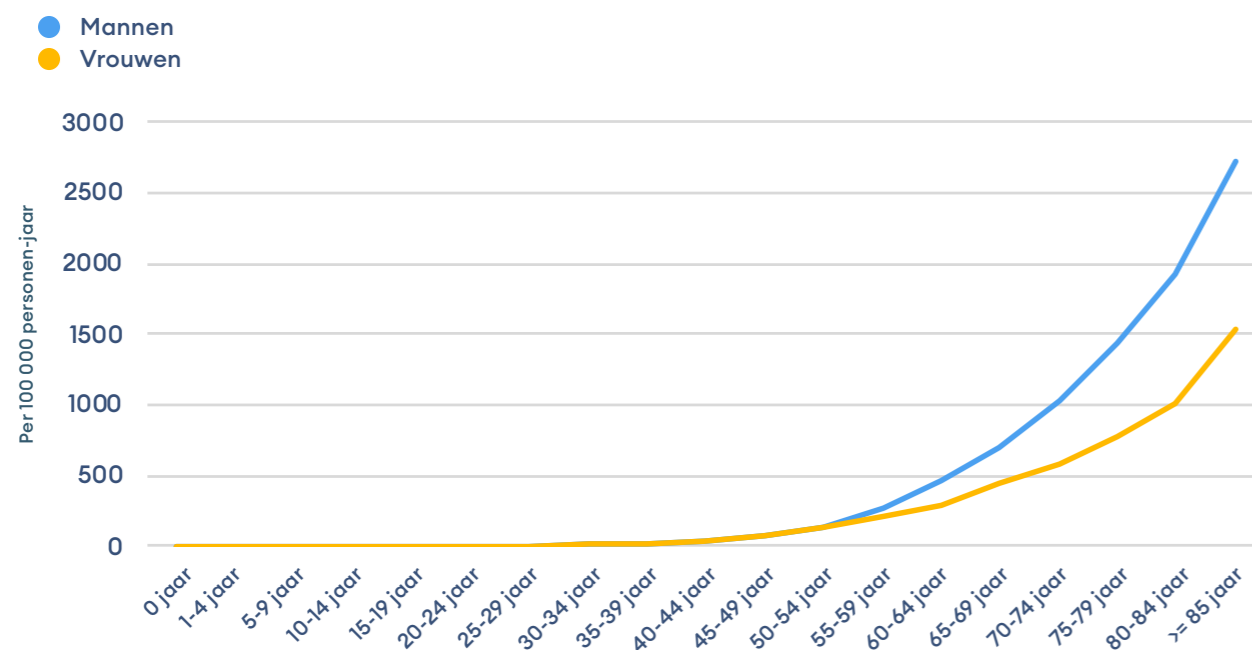
⁵² http://kankerregister.org/Statistieken_publicaties

Tabel 2-4 Incidentie van kankers (exclusief niet-melanome huidkanker) naar geslacht en gewest, België, 2019 vergeleken met 2009

	Ruwe incidentie /100 000		Gestandaardiseerde* incidentie /100 000	
	2009	2019	2009	2019
Mannen				
	2009	2019	2009	2019
Brussels Gewest	475,0	452,0	477,7	459,7
Vlaams Gewest	661,0	721,4	500,2	485,4
Waals Gewest	595,1	696,9	505,8	521,8
België	621,7	685,3	501,1	494,7
Vrouwen				
	2009	2019	2009	2019
Brussels Gewest	467,0	442,1	399,4	385,4
Vlaams Gewest	513,7	588,0	370,5	399,8
Waals Gewest	508,2	580,2	388,1	412,4
België	507,2	570,0	378,7	402,1

*Gebruikmakend van de Europese Referentiepopulatie (2013)
Bron: Stichting Kankerregister

Figuur 2-36 Bruto sterftecijfers door kanker (exclusief niet-melanome huidkanker) naar leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2010-2019



Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel, Statistische formulieren voor geboorten en overlijden & Statistics Belgium

Evolutie over tijd

In 2019 was kanker verantwoordelijk voor 24,6% van alle overlijdens in Brussel⁵³, wat toont dat kankers een enorme impact hebben op de volksgezondheid. Dat percentage is bovendien veel hoger als we naar de vroegtijdige sterfte kijken. Van alle Brusselaars jonger dan 75 jaar, die stierven in het jaar 2019, stierf er maar liefst 36,6% ten gevolge van een vorm van kanker. Figuur 2-35 laat wel duidelijk zien dat sterftecijfers door kanker gestaag blijven afnemen, zowel voor mannen als voor vrouwen.

Volgens het Kankerregister werden er in 2019 onder de Brusselse bevolking 5402 nieuwe kankers vastgesteld (exclusief niet-melanome huidkankers): 2678 bij mannen en 2724 bij vrouwen. Dat zijn er 371 meer dan in het jaar 2009 (toen een totaal van 5031 nieuwe kankers werden vastgesteld). Deze stijging kan minstens gedeeltelijk worden verklaard door het feit dat de Brusselse bevolking groeide.

Uit tabel 2-4 blijkt dat zowel de ruwe als de gestandaardiseerde incidentie van kanker relatief stabiel bleef tussen 2009 en 2019 in het Brussels Gewest, terwijl ze in België beiden stegen. Het valt verder ook op dat de ruwe kankerincidentie consistent lager ligt in Brussel dan in de rest van België, wat kan worden verklaard door het feit dat Brussel een jongere bevolkingsstructuur heeft in vergelijking met de andere gewesten.

Leeftijdverschillen

Wat het risico om te overlijden aan kanker betreft geeft figuur 2-36 duidelijk weer dat de kans dat men sterft ten gevolge van kanker sterk toeneemt naarmate men ouder wordt. Tot aan (ongeveer) het zestigste levensjaar blijft de kans relatief klein, waarna het drastisch begint te stijgen. Daarnaast valt ook op dat de mortaliteit ten gevolge van kanker consistent hoger ligt bij mannen, wat voor een deel wordt verklaard door het feit dat longkanker veel meer voorkomt onder mannen (voornamelijk ten gevolge van het feit dat veel meer mannen roken of gerookt hebben) in combinatie met het feit dat longkanker ook één van de meest dodelijke kankers is.

Incidentie per type kanker

Tabel 2-5 geeft een overzicht van de vaakst gediagnosticeerde kankers bij mannen en vrouwen in het jaar 2019. De drie meest voorkomende types

kanker bij mannen in 2019 zijn prostaatkanker, longkanker en colorectale kanker. Bij vrouwen waren borstkanker, colorectale kanker en longkanker de meest voorkomende types kanker in 2019. Iets verderop zullen we meer aandacht besteden aan deze types kanker door de evolutie in de tijd m.b.t. de gestandaardiseerde sterftecijfers te schetsen (Figuurn 2-37 en 2-38). In het Brussels Hoofdstedelijke Gewest zien we bij zowel mannen als vrouwen een dalende trend van bruto kankerincidentie gedurende de laatste twee decennia. Bij mannen daalt ook de incidentie als we naar voor leeftijd gecorrigeerde cijfers kijken, bij vrouwen is er dan weer eerder sprake van een stabilisatie⁵⁴. Dit zijn op zich opvallende cijfers, aangezien de bruto kankerincidentie steeg in de andere twee gewesten. Het feit dat de evoluties zo anders lopen in Brussel, kan voornamelijk verklaard worden door verschillen in de leeftijdsverdeling, zoals eerder aangetoond kende Brussel -in tegenstelling tot de andere twee gewesten- lange tijd een verjonging van de bevolking en we weten dat kanker vaker voorkomt in oudere bevolkingsgroepen.

De 'top 10' voor mannen (Tabel 2-5) vertegenwoordigt 74,8% van alle nieuw gediagnosticeerde kankers en 67,1% van alle sterfgevallen ten gevolge van kanker in het jaar 2019. Voor vrouwen gaat het om 76,6% van alle nieuw gediagnosticeerde kankers en 58,4% van alle sterfgevallen ten gevolge van kanker (2019).

Tabel 2-5 maakt duidelijk dat de vaakst gediagnosticeerde kankers niet noodzakelijk de dodelijkste zijn. Zo vertegenwoordigt prostaatkanker iets meer dan 20% van alle nieuw gediagnosticeerde kankers bij mannen in 2019, terwijl het 'slechts' 11,3% van de overlijdens ten gevolge van kanker in dat jaar veroorzaakte. Het omgekeerde is waar voor longkanker bij mannen. Waar het aandeel longkankers onder alle gediagnosticeerde kankers bij mannen 14,3% bedraagt, waren in datzelfde jaar bijna 1 op 4 van alle overlijdens ten gevolge van kanker bij mannen het gevolg van een tumor in de longen en/of het strottenhoofd.

Wanneer we naar de vrouwelijke Brusselaars kijken, wordt de impact van borstkanker op de volksgezondheid nogmaals duidelijk. In termen van ruwe incidentie, wordt borstkanker 3,7 keer zo vaak gediagnosticeerd als het eerst daaropvolgende type kanker (colorectaal).

⁵³ Berekend op basis van de statistische overlijdensformulieren

⁵⁴ <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/kanker>

Tabel 2-5 Meest voorkomende tumoren, naar geslacht, brussels gewest, 2019

Code ICD-10	Lokalisatie	Totaal	Ruwe incidentie (/100 000 persoonsjaren)	Gestandaardiseerde* incidentie (/100 000 persoonsjaren)	% nieuwe gediagnosticeerde kankers	% overlijdens door kanker
Mannen						
Totaal (excl. niet-melanome huidkanker)		2 678	452,0	459,7	-	-
C61	Prostaat	606	102,3	106,3	22,6 %	11,3 %
C34	Long	383	64,6	67,0	14,3 %	23,7 %
C18-C20	Colorectaal	298	50,3	50,7	11,1 %	9,8 %
C00-C14 ; C30-C32	Hoofd en nek	159	26,8	28,1	5,9 %	4,7 %
C67	Blaas	123	20,8	19,8	4,6 %	3,4 %
C82-C86	Non-Hodgkin-lymfhoorn	94	15,9	15,8	3,5 %	2,6 %
C43	Melanoom	91	15,4	15,0	3,4 %	1,1 %
C64	Nier	90	15,2	15,5	3,4 %	2,1 %
C16	Maag	82	13,8	13,7	3,1 %	2,8 %
C25	Pancreas	76	12,8	13,2	2,8 %	5,6 %
Vrouwen						
Totaal (excl. niet-melanome huidkanker)		2 724	442,1	385,4	-	-
C50	Borst	953	154,7	142,0	35,0 %	16,2 %
C18-C20	Colorectaal	317	51,5	38,3	11,6 %	10,8 %
C34	Long	245	39,8	36,1	9,0 %	16,8 %
C43	Melanoom	119	19,3	17,1	4,4 %	0,7 %
C54	Baarmoeder-lichaam	95	15,4	13,0	3,5 %	1,5 %
C73	Schildklier	86	14,0	13,8	3,2 %	0,3 %
C82-C86	Non-Hodgkin-lymfhoorn	86	14,0	11,9	3,2 %	1,8 %
C25	Pancreas	72	11,7	9,0	2,6 %	8,1 %
C00-C14 ; C30-C32	Hoofd en nek	59	9,6	9,1	2,2 %	1,5 %
C53	Baarmoederhals	55	8,9	8,6	2,0 %	0,6 %

*Gebruikmakend van de Europese Referentiepopulatie (2013)
Bron: Stichting Kankerregister, 2019

Mortaliteit per type kanker

In tabel 2-6 wordt een overzicht gegeven van de types kankers die (in absolute cijfers) de meeste overlijdens hebben veroorzaakt in het Brussels gewest tussen 2010 en 2019.

Over het algemeen stagneren de sterftcijfers: geen enkel type kanker veroorzaakt meer of minder sterfgevallen in de periode 2010-2019 dan in de periode 2000-2009. Er is eerder sprake van een algemene daling waarbij de afname voor sommige vaak voorkomende kankers wat groter is

(longkankersterfte bij mannen, borstkankersterfte bij vrouwen).

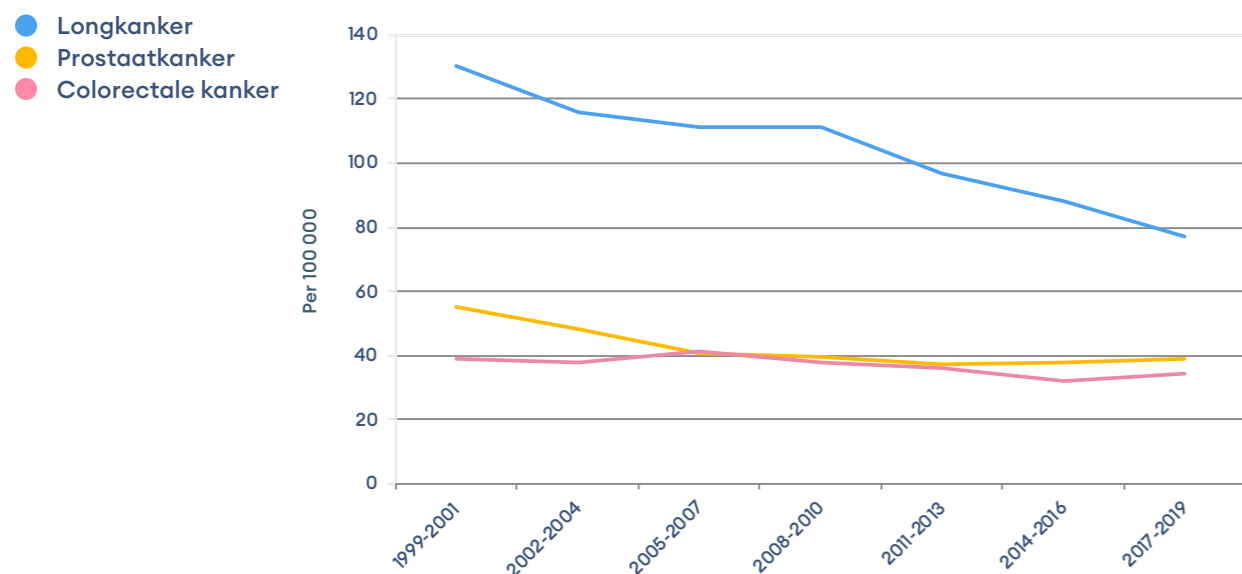
Zeven types kanker komen evenveel voor bij mannen als vrouwen, namelijk longkanker, colorectale kanker, pancreaskanker, kanker aan de lever en de galwegen, blaaskanker, maagkanker en non-hodgkin-lymfhoorn. De impact van een bepaald type kanker kan echter sterk verschillen tussen mannen en vrouwen, zelfs als ze op (ongeveer) dezelfde plek 'gerangschikt' staan qua mortaliteit. Zo is zowel de vroegtijdige sterfte als de sterfte op of na 75 jarige leeftijd voor longkanker

Tabel 2-6 Aantal overlijdens te wijten aan verschillende kankers (top 10) volgens het aantal sterfgevallen tussen 2010-2019 met gestandaardiseerd* sterftcijfer (per 100 000 inwoners) per type kanker, naar geslacht en periode, Brussels Gewest

Code ICD-10	Lokalisatie	Totaal 2010 - 2019	2000 - 2009		2010 - 2019	
			<75 jaar	≥75 jaar	<75 jaar	≥75 jaar
Mannen						
Totaal (excl. niet-melanome huidkanker)		11 358	209,5	2 189,1	170,2	1 931,8
C34	Long	2 999	72,4	491,2	52,9	417
C61	Prostaat	1 218	9,7	406	8,8	338,5
C18-C20	Colorectaal	1 173	17,5	262,9	14,9	233,6
C25	Pancreas	661	10,6	100,8	11,4	94,7
C00-C14 ; C30-C32	Hoofd en nek	544	14,2	45,8	11,2	52,7
C22	Lever en galwegen	537	8,9	76,7	9,3	75
C67	Blaas	533	6,3	135,5	5,8	124
C16	Maag	377	7,2	70	6	55,8
C15	Slokdarm	338	7,3	47,6	6,2	42,4
C82-C86	Non-hodgkin-lymfhoorn	326	4,9	55,8	4,3	63,3
Vrouwen						
Totaal (excl. niet-melanome huidkanker)		10 453	137,7	1 140,1	114,3	1 054,9
C50	Borst	1 985	32,1	186,9	24,1	179,7
C34	Long	1 720	25,4	124,6	24,7	139,3
C18-C20	Colorectaal	1 157	11,8	173,4	8,9	140,7
C25	Pancreas	754	7,7	78,7	7,6	83,9
C56	Eierstokken	488	7,5	53,2	5,5	49,6
C22	Lever en galwegen	347	3,5	39,2	3,4	40,1
C82-C86	Non-hodgkin-lymfhoorn	294	3,3	38,8	2,3	36,7
C16	Maag	239	3,0	34,5	2,4	25,9
C71-C72	Centraal zenuwstelsel	213	3,8	11,2	3,2	14,1
C67	Blaas	205	2,0	29,6	1,3	26,3

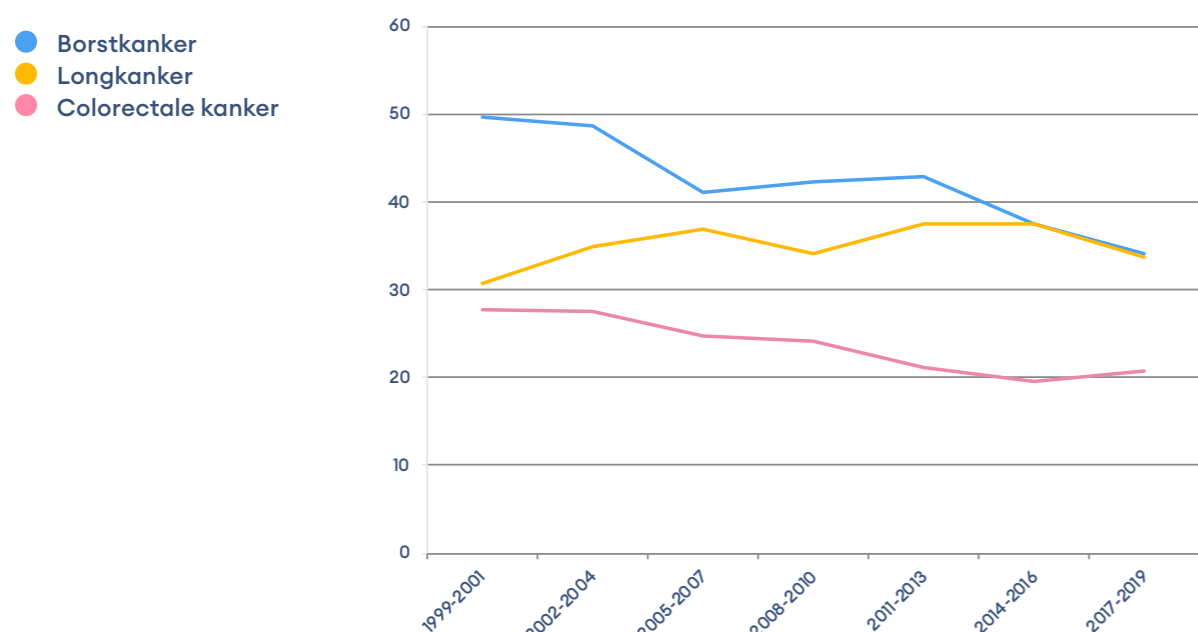
*Gebruikmakend van de Europese Referentiepopulatie (2013)
Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Figuur 2-37 Evolutie van de gestandaardiseerde* sterftcijfers door longkanker, prostaatkanker en colorectale kanker onder Brusselse mannen (per 100 000 inwoners), 1999-2019



*Gebruikmakend van de Europese Referentiepopulatie (2013)
Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel, Statistische formulieren voor geboorten en overlijden & Statistics Belgium

Figuur 2-38 Evolutie van de gestandaardiseerde* sterftcijfers door borstkanker, longkanker en darmkanker onder Brusselse vrouwen (per 100 000 inwoners), 1999-2019



*Gebruikmakend van de Europese Referentiepopulatie (2013)
Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel, Statistische formulieren voor geboorten en overlijden & Statistics Belgium

altijd (ongeveer) dubbel zo groot voor mannen als voor vrouwen. Over het algemeen is de mortaliteit voor vrijwel alle types kanker consistent hoger onder mannen dan onder vrouwen.

Tot slot, tonen Figuur 2-37 en 2-38 de evolutie van het sterftcijfer als gevolg van de drie vaakst voorkomende types kanker (in de periode 1999-2019), na standaardisatie voor leeftijd, voor mannen en vrouwen. Onder Brusselse mannen (figuur 2-37) wordt een daling van de mortaliteit door longkanker waargenomen, terwijl we een stabilisatie zien in de cijfers voor prostaat- en colorectale kanker. Onder Brusselse vrouwen (figuur 2-38) blijft de gestandaardiseerde sterfte dan weer relatief stabiel voor longkanker en colorectale kanker, terwijl borstkanker een daling vertoont.

Besluit

In het Brussels Gewest is kanker de voornaamste doodsoorzaak bij mannen en de tweede voornaamste doodsoorzaak bij vrouwen. In 2019 was kanker verantwoordelijk voor 24,6% van alle overlijdens in Brussel. Dit percentage stijgt aanzienlijk wanneer we kijken naar vroegtijdige sterfte, met 36,6% van de overlijdens onder 75 jaar. Ondanks deze hoge percentages is er een duidelijke afname in sterftcijfers door kanker sinds 1999, wat wijst op vooruitgang in de preventie en behandeling van deze ziekte. De incidentie van kanker in het Brussels Gewest ligt consistent lager dan in de rest van België, wat deels verklaard kan worden door de jongere bevolkingsstructuur van Brussel. De meest voorkomende kankers bij mannen zijn prostaat-, long- en colorectale kanker, terwijl bij vrouwen borst-, colorectale en longkanker het meest voorkomen. De resultaten die in dit onderdeel werden besproken benadrukken het belang van gerichte preventie en behandeling, evenals het aanpakken van risicofactoren zoals roken en ongezonde voeding.

E. Overdraagbare aandoeningen

In dit onderdeel worden infectieziekten in het Brussels Gewest beknopt besproken, met een bijzondere focus op de periode 2017-2021⁵⁵, waarin de wereld de Covid-pandemie kende. Ondanks de aanzienlijke vooruitgang die is geboekt op het gebied van diagnose, therapieën en preventieve maatregelen, blijven infectieziekten een belangrijk aandachtspunt voor de volksgezondheid. Ze kunnen snel evolueren en zich aanpassen en vormen zodoende een potentieel risico voor epidemieën.

De impact van Covid-19 op de volksgezondheid was in de voorbije jaren uitzonderlijk groot. De pandemie heeft niet alleen geleid tot een aanzienlijk aantal sterfgevallen, maar heeft ook grote maatschappelijke en economische gevolgen gehad en de gezondheidszorgsystemen onder enorme druk gezet.

Sterfte ten gevolge van overdraagbare aandoeningen

Tabel 2-7 laat zien dat in de periode 2017 tot 2021 het aantal overlijdens ten gevolge van infectieziekten enorm steeg, terwijl dit in voorgaande jaren daalde: van 49,6 overlijdens per 100 000 inwoners in de periode 2012-2016 naar 89,0 overlijdens per 100 000 inwoners in de periode 2017-2021. Hiermee overtreft de sterfte (per 100 000 inwoners) deze van de periode 2002-2006. Dit is uitsluitend het gevolg van de Covid-19 gezondheidscrisis. Volgens de informatie die beschikbaar is op basis van de statistische formulieren voor overlijden, heeft de pandemie in slechts twee jaar tijd (2020 en 2021⁵⁶) geleid tot 2 857 sterfgevallen onder de Brusselse bevolking. De Covid-19 pandemie benadrukt de kwetsbaarheid van de volksgezondheid bij het uitbreken van nieuwe infectieziekten en het belang van voortdurende surveillance en aanpassing van volksgezondheidsstrategieën.

⁵⁵ Voor de redactie van dit hoofdstuk hebben we gewacht tot de sterftcijfers van 2020 en 2021 beschikbaar waren.

⁵⁶ Het cijfer voor het jaar 2021 bevat niet de overlijdens van Brusselaars die overleden in het Waals gewest. Dit kan voor een (kleine) onderschatting van het aantal effectieve overlijdens zorgen. Sciensano verzamelde tijdens de pandemie op een andere manier gegevens.

Tabel 2-7 Sterfte door infecties per periode, Brussels Gewest, 2002-2021

	2002 - 2006		2007 - 2011		2012 - 2016		2017 - 2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pneumopathieën (andere dan door streptokokken)	2 264	53,9	1 754	52,7	1 343	46,3	1 452	26,9
Sepsis	1 008	24,0	663	19,9	676	23,3	235	4,4
intestinale infecties	210	5,0	180	5,4	161	5,6	148	2,7
Virale hepatitis	124	3,0	100	3,0	91	3,1	53	1,0
HIV/AIDS	90	2,1	86	2,6	59	2,0	34	0,6
Tuberculose	40	1,0	32	1,0	22	0,8	30	0,6
Pneumonie door streptococcus pneumoniae	48	1,1	36	1,1	36	1,2	15	0,3
Griep	36	0,9	20	0,6	46	1,6	79	1,5
Creutzfeldt-Jacob	4	0,1	8	0,2	9	0,3	10	0,2
Meningokokkeninfectie	10	0,2	7	0,2	4	0,1	1	0,0
Malaria	1	0,0	3	0,1	3	0,1	1	0,0
Andere bacteriële meningitis	16	0,4	22	0,7	8	0,3	10	0,2
Veteranenziekte	9	0,2	7	0,2	7	0,2	9	0,2
COVID-19 :	/	/	/	/	/	/	2 857	53,0
Andere infecties	343	8,2	413	12,4	434	15,0	455	8,4
Totaal # sterftes door infectie	4 203	100,0	3 331	100,0	2 899	100,0	5 389	100,0
Populatie (periode van 5 jaar)	5 022 293		5 409 539		5 846 413		6 052 614	
Sterfte per 100 000 inwoners	83,7		61,6		49,6		89,0	

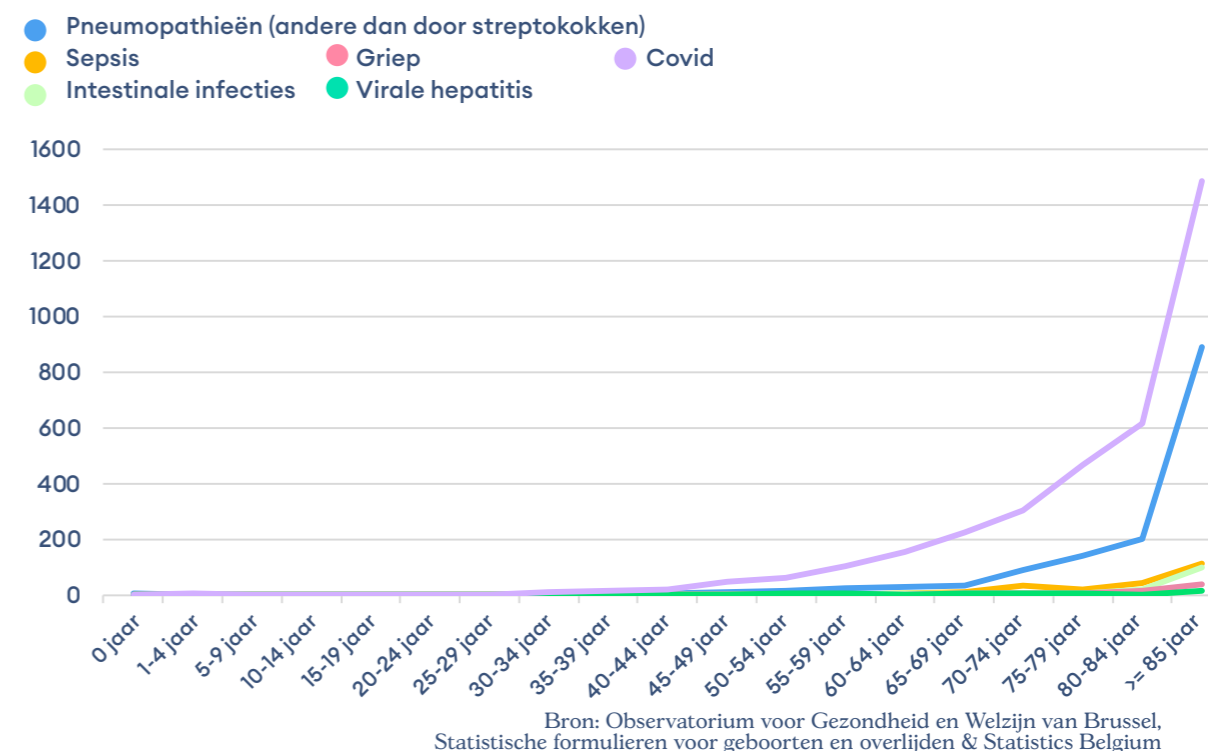
Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Naast het feit dat Covid-19 in de laatst beschouwde periode⁵⁷ (2017-2021) meer dan de helft van alle sterfte ten gevolge van infectieziekten veroorzaakte, toont Tabel 2-7 ook dat pneumopathieën en sepsis stevast de twee meest voorkomende doodsoorzaken als gevolg van infectieziekten waren in het Brussels Gewest voor de opkomst van Covid-19.

Het is ook belangrijk op te merken dat infectieziekten een disproportioneel grote impact kunnen hebben op kwetsbare groepen. De beperkte toegang tot gezondheidszorg, minder toegang tot preventie en een hogere blootstelling aan risicofactoren kunnen bijdragen aan een hoger sterftecijfer in deze groepen⁵⁸. De COVID-19 pandemie en de maatregelen om deze in te dammen hadden zeker ook een aanzienlijke impact op mensen die leven in

armoede en bestaansonzekerheid, vooral in het Brussels Gewest, waar armoede, sociale en gezondheidsongelijkheden al aanzienlijk waren voor de crisis. In het begin van de epidemie werden verschillende factoren geïdentificeerd die de blootstelling aan de ziekte beïnvloedden, zoals arbeidsomstandigheden (onmogelijkheid tot telewerken, cruciale beroepen met veel nauw contact), residentiële dichtheid (stedelijke mobiliteit, gebrekaangroeneruimtes) en woonomstandigheden (grootte van het huishouden, soorten huisvesting). Mensen in precare situaties cumuleren vaak meerdere risicofactoren, waardoor ze bijzonder kwetsbaar zijn. Een studie van Solidaris bevestigde de link tussen COVID-19 sterfte en armoede, waarbij hogere sterfte werd waargenomen onder haar leden die begunstigden zijn van een verhoogde

Figuur 2-39 Sterftecijfers van specifieke overdraagbare aandoeningen naar leeftijd, Brussels Gewest, 2017-2021



tussenkomen bij geneeskundige verzorging in vergelijking met anderen.⁵⁹

In figuur 2-39 wordt de leeftijdsspecifieke sterfte voor de zes overdraagbare aandoeningen met de hoogste sterftecijfers voor de periode 2017-2021 gepresenteerd: pneumopathieën, sepsis, intestinale infecties, griep, virale hepatitis en Covid-19. Het is opnieuw duidelijk dat Covid-19 een enorme impact heeft gehad, vooral op de oudere bevolking. Covid-19 heeft daarmee het belang van leeftijd als risicofactor voor sterfte door infectieziekten nog eens benadrukt.

Normaal gezien leiden infectieziekten (althans in geïndustrialiseerde landen) zelden tot een overlijden op jongere leeftijd. Het is echter belangrijk op te merken dat Covid-19 toch ook een aanzienlijk aantal sterfgevallen onder jongere leeftijdsgroepen heeft veroorzaakt. De pandemie heeft dus ook aangetoond dat iedereen, ongeacht de leeftijd, potentieel risico loopt wanneer nieuwe infectieziekten de kop opsteken.

COVID-19

Zoals eerder vermeld was de impact van de Covid-19-pandemie op onze samenleving enorm.

Hieronder worden twee indicatoren besproken die uitdrukking geven aan de intensiteit en het verloop van de gezondheidscrisis doorheen de tijd: het aantal (bevestigde) gevallen van Covid-19 en het aantal hospitalisaties (zowel 'gewone' hospitalisaties als ICU-opnames) per week sinds het begin van de pandemie tot (ongeveer) het midden van het jaar 2023.

Een belangrijke opmerking hierbij is dat het gaat om gebeurtenissen op het grondgebied van het Brussels Gewest. Voor de ziekenhuisopnames betekent dit dat het gaat om patiënten die in Brusselse ziekenhuizen zijn opgenomen, ongeacht of ze in Brussel wonen of niet. Deze cijfers kunnen zowel inwoners van Brussel als mensen die in Brussel werken of de stad bezoeken omvatten.

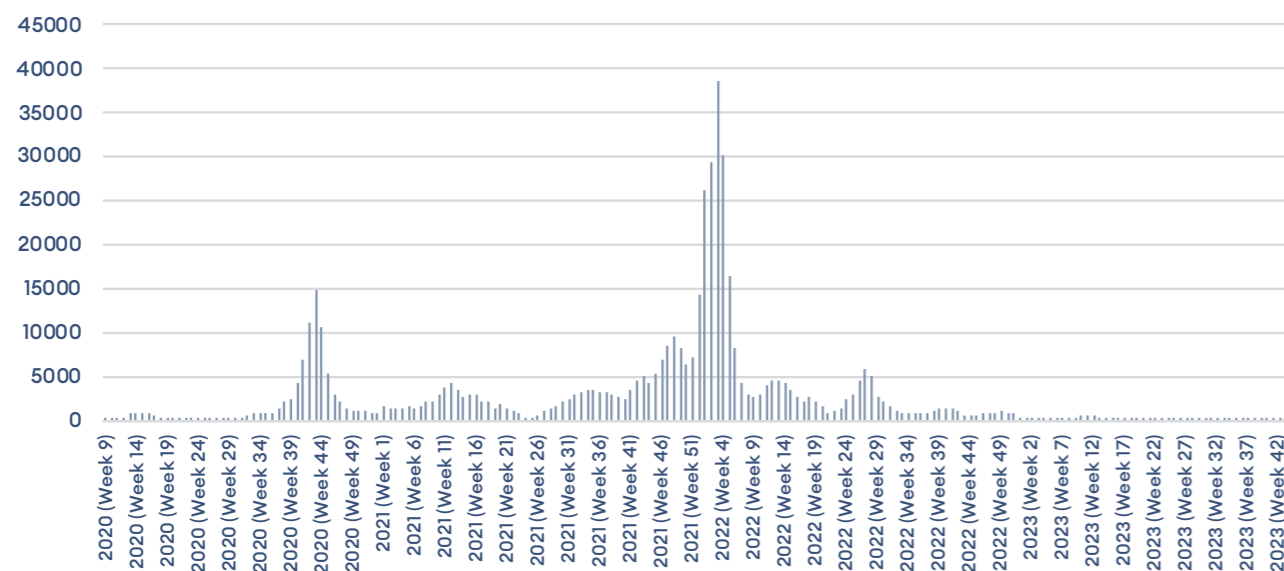
De door Sciensano gerapporteerde gegevens werden verzameld op het niveau van de locatie van de gezondheidszorgfaciliteit of de testlocatie, en hielden geen rekening met de woonplaats van de getroffen individuen. Dit kan leiden tot een hoger aantal gerapporteerde gevallen of ziekenhuisopnames in regio's met een hoge concentratie van gezondheidszorgfaciliteiten, zoals het Brussels Gewest.

⁵⁷ Zie ook: Redefining vulnerability in the era of COVID-19, Lancet 395 (2020)

⁵⁸ Voir aussi : Redefining vulnerability in the era of COVID-19, Lancet 395 (2020).

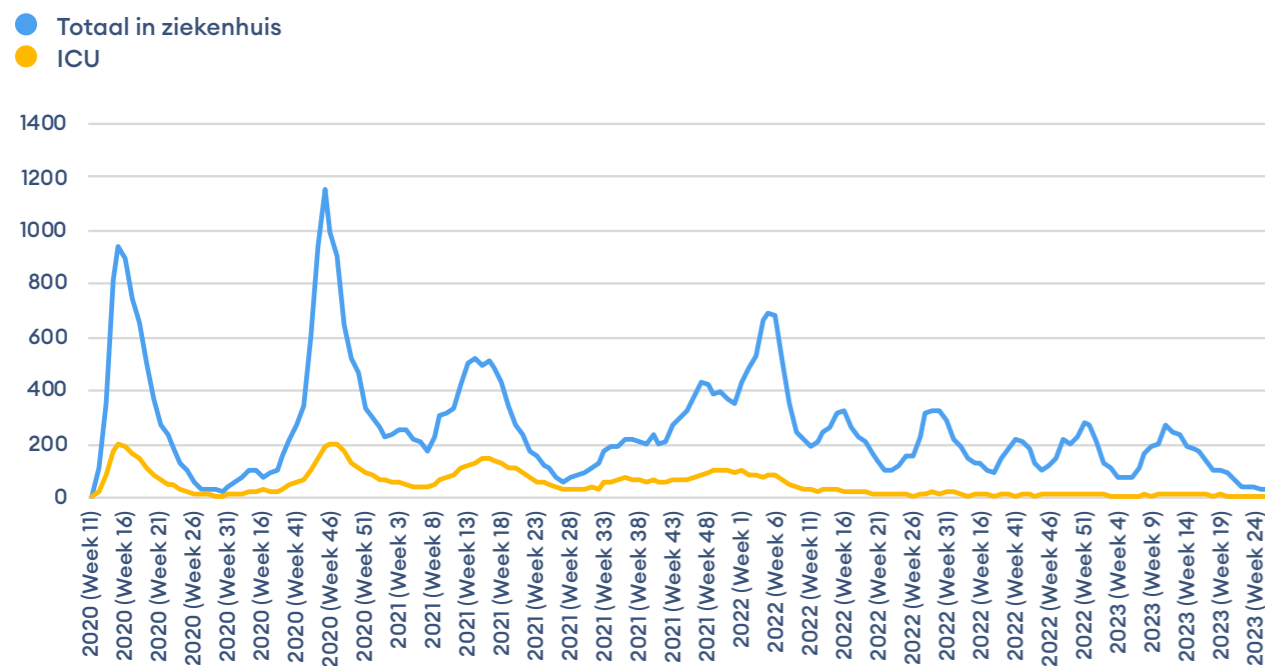
⁵⁹ https://ibsa.brussels/sites/default/files/publication/documents/20220513_diagnosticpostcovid_fr.pdf

Figuur 2-40 Aantal bevestigde gevallen van Covid-19 op het Brussels grondgebied



Bron: Covid-19 Dashboard, Sciensano

Figuur 2-41 Aantal ziekenhuisopnames* (inclusief ICU-opnames) voor Covid-19 op het Brussels grondgebied



* Het totaal aantal ziekenhuisopnames bevat ook het aantal ICU-opnames.
Bron: Covid-19 Dashboard, Sciensano

Figuur 2-40 illustreert hoe de pandemie in Brussel in verschillende golven verliep, met duidelijke pieken en dalen in het aantal bevestigde gevallen. In het begin van de epidemie werden niet alle vermoedelijk geïnfecteerde personen getest, wat betekent dat de vroege gegevens mogelijk een onderschatting van het werkelijke aantal gevallen waren. Bovendien konden sommige mensen ervoor kiezen om zich niet te laten testen, gezien de implicaties voor quarantaine, isolatie en werkverzuim. De teststrategie en de beschikbaarheid van tests hebben ook invloed gehad op het aantal gediagnosticeerde gevallen. Naarmate de pandemie vorderde en de testcapaciteit toenam, werden de gegevens vollediger.

In vergelijking met België (in zijn geheel) zijn er enkele unieke fluctuaties (niet geïllustreerd). Deze verschillen kunnen gedeeltelijk worden verklaard door de hoge bevolkingsdichtheid en de rol van Brussel als een belangrijk internationaal en economisch centrum, wat leidt tot meer menselijke interacties en bewegingen. Bovendien heeft Brussel een aanzienlijke concentratie van gezondheidszorginstellingen, wat kan resulteren in een hoger aantal gerapporteerde gevallen, aangezien mensen uit andere regio's voor testen en behandeling naar de stad komen. Deze factoren samen benadrukken de complexiteit van het

interpreteren van COVID-19-gegevens en de noodzaak om rekening te houden met zowel regionale als nationale contexten.

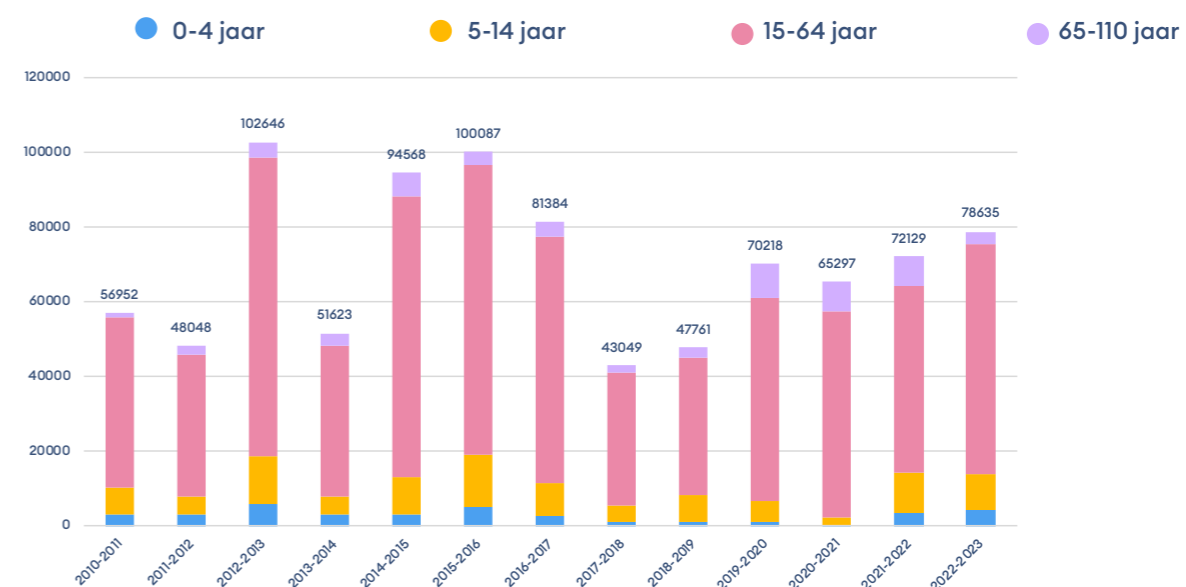
Figuur 2-41 toont het aantal ziekenhuisopnames en ICU-opnames in Brussel sinds de start van de pandemie tot (ongeveer) de helft van het jaar 2023. De algemene golven van de COVID-19-pandemie in Brussel volgden die van België, met duidelijke pieken en dalen. Deze golven weerspiegelen de verspreiding van het virus en de impact van de genomen maatregelen.

De pieken in ziekenhuisopnames en ICU-opnames vormden cruciale momenten voor de gezondheidszorg, waarbij de capaciteit, middelen en vooral het personeel van ziekenhuizen onder enorme druk stonden. Deze inzichten benadrukken het belang van regionale analyses en de noodzaak voor gerichte gezondheidszorgstrategieën om toekomstige epidemieën aan te pakken.

Griep

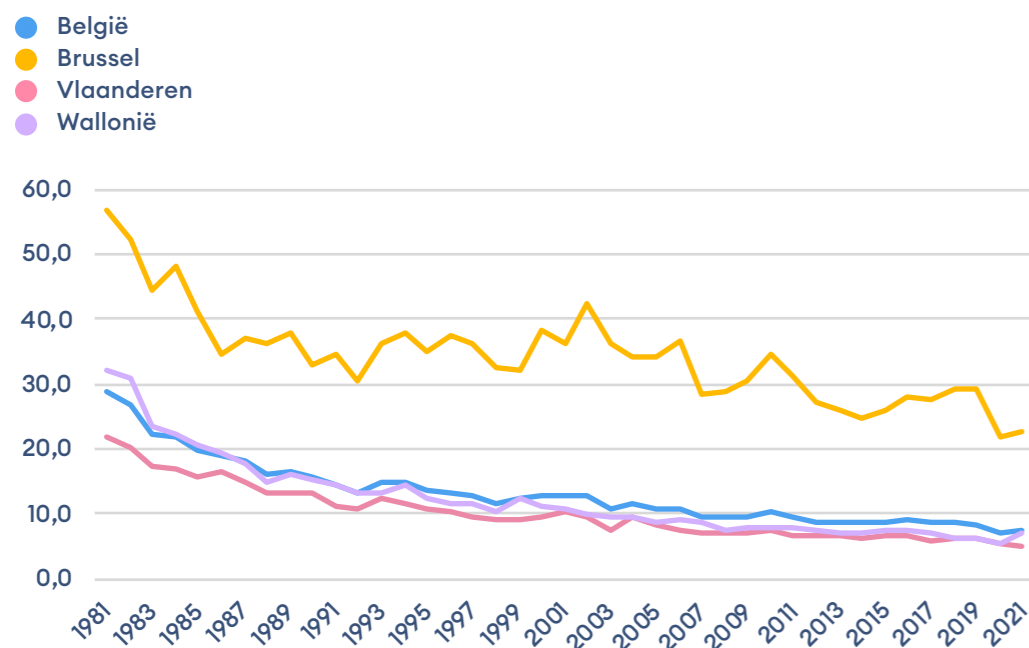
Griep is een jaarlijks terugkerend gezondheidsprobleem in het Brussels Gewest, voornamelijk actief in de herfst- en wintermaanden van november tot april. De intensiteit en ernst van

Figuur 2-42 Totaal aantal huisartsenconsulten voor griepaal syndroom per griepseizoen*, naar leeftijd, Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2010-2023



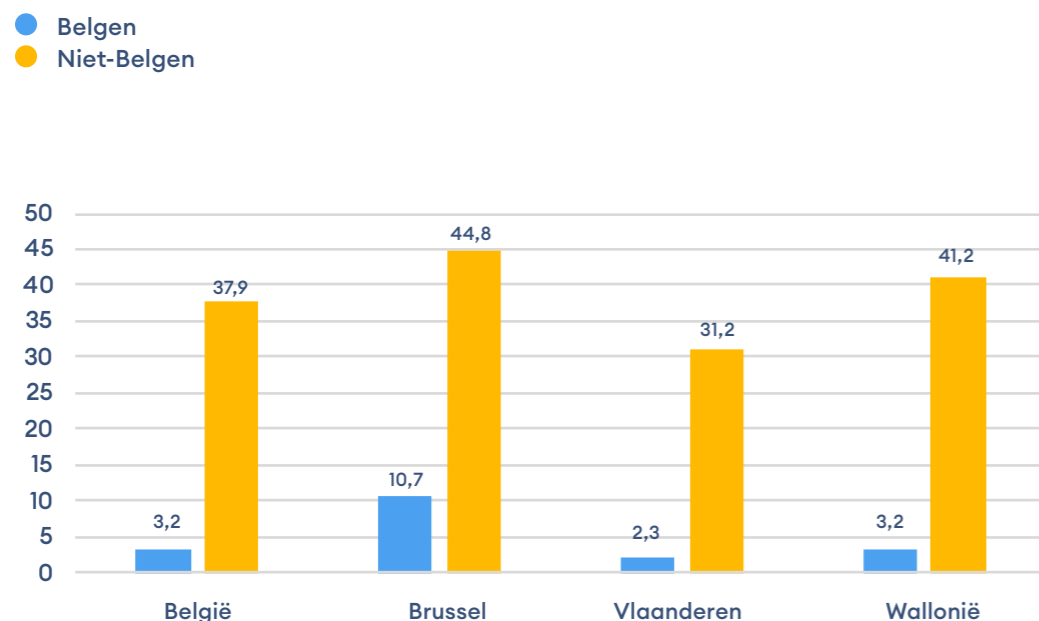
* Deze cijfers maken geen onderscheid tussen de Brusselse inwoners en inwoners van een ander gewest die in Brussel naar een huisarts gingen. Het is ook belangrijk op te merken dat deze aantallen niet de exacte aantallen diagnoses vertegenwoordigen, maar schattingen die geëxtrapolerd worden naar de Brusselse bevolking op basis van een reeks factoren, waaronder het aantal actieve huisartsen in het BHG en de nationale positiviteitsratio in gevallen waar het wekelijks aantal stalen in Brussel te laag is.
Bron: Sciensano netwerk van huisartsenpijpraktijken

Figuur 2-43 Incidentie (per 100 000) van tuberculose in België en de gewesten, 1981-2021



Bron: Belgisch Tuberculoseregister, FARES/VRGT

Figuur 2-44 Incidentie (per 100 000) van tuberculose, per gewest en per nationaliteit, 2021



Bron: Belgisch Tuberculoseregister, FARES/VRGT

de epidemie variëren elk jaar, grotendeels afhankelijk van het subtype virus dat circuleert en de kwetsbaarheid van de bevolking. Figuur 2-42 toont het aantal geschatte huisartsenconsulten binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest per griepseizoen (sinds 2010-2011) en laat zien dat dit cijfer flink kan schommelen: van 43 049 consultaties in 2017-2018 tot 102 646 consultaties in 2012-2013.

Hoewel de griep meestal geen ernstige gevolgen heeft, kunnen er bij kwetsbare groepen, zoals jonge kinderen (minder dan 5 jaar), senioren, personen met chronische ziekten en zwangere vrouwen, ernstige complicaties optreden. Deze complicaties kunnen variëren van bronchitis tot pneumonie, die in erge gevallen kunnen leiden tot hospitalisatie of zelfs overlijden. Vaccinatie wordt sterk aanbevolen voor alle personen vanaf 65 jaar, iedereen die lijdt aan een chronische aandoening van de longen, het hart, de lever of de nieren, aan metabole aandoeningen, aan neuromusculaire aandoeningen, aan metabole aandoeningen, personen met een BMI dat groter of gelijk is aan 40, personen die in een instelling verblijven, zwangere vrouwen, kinderen die een langdurige aspirinetherapie ondergaan en personen werkzaam in de gezondheidssector. Het is belangrijk op te merken dat het griepvaccin geen gegarandeerde bescherming biedt, waarbij de effectiviteit kan variëren afhankelijk van het seizoen en het betrokken virus subtype.

Mazelen, Difterie, Tuberculose en HIV/AIDS

Omwille van de bijzondere relevantie voor het Brusselse Gewest van mazelen, difterie, tuberculose en HIV/AIDS, worden deze hier ook nog kort besproken.

In 2022 werden in Brussel 4 (bevestigde) gevallen van mazelen vastgesteld, wat een relatief hoge incidentie is. Ondanks dit schijnbaar lage aantal, is dit toch zorgwekkend vanwege de suboptimale vaccinatiegraad en de internationale, zeer mobiele bevolking van het Gewest. De vaccinatiegraad voor mazelen blijft in Brussel (en Wallonië) onvoldoende om epidemische uitbraken te voorkomen, vooral wat betreft de tweede dosis. Hoewel ernstige gevallen van mazelen (in België) zeldzaam zijn, komen ze in Brussel iets vaker voor. Dit benadrukt het belang van vaccinatie en de potentiële ernst van de ziekte, vooral in minder gevaccineerde populaties. Mazelen is een zeer besmettelijke

infectieziekte die in 25% van de gevallen tot ernstige complicaties kan leiden. Gelukkig is er een zeer effectief vaccin, het gecombineerde BMR (bof, mazelen, rodehond) vaccin. Vaccinatie met twee doses van dit vaccin is de beste preventie en is sinds 1985 opgenomen in het vaccinatieschema voor kinderen. België, samen met andere Europese landen en de WHO, heeft zich ertoe verbonden mazelen uit te roeien. Om de eliminatiestatus te bereiken, mag de jaarlijkse incidentie van mazelen niet meer dan 1 geval per miljoen inwoners bedragen⁶⁰.

Ook werd in 2022 in het Brussels Gewest, een ongebruikelijke uitbraak van difterie waargenomen, voornamelijk onder asielzoekers uit Afghanistan en Syrië. Asielzoekers lopen een hoger risico op difterie door een vaak lagere vaccinatiegraad in hun land van herkomst, slechte hygiënische omstandigheden tijdens de migratie en de ongezonde leefomstandigheden in vluchtelingenkampen. Van de 31 door het Nationaal Referentiecentrum gediagnosticeerde gevallen in 2022, waren er 21 in de regio Brussel-Hoofdstad. De vaccinatiestatus was voor de meeste gevallen onbekend. Deze vaststelling benadrukt het belang van gerichte vaccinatiestrategieën voor deze kwetsbare bevolkingsgroepen.⁶¹

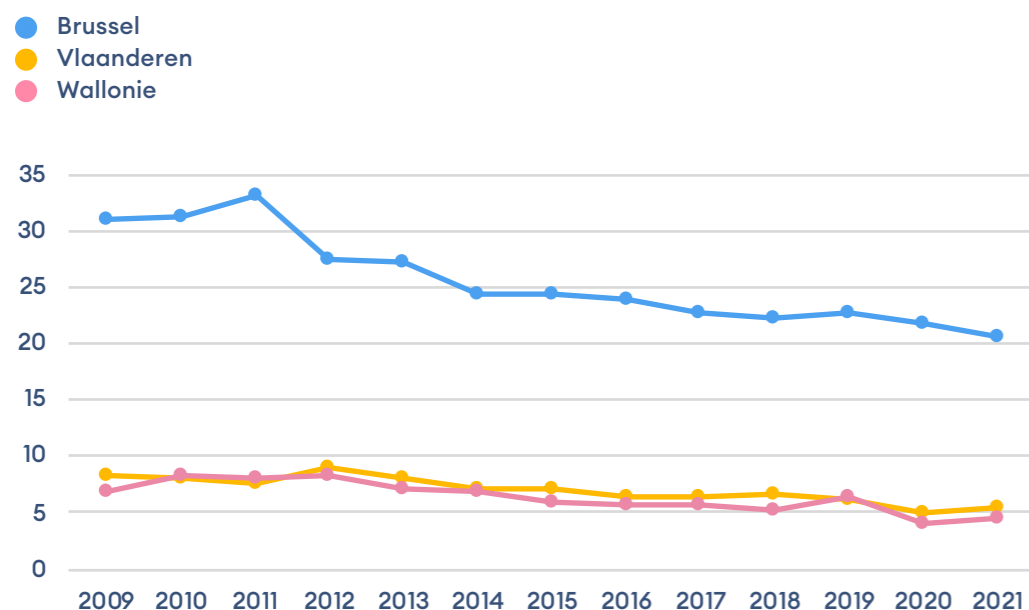
Figuur 2-43 toont de incidentie van tuberculose per 100 000 inwoners in de drie Belgische gewesten. In elk gewest nemen we een gestage daling waar over de afgelopen 40 jaar. Brussel vertoont ook consequent een hogere incidentie in vergelijking met Wallonië en Vlaanderen. De hogere incidentie van tuberculose in Brussel kan gedeeltelijk worden verklaard door factoren zoals verstedelijking, hoge bevolkingsdichtheid en de aanwezigheid van kwetsbare groepen. Hoewel de algemene trend een daling laat zien, blijft er ruimte voor verbetering, zeker in Brussel.

Uit figuur 2-44 valt op dat zowel Belgen als niet-Belgen in het Brussels Gewest vaker met tuberculose worden geïnfecteerd dan in Wallonië en Vlaanderen. Het verschil in incidentie tussen Belgen en niet-Belgen is in elk gewest opvallend groot. Dit illustreert dat migratieachtergrond, sociaaleconomische status en toegang tot gezondheidszorg factoren zijn die kunnen bijdragen aan een hogere vatbaarheid voor infectie. Het benadrukt de noodzaak voor gerichte beleidsmaatregelen die demografische en socio-culturele verschillen in acht nemen.

⁶⁰ https://www.sciensano.be/sites/default/files/rougeole-rapport_epidemiologique_annuel_2022_fr.pdf

⁶¹ https://www.sciensano.be/sites/default/files/surveillance_epidemiologique_de_la_diphtherie_-_donnees_2019-2022.pdf

Figuur 2-45 Incidentie (per 100 000) van HIV per gewest, 2009-2021



Bron: Sciensano

Figuur 2-45 laat zien dat het jaarlijks aantal nieuwe HIV-diagnoses per 100 000 inwoners tussen 2009 en 2021 is afgenomen in alle Belgische gewesten. De daling is in bruto cijfers het meest uitgesproken in Vlaanderen (niet geïllustreerd), maar in relatieve zin gezien groter in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. In Brussel blijft de incidentie wel hoog in vergelijking met de andere twee gewesten.

HIV wordt in het Brussels Gewest ook vaker in een laat⁶² stadium gediagnosticeerd dan in Vlaanderen of Wallonië: in Brussel werden 32,5% van alle HIV-diagnoses in het jaar 2021 laattijdig gediagnosticeerd (in vergelijking met 27,2% in Vlaanderen en 29,2% in Wallonië)⁶³.

Ondanks de algemene daling in het aantal nieuwe HIV-diagnoses, blijft het belangrijk om gerichte volksgezondheidsinitiatieven te ontwikkelen. Voortdurende opvolging en preventieve maatregelen blijven nodig.

Besluit

De afgelopen jaren waren uitzonderlijk op vlak van infectieziekten. Covid-19 buiten beschouwing gelaten, zien we evenwel een algemene trend van dalende infectiegerelateerde sterftecijfers. Wel moet worden onderstreept dat deze daling niet uniform is over alle leeftijds- en bevolkingsgroepen.

Specifieke ziekten zoals HIV en tuberculose blijven bijvoorbeeld een uitdaging vormen. Zo komt tuberculose vooral vaker voor in die Brusselse gemeenten waar meer inwoners een lagere sociaaleconomische status hebben en treft de HIV-epidemie voornamelijk mannen die seks hebben met mannen en personen uit Sub-Saharisch Afrika⁶⁴. Deze observatie samen met het hoog aantal late HIV-diagnoses in Brussel, benadrukken het belang van gerichte volksgezondheidsinitiatieven.

Het beheer van infectieziekten wordt steeds complexer door bijvoorbeeld de globalisering, die een snelle verspreiding mogelijk maakt. Daarom is een voortdurende opvolging en aanpassing van

volksgezondheidsstrategieën essentieel. De Covid-19-pandemie heeft duidelijk gemaakt hoe snel (gezondheids)situaties kunnen veranderen en hoe belangrijk het is om flexibel en adaptief te zijn in onze benadering van infectieziekten. Het benadrukt ook het belang van robuuste gezondheidszorgsystemen en effectieve preventieve maatregelen om de verspreiding van infectieziekten te beheersen en te minimaliseren.

F. De geestelijke gezondheid van de Brusselaars

Inleiding

Geestelijke gezondheid wordt gedefinieerd als “een toestand van welzijn waarin het individu zijn of haar eigen capaciteiten realiseert, de normale spanningen van het leven aankan, productief en vruchtbaar kan werken en in staat is om een bijdrage te leveren aan zijn of haar gemeenschap.”⁶⁵ Geestelijke gezondheid is meer dan alleen de afwezigheid van een geestesziekte of een verstandelijke handicap⁶⁶. Een “goede” geestelijke gezondheid berust eveneens op een “dynamische capaciteit van de mens om een evenwicht te vinden of te herstellen tussen alle aspecten van het leven en zijn of haar omgeving.”⁶⁷ Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is geestelijke gezondheid een cruciaal onderdeel van gezondheid en welzijn.⁶⁸ Doorgaans onderscheidt men drie dimensies van geestelijke gezondheid: positieve geestelijke gezondheid, psychologische ontreding en geestelijke aandoeningen⁶⁹.

Verskillende determinanten zijn bepalend voor de geestelijke gezondheid. Het kan gaan om individuele (psychologische en biologische factoren), maar ook om maatschappelijke of structurele omstandigheden⁷⁰. De blootstelling aan bepaalde

maatschappelijke, economische of omgevingsfactoren kan bijvoorbeeld in verband worden gebracht met een verhoogd risico op geestelijke gezondheidsproblemen⁷¹. Het kan gaan om de wisselwerking tussen geestelijke gezondheid en tewerkstelling, huisvesting of sociaal netwerk. Dit werd uitvoerig gedocumenteerd in de evaluatie van Parcours.Brussels⁷², dat de zorgtrajecten van gebruikers binnen het geestelijke gezondheidssysteem van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in beschouwing nam.

Geestelijke gezondheidsproblemen eisen een hoge tol en leiden enerzijds tot een hoge morbiditeit en mortaliteit, maar hebben anderzijds ook grote economische gevolgen⁷³. Psychische problemen en psychologische ontreding kunnen aanzienlijke gevolgen hebben en tot uiting komen op verschillende niveaus: leed voor de betrokkenen en hun naasten, een impact op de fysieke gezondheid, een invloed op het sociale en professionele leven, het ontwikkelen van ongezonde gewoonten, een overmatig gebruik van alcohol of drugs, of de ontwikkeling van gedrag dat het eigen leven in gevaar brengt, waaronder neigingen tot zelfdoding⁷⁴. En ook de economische gevolgen van geestelijke gezondheidsproblemen zijn niet te verwaarlozen (medische kosten, productiviteitsverlies, andere indirecte kosten)⁷⁵.

Dit hoofdstuk heeft als doel de gezondheidstoestand van de Brusselaars in kaart te brengen aan de hand van diverse indicatoren in verband met psychologisch “welbevinden” versus “onwelbevinden”, belicht vanuit het perspectief van specifieke mentale stoornissen, zoals depressieve en angststoornissen, naast zelfmoordgedachten, zelfmoordpogingen en zelfdoding. De COVID-19-crisis heeft een aanzienlijke impact gehad op de geestelijke gezondheid en deed onder meer het aantal gevallen van depressieve stoornissen en angststoornissen toenemen⁷⁶. Wanneer de beschikbare gegevens dat

⁶⁵ WHO. (2013). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. Beschikbaar via: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

⁶⁶ Boisson M, Godot C, Sauneron S, Centre d'Analyse stratégique. (2009, november). La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie. Frankrijk. Beschikbaar via: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000556.pdf>

⁶⁷ Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid. Gezondheidsenquête 2018. Sciensano, Brussel, België. Rapportnummer: D/2020/14.440/3 Beschikbaar via: www.gezondheidsenquête.be

⁶⁸ OMS. (2013). Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Beschikbaar via: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf?sequence=1

⁶⁹ Boisson M, Godot C, Sauneron S, Centre d'Analyse stratégique. (2009, november). La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie. Frankrijk. Beschikbaar via: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000556.pdf>

⁷⁰ WHO. 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

⁷¹ WHO. 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

⁷² Walker C., Nicaise P., Thunus S. 2019. Parcours.Brussels: Kwalitatieve evaluatie van het geestelijke gezondheidssysteem en de zorgtrajecten van gebruikers in het kader van de Psy 107 hervorming in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest' Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. Beschikbaar via: <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/parcoursbrussels-kwalitatieve-evaluatie-van-het-geestelijke>

⁷³ OECD/EU. 2018. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Parijs, Beschikbaar via: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

⁷⁴ Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid. Gezondheidsenquête 2018. Sciensano, Brussel, België. Rapportnummer: D/2020/14.440/3 Beschikbaar via: <http://www.gezondheidsenquête.be/>

⁷⁵ WHO. 2022. World mental health report: Transforming mental health for all - Executive summary Genève, World Health Organization. Beschikbaar via: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050860https://www.who.int/publications/i/item/9789240050860>

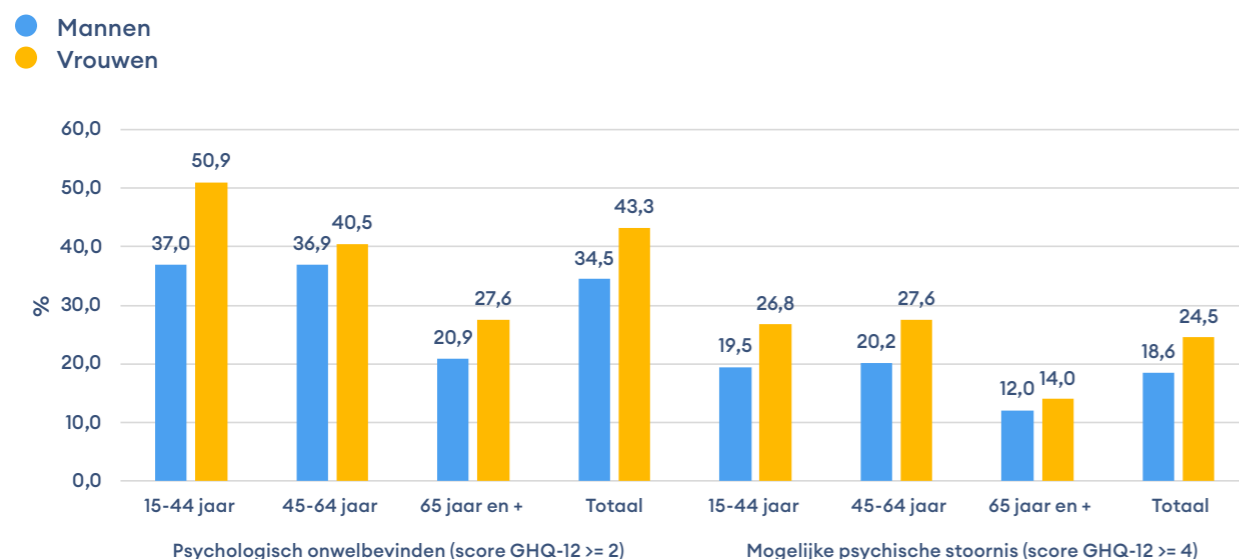
⁷⁶ WHO. 2022. Mental disorders. Beschikbaar via: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> OECD/EU. 2018. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Parijs. Beschikbaar via: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

⁶² Een HIV-diagnose wordt als laattijdig beschouwd indien het aantal CD4 lymfocyten lager is dan 350 cellen/mm³ of indien men het AIDS-stadium reeds bereikt heeft op het moment van de HIV-diagnose en indien er geen evidentie is van een recente infectie. Zie https://www.sciensano.be/sites/default/files/report_sida_2023_nl_final.pdf.

⁶³ Zie ook: <https://www.sciensano.be/fr/biblio/epidemiologie-du-sida-et-de-linfection-a-vih-en-belgique-situation-au-31-decembre-2021>

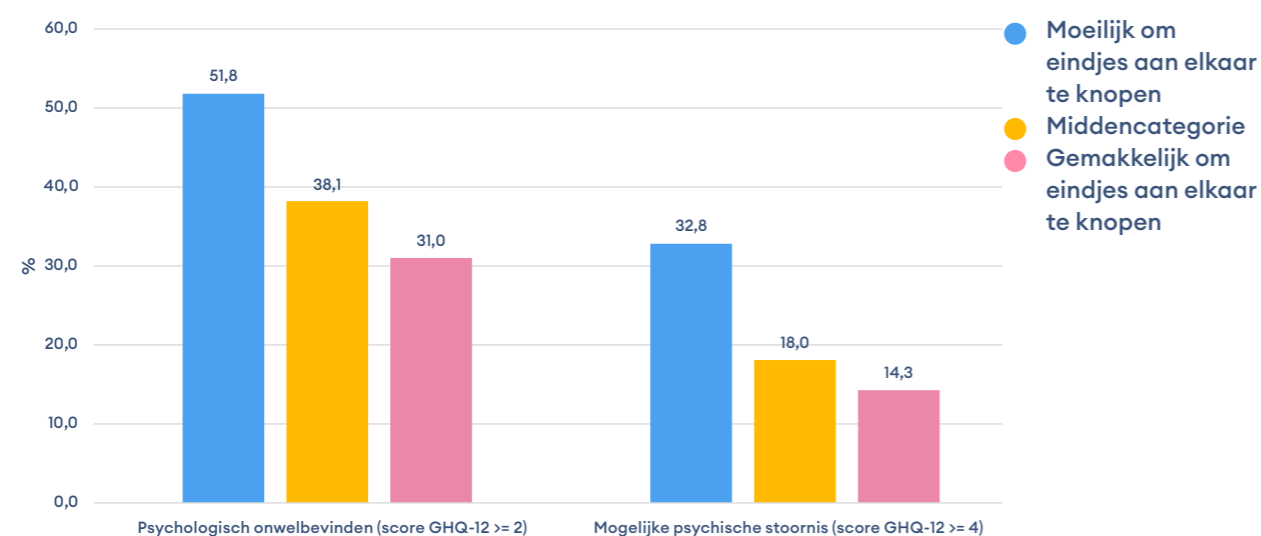
⁶⁴ <https://www.sensoa.be/hiv-belgie-feiten-en-cijfers>

Figuur 2-46 Aandeel personen van 15 jaar en ouder met problemen die wijzen op een psychologisch onwelbevinden* of een mogelijke psychische stoornis*, volgens leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2018



*Psychologisch onwelbevinden: GHQ-12-score \geq 2 – Mogelijke psychische stoornis: GHQ-12-score \geq 4 GHQ-12: General Health Questionnaire, versie met 12 items.
Bron: Gezondheidsenquête, Sciensano, 2018; Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

Figuur 2-47 Aandeel personen van 15 jaar en ouder met problemen die wijzen op een psychologisch onwelbevinden* of een mogelijke psychische stoornis*, volgens hun moeilijkheden om de eindjes aan elkaar te knopen (gestandaardiseerde cijfers**), Brussels Gewest, 2018



*Psychologisch onwelbevinden: GHQ-12-score \geq 2 – Mogelijke psychische stoornis: GHQ-12-score \geq 4 GHQ-12: General Health Questionnaire, versie met 12 items

**Standaardisering voor geslacht en leeftijd (Europese referentiebevolking 2013)
Bron: Gezondheidsenquête, Sciensano, 2018; Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

toelaten, belichten we in dit hoofdstuk de evolutie van de geestelijke gezondheid van de Brusselaars, vanaf het begin van de crisis en in de maanden die erop volgden. De indicatoren die in dit hoofdstuk worden aangereikt, steunen op de gegevens van de Gezondheidsenquête van 2018, de COVID-19-enquêtes, het cohort Belhealth en de gegevens uit de statistische formulieren voor overlijdens.

Algemeen psychologisch welbevinden/onwelbevinden

In de Gezondheidsenquête wordt teruggegrepen naar de General Health Questionnaire (GHQ-12) om te peilen naar het algemene psychologische welbevinden/onwelbevinden⁷⁷. In 2018 gaf 39,1 % van de Brusselse respondenten van 15 jaar en ouder aan problemen te ondervinden gelinkt aan psychologisch onwelbevinden (GHQ-12-score \geq 2) en 21,7 % vermeldde symptomen waarvan de intensiteit kan wijzen op een mogelijke mentale stoornis (GHQ-12-score \geq 4). Na standaardisering voor geslacht en leeftijd, liggen deze verhoudingen significant hoger dan in de grote Vlaamse steden. Het verschil met de grote Waalse steden is niet significant.

Het aandeel personen dat aangeeft met problemen te kampen die kunnen wijzen op een psychologisch onwelbevinden of een mentale stoornis, ligt aanzienlijk hoger bij vrouwen dan bij mannen in Brussel, en verschillen bovendien sterk naargelang de leeftijd. In Brussel neemt het aandeel vrouwen in een situatie van psychologisch onwelbevinden af naarmate de leeftijd toeneemt (figuur 2-46). Bij mannen in Brussel ligt het percentage rond de 37 % bij 15- tot 44-jarigen en bij 45- tot 64-jarigen, maar aanzienlijk lager bij mannelijke Brusselaars van 65 jaar en ouder. Ook het aandeel personen met een mogelijke psychische stoornis is kleiner bij de categorie 65-plussers, zowel bij mannen als bij vrouwen (figuur 2-46), in vergelijking met de jongere leeftijdscategorieën.

Na standaardisering voor geslacht en leeftijd (zie figuur 2-47), stellen we vast dat het aandeel personen met symptomen van een psychologisch onwelbevinden significant hoger ligt bij personen die het financieel wat moeilijker hebben en bij de

tussenliggende categorie in vergelijking met zij die aangeven de eindjes gemakkelijk aan elkaar te kunnen knopen. Het aandeel Brusselaars met een mogelijke psychische stoornis ligt eveneens significant hoger bij personen die het moeilijk hebben om de eindjes aan elkaar te knopen dan bij de personen die het financieel niet moeilijk hebben.

Specifieke psychische stoornissen

Depressie

De Gezondheidsenquête maakt gebruik van de Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-9) om het risico op een depressie in te schatten⁷⁸. Op basis van de antwoorden wordt een indicator gevormd voor de aanwezigheid van een “ernstige” depressie en een indicator voor de aanwezigheid van een “depressieve stoornis”, of het nu gaat om een ernstige depressie of om een andere depressieve stoornis.

Op basis van de PHQ-9-criteria zou 12,8 % van de Brusselse respondenten symptomen vertonen van een depressieve stoornis en zou 6,2 % van de Brusselse respondenten symptomen vertonen van een ernstige depressie. Na standaardisering voor geslacht en leeftijd, blijken deze cijfers significant hoger te liggen dan in de grote Vlaamse steden. De verschillen met de grote Waalse steden zijn niet significant.

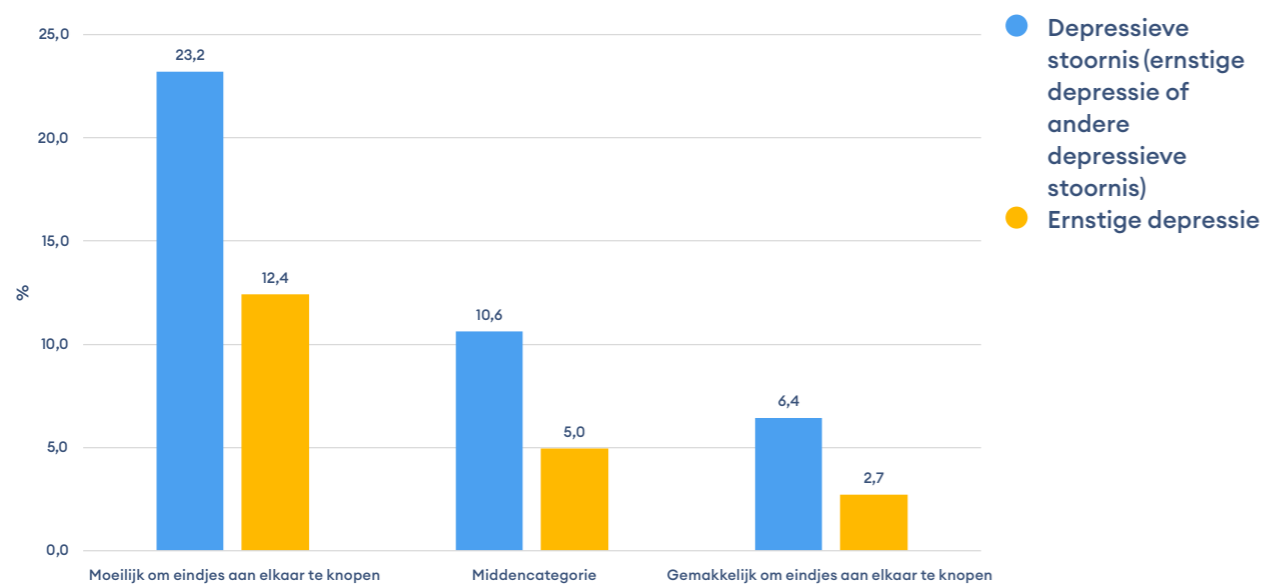
Het aandeel personen dat met een depressieve stoornis kampt, verschilt niet significant volgens geslacht en leeftijd. Een ernstige depressie komt iets minder vaak voor bij vrouwen (7,4 %) dan bij mannen (4,8 %), dit verschil is significant. Het verschil is niet significant als we leeftijd in beschouwing nemen.

Het aandeel personen dat met een depressieve stoornis of een ernstige depressie kampt ligt na standaardisering voor geslacht en leeftijd significant hoger in de categorie personen die moeilijk de eindjes aan elkaar kunnen knopen en de tussenliggende categorie, in verhouding tot de personen die aangeven gemakkelijk de eindjes aan elkaar te kunnen knopen (figuur 2-48).

⁷⁷ Gisle L., Drieskens S., Demarest S., Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid. Gezondheidsenquête 2018. Sciensano, Brussel, België. Rapportnummer: D/2020/14.440/3 Beschikbaar via: <http://www.gezondheidsenquête.be/>

⁷⁸ Een andere beschikbare indicator in de Gezondheidsenquête van 2018 betreft het aandeel personen van 15 jaar en ouder die aangeven in de afgelopen 12 maanden aan een ernstige depressie te hebben geleden (die minstens twee weken aanhield). In 2018 ging het om 7,7 % van de Brusselse respondenten. Deze indicator steunt op het feit dat personen zich “bewust” zijn van hun probleem inzake geestelijke gezondheid, en dat zij het probleem kunnen benoemen, in tegenstelling tot indicatoren steunend op de antwoorden op de PHQ-9, waarin gepeild wordt naar symptomen bij de respondenten in de laatste twee weken. Een depressie kan in dat geval nog niet als dusdanig herkend zijn. Beide indicatoren steunend op de PHQ-9 worden in dit hoofdstuk meer in detail voorgesteld. Referenties: Gisle L., Drieskens S., Demarest S., Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid. Gezondheidsenquête 2018. Sciensano, Brussel, België. Rapportnummer: D/2020/14.440/3 Beschikbaar via: <http://www.gezondheidsenquête.be/>

Figuur 2-48 Aandeel personen van 15 jaar en ouder met een depressieve stoornis* of een ernstige depressie**, volgens hun moeilijkheden om de eindjes aan elkaar te knopen (gestandaardiseerde cijfers***), Brussels Gewest, 2018



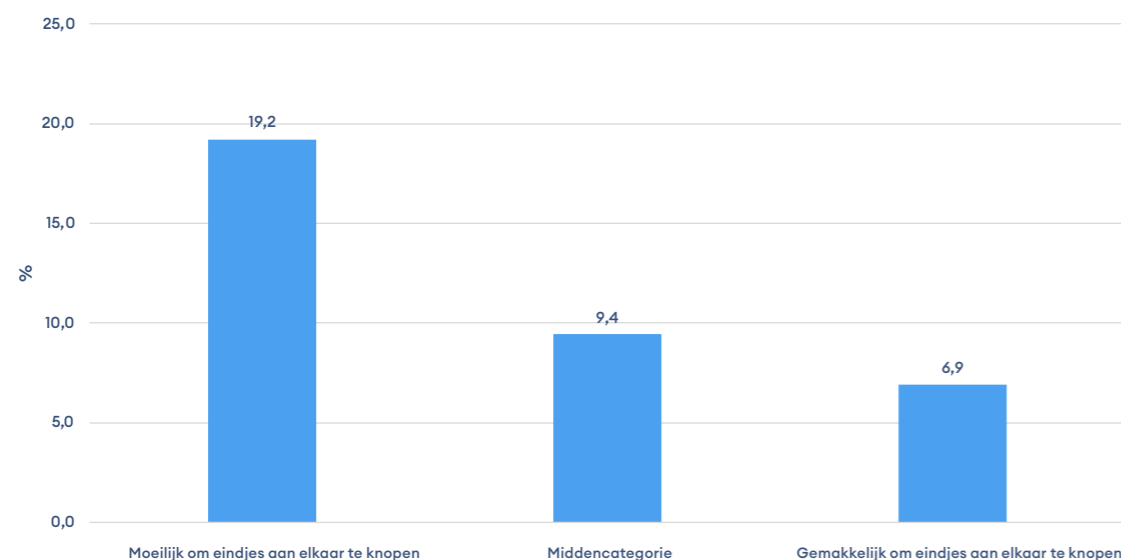
* Depressieve stoornis = een "ernstige depressie" of een andere depressieve stoornis

** Depressieve stoornis of ernstige depressie: op basis van de resultaten verkregen met de PHQ-9 (Patient Health Questionnaire Depression Scale - 9 items)

*** Standaardisering voor geslacht en leeftijd (Europese referentiebevolking 2013)

Bron: Gezondheidsenquête, Sciensano, 2018; Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Figuur 2-49 Aandeel personen van 15 jaar en ouder met een gegeneraliseerde angststoornis*, volgens hun moeilijkheden om de eindjes aan elkaar te knopen (gestandaardiseerde cijfers**), Brussels Gewest, 2018



* Gegeneraliseerde angststoornis: score GAD-7 \geq 10. GAD-7: Generalized Anxiety Disorder Scale met 7 items

** Standaardisering voor geslacht en leeftijd (Europese referentiebevolking 2013)

Bron: Gezondheidsenquête, Sciensano, 2018; Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Angst

Volgens de resultaten verkregen met de Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)⁷⁹ vertoonde in 2018 12,4 % van de Brusselse respondenten op de Gezondheidsenquête een gegeneraliseerde angststoornis. Het percentage verschilt, na standaardisering voor geslacht en leeftijd, niet significant met de grote Waalse en Vlaamse steden.

Het aandeel Brusselaars met een gegeneraliseerde angststoornis ligt significant hoger bij vrouwen (14,8 %) dan bij mannen (9,8 %). Het aandeel verschilt ook significant volgens leeftijd: het gaat om 12,7 % bij 15- tot 44-jarigen en 14,6 % bij 45- tot 64-jarigen, tegenover 7,5 % bij 65-plussers.

We stellen vast dat het aandeel personen met een gegeneraliseerde angststoornis, na standaardisering voor geslacht en leeftijd, significant hoger ligt bij personen die moeite hebben om de eindjes aan elkaar te knopen dan bij personen die het financieel gemakkelijker hebben (figuur 2-49).

Evolutie van angststoornissen en depressies van het begin van de COVID-19-crisis tot eind juni-begin juli 2023

De COVID-19-epidemie brak begin 2020 uit⁸⁰. De maatregelen die zich opdrongen hadden een impact op het algemene welzijn. Figuur 2-50 toont de evolutie van april 2020 tot eind juni-begin juli 2023 van het aandeel personen met een angststoornis of een depressieve stoornis⁸¹.

Ondanks de methodologische verschillen tussen de COVID-19-gezondheidsenquêtes en Belhealth en de Gezondheidsenquête 2018⁸², stellen we vast dat de frequentie van deze stoornissen tijdens de

COVID-19-crisis toeneemt en schommelt, met pieken die de evolutie van de COVID-19-epidemie en de bijhorende maatregelen lijken te volgen.

Het kan ook vermeld worden, onder andere, dat, terwijl in maart 2022 de frequentie van de angststoornissen en depressieve stoornissen was afgenomen, in juni 2022 (na de elfde COVID-19-gezondheidsenquête) het psychologisch welzijn opnieuw bleek te zijn verslechterd, vooral op het vlak van depressieve stoornissen. In de enquête wezen de respondenten op bezorgdheden omtrent de energieprijzen (58 %), de klimaatveranderingen (39 %), stijgende voedingsprijzen of een schaarste aan voedingsmiddelen (38 %) of een heropflakking van het COVID-19-virus (resultaten voor België)⁸³. De frequentie van depressieve stoornissen en angststoornissen blijft daarna schommelen, maar blijft ook hoger dan de cijfers van de Gezondheidsenquête van 2018.

Zelfmoordgedachten, zelfmoordpogingen en overlijdens door zelfdoding

Zelfmoord is een groot probleem voor de volksgezondheid⁸⁴. Wanneer we het over deze problematiek hebben, moeten we er rekening mee houden dat de problematiek zich niet beperkt tot de overlijdens door zelfdoding, maar dat ook diverse gedragingen binnen het zogenoemde suïcidaal proces daaronder vallen⁸⁵. Onder "suïcidale gedragingen" vallen namelijk ook niet-fataal suïcidaal gedrag (zelfmoordpogingen), suïcidale intenties (zelfmoordplannen), indirecte suïcidale gedragingen (grenzen en risico's opzoeken) en zelfmoordgedachten⁸⁶. Bij een kwantificering van het zelfdodingsfenomeen, is het dan ook aangewezen rekening te houden met de frequentie van zelfmoordgedachten en -pogingen⁸⁷.

⁷⁹ Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid. Gezondheidsenquête 2018. Sciensano, Brussel, België.

Rapportnummer: D/2020/14.440/3 Beschikbaar via: <http://www.gezondheidsenquête.be/>

⁸⁰ Op 11 maart 2020 riep de WHO de COVID-19-situatie uit tot een wereldwijde pandemie. Op 13 maart 2020 werd Europa aangeduid als nieuwe epicentrum van de epidemie. Voor meer details over de cruciale momenten in de COVID-19-epidemie, zie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2020). Welzijnsbarometer 2020. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Beschikbaar via: https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/welzijnsbarometer_2020_0.pdf.

⁸¹ De COVID-19-gezondheidsenquêtes werden gevoerd tussen april 2020 en juni 2022, en moesten het psychologisch welbevinden van de bevolking opvolgen na het uitbreken van de coronacrisis (<https://www.sciensano.be/nl/projecten/covid-19-gezondheidsenquetes> - <https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-epidemiologische-situatie>). De enquêtes werden in de volgende periodes gevoerd: 1e enquête: van 2 tot 9 april 2020, 2e enquête: van 16 tot 23 april 2020, 3e enquête: van 28 mei tot 4 juni 2020, 4e enquête: van 24 september tot 1 oktober 2020, 5e enquête: van 3 tot 10 december, 6e enquête: van 18 tot 25 maart 2021, 7e enquête: van 10 tot 20 juni 2021, 8e enquête: van 5 tot 18 oktober 2021, 9e enquête: van 13 tot 23 december 2021, 10e enquête: van 17 tot 27 maart 2022, 11e enquête: juni 2022.

Het cohort Belhealth is een longitudinale studie met als doel de ontwikkeling van de gezondheid en het welzijn bij een brede steekproef van inwoners van België op te volgen (<https://www.sciensano.be/nl/projecten/belgisch-cohort-gezondheid-en-welzijn>). De eerste golven werden op de volgende datums gevoerd: 1e golf: tussen 28 september en 11 oktober 2022, 2e golf: tussen 6 en 27 februari 2023, 3e golf: tussen 21 juni en 6 juli 2023.

⁸² We moeten wijzen op verschillen tussen de COVID-19-gezondheidsenquêtes en het cohort Belhealth enerzijds en de Gezondheidsenquête 2018 anderzijds, meer bepaald wat betreft de steekproefvorming.

⁸³ Sciensano (2022). Resultaten van de 11e COVID-19-gezondheidsenquête Juni 2022: Beschikbaar via: <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-11de-covid-19-gezondheidsenquête>

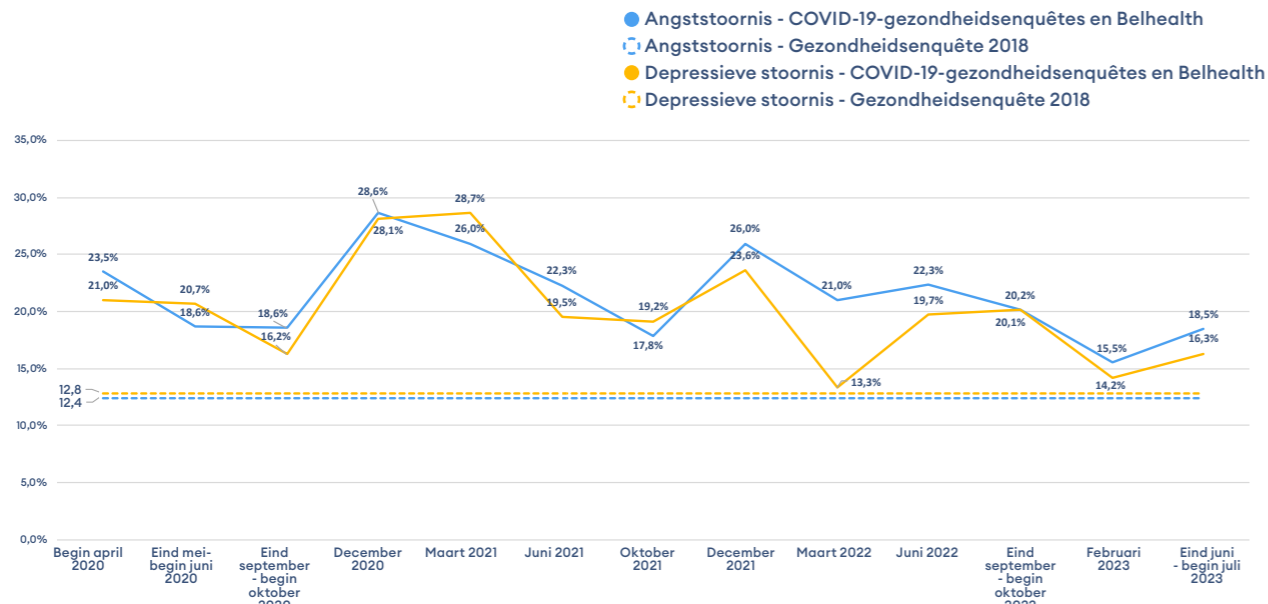
⁸⁴ WHO. 2022. Suicide: facts and figures globally. Beschikbaar via: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-UCN-MHE-22.03>

⁸⁵ Senterre C, Bantuelle M en Levêque A. Brussel, 2006. Prévention du suicide : aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique.

⁸⁶ Senterre C, Bantuelle M en Levêque A. Brussel, 2006. Prévention du suicide : aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique.

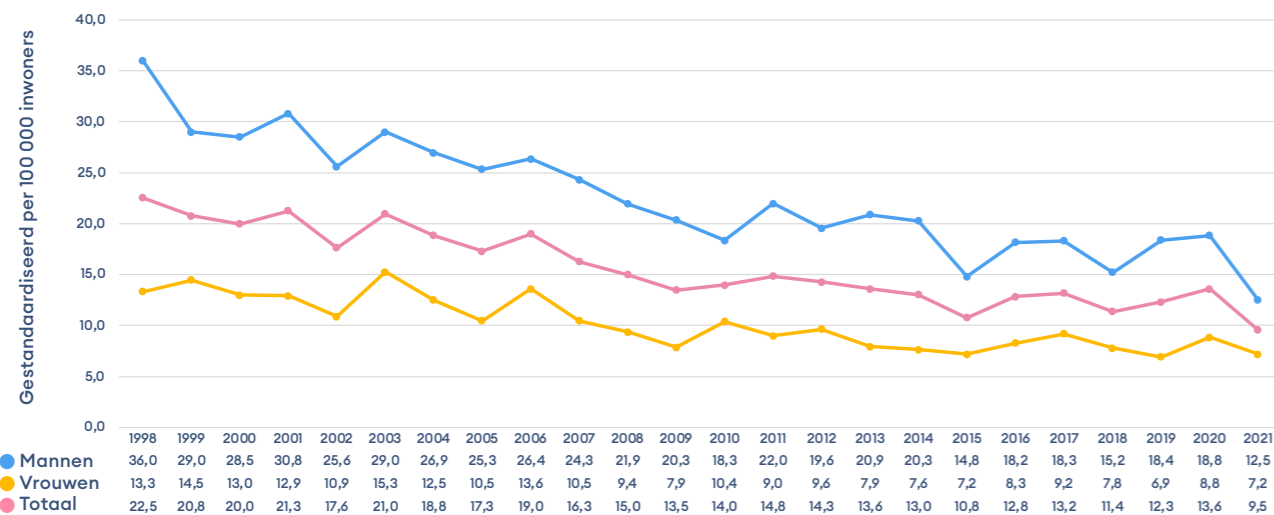
⁸⁷ Le portail de la prévention du suicide. Beschikbaar via: http://www.preventionsuicide.info/connaissances/ampleur_repepi.php

Figuur 2-50 Aandeel personen van 18 jaar en ouder* met een gegeneraliseerde angststoornis of een depressieve stoornis**: evolutie tussen april 2020 en eind juni-begin juli 2023, Brussels Gewest*****



* De gegevens uit de gezondheidsenquête van 2018 betreffen personen van 15 jaar en ouder.
 ** Gegeneraliseerde angststoornissen: op basis van het resultaat verkregen met de GAD-7 - Depressieve stoornis ("ernstige" depressie of andere depressieve stoornis): op basis van de resultaten verkregen met de PHQ-9. GAD-7: Generalized Anxiety Disorder Scale met 7 items; PHQ-9: Patient Health Questionnaire Depression Scale met 9 items
 ***De cijfers in de figuur 2-50, en de bijhorende tekst hierboven, werden gecorrigeerd op 26/08/2024, na publicatie en druk van het rapport.
 Bron: COVID-19-gezondheidsenquête, Belhealth-cohorten en Gezondheidsenquête 2018, Sciensano

Figuur 2-51 Evolutie van de gestandaardiseerde* mortaliteitscijfers door zelfdoding bij Brusselaars, totaal en volgens geslacht, 1998-2021



* Gestandaardiseerd voor leeftijd (Europese referentiebevolking 2013)
 Bron: Statistische formulieren voor overlijdens, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Zelfmoordgedachten en -pogingen

In de gezondheidsenquête van 2018 gaf 14,3 % van de Brusselaars aan reeds zelfmoordgedachten te hebben gehad op een bepaald moment in hun leven. 4,9 % gaf aan zelfmoordgedachten te hebben gehad in de afgelopen 12 maanden. Na standaardisering voor geslacht en leeftijd, liggen die percentages gelijk in de grote Vlaamse en Waalse steden.

Van de Brusselse respondenten van de Gezondheidsenquête 2018 gaf 4,2 % aan een of meerdere zelfmoordpoging(en) te hebben ondernomen in de loop van het leven, en 0,4 % gaf aan een zelfmoordpoging te hebben ondernomen in de afgelopen 12 maanden. Na standaardisering voor geslacht en leeftijd, leunen de Brusselse cijfers over zelfmoordpogingen zonder significante verschillen aan bij de cijfers voor de grote Vlaamse steden. Ze liggen significant iets lager dan in de grote Waalse steden. Dit laatste verschil moet met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, gezien het beperkte aantal personen dat aangaf (een) zelfmoordpoging(en) te hebben ondernomen in de loop van hun leven.

Overlijdens door zelfdoding

In 2021 werden 104 overlijdens door zelfdoding geregistreerd bij Brusselaars⁸⁸: 64 mannen en 40 vrouwen. Zo komen we tot een mortaliteitsgraad, gestandaardiseerd voor leeftijd⁸⁹, van 9,5 overlijdens per 100.000 inwoners (mannen en vrouwen samen), en een gestandaardiseerde mortaliteitsgraad van 12,5 overlijdens per 100.000 inwoners bij mannen en 7,2 overlijdens per 100.000 inwoners bij vrouwen.

De gestandaardiseerde mortaliteitscijfers door zelfdoding verschillen van jaar tot jaar, maar gaan algemeen genomen sterk in dalende lijn sinds het begin van de jaren 2000 (zie figuur 2-51)⁹⁰. De gestandaardiseerde mortaliteitsgraad door zelfdoding ligt het hoogst bij mannen. Naargelang het jaar in kwestie ligt het aantal zelfdodingen bijna 2 tot bijna 3 keer hoger bij mannen dan bij vrouwen.

⁸⁸ We wijzen erop dat ook Brusselaars die in Vlaanderen zijn overleden zijn opgenomen in het cijfer voor het aantal overlijdens door zelfdoding bij Brusselaars in 2021. Brusselaars die in Wallonië zijn overleden door zelfdoding zijn niet in dit cijfer opgenomen, aangezien de cijfers op het moment van redactie van dit hoofdstuk niet beschikbaar waren. Het gaat om gemiddeld 2 overlijdens per jaar.

⁸⁹ Mortaliteitsgraad gestandaardiseerd voor leeftijd: standaardisering op basis van de Europese referentiebevolking 2013.

⁹⁰ De mortaliteitscijfers door zelfdoding kunnen om verschillende redenen onderschat blijven, onder meer door het feit dat de intentionaliteit van de daad niet altijd met zekerheid te bepalen valt (1). In de periode 1998-2021 is het aantal overlijdens bij Brusselaars door onbepaalde oorzaken bepaalde jaren toegenomen, vooral in 2012 en 2013 (2). Op de website Naar een gezond België wordt de evolutie van de gestandaardiseerde mortaliteitscijfers volgens doodsoorzaak weergegeven, inclusief wanneer de doodsoorzaak onbepaald is. Wanneer dergelijke overlijdens in de cijfers worden opgenomen, zien we eenzelfde dalende lijn in de gestandaardiseerde mortaliteitscijfers sinds het begin van de jaren 2000 voor Brussel.

Referenties: (1) Senterre C, Bantuelle M en Levêque A. Brussel, 2006. Prévention du suicide : aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique. (2) Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel (3) Sciensano. Geestelijke gezondheid Zelfmoordgedrag, Health Status Report, 30 Aug 2023, Brussel, België <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/geestelijke-gezondheid/zelfmoordgedrag>

⁹¹ Webapplicatie <https://spma.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx> (SPMA). Sciensano Beschikbaar via: <https://www.sciensano.be/en/projects/standardized-procedures-mortality-analysis/spma>

Zelfmoordsterfte volgens leeftijd en geslacht

Om de brutocijfers i.v.m. sterfte door zelfdoding volgens leeftijd en geslacht te kunnen analyseren, werden de gegevens over een periode van 20 jaar, van 2001 tot 2021, samengebracht. Algemeen genomen neemt het bruto mortaliteitscijfer door zelfdoding toe met de leeftijd, zowel bij mannen als bij vrouwen. Toch is de toename meer uitgesproken bij mannen, met een sterke toename vanaf 75 jaar. De bruto mortaliteitscijfers liggen anderzijds lager bij vrouwen dan bij mannen.

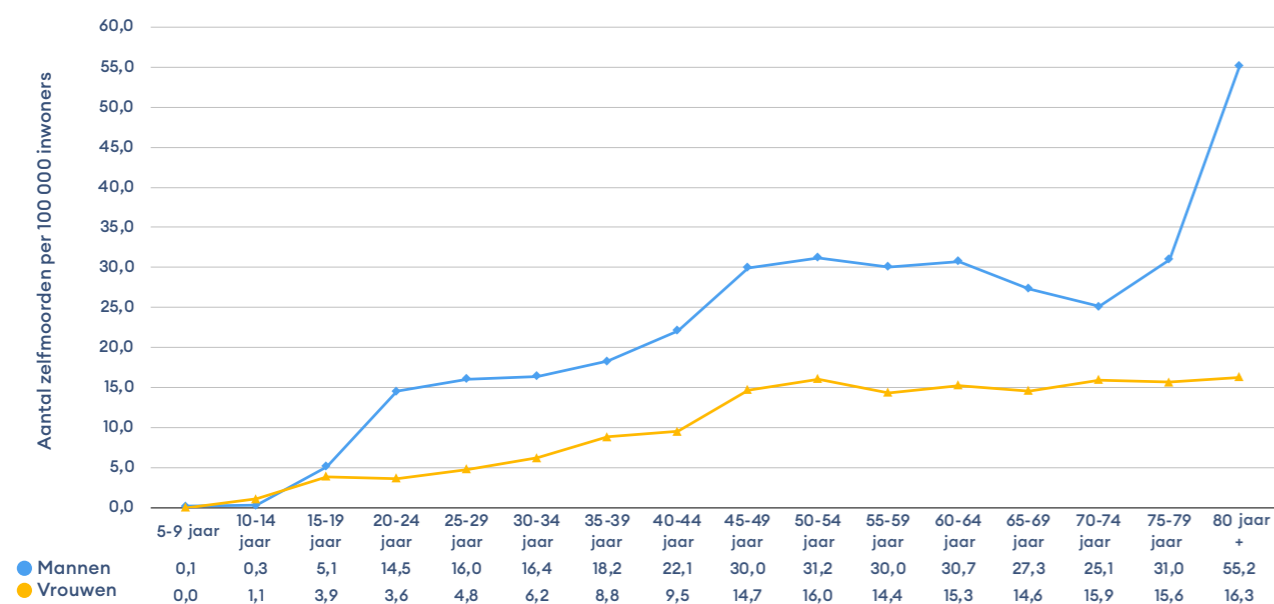
Zelfdoding volgens leeftijdscategorie

Van alle zelfdodingen in Brussel tussen 2001 en 2021, ging het in bijna de helft van de gevallen om mannen en vrouwen tussen de 40 en de 64 jaar oud (respectievelijk 47,4 % en 45,7 %). Bij mannen wordt die leeftijdscategorie gevolgd door de 20- tot 39-jarigen (29,3 %) en vervolgens de 65-plussers (21,5 %). Bij vrouwen betreft 29,9 % van de zelfdodingen 65-plussers en iets meer dan een vijfde (21,4 %) 20- tot 39-jarigen. Bij mannen ging het in 1,8 % van de zelfdodingen om 5- tot 19-jarigen. Bij vrouwen om 3,0 % in die leeftijdscategorie.

Sterfte door zelfdoding in Brussel en de andere gewesten

Om een vergelijking te kunnen maken tussen Brussel, België en de andere gewesten, werden de cijfers uit de SPMA-webapplicatie⁹¹, met gegevens van Statbel, gebruikt. Tabel 2-8 hieronder toont dat de Brusselse cijfers voor mannen in 2020 lager liggen dan die in Vlaanderen en Wallonië. Bij vrouwen zijn de verschillen tussen de gewesten minder uitgesproken, met iets hogere cijfers voor Brussel.

Figuur 2-52 **Bruto mortaliteit door zelfdoding bij Brusselaars, volgens leeftijd en geslacht, 2001 - 2021**



Bron: Statistische formulieren voor overlijdens, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Tabel 2-8 **Gestandaardiseerde* mortaliteitsgraad door zelfdoding, totaal en volgens geslacht, per gewest en voor heel België, 2020**

	Global	Mannen	Vrouwen
Brussel	13,5	18,6	9,1
Vlaanderen	14,5	21,8	7,9
Wallonië	17,2	27,4	8,4
België	15,2	23,0	8,1

* Gestandaardiseerd voor leeftijd (Europese referentiebevolking 2013)
Bron: Standardized Procedures of Mortality Analysis. Sciensano, Brussel, België;
software beschikbaar via <https://spma.sciensano.be/>

Zelfdoding als oorzaak van verloren potentiële levensjaren en vroegtijdige sterfte

Zoals we eerder al aangaven (zie Figuur 2-21 en 2-22), zien we – wanneer we de algemene sterfte in Brussel tussen 2010 en 2019 belichten – dat zelfdoding de 2e grootste oorzaak is van verloren potentiële levensjaren bij mannen, en de 4e grootste oorzaak van verloren potentiële levensjaren bij vrouwen. Voor de overlijdens in diezelfde periode, gaat het om de 6e oorzaak van vroegtijdige sterfte (vóór de leeftijd van 75 jaar) bij mannen (16,3 vroegtijdige sterftes per 100.000 inwoners) en de 7e oorzaak van vroegtijdige sterfte bij vrouwen (7,6 vroegtijdige sterftes per 100.000 inwoners).

Besluit

Zoals blijkt uit de Gezondheidsenquête van 2018, treffen geestelijke gezondheidsproblemen een aanzienlijk deel van de Brusselse bevolking. Bepaalde bevolkingsgroepen lopen bovendien een groter risico: personen met financiële problemen kampen vaker met angststoornissen of depressieve stoornissen, terwijl vrouwen en de jongere generaties meer risico lopen op angststoornissen.

Geestelijke gezondheidsproblemen kunnen overigens een aanzienlijke impact hebben op de personen in kwestie, maar ook op de personen in hun omgeving en de maatschappij in het algemeen. We zagen eerder ook (zie onderdelen 2B en 2C) dat dergelijke problemen in verband kunnen worden gebracht met een langdurige werkonbekwaamheid en een grote impact kunnen hebben op het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY's, oftewel Disability-Adjusted Life Years)).

De COVID-19-pandemie ging in Brussel, net als in Europa en de wereld⁹², gepaard met een toename in angststoornissen en depressieve stoornissen. Hoewel de COVID-19-crisis inmiddels achter ons lijkt te liggen, kunnen nieuwe crisissen opduiken. Dat was onder meer het geval met de Russische inval in Oekraïne en de daaropvolgende energiecrisis en economische crisis. Die kunnen op hun beurt een nieuwe impact hebben op het welzijn en de geestelijke gezondheid van de Brusselaars. Een continue monitoring blijft dus van groot belang.

⁹² WHO. 2022. Mental disorders. Beschikbaar via: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
OECD/EU. 2018. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Parijs. Beschikbaar via: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

G. De omgeving en de woonomstandigheden

Milieuvervuiling heeft een aanzienlijke impact op de gezondheid. In dit onderdeel gaan we dieper in op de situatie in het Brussels Gewest. Niet alle gekende vormen van milieuvervuiling komen aan bod. Er werd een keuze gemaakt in functie van de omvang van de vervuiling en de beschikbare gegevens. Er worden drie types vervuiling onder de loep genomen. Als eerste belichten we luchtvervuiling en geluidsoverlast in de openbare ruimte. Als tweede type vervuiling behandelen we vervuiling op het werk bij Brusselaars. Ten derde komt vervuiling binnenin de woning aan bod. De nadruk ligt in dit onderdeel vooral op het blootleggen van sociale ongelijkheden.

Luchtvervuiling en de blootstelling aan lawaai

Luchtvervuiling

Volgens schattingen van de European Environmental Agency is luchtvervuiling verantwoordelijk voor iets meer dan 500.000 vroegtijdige overlijdens per jaar in Europa⁹³. Voor Brussel wordt een schatting van 930 vroegtijdige overlijdens per jaar opgeworpen⁹⁴.

Twee specifieke polluenten krijgen hier onze aandacht: fijn stof (PM₁₀ en kleiner) en stikstofdioxide (NO₂). Het gaat namelijk om de twee belangrijkste polluenten in het Brussels Gewest, rekening houdend met hun concentratie en hun schadelijke invloed op de gezondheid. NO₂ is een gas dat de luchtwegen irriteert en op termijn kan leiden tot een ontstekingsreactie en de ontwikkeling van chronische aandoeningen. Fijn stof kan bij inademing in het bloed terechtkomen en zo leiden tot de ontwikkeling van cardiovasculaire aandoeningen en het risico vergroten op een cerebrovasculair accident (CVA)⁹⁵.

In Brussel zijn beide polluenten voornamelijk afkomstig van het wegverkeer en de verwarming van gebouwen⁹⁶. Tussen 1990 en 2020 zijn de concentraties van beide polluenten sterk afgenomen in Brussel: -80 % voor fijn stof (PM_{2,5}) en -71 % voor NO_x⁹⁷. Ondanks die afname, lagen de gemiddelde jaarlijkse concentraties in Brussel in 2021 hoger dan de indicatieve drempelwaarden van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO): 18,1 µg/m³ voor NO₂ (de drempelwaarde van de WHO ligt op 10 µg/m³) en 10,3 µg/m³ voor PM_{2,5} (de WHO-drempelwaarde ligt op 5 µg/m³)⁹⁸.

Verder zijn de concentraties van polluenten in de buitenlucht ongelijk verdeeld over het Brusselse grondgebied. Dat geldt vooral voor NO₂, een polluent die grotendeels op het grondgebied zelf geproduceerd wordt (door het lokale wegverkeer). Fijn stof wordt daarentegen over veel grotere afstanden verspreid⁹⁹. Kaart 2-1 toont de concentraties van NO₂, in Brussel, gemeten langs de gevels van woningen. De gegevens zijn meer bepaald afkomstig van het project CurieuzenAir, een burgeronderzoek uit 2021. In het kader van dit onderzoek bevestigden duizenden Brusselaars een meettoestel aan hun gevel¹⁰⁰.

We stellen vast dat de NO₂-concentraties toenemen naarmate de bevolkingsdichtheid stijgt (en naarmate we het stadscentrum naderen). De concentraties bereiken hun hoogste niveau langs de grote verkeersaders, waaronder de Leopold II-laan (kaart 2-1). Deze geografische spreiding houdt in dat de grootste luchtvervuiling samenvalt met de dichtstbevolkte zones, waar de armste inwoners van Brussel wonen. Figuur 2-53 toetst het inkomensniveau van de Brusselaars aan een schatting van de NO₂-concentraties in de buurt waar zij wonen¹⁰¹. We stellen vast dat de woningen van personen met een inkomen in de onderste kwintielen vaker in wijken liggen met meer NO₂, wat wijst op een opmerkelijke milieu-ongelijkheid (de inkomenskwintielen zijn gerangschikt van de laagste inkomens [1] naar de hoogste inkomens [5]). Die ongelijkheid is des te opvallender als we weten dat de mensen met de laagste inkomens ook het minst vaak over een eigen voertuig beschikken

⁹³ Air Quality in Europe, European Environmental Agency, <https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2018>, 2018.

⁹⁴ Andrieux J., Eggen M., Bouland C., "Stand van zaken van de verbanden tussen milieu en gezondheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest", Centre de Recherche en Santé Environnementale et Santé au Travail (Ecole de Santé Publique, Université libre de Bruxelles), Observatorium voor gezondheid en welzijn-Hoofdstad, 2020.

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ Leefmilieu Brussel, Factsheet 43: Balans van de emissies van atmosferische polluenten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, https://document.environnement.brussels/opac_css/elecfile/Lucht_43

⁹⁷ Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn op basis van de informatie beschikbaar op de website van Leefmilieu Brussel, pagina «Kwaliteit van de buitenlucht: stand van zaken», <https://leefmilieu.brussels/burgers/tools-en-data/het-milieu-stand-van-zaken/kwaliteit-van-de-buitenlucht-stand-van-zaken>

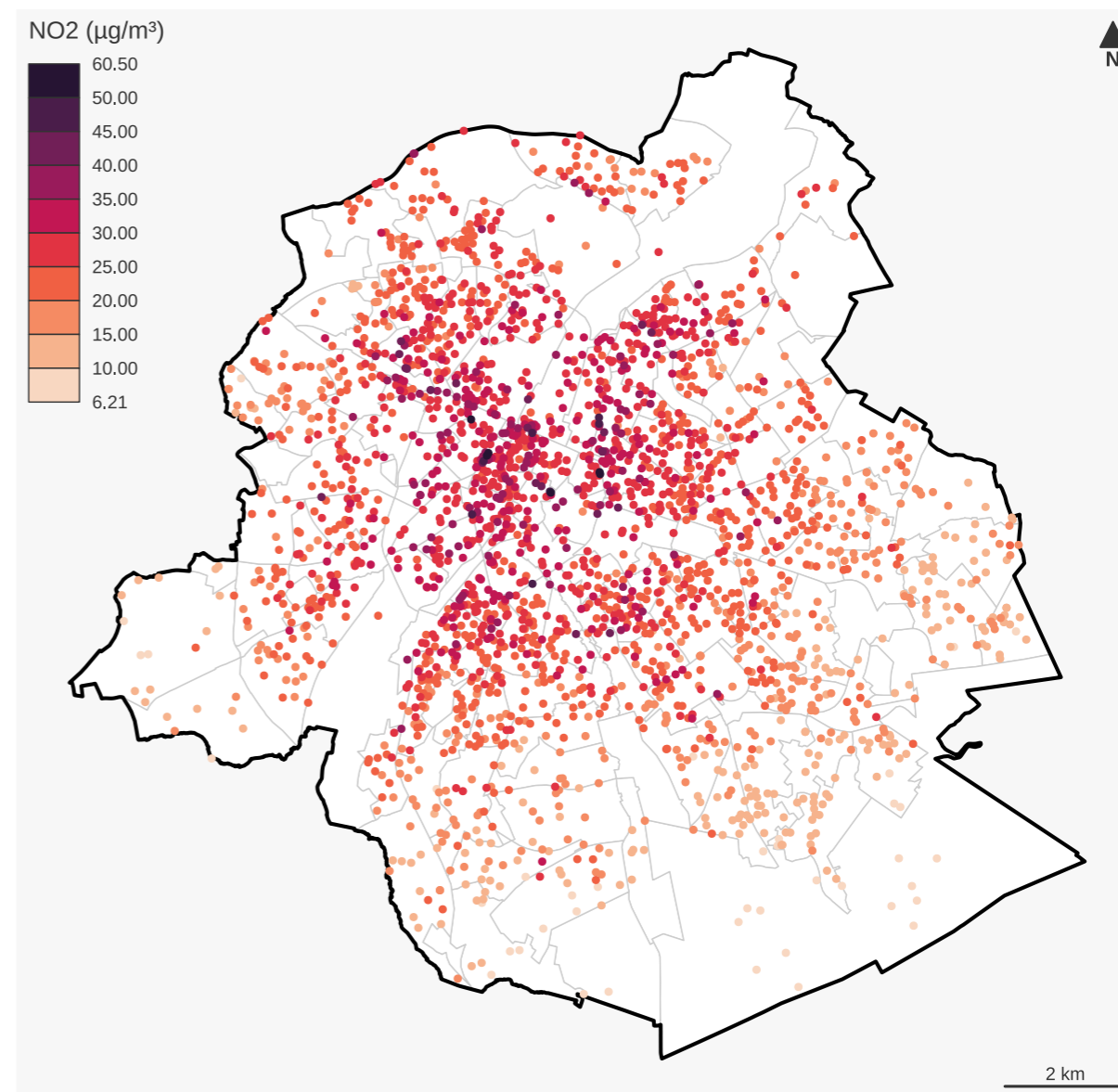
⁹⁸ https://www.irceline.be/nl/luchtkwaliteit/metingen/stikstofdioxide/historiek/trends/jaargemiddelde-concentratie-no2?set_language=nl en https://www.irceline.be/nl/luchtkwaliteit/metingen/fijnstof/historiek/trends/pm-2-5-jaargemiddelde?set_language=nl

⁹⁹ Leefmilieu Brussel, Factsheet 23: De fijne deeltjes (PM10, PM2,5 en PM01), https://document.environnement.brussels/opac_css/elecfile/Lucht_23

¹⁰⁰ Raadpleeg de website van het project: <https://curieuzenair.brussels/nl/welkom/>

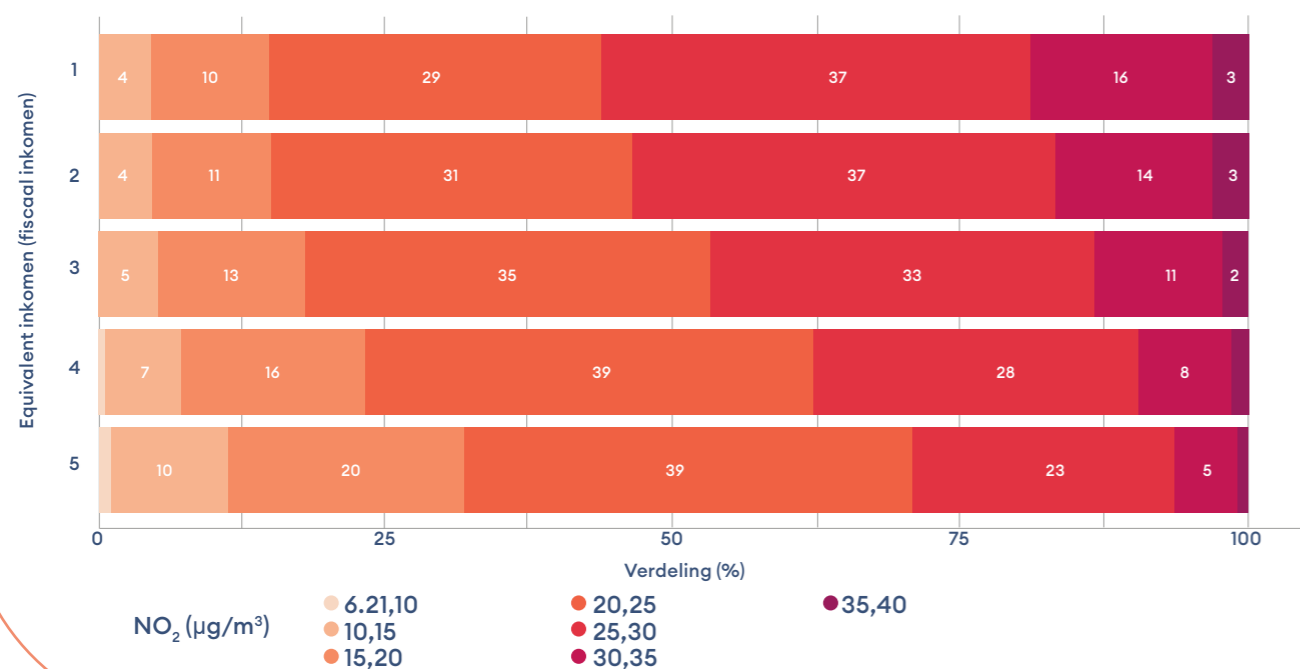
¹⁰¹ Deze schatting werd berekend op basis van de gemiddelden van de meetpunten per statistische sector. De gemiddelde concentratie NO₂ werd vervolgens in verband gebracht met het aantal personen dat tot het ene of het andere inkomenskwintiel per statistische sector behoort.

Kaart 2-1 NO₂-concentraties in Brussel



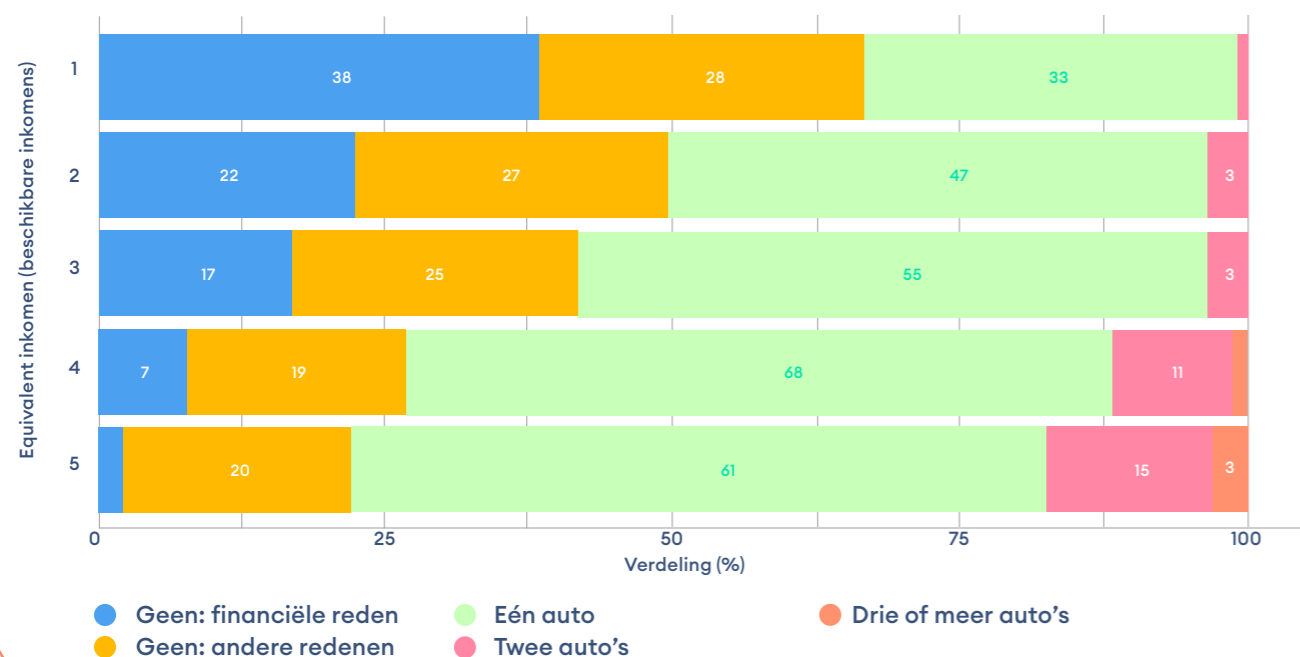
Bron: Curieuzenair; infographie Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuur 2-53 Mate van blootstelling aan NO₂ in de woonplaats volgens het individuele inkomen



Bron: Curieuzenair, BISA

Figuur 2-54 Aantal auto's in het huishouden per inkomensgroep



Bron: SILC 2022

(figuur 2-54)¹⁰². De armere bevolking heeft minder vaak een auto, maar lijdt dus het meeste onder de vervuiling door auto's.

We merken op dat deze vaststelling de buitenlucht op de woonlocatie van de personen betreft, en niet noodzakelijk de reële blootstelling van die personen aan atmosferische pollutanten weerspiegelt. In de praktijk verplaatsen mensen zich om naar het werk, naar school enz. te gaan, waar de blootstelling aan pollutanten anders is dan op hun woonplaats. Het is wel zo dat de blootstelling aan pollutanten tijdens de verplaatsingen zelf groot is. Uit studies blijkt dat inzittenden in een wagen in het verkeer worden blootgesteld aan een NO₂-concentratie (net als aan fijn stof) die tot wel 10 keer hoger kan liggen dan in de buitenlucht¹⁰³. De meer welgestelde Brusselse huishoudens beschikken veel vaker over een eigen wagen, waardoor de algemene sociale ongelijkheid qua blootstelling aan pollutanten moeilijk in kaart te brengen valt. We merken daarnaast nog op dat de Brusselse sociale woningen tot het type woningen behoren die het minst aan pollutanten worden blootgesteld, aangezien de woningen werden opgetrokken in zones die niet dichtbevolkt zijn (niet geïllustreerd).

Blootstelling aan lawaai

Een andere vorm van 'vervuiling' die sterk aanwezig is in de stedelijke omgeving is lawaai. Lawaaihinder wordt des te sterker ervaren in het Brussels Gewest. Over de impact van lawaai op de gezondheid is weinig gekend. Lawaai kan evenwel leiden tot vermoeidheid en stress, en kan de nachtrust verstoren. De interviews in het kader van de gezondheidsenquête laten een analyse toe van de overlast veroorzaakt door lawaai in de buitenomgeving in Brussel zoals de personen die ervaren. Daarbij wordt elke vorm van lawaai in de buitenomgeving in rekening gebracht: verkeers-, spoorweg- en vliegtuiglawaai, maar ook lawaai afkomstig van de industrie en logistieke voorzieningen. Figuur 2-55 geeft het aandeel personen weer die aangeven veel lawaaihinder te ervaren in hun woning in functie van het gewest en hun moeilijkheden om "de eindjes aan elkaar te knopen". De gegevens uit 2008, 2013 en 2018 werden samengevoegd met het oog op een grotere steekproef.

Een eerste duidelijke verschil valt op tussen Brussel enerzijds (20,4 % ervaart sterke lawaaihinder buiten) en Vlaanderen en Wallonië anderzijds (respectievelijk 6,8 % en 8,1 %). Dit verschil valt toe te schrijven aan het feit dat lawaaihinder eigen is aan een verstedelijkt gebied, zoals het Brussels Gewest, terwijl Vlaanderen en Wallonië minder dichtbevolkte, landelijke gebieden omvatten waar minder bedrijvigheid en verkeer is, en waar het bijgevolg stiller is. Een tweede opmerkelijke verschil houdt verband met het verschil in overlast naargelang de socio-economische status van de personen. Als we focussen op Brussel, zien we dat 28,9 % van de leden van huishoudens die het financieel moeilijker hebben sterke hinder ondervinden door lawaai, tegenover 14,6 % van de personen in huishoudens die gemakkelijk de eindjes aan elkaar kunnen knopen. Om dat verschil te verklaren, kunnen we uiteenlopende hypothesen opwerpen. Enerzijds wonen de personen met de grootste financiële problemen op de lawaaiigste locaties: meer bepaald in de armste en meest dichtbevolkte gemeenten. Anderzijds zijn de woningen waar armere gezinnen in leven doorgaans van mindere kwaliteit en minder goed geïsoleerd, met een grotere overlast door lawaai van buitenaf tot gevolg.

Polluenten op het werk

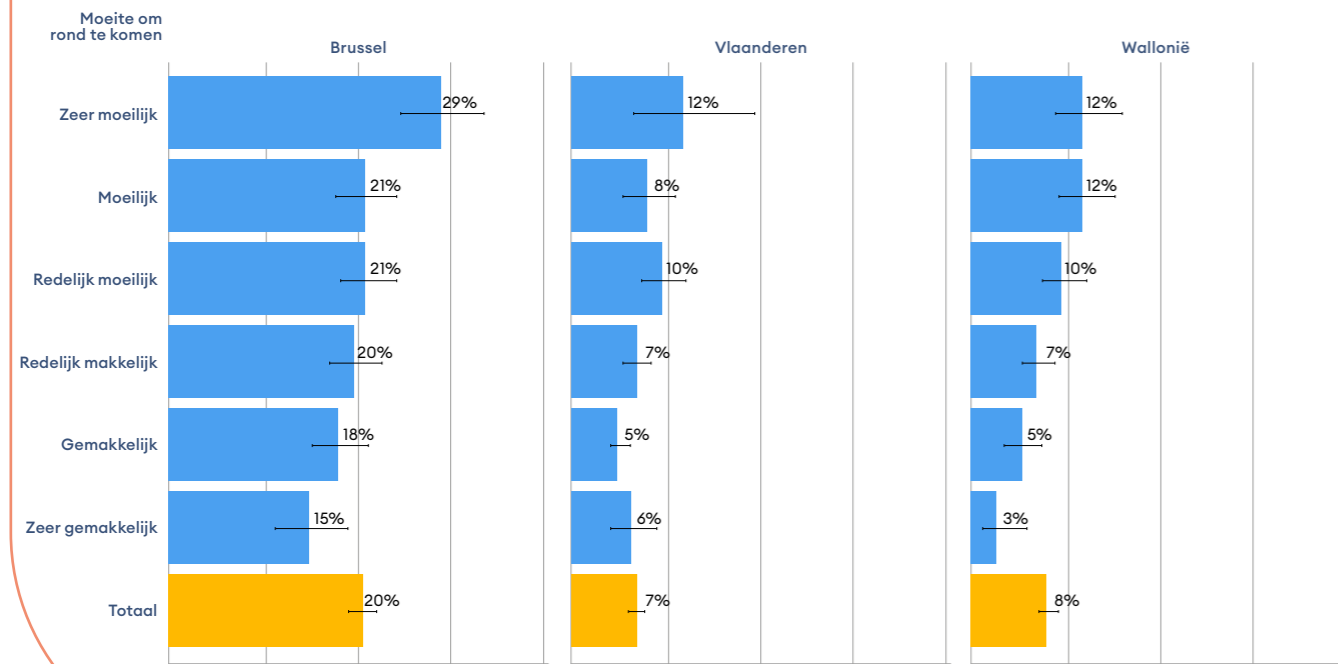
Niet alleen in de openbare ruimte komen pollutanten voor, ook op het werk kan vervuiling opduiken, soms in erg hoge concentraties. Denk bijvoorbeeld aan werkomgevingen voor bouwvakkers, schoonmaakpersoneel of transportmedewerkers. Zij worden blootgesteld aan schadelijke stoffen en hoge geluidsniveaus. Het is moeilijk om een rechtstreeks oorzakelijk verband bloot te leggen tussen beroepsactiviteit en gezondheid. Toch laten convergerende elementen toe de beroepsactiviteit als pathoog te bestempelen in bepaalde situaties, bijvoorbeeld in geval van blootstelling aan pollutanten op de werkvloer. Algemeen genomen zien we bij personen die tewerkgesteld zijn als arbeider een aanzienlijke oversterfte, terwijl het tegenovergestelde geldt voor bedrijfsleiders, kaderleden en in intellectuele beroepen¹⁰⁴.

¹⁰² Grafieken 2-53 en 2-54 hanteren een andere definitie van inkomen: in de eerste grafiek gaat het om het fiscale inkomen (fiscale inkomens van nul zijn niet meegerekend), terwijl het in de tweede grafiek om het beschikbaar inkomen op basis van de SILC-enquête gaat. In beide gevallen wordt het inkomen uitgedrukt in 'equivalent inkomen', waarin rekening wordt gehouden met de structuur van de huishoudens om de levenskwaliteit in te kunnen schatten.

¹⁰³ J.-P. Morin, F. Gouriou, D. Preterre, M. Bobbia, V. Delmas, Évaluation de l'exposition aux polluants atmosphériques des conducteurs de véhicules automobiles par la mise en œuvre de mesures dynamiques dans l'habitacle du véhicule, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, Vol. 70, Issue 2, 2009

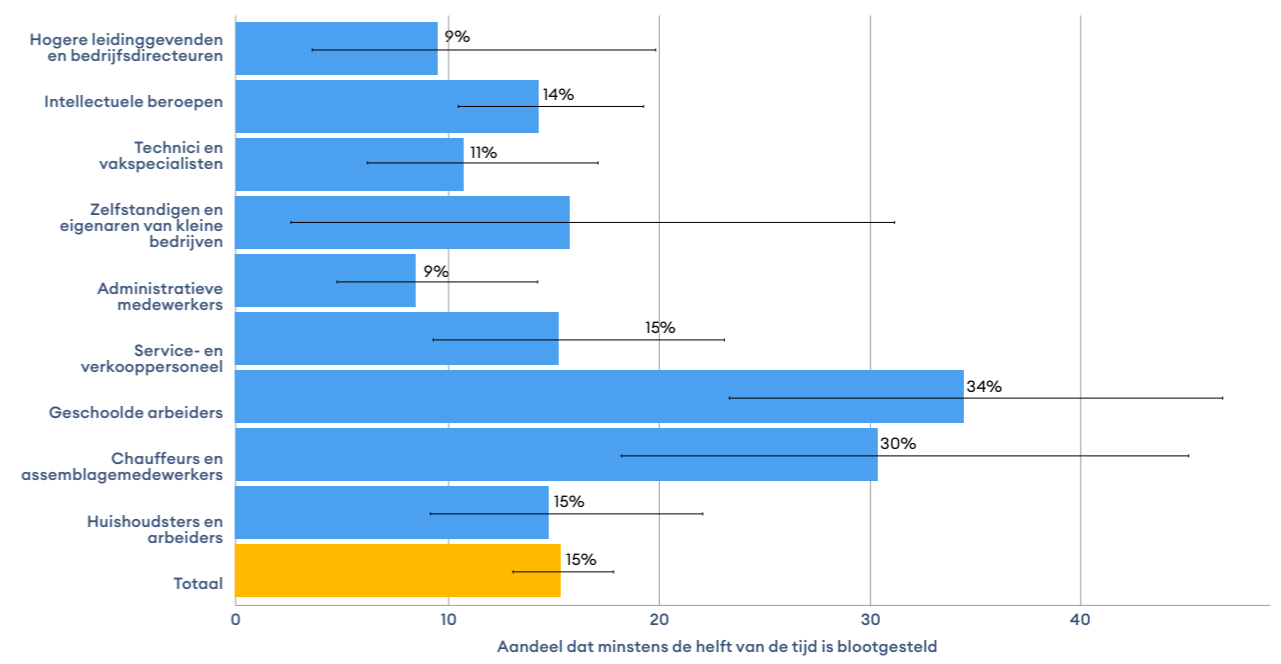
¹⁰⁴ J. Girès, Le travail c'est la santé? Ecarts de mortalité entre professions en Belgique, Observatoire belge des inégalités, 2020, <https://inegalites.be/Le-travail-c-est-la-sante-pas-pour>

Figuur 2-55 Percentage mensen dat thuis veel last heeft van lawaai naar financiële moeilijkheden



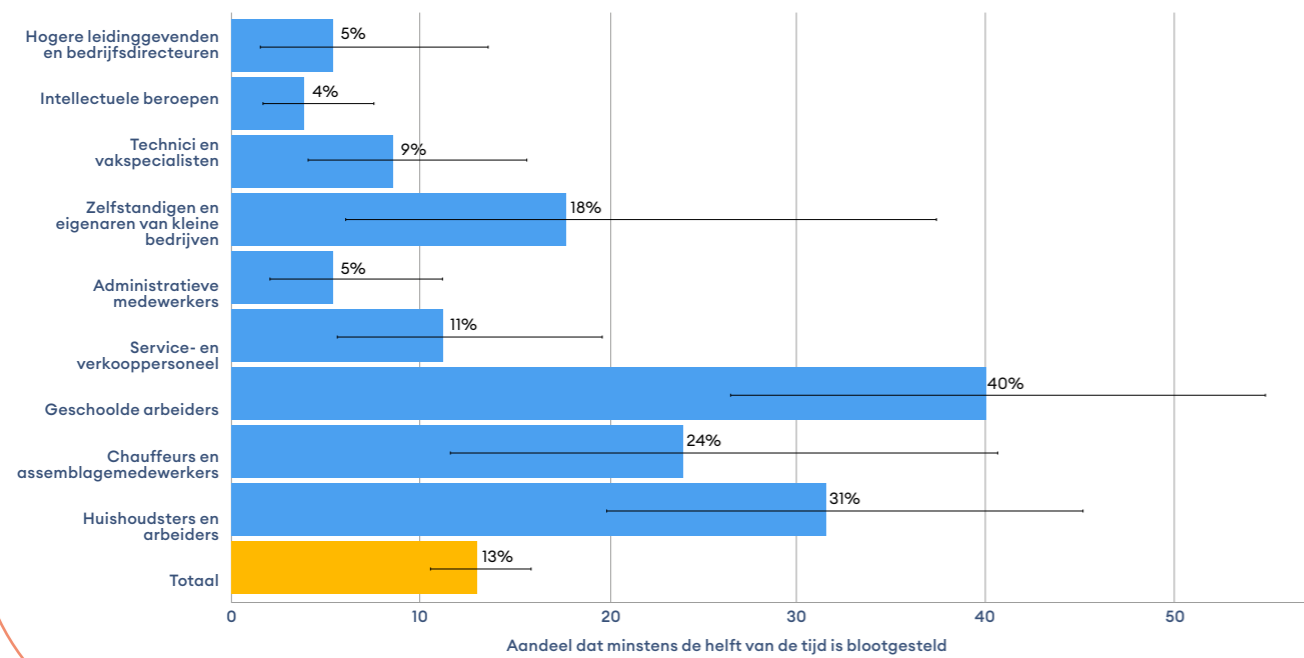
Bron: Gezondheidsenquêtes 2008-2018, Berekningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Figuur 2-57 Percentage werknemers dat wordt blootgesteld aan lawaai dat zo hard is dat ze hun stem moeten verheffen, Brussel, 2000-2021



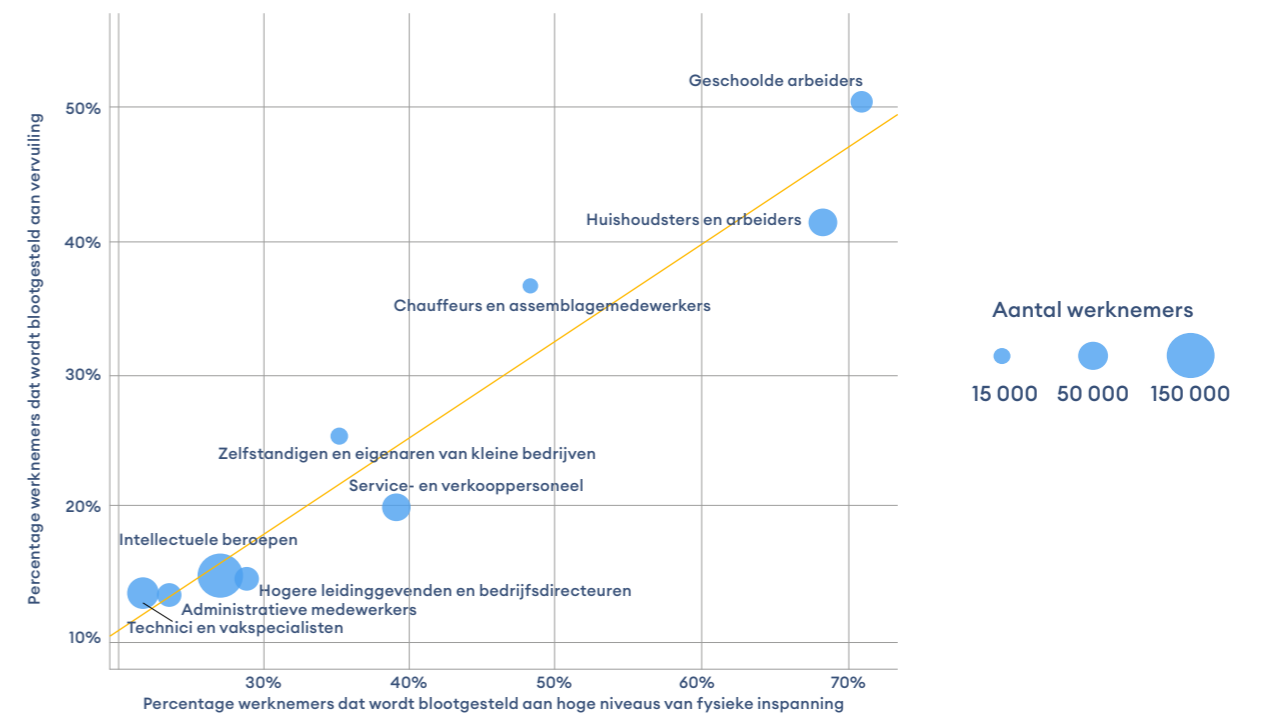
Bron: EWCS 2000-2021; Berekningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Figuur 2-56 Percentage werknemers blootgesteld aan schadelijke stoffen (rook, damp, stof of chemicaliën), Brussel, 2000-2015



Bron: EWCS 2000-2015; Berekningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Figuur 2-58 Verband tussen de blootstelling van socioprofessionele categorieën aan vervuulende stoffen en hun moeilijkheden op het werk, Brussel, 2000-2015



Bron: EWCS 2000-2015; Berekningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

De Europese enquête naar arbeidsomstandigheden (EWCS) laat toe de omvang van de blootstelling aan polluenten op het werk in te schatten. Deze enquête wordt om de vijf jaar gevoerd in verschillende Europese landen¹⁰⁵. Om de analyses op Brussels niveau te kunnen uitvoeren, werden de enquêtes van 2000 en 2021 samengevoegd.

Blootstelling aan schadelijke stoffen op het werk

In eerste instantie komt de blootstelling aan schadelijke stoffen op de werkplek aan bod. Deze vraag is belangrijk voor de volksgezondheid, aangezien naar schatting 8 % van de kankers zijn oorsprong vindt in het professionele leven, met iets meer dan 2000 overlijdens in België per jaar tot gevolg¹⁰⁶. We kunnen er overigens van uitgaan dat het werk een domein is waarin zich sterke milieu-ongelijkheden voordoen, met veel meer milieurisico's voor arbeiders dan voor personen die kantoorwerk verrichten¹⁰⁷.

Om de blootstelling van Brusselse werknemers aan schadelijke stoffen op het werk in te kunnen schatten, brachten we drie types blootstelling zoals gemeten in de EWCS-enquête in rekening. 1. De blootstelling aan **rook, dampen en gassen** (denk bijvoorbeeld aan verschillende soorten lasrook of uitlaatgassen) en stof (houtstof of minerale stof); 2. De blootstelling aan **vluchtige stoffen**, zoals bij verdamping van oplos- of verdunningsmiddelen; 3. Het contact met **chemische producten of stoffen**. Figuur 2-56 toont de frequentie van blootstelling van verschillende socioprofessionele klassen¹⁰⁸ aan minstens een van deze drie types schadelijke stoffen gedurende minstens de helft van hun arbeidsduur.

We stellen grote verschillen vast in de blootstelling aan polluenten tussen de verschillende socioprofessionele klassen. Intellectuele beroepen worden het minst blootgesteld aan polluenten. 4 % van de personen die een intellectueel beroep uitoefenen wordt minstens de helft van de arbeidstijd blootgesteld aan rook, dampen, gassen, stof of chemische producten of stoffen, tegenover 40 % (10 keer meer) van de gekwalificeerde arbeiders.

Ook huishoudhulpen en handarbeiders worden net als chauffeurs en assemblage-arbeiders vaak blootgesteld aan polluenten (respectievelijk 31 en 24 % wordt minstens de helft van de arbeidstijd aan polluenten blootgesteld). De percentages liggen aanzienlijk hoger dan in de meeste andere categorieën.

Lawaai op het werk

Lawaai kan voor heel wat overlast zorgen op het werk. Denk bijvoorbeeld aan het lawaai van machines in een atelier of het lawaai in een station of restaurant. Het fenomeen heeft een reële impact op de gezondheid: de blootstelling aan hoge geluidsniveaus kan tot doofheid leiden bij werknemers die eraan worden blootgesteld, maar kan ook leiden tot vermoeidheid, stress of slaapproblemen¹⁰⁹.

De EWCS-enquête schetst een algemeen beeld van de verschillen in blootstelling volgens de socioprofessionele categorieën in Brussel. Figuur 2-57 toont de frequentie van blootstelling van verschillende socioprofessionele categorieën aan **geluidsniveaus die de personen ertoe dwingen hun stemvolume aan te passen**, en dit minstens de helft van de arbeidstijd.

De resultaten zijn vergelijkbaar met die van de blootstelling aan rook, dampen, stof of chemische stoffen: *gekwaltificeerde arbeiders* worden het vaakst blootgesteld (34 %), terwijl *hogere kaderleden en bedrijfsleiders* net als *administratief bedienden* het minst worden blootgesteld (9 %).

Ongelijke blootstelling in verhouding tot socioprofessionele ongelijkheden

Het is van belang om de ongelijke blootstelling aan polluenten op het werk te belichten vanuit de socioprofessionele hiërarchie en zwaarte van het werk. Figuur 2-58 toetst de blootstelling aan polluenten in de verschillende socioprofessionele categorieën aan de fysieke zwaarte van de jobs in de betreffende categorie¹¹⁰.

We stellen vast dat de socioprofessionele categorieën waarin fysiek zwaar werk wordt verricht ook de categorieën zijn waarin werknemers in hoge mate aan polluenten worden blootgesteld. Die twee elementen hebben op termijn ongetwijfeld een impact op de gezondheid. Verder gaat het in de meeste van de beroepen in deze categorieën om jobs die op financieel en sociaal vlak ondergewaardeerd worden, wat wijst op een opeenstapeling van nadelen op socio-economisch vlak en qua gezondheid. De kwestie is in Brussel overigens niet anekdotisch, aangezien de meest blootgestelde categorieën – gekwalificeerde arbeiders, huishoudhulpen en handwerkers, chauffeurs en assemblage-arbeiders – samen 22 % van de werkende bevolking in Brussel uitmaken (1 persoon op 5), oftewel 105.000 personen¹¹¹.

Polluenten in de woning

De woning is een 'thuis' en wordt gezien als een geborgen en veilige omgeving waar men beschut is voor risico's van buitenaf. Toch kan de woning poreus zijn voor externe polluenten en kan de woning ook zelf een bron zijn van overlast of vervuiling. Tal van onderzoeken leggen de link bloot tussen de staat van de woning en de gezondheid van de bewoners¹¹². De impact op de fysieke gezondheid wordt meer bepaald gelinkt aan de aanwezigheid van verwarmingsgassen, schimmels en allergenen, een te lage temperatuur en/of een te hoge vochtigheidsgraad.

Vocht in de woning

Aandoeningen aan de luchtwegen zijn vaak de eerste medische indicaties waarvoor de Regionale Cel voor Interventie bij Binnenhuisvervuiling (RCIB)¹¹³ ingrijpt. De aandoeningen zijn dan ook vaak toe te schrijven aan vocht- en schimmelproblemen. De overbezetting van woningen kan als oorzaak worden aangeduid. Overbevolking doet het vocht door condensatie toenemen en werkt zo de ontwikkeling van schimmels in de hand. De focus ligt op dergelijke problemen, aangezien de problematiek in Brussel groot is en aanzienlijk wordt versterkt door situaties van armoede. De gezondheidsenquête werd

gebruikt om een inschatting te maken van de omvang van het probleem van vocht en overbezetting van woningen in Brussel.

De enquête legt een staat van de woning bloot die mogelijk schadelijk kan zijn wanneer de respondenten aangeven dat ze met **vochtproblemen** en of **ernstige tot zeer ernstige schimmelproblemen** kampen in de woning. Figuur 2-59 toont de verhouding personen die met dit type probleem kampen in hun woning in functie van hun problemen om de eindjes aan elkaar te knopen en voor elk van de drie gewesten.

We stellen een erg groot verschil vast in functie van socio-economisch niveau: personen in een huishouden dat het financieel moeilijk heeft, lopen bijna tien keer meer risico op vocht- of schimmelproblemen in hun woning dan meer welgestelde personen, ongeacht het gewest. In Brussel geeft 22,8 % van de personen die het het moeilijkst hebben om de eindjes aan elkaar te knopen aan met dit probleem te kampen, tegenover 2,7 % van de meest welgestelde personen. Dit resultaat bevestigt dat de meest ongezonde woningen – qua slechte isolatie en vocht – bewoond worden door de armste personen. De goedkoopste woningen bevinden zich dan ook naar alle waarschijnlijkheid in slechtste staat. Op het niveau van het Brussels Gewest gaat het om 8,7 % van de woningen waarvan de bewoners aangeven dat er ernstige tot zeer ernstige vocht- of schimmelproblemen zijn. Dat komt neer op ongeveer 46.000 woningen. Bijna drie vierde van de woningen wordt bewoond door huurders (niet geïllustreerd)¹¹⁴.

Een ongelijke blootstelling aan vocht en/of schimmels in de woning vertaalt zich ook naar ongelijkheden in de manier waarop de woning wordt bewoond. Uit analyse van de gezondheidsenquêtegegevens blijken twee elementen – los van andere factoren – in verband te staan met de melding van ernstige vocht- of schimmelproblemen in Brussel, met name het feit regelmatig **problemen te ondervinden om de woning 's winters te verwarmen** en het feit zich in een situatie van **overbezetting van de woning** te bevinden (wanneer er minder dan één kamer is per twee leden van het huishouden). Deze twee elementen hebben heel waarschijnlijk financiële

¹⁰⁵ <https://www.eurofound.europa.eu/nl/surveys/europese-enquetes-naar-de-arbeidsomstandigheden-ewcs>.

¹⁰⁶ T. Musu, The economic burden of occupational cancers in the European Union in T. Musu, L. Vogel (ed.), Cancer and work: Understanding occupational cancers and taking action to eliminate them, ETUI, 2018.

¹⁰⁷ Dares, Chiffres-clés sur les conditions de travail et la santé au travail, Synthèses Stat', N°37, 2021, <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/chiffres-clés-sur-les-conditions-de-travail-et-la-santé-au-travail>

¹⁰⁸ Hier wordt de internationale standaard beroepenclassificatie ISCO gebruikt (International Standard Classification of Occupations). Raadpleeg <https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/> om zicht te hebben op de ongelijke blootstelling aan polluenten volgens diverse socioprofessionele klasse

¹⁰⁹ A. Brahem, S. Rihhi, A. Chouchane, I. Kacem, O. El Maalel, M. Maoua, S. El Guedri, H. Kalboussi, S. Chatti, F. Debbabi, N. Mrizek, Impact du bruit professionnel sur le développement de l'hypertension artérielle : enquête réalisée au sein d'une centrale de production d'électricité et de gaz en Tunisie, Annales de Cardiologie et d'Angéiologie, Volume 68, Issue 3, 2019, pp. 168-174.

¹¹⁰ Hier hanteren we als blootstellingsindicator het feit dat men minstens aan een van de vier eerder geïdentificeerde polluenten (rook/stof/damp, oplosmiddelen, chemische stoffen of lawaai) gedurende minstens de helft van de arbeidstijd wordt blootgesteld. De fysieke zwaarte van het werk wordt gedefinieerd in functie van vier elementen: 1. De blootstelling aan vibraties veroorzaakt door handwerktuigen of machines; 2. Het dragen van zware lasten; 3. Het heffen van personen; 4. Het moeten aannemen van pijnlijke of vermoeiende houdingen. Een persoon beoefent een fysiek zwaar beroep wanneer minstens één van deze vier elementen zich minstens de helft van de arbeidstijd voordoet.

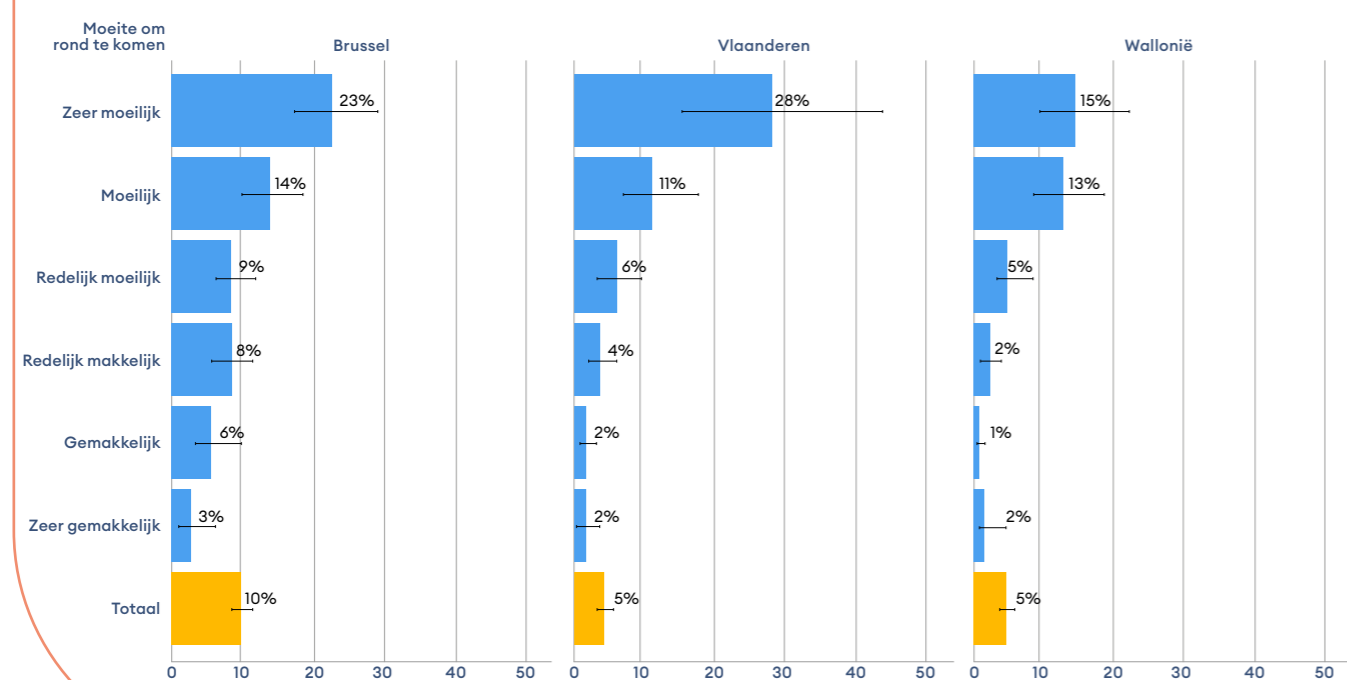
¹¹¹ Deze schatting steunt op de enquête naar de arbeidskrachten (EAK) Vijf jaarlijkse steekproeven tussen 2018 en 2022 werden samengevoegd om tot een zo betrouwbaar mogelijke inschatting van de verhouding te komen.

¹¹² Onckheer, Indoor pollution et inégalités sociales : analyse de la littérature scientifique in P. Cornut, T. Bauler, E. Zaccai, Environnement et inégalités sociales, Editions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles, 2007, pp. 127-133.

¹¹³ Het Brussels Gewest beschikt over een Regionale Cel voor Interventie bij Binnenhuisvervuiling (RCIB). De cel kan worden ingeschakeld op vraag van een arts, wanneer hij of zij vermoedt dat een gezondheidsprobleem wordt veroorzaakt door de vervuiling in de woning. In zo'n geval bezoekt een team de woning en worden monsters genomen om het probleem te identificeren.

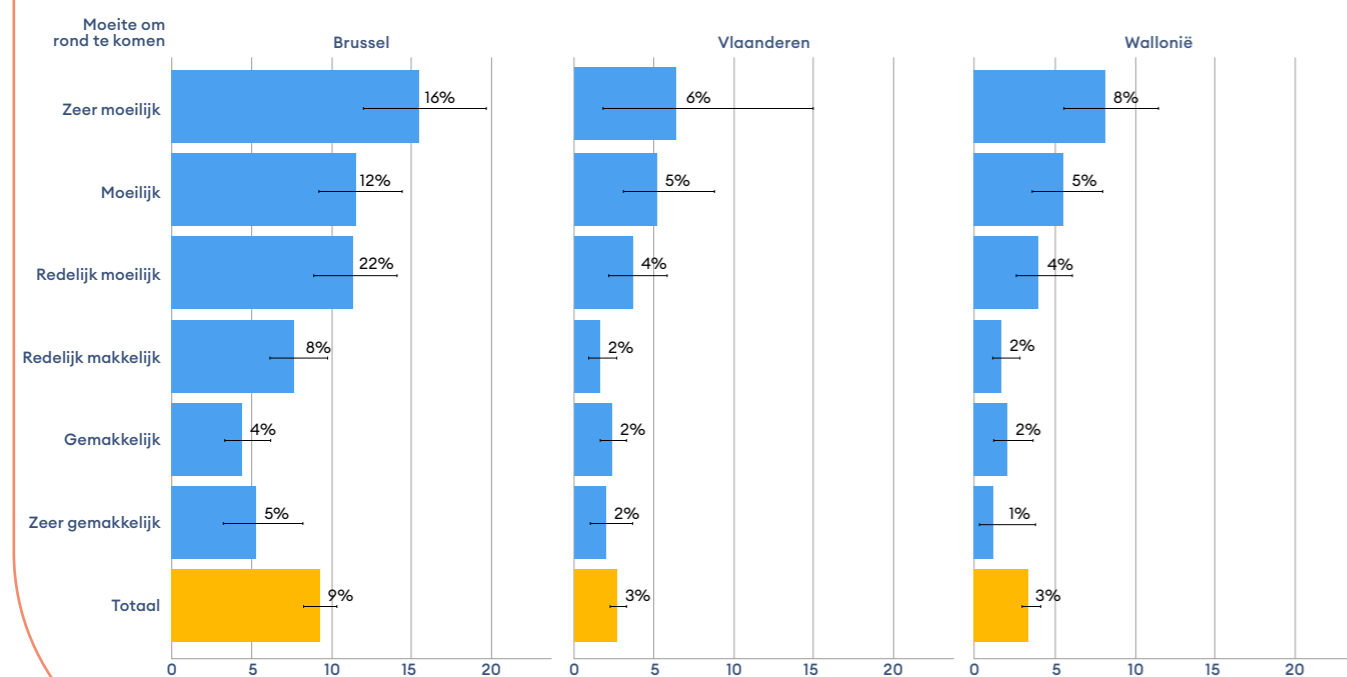
¹¹⁴ Gezondheidsenquête 2008 - 2018, berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. Het aantal woningen in deze situatie wordt ingeschat aan de hand van het aantal huishoudens dat deze problemen meldt, aangezien er doorgaans in elke woning één huishouden woont.

Figuur 2-59 Percentage mensen dat in een woning woont met een ernstig vocht- of schimmelprobleem, naar hoe moeilijk/makkelijk het is om rond te komen



Bron: Gezondheidsenquêtes 2008-2018, Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Figuur 2-60 Percentage mensen dat veel last heeft van burenlawaai in hun woning, naar hoe moeilijk/makkelijk het is om rond te komen



Bron: Gezondheidsenquêtes 2008-2018, Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

oorzaken: de woning niet kunnen verwarmen houdt verband met de moeilijkheid om de nodige energiekosten te betalen (die des te hoger liggen naarmate de woning van slechte kwaliteit is), terwijl de overbezetting vaak toe te schrijven valt aan een te hoge huur voor woningen die voldoende groot zijn om het hele gezin correct te huisvesten.

Overlast door buurlawaai

De overbezetting van een woning heeft niet enkel een impact op de fysieke gezondheid van de bewoners. De wetenschappelijke literatuur wijst ook op de impact van slechte huisvestingsomstandigheden op de geestelijke gezondheid, onder meer als gevolg van lawaai, een gebrek aan privacy of conflicten door het feit dat de leden in het huishouden te dicht op elkaars lip zitten¹¹⁵. Dit probleem kan in feite het hele gebouw treffen, aangezien het lawaai ook de burens overlast kan bezorgen. Figuur 2-60 geeft het aandeel personen weer die aangeven veel lawaaihinder te ervaren van de burens, volgens het gewest en de moeilijkheden om “de eindjes aan elkaar te knopen”.

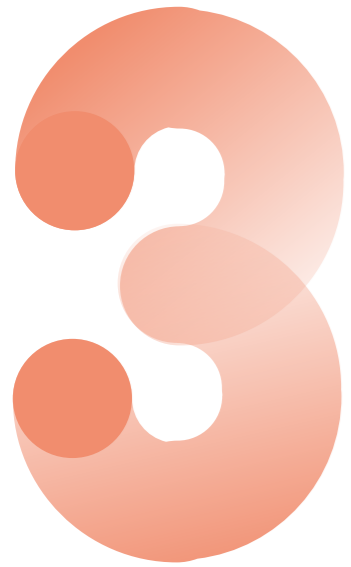
Deze vorm van overlast is sterker aanwezig in het Brussels Gewest dan in Vlaanderen en Wallonië, waarschijnlijk omwille van zijn stedelijke karakter: Brussel is dichter bevolkt en telt in verhouding meer appartementsgebouwen¹¹⁶, waardoor burens dicht bij elkaar wonen. Figuur 2-60 geeft ook aan dat personen die het financieel moeilijker hebben vaak meer overlast ervaren. Dat valt ongetwijfeld toe te schrijven aan het feit dat zij vaker in appartementsgebouwen wonen dan in huizen. Toch is dat niet de enige reden. Uit de analyse blijkt dat armere mensen in Brussel ook los van hun type woning vaker overlast ervaren. Uit de gegevens kunnen we afleiden dat twee elementen een rol spelen: de wijk – dichter bevolkt en dus met meer aanpalende woningen – en de kwaliteit van de woning – ongetwijfeld van lagere kwaliteit, meer bepaald op het vlak van geluidsisolatie.

Besluit

De drie types vervuiling die werden aangekaart – in de openbare ruimte, op het werk en in de woningen – zijn opvallend ongelijk verdeeld in de samenleving: de armsten wonen in de wijken met de meeste vervuiling en met het meeste lawaai en wonen het vaakst in woningen met vocht- en schimmelproblemen. Overigens worden ook werknemers in de slechtst betaalde jobs het vaakst blootgesteld aan pollutanten op het werk. Die vaststellingen wijzen op een structurele milieu-ongelijkheid die verband houdt met een ongelijke toegang tot huisvesting, de arbeidsmarkt en zo tot socio-economische ongelijkheden in het algemeen. Typisch stedelijke vervuiling (als gevolg van het wegverkeer en de aard van de gebouwen) komt sterker voor in Brussel dan in de andere gewesten, voornamelijk als gevolg van zijn karakter als ‘stadsgewest’.

¹¹⁵ X. Bonnefoy, Inadequate housing and health: an overview, International Journal of Environment and Pollution, Vol. 30, Nos. 3/4, 2007, pp. 411-429.

¹¹⁶ SILC 2022, berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.



Gebruik van zorg door de Brusselaars

Dit deel van het rapport biedt een overzicht van het gebruik van zorg door de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. In het onderdeel over preventie, deel A, wordt de nadruk gelegd op de strategieën en initiatieven die zijn ontworpen om gezondheidsproblemen te voorkomen en te beheersen, met een nadruk op vaccinatieprogramma's en screening. In deel B wordt ingegaan op de toegankelijkheid van huisartsenzorg, wat een cruciale rol speelt in de eerstelijnsgezondheidszorg en preventieve geneeskunde. Deel C onderzoekt de beschikbaarheid en het gebruik van psychologische en psychiatrische diensten in Brussel. Hier wordt gekeken naar hoe individuen toegang krijgen tot deze diensten en de uitdagingen die worden ondervonden bij het verstrekken van adequate geestelijke gezondheidszorg. Het gebruik van ziekenhuizen en spoedeisende hulp wordt in deel D besproken, waarbij de nadruk ligt op de frequentie en soorten van ziekenhuisopnames en bezoeken aan de spoedeisende hulp. Dit onderdeel geeft inzicht op de druk op ziekenhuizen en de urgentie van gezondheidsproblemen waarmee inwoners van Brussel worden geconfronteerd. Tot slot behandelt deel E de specifieke zorgbehoeften van de oudere bevolking in Brussel. Hier wordt gekeken naar de beschikbaarheid en het gebruik van zowel residentiële als thuiszorgdiensten, en hoe deze diensten bijdragen aan de kwaliteit van leven en het welzijn van oudere inwoners. Andere publicaties van het Observatorium focussen nog op andere vormen van zorg, waaronder, tandzorg¹¹⁷, verpleegkundige zorg aan huis¹¹⁸ en socio-culturele verenigingen¹¹⁹.

A. Preventie

Inleiding

Het doel van preventie is om de ziektelast - en de risicofactoren voor ziekte - terug te dringen (1). Dit omvat specifieke primaire, secundaire en tertiaire preventiemaatregelen (1). Bij primaire preventie gaat het om interventies die ziekte willen voorkomen (bijvoorbeeld vaccinatie)(1,2). Secundaire preventie richt zich op het vroegtijdig opsporen van de ziekte, om zo snel mogelijk in te grijpen zodat er een grotere kans is op een betere uitkomst (bijvoorbeeld kankerscreening)(1,2). In tegenstelling tot curatieve gezondheidszorg zijn primaire en secundaire preventie dus vooral gericht op gezonde personen die geen symptomen hebben (2). Tertiaire preventie

is van toepassing wanneer een ziekte is vastgesteld, en heeft als doel de ernst van de ziekte en de gevolgen van de ziekte te beperken (bijvoorbeeld revalidatie)(3). Sommige auteurs definiëren ook quaternaire preventie, waarbij wordt voorkomen dat mensen onnodige zorg ontvangen (4).

Gezondheidspromotie kan worden gedefinieerd als "het proces waardoor mensen of groepen van mensen in staat gesteld worden om meer controle te verwerven over de determinanten van hun gezondheid, en zo hun gezondheid te verbeteren"(4). Preventie en gezondheidspromotie zijn overlappende concepten met gemeenschappelijke doelstellingen (1). Maatregelen rond gezondheidspromotie worden genomen binnen, maar vooral ook buiten, het gezondheidssysteem, en hebben betrekking op verschillende dimensies (met name politiek, milieu, gemeenschappen, het individu en het gezondheidssysteem)(4). Maatregelen rond gezondheidspromotie worden in dit deel niet verder geïllustreerd.

In dit hoofdstuk wordt - ten dele - besproken hoe preventieve zorg in Brussel wordt ingezet, met name vaccinatie als voorbeeld van primaire, en kankerscreening als voorbeeld van secundaire preventie.

Vaccinatie

De afgelopen decennia zijn de morbiditeit en mortaliteit als gevolg van overdraagbare ziekten in België gestaag gedaald, dankzij verbeterde leefomstandigheden en de implementatie van bestrijdingsprogramma's, waaronder vaccinatieprogramma's en hygiënecontrole (5). De preventie van overdraagbare ziekten blijft echter een aanzienlijke uitdaging voor de volksgezondheid. De wereldwijde COVID-pandemie heeft ons eraan herinnerd hoe belangrijk het is om overdraagbare ziekten te voorkomen.

Met vaccinatie kunnen we niet alleen onszelf, maar ook anderen beschermen (6,7,8). Wie zich laat vaccineren tegen een besmettelijke ziekte heeft niet alleen minder kans om de ziekte zelf op te lopen, maar ook om die ziekte over te dragen op anderen, waaronder mensen voor wie vaccinatie minder doeltreffend is, of die niet gevaccineerd kunnen

¹¹⁷ Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. 2019. Het gebruik van de spoeddienst door de Brusselaars (2008-2016): Focus op de bevolking jonger dan 15 jaar en van 65 jaar en ouder; Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel, 2019

¹¹⁸ Te verschijnen

¹¹⁹ Thunus S., Donnen A., Creten A. & Walker C. Melting Point: de toegang tot en het gebruik van eerstelijnszorg door kwetsbare personen in het Brussels Gewest. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2023; Walker C., Nicaise P., Thunus S. 2019. Parcours.brussel - Kwalitatieve evaluatie van het geestelijke gezondheidssysteem en de zorgtrajecten van de gebruikers in het kader van de Psy 107 hervorming in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

worden, of pasgeborenen die een paar weken moeten wachten voordat ze een vaccin kunnen krijgen. De gevaccineerde persoon vormt een soort barrière tegen de ziekte, en kan de besmettingsketen doorbreken. Hoe meer personen gevaccineerd zijn, hoe minder het virus of de bacterie in kwestie kan circuleren.

De werkgroep 'Vaccinatie' van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) formuleert aanbevelingen over vaccinatie in het algemeen en het «basisvaccinatieschema» (zie onderstaande figuur), die het uitgangspunt vormen van de vaccinatieprogramma's in de regio's (9,10)¹²⁰. In België is vaccinatie inderdaad een bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten (gemeenschappen en regio's), die verantwoordelijk zijn voor de vaccinatiestrategie, onder andere de aanpassing en uitvoering van het vaccinatieschema (9). Er bestaan kleine verschillen tussen de vaccinatieprogramma's in elke gemeenschap (9). Polio is het enige wettelijk verplichte vaccin in België, en dat al sinds 1967 (9). Naargelang de regio en, onder andere, de omgeving (bijvoorbeeld in crèches) of de context (reisvaccinatie, vaccinatie op het werk) worden andere vaccins aanbevolen, sterk aanbevolen en/of verplicht (6,9,10).

Veel vaccinaties gebeuren bij baby's en kinderen, maar dit is ook op oudere leeftijd nuttig. In dit onderdeel worden cijfers gepresenteerd over de vaccinatiegraad tijdens verschillende 'levensfasen', met name bij zuigelingen en tijdens de zwangerschap, en voor bepaalde vaccinaties in het bijzonder: vaccinatie tegen humaan papillomavirus (HPV), de toediening van de tweede dosis van het MBR-vaccin (mazelen, bof en rubella), en het griepvaccin. Ook de impact van de COVID-19-pandemie wordt gedocumenteerd, waar de beschikbare gegevens dit toelaten. De gepresenteerde gegevens komen uit verschillende bronnen: het meest recente onderzoek naar de vaccinatiegraad bij kinderen van 18 tot 24 maanden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, onderzoeken naar de vaccinatiegraad in het onderwijs van de Federatie Wallonië-Brussel (FWB) en de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA).

Basisvaccinatieschema aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad - versie 2021 (11)

Vaccins Leeftijd ^d	Zuigelingen					Kinderen en adolescenten				Volwassenen		
	8 WEKEN 2 MAAND	12 WEKEN 3 MAAND	16 WEKEN 4 MAAND	12 MAAND	13 - 15 MAAND	5 - 6 JAAR	7 - 9 JAAR	11 - 13 JAAR	15 - 16 JAAR	Zwangere vrouw	≥ 25 jaar en elke 10 jaren	≥ 65 jaar
Poliomyelitis ²	IPV	IPV	IPV		IPV	IPV						
Difterie Tetanus Kinkhoest ³	DTPa	DTPa	DTPa		DTPa	DTPa			dTpa	dTpa	dTpa	dTpa
Haemophilus influenzae type b ⁴	Hib	Hib	Hib		Hib							
Hepatitis B ⁵	HBV	HBV	HBV		HBV							
Mazelen Bof Rubella ⁶				MBR		MBR						
Men ACWY ⁷					Men ACWY			Men ACWY				
Pneumokok ⁸	PCV13		PCV13	PCV13								Pneumo
Rotavirus ⁹	Rota	Rota	(Rota)									
HPV ¹⁰							HPV 2 dosis					
Influenza ¹¹									Influenza tetra			Influenza tetra

N.B.: er bestaat een internationale afspraak om met de hoofdletters "D" en "P" te verwijzen naar de pediatrische dosis voor difterie en kinkhoest, terwijl de kleine letters "d" en "p" verwijzen naar de lagere dosis difterie en kinkhoest voor volwassenen.

Dit document mag slechts in zijn geheel (ongewijzigd én met zijn bijlage) vernenigvuldigd worden, uitgezonderd na toestemming van de HGR. Goedgekeurd door de HGR : juni 2021

Nota: dit schema moet met de bijbehorende bijlage geraadpleegd worden die in de annex van dit rapport opgenomen is.

¹²⁰ Basisvaccinatieschema aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad. Beschikbaar via: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20210701_fiche_9606_vaccinatieschema_hgr_2021.pdf, laatst geraadpleegd op 26/2/2024
Vaccinatieschema in de Federatie Wallonië-Brussel beschikbaar via: <https://www.vaccination-info.be/calendrier-de-vaccination/>, laatst geraadpleegd op 9 januari 2024.
Vaccinatieschema in Vlaanderen beschikbaar via: <https://www.laaitjevaccineren.be/over-vaccineren/beleid-en-cijfers/basisvaccinatieschema>, laatst geraadpleegd op 26/2/2024.

Tabel 3-1 Vaccinatiegraad per ziekte (% met 95% betrouwbaarheidsintervallen). Brussel, 2019-2020

Polio: 4 doses	92,8 (90,5 - 95,2)
Difterie (kroep) - tetanus - pertussis (kinkhoest): 4 doses	92,6 (90,2 - 95,0)
Haemophilus influenzae type B: 4 doses	92,4 (90,0 - 94,8)
Hepatitis B: 4 doses	92,2 (89,7 - 94,6)
Pneumokokken: 3 doses	91,7 (89,2 - 94,3)
Mazelen - bof - rubella (MBR): Eerste dosis*	94,8 (92,8 - 96,8)
Meningokokken C: 1 dosis	92,2 (89,7 - 94,6)
Rotavirus: 2 of 3 doses afhankelijk van het vaccin	69,3 (65,1 - 73,6)

*Voor volledige MBR-vaccinatie is een tweede dosis vereist (vóór 1 september 2020 werd die toegediend op de leeftijd van 11-12 jaar, daarna werd dit tussen 7 en 9 jaar).
Bron: Onderzoek vaccinatiegraad bij kinderen van 18 tot 24 maanden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (12).

Vaccinatie van zuigelingen

Het meest recente onderzoek in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest rond de vaccinatiegraad bij kinderen van 18 tot 24 maanden werd uitgevoerd tussen juni 2019 en maart 2020 (12), en betreft kinderen geboren tussen 31 mei en 30 november 2017. De cijfers in deze studie hebben dus betrekking op vaccinaties die vóór de COVID-19-pandemie werden toegediend. De impact van de pandemie op de vaccinatiegraad van zuigelingen, kinderen en adolescenten wordt verderop in dit hoofdstuk besproken. Deze enquête heeft een aantal beperkingen die kunnen onder andere tot een overschatting van de vaccingraden kunnen leiden. In dezelfde periode werd in Wallonië een parallelle enquête uitgevoerd (13).

Volgens dit onderzoek had 86,7% (95% CI¹²¹: 83,9-89,8%) van de kinderen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest het volledige aanbevolen vaccinatieschema¹²² gevolgd. Als ook volledige vaccinatie tegen het rotavirus wordt meegeteld - een aanbevolen vaccin dat echter niet gratis wordt verstrekt - kan 64,6% (95% CI : 60,2-68,9%) van de kinderen als volledig gedekt worden beschouwd. In Wallonië zijn die cijfers 86,4% voor het basisvaccinatieschema, en 73,7% inclusief rotavirus (13).

In tabel 3-1 hieronder wordt de vaccinatiegraad per ziekte weergegeven voor zuigelingen van 18 tot 24 maanden waarvan de ouders (n = 460) aan het

onderzoek hebben deelgenomen. Deze cijfers komen overeen met de cijfers voor volledige immunisatie, met uitzondering van het MBR-vaccin (mazelen, bof en rubella).

In vergelijking met het vaccinatiegraadonderzoek dat in 2012 werd uitgevoerd in Brussel, is er in 2019-2020 een lichte stijging op te merken, met uitzondering van het rotavirusvaccin, waar er een kleine daling was in het percentage.

De vaccinatiegraadcijfers die in tabel 3-1 hierboven zijn opgenomen, zijn over het algemeen iets hoger in Wallonië (13) en in Vlaanderen (volgens een onderzoek uit 2020) (14)¹²³, met uitzondering van meningokokken C in Wallonië. Er moet worden opgemerkt dat de vaccinatiegraad voor het rotavirus 80,3% was in de Waalse enquête en 92,4% in de Vlaamse enquête.

Voor een aantal ziekten die door vaccins kunnen worden voorkomen, wordt er een "kritische drempel van collectieve immuniteit" gedefinieerd, m.a.w. de vaccinatiegraad die in de populatie moet worden bereikt om een overdraagbare ziekte te elimineren (12). Deze drempel varieert al naargelang de ziekte (12). Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat deze drempel algemeen genomen wordt bereikt voor de verschillende vaccins, met uitzondering van Haemophilus influenzae type B. Voor MBR wordt de drempel wel bereikt voor de eerste dosis, maar niet de tweede (zie verderop).

¹²¹ 95% CI = 95% betrouwbaarheidsinterval

¹²² Volgens het verslag van het onderzoek rond vaccinatiegraad (12), wordt een kind sinds 2007 op de leeftijd van 15 maanden als «volledig gevaccineerd» beschouwd als hij heeft gekregen: 4 doses van het hexavalent vaccin (difterie, tetanus, kinkhoest, hepatitis B, poliomyelitis en Haemophilus Influenzae type b), 3 doses van pneumokokkenvaccin, 1 dosis van het mazelen, bof en rubella (MMR) vaccin en 1 dosis van het meningokokkenvaccin. Aangezien het onderzoek gericht was op kinderen geboren tussen 31 mei en 30 november 2017, werd het aanbevolen vaccinatieschema voor 2017 gebruikt als referentie voor het berekenen van de vaccinatiegraad.

¹²³ Bij het bekijken van deze cijfers is het belangrijk rekening te houden dat er methodologische verschillen zijn tussen de enquête in Brussel en die in Vlaanderen.

Er werden meerdere vragen gesteld om te kunnen schatten hoe vaak vaccins geweigerd worden. Op basis daarvan wordt gedacht dat vaccinweigering tussen 2,2% en 4,5% schommelt. Het percentage weigeringen varieert afhankelijk van het vaccin in kwestie. Ter herinnering: dit onderzoek is uitgevoerd vóór het begin van de COVID-19-pandemie.

Er kunnen variaties in vaccinatiegraad worden waargenomen op basis van bepaalde sociaal-demografische kenmerken van de ouders. De auteurs zien een trend waarbij de vaccinatiegraad lager is als de moeder of vader langer studeerde. Voor sommige vaccins merken de auteurs ook op dat kinderen uit huishoudens met twee inkomens of werkende moeders, of kinderen die naar de crèche gaan, vaker worden gevaccineerd. Er moet echter worden opgemerkt dat er een sterke correlatie bestaat tussen deze kenmerken. Kinderen van wie de moeder van buitenlandse afkomst is (behalve moeders van Franse afkomst) worden bij bepaalde 'vaccinatiesessies'¹²⁴ vaker gevaccineerd dan kinderen van wie de moeder van Belgische afkomst is. Kinderen van moeders van Franse afkomst zijn vaak minder goed gevaccineerd. Tot slot blijkt de belangrijkste factor voor de vaccinatiegraad het bijwonen van consulten bij het Office de la naissance et de l'enfance (ONE)/Kind en Gezin: kinderen die er regelmatig langsgaan, zijn beter gevaccineerd dan kinderen die nooit tijdens deze consulten zijn gezien.

Vaccinatie tegen humaan papillomavirus (HPV)

Besmetting met het humaan papillomavirus (HPV) komt vaak voor bij zowel vrouwen als mannen: bijna 80% van de totale bevolking raakt tijdens zijn of haar leven besmet met een HPV-virus. Er zijn daarnaast bepaalde groepen geïdentificeerd die meer risico lopen op infectie (6).

In een advies dat in juli 2017 werd gepubliceerd, raadde de Hoge Gezondheidsraad (HGR) aan om preventief te vaccineren tegen HPV, niet alleen ter preventie van baarmoederhalskanker, maar ook alle andere vormen van kanker waaraan HPV gelinkt kan worden, en de preventie van anogenitale wratten (15). Daarom adviseerde de HGR om elk jaar een cohort van meisjes en jongens van 9 tot en met 14 jaar preventief te vaccineren met een geschikt HPV-vaccin, op basis van een schema met

2 doses, met een interval van 6 maanden, met daarnaast ook inhaalvaccinatie van jonge vrouwen en mannen van 15 tot en met 26 jaar (volgens een schema dat uit 3 doses kan bestaan, afhankelijk van de leeftijd)(15). Vóór dit advies uit 2017 werd vaccinatie tegen HPV alleen aanbevolen voor meisjes van 10 tot 13 jaar, wat sinds 2007 het geval was (15). In de praktijk werd HPV-vaccinatie bij jongens gestart in september 2019 (schooljaar 2019-2020) (16,17). De HGR beveelt de vaccinatie ook aan voor transplantatiepatiënten en patiënten die leven met HIV (humaan immunodeficiëntievirus)(15).

De meest recente beschikbare gegevens over de HPV-vaccinatiegraad in Brussel komen uit het onderzoek naar de vaccinatiegraad bij leerlingen uit het tweede jaar middelbaar die in 2019-2020 waren ingeschreven in het Franstalig onderwijs dat gesubsidieerd of georganiseerd wordt door de Federatie Wallonië-Brussel (18). Dit onderzoek laat leerlingen van de Nederlandstalige, Europese en internationale scholen buiten beschouwing, en werkt met bepaalde beperkingen die tot een onderschatting van de vaccinatiegraad kunnen leiden.

In de onderstaande tabel 3-2 wordt het percentage Franstalige leerlingen weergegeven die zijn gevaccineerd tegen HPV-infecties (eerste en tweede dosis), zoals gemeten in dit onderzoek. We zien dat een relatief laag percentage van de leerlingen het HPV-vaccin heeft gekregen¹²⁵. De aantallen voor de eerste dosis van het HPV-vaccin liggen daarbij hoger dan voor de tweede dosis. Er kunnen ook verschillen worden vastgesteld tussen jongen en meisjes¹²⁶. Ter herinnering: de vaccinatie van jongens begon in september 2019, wat betekent dat deze resultaten betrekking hebben op de eerste cohort van kinderen waar zowel jongens als meisjes gevaccineerd werden. De cijfers voor leerlingen in de Brusselse scholen zijn ook lager dan de cijfers die in het onderzoek werden berekend voor de hele Federatie Wallonië-Brussel (FWB) (zie tabel). De vaccinatiegraad strandt bovendien onder de doelstelling van de WHO, die ten minste 90% aanbeveelt voor volledige immunisatie bij meisjes vóór hun 15de verjaardag (16,19).

Volgens het laatste vaccinatieonderzoek dat in 2020 in Vlaanderen werd uitgevoerd (14), lag de vaccinatiegraad voor de eerste dosis op 92,3% bij meisjes en 86,7% bij jongens, en voor de tweede

Tabel 3-2 Vaccinatiegraad (% gevaccineerd)* voor HPV-vaccinatie (eerste en tweede dosis), per geslacht en totaal, leerlingen van het tweede jaar middelbaar die zijn ingeschreven in het onderwijs van de Federatie Wallonië-Brussel, Brussel en Federatie Wallonië-Brussel (FWB), 2019-2020

	Brussel 2019-2020	FWB 2019-2020
Meisjes		
Eerste dosis	50,2	57,5
Tweede dosis	43,9	50,2
Jongens		
Eerste dosis	42,1	50,8
Tweede dosis	35,7	45,4
Totaal (meisjes en jongens)		
Eerste dosis	45,7	54,0
Tweede dosis	39,4	47,6

*Opmerking: de vaccinatiegraad wordt berekend op basis van een noemer die ook rekening houdt met leerlingen van wie de vaccinatiestatus niet bekend is.
Bron: Rapport de l'enquête de couverture vaccinale 2019-2020. La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez les élèves de 2^{ème} secondaire dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2021 (18).

dosis op 84,3% bij meisjes en 77,3% bij jongens. De methodologie van het Vlaamse onderzoek wijkt af van die in de FWB¹²⁷, dus voorzichtigheid is geboden bij het vergelijken van de resultaten.

Toediening van de tweede dosis van het MBR-vaccin (mazelen, bof, rubella)

De HGR bracht in 2019 een advies uit dat de leeftijd voor de tweede dosis van het MBR-vaccin verlaagde van 11-12 jaar tot 7-8 jaar, om mazelen beter onder controle te houden (16). Deze aanbeveling werd vanaf september 2020 in de praktijk gebracht in de Federatie Wallonië-Brussel (20).

In 2021-2022 werd een onderzoek gevoerd naar de MBR-vaccinatiegraad¹²⁸ bij de leerlingen van het zesde jaar basisonderwijs binnen het Franstalig onderwijs dat wordt gesubsidieerd of georganiseerd door de Fédération Wallonie-Bruxelles (20)¹²⁹. Daaruit bleek dat 70,3% van de leerlingen in het zesde leerjaar in Brusselse scholen de tweede dosis van het MBR-vaccin hadden gekregen, in vergelijking met 73,0% voor de FWB¹³⁰. Die vaccinatiegraad voor de tweede dosis van het MBR-vaccin ligt lager dan de doelstellingen van de Wereldgezondheidsorganisatie, die een vaccinatiegraad aanbeveelt van ten minste 95% voor beide doses om mazelen en rubella te kunnen elimineren (16). Dit onderzoek laat leerlingen van

¹²⁷ Enige voorzichtigheid is wel geboden bij het vergelijken van de vaccinatiegraad tussen gewesten, voor de studie van de vaccinatiegraad bij adolescenten wordt in Wallonië en Brussel immers een andere methode gebruikt dan in Vlaanderen. In Vlaanderen gebeuren de vaccinatiegraadstudies bij adolescenten in een steekproef onder de algemene populatie, tegelijkertijd met de vaccinatiegraadstudies bij zuigelingen van 18 tot 24 maanden. De bevraging van de vaccinatiegegevens gebeurt voor elk kind/adolescent (via de ouders) en wordt vervolgens actief aangevuld waar nodig met gegevens in Vaccinaten gegevens van de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) en/of de behandelende arts. Er zijn ook een aantal beperkingen aan de methode die in Brussel en Wallonië gebruikt wordt voor de studies bij adolescenten. (16)

¹²⁸ Hoewel er in dit onderzoek gegevens beschikbaar zijn over de eerste dosis van het MBR-vaccin, verwijzen we de lezer graag naar de cijfers over de vaccinatiegraad bij zuigelingen voor deze eerste dosis. De aanbeveling is om dit vaccin op 12 maanden toe te dienen.

¹²⁹ Het vaccinatieonderzoek bij leerlingen van het tweede jaar middelbaar die in 2019-2020 in het Franstalig onderwijs (FWB) waren ingeschreven, maakte ook een schatting van de vaccinatiegraad voor de tweede dosis van het MBR-vaccin. De auteurs van de vaccinatieonderzoek, is niet leerlingen ingeschreven in het onderwijs van de FWB wijzen erop dat vaccinatie sterk gelinkt is aan de kinderjaren, en het gemakkelijker is om informatie over vaccinatie te verkrijgen wanneer kinderen jong zijn. Er ontbreken steeds meer gegevens naarmate kinderen ouder worden: voor 51,6% van de leerlingen in het tweede jaar middelbaar in Brusselse scholen die in 2019-2020 deelnamen aan het vaccinatieonderzoek, is niet geweten of ze de tweede dosis van het MBR-vaccin hebben gekregen. We hebben ervoor gekozen om hier de MBR-vaccinatiecijfers te gebruiken van het onderzoek bij leerlingen in het zesde leerjaar basisonderwijs, en niet van het onderzoek bij leerlingen van het tweede jaar middelbaar.

¹³⁰ Opmerking: kinderen die verklaren dat ze zich later bij de kinderarts/behandelend arts zullen laten vaccineren, worden voor dit onderzoek als niet-gevaccineerd beschouwd. Dit is het geval voor 7,6% van de leerlingen die op Brusselse scholen zijn ingeschreven, en voor 10,0% van de leerlingen van de FWB. Bovendien is de vaccinatiestatus van 11,6% van de kinderen die naar Brusselse scholen gaan onbekend (dit is 11,6% voor de FWB). Deze kinderen met onbekende vaccinatiestatus worden ook in aanmerking genomen in de noemer voor de berekening van het percentage gevaccineerde kinderen.

¹²⁴ Deze 'vaccinatiesessies' komen overeen met de leeftijden die zijn bepaald in het basisvaccinatieschema voor de toediening van verschillende vaccins (sessie 1 bijvoorbeeld wordt, volgens het schema zoals dat in 2017 werd aanbevolen, ingepland op 8 weken, en daar wordt de eerste dosis hexavalent vaccin toegediend, een eerste dosis pneumokokkenvaccin en een eerste dosis van het vaccin tegen rotavirus).

¹²⁵ Opmerking: deze cijfers zijn berekend op basis van een noemer die ook rekening houdt met leerlingen van wie de vaccinatiestatus niet bekend is, waarvan er in Brussel een groot aantal zijn: 43,2% voor de eerste dosis van het HPV-vaccin en 49,8% voor de tweede dosis. Bovendien worden kinderen die verklaren dat ze zich later bij de kinderarts/behandelend arts zullen laten vaccineren, als niet-gevaccineerd beschouwd; dit is voor de eerste en tweede dosis van het HPV-vaccin respectievelijk het geval voor 4,5% (meisjes: 4,0% - jongens: 4,3%) en 3,2% (meisjes: 3,8% - jongens: 2,8%) van de schoolgaande kinderen in het Brussels Gewest.

¹²⁶ De statistische significantie van dit verschil werd niet getest door de auteurs van het onderzoek.

de Nederlandstalige, Europese en internationale scholen buiten beschouwing, en werkt met bepaalde beperkingen die tot een onderschatting van de vaccinatiegraad kunnen leiden.

Volgens het laatste vaccinatieonderzoek dat in Vlaanderen werd uitgevoerd (2020)(14), had 93,8% van de adolescenten een tweede dosis van het MBR-vaccin ontvangen. De methodologie van het Vlaamse onderzoek wijkt af van die in de FWB (zie hierboven), dus is voorzichtigheid geboden bij het vergelijken van de resultaten.

Impact van de COVID-19-pandemie op de vaccinatie van zuigelingen, kinderen en adolescenten

Volgens gegevens van het ONE over het vaccinatieprogramma van de FWB kon de vaccinatie van jonge kinderen tijdens de consulten van ONE over het algemeen normaal doorgaan, ondanks enkele problemen (21,22). Het ONE vermeldt hierbij dat de preventieve opvolging van bepaalde gezinnen echter werd onderbroken (21,22). Daarnaast meldt het ONE dat het aantal gevaccineerde leerlingen sinds het begin van de crisis elk jaar geleidelijk is gedaald, op basis van gegevens van de diensten en centra die verantwoordelijk zijn voor gezondheids promotie in de scholen (Service de Promotion Santé à l'École; Centres psycho-médico-sociaux Wallonie-Bruxelles Enseignement)(21). Hoewel er ook inhaalvaccinaties zijn uitgevoerd, gaf het ONE in 2022 aan dat er meer gegevens nodig zijn om de totale impact van de pandemie te beoordelen.

Het aantal doses van het MBR-vaccin dat werd toegediend aan leerlingen van 11-12 jaar was in het schooljaar 2020-2021 met 3% gedaald in vergelijking met 2018-2019 (21). Het aantal HPV-vaccinaties was 2020-2021 met 6% gedaald tegenover 2018-2019, en in 2022 zei het ONE een verdere daling te verwachten, des te meer in Brussel, waar de PSE-diensten betrokken waren bij de vaccinatie tegen COVID-19 (21). De boostervaccinatiecijfers tegen difterie, tetanus en kinkhoest voor 15-16 jarigen, die in 2019-2020 met 15% ten opzichte van 2018-2019 waren gedaald, waren in 2020-2021 weer terug op de cijfers van voor de crisis (21).

Er worden verschillende redenen aangevoerd voor deze daling, waaronder de tijd die PSE-diensten en CLB-centra hebben besteed aan de bestrijding van COVID-19 in scholen en het feit dat Brusselse leerlingen van 12 tot 17 jaar vanaf het begin van het

schooljaar 2021 werden gevaccineerd tegen COVID-19. Die factoren hadden een negatieve invloed op andere vaccinaties. Er werd ook minder vaak toestemming gegeven voor de vaccins die gewoonlijk worden aangeboden, wat mogelijk te maken heeft met grotere bezorgdheid over vaccinatie als gevolg van twijfels rond COVID-19-vaccinaties, en bij uitbreiding daarna ook andere vaccins. Sommige ouders waren bang dat hun toestemming voor een routinevaccin in het basisvaccinatieschema zou worden gebruikt om hun kind te vaccineren tegen COVID-19 (21).

Vaccinatie van zwangere vrouwen

De HGR beveelt aan om zwangere vrouwen te vaccineren tegen kinkhoest, bij voorkeur tussen de 24ste en 32ste week van de zwangerschap, en bij elke nieuwe zwangerschap. Dit vaccin is gratis beschikbaar voor zwangere vrouwen. Als de moeder tijdens de zwangerschap geen vaccin krijgt, wordt aanbevolen dat zij, haar naaste familieleden en onmiddellijke omgeving zo snel mogelijk na de bevalling worden gevaccineerd. Daarnaast beveelt de HGR ook aan om zwangere vrouwen tijdens het griepseizoen te vaccineren tegen de seizoensgriep, ongeacht in welk stadium van de zwangerschap ze zich op het moment van vaccinatie bevindt (6,12,23). In het kader van het onderzoek naar vaccinatie dekking bij kinderen van 18 tot 24 maanden (12), dat in 2019-2020 werd uitgevoerd in het Brussels Gewest, werden ouders ook enkele vragen gesteld over vaccinatie tegen kinkhoest en griep, specifiek tijdens de zwangerschap of na de geboorte. Volgens de resultaten van dit onderzoek liet 37,3% (95% BI : 32,8-41,7) van de moeders (31,1% tijdens de zwangerschap en 6,2% na de geboorte) en 22,7% van de vaders (kort voor/na de geboorte) zich vaccineren tegen kinkhoest om hun zuigeling te beschermen. Deze cijfers zijn lager dan in Wallonië (13) (vaccinatie van moeders: 49,1%, waarvan 38,9% tijdens de zwangerschap - vaccinatie van vaders: 31,8%) en Vlaanderen (14) (vaccinatie van moeders tijdens de zwangerschap: 85,0%). Voor wat griep betreft, werd 18,6% van de toekomstige moeders tijdens de zwangerschap gevaccineerd, wat meer is dan in Wallonië (10,0%)(13) maar minder dan in Vlaanderen(62,3%)(14)¹³¹.

Vaccinatie van zwangere vrouwen tegen COVID-19 wordt eveneens aanbevolen (6,24). Omdat het vaccinatieonderzoek werd gevoerd tussen juni 2019 en maart 2020, is er geen informatie over deze vaccinatie beschikbaar.

Griepvaccinatie

De Hoge Gezondheidsraad adviseert dat bepaalde groepen personen worden gevaccineerd tegen de seizoensgriep, waaronder mensen met een hoger risico op complicaties, zoals onder meer mensen van 65 jaar en ouder en mensen die in een instelling verblijven (25,26). De Wereldgezondheidsorganisatie beveelt bij ouderen een vaccinatiegraad aan van 75% (2).

Volgens cijfers van Intermutualistisch Agentschap (IMA)¹³² was in 2021 46,3% van de thuiswonende personen in Brussel boven 65 jaar in het voorgaande kalenderjaar gevaccineerd tegen griep. Dit percentage is vergelijkbaar met de vaccinatiegraad in Wallonië (49,1%) maar is lager dan in Vlaanderen (64,7%). Als ook rekening wordt gehouden met ouderen die in instellingen verblijven, wat met de cijfers van het IMA alleen kan voor Brussel en Wallonië¹³³, komt de vaccinatiegraad voor 65-plussers in Brussel uit op 47,4%, en in Wallonië op 50,7%.

Kankerscreening

Met screening op bepaalde vormen van kanker kunnen kankers of eventuele premaligne aandoeningen worden opgespoord voordat de eerste symptomen zich voordoen. Als de ziekte in een vroeg stadium wordt ontdekt, vergroot dit de kans dat een curatieve behandeling betere resultaten oplevert (2,28). De soorten kanker waarop de officiële screeningcampagnes zich richten, zijn die waarvoor een vroege diagnose mogelijk is en die de kans op genezing vergroten (2). Zoals we in het hoofdstuk 2B (cijfers voor 2019) hebben gezien, is borstkanker de meest voorkomende vorm van kanker en een belangrijke doodsoorzaak bij vrouwen. Dikkedarmkanker is ook een van de meest voorkomende kankers, met de tweede en derde plaats voor respectievelijk vrouwen en mannen in Brussel in 2019. Het is ook een van de meest dodelijke kankers, het is de tweede doodsoorzaak onder kankers bij vrouwen en de derde bij mannen. Baarmoederhalskanker komt minder vaak voor, maar treft vrij vaak jonge vrouwen. Er bestaat een toegankelijke en veilige screeningstest voor baarmoederhalskanker, het uitstrijkje, waarmee de ziekte in een vroeg stadium kan worden opgespoord wanneer deze nog kan worden genezen (2).

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bestaan twee screeningsprogramma's: een voor borstkanker en een voor dikkedarmkanker. De screenings worden georganiseerd door de vzw Bruprev¹³⁴ (voorheen Brumammo). Ook baarmoederhalskankerscreening wordt aanbevolen, maar daar bestaan op dit moment geen programma's voor in Brussel.

In dit onderdeel volgt een kort overzicht van de organisatie van screenings voor borst-, dikkedarm- en baarmoederhalskanker, met cijfers over het percentage van de in aanmerking komende populaties dat aan deze screenings deelneemt. Deze cijfers zijn gebaseerd op gegevens van het IMA¹³⁵ en het meest recente rapport over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem (27).

Borstkankerscreening

Het borstkankerscreeningsprogramma wordt sinds juni 2002 in het Brussels Gewest georganiseerd. Brusselse vrouwen tussen 50 en 69 jaar die aan bepaalde voorwaarden voldoen, worden elke 2 jaar uitgenodigd voor een mammotest, in de maand dat ze verjaren. Nadat een vrouw deze uitnodiging heeft ontvangen, of door een arts is doorverwezen, maakt ze zelf een afspraak bij een Erkend Mammografiecentrum. De eerste uitnodigingen werden verzonden in februari 2003.

De participatiegraad voor het screeningsprogramma is laag in Brussel: 9,0% van de vrouwen in de doelgroep ging in 2021 of het voorgaande jaar op de uitnodiging in (zie figuur 3-1). Buiten het georganiseerde programma ondergingen bijna vier op de tien vrouwen een diagnostische mammografie, zodat de totale dekking voor borstkankerscreening op 47,0% uitkomt.

Zoals te zien is in figuur 3-1, varieert het percentage Brusselse vrouwen tussen 50 en 69 jaar dat in 2020 of 2021 een mammotest heeft ondergaan zeer licht tussen zij die wel of geen recht hebben op verhoogde tegemoetkoming (BVT). Het percentage vrouwen dat buiten het georganiseerde screeningsprogramma om een diagnostische mammografie onderging, is groter bij de groep die geen recht heeft op verhoogde tegemoetkoming (BVT). In totaal liet dus 37,6% van de vrouwen met BVT zich screenen op borstkanker, in vergelijking met 51,9% zonder BVT

¹³² Deze gegevens worden gepresenteerd in het rapport "Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024." (27)

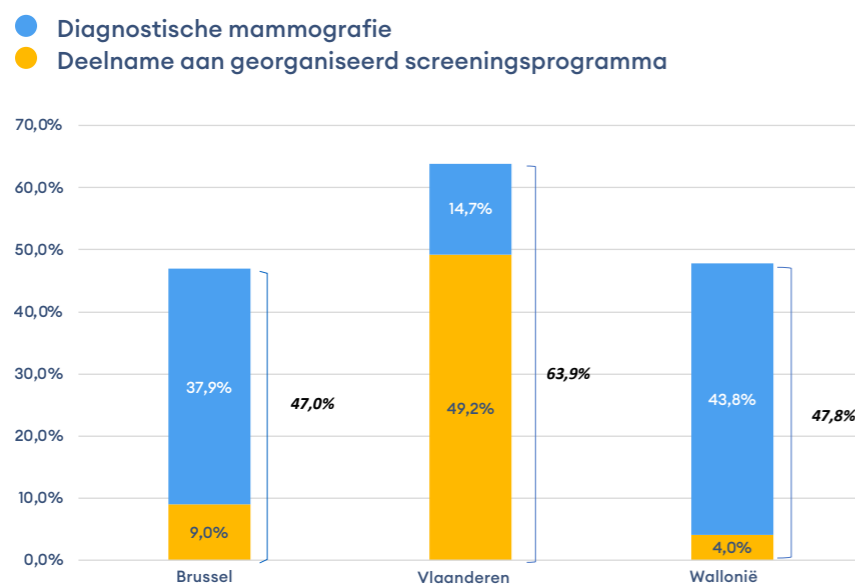
¹³³ De voorwaarden voor de aankoop van vaccins voor bewoners van instellingen verschillen in de gemeenschappen. Daarom kan er geen directe vergelijking worden gemaakt. Er zijn geen cijfers beschikbaar voor de griepvaccinatiegraad bij ouderen die in Vlaamse woonzorgcentra verblijven in de gegevens van het IMA in het rapport "Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024"(27).

¹³⁴ Bruprev : <https://www.bruprev.be/nl/bruprev>

¹³⁵ Intermutualistisch Agentschap Atlas: <https://aim-ima.be/IMA-Atlas?lang=nl>

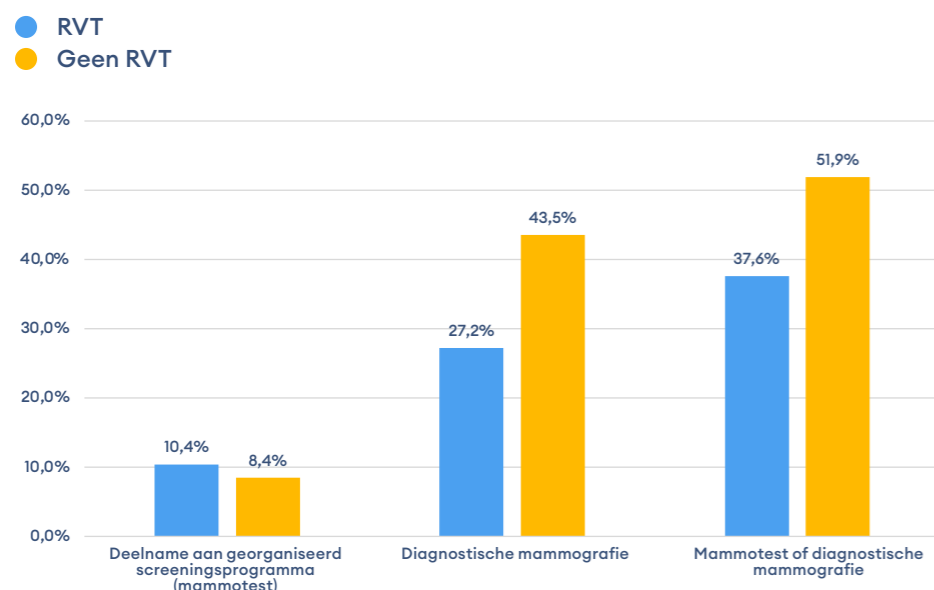
¹³¹ Bij het vergelijken van deze cijfers moet rekening worden gehouden met het feit dat er voor de onderzoeken in Brussel en Vlaanderen verschillende methodologieën werden gebruikt.

Figuur 3-1 Percentage vrouwen tussen 50 en 69 jaar die zijn aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering die dat jaar of het voorgaande jaar een mammotest (georganiseerde screening) of diagnostische mammografie hebben ondergaan, per gewest, 2021



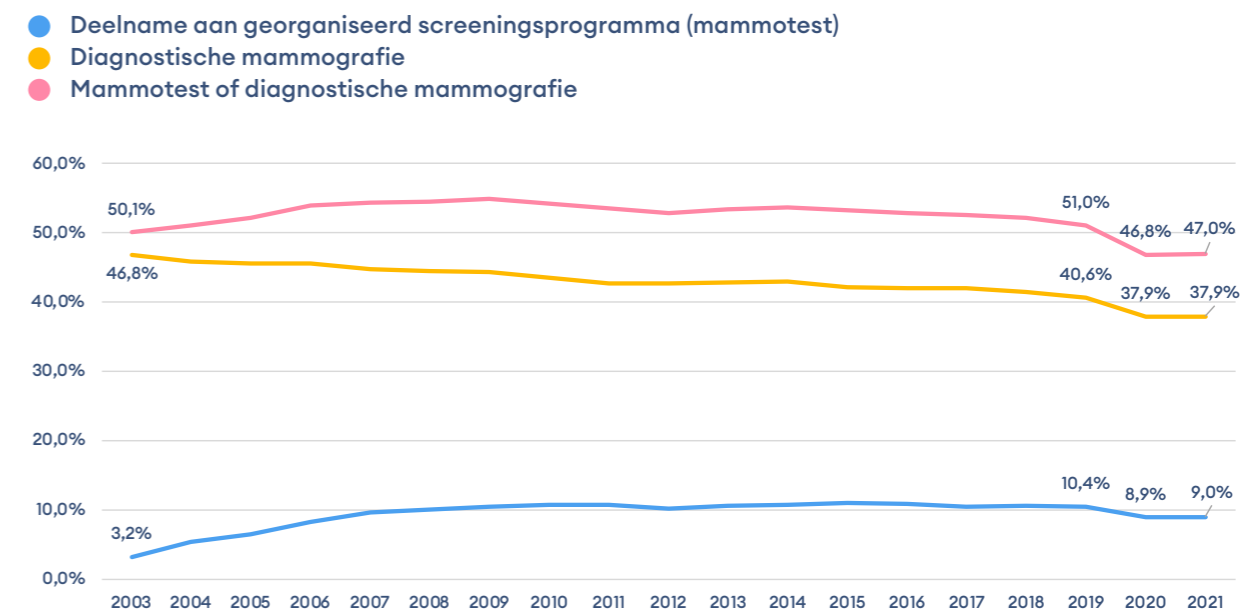
Bron: IMA Atlas (geraadpleegd op 22/2/24)

Figuur 3-2 Percentage vrouwen tussen 50 en 69 jaar die zijn aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering die dat jaar of het voorgaande jaar een mammotest (georganiseerde screening) of diagnostische mammografie hebben ondergaan, op basis van recht op verhoogde tegemoetkoming, 2021



Bron: IMA Atlas (geraadpleegd op 22/2/24)

Figuur 3-3 Evolutie van het percentage vrouwen tussen 50 en 69 jaar die zijn aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering en die dat jaar of het voorgaande jaar een mammotest (georganiseerde screening) of diagnostische mammografie hebben ondergaan, Brussel, 2003-2021



Bron: IMA Atlas (geraadpleegd op 22/2/24)

Het percentage vrouwen dat een mammotest onderging, steeg van 3,2% in 2003 tot 10,4% in 2019, terwijl het percentage vrouwen dat een diagnostische mammografie onderging in dezelfde periode daalde van 46,8% in 2003 tot 40,6% in 2019. Deze percentages daalden in 2020, om in 2021 te stabiliseren of licht te stijgen (zie figuur 3-3).

Het moet vermeld worden dat België momenteel samen met andere landen deelneemt aan het internationale project MyPeBS (29). Het doel van dit project is om een gepersonaliseerde screeningstrategie voor borstkanker te evalueren, op basis van het individuele risico dat vrouwen lopen om borstkanker te ontwikkelen, in vergelijking met het screeningsprogramma zoals dat vandaag bestaat. Het georganiseerde screeningsprogramma kan evolueren in functie van de resultaten van dit project.

Dikkedarmkankerscreening

Sinds 2018 wordt in Brussel een screeningsprogramma voor dikkedarmkanker georganiseerd voor mensen van 50 tot 74 jaar. Het programma maakt deel uit van een proefproject dat op 24 oktober 2018 van start is gegaan en dat vandaag (februari 2024) nog steeds loopt¹³⁶. Wie tot de doelpopulatie behoort (50-74 jaar) en aan bepaalde voorwaarden voldoet, ontvangt een uitnodigingsbrief¹³⁷, waarmee bij de apotheek een testkit (colotest)¹³⁸ kan worden afgehaald die bloed opspoorde in de ontlasting.

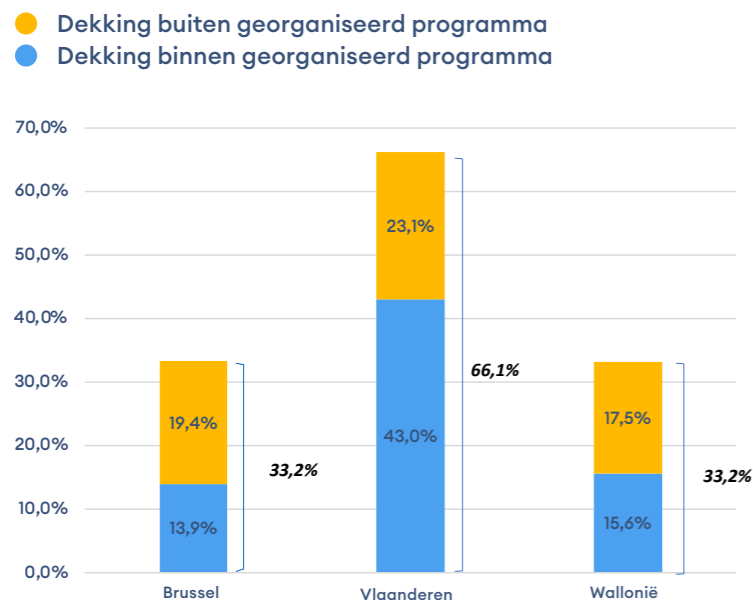
In het laatste evaluatieverslag over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem (27) werd de participatie geschat voor de darmkankerscreening, op basis van verschillende gegevensbronnen; deze cijfers zijn opgenomen in figuur 3-4 hieronder. We zien dat de totale participatie (in het kader van het georganiseerde programma of daarbuiten) lager is in Brussel (en Wallonië) dan in Vlaanderen. In Brussel worden er meer mensen gescreend buiten het programma om, dan in het kader van het georganiseerde programma.

¹³⁶ Voor de start van dit pilootprogramma konden Brusselaars in de doelpopulatie gebruik maken van het screeningsprogramma van de Franse Gemeenschap/Federatie Wallonië-Brussel of het programma van de Vlaamse Gemeenschap.

¹³⁷ Colotests zijn ook gratis verkrijgbaar bij de apotheek, op voorschrift of gewoon op aanvraag voor wie daarvoor in aanmerking komt (30). Wie al eerder gescreend werd, hoeft de kit niet meer af te halen bij de apotheek, maar krijgt deze gewoon thuis opgestuurd.

¹³⁸ De colotest is een laboratoriumonderzoek, met name iFOBT (immunological Faecal Occult Blood Test) die wordt uitgevoerd op een ontlastingsstaal.

Figuur 3-4 Percentage van de populatie die in aanmerking komt voor dikkedarmkankerscreening (50-74 jaar) dat een screening onderging in het kader van een georganiseerd screeningsprogramma of daarbuiten, in de laatste twee jaar, per gewest, 2021



Bron: Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024

Baarmoederhalskankerscreening

De preventie van baarmoederhalskanker steunt op vaccinatie tegen HPV (zie hierboven), en op screening om premaligne afwijkingen of beginnende kanker op te sporen, zodat er kan worden ingegrepen voordat baarmoederhalskanker zich ontwikkelt, of in een vroeg stadium, en zo de slaagkans van een behandeling te vergroten (28).

Op dit moment bestaat de screening uit een cytologisch onderzoek op basis van een uitstrijkje, wat voor vrouwen tussen 25 en 64 jaar elke 3 jaar wordt aanbevolen. Sinds 2013 wordt in Vlaanderen een screeningsprogramma voor baarmoederhalskanker georganiseerd. In Wallonië wordt er op dit moment gewerkt aan een screeningsprogramma. In Brussel werden er tijdens de legislatuur 2019-2024 voorlichtings- en sensibiliseringscampagnes georganiseerd, maar bestaat er geen screeningsprogramma.

Volgens gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) kreeg in Brussel 44,9% van de vrouwen van 25 tot 64 jaar tussen 2021 en 2019 minstens één uitstrijkje terugbetaald. In Wallonië was dat 47,6%. Dit percentage is lager bij Brusselse vrouwen die recht hebben op verhoogde tegemoetkoming (40,6%) dan bij vrouwen die dit niet hebben (47,2%).

Baarmoederhalskankerscreening kan in de toekomst evolueren (31). In een besluit van 2018, dat in 2022 werd bevestigd, bepaalde de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid dat er zou worden overgestapt van cytologisch onderzoek (zoeken naar afwijkende cellen en premaligne afwijkingen (32)) naar screening op basis van de HPV-test (waarbij wordt gecontroleerd op de aanwezigheid van het HPV-virus in de cellen van de baarmoederhals (32)), conform de internationale aanbevelingen. Voor vrouwen van 30 tot 64 jaar wordt aanbevolen dat ze elke 5 jaar een HPV-test ondergaan. Voor vrouwen van 25 tot 29 jaar blijft een cytologisch onderzoek elke 3 jaar aangewezen (31). De HPV-test en het cytologisch onderzoek worden beide uitgevoerd op basis van een staal van de cellen uit de baarmoederhals (een 'uitstrijkje') (32). Voor bepaalde bevolkingsgroepen die niet ingaan op screeningsuitnodigingen kan er ook een soort 'zelftest' worden georganiseerd door de bevoegde overheden (31).

Besluit

Uit de in dit hoofdstuk verzamelde cijfers blijkt dat er in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest nog ruimte voor verbetering is voor wat betreft preventie.

Op het gebied van vaccinatie is het zo dat er bij zuigelingen over het algemeen een relatief goede dekking is. Er moeten echter nog inspanningen worden geleverd, met name om vaccinatie van zwangere vrouwen, HPV-vaccinatie, de toediening van de tweede dosis van het MBR-vaccin en het gebruik van het griepvaccin te stimuleren.

Er moet ook worden gewerkt aan de participatiegraad voor het borstkankerscreeningsprogramma en het pilootprogramma voor de opsporing van dikkedarmkanker, die voor beide te laag is. Nadenken over de factoren die participatie in de weg kunnen staan, kan helpen om de nodige maatregelen uit te werken. Er zou ook kunnen worden onderzocht hoe haalbaar het is om in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een eigen screeningsprogramma op poten te zetten voor baarmoederhalskanker.

Bibliografie

- (1) World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2017. *Assessment of essential public health functions in countries of the Eastern Mediterranean Region: assessment tool prepared by the World Health Organization*. Beschikbaar via: https://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPub_2017_EN_19354.pdf?ua=1, laatst geraadpleegd op 26/2/2024.
- (2) Naar een gezond België. Performantie van het zorgsysteem. *Preventieve zorg*. Beschikbaar via: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/preventieve-zorg>, bijgewerkt op 1/2/2024
- (3) Kisling A, Das J. *Prevention Strategies*. StatPearls. Beschikbaar via: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/> bijgewerkt op 1/8/2023
- (4) Cambon L, Alla F, Chauvin F. *Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ?* Actualité et dossier en santé publique, 103. Juin 2018. Beschikbaar via : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=160>, laatst geraadpleegd op 26/2/24.
- (5) Naar een gezond België. *Gezondheidstoestand. Overdraagbare aandoeningen*. Beschikbaar via <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/overdraagbare-aandoeningen>, gepubliceerd op 11/1/2024.
- (6) Vaccination-info.be. Beschikbaar via : <https://www.vaccination-info.be/>
- (7) Santé publique France. *Quels sont les bénéfices de la vaccination ?* Beschikbaar via : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/quels-sont-les-benefices-de-la-vaccination>, gepubliceerd op 27/6/2019.
- (8) Vaccination info service.fr. *Se protéger et protéger les autres grâce à la vaccination*. Beschikbaar via: <https://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Les-objectifs-de-la-vaccination/Se-protéger-et-protéger-les-autres-grâce-a-la-vaccination>, bijgewerkt op 29/02/2024.
- (9) Wyndham-Thomas C, Boon N, Grammens T, Van Damme P. Rapport annuel VPD 2017. *Conseil et politique de vaccination en Belgique*. Sciensano. Beschikbaar via: <https://www.sciensano.be/nl/biblio/conseil-et-politique-de-vaccination-en-belgique>
- (10) Laat je vaccineren. Beschikbaar via : <https://www.laatjevaccineren.be/>
- (11) Hoge Gezondheidsraad. *Basisvaccinatieschema*, versie 2021. Beschikbaar via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20210701_fiche_9606_vaccinatieschema_hgr_2021.pdf, laatst geraadpleegd op 26/2/2024.
- (12) Robert E, Swennen B, Coppieters Y. *Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles, ULB-ESP, 2020. Beschikbaar via : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/enquete_couverture_vaccinale_enfants_18-24_mois_bruxelles_2019_4.pdf, laatst geraadpleegd op 26/2/2024.
- (13) Robert E, Swennen B, Coppieters Y. *Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Fédération Wallonie-Bruxelles (Bruxelles excepté)*. Bruxelles, ULB-ESP, 2020.
- (14) Maertens K, Willen L, Van Damme P, Roelants M, Guérin C, de Kroon M, et al. *Studie van de vaccinatiegraad in Vlaanderen, 2020*. Leuven Universitair Vaccinologie Centrum, KUL, Leuven and Centrum voor de Evaluatie van Vaccinaties, UA, Antwerpen. Mars 2022. Beschikbaar via : <https://www.laatjevaccineren.be/vaccinatiegraadstudie>, laatst geraadpleegd op 26/2/2024
- (15) Hoge Gezondheidsraad. *Vaccinatie tegen infecties veroorzaakt door het human papillomavirus*. Advies nr. 9181. Juli 2017. Beschikbaar via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/9181_hpv_fr_27092017_0.pdf, laatst geraadpleegd op 26/2/2024.
- (16) Grammens T, Cornelissen L. *Rapport annuel VPD 2021. Couverture vaccinale*. Beschikbaar via: https://www.sciensano.be/sites/default/files/vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf, laatst geraadpleegd op 26/2/2024.
- (17) ONE, Direction Santé. *Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV): informations générales*. Septembre 202. Beschikbaar via : https://www.ccref.org/e-vax/HPV_sept2022.pdf, laatst geraadpleegd op 26/2/2024.
- (18) Panichelli F, Sarr K., Brasseur C. *Rapport de l'enquête de couverture vaccinale 2019-2020. La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez les élèves de 2ème secondaire dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2021*. Samenvatting van het onderzoek beschikbaar via : https://www.ccref.org/e-vax/ResumeEnqueteCouvertureVaccinale_PSE_2019-2020.pdf, laatst geraadpleegd op 26/2/2024 - Volledig onderzoeksrapport beschikbaar op aanvraag bij ONE.
- (19) https://cdn.who.int/media/docs/default-source/cervical-cancer/230519-ccei-brochure.pdf?sfvrsn=8f15a050_5&download=true
- (20) Brasseur C, Montois C, Sarr K. *Rapport de l'enquête de couverture vaccinale 2021-2022. La vaccination contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons (RRO) chez les élèves de 6ème primaire dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2023*. Volledig onderzoeksrapport beschikbaar op aanvraag bij ONE.
- (21) *Impact de la crise COVID-19 sur les vaccinations du Programme F W-B*. Brochure gepubliceerd ter gelegenheid van de Europese vaccinatieweek 2022. ONE-Vaccination-info.be. Beschikbaar via : <https://www.ccref.org/e-vax/PlaqueletteSemaineEuropeenneVaccination2022.pdf>, laatst geraadpleegd op 26/2/2024.
- (22) Kastrissianakis K, Bouvy A-F, Goetghebuer T. *Impact of the COVID-19 pandemic on early childhood preventive care activities of Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)*. Belgian Journal of Pediatrics, Vol 23, number 4, dec 2021. Beschikbaar via : https://bvksbp.be/wp-content/uploads/2022/02/BJP_Vol23-N4_December_2021.pdf, laatst geraadpleegd op 26/2/2024.
- (23) Hoge Gezondheidsraad. *Immunisatie tijdens de zwangerschap: Belgische richtlijnen*. Advies nr. 8754. Juli 2020. Beschikbaar via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20201106_css-8754_immunisation_maternelle_vweb.pdf, laatst geraadpleegd op 26/2/2024.
- (24) Hoge Gezondheidsraad. *Covid-19 vaccinatie. Vaccinatiestrategie voor de Belgische bevolking voor 2023-2024. Op 27/9/2023 aangepaste versie*. Advies nr. 9766. Beschikbaar via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20230927_hgr-9766_covid-19_vaccinatie_2023-2024_vweb_0.pdf, laatst geraadpleegd op 26/2/2024.
- (25) Hoge Gezondheidsraad. *Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep. Winterseizoen 2023-2024. Op 27/9/2023 aangepaste versie*. Advies n°9767. Beschikbaar via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20230927_hgr-9767_seizoensgriep_23-24_vweb.pdf, laatst geraadpleegd op 26/2/2024.
- (26) Hoge Gezondheidsraad. *Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep. Winterseizoen 2019-2020*. Advies nr. 9531. Maart 2019. Beschikbaar via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/advies_9531_seizoensgriep_2019-2020_1.pdf, laatst geraadpleegd op 26/2/2024.
- (27) Gerkens S, Lefèvre M, Bouckaert N, Levy M, Maertens de Noordhout, Obyn C, Devos C, Scohy A, Vlayen A, Yaras H, Janssens C, Meeus P. *Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024. KCE Reports 376As. D/2024/10.273/42.
- (28) Stichting tegen kanker. Beschikbaar via : <https://kanker.be/>
- (29) My PeBS. Beschikbaar via : <https://www.mypebs.eu/nl/>
- (30) *Dikkedarmkanker opsporing. Activiteitenverslag 2022*. Bruprev. April 2023. Beschikbaar via: <https://www.bruprev.be/Uploads/home/activiteitenverslagen-colon/2022-BRUPREV-Colotest-activiteitenverslag-NL-Def.pdf>, laatst geraadpleegd op 26/2/2024
- (31) Conférence Interministérielle Santé Publique. GTI prévention. *Dépistage du cancer du col de l'utérus : transition au test HPV*. Réunion du 6-7 décembre 2022.
- (32) Haute Autorité de Santé. *Questions-Réponses sur l'infection à papillomavirus humain (HPV), cause de cancer du col de l'utérus, et le dépistage*. Beschikbaar via : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3146343/fr/questions-reponses-sur-l-infection-a-papillomavirus-humains-hpv-cause-de-cancer-du-col-de-l-uterus-et-le-depistage, artikel online gepubliceerd op 6/7/2020.

B. Gebruik van huisartsenzorg

Inleiding

Huisartsen spelen een cruciale rol in de eerstelijnszorg. We concentreren ons daarom in dit hoofdstuk op het gebruik van huisartsenzorg. We bekijken hoeveel Brusselaars een vaste huisarts hebben, hoe vaak die gemiddeld wordt geconsulteerd en welke factoren het aantal contacten met de huisarts beïnvloedt.

Hoe vaak wordt de huisarts geconsulteerd?

Van iedereen die recht heeft op en in orde is met de verplichte ziekteverzekering in België (rechthebbenden) heeft het Intermutualistisch Agentschap (IMA) cijfers over het zorggebruik op basis van de terugbetalingsgegevens. Belangrijk is wel te onthouden dat dit niet de volledige officiële bevolking in het rijksregister¹³⁹ betreft.

In België kan de huisarts met een forfaitair betalingssysteem werken of met een betaling per prestatie. Bij een forfaitair betalingssysteem keert de verzekeringsinstelling (de mutualiteit) van de patiënt, de desbetreffende praktijk maandelijks een bedrag uit, ongeacht het aantal consultaties. De inwoner hoeft dan zelf geen geld meer voor te schieten. Van deze patiënten hebben we geen gedetailleerde info over het aantal huisartscontacten. In Brussel gaat 15,4% van de rechthebbenden naar een huisartsenpraktijk met een forfaitair betalingssysteem, meestal is dat een "medisch huis"¹⁴⁰.

Voor de overige 84,6% van de Brusselse rechthebbenden hebben we wel gegevens over het aantal contacten, aangezien hun huisarts met een betaling per prestatie werkt. We bekijken hieronder eerst het aandeel rechthebbenden dat **minstens 1**

keer een contact had met de huisarts en vervolgens het gemiddeld aantal contacten onder hen die minstens 1 keer gingen.

Onder de rechthebbenden die bij de huisarts per prestatie betalen, ging in het Brussels Gewest 70% minstens 1 keer naar de huisarts in 2020, wat minder is dan in het Vlaams Gewest (85%) en het Waals Gewest (82%). Het aandeel stijgt duidelijk met de leeftijd. In de meeste leeftijdsgroepen, is het aandeel iets groter bij de vrouwen. Het valt op dat (zeer) weinig kinderen (0-4 jaar) naar de huisarts gaan in Brussel (41%). Ter vergelijking, in Vlaanderen gaat 67% van de jonge kinderen tussen 0-4 jaar minstens 1 keer naar de huisarts en in Wallonië is dat 65% (niet geïllustreerd). Brusselaars gaan vaker met hun kinderen naar de specialist (pediater)¹⁴¹, gaan vaker naar de spoeddienst voor zaken die eigenlijk door de huisarts kunnen behandeld worden (zie dossier Observatorium¹⁴²) of stellen vaker zorg uit (zie hieronder).

Onder de personen die minstens 1 keer bij de huisarts zijn langs geweest in 2020, is het **gemiddeld aantal huisartscontacten** 5,1 in het Brussels Gewest (respectievelijk 5,7 in Vlaanderen, 5,9 in Wallonië). Oudere leeftijdsgroepen hebben gemiddeld meer contacten met de huisarts en mannen iets minder dan vrouwen in elke leeftijdscategorie. Hieronder wordt verder besproken welke factoren de zorgvraag beïnvloeden.

Aangezien voorgaande cijfers enkel kunnen worden berekend voor de patiënten die per prestatie betalen, en er toch een aanzienlijk aandeel van de Brusselse bevolking (15,4%) het forfaitair betalingssysteem gebruikt, stelden we ook zelf een indicator samen die tracht in te schatten of er een jaarlijks contact is geweest met een huisartsenpraktijk. We bekijken per macrozone¹⁴³ het aantal rechthebbenden dat minstens 1 contact had met de huisarts in 2021 (en per prestatie hiervoor betaalde) en tellen hierbij het aantal

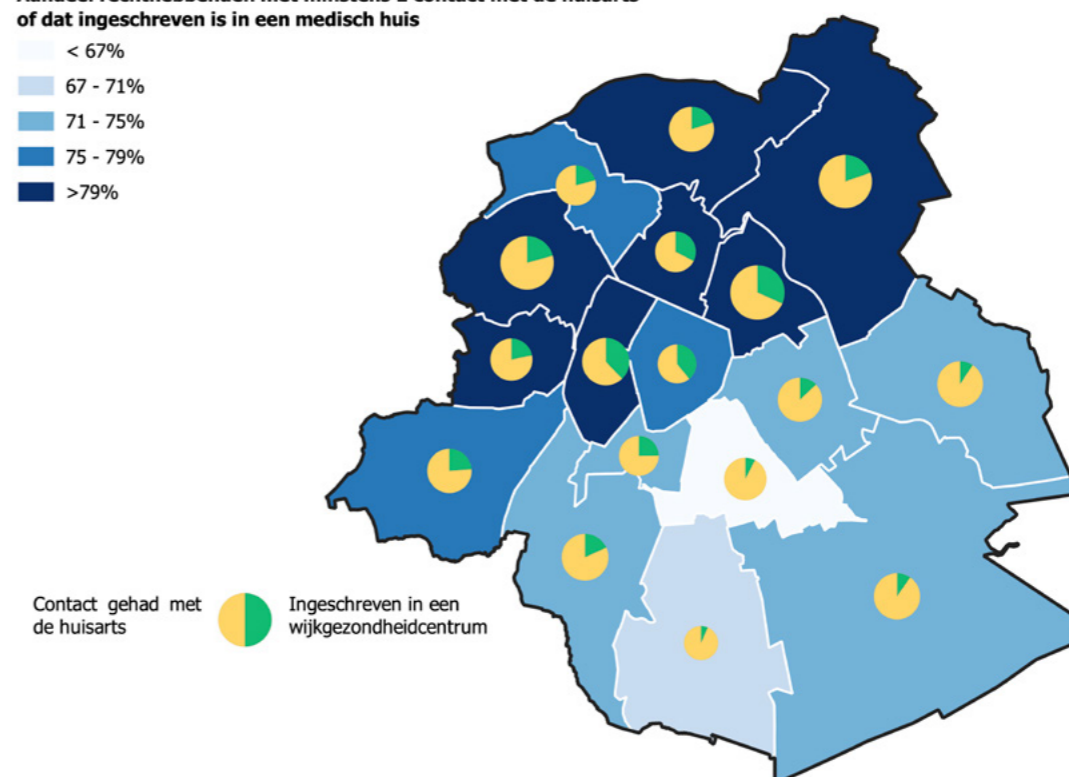
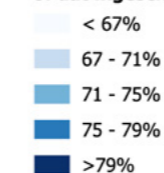
Tabel 3-3 Gemiddeld aantal contacten bij een huisarts per rechthebbende met minstens 1 contact, 2020, Brussels Gewest

	Mannen	Vrouwen
0-4 jaar	3,1	3,0
5-14 jaar	3,0	2,9
15-24 jaar	3,4	4,1
25-44 jaar	4,0	4,9
45-64 jaar	5,2	6,0
65-75 jaar	6,1	6,6
75+ jaar	7,6	9,0

Bron: IMA Atlas

Kaart 3-1 Aandeel rechthebbenden met minstens 1 contact met de huisarts of dat ingeschreven is in een medisch huis

Aandeel rechthebbenden met minstens 1 contact met de huisarts of dat ingeschreven is in een medisch huis



Bron: IMA Atlas 2021; berekeningen en cartographie, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

¹³⁹ In het Brussels Gewest komt de populatie rechthebbenden op de verplichte ziekteverzekering, voor 91,6% overeen met de populatie op basis van het Rijksregister. Dit is minder dan voor het ganse land (98%) (Atlas IMA, 2021). Het verschil tussen beide gegevensbronnen heeft onder meer te maken met de referentieperiode die wordt gebruikt, het aandeel internationale werknemers met een private verzekering, het aandeel vreemdelingen en het aandeel personen dat niet in orde is met de verplichte ziekteverzekering. Voor meer details zie <https://atlas.ima-aim.be/databanken/?rw=1&lang=nl>. Ook personen die niet tot de officiële bevolking worden gerekend vallen buiten de analyses, aangezien ze niet aangesloten zijn bij de verplichte ziekteverzekering (studenten die niet in een van de Brusselse gemeenten gedomicilieerd zijn, asielzoekers, vreemdelingen in een onregelmatige verblijfssituatie, diplomaten en hun gezinsleden, enz.).

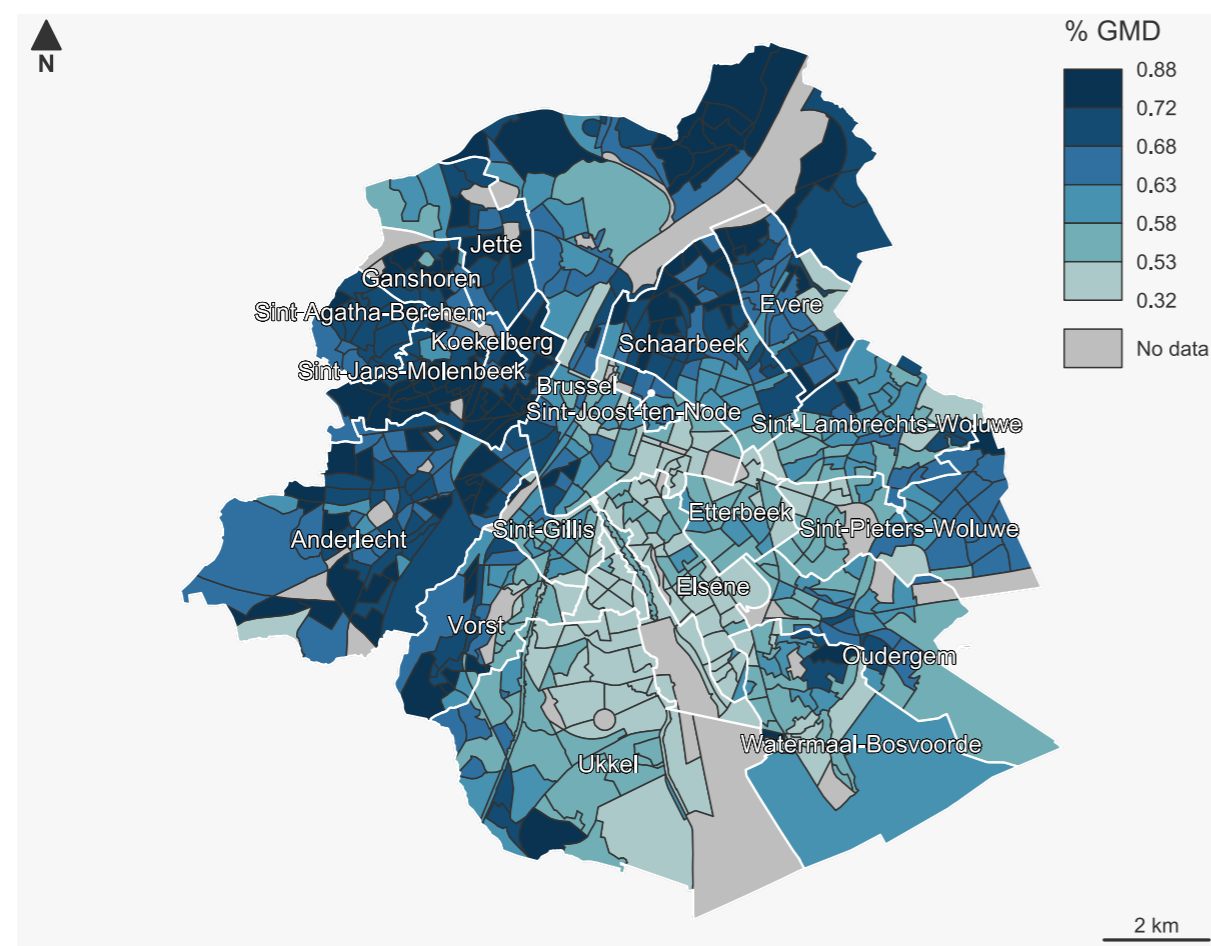
¹⁴⁰ Een specifieke vorm van samenwerking gebeurt in een medisch huis (of "maison médicale"). Hier wordt meestal multidisciplinair samengewerkt tussen huisartsen, verpleegkundigen, sociaal werkers, psychologen, kinesisten, tandartsen, Een medisch huis richt zich tot de inwoners van een duidelijke afgebakend geografisch werkgebied rond het "medisch huis". In de meeste gevallen wordt gewerkt met een forfaitair betalingssysteem. Er zijn echter ook een beperkt aantal 'gewone' huisartsenpraktijken die deze forfaitaire betaling toepassen. Medische huizen kunnen op verschillende wijzen gedefinieerd worden. Het RIZIV onderscheidt medische huizen op basis van hun forfaitaire betalingswijze. De COCOF hanteert zijn eigen criteria om herkend te worden als medisch huis. Ook is de meerderheid van de praktijken met een forfaitaire betalingswijze aangesloten bij één van de federaties voor medische huizen in Brussel, namelijk de «Fédérations des maisons médicales», de Vereniging voor Wijkgezondheidscentra of FEPRAF0, die eveneens hun werkingsprincipes definiëren.

¹⁴¹ In 2020, had 7,8% van de Brusselse rechthebbenden minstens één contact met de kinderarts, tegenover 5,2% in Vlaanderen en 6,7% in Wallonië (atlas IMA)

¹⁴² Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. 2019. Het gebruik van de spoeddienst door de Brusselaars (2008-2016): Focus op de bevolking jonger dan 15 jaar en van 65 jaar en ouder

¹⁴³ In 2023 stelde het BISA een nieuwe indeling van het Brussels Gewest voor, op basis van de historische kenmerken van de stedelijke ontwikkeling van het Brussels Gewest.

Kaart 3-2 Percentage rechthebbenden met een Globaal Medisch Dossier



Bron: IMA; Berekeningen, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Ingelijst 3-1

Huisartscontacten: consultaties of huisbezoeken?

Zie Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2022). *Huisbezoeken en werklust: de ervaring van Brusselse huisartsen voor en tijdens de COVID-19-pandemie*. *Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel*

Soms komt de huisarts aan huis. Zeker voor bedlegerige en oudere patiënten is dit soms de enige optie. In 2019, werden in het Brussels Gewest gemiddeld 411 huisbezoeken uitgevoerd per 1 000 personen, wat neerkomt op 15% van de contacten met de huisarts¹. Het zijn vooral de oudere patiënten die een beroep doen op huisbezoeken, in het bijzonder de 80-plussers.

¹ Cijfers op basis van de permanente steekproef (IMA)

Er is wel een evolutie naar minder huisbezoeken. Als we het totaal aantal contacten met de huisarts vergelijken tussen 2019 en 2011 zien we dat patiënten in 2019 gemiddeld nog quasi evenveel contact hebben met de huisarts als in 2011 maar ze gaan wel vaker op consultatie dan dat ze een huisbezoek aanvragen. De evolutie naar minder huisbezoeken is vooral te zien bij de patiënten jonger dan 80 jaar. Bij de 80-plussers, de leeftijdsgroep die het meest beroep doet op huisbezoek, is er niet echt een dalende trend zichtbaar.

personen op dat is ingeschreven bij een medisch huis¹⁴⁴.

In de noordelijke en westelijke delen van het Brussels Gewest heeft duidelijk een groter aandeel van de rechthebbenden waarschijnlijk een contact gehad met de huisarts, in vergelijking met het zuiden en het oosten van het Gewest. In het centrale deel van het Gewest rond de Louizalaan en de Europese wijk, staat het kleinste aandeel van de rechthebbenden in contact met een huisartsenpraktijk.

Per macrozone werd ook -in een taartdiagram-aangegeven wat de verhouding is tussen het aandeel personen met een inschrijving in een medisch huis (in het groen) en het aandeel rechthebbenden met minstens 1 huisartscontact dat per prestatie werd betaald. We zien dezelfde ruimtelijke verdeling met een lager aandeel personen dat is ingeschreven in een medisch huis in de rijkere delen van het Brussels Gewest (zuiden en oosten).

Hoeveel Brusselaars hebben een (vaste) huisarts?

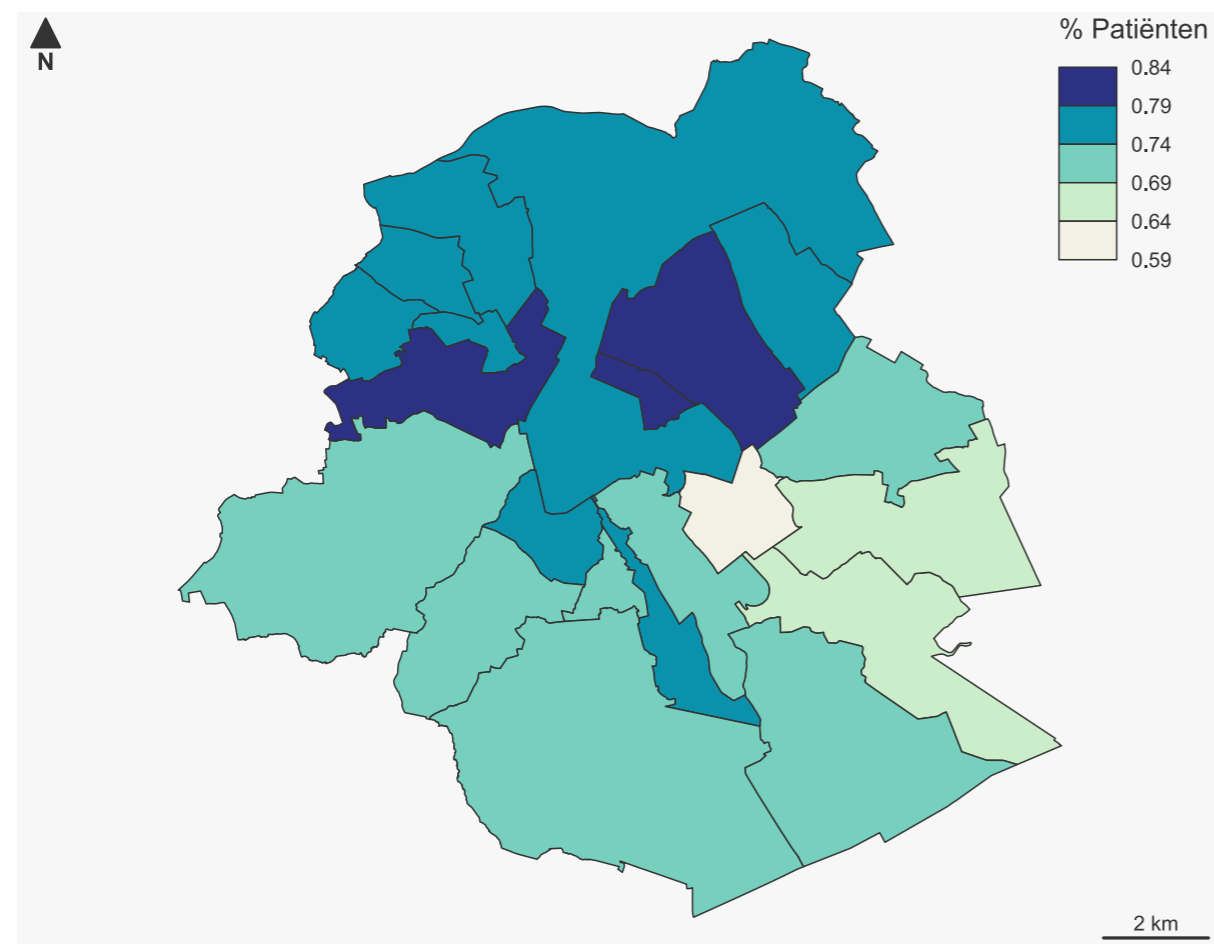
Een exact antwoord hierop is moeilijk, maar kan benaderd worden met behulp van twee indicatoren. Eerst en vooral kan gekeken worden naar het percentage Brusselse rechthebbenden met een **Globaal Medisch Dossier (GMD)**. Met behulp van dit medische dossier kan de huisarts een globaal overzicht bijhouden van de gezondheid van de patiënt en kunnen behandelingen afgestemd worden op de persoonlijke situatie en de historie van de patiënt. De bedoeling is dat het GMD geopend wordt door de vaste huisarts van de patiënt.

In het Brussels Gewest heeft in 2020, 64,1%¹⁴⁵ van de rechthebbenden een Globaal Medisch Dossier en dus hoogstwaarschijnlijk ook een vaste huisarts. Dat aandeel is lager dan in Vlaanderen (86%) en in Wallonië (76,4%) (IMA atlas). Er bestaan wel grote verschillen tussen de Brusselse gemeenten (kaart 3-2). Sint-Jans-Molenbeek kent het hoogste aandeel inwoners met een GMD (72,9 %) en Elsene het laagste (51,2 %). Het persoonlijk aandeel dat de patiënt moet betalen bij een huisarts wordt beperkt indien de patiënt een GMD heeft. Mogelijks speelt deze financiële incentive minder mee bij patiënten in de rijkere gemeenten in het zuidoosten van het Gewest. Ook wordt bij inschrijving in een «medisch huis», het GMD automatisch daar aangelegd.

¹⁴⁴ Opgelet, we kunnen niet met zekerheid weten of de personen die ingeschreven zijn in een medisch huis ook effectief een huisarts contacteren.

¹⁴⁵ Dit zijn de meest recente cijfers. Mogelijks heeft de covid-epidemie een invloed gehad op deze cijfers.

Kaart 3-3 Patiëntentrouwheid van GMD patiënten aan de toegewezen huisartsenpraktijk



Bron: IMA; Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Oudere personen hebben doorgaans iets vaker een GMD, en vrouwen iets vaker dan mannen. Vooral tussen de leeftijd van 25 en 44 jaar is het verschil tussen mannen en vrouwen groot. Niet toevallig is dit de leeftijd waarop jongvolwassen hun eigen leven beginnen uit te bouwen en vaak zelf opnieuw een huisarts moeten zoeken. Dat vrouwen vaker een vaste huisarts hebben kan te maken hebben met huisartscontacten in verband met anticonceptie en zwangerschap.

Een tweede indicatie kan bekomen worden door te kijken naar hoe vaak patiënten naar een dezelfde huisartsenpraktijk gaan, de zogenaamde 'patiëntentrouw'¹⁴⁶. In Brussel klopt 75% van de rechthebbenden met regelmatige huisartscontacten¹⁴⁷ in minstens 1 van de gevallen bij eenzelfde huisarts aan. In Vlaanderen is dat respectievelijk 82% en in Wallonië 79%. Opnieuw zien we verschillen tussen Brusselse gemeenten (zie kaart 3-3), met de grootste 'patiëntentrouw' in Sint-Jans-Molenbeek (84% in 2020) en de laagste in Etterbeek (59%). Er bestaan geen grote verschillen tussen mannen en vrouwen en tussen de leeftijdsgroepen (niet geïllustreerd).

¹⁴⁶ Alle methodologische details kunnen hier worden teruggevonden: https://atlas.ima-aim.be/info/metadataPDF/metadata_stat_003_012_NL.pdf. Let wel, hier zoomen we dus in op zij die regelmatig op de huisarts beroep doen (hier gedefinieerd als rechthebbenden met minstens 3 huisartscontacten tijdens een periode van 2 jaren). Veel van de rechthebbenden van medische huizen worden als trouwe patiënt beschouwd. Echter, indien ze in de loop van een jaar overstappen tussen de twee betalingssystemen is dat niet noodzakelijk het geval (mondelinge communicatie IMA, 2023).

¹⁴⁷ Rechthebbenden met minstens 3 huisartscontacten in een periode van 2 jaren

Welke factoren beïnvloeden het aantal contacten met de huisarts?

Eerst en vooral wordt het aantal contacten met de huisarts beïnvloed door de zorgvraag. In delen B en C wordt uitgebreid ingegaan over hoe de prevalentie van aandoeningen vaak samenhangt met leeftijd, geslacht en/of de socio-economische levensomstandigheden.

Ten tweede is het zo dat *niet iedereen op dezelfde manier uiting geeft aan een onderliggende probleem, op dezelfde manier zorg zoekt of ziekte en gezondheid percipieert*. Zo heeft onderzoek bijvoorbeeld aangetoond dat mentale problemen bij vrouwen vaker geïnternaliseerd worden en tot uiting komen in bijvoorbeeld depressie, terwijl mannen deze eerder kunnen gaan externaliseren, wat kan leiden tot bijvoorbeeld alcoholgebruik (Krueger et al., 2001¹⁴⁸). Ook traditionele genderrollen kunnen meespelen, waarbij het voor (sommige) vrouwen vanzelfsprekender is om zorg te zoeken aangezien dat in het verlengde ligt van de zorgtaak, het huishouden en de zorg voor de kinderen. Daarnaast wordt gezondheid door sommigen als iets functioneels gezien. Zolang het lichaam in staat is om door te gaan met werken of het huishouden te doen, zal zorg worden uitgesteld, tot men «volledig aan de grond zit». Dit is zeker het geval voor kwetsbare personen (Thunus et al., 2023).

Ten derde speelt het aanbod aan andere *zorgverleners*. Hierboven werd al aangegeven dat Brusselaars vaker beroep doen op specialisten en op de spoeddiensten voor zaken die eigenlijk door de huisarts kunnen behandeld worden. Daarnaast wordt in het Brussels Gewest ook beroep gedaan op de traditionele geneeskunde en op zelfmedicatie (Thunus et al., 2023).

Ten vierde bestaan er allerlei drempels tot zorg. Er bestaan, ondanks beschermingsystemen zoals de verhoogde tegemoetkoming of derdebetalersregeling¹⁴⁹, nog altijd financiële & administratieve drempels tot zorg. Zo moeten kwetsbare personen constant keuzes maken, bijvoorbeeld tussen het bekostigen van zorg voor zichzelf of voor de kinderen, of tussen schoolkosten of dokterskosten (Thunus et al., 2023). Zeker ook personen die buiten de verplichte ziekteverzekering vallen, worden met deze drempels geconfronteerd (RIZIV, 2014¹⁵⁰).

Ten slotte speelt bij mentale problemen ook nog het maatschappelijke taboe een rol in het zoeken naar hulp. Bovendien zijn gezondheidsproblemen bij kwetsbare personen vaak complex en meervoudig. Dit bemoeilijkt de toegang tot zorg, aangezien deze vaak niet passen in een duidelijk afgelijnd protocol of procedure. Mensen kunnen ook nog taalbarrières ervaren, schrik hebben om vragen te stellen, te veel stress ervaren tijdens een doktersbezoek, enz. waardoor zorg wordt uitgesteld. Cruciaal is een goede relatie met de zorgverlener die de nodige tijd kan vrijmaken (Thunus et al., 2023).

Besluit

In het Brussels Gewest hebben minder inwoners jaarlijks een contact met de huisarts of een Globaal Medisch Dossier in vergelijking met Vlaanderen en Wallonië. In Brusselse gemeenten waar -in verhouding- veel personen zijn ingeschreven in een medisch huis, zijn er ook meer personen met een Globaal medisch dossier. Waarom mensen al dan niet zorg zoeken bij de huisarts kan afhangen van veel verschillende factoren, namelijk de zorgvraag, de perceptie van ziekte en gezondheid, het aanbod aan andere zorgverleners en allerlei drempels die verder gaan dan de financiële drempel alleen. Kwetsbare personen en de alomtegenwoordigheid van mentale gezondheidsproblemen in de eerstelijnszorg verdienen hierbij extra aandacht.

¹⁴⁸ Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*, 30(7), 1245-1259.

¹⁴⁹ Dit komt onder meer door een hoge non-take up van sociale rechten door personen die er recht op hebben. Zie Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2017) *Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise*, Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016, Commission communautaire commune : Bruxelles.

¹⁵⁰ RIZIV, 2014. Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Kluwer: Waterloo

C. Gebruik van geestelijke gezondheidszorg

Inleiding

Zoals hierboven vermeld (zie hoofdstuk 2F), kampt een aanzienlijk deel van de Brusselaars met mentale gezondheidsproblemen. Geestelijke gezondheidsproblemen zijn ook talrijk in Brussel aangezien de problemen van onzekerheid, dakloosheid en de huisvestingscrisis (1) het Brussels Gewest in een moeilijke situatie plaatsen wat betreft de toegang tot geestelijke gezondheidszorg. De moeilijke toegang tot huisvesting in het Brussels Gewest draagt bijvoorbeeld bij tot de verzadiging van de geestelijke gezondheidszorg (2). Deze moeilijkheden treffen een groot aantal mensen en hebben een weerslag op het dagelijkse werk van de professionals in de geestelijke gezondheidszorg, wat de overgang tussen ziekenhuis- en gemeenschapszorg, de continuïteit van de zorg en de sociale re-integratie bemoeilijkt (2).

Volgens een recent onderzoek dat werd uitgevoerd in verschillende diensten voor geestelijke gezondheidszorg (GZG), moest een derde van de nieuwe verwijzingen naar deze diensten worden omgeleid wegens verzadiging van de sector (3). In verhouding tot zijn bevolking is het aantal bedden voor psychiatrische zorg in psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen lager in het Brussels Gewest dan in Vlaanderen en België in het algemeen (4).

Tot slot kan de toegang tot geestelijke gezondheidszorg moeilijk blijven voor een aantal mensen. Mensen in kwetsbare situaties, waarvan er veel zijn in het Brussels Gewest, lopen een groter risico om geestelijke gezondheidsproblemen te ontwikkelen, zoals we ook zagen in hoofdstuk 2F. In februari 2023 zei 30% van de Brusselse deelnemers aan de Belhealth-enquête¹⁵¹ behoefte te hebben aan ondersteuning op het vlak van geestelijke gezondheid. Daarvan zei bijna de helft (44,7%) dat ze die niet hadden gekregen. De Melting Point studie (5) toonde ook aan dat de toegang tot geestelijke gezondheidszorg om verschillende redenen moeilijk kon zijn voor de meest kwetsbare groepen. De auteurs noemen bijvoorbeeld problemen met de beschikbaarheid van diensten voor geestelijke gezondheidszorg die financieel toegankelijke zorg bieden, of obstakels met betrekking tot de procedures die gevolgd moeten worden om toegang te krijgen tot dit soort zorg,

met name voor mensen die om culturele redenen of vanwege stigmatisering moeite kunnen hebben met het identificeren en uiten van hun behoeften op het gebied van geestelijke gezondheidszorg. Het onderzoek vermeldde ook de mogelijke barrière die wordt gevormd door de kosten van de aankoop van medicatie voor alleenstaande moeders, een barrière waar ook andere kwetsbare groepen mee te maken hebben.

Rekening houdend met deze verschillende vaststellingen is het essentieel om een beeld te schetsen van het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg in Brussel. Het doel van dit hoofdstuk is om - gedeeltelijk - het gebruik van geestelijke gezondheidszorg door de Brusselaars te beschrijven aan de hand van verschillende indicatoren die betrekking hebben op de raadpleging van een gezondheidswerker in verband met een psychisch probleem, het gebruik van psychofarmaca en psychiatrische verblijven. Deze indicatoren zijn gebaseerd op gegevens van het gezondheidsonderzoek 2018, het Intermutualistisch Agentschap (AIM) en de Minimale Psychiatrische Samenvatting.

Dit hoofdstuk wil bepaalde aspecten van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg documenteren, maar omvat niet alle talrijke actoren die betrokken zijn bij de Brusselse geestelijke gezondheidszorg (geestelijke gezondheidsdiensten (CGG), mobiele teams, privé- of ziekenhuisconsultatiepraktijken, maar ook eerstelijnszorgdiensten zoals huisartsen of medische huizen, sociale diensten met een directe link naar geestelijke gezondheidszorg, enz. In België is de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen «zeer breed, gevarieerd en complex» en er zijn tal van zorgverleners, organisaties en instellingen bij betrokken (6).

Consultatie bij een gezondheidsprofessional in verband met een geestelijk gezondheidsprobleem

Historisch gezien werden in de categorie ambulante psychologische zorg alleen consultaties bij een psychiater (consultatie en psychotherapie) terugbetaald. Vanaf 2019 kwam er geleidelijk terugbetaling van klinische psychologie in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Dat jaar werd de hervorming van de “psychologische zorg in de eerste lijn” gestart, met als doel om de psychologische zorgverlening te versterken en een bepaald aantal raadplegingen per jaar

terugbetaalbaar te maken, onder bepaalde voorwaarden. Om het aanbod van de psychologische zorg in de eerste lijn verder te versterken, en psychologische zorg toegankelijker te maken voor de hele bevolking, zijn de terugbetalingsvoorwaarden in 2022 verruimd¹⁵².

Volgens gegevens van de gezondheidsenquête 2018 gaf ongeveer 1 op 10 Brusselaars (11,2%) aan dat ze in de afgelopen 12 maanden een psycholoog, psychotherapeut of psychiater hadden geraadpleegd¹⁵³, een cijfer dat niet wezenlijk verschilt van de grote Vlaamse of Waalse steden, na standaardisering voor geslacht en leeftijd.

Er zijn geen significante verschillen op te merken voor wat betreft geslacht of eventuele moeilijkheden om de eindjes aan elkaar te knopen. Er is wel een merkbaar verschil op basis van leeftijd: de cijfers zijn veel hoger in de leeftijdsgroep 0-44 (11,5%) en de leeftijdsgroep 45-64 jaar (13,8%) dan bij 65-plussers (5,6% - omdat de aantallen in deze categorie laag zijn, dienen de cijfers voorzichtig te worden geïnterpreteerd).

Deze gegevens zijn afkomstig van de gezondheidsenquête 2018, d.w.z. voordat de hervorming van de “psychologische zorg in de eerste lijn” werd gestart. We beschikken momenteel niet over terugbetalingsgegevens voor psychologische zorg die in het kader van deze conventie wordt verstrekt op het Brussels grondgebied.

Het IMA beschikt ook over gegevens voor psychiatrische consultaties, die in het kader van de verplichte ziekteverzekering worden terugbetaald. Volgens die gegevens heeft 4,4% van de Brusselaars die zijn aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering in 2021 minstens één consultatie bij een psychiater gehad, wat min of meer stabiel is ten opzichte van 2006 (3,7%). Binnen deze groep lag

het gemiddelde aantal consultaties bij een psychiater in 2021 op 5,8, een lichte daling ten opzichte van 2006 (gemiddeld 7,5).

Gebruik van psychotrope geneesmiddelen

Het Intermutualistisch Agentschap beschikt over de administratieve en de facturatiegegevens van terugbetaalde zorg en medicatie, waaronder antidepressiva en antipsychotica, van iedereen van 18 jaar en ouder die is aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering in België. Deze gegevens zijn vrij objectief, maar moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, zoals met name is aangetoond voor antidepressiva¹⁵⁴. De gezondheidsenquête 2018 levert ook informatie over het gebruik van bepaalde psychotrope geneesmiddelen. Deze gegevens zijn interessant, maar ook onderhevig aan beperkingen¹⁵⁵, wat kan leiden tot een onderschatting van het gebruik van psychotrope geneesmiddelen. Rekening houdend met deze verschillende elementen, baseren we ons in dit hoofdstuk op de gegevens van het IMA om het gebruik van antidepressiva, en van antipsychotica bij 65-plussers, te documenteren. De gegevens van de gezondheidsenquête 2018 worden hier gebruikt om enerzijds het gebruik van sedatieven te illustreren, waarvoor we de IMA Atlas niet kunnen gebruiken, en anderzijds de sociale ongelijkheid, die nader bestudeerd kan worden op basis van de resultaten van de gezondheidsenquête.

Gebruik van antidepressiva

Volgens gegevens van het IMA gebruikte iets meer dan een op de 10 Brusselaars ouder dan 18 jaar die zijn aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering (10,9%) minstens één standaard dagdosis (DDD¹⁵⁶) antidepressiva¹⁵⁷. In 2008 was dit 12,3%. Het percentage Brusselaars dat antidepressiva gebruikt (ten minste 1 DDD) is hoger bij vrouwen dan bij

¹⁵² Tot eind 2021 voorzag de hervorming van de “psychologische zorg in de eerste lijn” in terugbetaling van acht consultaties per jaar voor bepaalde psychische problemen (depressie, angststoornis, problemen met alcohol, slaappillen of pijnstillers) voor patiënten tussen 18 en 64 jaar, op voorschrift van een huisarts, bij psychologen of orthopedagogen die lid zijn van een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg en een conventie hebben ondertekend met het RIZIV. In 2022 werden de terugbetalingsvoorwaarden verruimd: er is geen voorschrift van een huisarts meer nodig, voor bepaalde problemen is er geen limiet meer voor de terugbetaling, en ook de leeftijdsgrens is geschrapt. Daarnaast worden ook gespecialiseerde psychologische zorg en groepssessies vergoed, waarbij het aantal sessies dat jaarlijks wordt terugbetaald, afhangt van het type netwerk (“kinderen en adolescenten” of “volwassenen”) en het type sessie. (7,8,9)

¹⁵³ De resultaten voor de indicator consultatie bij een psycholoog, psychotherapeut of psychiater in de afgelopen 12 maanden omvatten personen jonger dan 15 jaar, in tegenstelling tot de andere in dit hoofdstuk opgenomen indicatoren uit de gezondheidsenquête 2018.

¹⁵⁴ In een eerder dossier over sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid in Brussel (10) werd een onderconsumptie van antidepressiva vastgesteld bij lagere socio-economische groepen in Brussel (gegevens IMA 2016). Dit ging in tegen de ‘verwachte’ sociale gradiënt en zou kunnen worden verklaard door onderconsumptie van dit soort behandeling, en/of onderdiagnose of minder verzorging van dit type pathologie in de meest kansarme bevolkingsgroepen.

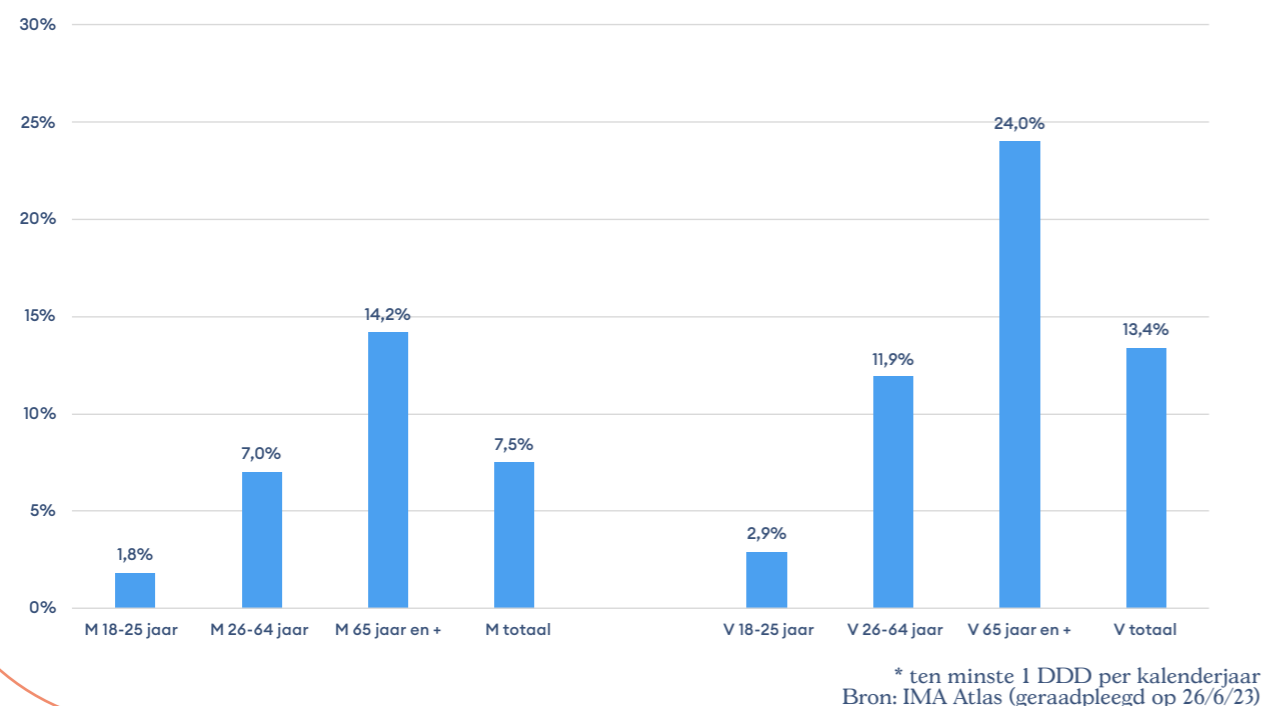
¹⁵⁵ Ten eerste steunen de resultaten van het onderzoek op zelfrapportage. Bovendien is aangetoond dat mensen met geestelijke gezondheidsproblemen minder vaak deelnemen aan enquêtes (11). Deze elementen kunnen dus leiden tot een onderschatting van het gebruik van psychotrope geneesmiddelen.

¹⁵⁶ DDD = ‘defined daily dose’ of ‘standaard of gedefinieerde dagdosis’. Dit is de gebruikelijke dagelijkse dosis van een geneesmiddel, voor de belangrijkste indicatie, bij een volwassene met een gewicht van 70 kg. Hierbij wordt de onderhoudsdosis bedoeld (niet de startdosis van de behandeling) voor therapeutisch gebruik, niet ter preventie. Een DDD is de internationale meeteenheid van de Wereldgezondheidsorganisatie. Het gaat om afgehaalde medicijnen en niet om effectief ingenomen medicijnen. Bovendien kan de voorgeschreven dosis sterk variëren van persoon tot persoon. (12,13)

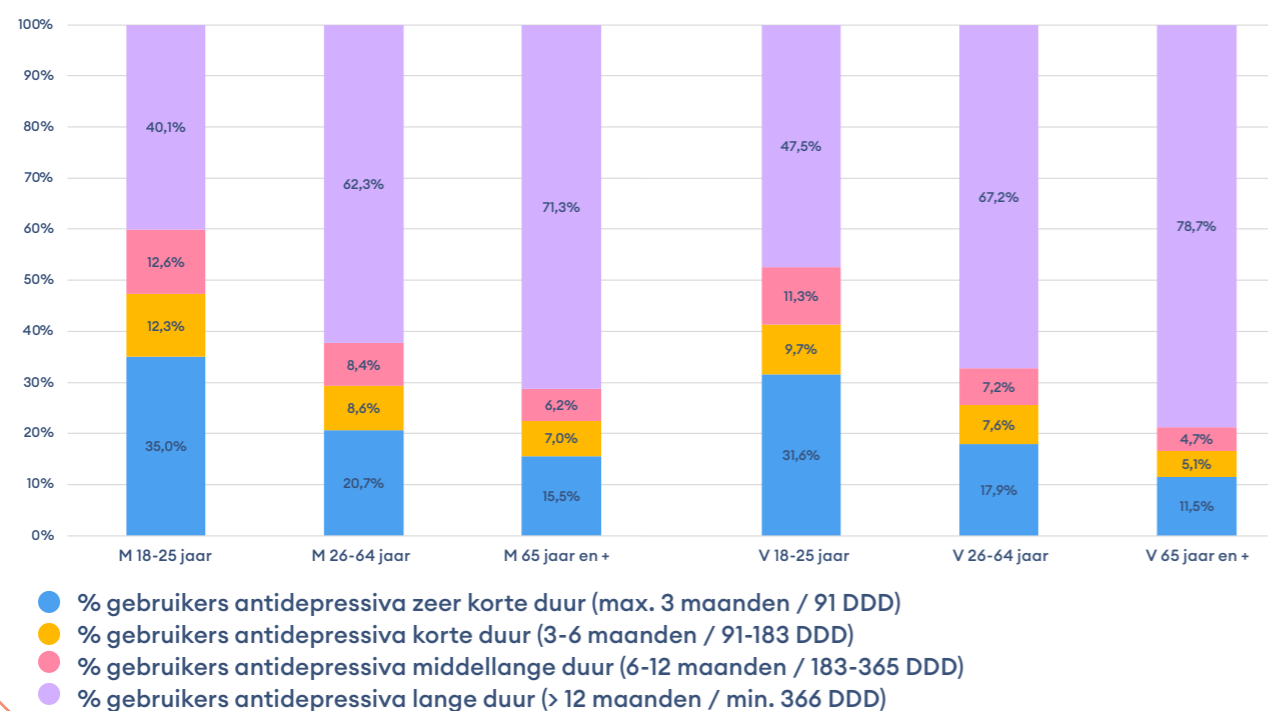
¹⁵⁷ In de IMA Atlas worden ‘gebruikers van antidepressiva’ gedefinieerd als iedereen met ten minste één terugbetaalde standaard dagdosis (DDD) van een medicijn met een ATC-code N06A in het referentiejaar, afgeleverd door de publieke apotheken. Antidepressiva kunnen worden gebruikt voor de behandeling van depressie, post-traumatische stress of angststoornissen, maar worden soms ook voorgeschreven voor de behandeling van chronische pijn, eetstoornissen, slaapproblemen of stoppen met roken. (12)

¹⁵¹ Het cohort Belhealth is een longitudinale studie met als doel de ontwikkeling van de gezondheid en het welzijn bij een brede steekproef van inwoners van België op te volgen (<https://www.sciensano.be/nl/projecten/belgisch-cohort-gezondheid-en-welzijn>). Het onderzoek wordt in verschillende fasen uitgevoerd, waarvan de tweede plaatsvond tussen 6 en 27 februari 2023.

Figuur 3-5 Percentage van de Brusselse bevolking van 18 jaar en ouder die zijn aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering en antidepressiva gebruiken* - naar geslacht en leeftijdsgroep - Brussels Gewest - 2020

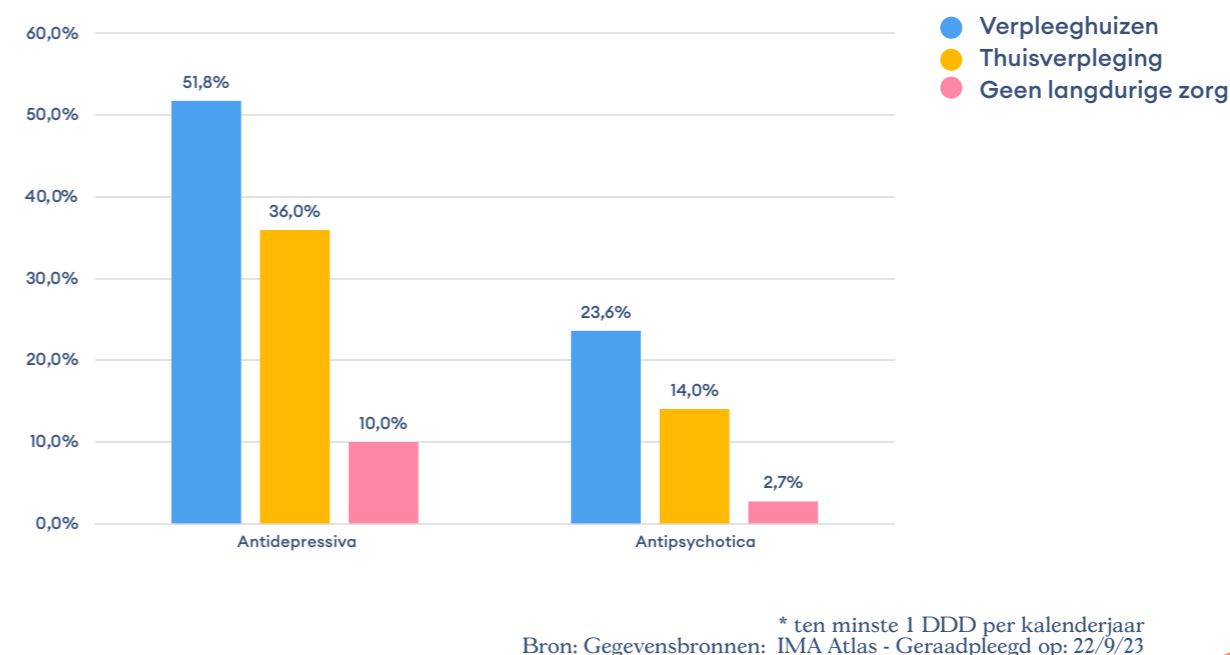


Figuur 3-6 Distributie (in %) van de duur van het gebruik van antidepressiva per geslacht en leeftijdsgroep - Brussels Gewest - 2020



Bron: IMA Atlas (geraadpleegd op 23/6/23)

Figuur 3-7 Percentage gebruikers van antidepressiva* en antipsychotica* onder 65-plussers die zijn aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering, naar het type zorg, Brussels Gewest - 2008 en 2020



mannen, in alle leeftijdsgroepen (zie figuur 3-5 - cijfers voor 2020). Het cijfer stijgt met de leeftijd voor beide geslachten en is het hoogst bij 65-plussers.

Van de Brusselse bevolking van 18 jaar en ouder die zijn aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering en antidepressiva gebruiken, gebruikte 68,7% deze gedurende lange periode, 6,9% gedurende een middellange periode, 7,2% gedurende een korte periode en 17,2% een zeer korte periode, volgens gegevens van het IMA¹⁵⁸. In vergelijking met 2008 was er een lichte stijging in het percentage Brusselaars met een langdurige behandeling (64,1%) en een lichte daling in het aantal dat een korte behandeling kreeg (23,2%).

Zoals blijkt uit figuur 3-6, is het percentage gebruikers op lange termijn hoger bij vrouwen dan bij mannen. Bovendien stijgt dit cijfer voor beide geslachten met de leeftijd: bij respectievelijk mannen en vrouwen ouder dan 65 maken deze gebruikers 71,3% en 78,7% uit. Het percentage gebruikers van zeer korte duur ligt hoger bij mannen dan bij vrouwen, en dit is het hoogst onder 18-25-jarigen.

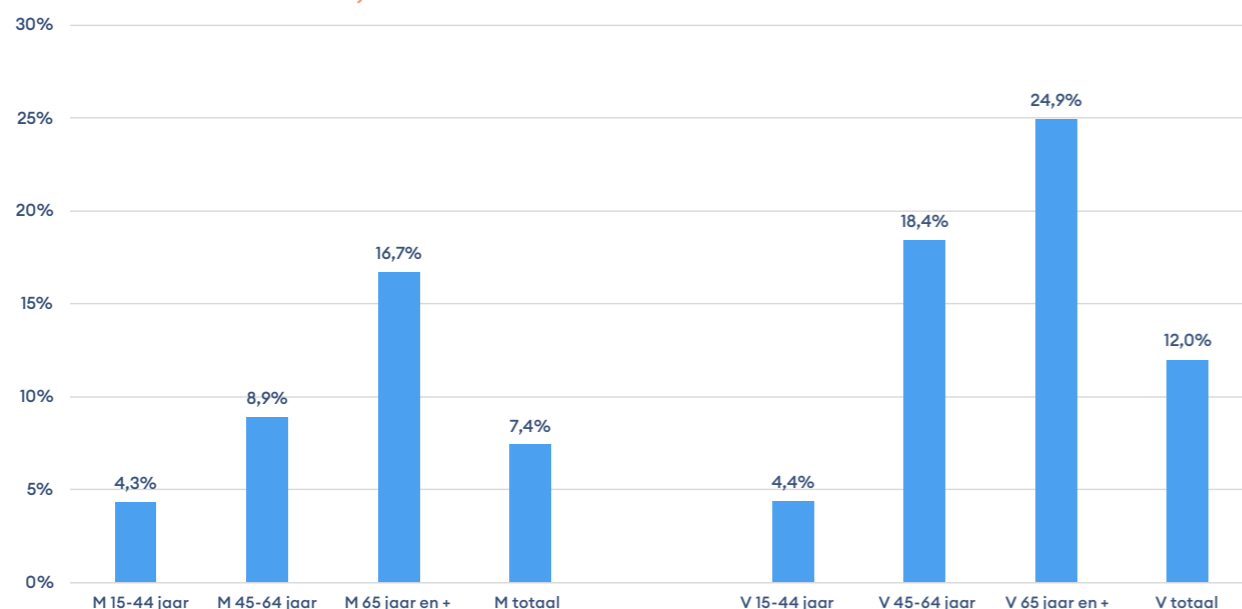
Focus op 65-plussers en het type zorg dat zij ontvangen

Er zijn al verschillende onderzoeken uitgevoerd die het hoge gebruik van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra en verzorgingstehuizen aantakten (14,15). Ouderen zijn echter gevoeliger voor bepaalde geneesmiddelen, en kunnen sneller te maken krijgen met bijwerkingen. Het gaat daarbij ook om geneesmiddelen die met name worden gebruikt in antidepressiva (met anticholinerge werking) en antipsychotica (15).

Zoals te zien is in figuur 3-7, heeft iets meer dan de helft van de Brusselse bevolking ouder dan 65 jaar, die zijn aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering en in een woonzorgcentrum of verzorgingstehuis woont, in 2021 antidepressiva gebruikt (ten minste 1 DDD). Dat is ook het geval voor iets meer dan een derde van de Brusselaars die een beroep doen op thuisverpleging, en een tiende van de Brusselaars die geen langdurige zorg ontvangen.

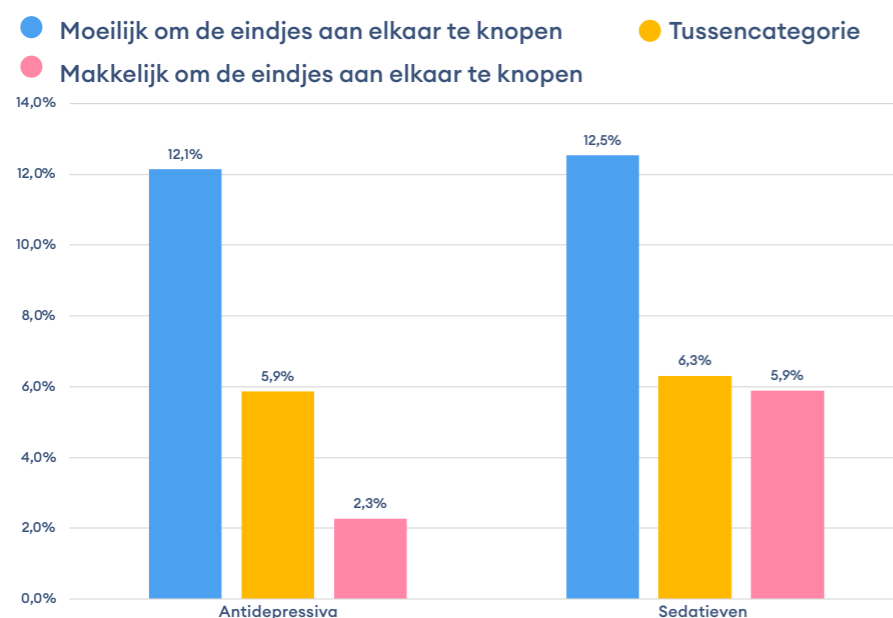
¹⁵⁸ Langdurig: meer dan 12 maanden/minimaal 366 DDD - middellange duur: 6-12 maanden/tussen 183-365 DDD - kort: 3-6 maanden/tussen 91 en 183 DDD - zeer kort: maximaal 3 maanden/maximaal 91 DDD.

Figuur 3-8 Percentage personen van 15 jaar en ouder die in de afgelopen 2 weken een sedatief (slaappillen, kalmerende middelen) hebben genomen dat door een arts werd voorgeschreven, naar geslacht en leeftijdsgroep, Brussels Gewest, 2018



Bron: Gezondheidsenquête, Sciensano, 2018; Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Figuur 3-9 Percentage personen van 15 jaar en ouder die in de afgelopen 2 weken antidepressiva of een sedatief (slaappillen, kalmerende middelen) hebben genomen dat door een arts werd voorgeschreven, naar financiële situatie (gestandaardiseerde cijfers*), Brussels Gewest, 2018



* Gestandaardiseerd voor leeftijd (Europese referentiebevolking 2013)

Bron: Gezondheidsenquête, Sciensano, 2018; Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Onder Brusselaars die ouder zijn dan 65 jaar en aangesloten zijn bij de verplichte ziekteverzekering, is het gebruik van antipsychotica¹⁵⁹ (ten minste 1 DDD) bij inwoners van woonzorgcentra en verzorgingstehuizen (23,6%) hoger dan bij Brusselaars die een beroep doen op thuisverpleging (14,0%) en Brusselaars die geen langdurige zorg ontvangen (2,7%).

Gebruik van sedatieven

Volgens gegevens van de gezondheidsenquête 2018 gaf ongeveer 9,7% van de Brusselaars aan dat ze in de afgelopen 2 weken een sedatief (slaappillen, kalmerende middelen) hadden genomen dat door een arts was voorgeschreven, een cijfer dat niet wezenlijk verschilt van de grote Vlaamse of Waalse steden, na standaardisering voor geslacht en leeftijd. Dit percentage verschilt aanzienlijk afhankelijk van geslacht en leeftijd. Het stijgt mee met de leeftijd voor beide geslachten, en is bij vrouwen hoger dan mannen in de leeftijdsgroepen 45-64 en 65-plus (figuur 3-8).

Focus op ongelijkheden

Uit de gegevens van de gezondheidsenquête 2018 blijkt - na standaardisering voor geslacht en leeftijd (figuur 3-9) - dat het percentage Brusselse deelnemers van 15 jaar en ouder dat in de afgelopen 15 dagen antidepressiva heeft gebruikt, aanzienlijk hoger ligt bij mensen die de eindjes maar moeilijk aan elkaar kunnen knopen, en bij de tussenliggende categorie, dan bij mensen die het financieel niet moeilijk hebben. Het percentage Brusselaars dat sedatieven (slaappillen, kalmerende middelen) heeft genomen is ook aanzienlijk hoger bij mensen die moeite hebben om de eindjes aan elkaar te knopen dan bij wie geen financiële problemen ervaart (zie figuur 3-9).

Psychiatrische verblijven

In de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) zijn gegevens beschikbaar over het verblijf van patiënten die zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (PZ), in de psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ), Initiatieven Beschut Wonen (IBW), en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)¹⁶⁰. Gegevens over verblijven in de IBW en PVT werden in de MPG opgenomen tot 2018.

Het doel is om bepaalde kenmerken te presenteren van psychiatrische verblijven van Brusselaars, in de vier soorten instellingen, zowel binnen als buiten Brussel, en dit tot 2018¹⁶¹ (het laatste jaar dat gegevens beschikbaar waren voor de vier soorten instellingen). Hoewel het mogelijk is dat psychiatrische verblijven ondertussen geëvolueerd zijn - net zoals het vakgebied van de psychiatrische zorg sindsdien is veranderd - worden die veranderingen hier niet gedocumenteerd.

Verblijven van Brusselse patiënten in instellingen voor psychiatrische zorgverlening

In 2018 werden er 12.164 psychiatrische verblijven van Brusselaars geteld, zowel binnen als buiten Brussel, in PZ, PAAZ, IBW en PVT. Dit komt overeen met 1.010,6 psychiatrische verblijven voor elke 100.000 Brusselaars.

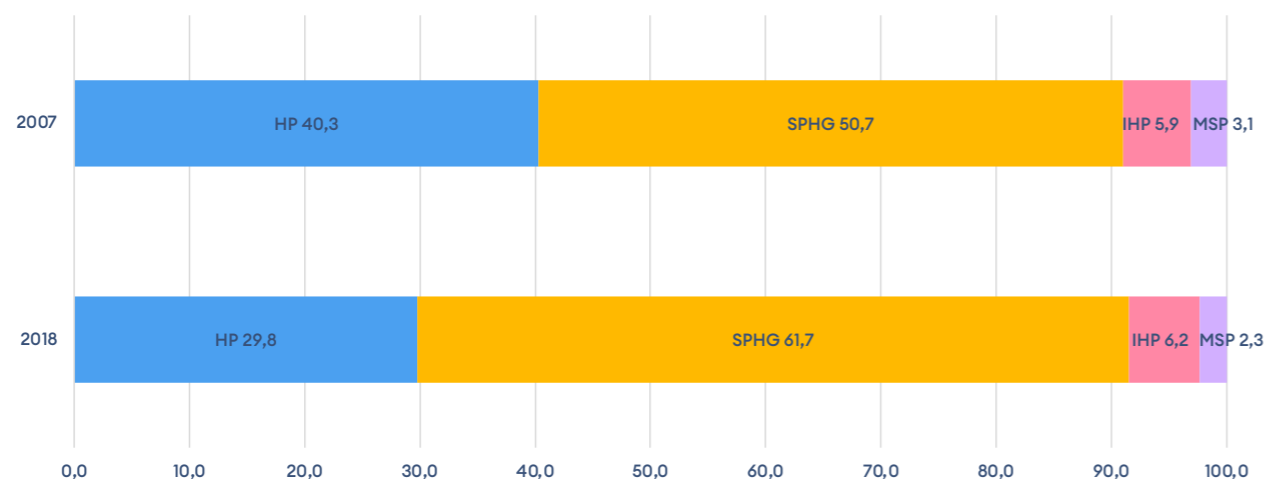
In 2018 waren meer dan de helft van deze verblijven van Brusselaars (61,7%) in een PAAZ, 29,8% in een PZ, bijna 6% in een IBW en ongeveer 2% in een PVT (figuur 3-10). Dit kan verband houden met een kortere verblijfsduur in PAAZ. De verdeling is sinds 2007 veranderd: het percentage verblijven van Brusselaars in PZ is gedaald ten voordele van de PAAZ (figuur 3-10). Deze verandering houdt verband met de toename van het aantal bedden in PAAZ en de afname van het aantal bedden in PZ. Tussen 2007 en 2018 is de verdeling van erkende bedden in Brussel veranderd: het aantal bedden in PZ nam af (van 890 naar 803 bedden, een daling van 9,8%) en het aantal bedden in PAAZ nam toe (van 566 naar 711, een stijging van 25,6%). In dezelfde periode (2007-2018) is het aandeel erkende bedden bij IBW bovendien gestegen (van 464 naar 580 bedden (+25%)) en bij PVT gedaald (van 257 naar 230 bedden (-10,5%)).

¹⁵⁹ In de IMA Atlas worden «gebruikers van antipsychotica» gedefinieerd als mensen die tijdens het referentiejaar minstens één terugbetaalde standaarddagdosis (SDD) van een geneesmiddel met ATC-code N05A ontvingen in een openbare apotheek. Antipsychotica worden gebruikt om psychotische stoornissen zoals schizofrenie te behandelen. Ze worden ook voorgeschreven voor off-label indicaties, in het bijzonder voor de behandeling van gedrags- en psychologische symptomen geassocieerd met dementie (BPSD), verwardheid, agitatie en slapeloosheid (16).

¹⁶⁰ De Minimale Psychiatrische Gegevens is een verplichte registratie van gegevens met betrekking tot verblijven in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (ga voor meer informatie naar: <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/ziekenhuizen/registratiesystemen/mpg>). Tot 2018 registreerde de MPG ook gegevens over verblijven in Initiatieven Beschut Wonen (IBW) en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT).

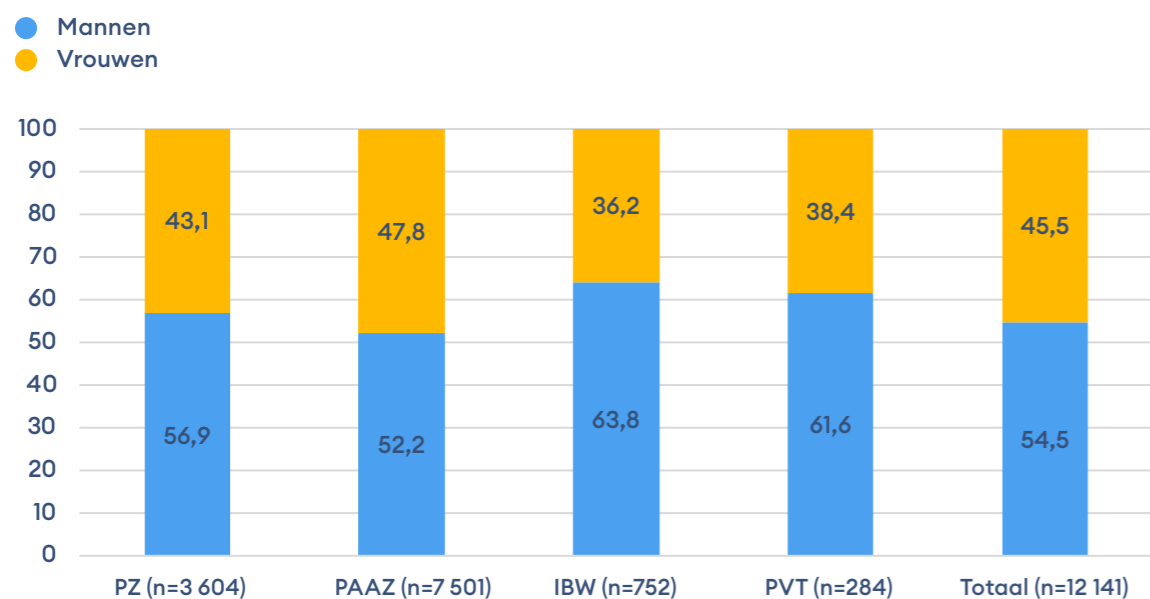
¹⁶¹ De gegevens van de MPG betreffen verblijven, niet individuele patiënten. In de loop van een jaar kan een patiënt meerdere keren in een instelling verblijven. Daarom moet het 'percentage' psychiatrische verblijven voorzichtig worden geïnterpreteerd. Verschillen tussen de gewesten op het gebied van leeftijd of geslacht kunnen verband houden met verschillen in het aantal verblijven per jaar (een groot aantal korte verblijven vs. een enkel lang verblijf). Het merendeel van de verblijven is 'residentieel', wat wil zeggen dat de persoon dag en nacht in de instelling blijft. Voor de PZ en PAAZ kan een minderheid van de verblijven alleen overdag of alleen 's nachts zijn.

Figuur 3-10 Verdeling (in %) van psychiatrische verblijven van Brusselaars, in en buiten Brussel, naar type instelling, 2007 en 2018



Bron: Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG), FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; Berekening: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Figuur 3-11 Verdeling (in %) van psychiatrische verblijven van Brusselaars, win en buiten Brussel, naar type instelling, 2007 en 2018



Bron: Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG), FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; Berekening: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Tabel 3-4 Gemiddelde leeftijd van psychiatrische verblijven van Brusselaars, in en buiten Brussel, naar type instelling en geslacht, 2018

	PZ		PAAZ	
	Mannen (n=2049)	Vrouwen (n=1555)	Mannen (n=3912)	Vrouwen (n=3589)
Gemiddelde leeftijd (jaar)	39,5	42,4	41,2	44,5

	IBW		PVT	
	Hommes (n=480)	Mannen (n=272)	Mannen (n=175)	Vrouwen (n=109)
Gemiddelde leeftijd (jaar)	47,8	47,9	52,3	55,5

Bron: Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG), FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; Berekening: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Kenmerken van Brusselse patiënten

Iets meer dan de helft van de verblijven van Brusselaars in instellingen voor psychiatrische zorgverlening betreft mannen (54,5% in 2018) (figuur 3-11). Er bestaan verschillen naargelang het soort instelling. In de PAAZ was het percentage mannen 52,2% in 2018 - in andere instellingen waren ongeveer 6 van de 10 verblijven voor mannen.

De gemiddelde leeftijd van Brusselse patiënten in instellingen voor psychiatrische zorgverlening varieert naargelang het type instelling. De gemiddelde leeftijd is het laagst in de PZ (40,8 jaar) en het hoogst in de PVT (53,5 jaar). In de PAAZ is de gemiddelde leeftijd 42,8 jaar, tegenover 47,8 jaar in de IBW. De gemiddelde leeftijd van mannen is consequent lager dan die van vrouwen, behalve in de IBW, waar deze gelijk is (tabel 3-4).

Duur van het verblijf

De mediane verblijfsduur van Brusselaars verschilt al naargelang het type instelling. In de PAAZ lag die in 2018 op bijna 3 weken, in de PZ op iets meer dan een maand (38 dagen), en in de IBW en PVT meer dan een jaar (tabel 3-5). Die verschillen in verblijfsduur voor verschillende soorten instelling kunnen verband houden met het feit dat elk type instelling gericht is op verschillende patiëntprofielen: een korte behandeling voor een acute psychiatrische stoornis zal eerder worden uitgevoerd in de PAAZ, maar complexe psychiatrische stoornissen kunnen een langdurig traject vereisen in een PVT. De mediane verblijfsduur is redelijk stabiel over de

periode 2007-2018 voor PZ. De mediane verblijfsduur voor PAAZ's was iets korter in 2018 na een lange periode van stabiliteit tussen 2007 en 2017. Voor IBW's en PVT's zijn trends moeilijk te analyseren omdat het aantal patiënten van wie de zorg elk jaar eindigt vrij klein is, waardoor de resultaten fluctueren.

Besluit

Uit de verschillende indicatoren die in dit hoofdstuk worden beschreven, blijkt dat een aantal Brusselaars gebruik maken van geestelijke gezondheidszorg. De bovenstaande cijfers kunnen echter het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en psychotrope geneesmiddelen onderschatten. Toegang krijgen tot dit soort zorg kan nog altijd moeilijk zijn voor een bepaalde kwetsbare personen, van wie er in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een groot aantal wonen en die meer risico lopen op psychische gezondheidsproblemen. Ten slotte moet worden vermeld dat het landschap van geestelijke gezondheidszorg, zoals eerder vermeld, heel ruim is. De gegevens in dit hoofdstuk illustreren slechts een deel van dit landschap.

Tabel

3-5

Mediane duur (p 25-p 75)* in dagen van afgeronde psychiatrische verblijven van Brusselaars, in en buiten Brussel, naar type instelling, 2018

	n	Mediaan (p25-75)
PZ	2529	38 (16-81)
PAAZ	6633	18 (5-38)
IBW	182	453 (154-959)
PVT	36	677 (211-2022)

*Een mediaan (percentiel 50 of P50) verdeelt de waargenomen waarden in tweeën: de helft van de waarden is kleiner dan of gelijk aan de mediaan, en de andere helft is groter dan of gelijk aan de mediaan. Bijvoorbeeld; een mediane verblijfsduur van 10 dagen betekent dat 50% van de verblijven 10 dagen of minder duurden, en 50% van de verblijven 10 dagen of meer duurden. Bij kwartielen worden de waargenomen waarden in vieren verdeeld. Bijvoorbeeld: als percentiel 25 (p25) 5 dagen is, betekent dit dat 25% van de verblijven 5 dagen of minder duurden, en 75% van de verblijven 5 dagen of meer duurden. Als percentiel 75 (p75) 15 dagen bedraagt, betekent dit dat 75% van de verblijven 15 dagen of minder duurden, en 25% van de verblijven 15 dagen of meer duurden.

Bron: Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG), FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; Berekening: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Bibliografie

- (1) Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2024). *Welzijnsbarometer 2023*. Brussel: Vivalis.brussels.
- (2) Walker C, Nicaise P, Thunus S. *Parcours.Brussel : Kwalitatieve evaluatie van het geestelijke gezondheidssysteem en de zorgtrajecten van gebruikers in het kader van de Psy 107 hervorming in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest*. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2019.
- (3) Susswein R. *Saturation ? Analyses du devenir des nouvelles demandes adressées aux services de santé mentale agréés par la COCOF à Bruxelles à partir d'un recensement réalisé entre novembre 2020 et février 2021*. Ligue Bruxelloise pour la Santé mentale. 2022. Beschikbaar via : https://lasm.be/IMG/pdf/rapport_sat_2022_bis.pdf
- (4) FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. *Blikvanger gezondheidszorg : Geestelijke gezondheidszorg*. Brussel. 2023. D/2023/2196/34. Beschikbaar via : <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg/download-hier-het-volledige-rapport-in-pdf>
- (5) Thunus S, Donnen A, Creten A & Walker C. *Melting point: de toegang tot en het gebruik van eerstelijnszorg door kwetsbare personen in het Brussels Gewest*. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2023.
- (6) Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Ricour C. *Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België*. Health Services Research (HSR). Brussels. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 218A. <https://doi.org/10.57598/R318AS>.
- (7) Noirhomme C. *Hoe toegankelijk is psychologische opvolging in België ? Gezondheid & Samenleving*, 3. Christelijke mutualiteit. Oktober 2022. Beschikbaar via : https://cm-mc.bynder.com/m/1e26762ead66cbb8/original/GezondheidSamenleving_3_psychologische-opvolging-in-belgie.pdf
- (8) RIZIV. *Eerstelijns en gespecialiseerde psychologische zorg verlenen via netwerken voor geestelijke gezondheid*. Bijgewerkt op 26 september 2023. Beschikbaar via : <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/klinisch-psychologen/eerstelijns-en-gespecialiseerde-psychologische-zorg-verlenen-via-netwerken-voor-geestelijke-gezondheid>
- (9) Psychologencommissie. *Conventie terugbetaling klinische psychologie*. Bijgewerkt op 19 december 2019. Beschikbaar via : <https://www.compsy.be/nl/terugbetaling-klinische-psychologie>
- (10) Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. *Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid*. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel, 2019.
- (11) Torvik F, Rognmo K, Tambs K. *Alcohol use and mental distress as predictors of non-response in a general population health survey: the HUNT study*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2012, 47: 805-816.
- (12) Inter-mutualistisch Agentschap (IAM). *Antidepressiva in België*. Beschikbaar via : <https://aim-ima.be/Antidepressiva-in-Belgie?lang=nl>, laatst geraadpleegd op 2/10/2023.
- (13) Association Francophone des Pharmaciens hospitaliers de Belgique. <http://www.afphb.be/doc/afphb/grtr/gga/DDAdoc.pdf>, laatst geraadpleegd op 1/12/2019.
- (14) Noirhomme C, Lambert L. *Gezondheidszorg voor ouderen. In woonzorgcentra wordt nog altijd veel gebruik gemaakt van antidepressiva en antipsychotica*. CM-Informatie, 280. Christelijke mutualiteit. Juni 2020. Beschikbaar via : <https://cm-mc.bynder.com/m/700ad14f1786a5c2/original/CM-Info-280-Gezondheidszorg-voor-ouderen.pdf>
- (15) Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019*. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32.
- (16) Inter-mutualistisch Agentschap (IAM). *Gebruik van antipsychotica in België*. Beschikbaar via : <https://www.aim-ima.be/Gebruik-van-antipsychotica-in-376?lang=nl>, laatst geraadpleegd op 2/10/2023.

D. Ziekenhuisopnames en spoeddienst

Inleiding

Het doel van dit hoofdstuk is om de kenmerken te beschrijven van ziekenhuisverblijven en het gebruik van de spoeddienst door Brusselaars. Alle ziekenhuisopnames in België worden geregistreerd via de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG). Er zijn drie hoofdcategorieën van ziekenhuisopnames: ambulante spoedgevallen, klassieke hospitalisaties met ten minste één nacht in het ziekenhuis, en daghospitalisaties, die zijn onderverdeeld in medische en chirurgische hospitalisaties¹⁶².

Het jaar 2020 werd gekenmerkt door de COVID-19-crisis. Het jaar 2020¹⁶³ is dan ook een bijzonder jaar, met een trendbreuk in de indicatoren voor ziekenhuisverblijven en het gebruik van de spoeddienst. In dit hoofdstuk worden de indicatoren daarom tot en met 2019 geïllustreerd, om de evolutie van ziekenhuisopnames en het gebruik van de spoeddienst te kunnen evalueren.

De analyses die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd, hebben betrekking op ziekenhuisopnames (in algemene ziekenhuizen) van Brusselaars, d.w.z. opname van patiënten die in Brussel wonen, ongeacht de locatie van het ziekenhuis waar ze worden behandeld.

Evolutie van 2008 tot 2019

Grafiek 1 hieronder toont de evolutie van het percentage klassieke hospitalisaties en daghospitalisaties tussen 2008 en 2019 bij Brusselaars.

Het percentage klassieke hospitalisaties en medische daghospitalisaties is hoger bij vrouwen dan bij mannen. Deze trends zijn in de loop der tijd hetzelfde gebleven. Het percentage chirurgische daghospitalisaties verschilt niet per geslacht (grafiek 1).

In 2008 was het percentage medische daghospitalisaties lager dan het percentage klassieke hospitalisaties (vrouwen en mannen, respectievelijk: 131,5 en 109,5 daghospitalisaties tegenover 162,9 en 122,9 klassieke hospitalisaties per 1.000 Brusselaars). Deze trend werd geleidelijk omgebogen als gevolg van een toename van het aantal medische daghospitalisaties tussen 2008 en 2019. In 2019 kwam dit voor vrouwen en mannen respectievelijk overeen met 195,4 en 153,0 medische daghospitalisaties per 1.000 Brusselaars, tegenover 149,5 en 118,4 klassieke hospitalisaties per 1.000 Brusselaars (figuur 3-12). De hervorming van de ziekenhuisfinanciering, die in 2002 van kracht is gegaan, kan hebben geleid tot een toename van het aantal daghospitalisaties¹⁶⁴.

Het percentage chirurgische daghospitalisaties is tussen 2008 en 2019 nagenoeg stabiel gebleven (dit schommelde van jaar tot jaar van bijna 40 tot bijna 50 opnames per 1.000 Brusselaars), zowel voor mannen als voor vrouwen (figuur 3-12).

Ingelijst 3-2

Voor een gedetailleerde beschrijving, diepgaande analyses (kruising van verschillende indicatoren) en commentaren op ziekenhuisverblijven en gebruik van de spoeddienst, kunt u deze dossiers raadplegen:

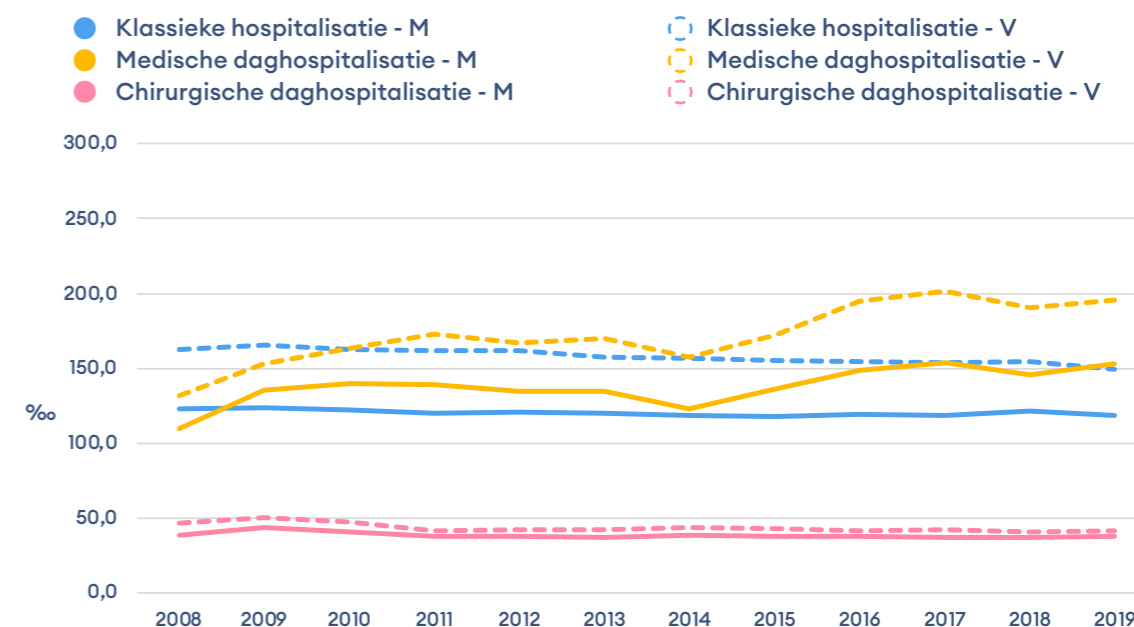
- "Het gebruik van de spoeddienst door de Brusselaars (2008-2016): Focus op de bevolking jonger dan 15 jaar en van 65 jaar en ouder": <https://www.vivalis.brussels/nl/publicatie/gebruik-spoeddienst-Brusselaars>
- Indicatoren over ziekenhuisverblijven en de spoedgevallen voor de periode 2008-2020 met een nota ter beschrijving van het jaar 2020: <https://www.vivalis.brussels/nl/informerer/indicatoren-van-het-observatorium/ziekenhuisverblijven-en-spoedgevallen>

¹⁶² De gedetailleerde definitie van de verschillende categorieën ziekenhuisopnames is te vinden in de volgende nota: https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/indicateurs/RHM/2023/nota_covid_nl_sm_df.pdf

¹⁶³ Het laatste van de recente jaren waarvoor gegevens beschikbaar zijn op het moment dat dit dossier wordt opgesteld. Voor een overzicht van de trendbreuken in 2020, zie de nota en updates over MZG-indicatoren: <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/indicatoren/indicatoren-over-de-ziekenhuisverblijven-en-de-spoedgevallen>

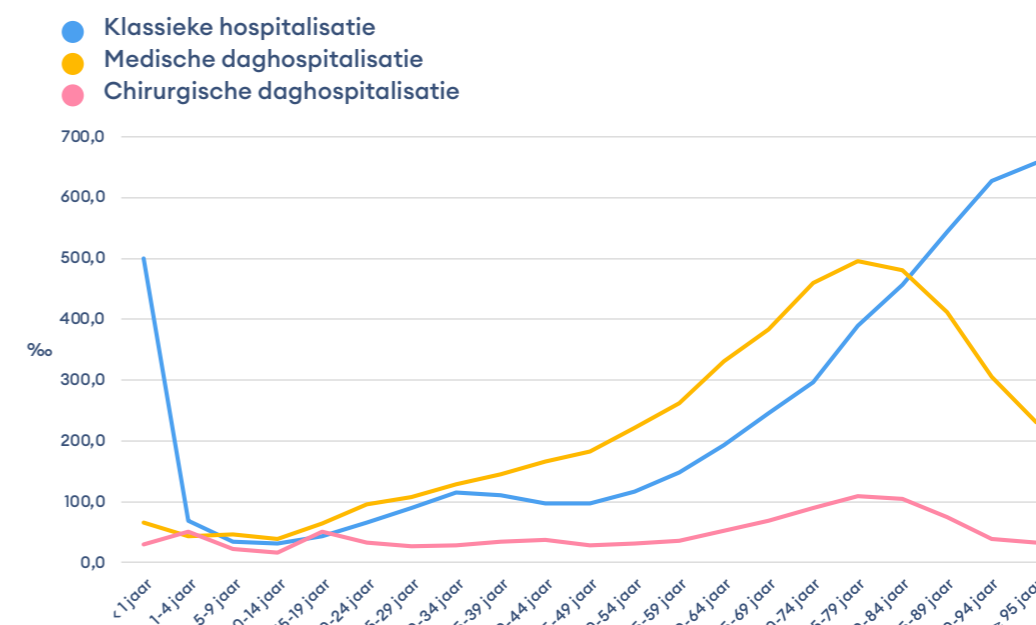
¹⁶⁴ Carton J. La réforme du financement des hôpitaux : la notion d'activité justifiée. Reflets et perspectives de la vie économique, pagina 39-46, 2003.

Figuur 3-12 Percentage klassieke hospitalisaties, medische daghospitalisaties en chirurgische daghospitalisaties (per 1000 inwoners) van Brusselaars, naar geslacht, 2008-2019



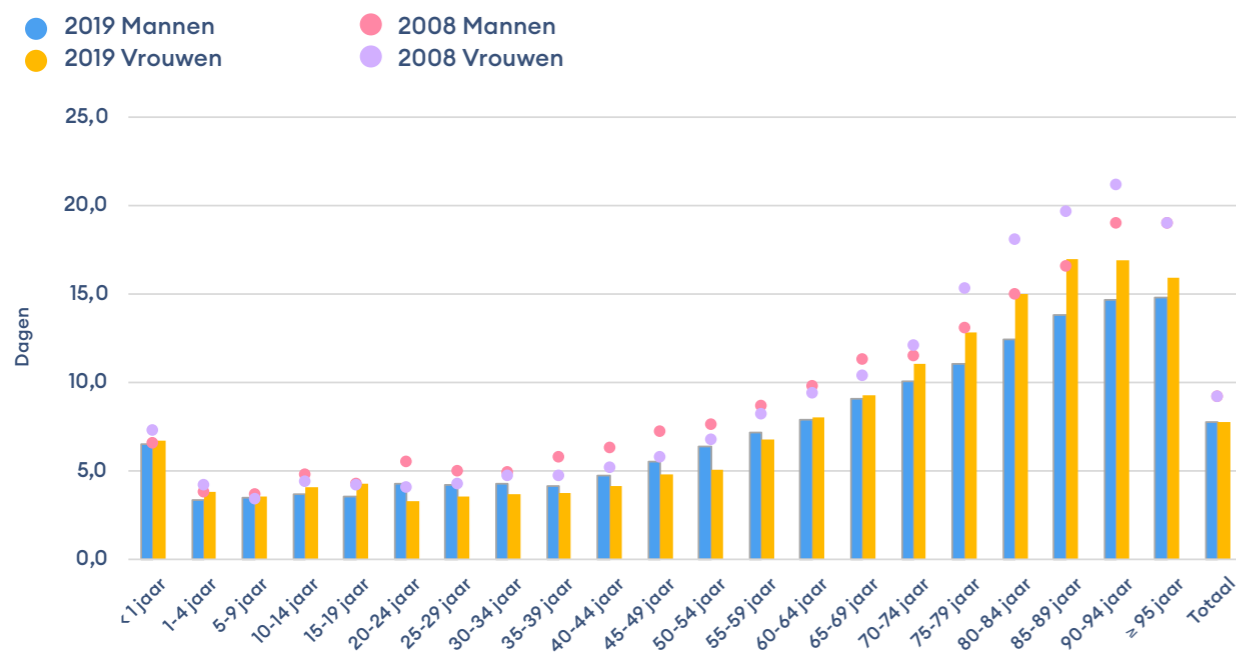
Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG, berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Figuur 3-13 Percentage klassieke hospitalisaties, medische daghospitalisaties en chirurgische daghospitalisaties (per 1.000 inwoners) van Brusselaars, naar leeftijdsgroep, 2019



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG, berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Figuur 3-14 Gemiddelde verblijfsduur (in aantal dagen) van klassieke hospitalisaties van Brusselaars, naar leeftijdscategorie en geslacht, 2008 en 2019



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG, berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Verschillen in leeftijdscategorieën

Wat betreft het aantal hospitalisaties naar leeftijd toont figuur 3-13 de verschillen per type ziekenhuisopname.

Het percentage klassieke hospitalisaties varieert sterk afhankelijk van de leeftijd, en vormt een U-curve. Dit cijfer is hoog bij kinderen jonger dan één jaar¹⁶⁵, neemt sterk af na één jaar, en stijgt geleidelijk vanaf 15 jaar. Pas op de leeftijd van 85 jaar ligt het aantal ziekenhuisopnames hoger dan bij kinderen jonger dan één jaar (figuur 3-13).

De curve voor het percentage medische en chirurgische daghospitalisaties verschilt van die voor klassieke hospitalisaties. Het percentage medische en chirurgische daghospitalisaties neemt globaal gezien toe met de leeftijd, tot en met 75 jaar, waarna het cijfer weer afneemt (figuur 3-13).

Duur van ziekenhuisverblijf

In 2019 duurde een klassieke hospitalisatie gemiddeld 7,8 dagen voor mannen en 7,7 dagen voor vrouwen. In 2008 was dit voor beide geslachten 9,2 dagen. Die daling van het absolute cijfer voor de gemiddelde verblijfsduur tussen 2008 en 2019 is het sterkst op te merken bij ouderen, vooral vanaf 75 jaar (figuur 3-14).

De kortere hospitalisatie is een aandachtspunt voor de organisatie van het ontslag van oudere patiënten, omdat de nodige zorg en hulp bij de patiënten thuis wellicht sneller moet worden georganiseerd. In de toekomst zou een groeiende behoefte aan dit soort zorg en ondersteuning kunnen ontstaan (zie Deel 3E over het gebruik van gezondheidsdiensten door ouderen). Ook valt op dat de gemiddelde hospitalisatie bij ouderen langer is voor vrouwen dan voor mannen.

De gemiddelde verblijfsduur is langer bij kinderen jonger dan één jaar, neemt af na de eerste verjaardag, en begint opnieuw met de leeftijd mee te stijgen voor de leeftijdsgroep 45-49 jaar (figuur 3-14).

¹⁶⁵ Verbleven in verband met de geboorte, waarbij het kind alleen op de materniteit verblijft (zonder complicaties) zijn uitgesloten van de leeftijdsgroep jonger dan één jaar. Door geboorten uit te sluiten, kan er een betere inschatting worden gemaakt van de gezondheidsproblemen bij kinderen jonger dan één jaar. Bij deze uitgesloten verblijven zijn ook doodgeboortes en de overlijdens van te vroeg geboren baby's die niet werden behandeld door een dienst neonatologie.

Gebruik van spoeddiensten

De onderstaande grafieken beschrijven de specifieke situatie voor het gebruik van de spoeddiensten in de ziekenhuizen¹⁶⁶.

Het gebruik van de spoeddiensten geeft niet alleen een inzicht in de gezondheidstoestand van de Brusselaars, maar ook in hoe de activiteiten van deze diensten in de afgelopen decennia geëvolueerd zijn. De spoeddiensten spelen een rol in de eerstelijnszorg¹⁶⁷. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt immers dat een aanzienlijk deel van de patiënten die zich bij de spoeddiensten aanbieden, ook door een huisarts zou kunnen worden geholpen¹⁶⁸.

Het gebruik van spoeddiensten door de Brusselse bevolking moet worden gekaderd in de context van het grotere aanbod aan spoeddiensten en ziekenhuizen in termen van bevolkingsdichtheid, in vergelijking met de twee andere gewesten¹⁶⁹, waardoor dit een alternatief kan vormen voor een bezoek aan een huisarts¹⁷⁰. Uit de literatuur blijkt dat de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in vergelijking met de inwoners van de andere gewesten vaker beroep doen op de spoeddiensten¹⁷¹, dat ze voor deze hulp vaker niet door een arts zijn doorverwezen en dat de pediatrische zorgen op de spoeddienst vaker gebruikt worden op een ambulante wijze¹⁷².

Het gebruik van de spoeddiensten is het hoogst bij kinderen jonger dan 15 jaar, met de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder op de tweede plaats (sinds 2010), in vergelijking met de 15- tot 64-jarigen (grafiek 4).

Tussen 2008 en 2019 is het gebruik van de spoeddiensten met 20,6% gestegen, van 368,5 naar 444,4 opnames per 1000 inwoners. Die stijging is het meest uitgesproken bij de 65-plussers (+46,0%), en in mindere mate ook bij de leeftijdsgroep tot 15 jaar (+17,4%) en de 15- t.e.m. 64-jarigen (+16,4 %) (figuur 3-15).

Types contacten met de spoeddienst

Er zijn verschillende types contacten met de spoeddienst: ambulante verzorging, spoedgevallen gevolgd door een dagopname en spoedgevallen gevolgd door een klassieke hospitalisatie. In 2019 werd de helft (47,3%) van de contacten met de spoeddienst gevolgd door een hospitalisatie bij 65-plussers, tegenover 19,7% in de groep 15-64 jaar en 9,7% onder de 15 jaar. Wanneer de zorg op de spoed gevolgd wordt door een hospitalisatie bij kinderen jonger dan 15 jaar en bij patiënten van 65 jaar of ouder, gaat het meestal om een klassieke hospitalisatie. De verdeling van de verschillende types contact met de spoeddienst per leeftijdscategorie is relatief stabiel gebleven ten opzichte van 2008, met een lichte stijging in 2019 van het aandeel ambulante verzorging bij 65-plussers (figuur 3-16).

Gebruik van spoeddiensten na doorverwijzing door een arts

Bijna negen op de tien contacten met de spoeddienst zijn door patiënten die niet doorverwezen zijn door een arts (figuur 3-17).

Patiënten ouder dan 65 jaar worden vaker door een arts doorverwezen naar de spoeddienst, in vergelijking met jongere leeftijdsgroepen. In 2019 vond 16,6% van de contacten met de spoeddienst voor 65-plussers plaats na doorverwijzing door een arts, tegenover 6,3% in de leeftijdscategorie 15-64 jaar en 3,8% bij kinderen jonger dan 15 jaar (figuur 3-17).

Het percentage patiënten dat door een arts doorverwezen werd naar de spoeddienst is in het algemeen afgenomen tussen 2008 en 2019 (van 10,7 % naar 7,2 %), en die daling is het sterkst bij 65-plussers: van 31,1% in 2008 tot 16,6% in 2019 (figuur 3-17).

¹⁶⁶ Raadpleeg de studie van het Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel-Hoofdstad voor meer informatie en resultaten over het gebruik van spoeddiensten. Het gebruik van de spoeddienst door de Brusselaars (2008-2016): Focus op de bevolking jonger dan 15 jaar en van 65 jaar en ouder. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel, 2019 Beschikbaar op de URL: https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-1_spoeddienst_nl.pdf

¹⁶⁷ De cijfers voor het gebruik van de spoeddiensten verschillen licht van de cijfers in de rapporten "Kenmerken van de ziekenhuisverblijven van Brusselaars in 2014" en "Het gebruik van de spoeddienst door de Brusselaars (2008-2016)" na de ontdekking van discrepanties tussen de dienst waar men zich eerst heeft aangemeld en het type verblijf voor een aantal ambulante spoedgevallen tussen 2008 en 2013.

¹⁶⁸ Belgian Paediatric Emergency Department Organization (BePED.ORG). Étude de l'organisation des services d'urgence des hôpitaux belges à destination des patients pédiatriques réalisée pour le Collège de Pédiatrie. École de Santé Publique – Université libre de Bruxelles, 2010.

¹⁶⁹ Clumeck N., De Spiegelaere M., Deguerre M. et al. Rapport betreffende het onderzoek naar het profiel van de Brusselse patiënten die voor een dringend medisch probleem twee zorgcircuits bezoeken: de ziekenhuiswachtendienst en de huisartsen. IRIS-netwerk in samenwerking met het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel, 2005; Van den Heede K., Dubois C., Devriese S. et al. Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming. Synthese. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2016a.

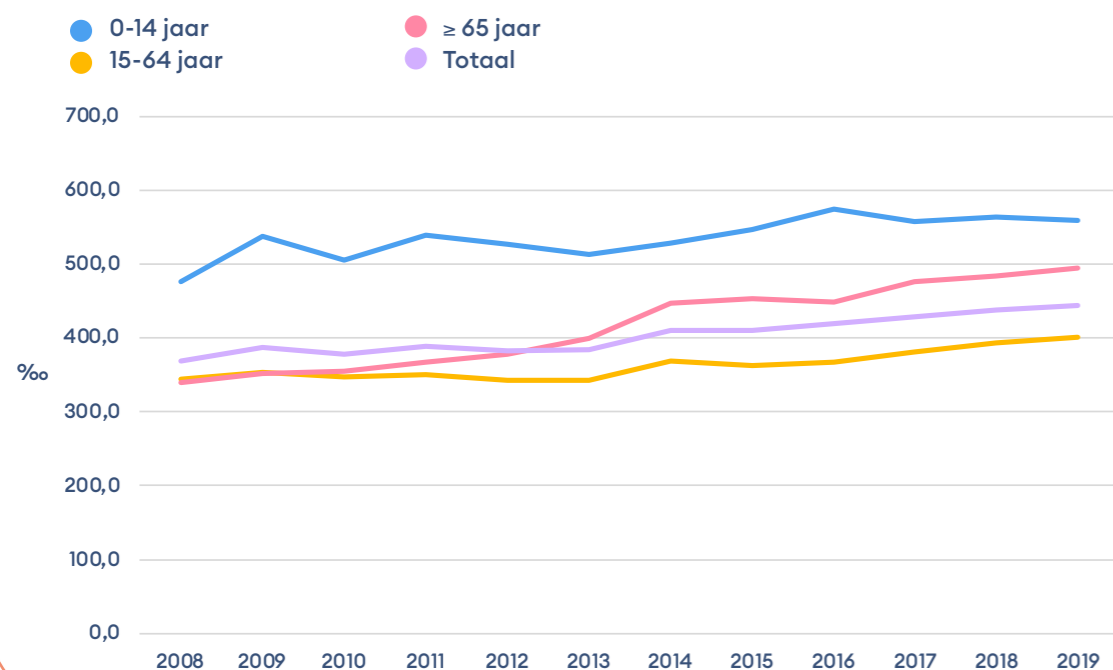
¹⁷⁰ Van den Heede K., Dubois C., Devriese S. et al. Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming. Synthese. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2016a.

¹⁷¹ Charafeddine R. Contacten met een dienst spoedgevallen. In: Driessens S., Gisle L. (éd.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. Sciensano (WIV-ISP), Brussel, 2015.

¹⁷² FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

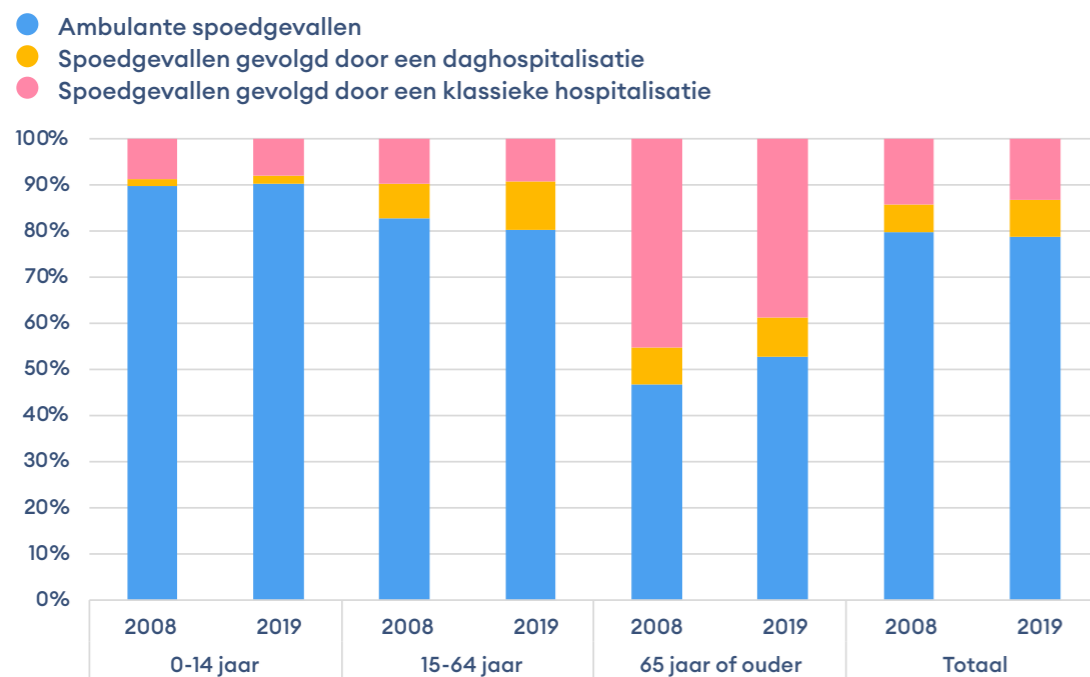
¹⁷³ Belgian Paediatric Emergency Department Organization (BePED.ORG). Étude de l'organisation des services d'urgence des hôpitaux belges à destination des patients pédiatriques réalisée pour le Collège de Pédiatrie. École de Santé Publique – Université libre de Bruxelles, 2010; Avalosse H., Chapelle A., van Sloten F. Recours aux urgences hospitalières : exploration des données de la MC. In: MC-Informatie Analyses en Standpunten. Driemaandelijkse tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, nr 262 Christelijke Mutualiteit, december 2015; Charafeddine R. Contacten met een dienst spoedgevallen. In: Driessens S., Gisle L. (éd.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. Sciensano (WIV-ISP), Brussel, 2015. Sciensano (WIV-ISP), Bruxelles, 2015.

Figuur 3-15 Gebruik van de spoeddienst (per 1000 inwoners) door Brusselaars, per leeftijdsgroep, 2008-2019



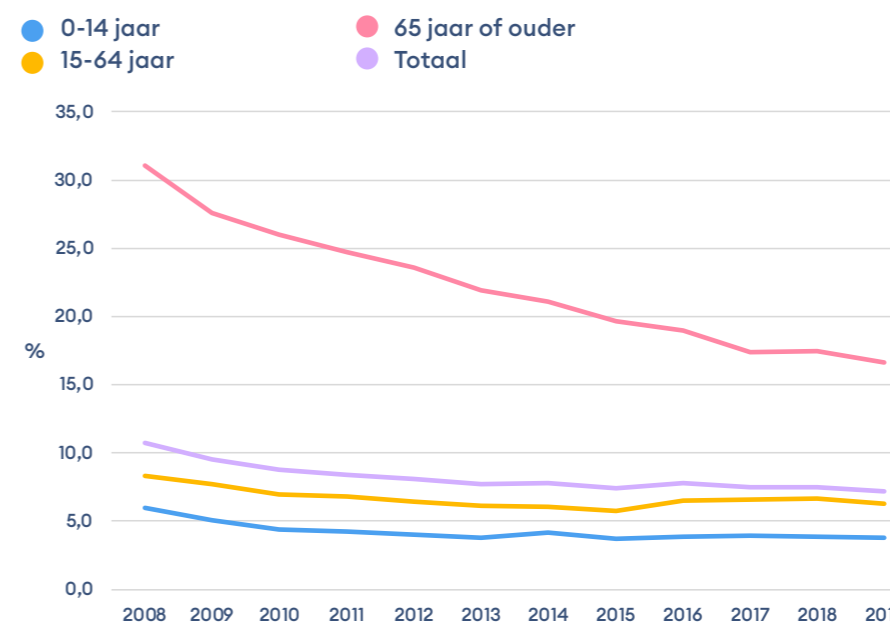
Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG, berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Figuur 3-16 Verdeling van de verschillende types contact met de spoeddienst door Brusselaars, per leeftijdsgroep, 2008 en 2019



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG, berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Figuur 3-17 Aantal contacten met de spoeddienst van Brusselaars, na doorverwijzing van een arts*, per leeftijdsgroep, 2008-2019



Verwijst naar de huisarts van de patiënt, een arts van wacht, een specialist in het ziekenhuis of buiten het ziekenhuis met een introductiebrief, na telefonisch contact of na mondeling contact. buiten het ziekenhuis met een introductiebrief, na telefonisch contact of na mondeling contact.
Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG, berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

Op basis van het aantal contacten met de spoeddienst zonder dat er een doorverwijzing aan vooraf ging, en het aandeel ambulante verzorging, kan worden geschat in hoeverre de spoeddiensten van de ziekenhuizen als eerstelijnszorg fungeren, en kunnen er vragen worden opgeroepen over de toegankelijkheid van eerstelijnszorg.

Besluit

Tot slot kan op basis van de gegevens in dit hoofdstuk een algemene inschatting worden gemaakt van de kenmerken van ziekenhuisopnames. De percentages van klassieke hospitalisatie en chirurgische daghospitalisatie zijn in de periode 2008-2019 relatief stabiel gebleven, maar het aantal medische daghospitalisaties is in diezelfde periode gestegen. Het aantal contacten met de spoeddienst nam toe in de periode 2008-2019, en dit het meest bij 65-plussers.

Omdat er slechts beperkte informatie beschikbaar is¹⁷³ over de hoofddiagnose en ernst van het probleem bij opname, zijn deze factoren in dit dossier niet nader bestudeerd, ook al is dit nuttige informatie bij het bepalen van de reden voor de ziekenhuisopname.

¹⁷³ Voor meer informatie over de beperkte informatie rond de diagnose en ernst van de aandoening, zie «Beperkingen van het onderzoek» (pagina 12) dossier «Het gebruik van de spoeddienst door de Brusselaars (2008-2016): Focus op de bevolking jonger dan 15 jaar en van 65 jaar en ouder»: <https://www.vivalis.brussels/nl/publicatie/gebruik-spoeddienst-Brusselaars>

E. Gebruik van gezondheidsdiensten voor ouderen

Inleiding

Sinds 2010 is er in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een stijging van het aantal ouderen. Op 1 januari 2022 woonden er 160.116 65-plussers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Zij vertegenwoordigen 13,1% van de totale bevolking van Brussel. Volgens demografische vooruitzichten tot 2070 zal deze stijging zich doorzetten, en zullen er in 2070 223.273 65-plussers in het gewest wonen (18,2% van de totale Brusselse bevolking)¹⁷⁴. Het aantal 85-plussers - een kwetsbare populatie die meer risico loopt om zorgafhankelijk te worden - zou vanaf ongeveer 2030 sterk beginnen te stijgen (figuur 3-18). Ook het profiel van Brusselse ouderen verandert mettertijd: ouderen lopen in de toekomst meer risico op bestaansonzekerheid en zijn cultureel diverser¹⁷⁵.

De demografische en sociaal-culturele evolutie van de oudere bevolking houdt mogelijk in dat het welzijns- en zorgaanbod in Brussel moet worden heroverwogen (zorg en hulp aan huis, soorten opvang en huisvesting voor ouderen).

De COVID-19-crisis heeft een impact gehad op het gebruik van zorg door ouderen, en op hun toegang tot opvang en huisvesting, waardoor trendbreuken waarneembaar zijn. Daarom werd besloten de gegevens voornamelijk tot en met 2019 op te nemen, om de evolutie van het gebruik van gezondheidsdiensten door ouderen te kunnen evalueren.

Thuisverpleging

Figuur 3-19 toont dat het aandeel thuisverpleegkundigen de laatste jaren over het algemeen stabiel is gebleven in de drie gewesten. In het Brusselse Gewest is het gestegen van 3,0% in 2008 tot 3,8% in 2019. In de leeftijdsgroep van 85 jaar en ouder, een bevolkingsgroep die meer gebruik maakt van thuisverpleging (zie verder), is er een zeer lichte stijging van het gebruik van dit type zorg. In feite wordt er een stijging van 2,7 en 2,2 procentpunten waargenomen tussen 2008 en 2019 voor respectievelijk mannen en vrouwen van 85 jaar en ouder¹⁷⁶ (niet geïllustreerd). Brusselse 65-plussers maken proportioneel minder gebruik van thuisverpleging dan ouderen in Vlaanderen en Wallonië.

De verschillen tussen de gewesten kunnen gedeeltelijk worden verklaard door: 1) het grotere aanbod van rusthuizen en ziekenhuizen in Brussel; 2) gebruikers die niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden voor thuiszorg en -hulp; 3) de culturele diversiteit in het Brussels Gewest, die ook een rol kan spelen bij de keuze om al dan niet gebruik te maken van thuishulp en thuiszorg¹⁷⁷.

Deze hulp- en zorgdiensten zijn van essentieel belang voor mensen die thuis willen blijven wonen of die naar huis willen terugkeren, en dragen zo bij aan de filosofie om zo lang mogelijk thuis te wonen. Volgens Iriscare bieden deze diensten "ondersteuning in het dagelijkse leven van alleenstaanden, ouderen, personen met een handicap, zieken, personen in moeilijkheden en hun gezinnen"¹⁷⁸.

Ingelijst 3-3

Voor meer informatie over de demografische en welzijns- en gezondheidstoestand van ouderen in het Brussels Gewest, en over het opvang- en huisvestingsaanbod, zie de studie: Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel-Hoofdstad. Ouderen in het Brussels Gewest: Overzicht van hun welzijns- en gezondheidstoestand en het opvang- en huisvestingsaanbod. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel, 2022 Beschikbaar op de URL: <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/dossier-2023-ouderen-brussel>

¹⁷⁴ Bron: Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse (BISA). Beschikbaar op de URL: <https://bisa.brussels/themas/bevolking>

¹⁷⁵ Bron: studie «Ouderen in het Brussels Gewest: overzicht van hun welzijns- en gezondheidstoestand en het opvang- en huisvestingsaanbod» vermeld in het kader bovenaan dit hoofdstuk.

¹⁷⁶ <https://ima-aim.be/IMA-Atlas?lang=nl>

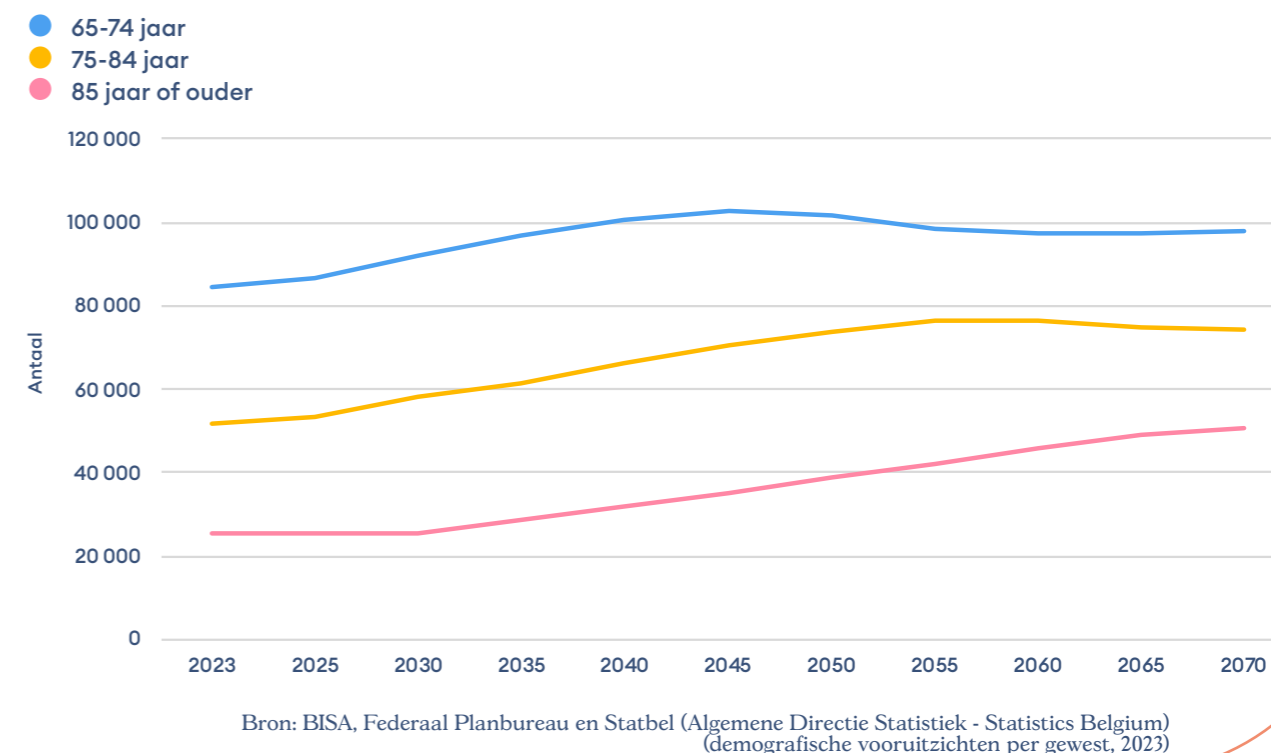
¹⁷⁷ Bronnen:

- Liesbeth De Donder et al., Programmatiestudie Brussel. Onderzoek naar het opzetten van de programmatie inzake structuren voor het thuishouden en huisvesten van ouderen. Vrije Universiteit Brussel & Kenniscentrum Woonzorg Brussel. Brussel, 2012.

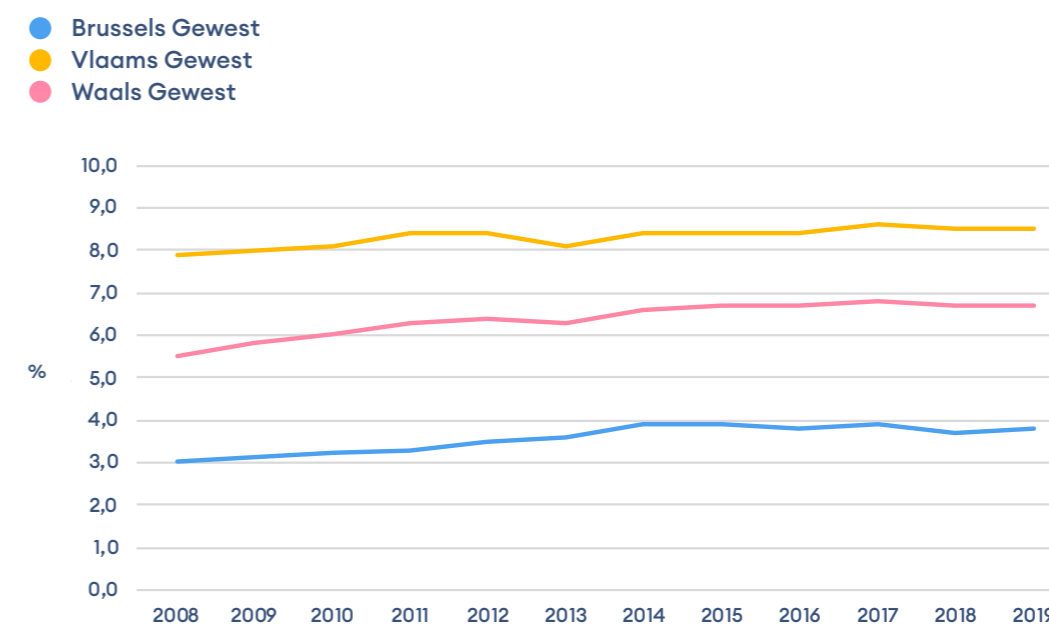
- Le Soir. Les dix plaies des infirmières à domicile. 2019. Beschikbaar op de URL: <https://brabant.aideetsoinsadomicile.be/fr/actualites/les-dix-plaies-des-infirmieres-domicile-le-soir>

¹⁷⁸ Bron: Iriscare. Beschikbaar op de URL: <https://www.iriscare.brussels/nl/burgers/hulp-en-zorg/diensten-voor-thuishulp/>

Figuur 3-18 Demografische vooruitzichten voor 65-plussers, Brussels Gewest, 2023-2070

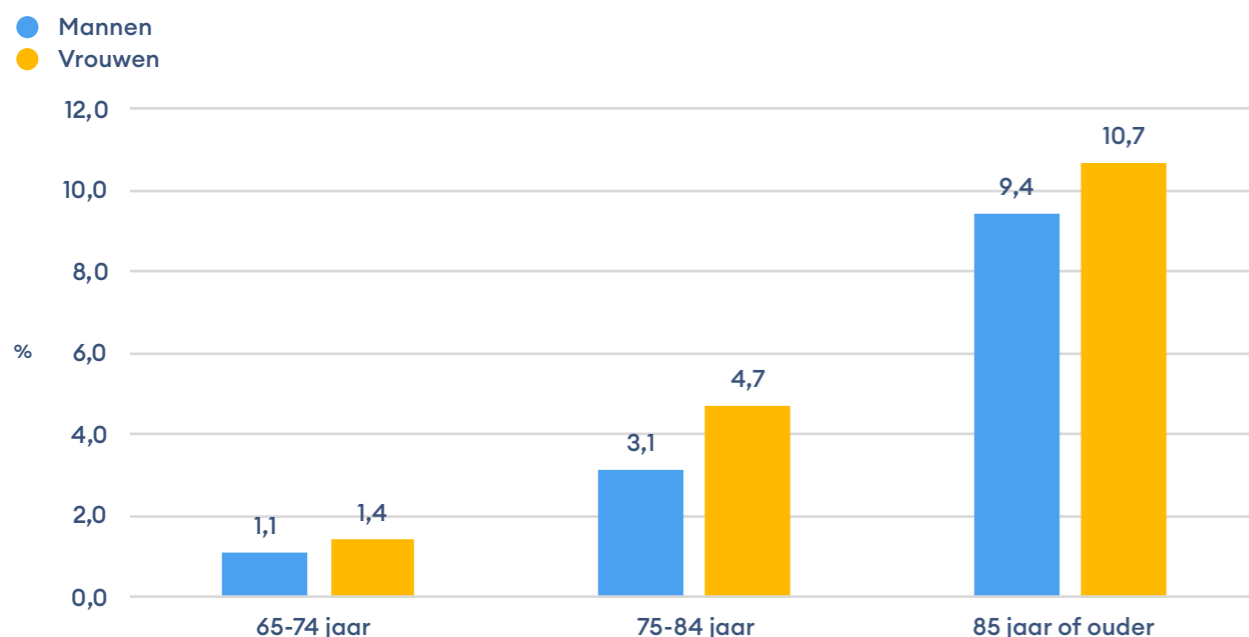


Figuur 3-19 Percentage 65-plussers die beroep doen op thuisverpleging, met een zekere mate van zorgbehoevendheid*, per gewest, 2008-2019



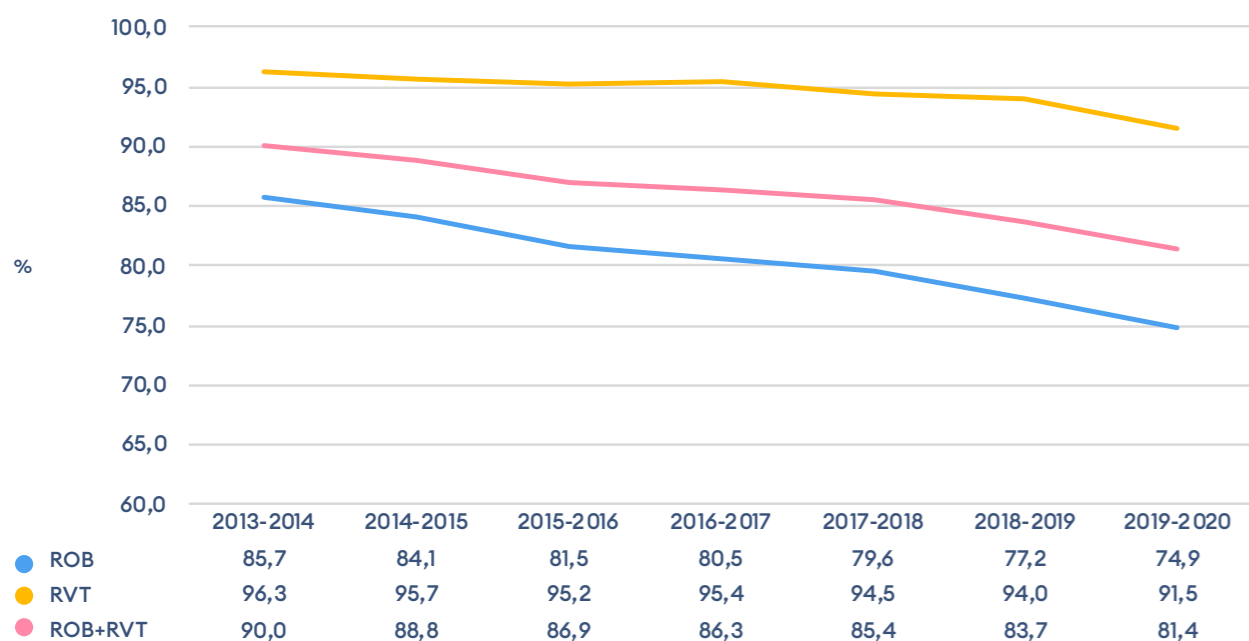
* Het gaat om personen die een attest hadden van een forfait voor thuisverpleging of toiletverzorging, en geen forfait RVT/ROB/kortverblijf noch dagverzorgingscentrum.
Bron: IMA Atlas

Figuur 3-20 Percentage 65-plussers die beroep doen op thuisverpleging, met een zekere mate van zorgbehoevendheid*, naar geslacht en per leeftijdsgroep, Brussels Gewest, 2019



* Het gaat om personen die een attest hadden van een forfait voor thuisverpleging of toiletverzorging, en geen forfait RVT/ROB/kortverblijf noch dagverzorgingscentrum.
Bron: IMA Atlas

Figuur 3-21 Bezettingsgraad van rust- en verzorgingstehuizen, naar type structuur erkend door GGC, Brussels Gewest, 2013-2020



Opmerking met betrekking tot methodologie: RVT-comabedden worden niet in aanmerking genomen omdat vanaf 2017-2018 voor deze bedtypes de gegevens over de gefactureerde dagen niet beschikbaar zijn.
ROB = rustoord voor bejaarden; RVT = rust- en verzorging
Bron: Iriscare; berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

Bij de Brusselaars van 65 jaar en ouder doen proportioneel meer vrouwen dan mannen een beroep op thuisverpleging. In 2019 was deze kloof tussen mannen en vrouwen waarneembaar in alle leeftijdsgroepen, met name bij 75-plussers. In de leeftijdsgroep van 75 tot 84 jaar bedraagt dit percentage respectievelijk 4,7% en 3,1%, en boven de 85 is dit 10,7% en 9,4%.

Het is ook op te merken dat zowel mannen als vrouwen naarmate ze ouder worden steeds vaker beroep doen op thuisverpleging (figuur 3-20).

Rust- en verzorgingstehuizen

In 2018 verbleef 7,6% van de Brusselse 65-plussers in rust- en verzorgingstehuizen. Ter vergelijking is dit percentage 6,1% voor Waalse en 5,3% voor Vlaamse 65-plussers¹⁷⁹ (niet geïllustreerd).

De bezettingsgraad van rust- en verzorgingstehuizen is over het algemeen gedaald tussen 2013 en 2020¹⁸⁰. Specifiek gaat het om een daling van ongeveer 10 procentpunt van de bezettingsgraad in ROB (figuur 3-21). In dezelfde periode is het aantal erkende ROB-bedden relatief gezien met bijna 5% gestegen (niet geïllustreerd). In de RVT is de bezettingsgraad met ongeveer 5 procentpunt afgenomen (figuur 3-21), ondanks het feit dat het aantal erkende bedden in dezelfde periode stabiel bleef: er waren 6058 bedden in 2013 tegenover 6042 in 2020. (Niet geïllustreerd).

Er zijn verschillende hypothesen die de dalende bezettingsgraad van de rust- en verzorgingstehuizen in de voorbije jaren zouden kunnen verklaren:

- Er is de voorbije jaren een lichte daling geweest van het aantal 85-plussers¹⁸¹ - de populatie die het grootste risico loopt om in een rust- en verzorgingstehuis te verblijven. Ter herinnering: naar verwachting zou hun aantal vanaf 2030 beginnen te stijgen (cf. figuur 3-18);
- Er is steeds meer multiculturalisme bij de oudere bevolking in Brussel¹⁸². Culturele diversiteit zou een rol kunnen spelen bij de keuze om al dan niet beroep te doen op rust- en verzorgingstehuizen;
- De toenemende bestaansonzekerheid bij Brusselse ouderen zou de toegang tot rust- en verzorgingstehuizen kunnen afremmen, aangezien deze steeds duurder worden¹⁸³;
- De wens van personen om zo lang mogelijk thuis te willen blijven.

Vanaf 75 jaar, en nog meer vanaf 85 jaar, worden Brusselse vrouwen proportioneel meer in een ROB/RVT geïnstitutionaliseerd dan mannen (6,8% tegenover 4,9% voor de leeftijdsgroep van 75-84 jaar, en 29,7% tegenover 16,4% bij 85-plussers) (figuur 3-22). Ook in de andere twee gewesten is er vanaf 75 een gelijkaardig verschil tussen mannen en vrouwen op te merken¹⁸⁴ (niet geïllustreerd).

Kortverblijf en dagverzorgingscentra

Tot slot maken Brusselse ouderen nog steeds weinig gebruik van alternatieven voor rust- en verzorgingstehuizen, zoals instellingen voor kortverblijf en dagverzorgingscentra. Van de Brusselse 65-plussers heeft in 2019 slechts 0,02% gebruik gemaakt van kortverblijf (tegenover 0,1% van de Vlamingen en Walen) en deed 0,04% een beroep op dagverzorgingscentra (tegenover 0,05% in Vlaanderen en 0,02% in Wallonië)¹⁸⁵.

Dit heeft te maken met het feit dat er slechts weinig plaatsen beschikbaar zijn in kortverblijf en dagverzorgingscentra. Slechts vier Brusselse gemeenten beschikken immers over voorzieningen voor kortverblijf: Jette, Anderlecht, Evere en

¹⁷⁹ Bron: IMA Atlas van het Intermutualistisch Agentschap: <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&>

Voor meer informatie over de verschillen tussen de gewesten en mogelijke verklaringen, zie de studie «Ouderen in het Brussels Gewest: overzicht van hun welzijns- en gezondheidstoestand en het opvang- en huisvestingsaanbod» vermeld in het kader bovenaan dit hoofdstuk.

¹⁸⁰ Deze daling was sterker uitgesproken in het laatste jaar waarvan sprake (2019-2020) als gevolg van de COVID-19-crisis.

¹⁸¹ Zie de studie «Ouderen in het Brussels Gewest: overzicht van hun welzijns- en gezondheidstoestand en het opvang- en huisvestingsaanbod» vermeld in het kader bovenaan dit hoofdstuk.

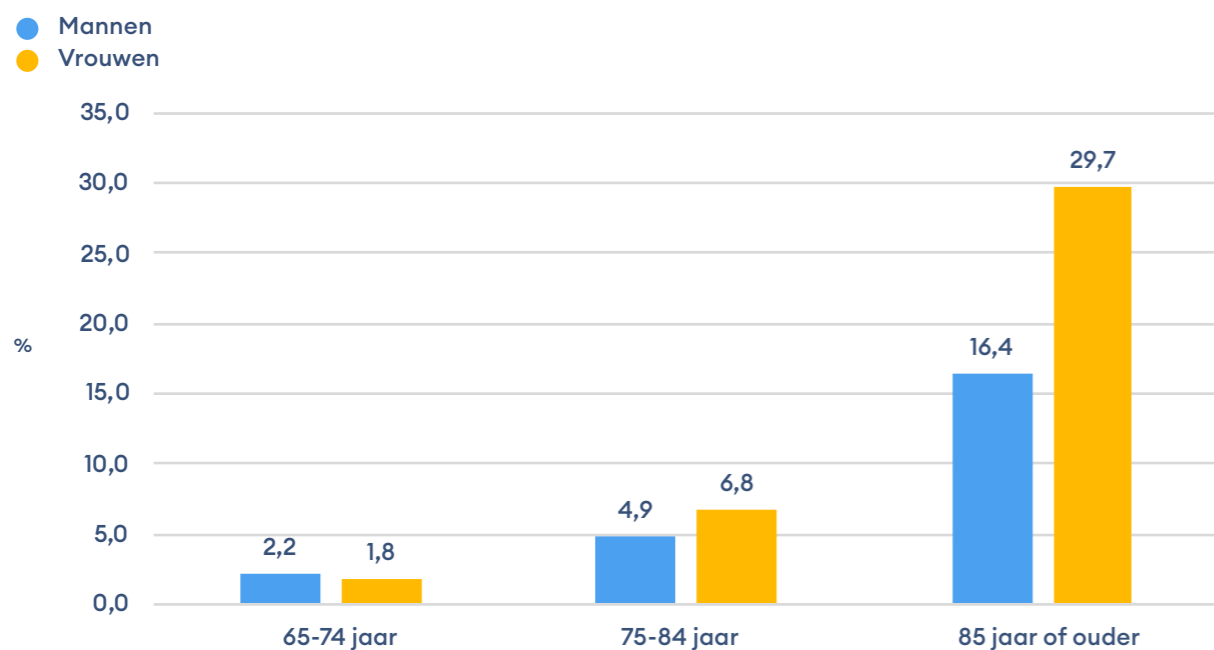
¹⁸² Voor meer informatie over multiculturaliteit bij Brusselse ouderen, zie de studie «Ouderen in het Brussels Gewest: overzicht van hun welzijns- en gezondheidstoestand en het opvang- en huisvestingsaanbod» vermeld in het kader bovenaan dit hoofdstuk.

¹⁸³ Voor meer informatie over bestaansonzekerheid bij Brusselse ouderen, zie de studie «Ouderen in het Brussels Gewest: overzicht van hun welzijns- en gezondheidstoestand en het opvang- en huisvestingsaanbod» vermeld in het kader bovenaan dit hoofdstuk.

¹⁸⁴ Bron: IMA Atlas van het Intermutualistisch Agentschap: <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&>

¹⁸⁵ Bron: IMA Atlas van het Intermutualistisch Agentschap: <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&>

Figuur 3-22 Percentage 65-plussers die in een ROB/RVT verblijven, naar geslacht en leeftijdscategorie, Brussels Gewest, 2018*



* Hier werd ervoor gekozen om het jaar 2018 te illustreren, en niet 2019 zoals dat voor andere indicatoren gebeurde. Volgens het Intermutualistisch Agentschap zijn de gegevens van 2019 onvolledig voor het Brussels Gewest wat betreft het percentage institutionalisering in ROB/RVT.
Bron: IMA Atlas

Sint-Pieters-Woluwe. In grote delen van het Brussels Gewest zijn er zelfs helemaal geen dagverzorgingscentra: in het noord-oosten, zuiden en zuid-westen van het Gewest is er geen enkele dagopvangvoorziening¹⁸⁶.

Besluit

Het toenemende aantal ouderen, de stijgende levensverwachting, steeds kortere hospitalisaties (cf. onderdeel 3 D) en het veranderende socioculturele profiel van Brusselse ouderen, hebben vandaag en in de toekomst een invloed op het gebruik van thuiszorg en thuishulp, en op de keuze om al dan niet een beroep te doen op een bepaald type opvang of huisvesting voor ouderen. Zoals uit de resultaten van dit hoofdstuk blijkt, is er de laatste jaren een lichte stijging in het gebruik van thuiszorg, terwijl de bezettingsgraad van ROB/RVT is gedaald. Bovendien blijkt uit de programmatiestudie inzake structuren voor het thuishouden en huisvesten van Brusselse ouderen¹⁸⁷ dat vooral structuren voor “kortverblijf” nog verder moeten worden ontwikkeld, opdat deze een alternatief kunnen vormen voor rust- en verzorgingstehuizen, en ouderen dus zo lang mogelijk thuis kunnen wonen.

¹⁸⁶ Zie de studie «Ouderen in het Brussels Gewest: overzicht van hun welzijns- en gezondheidstoestand en het opvang- en huisvestingsaanbod» vermeld in het kader bovenaan dit hoofdstuk.

¹⁸⁷ Bron: Dobbstein F., Van Cutsem M., Gavroy M. Uitvoering van een programmatiestudie over voorzieningen voor het thuishouden en opvangen of huisvesten van ouderen in het Brussels Gewest. BDO - Iriscare, Brussel, 2022 (beschikbaar via de URL : <https://www.iriscare.brussels/nl/2022/07/06/resultaten-programmeringsstudie-voor-de-ouderensector/>)

Besluit

In dit rapport werd de Brusselse bevolking, haar gezondheidstoestand en het gebruik van zorgdiensten in het Brussels Gewest verkent. Er werd licht geworpen op de aanpak van chronische en infectieziekten, geestelijke gezondheidsuitdagingen, preventie, de toegankelijkheid tot eerstelijnszorg en er werd ingegaan op de specifieke behoeften van de oudere bevolking in de context van een toenemende levensverwachting en uiteenlopende sociale en culturele achtergronden. Door deze elementen samen te brengen, poogde dit rapport een overzicht te bieden van de gezondheidsuitdagingen en kansen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Op die manier wil het mee de basis leggen voor geïnformeerde beleidsvorming.

Uit dit rapport blijkt wederom dat de Brusselse bevolking wordt geconfronteerd met verschillende gezondheidsuitdagingen. Chronische ziekten zoals hart- en vaatziekten en kanker zijn prominente doodsoorzaken, terwijl infectieziekten zoals HIV en tuberculose aanzienlijke volksgezondheidsproblemen blijven. De geestelijke gezondheid van de Brusselaars werd verergerd door recente crises zoals de COVID-19-pandemie, en dat terwijl deze in verscheidende opzichten al minder gunstig was dan in de andere gewesten van het land. De situatie wordt bovendien verder gecompliceerd door ongelijkheden in de gezondheid, die gekoppeld zijn aan socio-economische status en toegang tot gezondheidszorg.

Er tekenen zich ook positieve ontwikkelingen af, zoals de verbetering van de levensverwachting, maar deze moeten steeds in perspectief worden gezien van de nog steeds talrijke uitdagingen waar het Brussels Gewest mee wordt geconfronteerd. De verschillen in gezondheidsgedragingen en -uitkomsten tussen verschillende bevolkingsgroepen benadrukken de noodzaak van gerichte gezondheidsinterventies en preventieprogramma's. In dit opzicht is het belangrijk om de diversiteit van de Brusselse bevolking te erkennen, en gezondheidsstrategieën dienovereenkomstig aan te passen.

Op vlak van preventie en zorggebruik is er bijvoorbeeld nog veel ruimte voor verbetering, vooral op het gebied van vaccinatie en screening. Verder is het zeker zo dat het verhogen van de toegankelijkheid en het gebruik van gezondheidszorg (met name huisartsen- en geestelijke gezondheidszorg) cruciale factoren zijn met oog op het verbeteren van de algemene gezondheidstoestand van de Brusselse bevolking. Demografische trends zoals de toenemende vergrijzing spelen daarbij een belangrijke rol in de toekomstige behoeften van zorg, met name in thuiszorg en kortverblijf. Ook de aanzienlijke verschillen in woon- en werkomgevingen dragen bij aan gezondheidsongelijkheden.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest staat voor complexe gezondheidsuitdagingen die nauw verbonden zijn met een unieke demografische en socio-economische context. Een benadering die rekening houdt met zowel individuele als omgevingsfactoren, is essentieel om effectieve en inclusieve gezondheidszorg en preventiestrategieën te implementeren. Het is daarom van cruciaal belang om voortdurend aandacht te besteden aan de diverse en veranderende behoeften van de Brusselse bevolking om een gezonde toekomst voor iedereen te waarborgen.

Basisvaccinatieschema aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad - versie 2021 - verklarende bijlage¹⁸⁸

Annex

VACCINATE
VAN KINDEREN,
ADOLESCENTEN &
VOLWASSENEN

0. Basisvaccinatieschema (verklarende bijlage)

Verklarende bijlage basisvaccinatieschema

Het aanbevolen vaccinatieschema is van toepassing voor à terme gezonde kinderen, adolescenten en volwassenen.

Bij specifieke medische problemen verwijzen we naar de fiches prematuren, immuundepressie en anafylaxie. Wanneer bij een medisch contact of bij een raadpleging vastgesteld wordt dat niet alle, tot die leeftijd aanbevolen vaccinaties toegediend werden, moet elke kans aangegrepen worden om inhaalvaccinatie aan te bieden, tenzij er een (tijdelijke) tegenaanwijzing is (fiche inhaalvaccinatie).

Vaccins die op eenzelfde leeftijd aanbevolen zijn, kunnen gelijktijdig maar op verschillende injectieplaatsen worden toegediend (ander lidmaat of minimum 5cm uit elkaar indien in hetzelfde lidmaat).

De 11 nota's waarnaar in het bovenstaand schema wordt verwezen, worden in de volgende paragrafen achtereenvolgens besproken.

1) Leeftijd

Het aanbevolen basisvaccinatieschema in functie van de leeftijd houdt rekening met de epidemiologie van de ziektes, de kenmerken van de vaccins en de praktische organisatie van centraal georganiseerde vaccinatiecentra (vb. Kind en Gezin, Centra voor Leerlingenbegeleiding). Het toepassen van dit schema moet de kinderen optimaal beschermen.

Voor wat de leeftijd van de zuigelingen betreft, deze wordt tot 16 weken uitgedrukt in "weken". Dit om een strikte opvolging van het schema aan te houden met een minimum interval van 4 weken tussen de verschillende dosissen. Verduidelijking bij de aanwijzingen m.b.t. de leeftijd: "5-6 jaar" betekent: vanaf de 5^{de} verjaardag tot en met de dag vóór de 7^{de} verjaardag. "Ouder dan 25 jaar" betekent: vanaf de 25^{ste} verjaardag, enz.

(2) Vaccin tegen Poliomyelitis (IPV)

De basispoliovaccinatie gebeurt met een geïnactiveerd poliovaccin (IPV) dat deel uitmaakt van het gecombineerd hexavalent DTPa-IPV-Hib-HBV-vaccin. Het schema voor dit gecombineerd vaccin omvat 3 dosissen met telkens vier weken interval tijdens het eerste levensjaar en een booster op de leeftijd van 13-15 maanden. In het polio-attest voor de gemeente moeten in dit geval alleen de data vermeld worden van de eerste, derde en vierde dosis.

De boostervaccinatie op 5 - 6 jaar wordt uitgevoerd met een tetravalent DTPa-IPV-vaccin. Indien enkel met het IPV gevaccineerd wordt, zijn 3 dosissen voldoende: het interval tussen de eerste 2 dosissen bedraagt dan minstens 8 weken, en de 3^{de} dosis wordt toegediend op de leeftijd van 12-18 maanden (HGR 9208A).

(3) Vaccin tegen difterie, tetanus en kinkhoest (DTPa et dTpa)

Basisvaccinatie tegen Difterie, Tetanus en Kinkhoest gebeurt met een gecombineerd basisvaccinatie DTPa-HBV-IPV-Hib-vaccin. De boostervaccinatie gebeurt op 5 tot 6 jaar met een tetravalent DTPa-IPVvaccin.



¹⁸⁸ Hoge Gezondheidsraad. Basisvaccinatieschema, versie 2021. Beschikbaar via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20210701_fiche_9606_vaccinatieschema_hgr_2021.pdf, laatst geraadpleegd op 26/2/2024

0. HGR 9606 - Basisvaccinatieschema (verklarende bijlage)

VACCINATE
VAN KINDEREN,
ADOLESCENTEN &
VOLWASSENEN

VERSIE
2021

Vanaf de leeftijd van 15-16 jaar (adolescenten), bij de zwangere vrouw, tijdens iedere zwangerschap, en bij volwassenen (om de 10 jaar), vindt een boostervaccinatie plaats met een trivalent dTpa-vaccin.

Deze gecombineerde vaccins bevatten allen een acellulair kinkhoestvaccin (HGR 8807).

(4) Vaccin tegen *Haemophilus influenzae* type b (Hib)

Vaccinatie tegen *Haemophilus influenzae* type b gebeurt met een gecombineerd hexavalent DTPa-IPV-Hib-HBV-vaccin (cfr. 2). In geval van primovaccinatie na de leeftijd van 12 maanden volstaat één dosis.

Wegens de natuurlijk verworven immuniteit wordt vaccinatie na de leeftijd van 2 jaar alleen nog aanbevolen voor kinderen met een risico op invasieve infecties (asplenie, immunodeficiëntie) (HGR 8808).

(5) Vaccin tegen Hepatitis B (HBV)

De vaccinatie van de zuigeling tegen hepatitis B gebeurt met een gecombineerd hexavalent DTPa-IPV-Hib-HBV-vaccin (cfr. 2). Na afwerken van dit basisschema (4 dosissen) wordt geen verdere boostervaccinatie aanbevolen.

Voor kinderen van een moeder die HBsAg-draagster is, wordt een extra dosis met een monovalent HBV-vaccin bij de geboorte aanbevolen (HGR 8809).

(6) Vaccin tegen Mazelen, Bof en Rubella (MBR)

De MBR-vaccinatie omvat 2 dosissen: op 12 maanden (MBR1) en op 7-9 jaar (MBR2). Het Nationaal Comité voor de eliminatie van mazelen pleit voor de verlaging van de leeftijd voor de tweede dosis MBR, dit om de eliminatie van mazelen in ons land beter te controleren. Dit is de reden waarom de HGR, sinds 2019, aanbeveelt om de dosis MBR2 op 7-9 jaar toe te dienen in plaats van op 10-13 jaar. Het is dus belangrijk ervoor te zorgen dat alle kinderen hun tweede dosis krijgen. De doelstelling om mazelen in Europa te elimineren kan slechts bereikt worden als de vaccinatiegraad voor beide dosissen minstens 95% is (HGR 8811).

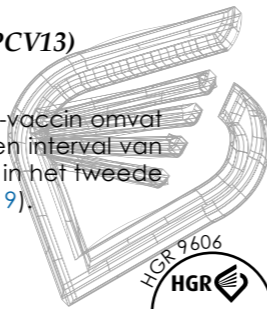
(7) Geconjugeerd Vaccin tegen Meningokokken van serogroep C (MenC)

De HGR adviseert om bij kinderen van 13-15 maanden het vaccin tegen meningokokken-C in het basisvaccinatieschema van de HGR te vervangen door het conjugaatvaccin tegen meningokokken ACWY en om bij adolescenten van 15-16 jaar vaccinatie tegen meningokokken ACWY met het conjugaatvaccin toe te voegen in combinatie met Tdap-vaccinatie (HGR 9485).

(8) Vaccin tegen pneumokokken

a. Geconjugeerd 13-Valent Pneumokokkenvaccin (PCV13) voor zuigelingen

De vaccinatie tegen pneumokokken door middel van het PCV13-vaccin omvat 3 dosissen volgens het 2+1 schema. Tussen de dosissen wordt een interval van 8 weken gerespecteerd, de derde dosis volgt zo vroeg mogelijk in het tweede levensjaar, bij voorkeur op de leeftijd van 12 maanden (HGR 9519).



VACCINATE
VAN KINDEREN,
ADOLESCENTEN &
VOLWASSENEN

0. Basisvaccinatieschema (verklarende bijlage)

De keuze voor het pneumokokkenvaccin is gebaseerd op de epidemiologie van invasieve pneumokokkeninfecties. Sinds 2019 wordt daarom de voorkeur gegeven aan het PCV13 vaccin.

Inhaalvaccinatie heeft na de leeftijd van 24 maanden geen zin meer, tenzij bij kinderen die een verhoogd risico op een invasieve pneumokokken-infectie lopen.

b. Vaccin tegen pneumokokken bij volwassenen vanaf 65 jaar

Bij gezonde volwassenen van 65-85 jaar is het voorkeurschema vaccinatie met PCV13 gevolgd door PPV23. Tussen beide vaccins wordt een interval van ten minste 1 jaar aanbevolen. Een mogelijk alternatief vaccinatieschema bij deze groep is een eenmalige vaccinatie met enkel PPV23 (HGR 9562).

(9) Vaccin tegen Rotavirus

Het peroraal toe te dienen rotavirusvaccin wordt aangeraden voor alle zuigelingen; de volledige vaccinatie moet vóór de leeftijd van zes maanden afgerond zijn. Naargelang het gebruikte vaccin zal het schema bestaan uit 2 dosissen (Rotarix®) of 3 dosissen (RotaTeq®). Na deze leeftijd wordt geen enkele inhaalvaccinatie tegen het rotavirus aanbevolen (HGR 8812).

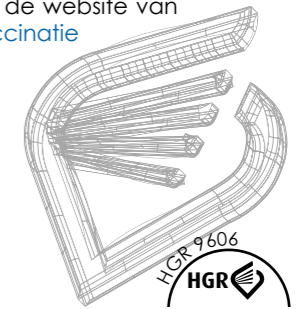
(10) Vaccin tegen humaan papillomavirus

Jaarlijkse algemene profylactische vaccinatie van een cohorte van meisjes en jongens van 9 tot en met 14 jaar wordt aanbevolen volgens een schema met 2 dosissen van een adequaat HPV-vaccin (0,6 maanden). Vanaf de leeftijd van 15 jaar wordt voor een inhaalvaccinatie een vaccinatieschema van drie doses aanbevolen (HGR 9181). Een alternatief inhaalschema met twee doses kan ook worden aanbevolen tussen de leeftijd van 15 tot en met 18 jaar.

(11) Vaccin tegen influenza

Een jaarlijkse dosis van het geïnactiveerd tetravalent vaccin tegen influenza, met 2 stammen van het influenza A-virus en 2 stammen van het influenza B-virus, wordt aanbevolen voor alle volwassenen vanaf de leeftijd van 65 jaar, personen in instellingen, zwangere vrouwen ongeacht de fase van de zwangerschap en voor alle patiënten vanaf de leeftijd van 6 maanden die lijden aan een onderliggende chronische aandoening.

De aanbevelingen over "seizoensgriep" worden jaarlijks herzien door de HGR (HGR 9581). Meer details en geactualiseerde aanbevelingen zijn te vinden op de website van de Hoge Gezondheidsraad: <https://www.health.belgium.be/nl/vaccinatie>



Appendix: Bronnen en methodologische toelichting

A. Belangrijkste gegevensbronnen

De statistische formulieren voor geboorte en sterfte en de nationale Gezondheidsenquêtes zijn de twee belangrijkste gegevensbronnen voor deze Gezondheidsindicatoren. Ook andere bronnen werden gebruikt. Enkel de vaakst gebruikte bronnen komen hieronder aan bod.

De statistische formulieren voor geboorte en sterfte

De statistische formulieren voor geboorte en sterfte moeten de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (ADSEI, het vroegere NIS) helpen bij het opstellen van de vitale statistieken van de Belgische bevolking. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie is bevoegd voor de verwerking van de gegevens met betrekking tot de Brusselse bevolking. Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn kreeg deze opdracht toegewezen.

Er bestaan drie formuliermodellen: model I (aangifte van de geboorte van een levend kind), model IIID (aangifte van het overlijden van een kind jonger dan één jaar of van een doodgeboorte), model IIIC (aangifte van het overlijden van een persoon van één jaar of ouder).

Al deze modellen bestaan uit vier luiken. Luik A bevat de identiteitsgegevens, wordt ingevuld door de geneesheer en bewaard bij de gemeentelijke administratie.

Luik B wordt eveneens ingevuld door de geneesheer en gecontroleerd door de gemeentelijke administratie alvorens het met de rest van het formulier wordt overgemaakt aan de verantwoordelijke geneesheer ambtenaar van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Luik C, dat de medische gegevens bevat, wordt ingevuld door de geneesheer en in een gesloten omslag overgemaakt (deze informatie is dus niet toegankelijk voor de gemeentelijke administratie). De omslag wordt pas geopend op het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn onder de verantwoordelijkheid van de verantwoordelijke geneesheer.

Luik D bevat de anonieme administratieve en sociale gegevens en wordt aangevuld door de gemeentelijke administratie.

De formulieren worden gedrukt door de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, die verantwoordelijk is voor de verdeling aan de gemeentelijke administraties en de kraamafdelingen.

De gemeentelijke diensten zorgen op hun beurt voor de verdeling van de formulieren aan de geneesheren en de ziekenhuizen op hun grondgebied.

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn controleert de gegevens en neemt contact op met de gemeentelijke administraties voor eventuele verbeteringen aan de administratieve gegevens. De verschillende luiken van de formulieren worden dan gecodeerd. De doodsoorzaken worden gecodeerd volgens de internationale ICD-10-classificatie van ziekten van de WGO.

De Gezondheidsenquête - Health Interview Survey (HIS)

Sinds 1997 wordt er regelmatig een grote nationale Gezondheidsenquête uitgevoerd bij de bevolking van het hele land door Sciensano. Zo werd een enquête uitgevoerd in 1997, 2001, 2004, 2008, 2013 en 2018.

Deze enquête is een van de belangrijkste informatiebronnen aangaande de gezondheidstoestand van de bevolking en bepaalde gezondheidsbepalende factoren. De meeste andere bronnen voor gezondheidsgegevens (uitgezonderd de statistische formulieren voor geboorte en sterfte) zijn afkomstig van registraties tijdens de consumptie van gezondheidszorg en hebben dus enkel betrekking op de personen die een beroep hebben gedaan op bepaalde gezondheidszorgen. Het betreft ook een van de weinige bronnen die toelaten om iemands sociaal-economische status te verbinden met zijn of haar gezondheidstoestand.

Voor elke gezondheidsenquête worden ongeveer 12 000 mensen ondervraagd. Door een belangrijke oververtegenwoordiging in de steekproef voor het Brussels Gewest zijn er gegevens beschikbaar van ruim 3 000 Brusselaars in elk van deze enquêtes.

De verschillende gezondheidsindicatoren zijn geanalyseerd naar leeftijd, geslacht, jaar van de enquête, opleidingsniveau van elk individu voor respondenten die hun studies hebben beëindigd (proxy voor de socio-economische status), nationaliteit en door vergelijking met de grote Waalse en Vlaamse steden.

Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG)

De Minimale Psychiatrische Gegevens moeten worden geregistreerd in alle Belgische psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen sinds 1 juli 1996 en in de initiatieven voor beschut wonen en de psychiatrische

verzorgingstehuizen sinds 1 september 1998. Het gaat om gegevens die worden genoteerd bij aanvang en afsluiten van medisch-psychiatrische behandelingen zoals diagnose bij opname, socio-economische kenmerken van patiënten en opname- en ontslagwijze.

Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)

Het RIZIV staat onder het toezicht van de minister van Sociale Zaken en organiseert, beheert en controleert de verplichte ziekteverzekering in België. Het beschikt over administratieve databanken met betrekking tot het aantal zorgverstrekkers en hun activiteiten (bijvoorbeeld huisartsen en verpleegkundigen), maar ook tot het aantal personen die een beroep doen op welbepaalde gezondheidszorgen waarvoor de ziekteverzekering tussenkomt.

Intermutualistisch Agentschap (IMA)

Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) is een vereniging zonder winstoogmerk die in oktober 2002 door de Landsbonden van de verzekeringsinstellingen (VI's) werd opgericht.

De verzekeringsinstellingen beschikken over gegevens met betrekking tot hun leden, in het kader van de uitvoering van hun wettelijke opdracht in relatie tot de verplichte ziekteverzekering. Deze gegevens betreffen terugbetalingen van medische kosten, arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, en moederschapsuitkeringen.

Het IMA is zowel een informatiebron als een onderzoekspartner voor tal van analyses en studies met betrekking tot de gezondheidszorg en de ziekteverzekering; het heeft als doelstelling deze gegevens te verzamelen en te analyseren, en dit op eigen initiatief en in het kader van specifieke opdrachten, onder meer van de overheid.

Stichting Kankerregister

De Stichting Kankerregister werd in juni 2005 opgericht om de continuïteit van de kankerregistratie in België te verzekeren en wijdt zich sindsdien aan de ontwikkeling van een kankerregistratienetwerk voor heel België.

Het Kankerregister registreert de gegevens van alle nieuwe kankerdiagnoses in België en garandeert de inzameling, de kwaliteitscontrole, de behandeling, de analyse, de codering, de opslag, de verslagen, de toegankelijkheid en de bescherming van de gegevens. Elk jaar publiceert het verslagen over de incidentie van kanker per geslacht, leeftijdsgroep, type kanker en gewest. Deze resultaten zijn beschikbaar vanaf 1999¹⁸⁹, op de website <http://www.kankerregister.org/>.

VRGT/FARES

In België zijn twee organisaties belast met het toezicht op tuberculose en ademhalingsaandoeningen: de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) en het Fonds des Affections Respiratoires (FARES). Een van hun opdrachten is het verzamelen en analyseren van de gegevens afkomstig uit de (verplichte) aangifte van tuberculose.

In Brussel werd deze opdracht in 2009 ingevoerd door een overeenkomst tussen de Stichting tegen de Tuberculose en de Respiratoire aandoeningen/ Fondation contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires en de VGC/GGC Deze overeenkomst heeft tot doel bij te dragen tot het bijhouden van het tuberculoseregister in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Alle gegevens die de VRGT en het FARES verzamelen, worden anoniem in dit Tuberculoseregister ingevoerd.

B. Methodologische toelichting

Enkele vaak gebruikte gezondheidsindicatoren

Prevalentiecijfer: meet het voorkomen van de ziekte bij een bevolking en is het aantal gevallen van een ziekte bij een bevolking op een gegeven ogenblik, uitgedrukt in aandeel van de totale bevolking.

Incidentiecijfer: de incidentie van een ziekte zijn de nieuwe gevallen van deze ziekte die zich voordoen bij een bepaalde bevolking en in een bepaalde tijdsperiode; het incidentiecijfer is het aantal nieuwe gevallen in verhouding tot het effectieve bevolkingsaantal aan het begin van de periode.

Bruto geboortecijfer: dit is de verhouding tussen het aantal geboorten van het jaar in kwestie en het gemiddelde bevolkingsaantal van dat jaar. De waarde wordt uitgedrukt per 1 000 inwoners. Hoewel frequent gebruikt, is het een onvolmaakte indicator van de vruchtbaarheid van de bevolkingsgroepen, omdat de waarde niet alleen afhangt van het vruchtbaarheidsniveau, maar ook van de structuur per leeftijd van de bevolking.

Vruchtbaarheidscijfer: dit is het aantal levendgeboorten bij vrouwen van een bepaalde leeftijd gedeeld door het totale aantal vrouwen van dezelfde leeftijd. Doorgaans wordt het uitgedrukt per 1 000 individuen van hetzelfde geslacht en dezelfde leeftijd en verwijst het naar een bepaalde periode uitgedrukt in kalenderjaren, van een of vijf jaar; voor de noemer wordt het gemiddelde genomen van het totale aantal vrouwen tijdens de periode (effectief aantal aan het einde van de periode + effectief aantal aan het begin van de periode, gedeeld door twee).

Bruto sterftecijfer: dit is de verhouding van het aantal sterfgevallen voor een bepaalde periode, binnen een bepaalde bevolking tot de gemiddelde effectieve omvang van deze bevolking in de loop van de periode. Het wordt uitgedrukt in aantal sterfgevallen per 1 000 inwoners en per jaar.

Als bron voor de teller van deze verhouding wordt in deze Gezondheidsindicatoren het overlijdensbestand genomen, aangelegd op basis van de gegevens van de statistische formulieren bij de overlijdensattesten. Voor de noemer wordt gebruik gemaakt van het officiële bevolkingscijfer van het Rijksregister.

Vroegtijdig sterftecijfer: het vroegtijdig sterftecijfer heeft betrekking op de overlijdens van personen jonger dan 65 jaar maar gezien de levensverwachting

almaar toeneemt worden steeds meer de sterfgevallen vóór de leeftijd van 75 jaar beschouwd als vroegtijdige sterfgevallen. De vroegtijdige mortaliteit wordt berekend door het aantal sterfgevallen van mensen jonger dan 65/75 jaar in de loop van de bestudeerde periode te delen door de som van de midjaarpopulaties van alle personen die jonger zijn dan 65/75 jaar, waarbij een midjaarpopulatie het gemiddelde is van het aantal inwoners op 1 januari van een bepaald jaar en het aantal inwoners op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Het vroegtijdig sterftecijfer wordt doorgaans uitgedrukt in aantal sterfgevallen per 100 000 inwoners en per jaar.

Vroegtijdig sterftecijfer per oorzaak: dit wordt verkregen door het aantal sterfgevallen als gevolg van een bepaalde oorzaak tijdens de bestudeerde periode te delen door de som van de midjaarpopulaties van alle personen die jonger zijn dan 65/75 jaar, waarbij een midjaarpopulatie het gemiddelde is van het aantal inwoners op 1 januari van een bepaald jaar en het aantal inwoners op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Het wordt doorgaans uitgedrukt in aantal sterfgevallen per 100 000 inwoners.

Verloren potentiële levensjaren (VPL): de indicator van de Verloren Potentiële Levensjaren wordt steeds meer gebruikt om de prioriteiten op het vlak van Volksgezondheid te bepalen. De VPL's staan voor het aantal jaren dat een persoon die vroegtijdig overlijdt, zijnde voor een bepaalde leeftijd, niet meer heeft geleefd.

De keuze voor de leeftijdsgrens is afhankelijk van de vastgelegde doelstelling (65, 70, 75 of 80 jaar). Steeds vaker worden sterfgevallen vóór 75 jaar als vroegtijdig beschouwd, en bij de berekening van de VPL's worden alle sterfgevallen na de weerhouden leeftijdsgrens (75 jaar) uitgesloten. Ook infantiele sterfgevallen (in het eerste levensjaar) worden bij de berekening van de VPL's uitgesloten omdat ze te wijten zijn aan specifieke oorzaken en vaak een etiologie hebben die verschilt van die van sterfgevallen op latere leeftijd.

Andere nuttige definities

Leefloon: het leefloon is een minimuminkomen, uitgekeerd door het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) aan mensen die niet over toereikende bestaansmiddelen beschikken en er ook geen aanspraak kunnen op maken, noch in staat zijn deze hetzij door eigen inspanningen, hetzij op een andere manier te verwerven.

Armoederisicogrens: de inkomensgrens die vastgelegd is op 60 % van het mediaan beschikbaar

¹⁸⁹ Voor de jaren voordien is er een link naar de oude website, maar men moet er rekening mee houden dat deze cijfers tot in 1996 voor alle gewesten onderschat worden.

individueel inkomen. Het individueel inkomen wordt berekend op basis van het beschikbaar huishoudinkomen, waarbij rekening wordt gehouden met het aantal volwassenen en kinderen in het gezin. Een tweede volwassene in een gezin telt voor 0,5 en een kind voor 0,3.

Statistische buurten: een statistische buurt is de kleinste administratieve eenheid waarvoor er socio-economische en administratieve gegevens beschikbaar zijn. Elke gemeente kan worden onderverdeeld in meerdere statistische buurten. De gegevens per statistische buurt laten toe de infragemeentelijke verschillen zo goed mogelijk te vatten. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is verdeeld in 724 statistische buurten. In 2002 telde een buurt gemiddeld 1 350 inwoners.

Enkele statistische concepten en methodes

Naargelang de situatie worden twee soorten cijfers gebruikt: brutocijfers en gecorrigeerde of gestandaardiseerde cijfers.

De brutocijfers meten rechtstreeks de gebeurtenissen die in de loop van een periode werden waargenomen ten opzichte van de risicobevolking tijdens dezelfde periode. Op die manier zijn ze een weerspiegeling van de situatie die deze populatie werkelijk beleeft. De cijfers in dit document zijn brutocijfers, tenzij anders vermeld.

Standaardisering is een methode voor het corrigeren van cijfergegevens om vergelijkingen tussen populaties met een sterk verschillend kenmerk (de leeftijdspiramide, de verdeling per geslacht, enz.) mogelijk te maken. Vaak wordt gestandaardiseerd volgens de leeftijd, een belangrijke gezondheidsbepalende factor, maar de cijfers kunnen ook worden gestandaardiseerd volgens andere kenmerken, zoals het geslacht, de nationaliteit, enz. De toelichting die volgt, is gebaseerd op het voorbeeld van een standaardisering van het sterftecijfer volgens de leeftijd.

Het is normaal dat we meer sterfgevallen waarnemen binnen een populatie met een oudere leeftijdsstructuur. Het is dan ook moeilijk te bepalen of een sterftecijfer dat hoger is dan dat in een vergelijkingspopulatie toe te schrijven is aan de verdeling van de leeftijden of aan andere factoren die de mortaliteit beïnvloeden: er wordt gezegd dat de leeftijd een **versturende variabele** is. Om de invloed van deze andere factoren te kunnen bestuderen, moeten de effecten van de leeftijd worden weggewerkt.

De meeste standaardiseringsmethoden gebruiken een gewogen gemiddelde van de cijfers die worden verkregen in de verschillende leeftijdscategorieën. Er bestaan twee soorten standaardisering, directe en indirecte.

Bij directe standaardisering berekent men de gestandaardiseerde cijfers door de leeftijdsspecifieke cijfers van de onderzoekspopulatie toe te passen op de effectieve populatie per leeftijdscategorie van een unieke referentiepopulatie (de zogenoemde "standaardpopulatie"). Men verkrijgt het aantal sterfgevallen dat men in de onderzoekspopulatie kon voorzien of "verwachten" indien ze dezelfde leeftijdsstructuur als de referentiepopulatie had gehad. Het gestandaardiseerde cijfer bekomt men vervolgens door het totale aantal verwachte sterfgevallen te delen door de effectieve standaardpopulatie. Deze kan het geheel van de twee vergeleken populaties of een externe populatie zijn (vaak Europees bij internationale vergelijkingen).

Bij indirecte standaardisering berekent men eerst het aantal "verwachte" sterfgevallen door de mortaliteitscijfers per leeftijdsklasse van een referentiepopulatie toe te passen op het effectieve aantal personen van elke leeftijdsklasse van de populatie. Vervolgens wordt de verhouding berekend tussen de werkelijk waargenomen sterfgevallen en dit aantal «verwachte» sterfgevallen: zo verkrijgen we een "gestandaardiseerde mortaliteitsverhouding (of -ratio)" (GMV of SMR). Als de GMV van een onderzoekspopulatie hoger is dan 1, betekent dit dat het sterftecijfer in de onderzoekspopulatie hoger ligt dan in de referentiepopulatie, rekening houdend met de leeftijd. De GMV van de referentiepopulatie is 1.

Een classificatieanalyse of clusteranalyse is een statistische methode om meerdere observaties in groepen op te delen waarbij de gelijkenissen binnen de groep en de verschillen tussen de groepen zo groot mogelijk zijn. In deze Gezondheidsindicatoren werd deze methode gebruikt om de 19 gemeenten van het Brussels Gewest op te delen naar socio-economische status. Op basis van meerdere variabelen werden de gemeenten in drie groepen.

C. Kaart van de gemeenten van het Brussels Gewest



D. Références

- Andrieux J., Eggen M., Bouland C. (2020). Etat des connaissances sur les liens entre environnement et santé en Région de Bruxelles-Capitale. Centre de Recherche en Santé Environnementale et Santé au Travail (Ecole de Santé Publique, Université libre de Bruxelles), Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.
- Boisson M., Godot C., Sauneron S., Centre d'Analyse stratégique. (2009, Novembre). La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérent de la qualité de vie. France.
- Bonnefoy X. (2007). Inadequate housing and health: an overview. *International Journal of Environment and Pollution*, Vol. 30, Nos. 3/4, pp. 411-429.
- Brahem A., Riahi S., Chouchane A., Kacem I., El Maalel O., Maoua M., El Guedri S., Kalboussi H., Chatti S., Debbabi F., Mrizek N. (2019). Impact du bruit professionnel sur le développement de l'hypertension artérielle : enquête réalisée au sein d'une centrale de production d'électricité et de gaz en Tunisie. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, Volume 68, Issue 3, pp. 168-174.
- Charafeddine R. (2015). Contacts avec le service des urgences. Dans : Drieskens S., Gisle L. (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Sciensano (WIV-ISP), Bruxelles.
- Coussons-Read ME. (2013). Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: mechanisms and pathways. *Obstet Med*, 6(2):52-57.
- De Donder L. et al. (2012). Etude de programmation pour Bruxelles. Recherche portant sur la mise en place d'une programmation relative aux structures de maintien à domicile et de logement des personnes âgées. Vrije Universiteit Brussel & Kenniscentrum Woonzorg Brussel, Bruxelles.
- Dobbelstein F., Van Cutsem M., Gavroy M. (2022). Réalisation d'un étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées de la région bruxelloise. BDO - Iriscare, Bruxelles.
- Ermans T. (2019). Focus n°32 : Les ménages bruxellois et la voiture. IBSA.
- Girès J. (2020). Le travail c'est la santé ? Ecart de mortalité entre professions en Belgique. Observatoire belge des inégalités.
- Gisle L., Drieskens S., Demarest S., Van der Heyden J. (2018). Santé mentale. Enquête de santé 2018. Sciensano, Bruxelles, Belgique. Numéro de rapport : D/2020/14.440/3
- Jonckheer P. (2007). Indoor pollution et inégalités sociales : analyse de la littérature scientifique. In P. Cornut, T. Bauler, E. Zaccà, Environnement et inégalités sociales, Editions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles, pp. 127-133.
- Krueger R. F., McGue M., Iacono W. G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*, 30(7), 1245-1259.
- Lim S. et al. (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.
- Morin J.-P., Gouriou F., Preterre D., Bobbia M., Delmas V. (2009). Évaluation de l'exposition aux polluants atmosphériques des conducteurs de véhicules automobiles par la mise en œuvre de mesures dynamiques dans l'habitacle du véhicule. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, Vol. 70, Issue 2, pp. 184-192.
- Musu T. (2018). Le coût des cancers professionnels dans l'Union européenne. In T. Musu, L. Vogel (dir.), *Cancer et travail. Comprendre et agir pour éliminer les cancers professionnels*, ETUI.
- Senterre C., Bantuelle M., Levêque A. (2006). Prévention du suicide : aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique. Bruxelles.

Solar O., Irwin A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*, World Health Organisation.

Thunus S., Donnen A., Creten A., Walker C. (2023). Melting Point: de toegang tot en het gebruik van eerstelijnszorg door kwetsbare personen in het Brussels Gewest. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.

Van den Heede K., Dubois C., Devriese S. et al. (2016a). Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme. Synthèse. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Van den Broucke S. (2015). Interview en Education Santé, n. 302.

Walker C., Nicaise P., Thunus S. (2019). *Parcours.Bruxelles: Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la Réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale*. Observatoire de la Santé et du Social.

Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2024

De Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2024 biedt een veelzijdig beeld van de gezondheidssituatie binnen het Brussels Gewest. Dit rapport werpt licht op de gezondheid van de Brusselse bevolking, gezien binnen een diverse demografische, sociale, ruimtelijke en multiculturele context.

Belangrijke thema's zoals levensverwachting, chronische en infectieziekten, en mentale gezondheid worden uitvoerig besproken. Ook worden de invloeden van sociale ongelijkheden op de gezondheid gedetailleerd onderzocht, benadrukkend dat gezondheid meer is dan alleen toegang tot zorgdiensten. Dit onderzoek richt zich ook op specifieke gezondheidsuitdagingen en -behoeften in verschillende levensfasen van de Brusselaars.

Deze editie onderstreept de complexe relatie tussen gezondheid, sociale factoren en leefomgeving, en biedt waardevolle inzichten voor iedereen betrokken bij het ontwikkelen van een doeltreffend en gecoördineerd gezondheidsbeleid.

Met dit document, gebaseerd op een verscheidenheid aan bronnen, streeft het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad naar een verbetering van de gezondheid en levenskwaliteit van alle Brusselaars.

Dit document is ook beschikbaar in het Frans op <https://www.vivalis.brussels/fr/informer-et-communiquer/observatoire/observatoire-de-la-sante-et-du-social-de-bruxelles-capitale>