

Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest - 2010

Samenvatting

De derde editie van de Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest geeft een algemeen overzicht van de gezondheid van de Brusselse bevolking, gebaseerd op tien jaar observatie (1998-2007) en geïntegreerd in de demografische, sociale en multiculturele context van het gewest.

Dit werkinstrument richt zich tot al wie, op een of andere manier, betrokken is bij de uitwerking en de implementatie van een gecoördineerd gezondheidsbeleid: beleidsverantwoordelijken, gezondheidswerkers en actoren in verschillende domeinen die de gezondheid van de bevolking beïnvloeden.

I Algemene context

Al meer dan 25 jaar groeit en verjongt de bevolking van het Brussels Gewest: het geboortecijfer (15,7‰) stijgt voortdurend en is hoger dan in de twee andere gewesten van het land. De gemiddelde leeftijd van de Brusselse bevolking daalt, net als in alle grote steden van het land.

Het multiculturele karakter van het gewest blijft zich affirmeren: 28% van de ingeschreven inwoners bezit niet de Belgische nationaliteit, en 62% hiervan is afkomstig uit een land van de EU27.

Brussel is ook een gewest van grote contrasten: in termen van fiscale inkomsten vindt men er de armste gemeenten van het land maar ook gemeenten waar de fiscale inkomsten een heel stuk hoger liggen dan het nationale gemiddelde.

Eén Brusselaar op de vier leeft onder de armoederisicogrens. In een groot aantal gezondheids- en mortaliteitsindicatoren die in deze Gezondheidsindicatoren worden bestudeerd, komen grote sociale ongelijkheden tot uiting, en dit vanaf de geboorte en doorheen de hele verdere levensloop.

II Gezondheidstoestand van de bevolking

Inschatting van de eigen gezondheid

Een vierde van de Brusselaars oordeelt niet in goede gezondheid te verkeren. Dit percentage blijft stabiel sinds 1997. Het is hoger bij vrouwen, vooral bij jonge meisjes en vrouwen ouder dan 75 jaar. Jonge Brusselaars voelen zich vaker in slechtere gezondheid dan jongeren van de grote Vlaamse of Waalse steden.

Mortaliteit

De levensverwachting bij de geboorte blijft stijgen, net als in de rest van het land: in 2006 bedraagt ze 76,9 jaar voor mannen en 82,0 jaar voor vrouwen (voor respectievelijk 73,6 en 80,5 in 1995).

De gestandaardiseerde sterftecijfers in Brussel behoren tot de tien laagste onder de Europese landen, maar zijn evenwel hoger dan die van sommige Europese regio's zoals Ile de France of Madrid; deze positie is het gevolg van zowel negatieve factoren (groot aantal armen) als positieve factoren (groot aantal personen met een gezonde levensstijl (mediterrane dieet)). In de Gezondheidsindicatoren komen de effecten van dit samenspel tussen sociale en culturele gradiënten meermaals terug.

Zoals in de meeste geïndustrialiseerde landen zijn de belangrijkste doodsoorzaken, in dalende volgorde: hart- en vaatziekten, kankers en ademhalingsziekten. Het relatieve gewicht van de doodsoorzaken varieert naargelang het geslacht: hart- en vaatziekten zijn belangrijker bij vrouwen, terwijl sterfgevallen als gevolg van kankers en externe oorzaken (ongevallen, zelfmoorden en moorden) belangrijker zijn bij mannen.

De vroegtijdige sterfte (< 65 jaar) daalt voortdurend sinds 1990, in het bijzonder bij mannen.

De vroegtijdige sterfte daalt voor de meeste belangrijke oorzaken. De vijf belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte zijn voor mannen, in dalende volgorde, longkanker, ischemische cardiopathieën, zelfmoord, ongevallen in de privésfeer en aan alcohol gerelateerde ziekten. Voor vrouwen betreft het borstkanker, longkanker, zelfmoord, cerebrovasculaire aandoeningen en ischemische cardiopathieën. Bij vrouwen is het aantal vroegtijdige sterfgevallen duidelijk lager dan bij mannen, maar tussen 1998-2002 en 2003-2007 is het aantal vroegtijdige sterfgevallen als gevolg van longkanker bij vrouwen duidelijk gestegen.

Bij mannen is zelfmoord de belangrijkste oorzaak van verloren potentiële levensjaren vóór 75 jaar. Bij vrouwen is dit borstkanker.

Chronische ziekten en invaliditeit

In 2004 zegt een vierde van de Brusselaars (en meer dan de helft van de Brusselaars ouder dan 75 jaar) aan een chronische ziekte, een langdurige aandoening of een handicap te lijden. Dit aandeel is stabiel in de tijd. Allergieën, rugproblemen, migraine en hoge bloeddruk behoren tot de vaakst vermelde chronische ziekten.

In 2007 zijn 22 404 Brusselaars als invalide erkend. Arbeiders worden meer getroffen dan bedienden. Drie pathologieën verklaren meer dan twee derde van deze invaliditeiten: mentale stoornissen (veruit de belangrijkste, toenemende oorzaak), spier- en gewrichtsproblemen en aandoeningen van de bloedsomlooporganen.

Hart- en vaatziekten

Hart- en vaatziekten zijn verantwoordelijk voor een derde van de sterfgevallen binnen de bevolking. In 2007 overleden 2 874 Brusselaars aan hart- en vaatziekten, of bijna 750 minder dan in 1998. Het cardiovasculaire sterftecijfer in het Brussels Gewest behoort tot de laagste in Europa, maar de huidige toename van obesitas, een sedentaire levensstijl en andere psychosociale risicofactoren zou deze tendens kunnen veranderen.

Ischemische hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen zijn nog altijd de eerste en de tweede doodsoorzaken door cardiovasculaire aandoeningen, ook al daalt hun gewicht in de totale mortaliteit. In 2006 werden 1 057 ziekenhuisopnamen voor myocardinfarct geregistreerd.

Kankers

Tussen 1998 en 2007 daalden het totale sterftecijfer door kanker en de vroegtijdige sterfte door kanker. In 2007 overleden 2 224 Brusselaars aan kanker (1/4 van alle sterfgevallen). Bij vrouwen merkt men een algemene daling van de sterfte door borstkanker maar een stijging van de sterfte door longkanker. Bij mannen merkt men een voortdurende daling van de sterfte door longkanker en, vooral voor mannen ouder dan 75 jaar, door prostaatkanker.

De vier frequentste kankers bij mannen zijn prostaat-, long-, colorectale kanker en leukemieën en lymfomen; bij vrouwen gaat het om borst- en colorectale kanker, leukemieën en lymfomen en longkanker. Deze kankers zijn, zowel bij mannen als bij vrouwen, ook de kankers die de meeste overlijdens veroorzaken.

Door de verbetering van het genezings- of remissiepercentage evolueert kanker meer en meer naar een chronische ziekte, wat leidt tot nieuwe behoeften bij de betrokken patiënten.

Ademhalingsziekten

De sterfte door chronische ademhalingsziekten daalt, vooral bij mannen, maar blijft toch hoger bij mannen dan bij vrouwen.

Meer dan één op de twintig Brusselaars zegt aan longproblemen of chronische bronchitis te lijden. Dit percentage is vergelijkbaar met dit waargenomen in de grote Vlaamse of Waalse steden.

Aan alcohol gerelateerde ziekten

Alcohol speelt een belangrijke rol in de vroegtijdige sterfte: bij mannen was 13% van de potentieel verloren levensjaren vóór 75 jaar toe te schrijven aan alcohol, tegenover 7% bij vrouwen. Alcohol is de vijfde oorzaak van vroegtijdige sterfte bij mannen en de zesde bij vrouwen. Tussen de periodes 1998-2002 en 2003-2007 is de sterfte door alcohol voor 65 jaar gedaald terwijl ze bij mannen van 65 tot 74 jaar is toegenomen.

Spier- en gewrichtsproblemen

In 2007 zijn spier- en gewrichtsproblemen in Brussel verantwoordelijk voor 1 invaliditeit op de 5. Tussen 2000 en 2007 is het aantal invaliden door spier- en gewrichtsproblemen met 19% gestegen.

Eén op de 10 mensen tussen 25 en 44 jaar verklaart een chronische rugaandoening te hebben. Vanaf 55 jaar geldt dit voor ongeveer 1 op de 5.

Diabetes en obesitas

Het gewicht van diabetes in het totaal aantal sterfgevallen is de afgelopen 10 jaar toegenomen. Het aantal mannen of vrouwen dat zegt aan diabetes te lijden in Brussel verschilt niet van dat in de grote Vlaamse en Waalse steden. De prevalentie van diabetes stijgt met de leeftijd en is bij vrouwen gestegen tussen 1997 en 2004.

Ongeveer 11% van de bevolking lijdt aan obesitas (BMI > 30). Het aantal mannen met overgewicht en obesitas is significant gestegen tussen 1997 en 2004.

Infectieziekten

Bijna 9% van de sterfgevallen is toe te schrijven aan infecties, waarbij pneumopathieën en sepsis de belangrijkste doodsoorzaken door infectie zijn. **Het aantal sterfgevallen door infectie bij bejaarden stijgt tussen beide perioden,** in het bijzonder door intestinale infecties.

- Hiv en andere seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA)

In 2007 werden in het Brussels Gewest 198 nieuwe hiv-seropositieve gevallen gemeld; hoewel de incidentie zich lijkt te stabiliseren, is ze duidelijk hoger dan in 1997. In hetzelfde jaar werden in het Brussels Gewest 45 aidsgevallen gemeld, het laagste jaarlijkse aantal sinds 1988.

De sterfte door hiv-infectie (1,6/100 000 inwoners) is duidelijk gedaald tegenover de periode 1998-2002 (2,4/100 000 inwoners). Deze daling houdt verband met de introductie van antiretrovirale middelen in 1995. Het hogere sterftecijfer bij niet-Belgen betekent evenwel dat deze waarschijnlijk niet op dezelfde wijze als de Belgen van de voordelen van deze behandelingen hebben genoten.

De toename van de homoseksuele transmissie bij Belgische mannen wijst op een verontrustende vermindering van preventief gedrag, niet alleen bij mannen van middelbare leeftijd maar ook bij jonge mannen.

Syfilis, gonorrhoe en Chlamydia-infecties kennen een zorgwekkende toename, niet alleen in Brussel maar ook in andere grote Belgische steden; uit de vergelijking met verschillende Europese landen blijken dezelfde tendensen. Venerische lymfgranulomatose duikt opnieuw op.

- Tuberculose

Tuberculose is verantwoordelijk voor 1,6% van de sterfgevallen door infectie; in Europa blijft de incidentie dalen. In Brussel is de incidentie (28,5/100 000 inwoners) sinds 1987 redelijk stabiel en 3 tot 4 maal hoger dan in Vlaanderen en Wallonië. Hiervoor bestaan

verschillende redenen: het stedelijke karakter van het gewest, de aanwezigheid van een grote bevolkingsgroep in een sociaal precaire situatie en een hoge concentratie bevolkingsgroepen uit landen met een hoge prevalentie van tuberculose.

In 2006 is 66% van de nieuwe tuberculosepatiënten in Brussel van vreemde nationaliteit.

- *Virale hepatitis*

Tussen 2005 en 2007 werd bijna 8 maal meer hepatitis C dan hepatitis B vastgesteld. De sterfte door hepatitis B daalt lichtjes, terwijl die door hepatitis C veeleer stijgt.

- *Meningitis*

In het Brussels Gewest worden jaarlijks ongeveer 20 gevallen van meningitis en meningokokkensepsis waargenomen, vooral in de winter en de herfst; tussen 2003 en 2007 zijn tien personen, of gemiddeld twee per jaar, aan meningokokkenmeningitis overleden (=0,2% van de sterfgevallen door infectie).

Geestelijke gezondheid

De Gezondheidsenquête van 2004 wees op een beduidend hoger percentage psychologisch “onbehagen” bij de inwoners van Brussel ouder dan 15 jaar in vergelijking met de andere grote Belgische steden. 13% van de mannen en 19% van de vrouwen rapporteren psychologische problemen; 23% van de mannen en 28% van de vrouwen hadden recent minstens één specifiek geestelijk gezondheidsprobleem. Positief echter is dat in de HBSC-enquête 83% van de mannelijke adolescenten en 74% van de vrouwelijke adolescenten zeggen gelukkig of heel gelukkig te zijn.

6,6% van de mannelijke Brusselaars en 8,4% van de vrouwelijke Brusselaars zeggen in het afgelopen jaar aan een depressie te hebben geleden. Volgens een zelfevaluatievragenlijst over depressieve stoornissen vertonen 7,0% van de mannen en 11,8% van de vrouwen dergelijke stoornissen. De frequentie van depressieve stoornissen neemt toe met de leeftijd met een piek rond 35-44 jaar voor de mannen en 45-54 jaar voor de vrouwen.

Vrouwen gebruiken vaker psychotrope geneesmiddelen dan mannen: 13,4% van de vrouwen zegt de afgelopen twee weken slaapmiddelen te hebben gebruikt tegenover 6,9% van de mannen. Voor kalmeermiddelen zijn deze verhoudingen respectievelijk 9,6% en 6,3% en voor antidepressiva 8,7 en 5,1%.

In 2007 werden 154 sterfgevallen door zelfmoord geregistreerd, 102 mannen en 52 vrouwen. Het zelfmoordpercentage daalt geleidelijk sinds de jaren 90. Het zelfmoordrisico neemt toe met de leeftijd en blijft frequenter bij mannen dan bij vrouwen, in tegenstelling tot zelfmoordpogingen. Bij jongvolwassenen is 1 overlijden op 4 bij de mannen en 1 op 5 bij de vrouwen te wijten aan zelfmoord. Het sterftecijfer door zelfmoord in het Brussels gewest ligt hoger dan het Europese gemiddelde en met name dan dat van stedelijke regio's als Ile de France, Berlijn, Londen of Stockholm.

Ongevallen

In de Gezondheidsenquête van 2004 verklaart bijna 7% van de Brusselaars het slachtoffer geweest te zijn van een ongeval waarvoor een doktersbezoek of een ziekenhuisbezoek nodig was.

Arbeidsongevallen (ongeveer 11 000 per jaar) slaan voor bijna de helft op Brusselaars jonger dan 35 jaar; 55% van de slachtoffers werkt minder dan 5 jaar in het bedrijf. Sinds 2005 is het aantal dodelijke ongevallen verminderd, maar de gevolgen van de arbeidsongevallen zijn ver van onbeduidend. Zo leidde in 2007 49% van de arbeidsongevallen tot tijdelijke werkonbekwaamheid en 12% tot blijvende werkonbekwaamheid.

In de periode 2003-2007 overleden 194 Brusselaars door een verkeersongeval. In 2003-2007 zijn verkeersongevallen verantwoordelijk voor 12% van de sterfgevallen als gevolg van een ongeval. Tussen de perioden 1998-2002 en 2003-2007 is het sterftecijfer als gevolg van een verkeersongeval gedaald met 36%. Het sterftecijfer is driemaal hoger voor mannen dan voor vrouwen. Het aandeel van de verkeersongevallen in de totaliteit van de overlijdens als gevolg van een ongeval is het hoogst voor adolescenten.

Dodelijke valpartijen (ongeveer 100 sterfgevallen per jaar) vertegenwoordigen 1/3^{de} van de sterfgevallen door ongevallen en slaan vooral op ouderen.

III Determinanten van gezondheid

De gezondheid van de Brusselse bevolking hangt af van veel factoren die op verschillende niveaus spelen: op individueel vlak spelen de leeftijd, het geslacht en de levensstijl een belangrijke rol; de lichamelijke, culturele, sociale omgeving staan in interactie met deze individuele factoren; deze omgeving hangt op haar beurt af van de algemene sociaal-economische context. De sociale status is door zijn banden met alle andere determinerende elementen de sterkste gezondheidsbepalende factor: de grote sociale heterogeniteit die het gewest kenmerkt, uit zich dan ook in belangrijke sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid.

Levensstijl

Voor verschillende “gezondheidsgedragingen” situeert het gewest zich, dankzij de grote culturele diversiteit, relatief gunstig tegenover de andere grote steden.

Brusselaars nemen steeds meer gezonde voedingsgewoonten aan zoals ontbijten, regelmatig fruit of vis eten.

Vele Brusselaars houden er een sedentaire levensstijl op na (23% van de mannen en 30% van de vrouwen).

Het gewicht van roken op de gezondheid en de sterfte van Brusselaars blijft zeer groot, ook al is het verminderd voor de mannen. Momenteel blijft het aantal Brusselse mannen dat rookt echter stabiel en vermindert het niet zoals dat in de rest van het land wel het geval is. Voor vrouwen nemen de gezondheidsproblemen die verband houden met roken sterk toe,

door het hoge niveau van tabaksgebruik van de Brusselse vrouwen in de afgelopen decennia. Momenteel blijft het aantal vrouwelijke Brusselaars dat rookt gelukkig verminderen en is het lager dan in de rest van het land. Bij de adolescenten verdienen uitgesproken verschillen tussen de onderwijsvormen bijzondere aandacht, onder andere voor de adolescente meisjes uit het technisch onderwijs.

Alcoholverslaving blijft een verontrustend probleem in het Brussels Gewest, ondanks het grote aantal onthouders: één man op de 3 en één vrouw op de 5 vertonen een “risicovol” alcoholgebruik. “Binge drinking” komt vaak voor bij jongeren.

Sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid

Omdat binnen de Brusselse bevolking alle sociale lagen vertegenwoordigd zijn, van de armste tot de rijkste, zijn de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid binnen het gewest zeer uitgesproken, en dit vanaf de geboorte: een kind heeft 2 maal meer kans om te overlijden voor de leeftijd van één jaar in een gezin zonder arbeidsinkomen dan in een gezin met twee inkomens.

Deze ongelijkheden houden aan gedurende de hele levensloop, met risico's voor chronische aandoeningen, ongevallen of mentale gezondheidsproblemen die groter worden naarmate men op de sociale ladder afdaalt. Bijvoorbeeld: laaggeschoolden en werklozen voelen zich minder gezond dan anderen; hoe lager het opleidingsniveau, hoe hoger de frequentie van het roken en chronische ademhalingsproblemen; de frequentie van depressieve stoornissen is hoger bij personen met een laag opleidingsniveau en bij werklozen; vrouwen met hoogstens een diploma van het basisonderwijs lijden viermaal vaker aan obesitas dan vrouwen met een diploma van het hoger onderwijs... Men vindt ook een sociale gradiënt voor ernstige hartaandoeningen en chronische rugaandoeningen.

Er worden eveneens sterke sociale ongelijkheden waargenomen wat betreft de opsporing van baarmoederhalskanker.

Gezien de sociale segregatie van de Brusselse ruimte, kunnen de sociale ongelijkheden inzake gezondheid benaderd worden aan de hand van de ongelijkheden inzake mortaliteit tussen de gemeenten. Bij de inwoners van de rijke gemeenten van het zuidoosten van het gewest zijn de sterfte en de vroegtijdige sterfte het laagst, in het algemeen en voor bijna alle belangrijkste overlijdensoorzaken, met uitzondering van borstkanker en zelfmoord.

De inwoners van de armste gemeenten sterven jonger. Voor de periode 2003-2007 hebben mannen in de armste gemeenten een levensverwachting die 3,4 jaar lager is dan die van de inwoners van de rijkste gemeenten en bij vrouwen is dit 3,1 jaar. De kloof bij de mannen is zelfs groter geworden dan voor de periode 1998-2002 (2,7 jaar).

De gezondheidsverschillen tussen armen en rijken in Brussel worden groter. In het kader van een algemene verbetering van de gezondheidsindicatoren, houdt de toename van de ongelijkheden meestal verband met een meer uitgesproken gunstige evolutie voor de beter bedeelde bevolking. Dit verklaart de groter wordende verschillen wat betreft de sterfte vóór de leeftijd van één jaar, de sterfte door longkanker of ischemische cardiopathieën of de verschillen inzake levensverwachting bij mannen. Maar de groter wordende verschillen kunnen ook worden verklaard door een verslechtering van de situatie van de minstbedeelden, zoals voor obesitas en diabetes bij vrouwen of roken bij mannen.

Hoe lager men op de sociale ladder afdaalt, hoe groter het risico van gezondheidsproblemen of ongevallen. Voor sommige gezondheidsproblemen zijn de sociale ongelijkheden in het

Brussels Gewest evenwel minder groot dankzij het niet verwaarloosbare aantal migranten onder de armere bevolking die een gezondere levensstijl hebben of hebben gehad in de loop van hun leven.

Multicultureel Brussel

De gezondheid van migranten is in hoge mate geconditioneerd door hun sociale status maar vertoont ook specificiteiten naargelang de nationaliteit.

De Brusselaars van de Europese Unie vertonen gunstigere indicatoren dan de andere nationaliteiten, inclusief de Belgen. Naast een reëel beschermend effect dat onder andere verband houdt met een sociaaleconomisch gunstigere status, kan een onderschatting van de mortaliteit niet worden uitgesloten (terugkeer naar het land van herkomst).

Brusselaars van Subsaharisch Afrika blijken wat gezondheid betreft een bijzonder kwetsbare groep te zijn, zowel voor de perinatale periode met een hoog percentage vroegtijdige sterfte en foeto-infantiele sterfte, als op volwassen leeftijd. Binnen deze gemeenschap is de mortaliteit door in het land van herkomst opgelopen infecties (aids, hepatitis) zeer hoog maar ook de mortaliteit door cerebrovasculaire accidenten, diabetes en ongevallen ligt heel hoog.

Bij Brusselaars van Marokkaanse nationaliteit is het sterftecijfer duidelijk lager dan bij de Belgische bevolking, behalve tijdens de perinatale periode. Dit kan grotendeels worden verklaard door de voor de gezondheid globaal gunstige levensgewoonten (regelmatige consumptie van fruit, vis, laag alcohol- en tabaksgebruik). Ondanks deze lagere sterfte is de gezondheid van Marokkaanse en Turkse vrouwen minder goed door de hoge frequentie van obesitas en diabetes, een mogelijk gevolg van een gebrek aan lichaamsbeweging in de vrije tijd en bepaalde voedingsgewoonten.

De gezondheidsindicatoren van Brusselaars van **Turkse nationaliteit** benaderen die van de Marokkanen. De mannen onderscheiden zich echter door een hoog tabaksgebruik wat resulteert in een hogere sterfte door longkanker. De vrouwen rapporteren vaker depressieve problemen.

Toegang tot zorg en preventie

Het Brussels Gewest heeft een uitgebreid en gediversifieerd aanbod aan gezondheidsdiensten. De geografische toegankelijkheid van de diensten is bijgevolg in het algemeen bevredigend. Niettemin leeft een niet verwaarloosbaar gedeelte van de Brusselse bevolking in sociaal preciaire omstandigheden en de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg is voor vele Brusselaars een probleem. **In 2004, zegt 17,5% van de Brusselse huishoudens om financiële redenen zorg te hebben uitgesteld.**

Wanneer men een specifiek domein bekijkt zoals griepvaccinatie van volwassenen ouder dan 65 jaar, dan heeft een zelfstandige 2,6 maal minder kans om gevaccineerd te worden dan iemand die onder het algemene stelsel valt, en een persoon met een globaal medisch dossier heeft 2,3 maal meer kans om gevaccineerd te worden dan een persoon zonder GMD.

De deelname aan georganiseerde kankerscreening varieert van 5,9% in de gemeente Ukkel tot 17,9% in Jette; rekening houdend met de individuele opsporing, kan de totale dekking van borstkankerscreening op 50% worden geschat. In Brussel blijft de uitdaging om de vrouwen te bereiken die nu nog aan geen enkele borstkankerscreening deelnemen.

IV De levensloop

Rond de geboorte

In 2007 heeft bijna de helft van de Brusselse baby's een moeder van niet-Belgische nationaliteit.

28% van de baby's wordt geboren in een gezin zonder arbeidsinkomen en 17% heeft een alleenstaande moeder. 36% van de baby's wordt geboren in een gezin met twee arbeidsinkomens.

De afgelopen tien jaar stijgt de leeftijd van de moeders: moeders jonger dan 20 jaar zijn verhoudingsgewijs minder talrijk geworden (2,7%), terwijl het aantal moeders van 35 tot 39 jaar (17,5%) en ouder dan 40 jaar (4,8%) toeneemt.

Na een uitgesproken stijging tijdens de jaren '80 en '90, **daalt het aantal vroeggeboorten en baby's met laag geboortegewicht sinds 2002.** Het aantal veel te vroeg geboren baby's (< 32 weken) blijft stabiel. Samenhangend met het grote aantal geboorten, is het absolute aantal zeer prematuur geboren kinderen, of het aantal kinderen met een laag geboortegewicht evenwel toegenomen.

Bevallingen met een keizersnede blijven toenemen, vooral bij moeders ouder dan 35 jaar, maar ook bij moeders van 20 jaar of ouder.

In de periode 2003-2007 werden bij baby's jonger dan één jaar 355 sterfgevallen van levendgeboren kinderen geregistreerd. De belangrijkste oorzaken van kindersterfte zijn congenitale afwijkingen, diverse pathologieën verbonden aan de perinatale periode, immaturiteit en wiegendood.

Bij het verlaten van de kraamkliniek geven 9 mama's op de 10 in het Brussels Gewest hun baby uitsluitend borstvoeding, wat hoger is dan in de twee andere gewesten van het land. Dit percentage ligt hoger bij moeders uit arme gemeenten.

Kinderen van één tot negen jaar

Kinderen van één tot negen jaar maken deel uit van de leeftijdsgroepen met het laagste sterftcijfer. De twee belangrijkste doodsoorzaken zijn ongevallen en tumoren.

In 2006 stelt men een duidelijke verbetering vast van de vaccinatiedekking, dankzij de introductie van de gecombineerde vaccins.

De sociale ongelijkheden zijn sterk weggewerkt, waarschijnlijk door de gratis vaccins en de acties van de preventieve structuren.

Adolescenten van tien tot negentien jaar

Adolescenten van 10-19 jaar zijn, na de 5-9-jarigen de leeftijdsgroep met het laagste sterftcijfer, met in 2007 een leeftijdsspecifiek sterftcijfer van 13,7 per 100 000 bij de

jongens en 8,9 per 100 000 bij de meisjes.

Met een meerderheid van de adolescenten “gaat het goed”. Van de jongeren van 13-18 jaar die in Brussel schoollopen, vinden slechts 6% van de jongens en 9% van de meisjes dat hun gezondheid niet goed is. Bij leerlingen van een lager sociaal milieu verklaart een hoger percentage (12%) in slechte gezondheid te verkeren.

Van de jongeren van 13-18 jaar die in Brussel schoollopen, zeggen 10% van de jongens en 14% van de meisjes dagelijks te roken. Men stelt grote verschillen vast volgens de onderwijsvorm: voor jongens is het tabaksgebruik het frequentst bij leerlingen uit het beroepsonderwijs, voor meisjes vindt men de meeste rooksters bij de leerlingen van het technisch onderwijs (29%). Het rookgedrag en alcoholgebruik van adolescenten wordt sterk beïnvloed door dat van hun leeftijdsgenoten, terwijl het voedingsgedrag vooral wordt beïnvloed door familiale en culturele modellen. De sociale ongelijkheden inzake voeding treden op vanaf de kindertijd en blijven gehandhaafd tijdens de adolescentie. Zo zegt 3% van de jongeren uit het meest bevoordeelde tertiel tegenover 7% uit het meest achtergestelde tertiel minstens eenmaal per dag frieten te eten.

Volwassenen

De categorie van jongvolwassenen (25-34 jaar) is oververtegenwoordigd in Brussel, zoals vaak het geval is in stedelijke gebieden.

Van de Brusselse jongvolwassenen verklaart 13,5% niet in goede gezondheid te verkeren. Bij volwassenen van middelbare leeftijd (45-54 jaar) is dit percentage bijna dubbel zo hoog bij de mannen (26%) en bijna driemaal zo hoog bij de vrouwen (32%).

Bij de Brusselse jongvolwassenen is zelfmoord de belangrijkste doodsoorzaak (ongeveer 25 sterfgevallen per jaar), gevolgd door ongevallen en moord bij de mannen, en borstkanker en infecties bij de vrouwen.

Bij volwassenen van middelbare leeftijd is de sterfte hoger dan bij jongvolwassenen.

Bij mannen zijn long- en keelkanker de belangrijkste doodsoorzaak, gevolgd door zelfmoord, ischemische cardiopathieën en aan alcohol gerelateerde ziekten.

Bij vrouwen is de belangrijkste doodsoorzaak borstkanker, gevolgd door long- en keelkanker, zelfmoord en aan alcohol gerelateerde ziekten.

Bij volwassenen maken geestelijke gezondheidsproblemen een belangrijk deel uit van de chronische aandoeningen en zijn ze de eerste oorzaak van invaliditeit.

Onder de mannelijke jongvolwassenen komen de voedingsgewoonten die een positief effect hebben op de gezondheid (minstens 1 stuk fruit en groenten per dag, regelmatig ontbijten) het minst vaak voor. De prevalentie van overgewicht en van obesitas neemt sterk toe in de leeftijdscategorieën van 25-34 jaar en van 45-54 jaar. Dit kan gedeeltelijk worden verklaard door de wijzigingen inzake lichaamsbeweging (beroepsmatig of in de vrije tijd).

Ouderen

In tegenstelling tot de rest van het land daalt het aandeel van 65-plussers in Brussel. De proportie zeer oude personen (85 jaar en ouder) neemt daarentegen toe. De gemiddelde

leeftijd van de Brusselaars verschilt evenwel sterk van de ene Brusselse gemeente tot de andere: Ganshoren en Watermaal-Bosvoorde blijven de “oudste” gemeenten, en Sint-Joost-Ten-Node is de “jongste” gemeente.

Het aandeel immigranten van 60 jaar en ouder in de Brusselse bevolking neemt toe.

38% van de personen van 65-74 jaar verklaart niet in goede gezondheid te verkeren.

Voor 75-plussers stijgt dit percentage tot 48% voor de mannen en 58% voor de vrouwen.

In de “top 10” van de chronische aandoeningen bij 65-plussers in de Gezondheidsenquête staat hypertensie op de eerste plaats, op de voet gevolgd door spier- en gewrichtsproblemen.

Bijna een vierde van de Brusselaars van 75 jaar en ouder rapporteert depressieve problemen en meer dan een vierde van de mannen zegt aan slaapstoornissen te lijden.

Levensende

De afgelopen 10 jaar is de verdeling van de plaats van overlijden van de Brusselaars weinig veranderd. 63% overlijdt in het ziekenhuis, 22% in een rusthuis en 15% thuis. In België, Nederland en het Verenigd Koninkrijk is de kans om “thuis” te sterven duidelijk lager als men in een grote stad woont, maar het verschil tussen grootstedelijk en niet-grootstedelijk gebied is groter in België.

Volgens een studie uitgevoerd bij de behandelende artsen, schat men dat bij 2/3^{de} van de voorziene sterfgevallen het overlijden werd voorafgegaan door een of meerdere beslissingen omtrent het levensende, waarvan 15% met de expliciete intentie het leven van de patiënt te beëindigen.

V Zorgaanbod en -consumptie

Gezondheidszorg is slechts één van de gezondheidsbepalende factoren. Zorgaanbod en -consumptie maken echter integraal deel uit van een gezondheidsbeleid en bepalen in belangrijke mate de toegang tot zorg.

In een recente studie stelt het RIZIV vast dat de Brusselaar minder geld besteedt aan gezondheidszorg dan de gemiddelde Belg. In het Brussels Gewest maakt men minder gebruik van thuiszorg, laat men minder vaak een GMD aanleggen maar doet men vaker dan in de rest van het land een beroep op gespecialiseerde geneeskunde, tandverzorging, rusthuizen en ziekenhuizen.

Huisartsen

Het is moeilijk om het aantal actieve huisartsen te schatten, maar volgens de criteria van het RIZIV waren er 1 171 huisartsen actief in Brussel in 2007 (tegenover 6 122 in Vlaanderen en 3 992 in Wallonië). Een derde van de huisartsen zijn vrouwen. De densiteit van de huisartsen is hoger in het zuiden van het gewest en in Sint-Agatha-Berchem. De huisartsen in het Brussels Gewest verouderen.

Bescherming van moeder en kind

In 2006 waren in het Brussels Gewest bijna 51 000 kinderen ingeschreven bij de raadplegingen van het ONE en K&G. De gemeenten met het grootste aantal geboorten (Molenbeek, Anderlecht, Brussel en Schaarbeek) zijn ook de gemeenten waar de meeste raadplegingen plaatsvinden.

Ziekenhuisaanbod en ziekenhuisgebruik

Sinds 1996 **dalen** in het Brussels Gewest, net zoals in de rest van België, **het aantal ziekenhuizen en het aantal bedden**. Vele factoren kunnen evenwel de ziekenhuisopnamen beïnvloeden, zoals de kenmerken van de personen (demografie, epidemiologie, sociologie) en de organisatie van de medische verzorging (attractiviteit buiten Brussel, evolutie van de praktijken en de organisatie van de zorg)

Brussel trekt door zijn hoofdstedelijke status en door het aanbod aan gespecialiseerde zorg vele patiënten uit de andere gewesten aan: in 2006 waren niet-Brusselaars goed voor bijna een vierde van de verblijven in Brusselse ziekenhuizen.

Volgens de Minimale Klinische Gegevens van 1999 tot 2006 is het aantal klassieke ziekenhuisverblijven stabiel gebleven, terwijl het aantal en het percentage van dagopnamen toegenomen zijn.

Zorg- en woonvoorzieningen voor ouderen

Eén van de prioriteiten voor ouderen in Brussel is hen in staat te stellen om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Niettegenstaande een gevarieerd aanbod en een goede spreiding van de diensten, worden sommige behoeften nog onvoldoende gedekt en bestaan er toegankelijkheidsbarrières (taal, financiële barrières, administratieve bekommernissen).

Het semi-residentiële aanbod beperkt zich tot tien dagcentra met dagopvang voor 170 personen.

Wat **het residentiële aanbod** betreft, telde het Brussels Hoofdstedelijk Gewest eind 2008 197 residentiële instellingen voor ouderen met een totaalcapaciteit van 16 745 bedden. De ruimtelijke spreiding van de rusthuizen blijkt goed de proportionele aanwezigheid van de 65-plussers in de populatie te weerspiegelen. Niettemin zijn we verbaasd over de afwezigheid van rusthuizen in de dichtbevolkte wijken van het armste gebied van het Brussels Gewest. **Het afgelopen decennium is het residentiële aanbod voortdurende gedaald**, zowel wat betreft het aantal instellingen als wat betreft het aantal bedden. In 2008 telde het aanbod van residentiële structuren voor ouderen 76 instellingen en 927 bedden minder dan in 1997. Vooral de kleinere instellingen verdwijnen.

Het aantal rusthuizen met een maandprijs van minder dan 990 euro is gedaald van meer dan 60% in 1997 tot 25% in 2005. Ter vergelijking, op 1 augustus 2005 bedroeg het gewaarborgd inkomen voor alleenstaande ouderen 670,59 euro.