

**OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL**



**OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES**

Mortaliteitsstatistieken in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2003-2004



2 0 0 8

COLOFON

INHOUDSTAFEL

Deze Mortaliteitsstatistieken in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor de jaren 2003-2004 zijn een actualisatie van een aantal indicatoren die in 2004 door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn werden gepubliceerd in de «Gezondheidsindicatoren» en worden enkel verspreid via de website (www.observatbru.be). De informatie mag worden gekopieerd, mits vermelding van de bron.

Dit document is ook in het Frans beschikbaar.

Ce document est également disponible en français sous le titre : «Statistiques de mortalité en Région de Bruxelles-Capitale 2003-2004».

Gelieve op volgende wijze naar deze publicatie te verwijzen:
Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad,
Mortaliteitsstatistieken in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2003-2004, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, 2008.

Lay-out:

Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire asbl :
Nathalie da Costa Maya

Depotnummer:

D/2008/9334/34

Voor meer informatie:

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
Louizalaan 183 – 1050 Brussel
Tel.: 02/552 01 89
observat@ggc.irisnet.be
www.observatbru.be

Peter Verduyck
Tel.: 02/552 01 53
pverduyck@ggc.irisnet.be

Myriam De Spiegelaere
Tel.: 02/552 01 45
mdespiegelaere@ccc.irisnet.be

1. Inleiding	3
2. Algemene en vroegtijdige sterfte	4
3. Doodsoorzaken	6
4. Oorzaakspecifieke mortaliteit	11
4.1 Cardiovasculaire aandoeningen	11
4.2 Kanker	15
4.3 Chronische ademhalingsziekten	23
4.4 Diabetes	26
4.5 Infectieziekten	27
4.6 Geestelijke gezondheid	29
4.7 Alcohol	32
4.8 Ongevallen	33
5. Plaats van overlijden	35
6. Methodologie	42
6.1 Mortaliteitscijfer	42
6.2 Standaardisering	42

I. INLEIDING

Voor de aangifte van een overlijden in België moet verplicht een statistisch overlijdensformulier worden ingevuld^[1]. Dit document presenteert de resultaten van de analyse van deze statistische formulieren voor overlijden van Brusselse inwoners voor de jaren 2003 en 2004.

Totnogtoe publiceerde het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn regelmatig en uitgebreid over de Brusselse overlijdensstatistieken in de reeks «Gezondheidsindicatoren» (2001, 2004 en volgende in 2009). Om onderzoekers, gezondheidsprofessionals en beleidsmakers de mogelijkheid te bieden om deze statistieken ook tussentijds op te volgen wordt de update van een aantal basale mortaliteitsindicatoren ter beschikking gesteld op de website van het Observatorium. Deze eerste versie betreft de sterfgevallen van Brusselaars in 2003 en 2004.

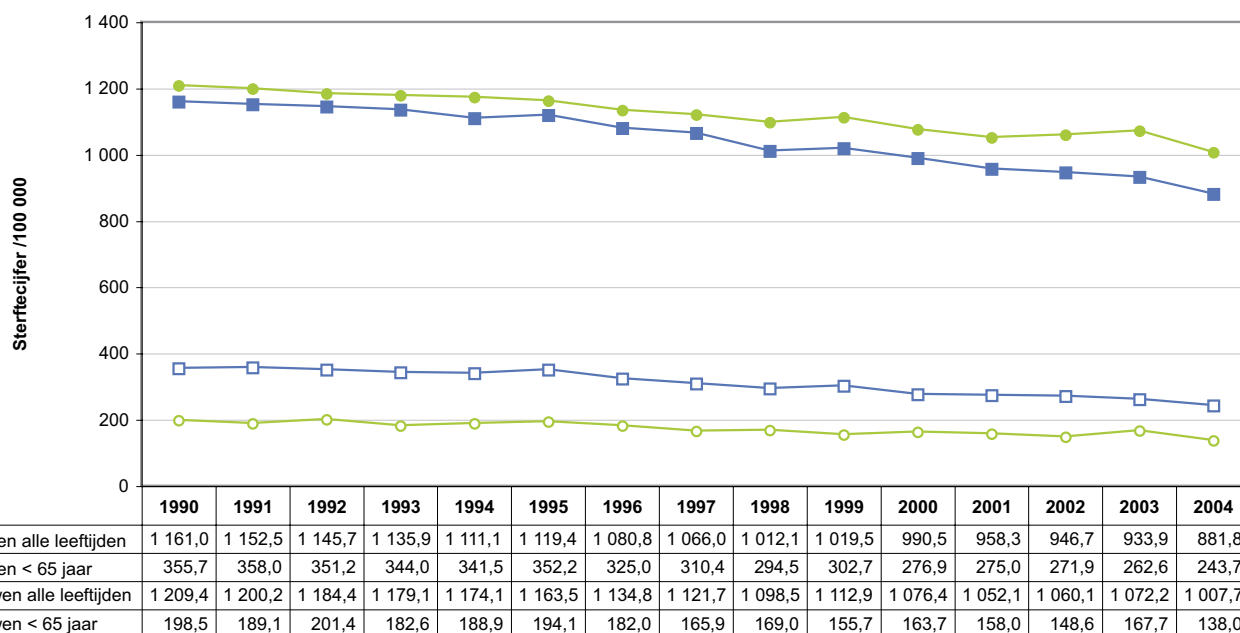
De commentaren bij de hier gepresenteerde cijfers en grafieken zijn veelal beperkt tot een korte beschrijving. Voor interpretaties, verklaringen en bredere duiding verwijzen wij graag naar onze reeks «Gezondheidsindicatoren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest».

[1] Meer inlichtingen omtrent de verzameling van deze overlijdensgegevens zijn terug te vinden op de website van het Observatorium, www.observatbru.be.

2. ALGEMENE EN VROEGTIJDIGE STERFTE

Het aantal sterfgevallen van mensen gedomicilieerd in het Brussels Gewest bedroeg in 2003 en 2004 respectievelijk 10 017 (4 469 mannen en 5 548 vrouwen) en 9 504 (4 250 mannen en 5 254 vrouwen).

Figuur 1: Evolutie van de sterftecijfers, Brussel, 2003-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

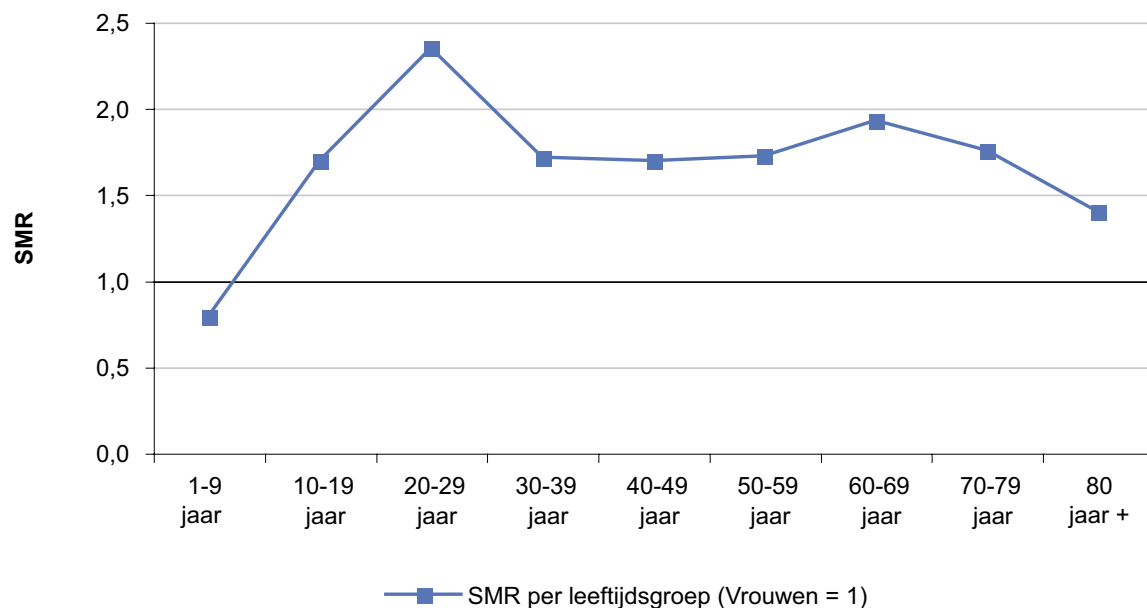
Figuur 1 presenteert de evolutie van deze cijfers (per 100 000) tussen 1990 en 2004 en vertoont een verdere daling van de algemene sterfte in het gewest die bij mannen iets meer uitgesproken is dan bij vrouwen. Het gaat hier om brutocijfers waarbij geen rekening wordt gehouden met de leeftijd van de overledenen. Dit verklaart waarom de algemene sterfte bij vrouwen hier hoger ligt dan bij mannen aangezien er immers

veel meer hoogbejaarde vrouwen zijn (met een daarbijhorend hoog sterfterisico) dan hoogbejaarde mannen. Na standaardisatie voor leeftijd daalde de algemene sterfte tussen 1990 en 2004 met 15,3 % bij de vrouwen en 24,0 % bij de mannen.

Ook het overlijden voor de leeftijd van 65 jaar (vroegtijdige sterfte) daalde in de afgelopen 15 jaar. In 2003 overleden 1 805 Brusselaars

vroegtijdig (1 101 mannen en 704 vrouwen). In 2004 betrof het 1 616 overledenen jonger dan 65 (1 030 mannen en 586 vrouwen). Na standaardisatie voor leeftijd heeft er zich tussen 1990 en 2004 een daling voorgedaan in het vroegtijdig sterftecijfer van 27,1 % bij de mannen en van 24,4 % bij de vrouwen.

Figuur 2: Verhouding gestandaardiseerde stertcijfers mannen/vrouwen, Brussel, 2003-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

In elke leeftijdsgroep ligt het sterftecijfer bij mannen beduidend hoger dan bij vrouwen. Figuur 2 toont de verhouding van het sterftecijfer bij mannen vergeleken met dat van vrouwen voor elke leeftijdscategorie (vrouwelijke sterfte = 1) ^[2].

In de leeftijdsgroep tussen 20 en 29 jaar is de oversterfte van mannen het grootst. Het overlijdensrisico voor mannen ligt dan meer dan 2 maal zo hoog als dat voor vrouwen.

[2] In de leeftijdscategorie 1-9 jaar is voor de periode 2003-2004 de verhouding omgekeerd. Het betreft hier echter een laag absoluut aantal overlijdens (42) waardoor toevalsfactoren een grote rol kunnen spelen.

3. DOODSOORZAKEN

De doodsoorzaken worden op het statistisch formulier ingevuld door de geneesheer die het overlijden vaststelt. Nadien worden deze gecodeerd in het internationale classificatiesysteem van ziekten

(ICD-10). De codes die telkens tussen haakjes bij de doodsoorzaak worden vermeld verwijzen naar deze ICD-10 codes.

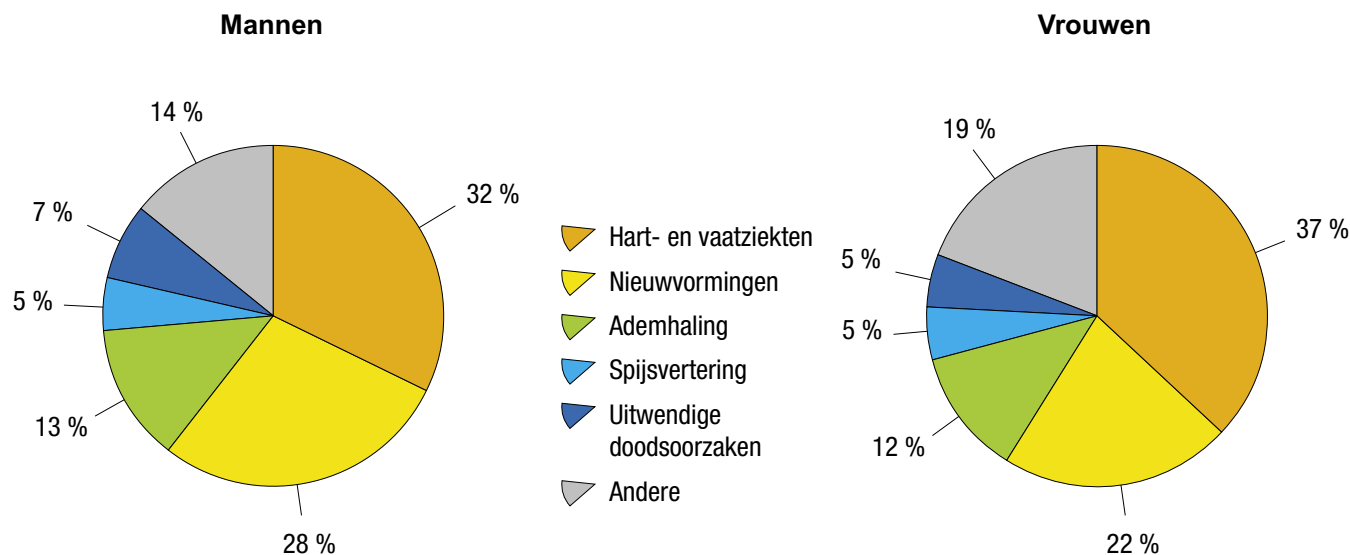
Tabel 1: Aantal overlijdens en sterftecijfer (/100 000) volgens doodsoorzaak, Brussel, 1998-2004

MANNEN	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	(n)	Sterfte-cijfer	(n)	Sterfte-cijfer	(n)	Sterfte-cijfer	(n)	Sterfte-cijfer	(n)	Sterfte-cijfer	(n)	Sterfte-cijfer	(n)	Sterfte-cijfer
Infectieuze en parasitaire aandoeningen (A00-B99)	(86)	18,93	(94)	20,60	(134)	29,16	(115)	24,74	(118)	24,96	(129)	26,96	(177)	36,73
Nieuwvormingen (C00-D48)	(1 369)	301,33	(1 341)	293,82	(1 309)	284,90	(1 275)	274,26	(1 294)	273,74	(1 218)	254,54	(1 198)	248,57
Ziekten van bloed, bloedbereidende organen (D50-D89)	(6)	1,32	(13)	2,85	(15)	3,26	(11)	2,37	(13)	2,75	(9)	1,88	(11)	2,28
Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten (E00-E90)	(63)	13,87	(90)	19,72	(81)	17,63	(67)	14,41	(93)	19,67	(90)	18,81	(81)	16,81
Psychische stoornissen (F00-F99)	(110)	24,21	(161)	35,28	(112)	24,38	(119)	25,60	(103)	21,79	(115)	24,03	(86)	17,84
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen (G00-H95)	(114)	25,09	(91)	19,94	(79)	17,19	(111)	23,88	(105)	22,21	(139)	29,05	(108)	22,41
Hart- en vaatziekten (I00-I99)	(1 509)	332,15	(1 507)	330,19	(1 488)	323,86	(1 469)	315,99	(1 471)	311,19	(1 448)	302,60	(1 376)	285,50
Ziekten ademhalingsorganen (J00-J99)	(592)	130,30	(583)	127,74	(575)	125,15	(576)	123,90	(581)	122,91	(618)	129,15	(543)	112,66
Ziekten spijsverteringsorganen (K00-K93)	(244)	53,71	(250)	54,78	(233)	50,71	(221)	47,54	(223)	47,18	(236)	49,32	(215)	44,61
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel (L00-L99)	(4)	0,88	(15)	3,29	(12)	2,61	(13)	2,80	(14)	2,96	(14)	2,93	(11)	2,28
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel (M00-M99)	(14)	3,08	(9)	1,97	(13)	2,83	(12)	2,58	(8)	1,69	(13)	2,72	(14)	2,90
Ziekten van urogenitaal stelsel (N00-N99)	(41)	9,02	(56)	12,27	(52)	11,32	(54)	11,62	(62)	13,12	(44)	9,20	(44)	9,13
Congenitale afwijkingen (Q00-Q99)	(4)	0,88	(4)	0,88	(4)	0,87	(2)	0,43	(4)	0,85	(3)	0,63	(2)	0,41
Symptomen en ziektebeelden onvolledig omschreven (R00-R99)	(101)	22,23	(87)	19,06	(94)	20,46	(80)	17,21	(88)	18,62	(81)	16,93	(81)	16,81
Uitwendige doodsoorzaken (V00-Y89)	(341)	75,06	(352)	77,12	(350)	76,18	(330)	70,98	(298)	63,04	(312)	65,20	(303)	62,87
Totaal	(4 598)	1 012,06	(4 653)	1 019,49	(4 551)	990,51	(4 455)	958,28	(4 475)	946,67	(4 469)	933,93	(4 250)	881,82

VROUWEN	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	(n)	Sterfte-cijfer	(n)	Sterfte-cijfer	(n)	Sterfte-cijfer	(n)	Sterfte-cijfer	(n)	Sterfte-cijfer	(n)	Sterfte-cijfer	(n)	Sterfte-cijfer
Infectieuze en parasitaire aandoeningen (A00-B99)	(108)	21,62	(132)	26,37	(143)	28,46	(144)	28,43	(142)	27,71	(218)	42,13	(250)	47,95
Nieuwvormingen (C00-D48)	(1 265)	253,25	(1 205)	240,77	(1 204)	239,65	(1 219)	240,67	(1 190)	232,19	(1 212)	234,22	(1 211)	232,28
Ziekten van bloed, bloedbereidende organen (D50-D89)	(24)	4,80	(20)	4,00	(20)	3,98	(21)	4,15	(13)	2,54	(14)	2,71	(22)	4,22
Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten (E00-E90)	(132)	26,43	(153)	30,57	(134)	26,67	(121)	23,89	(131)	25,56	(149)	28,79	(137)	26,28
Psychische stoornissen (F00-F99)	(205)	41,04	(233)	46,55	(191)	38,02	(221)	43,63	(192)	37,46	(202)	39,04	(199)	38,17
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen (G00-H95)	(162)	32,43	(165)	32,97	(154)	30,65	(150)	29,61	(193)	37,66	(210)	40,58	(162)	31,07
Hart- en vaatziekten (I00-I99)	(2 108)	422,02	(2 188)	437,18	(2 076)	413,21	(2 069)	408,49	(2 083)	406,44	(2 044)	395,01	(1 977)	379,20
Ziekten ademhalingsorganen (J00-J99)	(557)	111,51	(586)	117,09	(606)	120,62	(567)	111,94	(625)	121,95	(693)	133,92	(568)	108,94
Ziekten spijsverteringsorganen (K00-K93)	(287)	57,46	(269)	53,75	(261)	51,95	(297)	58,64	(265)	51,71	(265)	51,21	(226)	43,35
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel (L00-L99)	(41)	8,21	(43)	8,59	(56)	11,15	(40)	7,90	(39)	7,61	(45)	8,70	(41)	7,86
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel (M00-M99)	(48)	9,61	(35)	6,99	(28)	5,57	(22)	4,34	(31)	6,05	(27)	5,22	(25)	4,80
Ziekten van urogenitaal stelsel (N00-N99)	(72)	14,41	(63)	12,59	(72)	14,33	(56)	11,06	(62)	12,10	(63)	12,17	(64)	12,28
Aandoeningen zwangerschap en bevalling (O00-O99)	(2)	0,40	(1)	0,20	(1)	0,20	(3)	0,59	()	0,00	(1)	0,19	(1)	0,19
Congenitale afwijkingen (Q00-Q99)	(3)	0,60	(4)	0,80	(3)	0,60	(2)	0,39	(3)	0,59	(2)	0,39	(1)	0,19
Symptomen en ziektebeelden onvolledig omschreven (R00-R99)	(190)	38,04	(157)	31,37	(175)	34,83	(150)	29,61	(176)	34,34	(138)	26,67	(115)	22,06
Uitwendige doodsoorzaken (V00-Y89)	(283)	56,66	(316)	63,14	(284)	56,53	(247)	48,77	(288)	56,19	(265)	51,21	(255)	48,91
Totaal	(5 487)	1 098,50	(5 570)	1 112,92	(5 408)	1 076,43	(5 329)	1 052,12	(5 433)	1 060,09	(5 548)	1 072,17	(5 254)	1 007,74

Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuur 3: Verdeling van de doodsoorzaken volgens geslacht, Brussel, 2003-2004



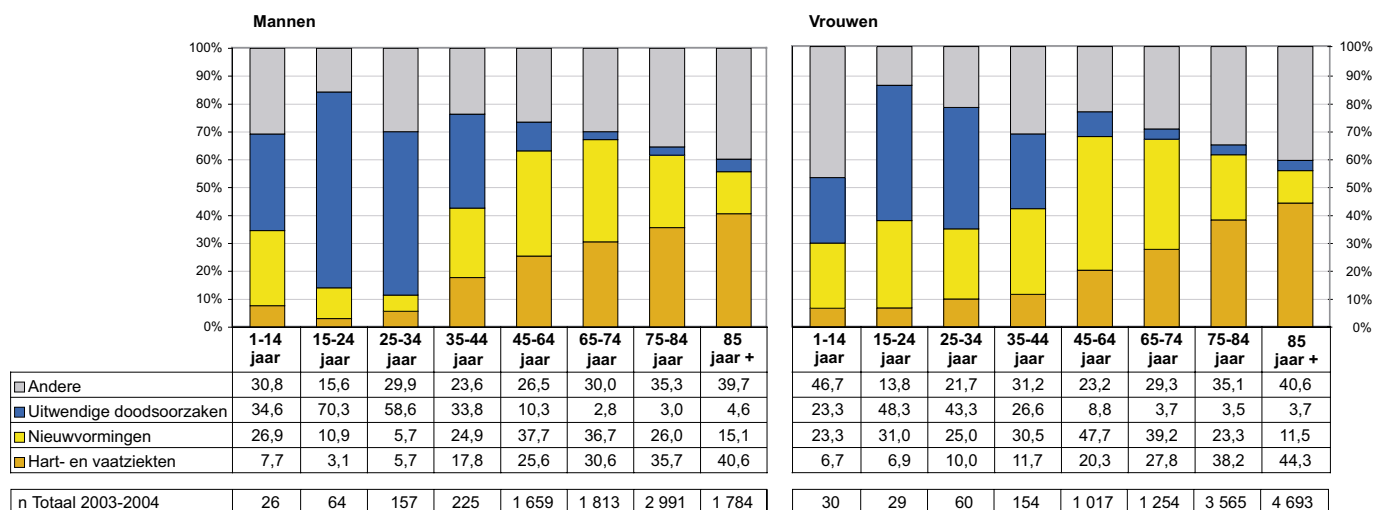
Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Bij beide geslachten is een meerderheid van de overlijdens te wijten aan hart- en vaatziekten of aan kanker. Bij vrouwen wordt evenwel een grotere proportie hart- en vaatziekten en een lager aandeel kankers geteld dan bij mannen. Bij de uitwendige doodsoorzaken (ongevallen, zelfmoord, moord) is het overlijdensaandeel in de totale sterfte groter bij de mannen.

De belangrijkste doodsoorzaken zijn verschillend naargelang de leeftijd. Uitwendige oorzaken vertegenwoordigen het grootste deel van de overlijdens voor 35 jaar, zowel bij mannen als vrouwen. Tussen 15 en 35 betreft het bij mannen veel meer dan de helft van alle overlijdens. Waar bij de mannen de uitwendige oorzaken ook nog in de categorie 35-44 de

belangrijkste blijven wordt bij de vrouwen in deze categorie de eerste plaats in de doodsoorzaken overgenomen door kanker wat vervolgens voor beide geslachten tussen 45 en 75 jaar de grootste doodsoorzaak is. Bij de overlijdens van mensen van 75 en ouder ligt het zwaartepunt in de doodsoorzaken bij de hart- en vaataandoeningen.

Figuur 4: Doodsoorzaken volgens leeftijdsgroep, Brussel, 2003-2004



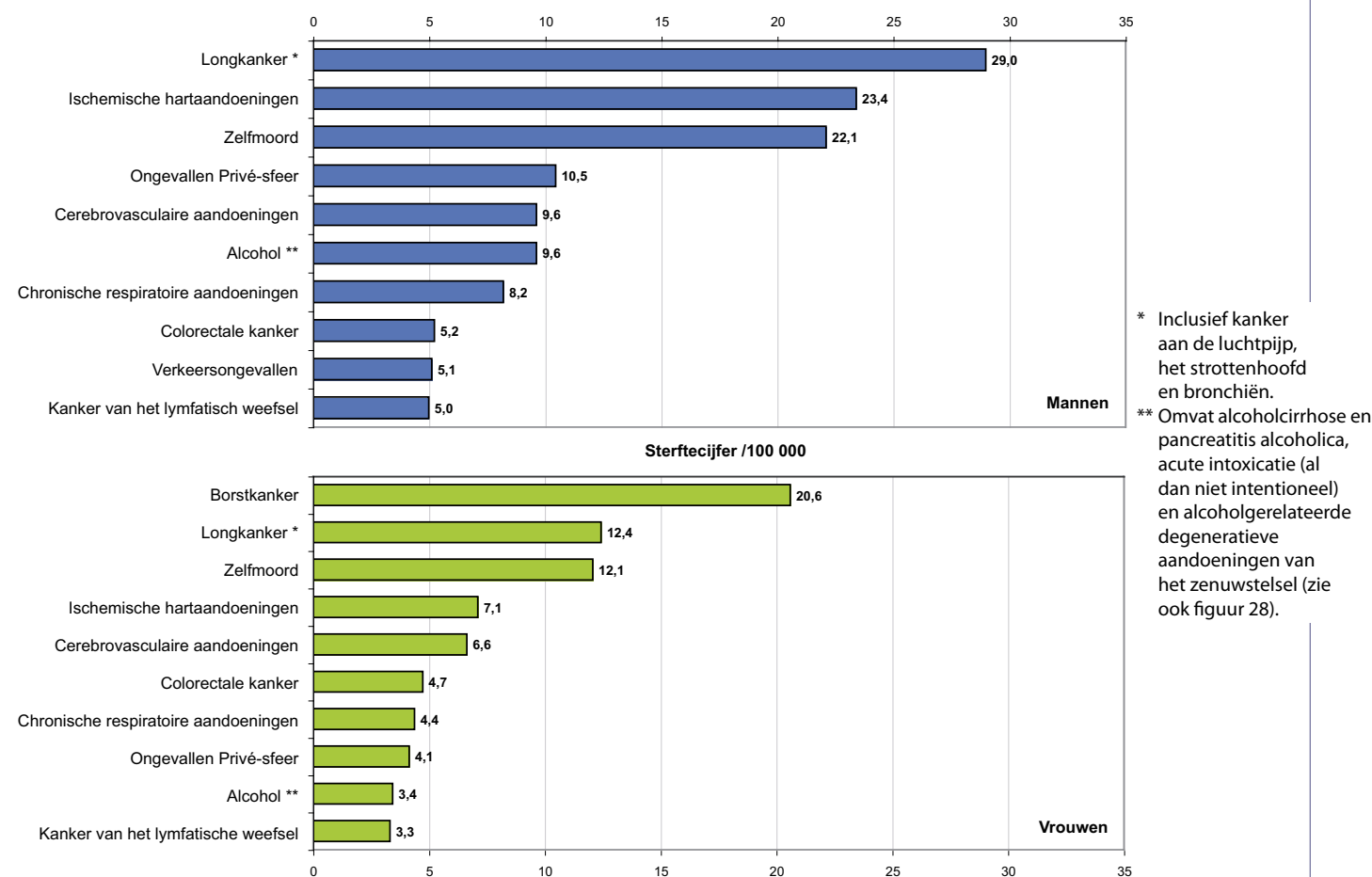
Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

De analyse van de belangrijkste doodsoorzaken van vroegtijdige mortaliteit (voor 65 jaar) wijst op het belang van een preventiebeleid. Een belangrijk deel van deze overlijdens hangt immers samen met gezondheidsgedrag, psychosociale problemen, veiligheid in en om de woning en veiligheid in het verkeer.

Longkanker blijft de belangrijkste doodsoorzaak voor 65 jaar bij de mannen (11,5 % van de vroegtijdige overlijdens) en de tweede oorzaak bij vrouwen (8,1 %).

Borstkanker blijft de eerste vroegtijdige doodsoorzaak bij vrouwen en is verantwoordelijk voor 13,5 % van de vroegtijdige overlijdens.

Figuur 5: Top 10 van de voornaamste doodsoorzaken bij vroegtijdige overlijdens (<65 jaar), Brussel, 2003-2004



* Inclusief kanker aan de luchtpijp, het strottenhoofd en bronchiën.

** Omvat alcoholcirrhose en pancreatitis alcoholica, acute intoxicatie (al dan niet intentioneel) en alcoholgerelateerde degeneratieve aandoeningen van het zenuwstelsel (zie ook figuur 28).

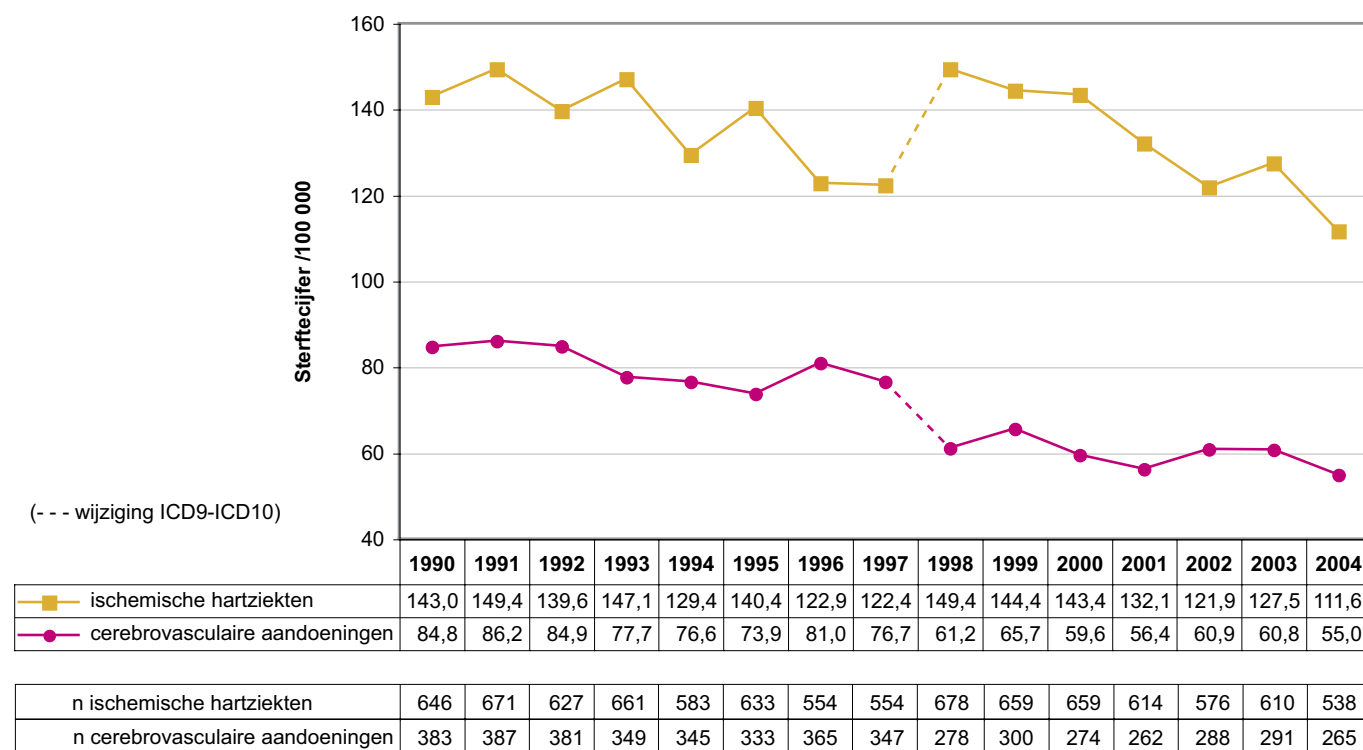
Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

4. OORZAAKSPECIFIEKE MORTALITEIT

4.1 Cardiovasculaire aandoeningen

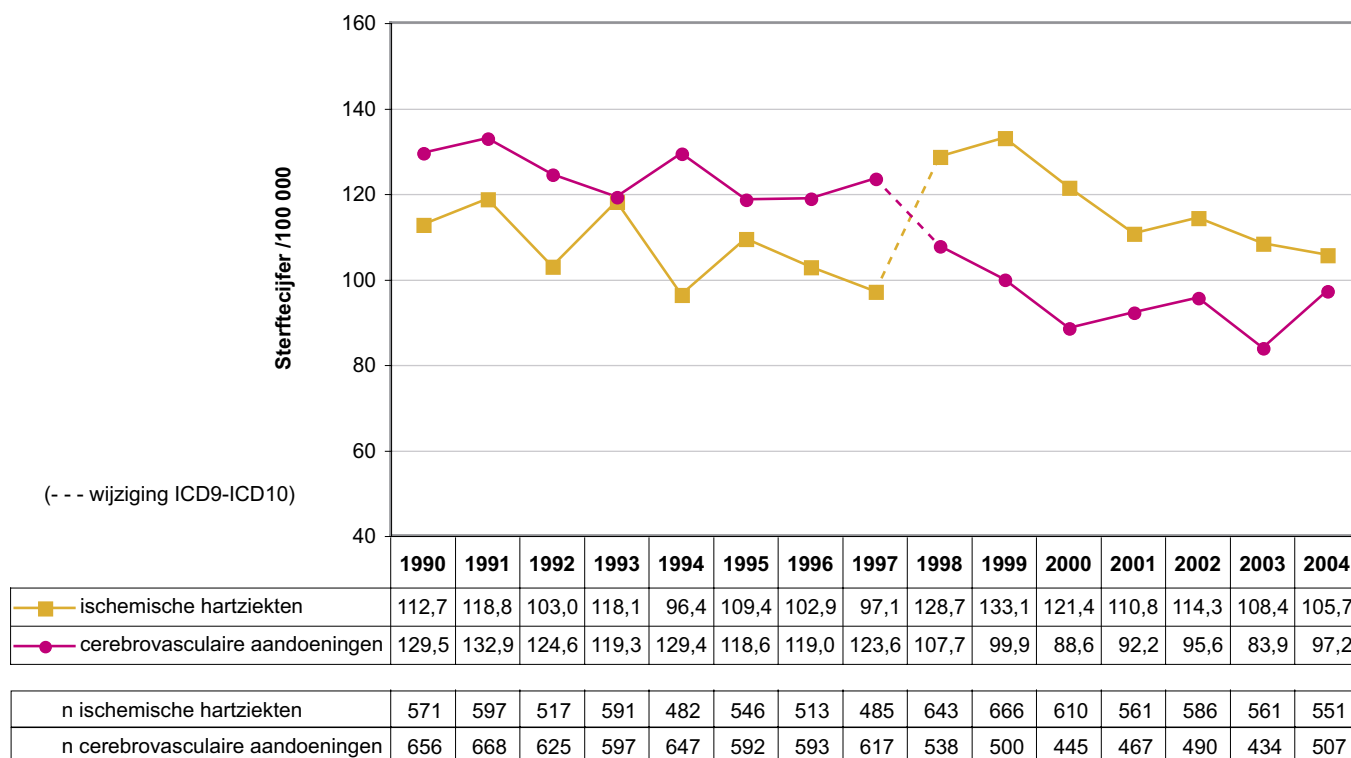
In de periode 2003-2004 stierven gemiddeld 3 400 Brusselaars per jaar aan een cardiovasculaire aandoening. Deze aandoeningen zijn zowel bij vrouwen als mannen de eerste doodsoorzaak. De ischemische hartaandoeningen en de cerebrovasculaire aandoeningen zijn de belangrijkste doodsoorzaken door cardiovasculaire aandoeningen.

Figuur 6: Evolutie van de sterftecijfers voor cardiovasculaire aandoeningen, Brussel, 1990-2004, Mannen



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuur 7: Evolutie van de sterftecijfers voor cardiovasculaire aandoeningen, Brussel, 1990-2004, Vrouwen

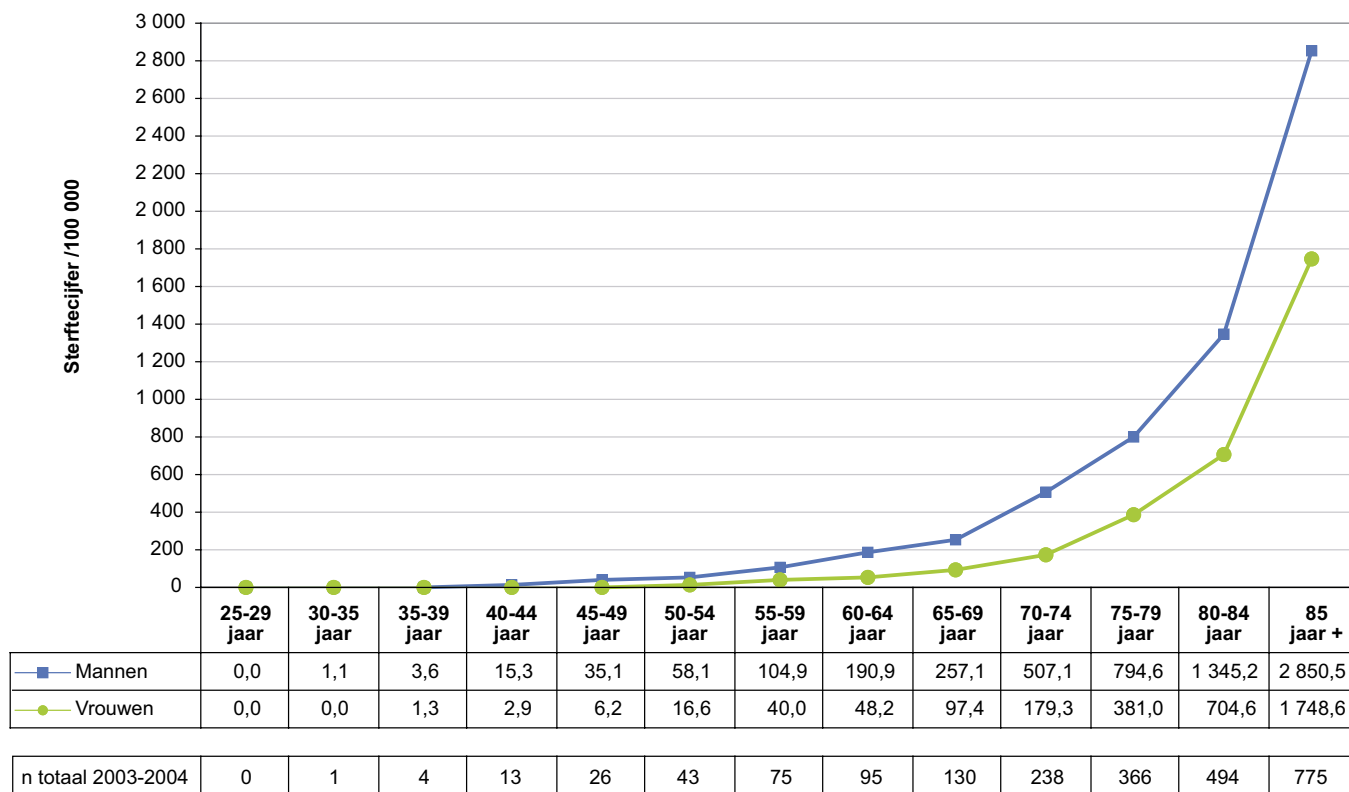


Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Het sterftecijfer voor cardiovasculaire aandoeningen daalt en dit zowel bij mannen als bij vrouwen ^[3].

[3] Door een aanpassing van de classificatie van de doodsoorzaken (van ICD-9 naar ICD-10) in 1998 zijn de verschillen tussen 1997 en 1998 moeilijk te interpreteren.

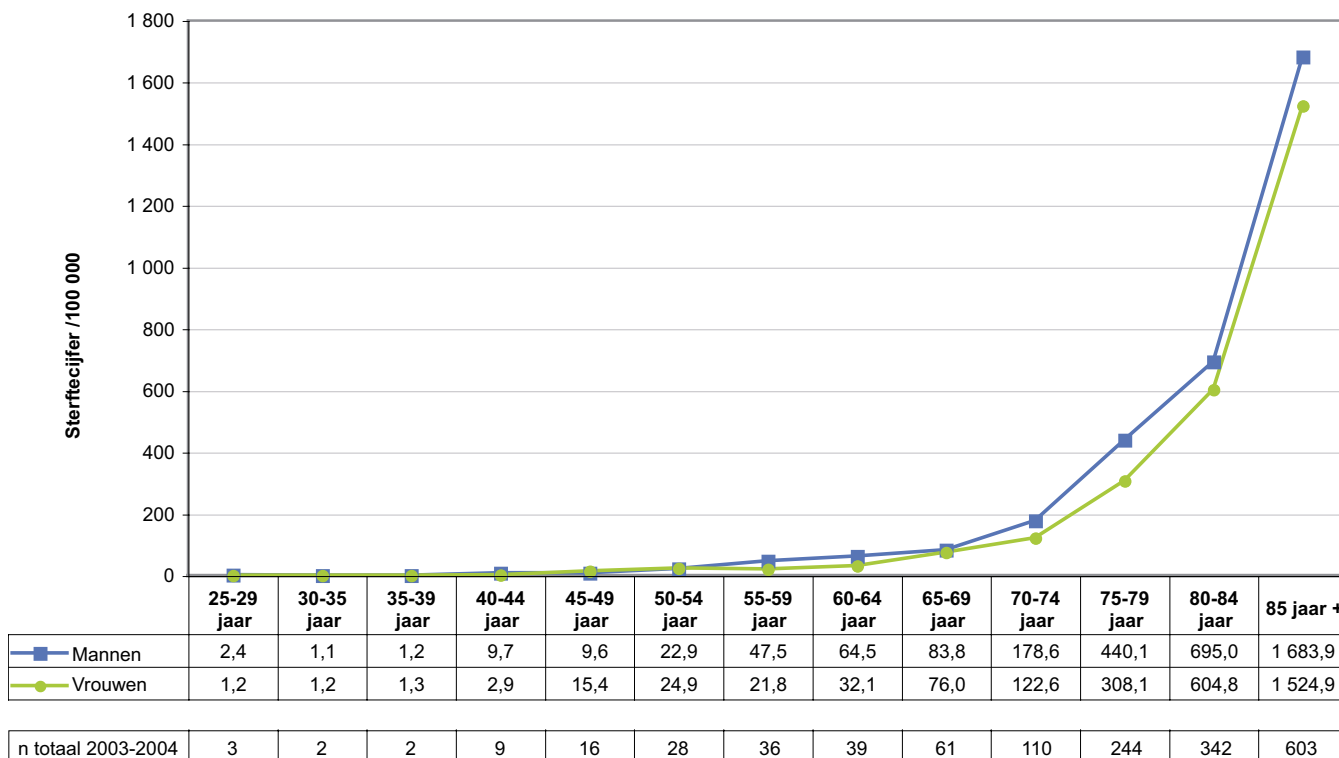
Figuur 8: Sterftecijfers voor ischemische hartziekten naar leeftijd, Brussel, 2003-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

De sterfte door cardiovasculaire aandoeningen stijgt met de leeftijd. De sterftecijfers door ischemische hartziekten liggen in alle leeftijdsgroepen hoger bij mannen dan bij vrouwen.

Figuur 9: Sterftecijfers voor cerebrovasculaire aandoeningen naar leeftijd, Brussel, 2003-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

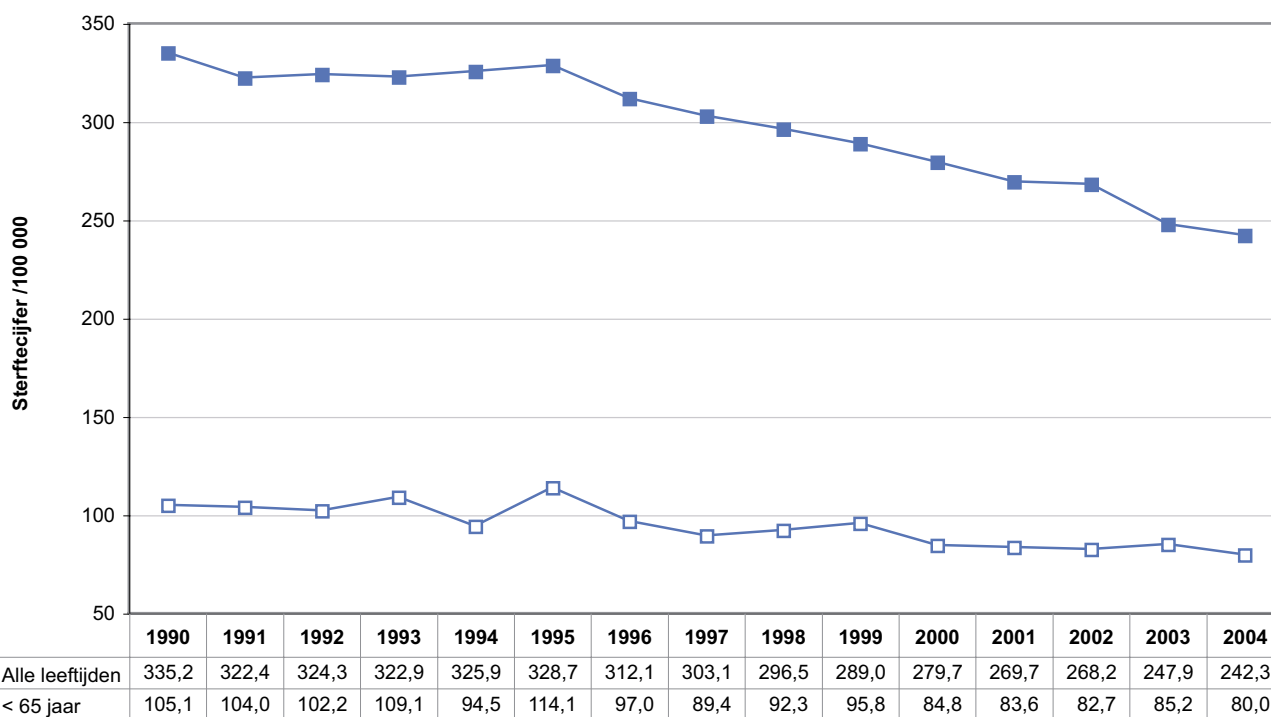
De geslachtsverschillen zijn veel minder uitgesproken voor de cerebrovasculaire aandoeningen.

4.2 Kanker

In de periode 2003-2004 overleden gemiddeld 2 348 Brusselaars per jaar aan kanker. Kanker vormt daarmee zowel bij mannen als vrouwen de tweede doodsoorzaak en de eerste vroegtijdige doodsoorzaak.

Tussen 1990 en 2004 daalt het sterftecijfer voor kanker bij mannen fors.

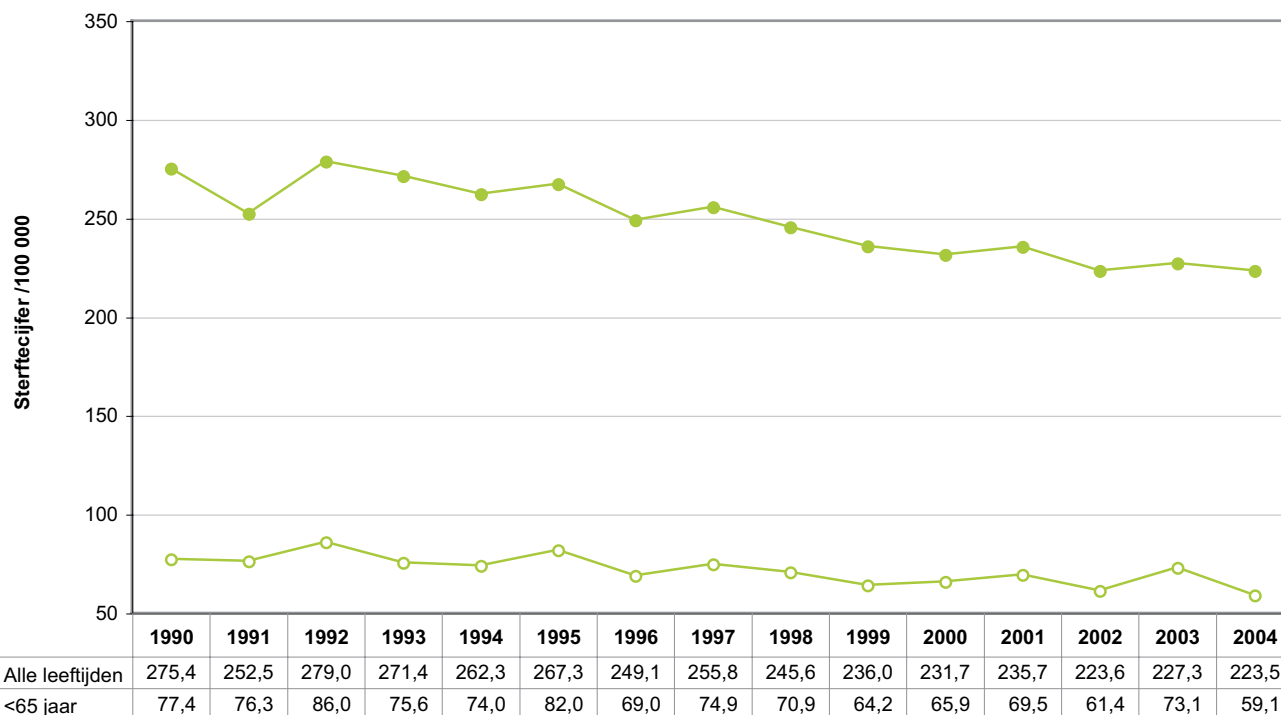
Figuur 10: Evolutie van de sterftecijfers voor kanker, Brussel, 1990-2004, Mannen



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

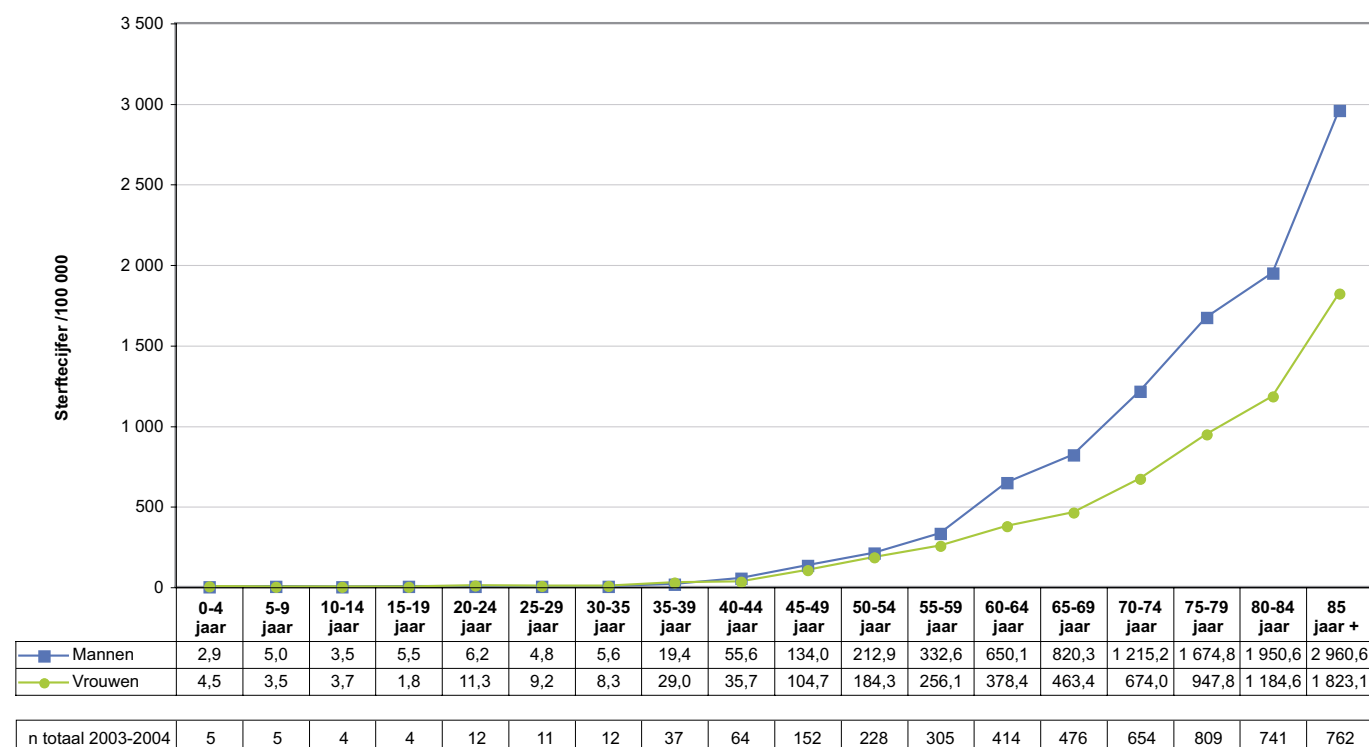
Bij de vrouwen is er eveneens een lichte daling waar te nemen. Door de steilere daling bij mannen wordt het verschil tussen de kankersterftecijfers (alle leeftijden) voor beide geslachten alsmear kleiner. De verschillen voor de vroegtijdige kankersterfte blijven de laatste 15 jaar wel nog ongeveer even groot.

Figuur 11: Evolutie van de sterftecijfers voor kanker, Brussel, 1990-2004, Vrouwen



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuur 12: Sterftcijfers voor kanker naar leeftijd, Brussel, 2003-2004



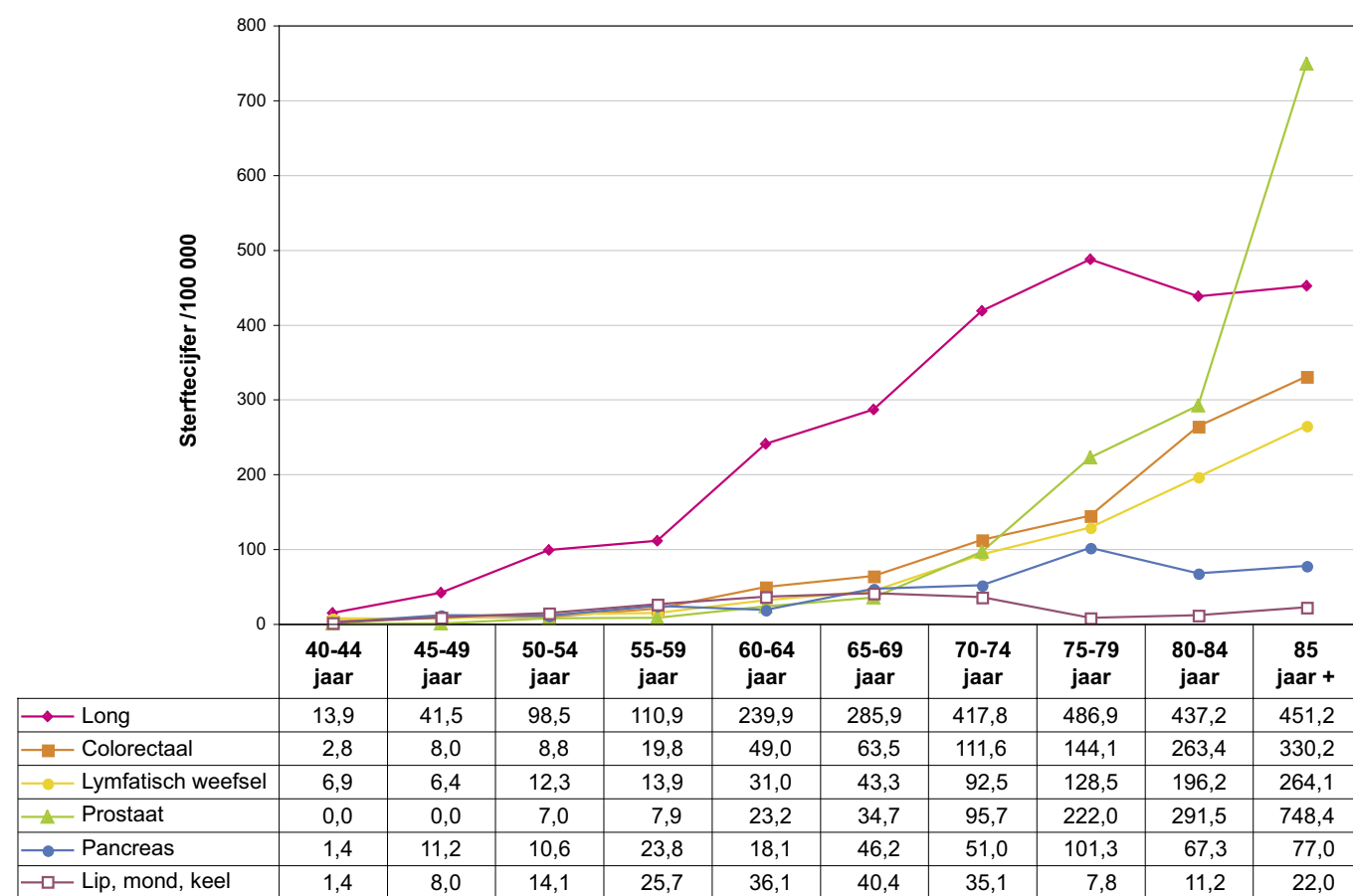
Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Het sterftcijfer voor kanker neemt ook toe met de leeftijd maar deze toename begint al op jongere leeftijd dan bij de cardiovasculaire aandoeningen. Al bij de 45-49-jarigen overschrijdt het kankersterftcijfer de 1 op 1 000. Ook hier is er vanaf de leeftijd van 60 jaar een groot verschil tussen de kankersterfte bij mannen en vrouwen.

Bij mannen is longkanker veruit de vaakst voorkomende kanker als doodsoorzaak en het sterftecijfer (alle leeftijden) ervan ligt 3 maal hoger dan bij prostaatkanker wat de tweede plaats bezet. Bij vrouwen is borstkanker de vaakst voorkomende kanker als doodsoorzaak, gevolgd door longkanker.

Tabel 2: Sterftecijfers per type kanker (/ 100 000), Brussel, 2003-2004						
	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Alle leeftijden	< 65 jaar	Alle leeftijden	< 65 jaar	Alle leeftijden	< 65 jaar
long, luchtpijp en strottenhoofd (larynx)	74,8	29,0	32,1	12,4	52,6	20,7
borst			45,3	20,6		
prostaat	24,6	2,0				
colorectaal	22,4	5,2	29,1	4,7	25,9	5,0
lymfatisch en bloedvormend weefsel	18,5	5,0	18,7	3,3	18,6	4,2
pancreas	11,8	4,3	13,1	2,2	12,5	3,3
eierstok			11,4	3,1		
maag	9,2	3,6	5,1	1,2	7,1	2,4
urineblaas	10,7	1,8	4,3	0,5	7,4	1,1
lever en intrahepatische galwegen	10,7	3,3	7,0	1,5	8,8	2,4
lip, mond en keel	7,5	4,9	2,9	1,3	5,1	3,1
baarmoeder (corpus)			7,5	1,3		
baarmoederhals			3,9	2,8		
Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn						

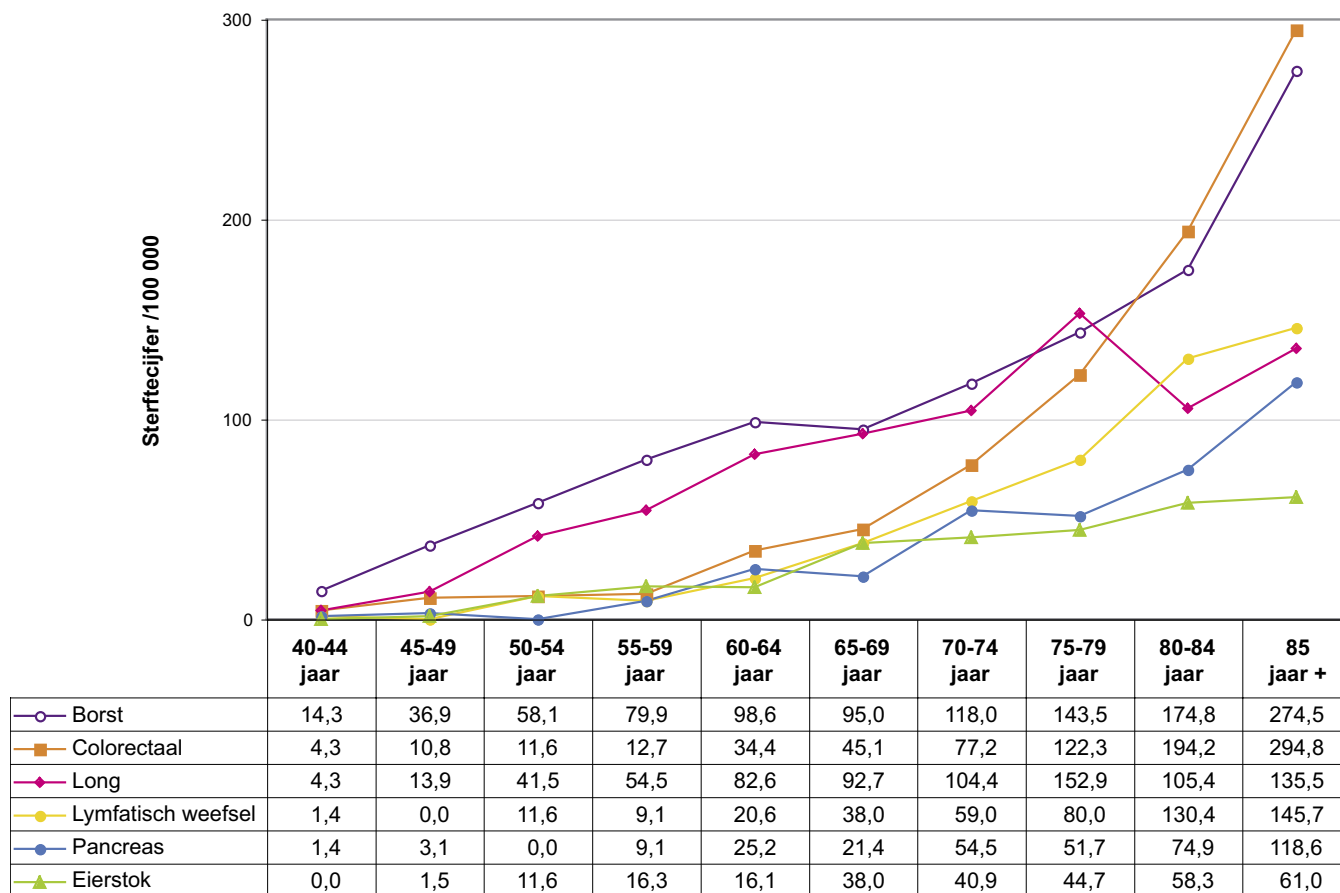
Figuur 13: Sterftecijfers naar leeftijd voor de voornaamste kankers bij mannen, Brussel, 2003-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

De evolutie van de sterftecijfers voor de verschillende types van kanker doorheen de levensloop vertoont bij mannen een duidelijk vroegere stijging voor het sterftecijfer aan longkanker ten opzichte van de andere kankers. Boven de 85 jaar neemt prostaatkanker de eerste plaats in bij de mannelijke kankersterfte.

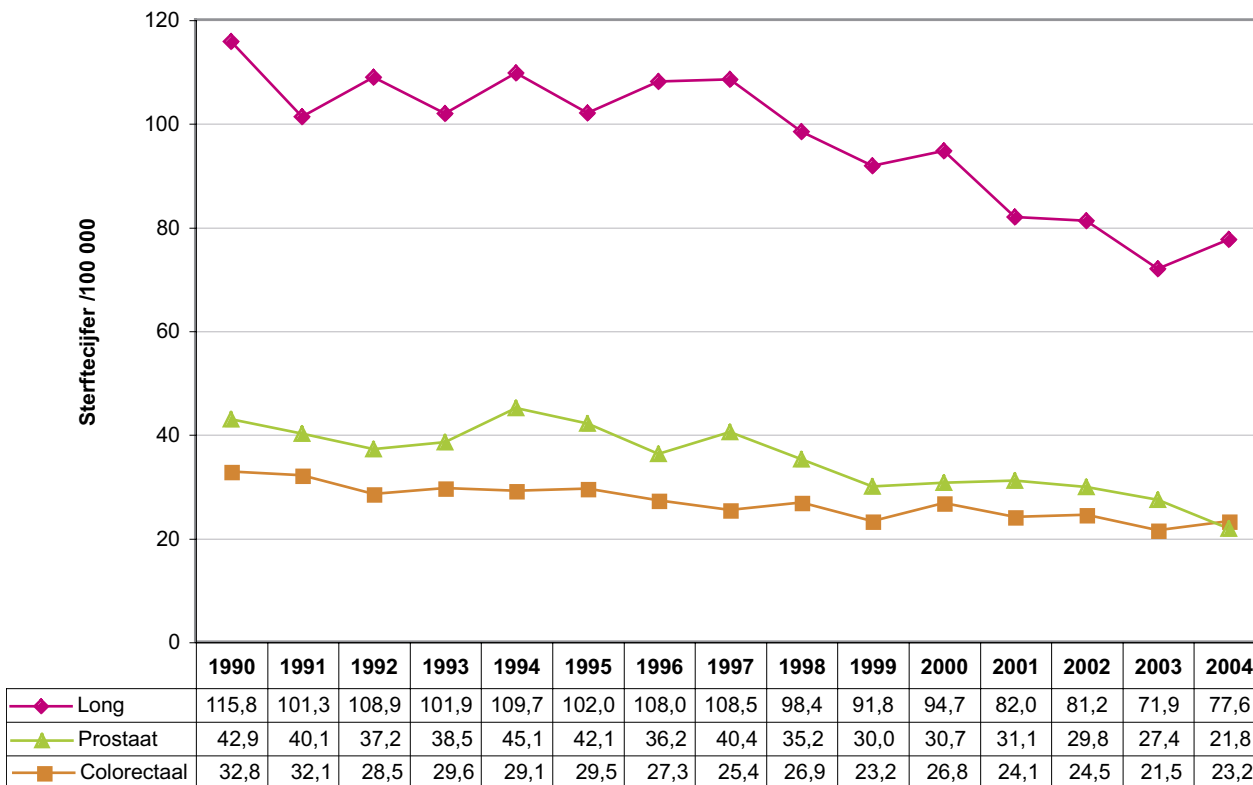
Figuur 14: Sterftecijfers naar leeftijd voor de voornaamste kankers bij vrouwen, Brussel, 2003-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Bij de vrouwen is voor de leeftijd van 65 jaar de borstkankersterfte groter dan de sterfte door longkanker. Het sterftecijfer voor borstkanker blijft stijgen met de leeftijd, zelfs in de oudere leeftijdsgroepen. Boven de 80 jaar wordt de sterfte door colorectale kanker de eerste doodsoorzaak binnen de kankersterfte.

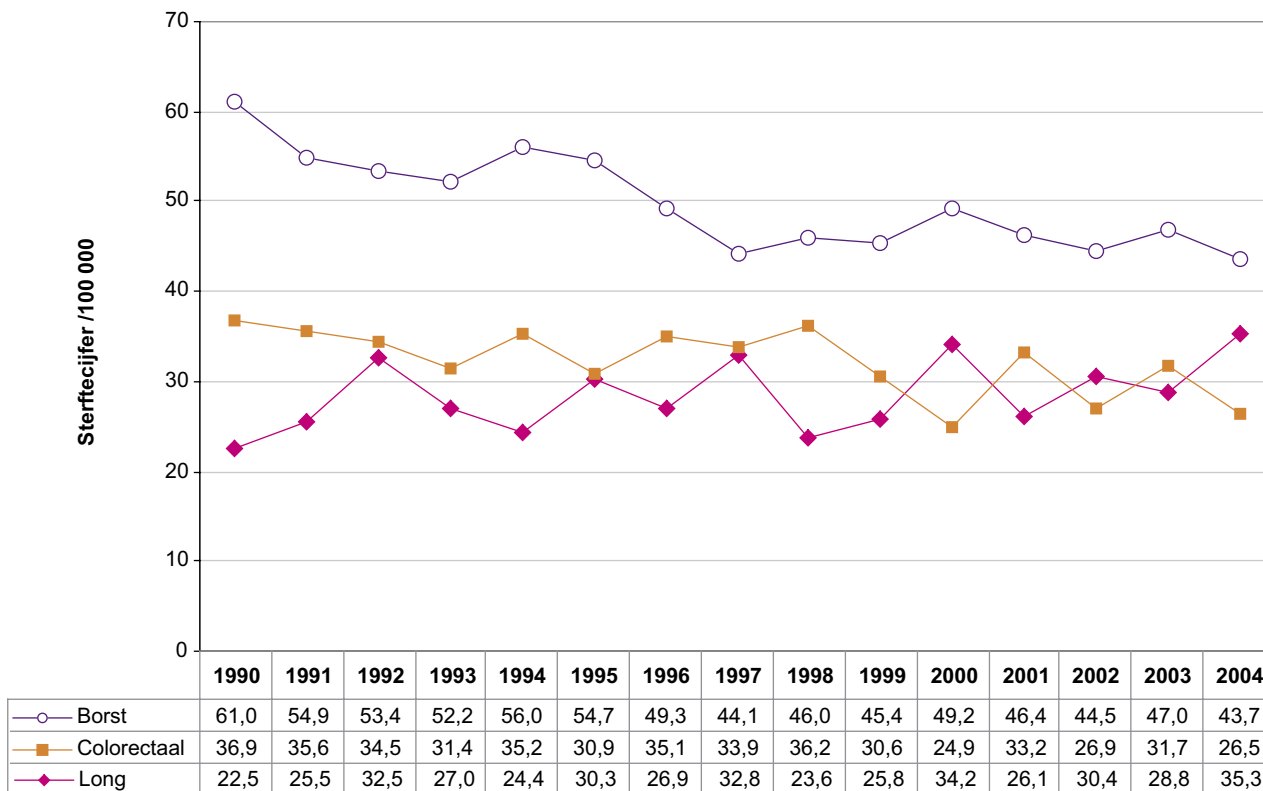
Figuur 15: Evolutie van de sterftcijfers voor kanker, Brussel, 1990-2004, Mannen



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

In de evolutie van de sterftcijfers sinds 1990 (figuren 15 en 16) valt op dat bij de mannen de belangrijkste kankers allemaal afnemen.

Figuur 16: Evolutie van de sterftcijfers voor kanker, Brussel, 1990-2004, Vrouwen



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Bij de vrouwen neemt alleen het sterftcijfer voor borstkanker af tussen 1990 en 1997. Deze daling heeft zich niet verder doorgezet en het sterftcijfer voor borstkanker blijft sinds 1998 stabiel.

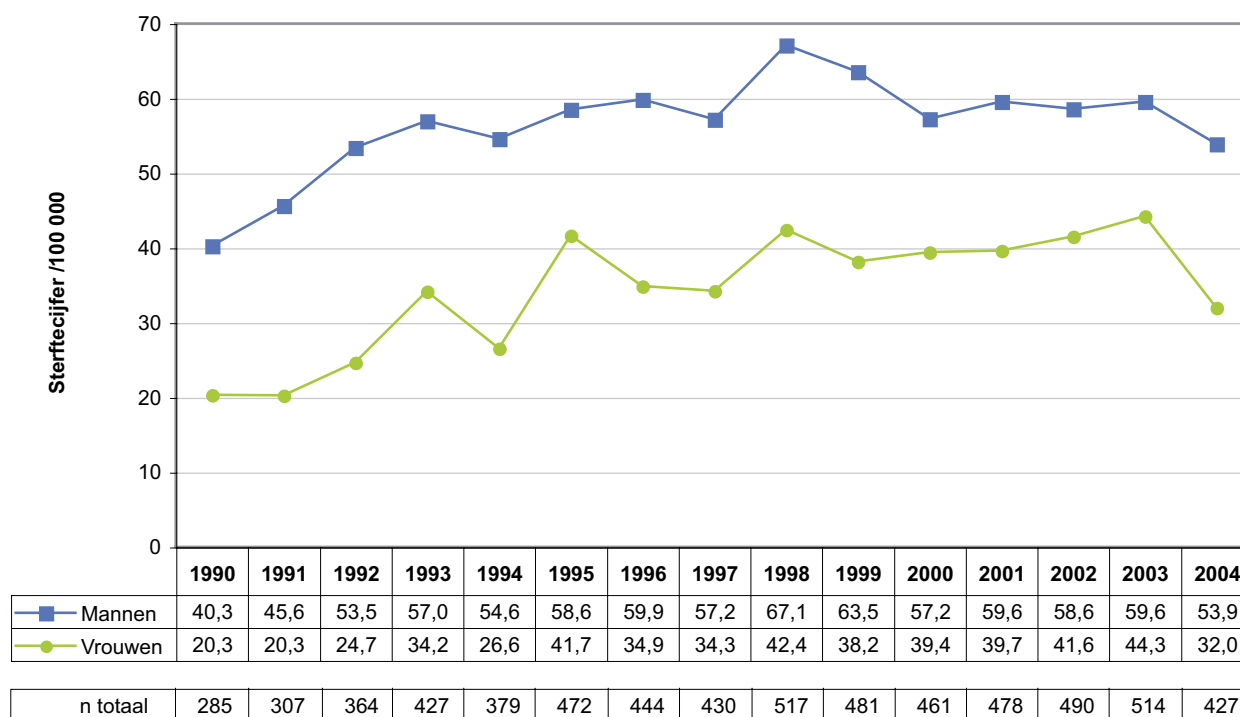
4.3 Chronische ademhalingsziekten

Chronische ademhalingsziekten zijn verantwoordelijk voor 4,8% van de overlijdens. De sterfte door chronische ademhalingsaandoeningen ligt bij mannen een heel stuk hoger dan bij vrouwen.

Sinds 1990 is de mortaliteit door chronische ademhalingsziekten in Brussel gestaag toegenomen (figuur 17). Dit is niet te wijten aan het aantal overlijdens door astma aangezien hiervoor een daling wordt vastgesteld doorheen de laatste 15

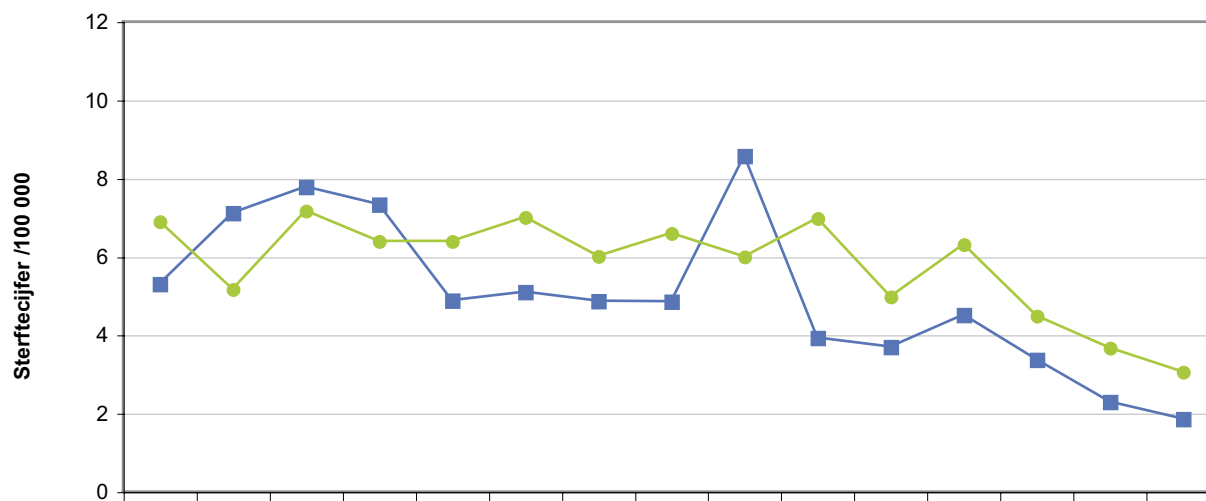
jaar (figuur 18). In 2004 lijkt er evenwel, zowel bij mannen als bij vrouwen, een daling te zijn van de mortaliteit door chronische ademhalingsziekten.

Figuur 17: Evolutie van de sterftcijfers voor chronische ademhalingsziekten, Brussel, 1990-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

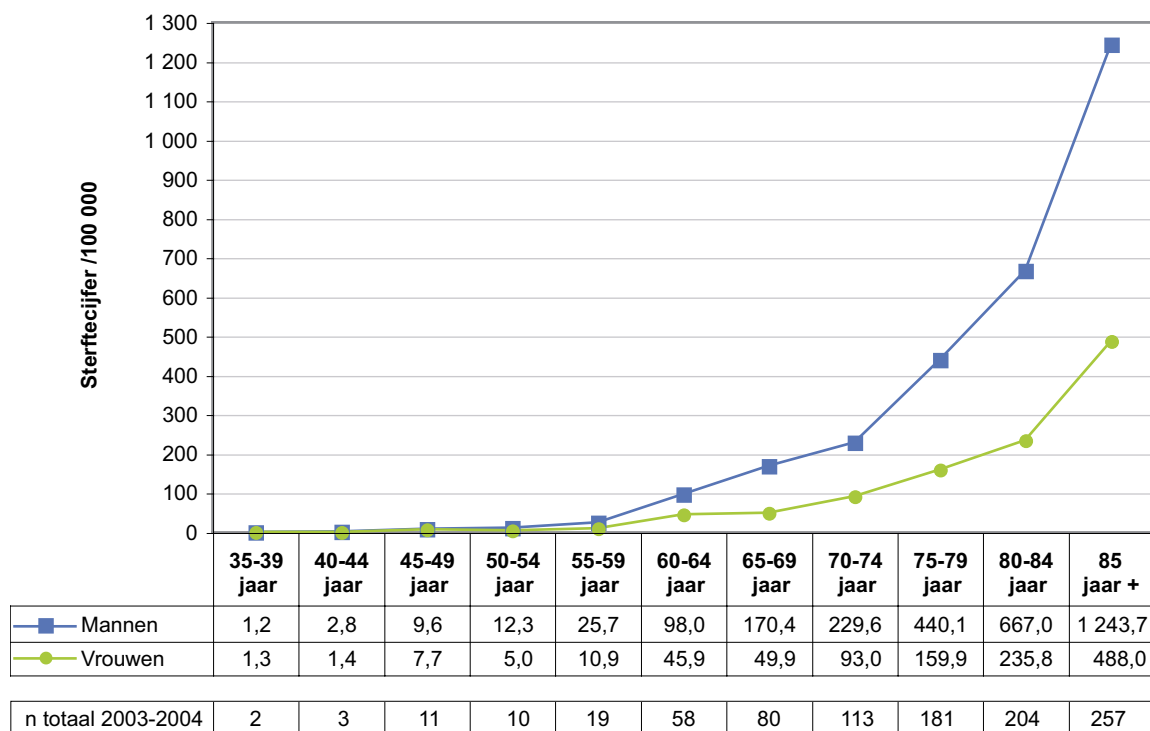
Figuur 18: Evolutie van de sterftcijfers voor astma, Brussel, 1990-2004



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
—■— Mannen	5,3	7,1	7,8	7,3	4,9	5,1	4,9	4,9	8,6	3,9	3,7	4,5	3,4	2,3	1,9
—●— Vrouwen	6,9	5,2	7,2	6,4	6,4	7,0	6,0	6,6	6,0	7,0	5,0	6,3	4,5	3,7	3,1
n totaal	59	58	71	65	54	58	52	55	69	53	42	53	39	30	25

Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuur 19: Sterftecijfers voor chronische ademhalingsziekten naar leeftijd, Brussel, 2003-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

De mortaliteit door chronisch respiratoire aandoeningen neemt toe met de leeftijd en betreft veelal ouderen.

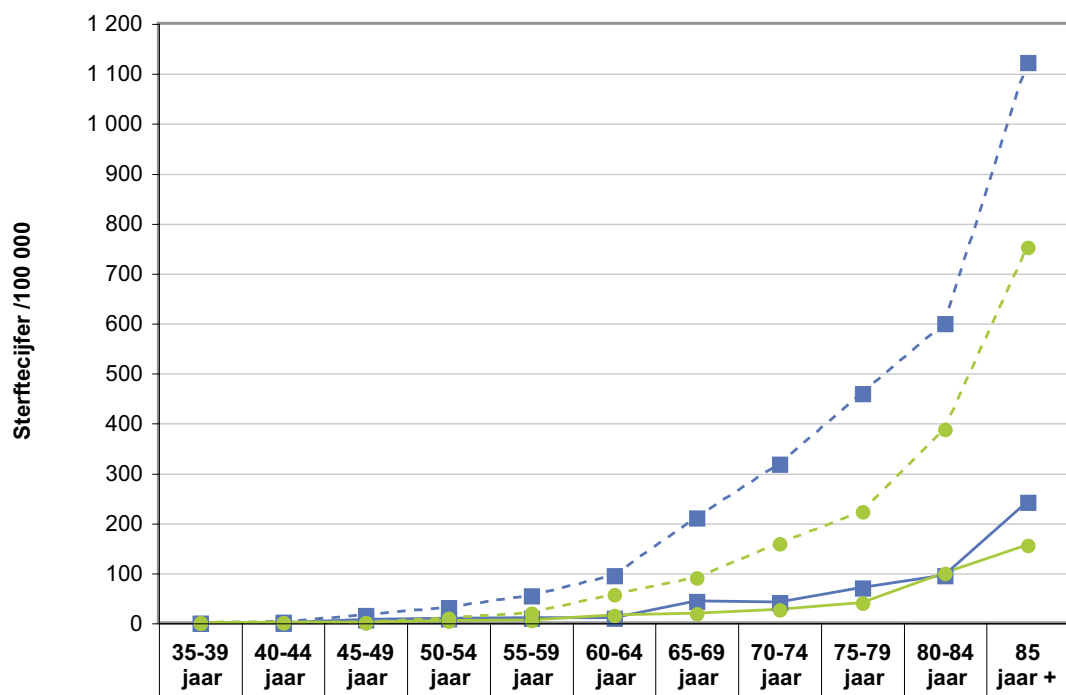
4.4 Diabetes

De impact van diabetes op de mortaliteit is een heel stuk groter dan wat de «gewone» sterftestatistiek laat vermoeden. Wanneer alleen de sterfte wordt beschouwd waarvan de arts oordeelt dat ze in de eerste plaats werd veroorzaakt door

diabetes (op het statistisch formulier wordt dit de oorspronkelijke doodsoorzaak genoemd) dan valt deze een heel stuk lager uit dan wanneer ook de overlijdens worden meegerekend waarvan de arts diabetes als bijkomende doodsoorzaak

aangaf. Diabetes als oorspronkelijke of bijkomende doodsoorzaak komt bij de mannen op de vierde plaats (11,5 per 100 000) van de vroegtijdige doodsoorzaken en bij vrouwen op de zevende (5,6 op 100 000).

Figuur 20: Sterftecijfers voor diabetes naar leeftijd, Brussel, 2003-2004

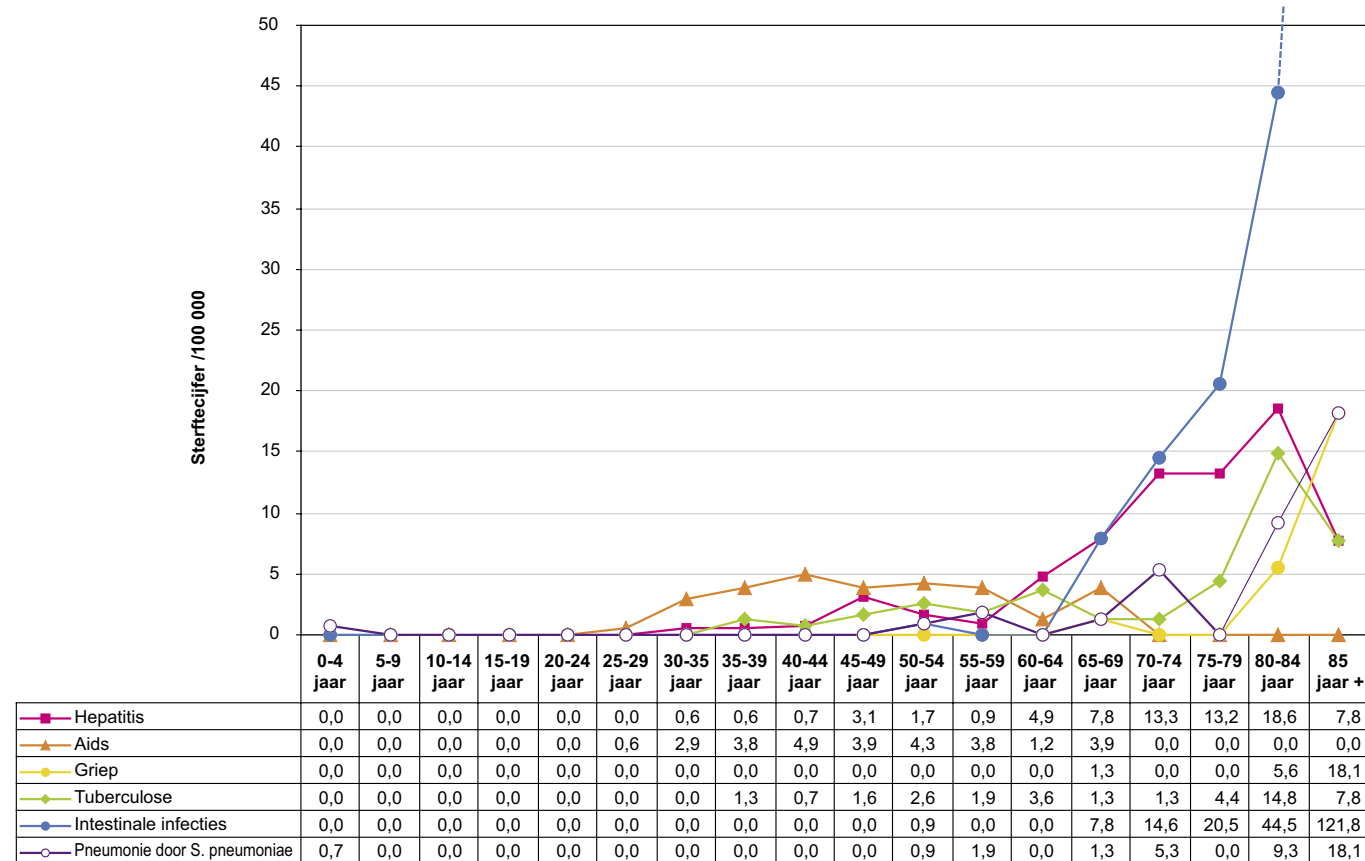


Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

4.5 Infectieziekten

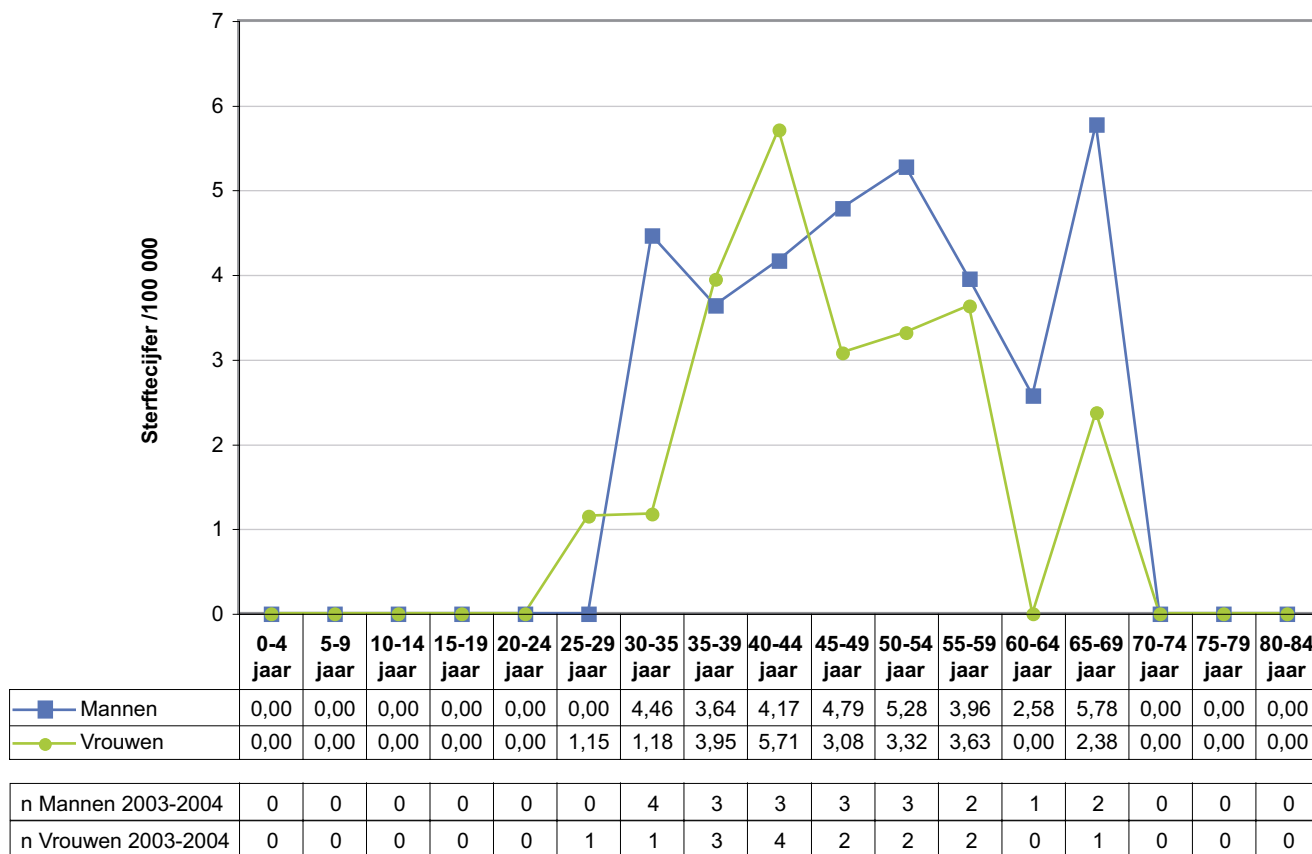
De mortaliteit te wijten aan infectieziekten is in onze samenleving relatief beperkt door het hoge niveau van hygiëne en geneeskunde. In de oudste leeftijdscategorieën genereren de intestinale infecties evenwel toch een hoger sterftecijfer.

Figuur 21: Sterftecijfers naar leeftijd voor de belangrijkste doodsoorzaken door infectieziekten, Brussel, 2003-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuur 22: Sterftecijfers naar leeftijd voor aids, Brussel, 2003-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Doorheen 2003 en 2004 stierven er 37 Brusselaars (21 mannen en 16 vrouwen) aan aids. Het merendeel van deze sterfgevallen betreft mensen van middelbare leeftijd.

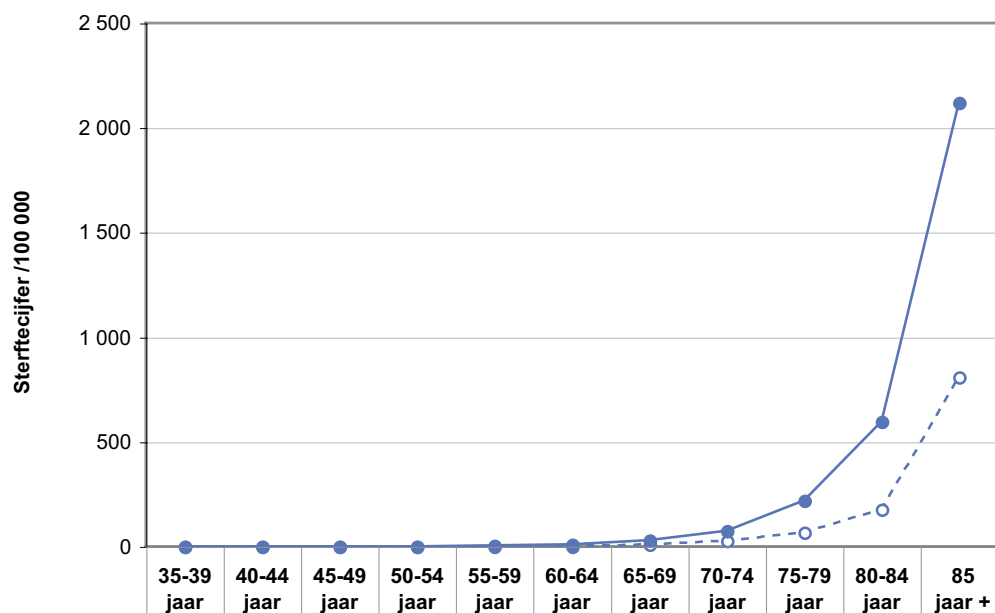
4.6 Geestelijke gezondheid

De belangrijkste doodsoorzaken die verbonden zijn met geestelijke gezondheid zijn zelfmoord, dementie en misbruik van psychoactieve middelen (illegale drugs, alcohol, medicijnen).

Het sterftecijfer voor dementie stijgt exponentieel vanaf 60 jaar (figuur 23). In de categorie 85+ neemt het sterftecijfer voor dementie als oorspronkelijke doodsoorzaak toe tot meer dan 800 overlijdens per 100 000 inwoners.

Wanneer ook de sterfgevallen worden meegerekend waarbij dementie als bijkomende oorzaak werd opgegeven klimt het sterftecijfer boven de 2 op 100 bewoners ouder dan 85.

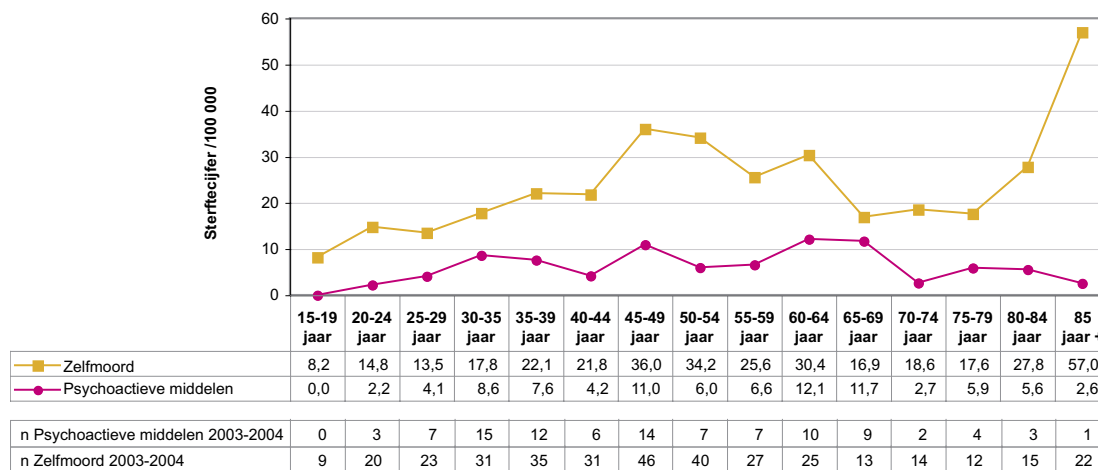
Figuur 23: Sterftecijfer voor dementie naar leeftijd, Brussel, 2003-2004



Dementie (oorspronkelijk)	0,0	0,7	0,0	0,9	0,9	1,2	10,4	27,8	67,5	176,3	808,4
Dementie (oorspronkelijk + bijkomend)	0,0	0,7	0,0	0,9	4,7	10,9	30,0	75,6	220,0	597,5	2 119,4
n Dementie (oorspronkelijk) 2003-2004	0	1	0	1	1	1	8	21	46	95	312
n Dementie (oorspronkelijk + bijkomend) 2003-2004	0	1	0	1	5	9	23	57	150	322	818

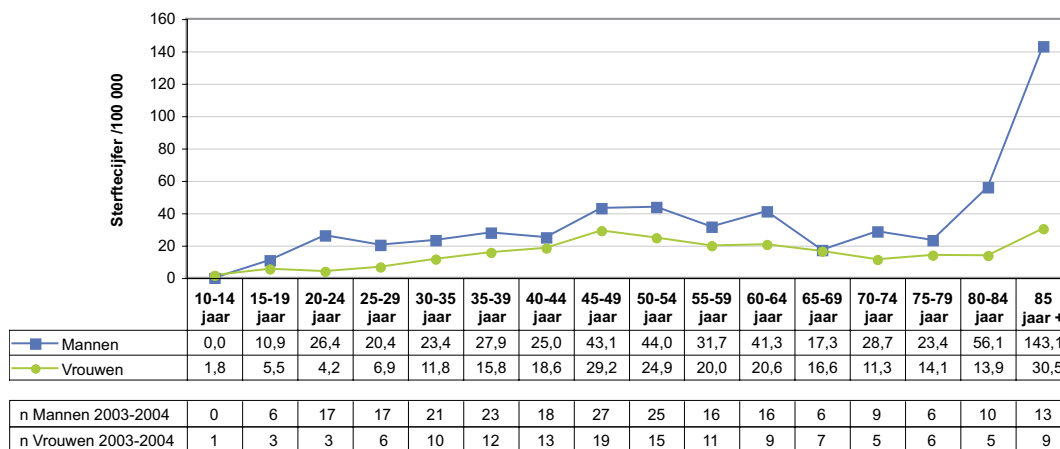
Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuur 24: Sterftecijfers voor zelfmoord en psychoactieve middelen naar leeftijd, Brussel, 2003-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

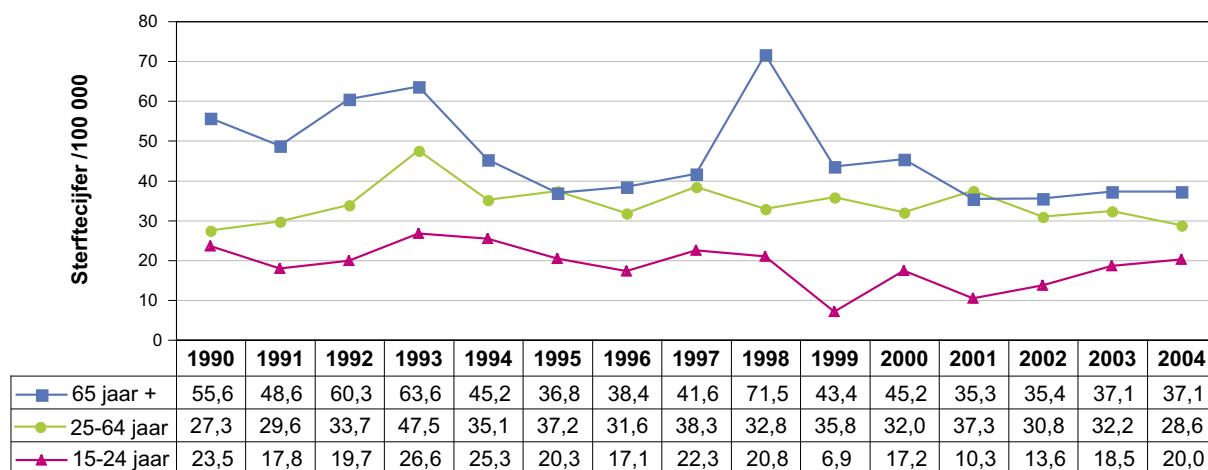
Figuur 25: Sterftecijfers voor zelfmoord naar leeftijd, Brussel, 2003-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

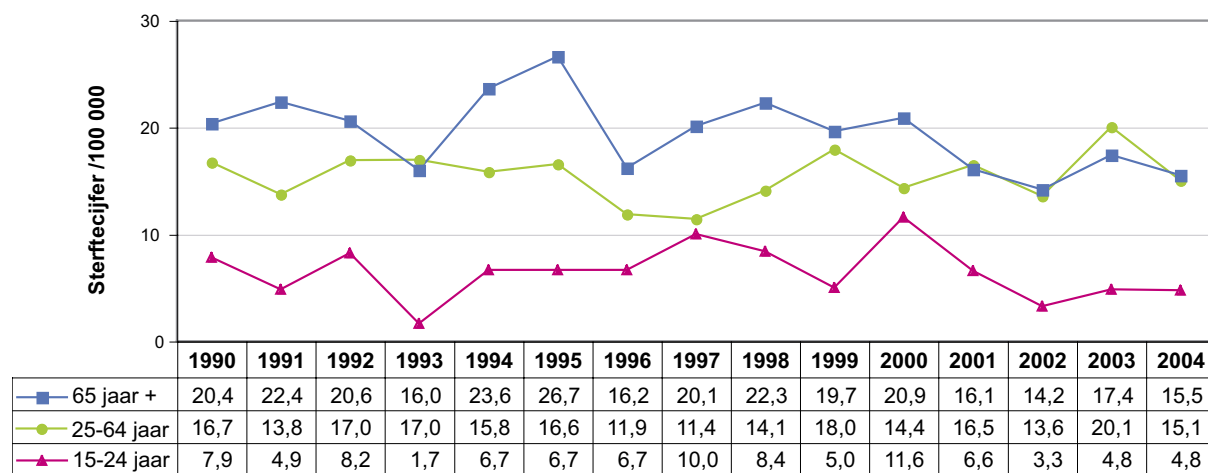
De sterftecijfers voor zelfmoord liggen hoger bij mannen dan bij vrouwen in alle leeftijdscategorieën. Bij de volwassenen van middelbare leeftijd (45-64 jaar) worden zowel bij vrouwen als mannen verhoogde zelfmoordcijfers genoteerd. Bij de mannen wordt ook een aanzienlijke stijging vastgesteld naar leeftijd bij de +75-jarigen.

Figuur 26: Evolutie van het sterftecijfer voor zelfmoord volgens leeftijdsgroep, Brussel, 1990-2004, Mannen



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuur 27: Evolutie van het sterftecijfer voor zelfmoord volgens leeftijdsgroep, Brussel, 1990-2004, Vrouwen



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuren 26 en 27 tonen de evolutie van de zelfmoordcijfers doorheen de laatste 15 jaar.

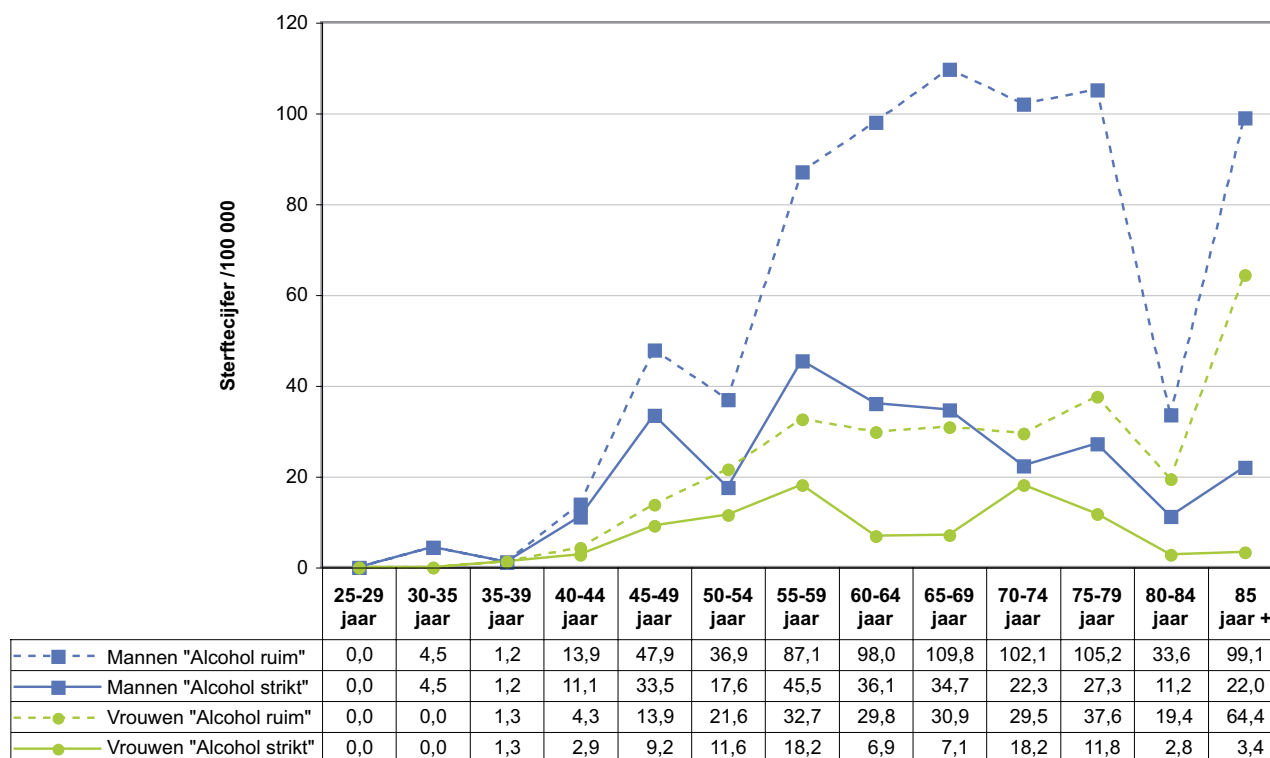
4.7 Alcohol

De alcoholgerelateerde sterfte werd geanalyseerd volgens twee verschillende definities. Enerzijds worden de cijfers weergegeven van aandoeningen die rechtstreeks en exclusief te wijten zijn aan alcoholgebruik zoals alcoholcirrose, pancreatitis alcoholica, acute alcohol-intoxicatie en alcoholgerelateerde degeneratieve aandoeningen van het zenuwstelsel (alcohol strikt, volle lijnen). Deze overlijdens bereiken bij de mannen tussen 45 en 70 jaar de hoogste

sterftecijfers. In de tweede definitie worden ook de kankers aan de bovenste spijsverteringswegen (lippen, mondholte en slokdarmhoofd) opgenomen waarbij alcohol een belangrijke rol speelt maar waarbij nog andere factoren zoals roken kunnen meespelen (alcohol ruim, stippellijnen). Met deze ruimere definitie ligt de alcoholgerelateerde sterfte nog veel hoger, in het bijzonder bij mannen in de leeftijdsgroepen tussen 55 en 80 jaar waar ongeveer 1 overlijden op elke

1000 Brusselaars wordt opgetekend. Waar alcohol met de strikte definitie de 6^{de} oorzaak was van vroegtijdig overlijden bij mannen en de 9^{de} bij vrouwen (figuur 5) wordt alcohol met de ruime definitie de 4^{de} vroegtijdige doodsoorzaak bij mannen (17,6 op 100 000) en de 6^{de} bij vrouwen (6,7 op 100 000). De invloed van alcohol bij verkeersongevallen of andere gewelddadige overlijdens wordt hier nog in geen van beide definities opgenomen.

Figuur 28: Sterftecijfers voor alcoholgerelateerde sterfte naar leeftijd, Brussel, 2003-2004

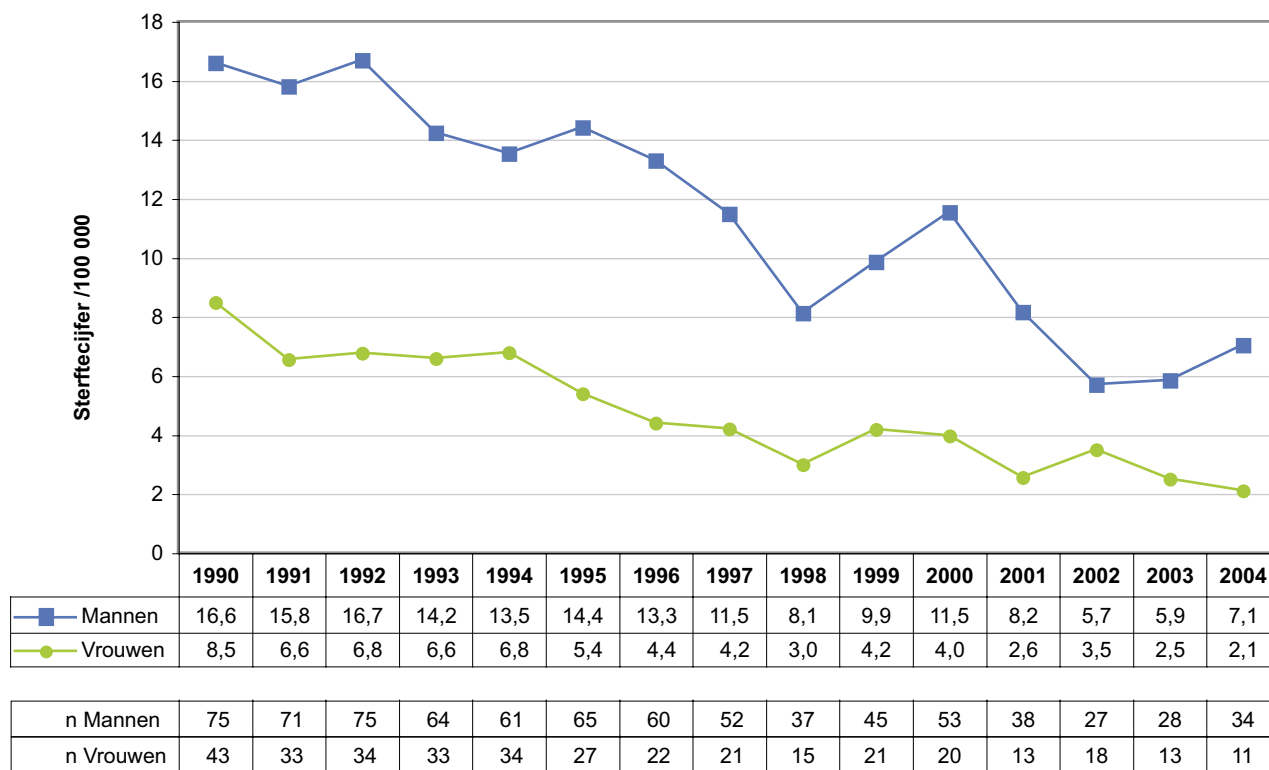


Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

4.8 Ongevallen

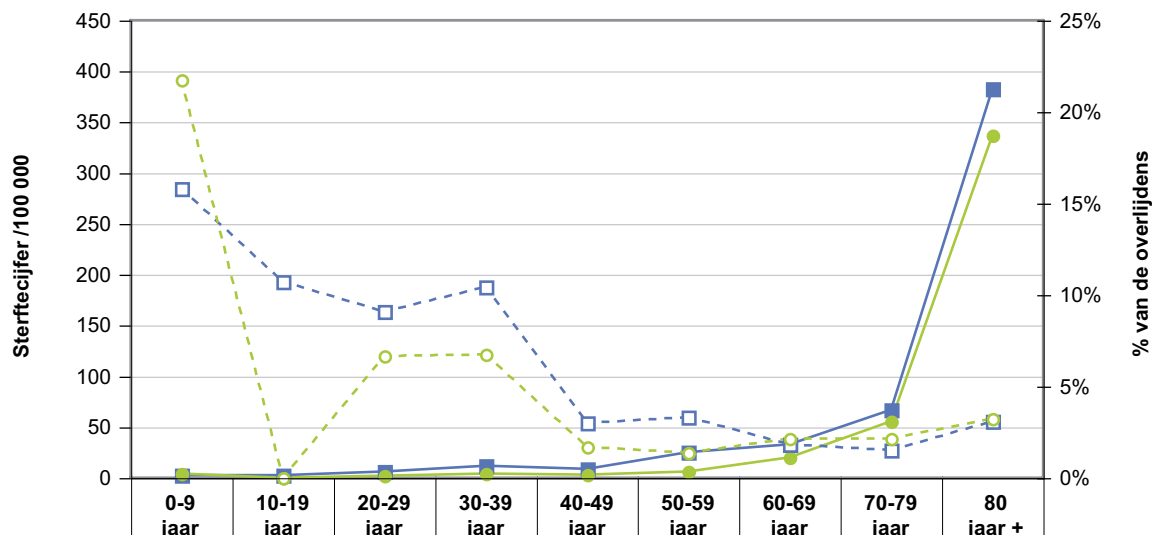
Sinds 1990 is het sterftcijfer voor verkeersongevallen gestaag gedaald. In 2004 steeg het sterftcijfer bij mannen terug lichtjes.

Figuur 29: Evolutie van de sterftcijfers voor verkeersongevallen, Brussel, 1990-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuur 30: Specifieke sterftecijfers (SS) en % overlijdens naar leeftijd voor ongevallen in de privésfeer, Brussel, 2003-2004



SS mannen	2,3	2,7	6,1	11,6	8,9	25,1	32,7	66,6	382,5
SS vrouwen	4,0	0,0	1,9	4,4	3,0	6,1	19,8	55,4	337,1
% overlijdens mannen	16%	11%	9%	10%	3%	3%	2%	2%	3%
% overlijdens vrouwen	22%	0%	7%	7%	2%	1%	2%	2%	3%

n Mannen 2003-2004	3	3	9	20	12	27	24	38	103
n Vrouwen 2003-2004	5	0	3	7	4	7	17	48	221

Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

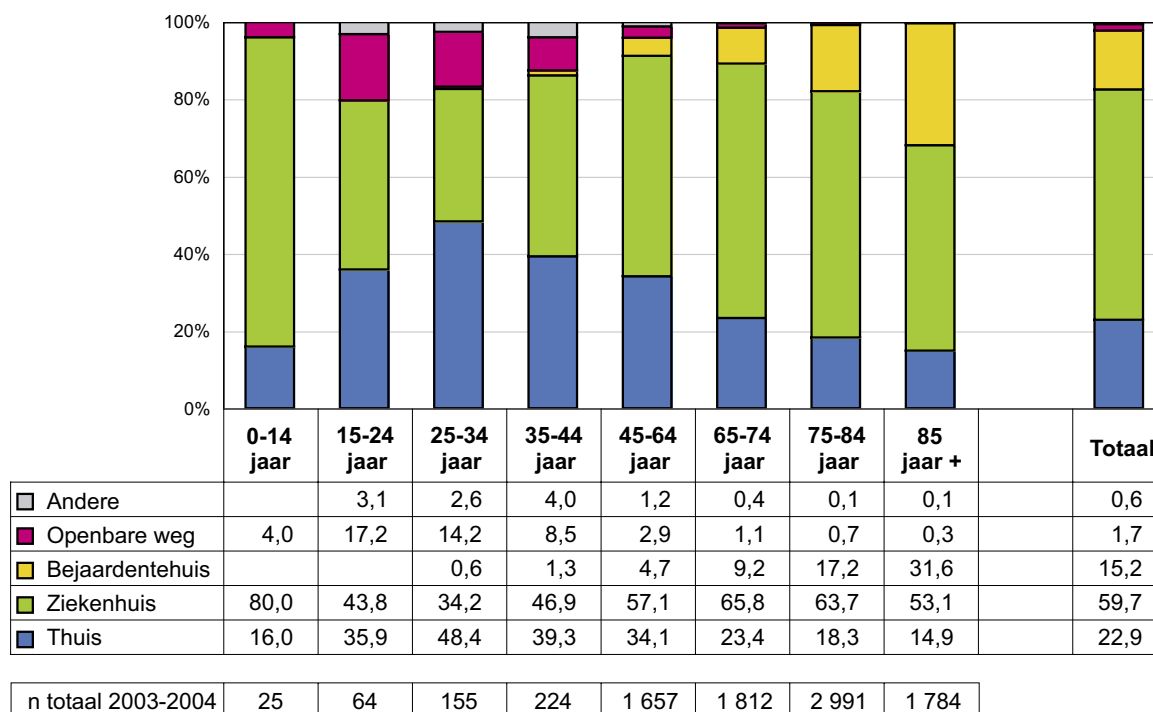
De sterftecijfers voor ongevallen in de privésfeer (volle lijnen in figuur 30) nemen sterk toe in de oudere leeftijdsgroepen. Dit betekent dat het risico om te overlijden aan een ongeval in de privésfeer fors hoger wordt bij de hoogbejaarden (waarbij een valpartij niet zelden een fatale afloop kent). Het aandeel van deze overlijdens in het totaal van de mortaliteit (stippellijnen in figuur 30) toont evenwel aan dat deze dodelijke ongevallen bij kinderen jonger dan 10 ongeveer 1 overlijden op 5 vertegenwoordigen.

5. PLAATS VAN OVERLIJDEN

Meer dan de helft (55,5 %) van de overlijdens van Brusselaars in 2003 en 2004 vond plaats in een ziekenhuis. Voor mannen (59,7 %) is dit nog meer het geval dan voor vrouwen (52,1 %). Bij een kwart

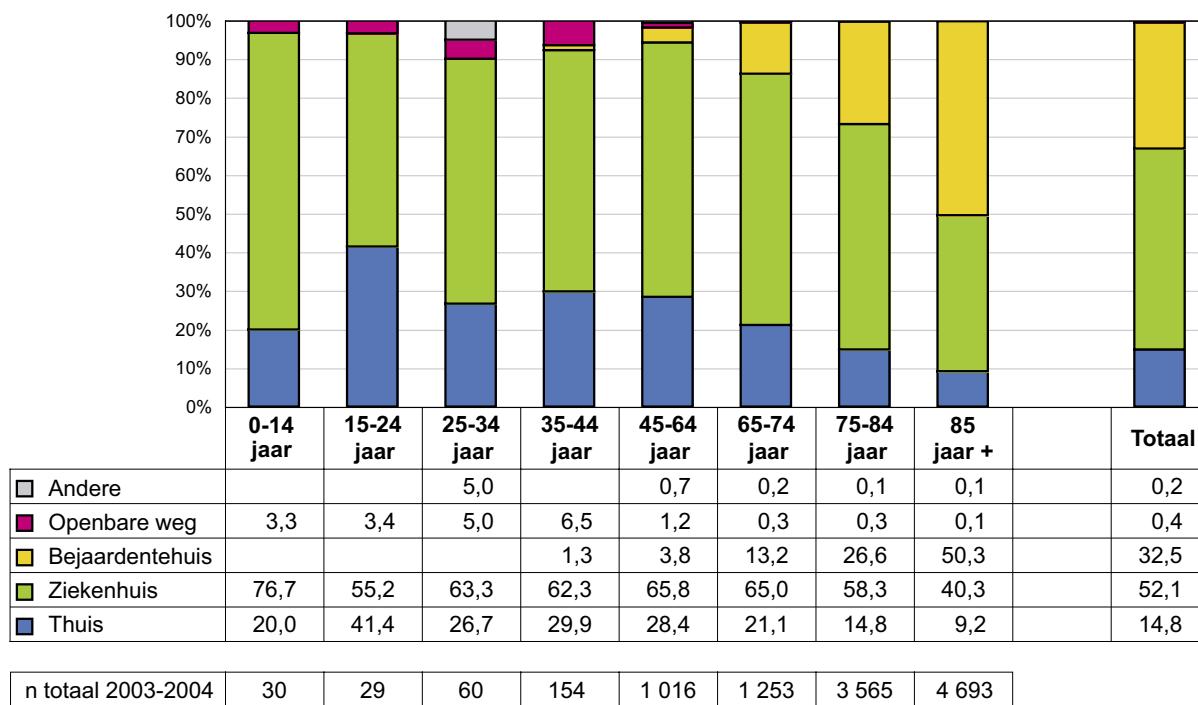
(24,8 %) van de sterfgevallen was het bejaardentehuis de plaats van overlijden en 18,4 % van de overledenen stierf thuis. De geslachts- en leeftijdsverschillen zijn duidelijk te zien in figuren 31 en 32.

Figuur 31: Verdeling (%) plaats van overlijden naar leeftijd, Brussel, 2003-2004, Mannen



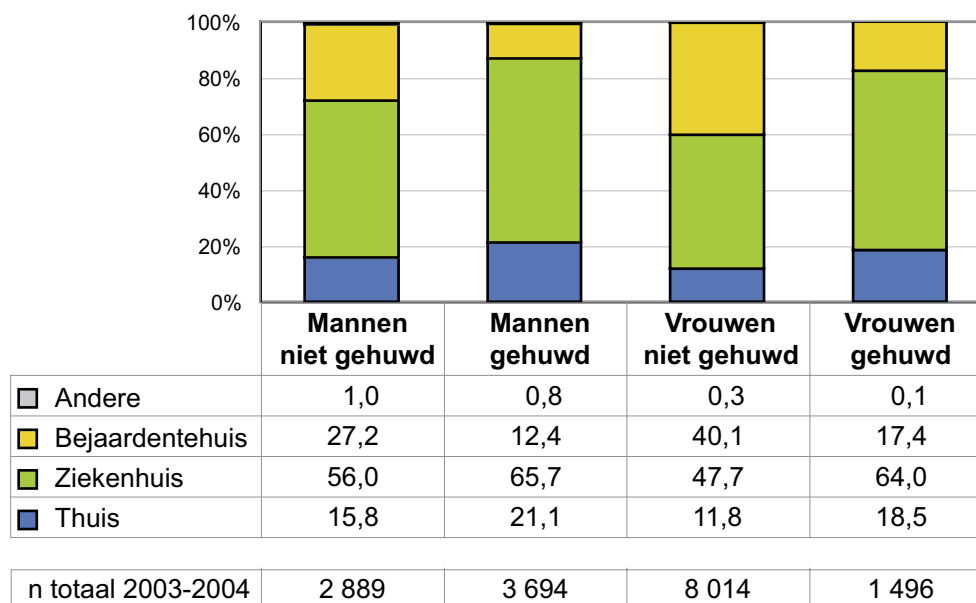
Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuur 32: Verdeling (%) plaats van overlijden naar leeftijd, Brussel, 2003-2004, Vrouwen



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

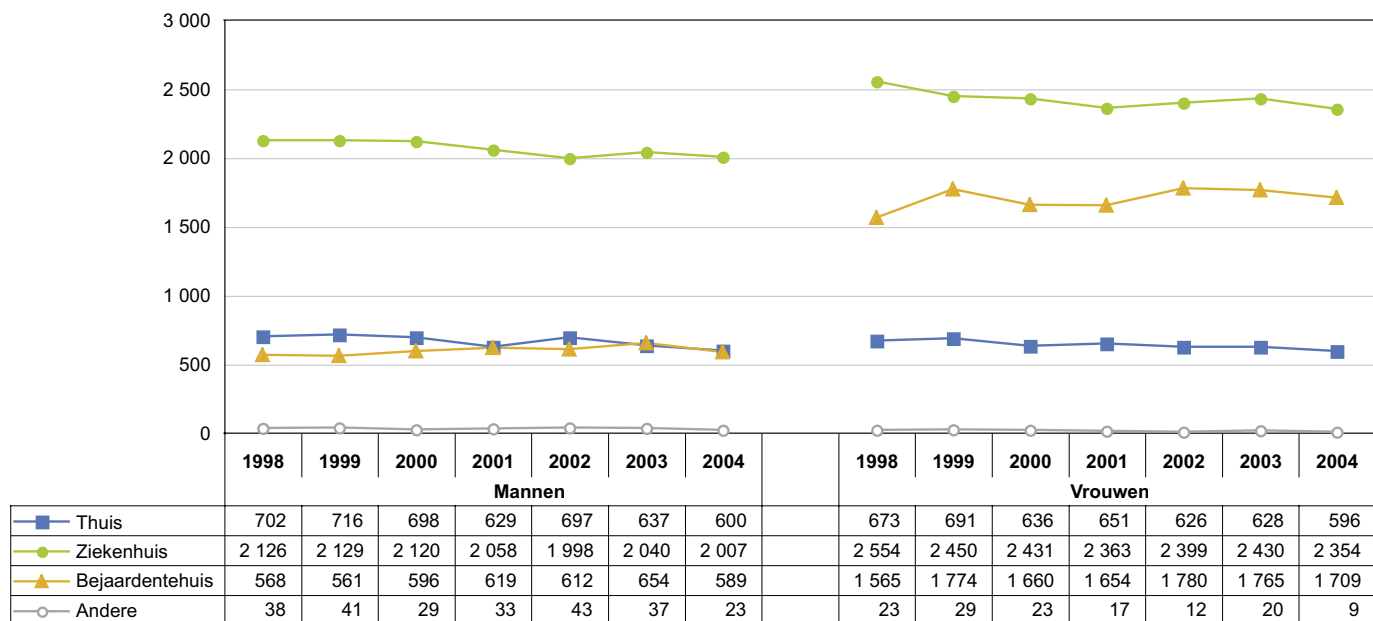
Figuur 33: Verdeling van de plaats van overlijden (%) van personen van 65 jaar en ouder volgens familiale situatie, Brussel, 2003-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Het aandeel overlijdens in een bejaardentehuis stijgt met de leeftijd en bij vrouwen ligt dit aandeel in de hoogste leeftijdscategorieën nog een stuk hoger dan bij de mannen. Dit kan deels worden verklaard door het feit dat er, door hun hogere levensverwachting, meer vrouwen alleenstaand zijn bij het overlijden dan mannen en alleenstaanden vaker overlijden in een rusthuis dan mensen die als koppel samenwonen (figuur 33).

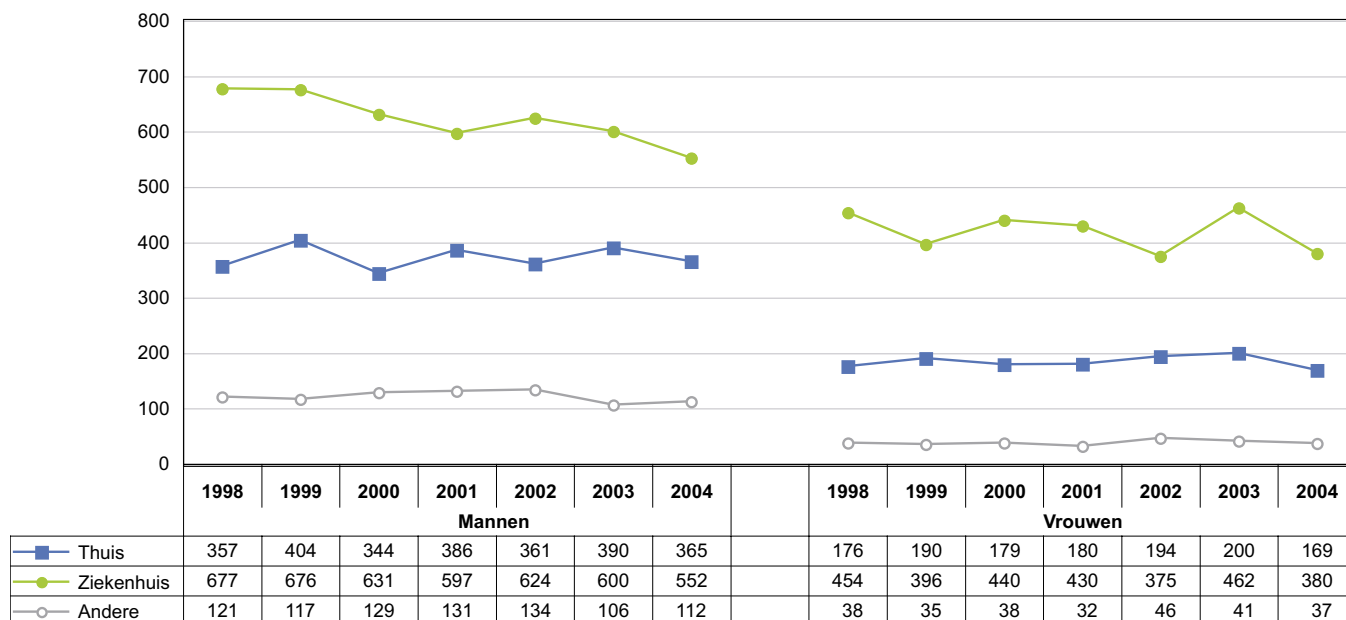
Figuur 34: Evolutie aantal sterfgevallen naargelang de plaats van overlijden per geslacht voor personen van 65 jaar en ouder, Brussel, 1998-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuur 34 presenteert de evolutie doorheen de tijd van het aantal sterfgevallen naargelang de plaats van overlijden bij de 65-plussers en toont aan dat de verdeling de laatste jaren relatief stabiel blijft.

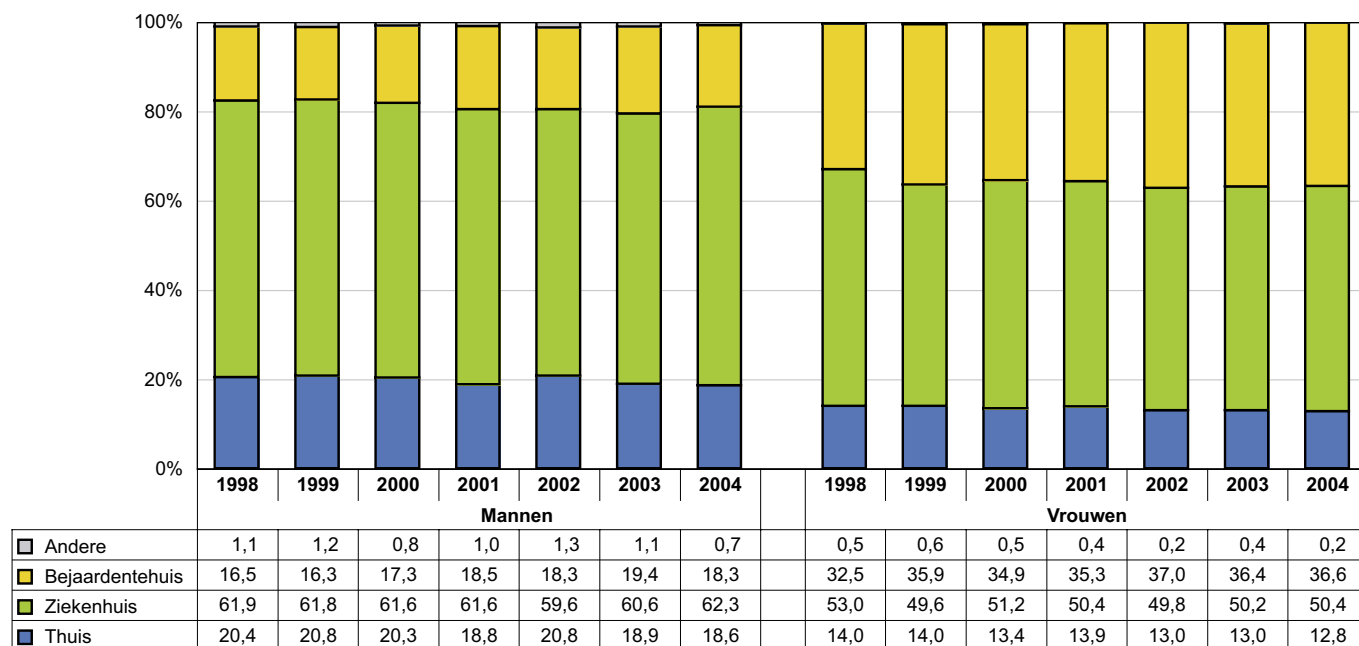
Figuur 35: Evolutie van het aantal sterfgevallen naargelang de plaats van overlijden per geslacht voor personen jonger dan 65 jaar, Brussel, 1998-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

De evolutie van het aantal sterfgevallen naar plaats van overlijden bij de overlijdens voor 65 jaar geeft aan dat de daling in de vroegtijdige sterfte bij mannelijke Brusselaars zich vertaalt in een daling van de ziekenhuisoverlijdens van mannen jonger dan 65.

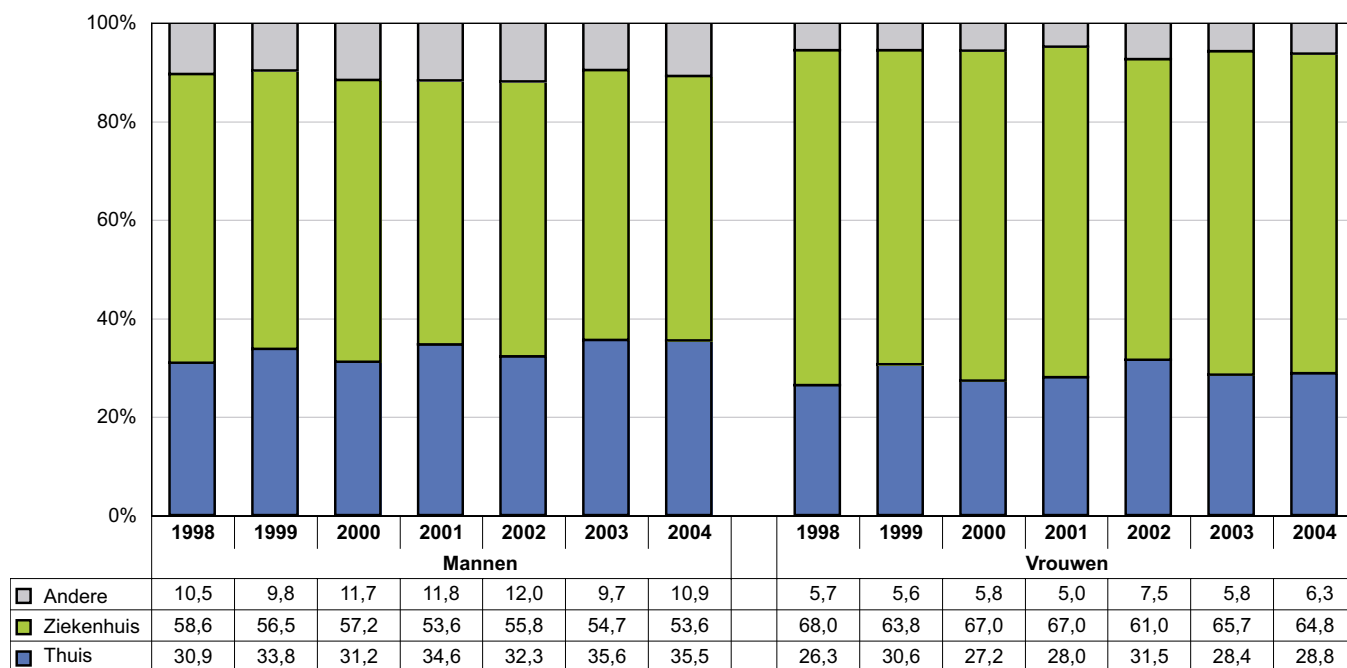
Figuur 36: Plaats van overlijden: Evolutie % sterfgevallen per geslacht, ≥ 65 jaar, Brussel, 2003-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

De aandelen van de verschillende overlijdensplaatsen doorheen de tijd (figuren 36 en 37) blijven relatief stabiel.

Figuur 37: Plaats van overlijden: Evolutie % sterfgevallen per geslacht, < 65 jaar, Brussel, 2003-2004



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Voor een verdere analyse van de plaats van overlijden in Brussel zie het dossier: «Thuiswonen na je 65^{ste}, atlas van de behoeften en de actoren in Brussel» (2007), www.observatbru.be

6. METHODOLOGIE

6.1 Mortaliteitscijfer

Dit is de verhouding, voor een gegeven periode, van het aantal sterfgevallen in een bepaalde bevolking tot de effectieve omvang van deze bevolking in het midden van de periode^[4]. Deze verhouding wordt uitgedrukt in aantal sterfgevallen per 1000 inwoners en per jaar.

De bron voor de teller is het overlijdensbestand, aangelegd op basis van de statistische formulieren bij de overlijdensattesten en voor de noemer de effectieve bevolkingsomvang verstrekt door het Algemeene Directie Statistiek en Economische Informatie.

Het **cijfer van de vroegtijdige mortaliteit** wordt berekend door het aantal sterfgevallen van mensen jonger dan 65 jaar in de loop van de bestudeerde periode te delen door het aantal mensen jonger dan 65 jaar in de bevolking in het midden van de periode. Dit cijfer wordt uitgedrukt in aantal sterfgevallen per 1000 inwoners en per jaar.

Het **sterftecijfer per oorzaak** wordt berekend door het aantal sterfgevallen te wijten aan een bepaalde oorzaak in de loop van de bestudeerde periode te delen door het aantal mensen in de bevolking in het midden van de periode. Dit cijfer wordt uitgedrukt in aantal sterfgevallen per 100 000 inwoners.

6.2 Standaardisering

Standaardisering is een methode die erin bestaat de cijfergegevens te corrigeren om vergelijkingen mogelijk te maken tussen de bevolkingsgroepen waarvan de leeftijdsstructuur anders is. De meeste standaardiseringsmethoden gebruiken een gewogen gemiddelde van specifieke cijfers in de leeftijdscategorieën (hier zullen wij enkel standaardisatie naar leeftijd bespreken, maar je kunt op dezelfde wijze standaardiseren voor een reeks andere kenmerken zoals bijvoorbeeld het geslacht).

Na een standaardiseringsmethode te hebben toegepast, verkrijgen we **volgens de leeftijd gestandaardiseerde mortaliteitscijfers** (men zegt ook aangepast). Wanneer wij de voor de leeftijd aangepaste cijfers vergelijken, kunnen de waargenomen verschillen tussen de cijfers niet te wijten zijn aan verschillen in de leeftijdsstructuur van de bevolking. Men spreekt daarentegen van **brutocijfer** voor de niet-gestandaardiseerde cijfers.

Bij **indirecte standaardisering** gebruiken wij de cijfers van een referentiebevolking om het aantal sterfgevallen te berekenen dat verwacht zou zijn in de bestudeerde bevolking indien zij dezelfde mortaliteitscijfers had gehad per leeftijd als de referentiebevolking. Dit maakt het mogelijk om vervolgens de gestandaardiseerde mortaliteitsverhouding (of gestandaardiseerde mortaliteitsratio) (GMV of SMR) te berekenen.

Dit werd in dit document gedaan in figuur 2 waar de vrouwen als referentiepopulatie werd genomen.

Bij **directe standaardisatie** berekent men de gestandaardiseerde cijfers door de leeftijdsspecifieke cijfers van de onderzoekspopulatie toe te passen op een «identieke» referentiepopulatie. Als referentiepopulatie kan het geheel van de twee te vergelijken populaties gekozen worden (sompopulatie) of een externe populatie.

Dit werd in dit document gedaan voor de bespreking (in de tekst) van de evolutie sinds 1990 van de algemene en de vroegtijdige mortaliteit per geslacht. De populatie van 1990 werd als referentie gebruikt.

[4] In de praktijk werd in dit document de effectieve populatie voor de periode 2003-2004 gelijk gesteld aan de som van de 2 midjaarpopulaties die geschat worden door het gemiddelde te nemen van de populaties bij het begin en aan het einde van het jaar.