

**DE GEZONDHEID VAN DE BEVOLKING**

**IN BELGIË, IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP**  
**EN IN HET BRUSSELS GEWEST**

***SAMENVATTING***



**GEZONDHEIDSENQUETE, BELGIË, 1997**

**Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid**  
**Afdeling Epidemiologie**  
**Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur**

**in samenwerking met**

**het Nationaal Instituut voor de Statistiek en**  
**het Limburgs Universitair Centrum**



# INHOUDSTABEL

<b>1. INLEIDING</b> .....	<b>1</b>
<b>2. METHODEN</b> .....	<b>2</b>
2.1. DE INHOUD VAN DE VRAGENLIJST .....	2
2.2. DE STEEKPROEF .....	3
2.3. HET VELDWERK EN DE GEGEVENSVERZAMELING.....	4
2.4. DE OPBOUW VAN HET RAPPORT .....	5
2.5. DE WEGINGSFACTOREN.....	6
2.6. HET CORRIGEREN VOOR LEEFTIJD EN GESLACHT .....	7
<b>3. STUDIEPOPULATIE</b> .....	<b>8</b>
3.1. BESCHRIJVING VAN DE BEVRAAGDE POPULATIE .....	8
3.1.1. <i>Verblijfplaats</i> .....	8
3.1.2. <i>Leeftijd en geslacht</i> .....	9
3.1.3. <i>Socio-economische kenmerken</i> .....	11
3.1.4. <i>Burgerlijke staat</i> .....	12
3.1.5. <i>Nationaliteit</i> .....	13
3.1.6. <i>Grootte van het huishouden</i> .....	13
3.2. PARTICIPATIEGRAAD .....	14
3.2.1. <i>Huishoudens die niet gecontacteerd konden worden</i> .....	14
3.2.2. <i>Huishoudens die weigerden aan de enquête deel te nemen</i> .....	16
3.2.3. <i>Invloed van niet deelnemende huishoudens op de resultaten van de Gezondheidsenquête</i> ..	16
3.2.4. <i>Weigering van te antwoorden op een vraag</i> .....	17
3.2.5. <i>Besluit</i> .....	17
3.3. CLUSTERING .....	18
<b>4. DE GEZONDHEID VAN DE BEVOLKING IN BELGIË. SAMENVATTING</b> .....	<b>21</b>
4.1. BEKNOPTE SAMENVATTING.....	21
4.1.1. <i>Gezondheidstoestand</i> .....	21
4.1.2. <i>Levensstijl en preventie</i> .....	22
4.1.3. <i>Medische consumptie</i> .....	25
4.1.4. <i>Ongelijkheid in gezondheid</i> .....	26
4.2. GEZONDHEIDSTOESTAND .....	27
4.2.1. <i>Subjectieve gezondheid</i> .....	27
4.2.2. <i>Chronische ziekten</i> .....	27
4.2.3. <i>Beperkingen</i> .....	28
4.2.4. <i>Gezondheidsklachten</i> .....	29
4.2.5. <i>Nutritionele status</i> .....	30
4.2.6. <i>Tandhygiëne</i> .....	31

4.2.7.	<i>Psychische gezondheid</i> .....	32
4.2.8.	<i>Sociale gezondheid</i> .....	32
4.3.	LEVENSTIJL EN PREVENTIE .....	33
4.3.1.	<i>Roken</i> .....	33
4.3.2.	<i>Alcoholgebruik</i> .....	34
4.3.3.	<i>Lichamelijke activiteit</i> .....	34
4.3.4.	<i>Vaccinatie bij volwassenen</i> .....	35
4.3.5.	<i>Kennis en attitudes in verband met HIV-infecties</i> .....	35
4.3.6.	<i>Voedingsgewoonten</i> .....	36
4.3.7.	<i>Moeder en kindzorg</i> .....	37
4.3.8.	<i>Cardiovasculaire preventie</i> .....	39
4.3.9.	<i>Kankerpreventie</i> .....	40
4.3.10.	<i>Ongevallen</i> .....	41
4.4.	MEDISCHE CONSUMPTIE .....	43
4.4.1.	<i>Contacten met de huisarts</i> .....	43
4.4.2.	<i>Contacten met de arts-specialist</i> .....	43
4.4.3.	<i>Opnames in het ziekenhuis</i> .....	44
4.4.4.	<i>Gebruik van geneesmiddelen</i> .....	45
4.4.5.	<i>Contacten met de tandarts</i> .....	46
4.4.6.	<i>Andere gezondheidsvoorzieningen en alternatieve geneeskunde</i> .....	47
4.4.7.	<i>Uitgaven voor gezondheid</i> .....	47
4.5.	ONGELIJKHEID IN GEZONDHEID .....	49
4.5.1.	<i>Ongelijkheden in gezondheidstoestand, levensstijl en preventie en medische consumptie</i> ....	49
4.5.2.	<i>Toegang tot de gezondheidszorg</i> .....	49
<b>5.</b>	<b>DE GEZONDHEID VAN DE BEVOLKING IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP. SAMENVATTING</b> .....	<b>53</b>
5.1.	KERNBOODSCHAP .....	53
5.1.1.	<i>De gezondheidstoestand</i> .....	53
5.1.2.	<i>Leefstijl en preventie</i> .....	54
5.1.3.	<i>Gebruik van diensten</i> .....	55
5.1.4.	<i>Ongelijkheid in gezondheid</i> .....	56
5.2.	DE VLAAMSE GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN 1998 - 2002 .....	56
5.2.1.	<i>Doelstelling 1</i> .....	56
5.2.2.	<i>Doelstelling 2</i> .....	57
5.2.3.	<i>Doelstelling 3</i> .....	59
5.2.4.	<i>Doelstelling 4</i> .....	59
5.2.5.	<i>Doelstelling 5</i> .....	62

5.3.	Gezondheidstoestand - Vlaamse Gemeenschap	63
5.3.1.	<i>Subjectieve gezondheid</i> .....	64
5.3.2.	<i>Ziekte en chronische aandoeningen</i> .....	64
5.3.3.	<i>Langdurige lichamelijke beperkingen</i> .....	65
5.3.4.	<i>Gezondheidsklachten</i> .....	67
5.3.5.	<i>Nutritionele status</i> .....	68
5.3.6.	<i>Tandhygiëne</i> .....	69
5.3.7.	<i>Geestelijke gezondheid</i> .....	70
5.3.8.	<i>Sociale gezondheid</i> .....	71
5.4.	LEEFSTIJL EN PREVENTIE .....	72
5.4.1.	<i>Rookgedrag</i> .....	73
5.4.2.	<i>Gebruik van alcohol</i> .....	74
5.4.3.	<i>Lichamelijke activiteit tijdens de vrije tijd</i> .....	75
5.4.4.	<i>Vaccinatie</i> .....	75
5.4.5.	<i>Kennis en houding t.o.v. AIDS-HIV</i> .....	76
5.4.6.	<i>Voedingsgewoonten</i> .....	77
5.5.	GEZONDHEID VAN MOEDER EN KIND .....	77
5.5.1.	<i>Opvolging tijdens de zwangerschap</i> .....	77
5.5.2.	<i>Opvolging van de zuigeling</i> .....	78
5.5.3.	<i>Borstvoeding</i> .....	78
5.5.4.	<i>Wiegedood</i> .....	79
5.6.	CARDIO-VASCULAIRE PREVENTIE .....	79
5.7.	KANKERPREVENTIE.....	80
5.8.	ONGEVALLEN .....	81
5.9.	MEDISCHE CONSUMPTIE .....	83
5.9.1.	<i>Contacten met de huisarts</i> .....	84
5.9.2.	<i>Contacten met de arts-specialist</i> .....	85
5.9.3.	<i>Contacten met de tandarts</i> .....	86
5.9.4.	<i>Opnames in het ziekenhuis</i> .....	86
5.9.5.	<i>Gebruik van geneesmiddelen</i> .....	87
5.9.6.	<i>Andere gezondheidsvoorzieningen en alternatieve geneeskunde</i> .....	88
5.9.7.	<i>Uitgaven voor de gezondheidszorg</i> .....	88
5.10.	ONGELIJKHEID IN GEZONDHEID .....	90
5.10.1.	<i>Gezondheidsstatus</i> .....	90
5.10.2.	<i>Leefstijl en preventie</i> .....	91
5.10.3.	<i>Medische consumptie</i> .....	93
5.10.4.	<i>Toegang tot de gezondheidszorg</i> .....	95

<b>6. DE GEZONDHEID VAN DE BEVOLKING IN HET BRUSSELS GEWEST. SAMENVATING.....</b>	<b>99</b>
6.1. BEKNOPTE SAMENVATTING.....	99
6.1.1. <i>Gezondheidstoestand</i> .....	99
6.1.2. <i>Levensstijl en preventie</i> .....	101
6.1.3. <i>Medische consumptie</i> .....	104
6.1.4. <i>Ongelijkheid in gezondheid</i> .....	106
6.2. GEZONDHEIDSTOESTAND .....	107
6.2.1. <i>Subjectieve gezondheid</i> .....	107
6.2.2. <i>Chronische ziekten</i> .....	107
6.2.3. <i>Lichamelijke beperkingen</i> .....	108
6.2.4. <i>Gezondheidsklachten</i> .....	109
6.2.5. <i>Nutritionele status</i> .....	110
6.2.6. <i>Tandhygiëne</i> .....	111
6.2.7. <i>Psychische gezondheid</i> .....	112
6.2.8. <i>Sociale gezondheid</i> .....	112
6.3. LEVENSTIJL EN PREVENTIE .....	113
6.3.1. <i>Gebruik van tabak</i> .....	113
6.3.2. <i>Gebruik van alcohol</i> .....	114
6.3.3. <i>Lichamelijke activiteit tijdens de vrije tijd</i> .....	115
6.3.4. <i>Vaccinatie</i> .....	115
6.3.5. <i>Kennis en houding t.o.v. AIDS-HIV</i> .....	116
6.3.6. <i>Voedingsgewoonten</i> .....	116
6.3.7. <i>Moeder en kindzorg</i> .....	117
6.3.8. <i>Cardio-vasculaire preventie</i> .....	121
6.3.9. <i>Kankerpreventie</i> .....	121
6.3.10. <i>Ongevallen</i> .....	122
6.4. MEDISCHE CONSUMPTIE .....	124
6.4.1. <i>Contacten met de huisarts</i> .....	124
6.4.2. <i>Contacten met de arts-specialist</i> .....	125
6.4.3. <i>Opname in het ziekenhuis</i> .....	125
6.4.4. <i>Gebruik van geneesmiddelen</i> .....	126
6.4.5. <i>Contacten met de tandarts</i> .....	127
6.4.6. <i>Andere gezondheidsvoorzieningen en alternatieve geneeskunde</i> .....	128
6.5. ONGELIJKHEID IN GEZONDHEID .....	129
6.5.1. <i>Ongelijkheden in gezondheidstoestand, levensstijl en preventie en medische consumptie</i> ..	129
6.5.2. <i>Toegang tot de gezondheidszorg</i> .....	129
<b>7. VERKLARING VAN GEBRUIKTE TERMEN .....</b>	<b>133</b>

# DE GEZONDHEID VAN DE BEVOLKING

## IN BELGIË, IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP EN IN HET BRUSSELS GEWEST

### *SAMENVATTING*



GEZONDHEIDSENQUETE, BELGIË, 1997

Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid  
Afdeling Epidemiologie  
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur

in samenwerking met

het Nationaal Instituut voor de Statistiek en  
het Limburgs Universitair Centrum

## **Referentie :**

S. Demarest, P. Leurquin, J. Tafforeau, V. Tellier, J. Van der Heyden, H. Van Oyen,

De gezondheid van de bevolking in België. Samenvatting.  
Gezondheidsenquête, België, 1997.

Centrum voor Operationeel Onderzoek in de Volksgezondheid  
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur, Brussel 1998.

Depot nr D/1998/2505/08



H. Van Oyen, S. Demarest, P. Leurquin, J. Tafforeau, V. Tellier, J. Van der Heyden.

De gezondheid van de bevolking in de Vlaamse Gemeenschap. Samenvatting.  
Gezondheidsenquête, België, 1997.

Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid  
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur, Brussel 1998.

Depot nr. D/1998/2505/05



Van der Heyden, S. Demarest, P. Leurquin, J. Tafforeau, V. Tellier, H. Van Oyen.

De gezondheid van de bevolking in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Samenvatting.  
Gezondheidsenquête, België, 1997.

Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid  
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur, Brussel 1998.

Depot nr. D/1998/2505/10



Bijkomende inlichtingen

S. Demarest	Tel : 02 6425794	Fax : 02 6425410	email : demarest@iph.fgov.be
J. Tafforeau	Tel : 02 6425771	Fax : 02 6425410	email : tafforeau@iph.fgov.be
H. Van Oyen	Tel : 02 6425792	Fax : 02 6425410	email : vanoyen@iph.fgov.be

J. Wytsmanstraat 14  
1050 Brussel

<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/index0.htm>





# 1. INLEIDING

In dit rapport wordt de beschrijving van de gezondheid van de bevolking in België, de Vlaamse Gemeenschap en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest samengevat. Het is een weergave van hoe de mensen hun gezondheid ervaren, in welke mate ze gebruik maken van gezondheidsvoorzieningen en hoe ze zelf zorg dragen voor hun gezondheid door hun levensstijl en door gebruik te maken van preventieve diensten.

De gezondheidsenquête werd in 1997 uitgevoerd in opdracht van, en in samenwerking met, de bevoegde ministers en administraties van zowel de federale overheid, de Vlaamse, Franse en Duitse Gemeenschap en het Waals en Brussels Gewest. Het was de eerste gezondheidsenquête op dergelijk niveau in België. De uitvoering ervan gebeurde in overeenstemming met de Europese richtlijnen terzake.

Een gezondheidsenquête is maar één onderdeel van een volledig gezondheidsinformatie-systeem. Door haar specifieke kenmerken is ze aanvullend op andere belangrijke bronnen van informatie over de gezondheid van de bevolking zoals de gegevens over geboorte en sterfte, specifieke morbiditeitsregisters (bv. het kankerregister), surveillancesystemen (bv. de huisartsenpeilpraktijken) en de gegevens over het gebruik van gezondheidsdiensten (bv. de Minimale Klinische Gegevens).

De specificiteit van de bekomen informatie uit zich in twee fundamentele kenmerken :

1. het gaat om een weergave van de gezondheid zoals deze ervaren wordt door de mensen zelf en om gegevens die niet kunnen worden aangebracht via gezondheidsdiensten;
2. de gegevensverzameling is horizontaal; doordat gegevens over eenzelfde persoon op hetzelfde ogenblik verzameld worden, is het mogelijk de samenhang tussen de verschillende bovenvermelde domeinen na te gaan (bv. tussen de aanwezigheid van een specifieke aandoening en het gebruik van gezondheidsvoorzieningen).

De gegevens werden bekomen door middel van een rechtstreekse bevraging van een toevallig gekozen steekproef van 10.000 personen en geven dus een beeld van de gezondheid van de totale bevolking.

De personen werden bevraagd over een ruime waaier van domeinen die te maken hebben met gezondheid. Voor de meeste van deze gegevens is de gezondheidsenquête de aangewezen of de enige methode om deze informatie te bekomen :

- klachten en symptomen;
- gezondheidstoestand zoals o.a. de aanwezigheid van langdurige ziekten, lichamelijke beperkingen, handicaps en psychisch welbevinden;
- gebruik van gezondheidsdiensten;
- levensstijl en attitude;
- persoonlijke kenmerken (socio-economisch)

De uiteindelijke doelstelling van de gezondheidsenquête is een geïntegreerd instrument te zijn voor het beslissingsproces bij het uitstippelen van een adequaat gezondheidsbeleid. Om de vooruitgang op het gebied van gezondheid te kunnen volgen en prioriteiten vast te leggen is het van groot belang dat de Gezondheidsenquête op een periodieke wijze herhaald wordt.

Dit rapport omvat enkel de samenvatting van een eerste basisanalyse van de gegevens. Het is dan ook voorzien dat de gegevens voor verder onderzoek beschikbaar worden gesteld aan onderzoeksinstituten.



## 2. METHODEN

### 2.1. De Inhoud van de Vragenlijst

De vragenlijst<sup>1</sup> bestaat uit drie onderdelen: een vragenlijst voor het huishouden, een mondelinge vragenlijst en een schriftelijke vragenlijst. Voor elk van de domeinen werden de vragen en instrumenten geselecteerd op basis van de volgende criteria:

1. de vooropgestelde objectieven en definities;
2. de beschikbaarheid van een gestandaardiseerd instrument, voorgesteld door de W.G.O.-werkgroep voor "Harmonisatie van methoden en instrumenten in gezondheidsenquêtes";
3. de beschikbaarheid van alternatieve instrumenten die reeds gebruikt werden in gezondheidsenquêtes (zowel in het buitenland als in België);
4. de beschikbaarheid van officiële vertalingen.

De vragenlijst met informatie over het huishouden telt 31 vragen, in te vullen door de interviewer. De eerste acht vragen geven voornamelijk demografische informatie over alle leden van het huishouden: de relatie tot de referentiepersoon, de leeftijd, het geslacht, de nationaliteit, het geboorteland en het lidmaatschap van een mutualiteit. De andere vragen hebben betrekking op het absoluut en relatief inkomen van het huishouden, de uitgaven voor gezondheidszorg en de toegankelijkheid tot de gezondheidsdiensten.

De mondelinge vragenlijst bestaat uit 239 vragen, ook in te vullen door de interviewer. In specifieke omstandigheden kon de informatie over de te bevragen persoon gegeven worden door een andere persoon uit het huishouden. Dit was het geval wanneer de te bevragen persoon jonger was dan 15 jaar of te ziek was en/of cognitieve beperkingen had. Een "proxy bevraging" om andere redenen dan leeftijd kwam relatief weinig voor (7% voor België met 6% in het Waals, 7% in het Vlaams en 12% in het Brussels Gewest). In de mondelinge vragenlijst komen de volgende onderwerpen aan bod:

- de aanwezigheid van chronische ziekten, beperkingen en handicaps, en de impact hiervan op de dagelijkse activiteit;
- de prevalentie van specifieke chronische ziekten en aandoeningen (een lijst van 34 ziekten) en de medische consumptie als een gevolg van deze aandoeningen;
- kortdurende beperkingen als gevolg van lichamelijke en van mentale problemen;
- langdurige lichamelijke beperkingen;
- gebruik van gezondheidsdiensten : huisarts, specialist, tandarts, ziekenhuis, paramedici, sociale diensten, geneesmiddelen (voorgeschreven en niet voorgeschreven);
- vaccinatie;
- voeding (lichaamsgewicht en lengte; gebruik van specifieke categorieën voedingsmiddelen);
- lichamelijke activiteit tijdens de vrije tijd;
- gezondheid tijdens de zwangerschap en het eerste levensjaar van het kind (o.a. gebruik van diensten, vaccinaties, roken tijdens de zwangerschap,...);
- socio-economisch profiel.

<sup>1</sup> De vragenlijst kan bekomen via de WEB-pagina van de afdeling Epidemiologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur : <http://www.iph.fgov.be/epidemie>

De schriftelijke vragenlijst bevat 147 vragen. Ze diende door de respondent zelf ingevuld te worden. Enkel personen van 15 jaar en ouder kwamen hiervoor in aanmerking. De volgende onderwerpen kwamen aan bod:

- de gezondheidsbeleving;
- het voorkomen van bepaalde symptomen en klachten;
- levensstijl : roken, alcohol, voeding (controle van lichaamsgewicht), preventie van ongevallen;
- kennis en attitude t.o.v. AIDS en HIV, het gebruik van een Aidstest;
- psychische gezondheid;
- cardiovasculaire preventie : bloeddruk, cholesterol;
- kankerpreventie : baarmoederhals- en borstkanker;
- sociaal welzijn en sociale contacten.

## 2.2. De Steekproef

Om seizoensgebonden effecten te vermijden werd de gezondheidsenquête uitgevoerd over een volledig kalenderjaar, tussen 1 januari 1997 en 31 december 1997. De doelpopulatie bestond uit de totale bevolking van België ingeschreven in het Nationaal Register. Enkel personen in collectieve gemeenschappen zoals kloosters of gevangenissen werden uitgesloten. Het Nationaal Register werd gebruikt als steekproefkader. In totaal dienden 10.000 personen effectief bevestigd te worden : 3.500 in het Vlaams en het Waals Gewest en 3000 in het Brussels Gewest.

De methode om de steekproef te selecteren bestond uit verschillende stappen. Naast de eerste stap - de stratificatie volgens Gewest - waren er vier volgende stappen :

1. de stratificatie op het niveau van de provincie. Het aantal personen dat bevestigd werd in elk van de provincies stond in een functie van het aantal inwoners in elke provincie. Hierbij was er één uitzondering : voor de provincie Luik werd vooraf bepaald dat 300 inwoners van de Duitstalige Gemeenschap moesten bevestigd worden.
2. In een derde fase werden de primaire steekprofeenheden (PSE) gekozen binnen elke provincie. Dit gebeurde door middel van een gewogen systematische toevalssteekproef. De primaire steekprofeenheden waren de gemeenten. De gemeenten werden geordend volgens het aantal inwoners en kregen een gewicht proportioneel aan het aantal inwoners. Op deze wijze werden grotere gemeenten meer dan één maal gekozen en werden er zeker ook kleinere gemeenten gekozen. In het Vlaams Gewest werd de stad Antwerpen zesmaal geselecteerd en de stad Gent driemaal. Gemeenten die meer dan eenmaal werden geselecteerd binnen het Waals Gewest waren Luik en Charleroi (elk viermaal) en Bergen en Namen (elk tweemaal). In het Brussels Gewest werden alle gemeenten meer dan eenmaal gekozen met uitzondering van St-Joost-ten-Node, Ganshoren, St-Agatha-Berchem en Koekelberg. Telkens een stad of een gemeente werd gekozen dienden er 50 personen (één groep) te worden bevestigd. In de steden Antwerpen en Luik moesten bijvoorbeeld in het totaal respectievelijk 300 (6 x 50) en 200 (4 x 50) inwoners succesvol worden ondervraagd.
3. In een volgende stap werden de huishoudens of de secundaire steekprofeenheden (SSE) gekozen. Daarvoor werd een "cluster systematische toevalssteekproef methode" toegepast. Alle huishoudens van een geselecteerde gemeente werden hiërarchisch geordend volgens de statistische sector, de grootte van het huishouden en de leeftijd van de referentiepersoon. Elke cluster bestond uit 4 huishoudens die gekozen werden op basis van de systematische steekproef methodologie. Van deze vier huishoudens werd één bij toeval gekozen. De overige huishoudens dienden als potentiële reservehuishoudens. Het aantal te selecteren clusters om 50 personen te kunnen bevestigen werd bepaald op basis van de gemiddelde grootte van de huishoudens in de gemeente. Dit aantal werd nog eens verdubbeld. Op deze wijze werd de steekproef van geselecteerde huishoudens vergroot met een factor 8. Dit was ten eerste nodig om 3 vervanghuishoudens te hebben die in dezelfde buurt woonden, even groot waren, en waarbij de leeftijd van de referentiepersoon gelijkaardig was; ten tweede om mogelijke fouten op te vangen in het Nationaal Register waarbij gekozen huishoudens niet langer aan de criteria voldeden

(bijvoorbeeld omdat ze verhuisd waren naar een andere gemeente); en ten derde omdat er onzekerheid bestond over de correctheid van de informatie in het Nationaal Register m.b.t. de grootte van het huishouden.

4. In een vijfde en laatste fase werden de tertiaire steekprofeenheden (TSE) of de te bevragen individuen gekozen. Maximaal werden 4 personen binnen eenzelfde huishouden bevestigd. In huishoudens met meer dan 4 personen werden zeker de referentie persoon en zijn/haar partner steeds bevestigd. De andere 2 (3 in het geval er geen partner was) personen werden gekozen op basis van de geboortedatum : de personen die het eerst verjaarden na het interview werden bevestigd.

## 2.3. Het Veldwerk en de Gegevensverzameling

Het verzamelen van de gegevens werd uitgevoerd in samenwerking met het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS). Bijna 200 interviewers werden hiervoor aangeworven. De meeste onder hen hadden reeds interviews afgenomen voor het NIS, voornamelijk in het kader van de jaarlijkse Arbeidskrachtenenquête en van het Huishoudbudgetonderzoek. De interviewers kregen een vorming en werden opgevolgd door een coördinatrice op het NIS. Dit gebeurde zowel in Brussel als in de perifere diensten (Antwerpen, Gent, Luik en Charleroi). Deze coördinatie werd ook ondersteund door een secretariaat van drie voltijds equivalenten. Het WIV nam actief deel aan de verschillende stappen van de praktische uitvoering.

Bij het begin van elk trimester werden de geselecteerde huishoudens uitgenodigd om deel te nemen aan het interview. Dit gebeurde schriftelijk. Samen met de brief werd ook een folder met uitleg toegestuurd. Op het zelfde ogenblik ontving de interviewer de lijst van de te contacteren huishoudens, met de naam van de referentiepersoon en het adres. De interviewer diende zelf het telefoonnummer van het huishouden op te zoeken. Er was een termijn voorzien van 2 weken om contact op te nemen met het huishouden en om een afspraak te maken. Minstens 3 pogingen (telefonisch of aan huis) waren nodig voordat hij kon besluiten dat het huishouden niet gecontacteerd kon worden.

De verschillende acties die door de interviewer werden ondernomen om een huishouden te contacteren en de interviews te realiseren, werden voor elk huishouden door de interviewer op een specifiek log-formulier genoteerd. Daarop werd ook het eindresultaat voor het huishouden genoteerd en zo nodig ook de reden van weigering. De interviewers moesten met een vooraf bepaalde regelmaat de coördinatrice op het NIS op de hoogte houden van hun vooruitgang. Al deze gegevens werden geïnformatiseerd zodat op elk ogenblik de stand van zaken geëvalueerd kon worden om zo nodig een adres van een vervanghuishouden door te sturen (om uiteindelijk 50 personen in elke SSU bevestigd te hebben).

De interviewers waren verantwoordelijk om de ingevulde vragenlijsten terug te bezorgen aan het NIS (Brussel of een perifere dienst). Na een eerste beperkte kwaliteitscontrole werd een betaalformulier doorgestuurd naar het WIV (één formulier per interviewer en per SSU). Op deze wijze konden de interviewers snel (trimestrieel) betaald worden vanaf het ogenblik dat ze de vereiste interviews in de SSU afgewerkt hadden.

Alle gegevens (vragenlijsten en log-formulier) werden ingevoerd op het NIS (Brussel, Luik en Gent) met een invoerprogramma (Ms-Access). De invoer begon in mei 1997 en werd beëindigd in de loop van de maand januari 1998. De bescherming van de privaatsfeer werd gewaarborgd. Na selectie uit het Rijksregister kreeg elk huishouden een uniek identificatienummer. De persoonsgegevens van het huishouden werden enkel gebruikt om de huishoudens te contacteren. Op geen enkele vragenlijst of formulier werden persoonsgegevens opgeschreven, enkel het identificatienummer werd gebruikt. Het geïnformatiseerde bestand met de gegevens van de gezondheidsenquête bevatte dus enkel het identificatienummer en de gegevens verzameld tijdens de bevestiging.

De kwaliteit van de gegevens werd nagegaan op twee manieren. Waar nodig werden de gegevens gecorrigeerd :

- horizontale controle : hierbij werd nagegaan of voor elk bevraagd huishouden en elke bevraagde persoon al de nodige vragenlijsten in de gegevensbank aanwezig waren. Daarnaast werd ook nagegaan of er voor de huishoudens en personen, waarvan men wist dat ze niet bereikbaar waren of geweigerd hadden, geen vragenlijsten in de databank waren ingevoerd.
- verticale controle : deze controle werd uitgevoerd voor alle variabelen. De validiteit van het antwoord op elke vraag werd getoetst door na te gaan of het antwoord viel binnen de mogelijke antwoorden (bij een gesloten vraag) en door de coherentie na te gaan met de antwoorden op andere vragen.

Deze controles werden uitgevoerd per trimester. Na controle en correctie werd het proces van kwaliteitscontrole nog eens herhaald voor de volledige dataset.

Regelmatig werd aan het WIV een voorlopige gegevensbank overgemaakt zodat de controle- en analyseprogramma's (SPSS) konden voorbereid worden. De uiteindelijke gegevens in de finale vorm waren beschikbaar eind maart 1998.

Naast de gegevens die verzameld werden door de interviewers werden door het NIS nog andere aanvullende databanken aangemaakt :

- een databank van de geselecteerde huishoudens en hun leden met de gegevens zoals deze beschikbaar zijn in het Rijksregister;
- een databank van de aangeschreven huishoudens met de datum van de uitnodiging, de lichte tot dewelke het huishouden behoorde (eerste huishouden of vervangingshuishouden) en het resultaat van het contact;
- data van een telefonische enquête (n = 350 huishoudens). Deze enquête gebeurde bij huishoudens die waren aangeschreven om mee te doen en had als doel de kwaliteit van de interviews en de gezondheidsenquête te evalueren.

## 2.4. De Opbouw van het Rapport

Elk hoofdstuk van het volledige rapport, waarvan hier de samenvatting wordt weergegeven, is opgebouwd uit 2 delen. In elk hoofdstuk worden de verschillende indicatoren weergegeven in een tabel voor België en voor de 3 gewesten afzonderlijk. Deze basistabellen bevatten de ruwe cijfers uit de steekproef. Al deze cijfers zijn echter gewogen naar de bevolking van België of naar de respectievelijke gewesten. In de basistabellen worden de gegevens systematisch voorgesteld in functie van een aantal achtergrondkenmerken zoals het geslacht, de leeftijdsgroep, het opleidingsniveau, het equivalent inkomen van het huishouden (verder genoemd het inkomen), de gezondheidsbeleving, de rookgewoonte en in de tabel voor België ook nog het gewest. Het opleidings- en het inkomensniveau wordt gelijk gesteld voor alle leden van eenzelfde huishouden. Het opleidingsniveau wordt bepaald op basis van het hoogste diploma binnen het huishouden. Het inkomen wordt berekend op basis van het beschikbaar inkomen voor het huishouden gecorrigeerd voor de grootte en de samenstelling van het huishouden. De basistabellen vindt men op het einde van elk hoofdstuk.

In de tekst van de hoofdstukken worden vervolgens de cijfers van de basistabellen besproken. De verwijzing naar de basistabel gebeurt aan de hand van het nummer van de indicator. Om na te gaan of verschillen tussen bevolkingsgroepen statistisch significant zijn werden de gegevens gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Voor de belangrijkste indicatoren worden de resultaten van deze bewerking in tabellen<sup>2</sup> in de tekst aangegeven. Om verder de samenhang tussen de indicatoren enerzijds en de achtergrondskennmerken anderzijds te bevestigen werd gebruik gemaakt van wiskundige modellen zoals logistische regressie en lineaire regressie. De resultaten van deze onderzoeken worden in de regel niet in detail voorgesteld.

## 2.5. De Wegingsfactoren

Zoals hierboven aangegeven, is in de gezondheidsenquête een complex steekproefontwerp gebruikt. Het is dan ook noodzakelijk dat in het berekenen van de schatters rekening wordt gehouden met dit ontwerp.

Het belangrijkste principe van een toevalssteekproef is dat elk van de geselecteerde personen in de steekproef naast zichzelf ook een deel van de bevolking vertegenwoordigt. Zo vertegenwoordigt elke persoon gekozen d.m.v. een 2% eenvoudige toevalssteekproef 50 personen in de bevolking (1 gedeeld door  $0,02 = 50$ ). In statistische termen zegt men dat deze persoon een gewicht of een wegingsfactor van 50 heeft. Voor het juist berekenen van een cijfer (een proportie, een gemiddelde) moet men dus gebruik maken van gewichten die voor elk van de deelnemers aan de bevraging wordt berekend. Bepaalde indicatoren worden berekend op het huishoudniveau. Er werd dus ook een gewicht toegekend aan elk huishouden.

De eerste factor voor het berekenen van de gewichten van elke persoon is de grootte en de samenstelling van het huishouden waartoe de persoon behoort. In huishoudens van maximaal 4 personen krijgt iedereen een gewicht 1. In huishoudens met meer dan 4 leden krijgen de gekozen leden een gewicht dat gelijk is aan 1 gedeeld door de kans dat ze gekozen worden. Bijvoorbeeld in een huishouden van 5 personen krijgen de referentiepersoon en zijn partner elk een gewicht van 1 omdat zij sowieso bevestigd worden. De twee overige personen die worden gekozen krijgen elk een gewicht van  $1,5 ((5 - 2)/2 = 1,5)$ .

Daarnaast werd andere informatie gebruikt voor het berekenen van de wegingsfactor zodat elke gekozen persoon een goede vertegenwoordiger is van :

1. de leeftijdsverdeling (5-jaar klassen) en geslachtsverdeling op provinciaal niveau ;
2. de verdeling van de huishoudens volgens de huishoudgrootte en de leeftijd van de referentiepersoon per provincie.

Door de gewichten te berekenen op provinciaal niveau wordt ook rekening gehouden met de stratificatie in het steekproefontwerp. Om mogelijke seizoeneffecten weg te werken en omdat het aantal gerealiseerde bevragingen in de praktijk niet even groot was per kwartaal wordt ook deze informatie ingebracht voor het berekenen van het gewicht.

---

<sup>2</sup> De cijfers die gecorrigeerd zijn voor leeftijd en geslacht laten toe groepen in de bevolking met elkaar te vergelijken. Deze getallen zijn echter verschillend van de percentages of gemiddelden zoals wordt geobserveerd in de bevolking. Deze laatste cijfers worden vermeld in de tekst en in de basistabellen achteraan elk hoofdstuk.

## 2.6. Het Corrigeren voor Leeftijd en Geslacht

Wanneer men een indicator van gezondheid tussen verschillende groepen in de bevolking, zoals rokers en niet-rokers, wenst te vergelijken dan kan dit wanneer deze groepen niet verschillend zijn voor andere factoren die ook een invloed hebben op de indicator. Bijvoorbeeld, als de groep rokers relatief ouder is of relatief meer mannen telt dan de groep niet-rokers, is het niet mogelijk om zo direct het niveau van de gezondheidsindicator in beide groepen met elkaar te vergelijken. Technisch zegt men dat de samenhang tussen roken en de indicator gestoord wordt. D.w.z. dat het verschil dat men observeert tussen de rokers en niet-rokers niet noodzakelijk toe te schrijven is aan het verschil in rookgedrag, maar ook een gevolg kan zijn van het feit dat de ene groep ouder is of dat er meer mannen in zijn.

Er zijn meerdere methodes die toelaten om deze storende factoren in rekening te brengen en dus groepen aan elkaar vergelijkbaar te maken. In dit rapport is gekozen voor de methode van de directe standaardisatie. Deze keuze werd vooral bepaald door het feit dat het resultaat van de directe standaardisatie, in tegenstelling tot de resultaten van andere methoden zoals de indirecte standaardisatie of het mathematisch model, onmiddellijk interpreteerbaar is, ook door lezers die niet vertrouwd zijn met statistische technieken.

Naast de voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde cijfers worden in de tabellen ook de 95% betrouwbaarheidsintervallen gegeven. Naast het feit dat zo'n interval informatie geeft over de onzekerheid van de schatter laat het de lezer ook toe om op een eenvoudige wijze na te gaan of verschillen in cijfers tussen twee groepen in de bevolking statistisch significant zijn. Wanneer er geen overlapping is van de twee betrouwbaarheidsintervallen dan kan men besluiten dat het waargenomen verschil statistisch significant is. Toch is in de conclusie naar de algemene bevolking toe, enige voorzichtigheid geboden om volgende redenen:

1. in deze eenvoudige benadering van analyse is geen rekening gehouden met het feit dat de respondenten gekozen zijn binnen huishoudens en dat telkens een reeks mensen uit een zelfde gemeente werden bevraagd. Voor heel wat indicatoren is het mogelijk dat mensen uit eenzelfde huishouden of uit eenzelfde gemeente meer gelijkaardig zijn. Daardoor kan men verwachten dat de aangegeven betrouwbaarheidsintervallen in werkelijkheid groter zijn. In hoofdstuk 3 wordt op dit 'cluster'-effect dieper ingegaan en wordt ook aangetoond dat dit effect minimaal is en dat het negeren ervan geen invloed heeft op de inferentie.
2. in het rapport worden voor heel wat gegevens verschillende groepen met elkaar vergeleken. Daardoor is het niet uit te sluiten dat op basis van louter toeval bepaalde verschillen als statistisch significant worden waargenomen. Alhoewel er statistische technieken zijn om te komen tot een meer conservatieve interpretatie van de gegevens werd het niet opportuun geacht om deze toe te passen. De reden daarvoor wordt gegeven in het volgende punt.
3. gezien het aantal observaties in de regel groot is, zijn de betrouwbaarheidsintervallen eerder klein. Het is daarom belangrijker om in de inferentie in de eerste plaats na te gaan of het verschil sowieso belangrijk is voor de volksgezondheid en voor het gezondheidsbeleid in plaats van enkel te kijken naar de statistische significantie.



## 3. STUDIEPOPULATIE

### 3.1. Beschrijving van de Bevraagde Populatie

In deze paragraaf worden een aantal kenmerken van de steekproef besproken. Het gaat om de volgende socio-demografische karakteristieken :

- verblijfplaats : per regio en per provincie;
- geslacht en leeftijd;
- opleidingsniveau en equivalent inkomen van het huishouden;
- burgerlijke staat;
- nationaliteit.

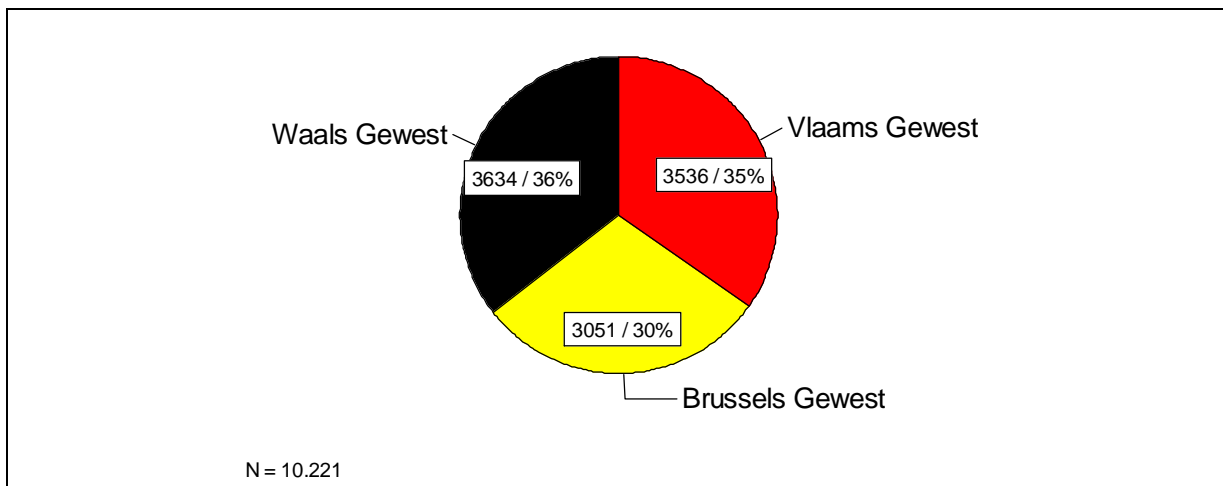
Ook wordt de verdeling van de studiepulatie voorgesteld in functie van de grootte van het huishouden.

#### 3.1.1. Verblijfplaats

##### **Gewest**

A priori was het aantal te realiseren enquêtes bepaald : 3500 in het Vlaams en Waals Gewest (met 300 ervan in de Duitstalige Gemeenschap) en 3000 in het Brussels Gewest. Uit figuur 3.1 blijkt dat deze doelstelling bereikt werd.

*Figuur 3.1. Verdeling van de studiepulatie volgens het gewest, Gezondheidsenquête, België, 1997*



##### **Provincie**

Het aantal ondervraagde personen per provincie wordt aangegeven in tabel 4.1. Zoals reeds vermeld in het vorige hoofdstuk is binnen een gewest het aantal geselecteerde personen per provincie ongeveer evenredig met het aantal inwoners van de provincie.



### 3.1.2. Leeftijd en geslacht

De verdeling van de studiebevolking volgens het geslacht wordt voorgesteld in tabel 3.1. In alle gewesten werden iets meer vrouwen ondervraagd dan mannen (tabel 3.2).

De leeftijdsverdeling wordt voorgesteld in tabel 3.3. Hierbij wordt ook een vergelijking gemaakt met de leeftijdsverdeling van de totale Belgische bevolking. Aangezien het aantal te interviewen personen in een huishouden beperkt is tot 4 en de referentiepersoon en zijn/haar eventuele partner daar steeds bij zijn, lag een lichte onderschatting van de jongste leeftijdsgroepen (jonger dan 25 jaar) in de lijn der verwachtingen. Dit wordt bevestigd voor de jongste leeftijdsgroep. Globaal genomen zijn de verschillen tussen de leeftijdsverdeling van de studiebevolking en deze van de totale Belgische bevolking echter miniem.

Tabel 3.1 Verdeling van de studiebevolking per provincie, Gezondheidsenquête, België, 1997

Provincie	Aantal bevroegde personen	% van het totaal aantal bevroegde personen	% van het aantal bevroegde personen per Gewest	Verdeling van het aantal inwoners per provincie*
Antwerpen	945	9,2	26,7	27,7
Oost-Vlaanderen	812	7,9	23,0	23,0
West-Vlaanderen	733	7,2	20,7	19,1
Vlaams Brabant	593	5,8	16,8	17,0
Limburg	453	4,4	12,8	13,2
<b>Vlaams Gewest</b>	<b>3536</b>	<b>35,6</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Henegouwen	1325	13,0	36,5	38,7
Luik	1210	11,8	33,3	30,6
Namen	465	4,5	12,8	13,2
Waals Brabant	356	3,5	9,8	10,3
Luxemburg	278	2,7	7,6	7,3
<b>Waals Gewest</b>	<b>3634</b>	<b>34,6</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Brussels Gewest</b>	<b>3051</b>	<b>29,9</b>		

\* NIS - 01.01.1997

Tabel 3.2. Verdeling van de studiebevolking volgens het geslacht, gezondheidsenquête, België, 1997

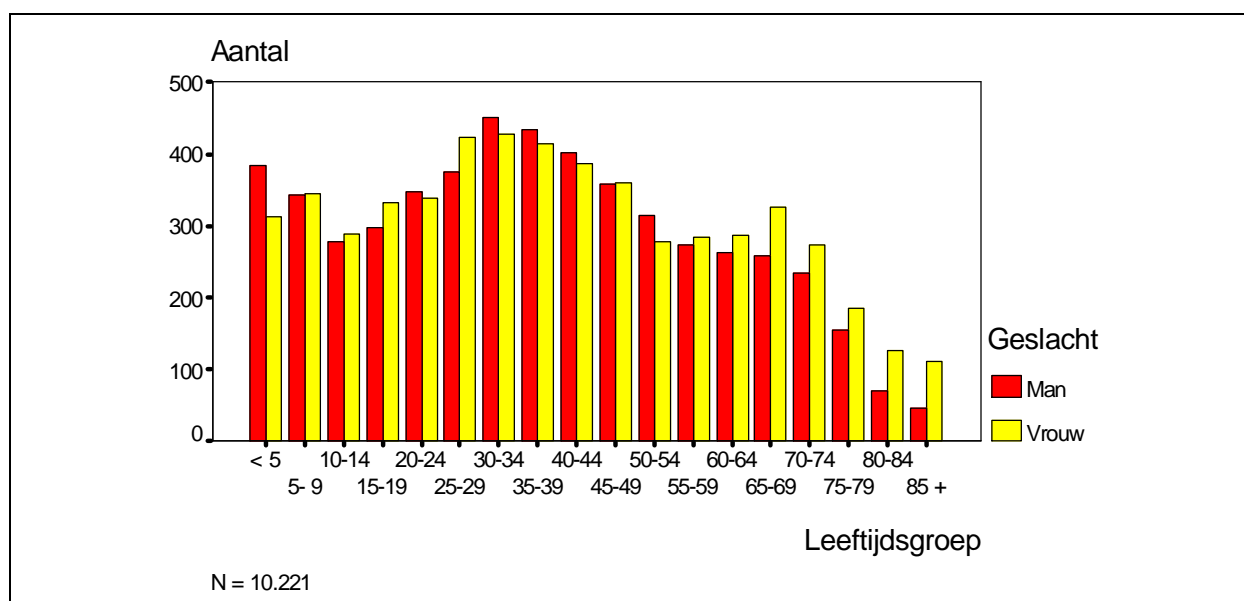
	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		Totaal		Studiepopulatie België*
	N	%	N	%	N	%	N	%	%
Mannen	1758	49,7	1475	48,3	1753	48,2	4986	48,8	48,9
Vrouwen	1778	50,3	1576	51,7	1881	51,8	5235	51,2	51,1
Totaal	3536	100,0	3051	100,0	3634	100,0	10221	100,0	100,0

\* NIS - 01.01.1997

Tabel 3.3. *Verdeling van de studiepopulatie volgens de leeftijd, gezondheidsenquête, België, 1997.*

	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		Totale studiepopulatie		België*
	N	%	N	%	N	%	N	%	%
0-14	550	15,6	483	15,8	628	17,3	1661	16,3	17,8
15-24	430	12,2	314	10,3	405	11,1	1149	11,2	12,5
25-34	590	16,7	499	16,4	555	15,3	1644	16,1	15,1
35-44	533	15,1	491	16,1	591	16,3	1615	15,8	15,2
45-54	468	13,2	385	12,6	443	12,2	1296	12,7	12,7
55-64	406	11,5	314	10,3	374	10,3	1094	10,7	10,4
65-74	364	10,3	325	10,7	389	10,7	1078	10,5	9,7
75 +	195	5,5	240	7,9	249	6,9	684	6,7	6,6
<b>Totaal</b>	<b>3536</b>	<b>100,0</b>	<b>3051</b>	<b>100,0</b>	<b>3634</b>	<b>100,0</b>	<b>10221</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Bron : NIS - Rijksregister - 01.01.1996

Figuur 3.2. *Leeftijds- en geslachtsdistributie in de studiepopulatie, Gezondheidsenquête, België, 1997*

### 3.1.3. Socio-economische kenmerken

Tabel 3.4 geeft de samenstelling van de studiebevolking in functie van het onderwijsniveau weer. Het hoogste diploma wordt beschouwd als een eigenschap van het huishouden; gaat het om het hoogste diploma van de referentiepersoon of de eventuele partner. Opgemerkt wordt dat twee derden van de studiebevolking een opleidingsniveau heeft van tenminste hoger secundair onderwijs.

Tabel 3.4. *Verdeling van de studiebevolking volgens het opleidingsniveau, Gezondheidsenquête, België, 1997*

	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		Totale studiebevolking	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Geen diploma	65	1,9%	168	5,8%	120	3,4%	353	3,6%
Lager	425	12,4%	372	12,9%	499	14,3%	1296	13,2%
Lager secundair	607	17,8%	426	14,8%	633	18,1%	1666	17,0%
Hoger secundair	1177	34,5%	712	24,7%	1070	30,6%	2959	30,2%
Hoger	1140	33,4%	1206	41,8%	1176	33,6%	3522	36,0%
<b>Totaal</b>	<b>3536</b>	<b>100,0%</b>	<b>3051</b>	<b>100,0%</b>	<b>3634</b>	<b>100,0%</b>	<b>10221</b>	<b>100,0%</b>

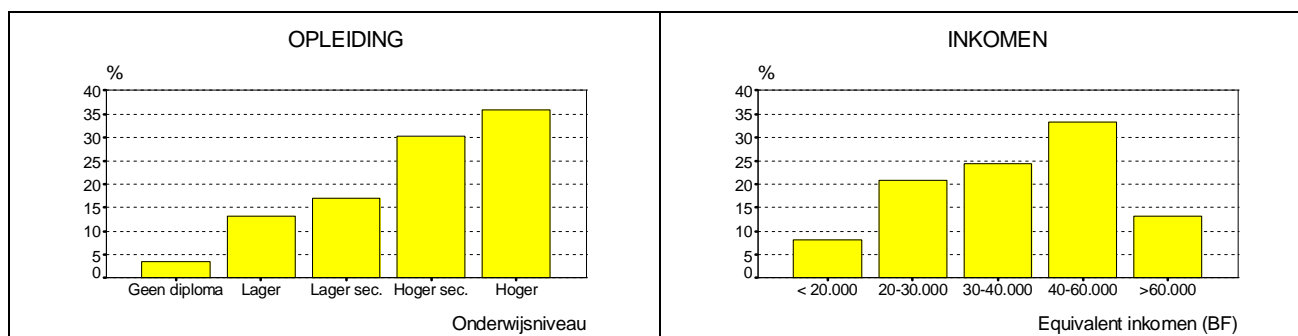
In tabel 3.5. wordt de verdeling voorgesteld in functie van het equivalent inkomen van het huishouden. Voor de definitie hiervan wordt terug verwezen naar hoofdstuk 1. De grootste groep situeert zich in de klasse met een equivalent inkomen van het huishouden tussen de 40.000 en 60.000,-BF.

Tabel 3.5. *Verdeling van de studiebevolking volgens het equivalent inkomen van het huishouden, gezondheidsenquête, België, 1997*

	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		Totale studiebevolking	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 20.000	119	3,6	372	12,8	302	8,6	793	8,1
20.000-30.000	606	18,1	629	21,7	807	23,0	2042	20,9
30.000-40.000	861	25,8	613	21,1	906	25,8	2380	24,4
40.000-60.000	1294	38,7	789	27,2	1169	33,3	3252	33,3
>60.000	461	13,8	498	17,2	330	9,4	1289	13,2
<b>Totaal</b>	<b>3536</b>	<b>100,0</b>	<b>3051</b>	<b>100,0</b>	<b>3634</b>	<b>100,0</b>	<b>10221</b>	<b>100,0</b>

In figuur 3.3 wordt de verdeling van opleidings- en inkomensniveau van de studiebevolking grafisch voorgesteld.

**Figuur 3.3** Verdeling van de studiepopulatie in functie van opleidingsniveau en equivalent inkomen van het huishouden, Gezondheidsenquête, België, 1997



### 3.1.4. Burgerlijke staat

De burgerlijke staat wordt voorgesteld voor de referentiepersonen en hun eventuele partners (tabel 3.6). De grote meerderheid (70%) is gehuwd of samenwonend.

**Tabel 3.6.** Verdeling van de studiepopulatie volgens burgerlijke staat, gezondheidsenquête, België, 1997 (enkel voor referentiepersonen en eventuele partners)

	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		Totale studiepopulatie	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Gehuwd of samenwonend	2030	79,5	1438	61,3	1778	68,3	5246	69,9
Gescheiden	113	4,4	263	11,2	252	9,7	628	8,4
Weduwe/weduwnaar	203	8	214	9,1	296	11,4	713	9,5
Alleenstaand	207	8,1	430	18,3	277	10,6	914	12,2
<b>Totaal</b>	<b>2553</b>	<b>100</b>	<b>2345</b>	<b>100</b>	<b>2603</b>	<b>100</b>	<b>7501</b>	<b>100</b>

### 3.1.5. Nationaliteit

Uit tabel 3.7 blijkt dat 13 % van de studiebevolking bestond uit niet-Belgen. 21% hiervan zijn Marokkanen, 20% Italianen. Fransen maken 10% uit van de studiebevolking. Voor Turken, Spanjaarden en Nederlanders bedraagt dit percentage 6%. De andere nationaliteiten maken elk minder dan 5% uit van de studiebevolking.

Tabel 3.7. *Verdeling van de studiebevolking volgens nationaliteit, gezondheidsenquête, België, 1997*

	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		Totale studiebevolking	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Belgen	3408	96,4	2209	72,4	3285	90,4	8902	87,1
Niet-Belgen	128	3,6	842	27,6	349	9,6	1319	12,9
<b>Totaal</b>	<b>3536</b>	<b>100,0</b>	<b>3051</b>	<b>100,0</b>	<b>3634</b>	<b>100,0</b>	<b>10221</b>	<b>100,0</b>

### 3.1.6. Grootte van het huishouden

In totaal werden 4664 huishoudens bevestigd (tabel 3.8). Een derde van de studiebevolking bestond uit éénpersoonshuishoudens. In het Brussels Gewest bedroeg dit percentage zelfs 44%.

Tabel 3.8. *Verdeling van de studiebevolking volgens grootte van het huishouden, Gezondheidsenquête, België, 1997*

	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		Totale studiebevolking	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 persoon	402	26,7	676	43,8	507	31,5	1585	34,0
2 personen	495	32,8	424	27,5	493	30,6	1412	30,3
3 personen	266	17,6	186	12,0	274	17,0	726	15,6
4 personen	261	17,3	161	10,4	256	15,9	678	14,5
> 4 personen	84	5,6	97	6,3	82	5,1	263	5,6
<b>Totaal</b>	<b>1508</b>	<b>100</b>	<b>1544</b>	<b>100</b>	<b>1612</b>	<b>100</b>	<b>4664</b>	<b>100</b>

## 3.2. Participatiegraad

Om de vooropgestelde steekproef van 10.000 personen te realiseren, werden 35.023 huishoudens geselecteerd op basis van het Nationaal Register. Met 11.568 huishoudens werd gepoogd contact op te nemen om de leden ervan te bevragen (de overige huishoudens waren reservehuishoudens). Van 4.664 huishoudens werden de leden (maximaal 4) effectief bevroegd, terwijl 3.303 huishoudens weigerden aan de enquête deel te nemen. Met 3.601 huishoudens kon, om diverse redenen, geen contact gerealiseerd worden.

Voor de bespreking van de participatiegraad wordt het volgend onderscheid gemaakt:

- huishoudens waarmee - onafgezien van de reden - geen interview gerealiseerd werd (NP);
- huishoudens die expliciet weigerden aan de enquête deel te nemen (NR);
- huishoudens waarmee een contactname onmogelijk was (NA).

Een studie van de karakteristieken van de huishoudens die weigerden aan de enquête deel te nemen (NR), of waarbij het onmogelijk was om ze te contacteren (NA), is zowel vanuit een organisatorisch als een statistisch oogpunt belangrijk:

- op organisatorisch vlak kan de steekproef voor een volgende enquêtering zo worden samengesteld dat bv. de kans dat nu ontbrekende types huishoudens zouden deelnemen, vergroot.
- op statistisch vlak kan het niet deelnemen van uitgenodigde huishoudens de resultaten van de bevraging beïnvloeden. Zo kan beargumenteerd worden dat de resultaten van de bevraging afkomstig zijn van een bepaald 'soort' huishoudens, met name die huishoudens die bereid waren deel te nemen. Deze huishoudens kunnen verschillend zijn van die huishoudens die weigerden deel te nemen, waardoor de resultaten beïnvloed worden.

De niet-deelname aan de enquête situeert zich niet alleen op het niveau van de huishoudens: ook leden van deelnemende huishoudens konden weigeren aan de bevraging deel te nemen. Van de 4.664 huishoudens die deelnamen aan de enquête, waren er 117 waarbij één of meerdere leden de deelname weigerden.

Dit kleine aantal maakt dat een afzonderlijk analyse van de weigering op individueel niveau slechts van bijkomend belang en daarom niet verder doorgevoerd zal worden.

Tenslotte kan de situatie waarbij deelnemende individuen weigerden op één of meerdere vragen te antwoorden zich ook voordoen. De frequentie hiervan is uiteraard afhankelijk van de vraag in kwestie. Deze vorm van weigering was in het algemeen beperkt en was nooit hoger dan 11%. In de studie van de resultaten van de Gezondheidsenquête, werden ontbrekende gegevens niet in de analyse betrokken.

### 3.2.1. Huishoudens die niet gecontacteerd konden worden

Van de huishoudens die voor deelname aan de enquête uitgenodigd werden, kon om verschillende redenen geen contact gerealiseerd worden met 3.601 onder hen (geen contact ondanks verscheidene telefoontjes en huisbezoeken, een administratieve beslissing om de contactname stop te zetten omdat de doelstelling op regionaal niveau was gerealiseerd, verandering van interviewer,....)

Het globale cijfer niet-contacteerbare huishoudens (NA) (gestandaardiseerd voor provincie en voor leeftijd en geslacht van de referentiepersoon) kan op 24,5 % geschat worden.

In Tabel 3.9. wordt de participatiestatus per regio, grootte van het huishoudens, en leeftijd, geslacht en nationaliteit van de referentiepersoon weergegeven.

Tabel 3.9. Aantal voor deelname uitgenodigde huishoudens en de participatiestatus, Gezondheidsenquête, België, 1997

	Uitgenodigd	Geen contact (%) – (NA)	Gecontacteerd	Weigering (%) – (NR)	Deelname (%)
<b><u>Leeftijd*</u></b>					
0-14	48	62,8	15	46,7	<b>53,3</b>
15-14	693	48,3	333	36,7	<b>63,3</b>
25-34	2038	29,3	1271	31,0	<b>69,0</b>
35-44	2009	24,0	1045	34,1	<b>65,9</b>
45-54	1894	22,5	1350	40,8	<b>59,2</b>
55-64	1630	21,0	1196	41,8	<b>58,2</b>
65-74	1804	20,3	1376	45,6	<b>54,4</b>
75+	1452	27,7	1021	49,4	<b>50,6</b>
<b><u>Geslacht*</u></b>					
Vrouw	3790	22,9	5497	37,8	<b>62,2</b>
Man	7778	28,9	2470	44,2	<b>55,8</b>
<b><u>Nationaliteit*</u></b>					
Belg	9612	22,4	6939	39,1	<b>60,9</b>
Niet-Belg	1956	42,3	1028	42,9	<b>57,1</b>
<b><u>Verblijfplaats</u></b>					
Vlaams	3210	20,2	2521	39,0	<b>61,0</b>
Brussels	4685	41,1	2757	42,6	<b>57,4</b>
Waals	3673	26,2	2689	39,2	<b>60,8</b>
België	11568	24,5	7967	39,5	<b>60,5</b>
<b><u>Grootte huishouden</u></b>					
1	4970	35,9	2895	41,6	<b>58,4</b>
2	3216	20,3	2410	42,6	<b>57,4</b>
3	1594	17,0	1238	39,9	<b>60,1</b>
4+	1788	17,3	1424	31,3	<b>68,7</b>

(\*) de kenmerken (geslacht, leeftijd,....) voor de referentiepersoon van ieder huishouden in het Nationaal Register.

De proportie huishoudens die niet gecontacteerd konden worden is het hoogst:

- indien de leeftijd van de referentiepersoon jonger is dan 25 jaar. Met uitzondering van deze groep kon geen leeftijdseffect vastgesteld worden.
- indien de referentiepersoon een man is (29%)
- in het Brussels gewest (41%)
- indien de referentiepersoon niet de Belgische nationaliteit heeft. Toepassing van een logistische regressie (waarin geslacht, nationaliteit van de referentiepersoon, regio en grootte van het huishouden werd opgenomen) geeft aan dat de kans opdat een niet-Belgisch huishouden deelneemt aan de enquête slechts 60% is van de kans opdat een Belgisch huishouden deelneemt.

### **3.2.2. Huishoudens die weigerden aan de enquête deel te nemen**

Van de 7967 huishoudens waarmee een contact gerealiseerd werd, stemden 3.303 huishoudens niet in met deelname. Het globale percentage weigeringen (gestandaardiseerd voor provincie, leeftijd en geslacht van de referentiepersoon) bedraagt 39,5 % of, omgekeerd, de participatiegraad bedraagt 60,5%

De participatiegraad varieert in functie van bepaalde kenmerken van het huishouden:

- ze is lager naarmate de referentiepersoon ouder is
- ze is het laagst indien de referentiepersoon een man is (56%);
- ze is het laagst indien de referentiepersoon niet de Belgische nationaliteit heeft (57%);
- ze is het laagst in het Brussels Gewest (57%);
- ze stijgt naarmate de grootte van het huishouden stijgt.

### **3.2.3. Invloed van niet deelnemende huishoudens op de resultaten van de Gezondheidsenquête**

De vraag kan gesteld worden in welke mate niet-deelname van huishoudens (vanwege niet contacteerbaar of vanwege weigering) de resultaten van de enquête kan beïnvloeden. Uit het voorgaande werd duidelijk dat de kans van niet-deelname groeide naarmate de huishoudgrootte kleiner was. Er zou bijvoorbeeld gesteld kunnen worden dat kleinere huishoudens hogere inkomens hebben en minder makkelijk te contacteren zijn vanwege het feit dat de leden ervan werken. Als een gevolg hiervan zou de gerealiseerd steekproef meer huishoudens met een lager inkomen kunnen omvatten, wat de resultaten van de bevraging kan beïnvloeden.

Om dit effect na te gaan zou een meervoudige imputatie van gegevens voor de niet-deelnemende huishoudens overwogen kunnen worden. Binnen het kader van de Gezondheidsenquête kan dergelijke imputatie niet doorgevoerd worden gezien het feit dat omtrent deze huishoudens erg weinig informatie voor handen is (met name enkel de gegevens van het Nationaal Register). De toepassing van een meervoudige imputatie zou aldus het gevaar in zich dragen om tot onzinnige resultaten te komen.

Bovendien mag gesteld worden dat het gebruik van wegingsfactoren (namelijk in functie van leeftijd, geslacht, grootte van het huishouden en verblijfplaats) bij de analyse van de resultaten deels de mogelijke bias als resultaat van non-participatie compenseert.



### 3.2.4. Weigering van te antwoorden op een vraag

In totaal werden 10221 individuen voor de Gezondheidsenquête geïnterviewd. In een aantal gevallen weigerden de geïnterviewden een of meerdere vragen te beantwoorden. Veelal is het aantal ontbrekende gegevens zeer laag (0 tot 2 à 3 %). Het aantal ontbrekende gegevens overschreed voor geen enkele vraag de 11%. Niettemin stijgt het aantal ontbrekende gegevens wanneer verschillende vragen samen beschouwd worden (bv. bij de constructie van indicatoren). In de algemene analyse worden dergelijke gevallen niet meegenomen.

Het is daarom van belang na te gaan wat het potentieel effect is van het niet meenemen van ontbrekende gegevens op de analyse van de onderzoeksresultaten. Om dit na te gaan werd de werkwijze van meervoudige imputatie van ontbrekende gegevens toegepast. Hierbij is het de bedoeling op basis van de antwoorden op andere vragen het ontbrekend gegeven te voorspellen.

Als voorbeeld wordt de vraag naar de subjectieve inschatting van de eigen gezondheid gekozen. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen twee groepen; diegenen die de eigen gezondheid als "zeer goed" of "goed" beoordelen en diegenen die de eigen gezondheid als "redelijk", "slecht" of "heel slecht" inschatten. De proportie ontbrekende gegevens voor deze vraag bedroeg 3%. Om deze ontbrekende gegevens te voorspellen werd gebruik gemaakt van de antwoorden op de vragen aangaande het geslacht van de persoon, diens leeftijd, verblijfplaats, opleidingsniveau, inkomensniveau en rookgewoontes. Vastgesteld kan worden dat de geschatte waarden (Odds ratio's) in het laatste geval iets lager liggen dan in het geval de analyse uitsluitend toegepast wordt op respondenten waarvoor alle informatie aanwezig is. Ook de betrouwbaarheidsintervallen zijn kleiner. Niettemin mag ervan uitgegaan worden dat de conclusies, uitsluitend gebaseerd op de resultaten voor de respondenten waarvoor alle informatie aanwezig is, in essentie ongewijzigd blijven.

### 3.2.5. Besluit

Gezondheidsenquêtes worden onvermijdelijk geconfronteerd met het probleem van ontbrekende gegevens. Dergelijk probleem kan de resultaten van zo'n enquête beïnvloeden. De aanpak van de Gezondheidsenquête in België impliceert specifieke problemen voor wat betreft de niet-deelname. Als gevolg van de stapsgewijze steekproeftrekking zijn er verschillende redenen waarom pogingen iemand te interviewen, mislukten. Deze niet gerealiseerde interviews brengen ontbrekende gegevens met zich mee.

Een analyse van de niet-deelname toont aan dat huishoudens die niet gecontacteerd konden worden of expliciet weigerden deel te nemen een profiel vertonen dat verschillend is van het profiel van de huishoudens die effectief bevroegd werden. In de toekomst kan hiermee rekening gehouden worden om de organisatie van de Gezondheidsenquête te optimaliseren. Zo kunnen er bijvoorbeeld in gebieden met een hoog percentage niet-deelname het aantal enquêteurs verhoogd worden zodat zij meer tijd kunnen besteden aan het contacteren van de huishoudens.

Een analyse van ontbrekende gegevens op het niveau van de afzonderlijke vragen geeft aan dat er nauwelijks verschillen vastgesteld kunnen worden tussen de resultaten van personen waarvoor alle noodzakelijke gegevens aanwezig waren en deze gebaseerd op meervoudige imputatie van ontbrekende resultaten. De invloed van ontbrekende gegevens op de resultaten zijn, zo lijkt het, verwaarloosbaar.

Tenslotte dient benadrukt te worden dat heel wat energie gepend werd om ervoor te zorgen dat de niet deelname op huishoudniveau zo laag mogelijk gehouden werd. Zo werd aan alle uitgenodigde huishoudens een folder opgestuurd om de doelstellingen van de enquête duidelijk te maken, diende de enquêteur meerdere malen te pogen contact met het huishouden op te nemen,.... Tevens werd een systeem op poten gezet om niet deelnemende huishoudens te vervangen door andere huishoudens met eenzelfde profiel.

### 3.3. Clustering

De huishoudens in de studiepopulatie (Secondaire Studiepopulatie-eenheid - SSE) werden per toeval gekozen in groepen per gemeente. Hierbij kan niet uitgesloten worden dat deze SSE's bepaalde overeenkomsten hebben en dat ze meer op elkaar lijken dan wanneer huishoudens binnen elke provincie door een eenvoudige toevalsstudiepopulatie waren geselecteerd.

Op dezelfde manier werden de individuen (Tertiaire Studiepopulatie-eenheid - TSE) gekozen in groepen van maximum 4 per huishouden. Ook hier is het mogelijk dat de leden van eenzelfde huishouden voor bepaalde eigenschappen dezelfde kenmerken vertonen.

Het feit dat steekprofeenheden meer op elkaar lijken wordt het "clustering effect" genoemd. Om na te gaan of het niet noodzakelijk was hiervoor een correctie in de analyse van de gegevens van de Gezondheidsenquête aan te brengen werd dit effect bestudeerd. Het "clustering effect" heeft geen invloed op de schatter (proportie, gemiddelde). Wel moet nagegaan worden in welke mate de variantie onderschat wordt. In een verdere stap kan dit effect ook bestudeerd worden om de correlatie van, bijvoorbeeld, het rookgedrag na te gaan in een huishouden.

Het "clustering effect" op het niveau van de gemeenten kan beschouwd worden als verwaarloosbaar; op het niveau van het huishouden werd dit effect bestudeerd voor de Body Mass Index, de VOEG score (gemiddeld aantal gezondheidsklachten), de subjectieve gezondheid, het aangeven over een vaste huisarts te beschikken en een contact met de huisarts tijdens het afgelopen jaar. De voorlopige resultaten zijn als volgt :

- Voor de BMI is de correlatie binnen het huishouden nogal zwak (0,16).
- Voor de VOEG-score (gemiddeld aantal subjectieve klachten), is de correlatie binnen het huishouden matig (0,26).
- Voor de subjectieve gezondheid is de correlatie binnen het huishouden zwak (0,14).
- Voor een contact met de huisarts tijdens het afgelopen jaar (ja/nee) is de correlatie binnen het huishouden zwak (0,14).
- Voor het aangeven van een vaste huisarts (ja/nee) is deze correlatie daarentegen vrij hoog (0,54).

Via een eenvoudig model dat met dit effect rekening houdt kan echter een correctie doorgevoerd worden die toelaat een aanvaardbare variantie bekomen.

Globaal gezien kan dus gesteld worden dat het "clustering effect" voor de bestudeerde items minimaal is, en dat daar waar het bestaat (enkel voor het aangeven van een vaste huisarts) een eenvoudig model toelaat de variantie van de schattingen aan te passen. De schattingen zelf blijven correct. Tenslotte dient opgemerkt te worden dat vanuit kwalitatief oogpunt bekeken de conclusies dezelfde blijven gezien de onderschatting van de variantie zeer gering was.

Op basis van deze analyses is het aanvaardbaar dat voor dit eerste rapport geen rekening werd gehouden met het "clustering effect". Verwacht kan worden dat de onderschatting van de variantie voor de meeste indicatoren minimaal is en geen invloed heeft op de besluitvorming van de analyse.

DE GEZONDHEID VAN DE BEVOLKING

IN BELGIË

*SAMENVATTING*



GEZONDHEIDSENQUÊTE, BELGIË, 1997

**Referentie :**

**S. Demarest, P. Leurquin, J. Tafforeau, V. Tellier, J. Van der Heyden, H. Van Oyen,**

**De gezondheid van de bevolking in België. Samenvatting.  
Gezondheidsenquête, België, 1997.**

**Centrum voor Operationeel Onderzoek in de Volksgezondheid  
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur, Brussel 1998.**

**Depot nr D/1998/2505/08**



## 4. DE GEZONDHEID VAN DE BEVOLKING IN BELGIË. SAMENVATTING.

### 4.1. Beknopte Samenvatting

#### 4.1.1. Gezondheidstoestand

**78% van de bevolking vanaf 15 jaar beoordeelt de eigen gezondheidstoestand als goed tot zeer goed.**

78% van de bevolking vanaf 15 jaar beoordeelt de eigen gezondheidstoestand als goed tot zeer goed, terwijl 22% zich minder goed voelt. In deze laatste groep zijn de vrouwen meer vertegenwoordigd dan de mannen en inwoners van het Brussels en Waals Gewest meer dan inwoners van het Vlaams Gewest. Naarmate de leeftijd stijgt, beoordelen meer personen de eigen gezondheid als onbevredigend. Het behoren tot een lagere sociaal-economische categorie hangt samen met een negatieve inschatting van de gezondheid.

**50 % van de bevolking lijdt aan een of meerdere ziekten of chronische aandoeningen (gewrichtspijnen, rugpijnen, hart- en vaatziekten, allergieën,...). 26% van de bevolking lijdt aan minstens twee aandoeningen.**

50 % van de bevolking lijdt aan een of meerdere ziekten of chronische aandoeningen (gewrichtspijnen, rugpijnen, hart- en vaatziekten, allergieën,...). 26% van de bevolking lijdt aan minstens twee aandoeningen. Vrouwen hebben meer frequent aandoeningen dan mannen. De prevalentie van aandoeningen en meer specifiek, de prevalentie van co-morbiditeit, neemt sterk toe met de leeftijd. Rokers hebben meer frequent aandoeningen dan niet rokers en ook co-morbiditeit komt bij hen vaker voor.

**Een kwart van de bevolking zegt last te hebben van één of meerdere langdurige ziektes of aandoeningen. Bij de bevolking van 15 jaar en ouder vormen stoornissen in de gehoorfunctie (7%) en beperkingen in de mobiliteit (6%) de twee voornaamste oorzaken van beperkingen.**

25% van de bevolking zegt last te hebben van één of meerdere langdurige ziektes of aandoeningen. Bij ongeveer een vierde van hen stoort dit hen voortdurend in hun dagelijkse bezigheden en 15% van hen is erdoor verplicht af en toe of zelfs voortdurend het bed te houden. Bij de bevolking van 15 jaar en ouder vormen stoornissen in de gehoorfunctie (7%) en beperkingen in de mobiliteit (6%) de twee voornaamste oorzaken van beperkingen. Specifiek bij de bevolking van 65 jaar en ouder ligt deze volgorde omgekeerd 27% van de personen geeft aan te lijden aan beperkingen in mobiliteit en 20% aan stoornissen in de gehoorfunctie

**Slechts 14% van de bevolking heeft geen enkele gezondheidsklacht. 50% van de bevolking laat meer dan 5 klachten optekenen.**

Op basis van een lijst van 23 mogelijke klachten, blijkt dat de bevolking in België gemiddeld 5,7 klachten heeft gerapporteerd. 50% van de bevolking laat meer dan 5 klachten optekenen. Slechts 14% van de bevolking heeft geen enkele klacht. Vrouwen melden gemiddeld meer gezondheidsklachten (gemiddeld 6,5 klachten) dan mannen (5 klachten) en oudere personen meer dan jongere (oudste leeftijdscategorie: 6,9 klachten, jongste leeftijdscategorie 4,8 klachten). Rokers hebben meer klachten dan niet rokers, inwoners van het Brussels en het Waals Gewest meer dan inwoners van het Vlaams Gewest

**41% van de bevolking van 18 jaar en ouder heeft een overgewicht, hiervan is 11% echt zwaarlijvig. 30% van de zwaarlijvigen geven aan niet te willen vermageren, noch hun gewicht op peil te willen houden.**

30% van de bevolking van 18 jaar en ouder heeft een overgewicht, 11% is echt zwaarlijvig (14% in het Vlaams Gewest, 10% in het Vlaams en het Brussels Gewest). Overgewicht en zwaarlijvigheid vormen een groter probleem in de laagste opleidings- en inkomenscategorieën. Ondergewicht is vooral een probleem bij vrouwen jonger dan 35 jaar en is frequenter probleem in het Brussels Gewest dan in de andere gewesten. 61% van de bevolking let op de lijn. Bij vrouwen is dat 70%. De wens om te vermageren hangt niet steeds samen met de aanwezigheid van overgewicht : 6% van de personen met een ondergewicht wenst nog te vermageren; datzelfde geldt voor 15% van de personen met een normaal gewicht. Daarentegen geeft 30% van de zwaarlijvigen aan niet te willen vermageren, noch hun gewicht op peil te willen houden.

**Op lange termijn heeft roken een negatieve impact op het behoud van het gebit.**

11% van de bevolking blijkt over geen eigen tanden meer te beschikken. 9% leeft nu met een kunstgebit. Roken heeft een nefaste invloed op het gebit : zware rokers hebben vaker een kunstgebit, een deelprothese of helemaal geen gebit meer dan niet rokers.

**Er zijn aanwijzingen voor psychische gezondheidsproblemen bij één derde van de bevolking. Vrouwen rapporteren 1,6-maal meer depressie dan mannen en het gebruik van psychotropica ligt er 2 maal hoger.**

Er zijn aanwijzingen voor psychische gezondheidsproblemen bij één derde van de bevolking. Dit percentage is lager in het Vlaams Gewest (28%) dan het Brussels (37%) en Waals Gewest (35%). Vrouwen rapporteren 1,6-maal meer depressie dan mannen en het gebruik van psychotropica ligt er 2 maal hoger. In de bevolkingsgroep ouder dan 65 jaar neemt bijna één vierde van de vrouwelijke bevolking psychotrope geneesmiddelen. Hierbij gaat het in de eerste plaats om slaapmiddelen.

**8% van de bevolking gaf aan hooguit eenmaal per maand contact te hebben met verwanten, kinderen, vrienden of kennissen.**

8% van de bevolking (personen van 15 jaar of ouder) gaf aan hooguit eenmaal per maand contact te hebben met verwanten, kinderen, vrienden of kennissen. In het Vlaams en het Brussels Gewest kunnen significant meer personen aangetroffen worden met een (zeer) beperkt aantal sociale relaties (maximaal eenmaal per maand tot helemaal nooit contact met verwanten, vrienden,...). Vrouwen worden significant meer dan mannen gehinderd door fysieke of emotionele problemen in hun normale contacten met anderen. Dergelijke problemen worden ook meer gemeld door diegenen die de eigen gezondheid als slecht tot redelijk inschatten.

#### 4.1.2. Levensstijl en preventie

**30% van de Belgische bevolking rookt. 10% van de bevolking kan beschouwd worden als zware rokers.**

30% van de Belgische bevolking rookt. 10% van de bevolking kan beschouwd worden als zware rokers. Mannen (37%) geven meer frequent dan vrouwen (24%) aan te roken. Onder de mannen kan tevens de grootste proportie zware rokers aangetroffen worden. 29% van de jongeren tussen 15 en 19 jaar is reeds roker (33% bij de jongens). 4% van de jongeren kan beschouwd worden als zware rokers (10% bij de jongens). In het Vlaamse Gewest ligt het percentage rokers significant lager dan in het Brussels Gewest.

**8% van de bevolking verbruikt dagelijks alcohol. Het gemiddelde alcoholverbruik is 5,8 glazen per week per persoon.**

85% van de bevolking (80% van de jongeren tussen 15-19 jaar) heeft in de loop van de laatste 12 maanden minimum 1 alcoholische drank genuttigd, 8% verbruikt dagelijks alcohol. Het gemiddelde alcoholverbruik is 5,8 glazen per week per persoon. Het verbruik van alcohol in de laatste 12 maanden ligt hoger in het Vlaams en Waals Gewest (86%) dan in het Brussels Gewest (76%).

**In België beoefent 33% geen enkele noemenswaardige vorm van sportieve activiteit.**

In België beoefent 18% van de bevolking van 15 jaar en ouder minstens 4 uur per week een lichamelijke (sportieve) activiteit, 33% beoefent geen enkele noemenswaardige vorm van lichamelijke activiteit. Een lager socio-economisch niveau hangt samen met een meer uitgesproken gebrek aan lichamelijke activiteit.

**68% van de bevolking van 15 jaar en ouder is in de loop van de laatste tien jaren gevaccineerd geweest tegen tetanus.**

**32% van de doelgroep (personen van 65 jaar en ouder en personen met meerdere ziekten) is in de loop van de laatste twaalf maanden gevaccineerd geweest tegen griep.**

**70% van de vrouwen tussen 15 en 54 jaar is gevaccineerd geweest tegen rubeola.**

68% van de bevolking van 15 jaar en ouder in de loop van de laatste tien jaren gevaccineerd geweest tegen tetanus (64% in het Vlaams Gewest tegen 70% in het Brussels Gewest en 74% in het Waals Gewest).

32% van de doelgroep (personen van 65 jaar en ouder en personen met meerdere ziekten) is in de loop van de laatste twaalf maanden gevaccineerd geweest tegen griep.

70% van de vrouwen tussen 15 en 54 jaar is gevaccineerd geweest tegen rubeola (74% in het Vlaams Gewest, 63% in het Brussels Gewest en 62% in het Waals Gewest).

**59% van de bevolking heeft een correcte kennis van de overdrachtswijze van het HIV-virus. 53% van de bevolking onderscheidt niet efficiënte maatregelen tegen besmetting met het HIV-virus. 69% reageert discriminerend tegenover seropositieve personen en/of mensen besmet met het HIV-virus.**

59% van de bevolking heeft een correcte kennis van de overdrachtswijze van het HIV-virus. 53% van de bevolking onderscheidt niet efficiënte maatregelen tegen besmetting met het HIV-virus, 22% heeft tenminste 1 maal een HIV test gehad. Een grote meerderheid van de bevolking (69%) reageert discriminerend tegenover seropositieve personen en/of mensen besmet met het AIDS virus. Het percentage personen met een discriminerende houding tegenover seropositieve personen ligt gevoelig hoger in het Vlaams Gewest (73%) dan in het Brussels (65%) of het Waals Gewest (62%).

**De voedingsgewoonten van de bevolking staat nog ver af van de aanbevelingen terzake.**

Globaal genomen staat de bevolking nog ver af van de diëtische aanbevelingen: 60% onder hen consumeert bijna dagelijks gesuikerde dranken of snacks; 21% consumeert geen enkel melkproduct op dagelijkse basis, 28% eet niet minstens eenmaal per week vis en 54% geeft aan bij voorkeur wit brood te eten.

***In slechts 62% van de gevallen kan de prenatale opvolging als adequaat beschouwd worden.***

In België heeft 62% van de vrouwen die in de laatste vijf jaar bevallen zijn, een prenatale opvolging gehad, die als adequaat kan wordt beoordeeld (voldoende vroeg begin; totaal aantal visites aangepast aan de duur van de zwangerschap), 36% een opvolging van redelijke kwaliteit en 2% een inadequaat prenatale opvolging.

***65% van de vrouwen verklaart borstvoeding gegeven te hebben.***

65% van de vrouwen verklaart borstvoeding gegeven te hebben vlak na de geboorte. Dit percentage tot 52% daalt na zes weken en tot 32% na 3 maand.

***84% van de vrouwen, die in de vijf laatste jaren zijn bevallen, hebben een huisbezoek van het ONE of Kind en Gezin gehad.***

In België heeft 84% van de vrouwen, die in de vijf laatste jaren zijn bevallen, een huisbezoek van het ONE of Kind en Gezin gehad. Dit bezoek komt meer frequent voor in het Vlaams Gewest (91%) dan in Brussels (59%) en het Waals Gewest (81%).

***Slechts 25% van de pasgeborenen slaapt tijdens hun eerste levensjaar in een als veilig te bestempelen omgeving.***

***In België gebruikt 56% van de vrouwen tussen 15 en 54 jaar (of hun partner) een voorbehoedsmethode.***

In België gebruikt 56% van de vrouwen tussen 15 en 54 jaar (of hun partner) een voorbehoedsmethode. Bij de vrouwen die een contraceptiemethode gebruiken, is de pil de meest gebruikte (67%). Daarna volgen sterilisatie (14%), het spiraaltje (14%) en de barrièremethodes (condoom-spiraal) (6%). Het gebruik van contraceptiva hangt samen met de leeftijd: 40% bij de 15-19-jarigen, 65% bij de 20-39-jarigen, 50% bij de 40-49-jarigen en 25% bij de vrouwen tussen 50 en 54 jaar.

***Bij controle gaf 27% van de geteste personen aan een te hoge bloeddruk te hebben.***

Bij 91% van de volwassen bevolking werd in de laatste 5 jaar de bloeddruk gemeten. 27% van de geteste personen verklaart minstens eenmaal ervan op de hoogte gebracht geweest te zijn dat zijn bloeddruk te hoog was

Het meten van het cholesterolgehalte van het bloed is in de loop van de laatste 5 jaren minstens eenmaal uitgevoerd geweest bij 55% van de bevolking tussen 20 en 64 jaar. 32% van de geteste personen verklaart ervan op de hoogte gebracht geweest te zijn dat zijn cholesterolgehalte te hoog was. Een hogere proportie mannen (37%) dan vrouwen (27%) geeft aan dat zij op de hoogte gebracht geweest zijn van een te hoog cholesterolgehalte.

***In België hebben 49% van de vrouwen van 50 tot 70 jaar een mammografie gehad in de loop van de laatste twee jaar.***

***70% van de vrouwen van 25 tot 64 jaar heeft in de loop van de laatste drie jaar een baarmoederhalsuitstrijkje laten nemen.***

In België hebben 49% van de vrouwen van 50 tot 70 jaar een mammografie gehad in de loop van de laatste twee jaar. Bij deze groep vrouwen werd 57% uitgenodigd voor een mammografie door hun huisarts of specialist, 19% heeft gereageerd op een oproepbrief en 14% heeft dit gedaan omwille van een anomalie.

70% van de vrouwen van 25 tot 64 jaar heeft in de loop van de laatste drie jaar een baarmoederhalsuitstrijkje laten nemen, 10% van de 15 tot 19 jarigen en 43% van de 20 tot 24 jarigen.



**32% van de bevolking geeft aan slechts soms of nooit een gordel vooraan in de auto te dragen. 69% van de bevolking geeft aan slechts soms of nooit een gordel achteraan in de auto te dragen. 41% van de bevolking kent het bij autorijden toegelaten alcoholpercentage niet.**

In België is de globale incidentie van ongevallen, die een vermindering van activiteiten impliceert van 1 dag of meer, gelijk aan 4% in de laatste twee maanden. 32% van de bevolking geeft aan slechts soms of nooit een gordel vooraan in de auto te dragen. Dit percentage loopt op tot 39% bij jongeren tussen 15 en 24 jaar. 69% van de bevolking geeft aan slechts soms of nooit een gordel achteraan in de auto te dragen. Dit percentage loopt op tot 81% bij jongeren tussen 15 en 24 jaar. 41% van de bevolking schat het toegelaten alcoholpercentage in het bloed bij het autorijden fout in.

### 4.1.3. Medische consumptie

**De grote meerderheid van de bevolking in België geeft aan over een vaste huisarts te beschikken. Bijna 80% van de bevolking had in een periode van één jaar tenminste één contact met de huisarts. 35% van de contacten met de huisarts zijn huisbezoeken.**

De grote meerderheid van de bevolking in België geeft aan over een vaste huisarts te beschikken. In het Vlaams Gewest en Wallonië ligt dit percentage rond de 95%. In Brussel gaat het om iets minder dan 80% van de bevolking. Bijna 80% van de bevolking had in een periode van één jaar tenminste één contact met de huisarts. Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar per persoon in de bevolking bedraagt 5,9. Dit gemiddelde is hoger bij vrouwen (7) dan bij mannen (4,8). 35% van de contacten met de huisarts zijn huisbezoeken. In het Waals Gewest is dit percentage 45% en in de andere twee gewesten is het 30%. Het aandeel van de huisbezoeken binnen het totaal van de contacten met de huisarts is groot in België. In de lagere opleidingsklassen worden relatief meer huisbezoeken aangevraagd dan in de hogere.

**48% van de bevolking heeft het afgelopen jaar tenminste één contact gehad met een arts-specialist. Het gemiddeld aantal contacten per jaar per persoon in de bevolking bedraagt 2,5.**

48% van de bevolking heeft het afgelopen jaar tenminste één contact gehad met een arts-specialist. Het gemiddeld aantal contacten per jaar per persoon in de bevolking bedraagt 2,5. Bij mannen zijn de meest frequent geraadpleegde arts-specialisten de orthopedist (19%), de dermatoloog (14%) en de oogarts (10%). Bij vrouwen gaat het om de vrouwenarts (31%), de orthopedist (9%) en de dermatoloog (8%). Oogartsen, dermatologen, orthopedisten en kinderartsen worden doorgaans gecontacteerd zonder verwijzing door de huisarts.

**13% van de bevolking is het afgelopen jaar in het ziekenhuis opgenomen geweest. Het gemiddeld aantal opnames per jaar per 100 personen in de bevolking bedraagt in België 12,5.**

13% van de bevolking is het afgelopen jaar in het ziekenhuis opgenomen geweest. Het gemiddeld aantal opnames per jaar per 100 personen in de bevolking bedraagt in België 12,5. In 50% ervan bedraagt de duur van opname 3 nachten of korter. Opnames in verband met een bevalling zijn hierbij niet meegerekend. Bij mannen (15 jaar en ouder) blijken problemen van het bewegingsapparaat de meest voorkomende reden voor opname (23%) te zijn, gevolgd door problemen van hart en bloedvaten (16%) en problemen van het spijsverteringsstelsel (14%). Bij vrouwen (15 jaar en ouder) worden problemen van het bewegingsapparaat ook meest vernoemd als reden van opname (21%), gevolgd door problemen van het spijsverteringsstelsel (16%) en problemen van het genitaal stelsel (15%).

**60% van de bevolking geeft aan de voorbije 2 weken geneesmiddelen te hebben ingenomen. 25% geeft aan de afgelopen 2 weken een (vooral niet voorgeschreven) pijnstillertje te hebben gebruikt.**

60% van de bevolking geeft aan de voorbije 2 weken geneesmiddelen te hebben ingenomen. Voor voorgeschreven geneesmiddelen bedraagt dit percentage 41%, voor niet voorgeschreven geneesmiddelen 33%. Zowel het gebruik van voorgeschreven als van niet voorgeschreven geneesmiddelen is groter bij vrouwen dan bij mannen.

Pijnstillers vormen de meest gebruikte klasse geneesmiddelen: 25% van de bevolking geeft aan de afgelopen 2 weken een (vooral niet voorgeschreven) pijnstillertje te hebben gebruikt. Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen stijgt met de leeftijd, het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen varieert daarentegen niet in functie van de leeftijd.

**Slechts de helft van de bevolking heeft het afgelopen jaar een contact gehad met de tandarts.**

Niettegenstaande de aanbeveling om zesmaandelijks en tenminste jaarlijks een bezoek aan de tandarts te brengen blijkt slechts de helft van de bevolking het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met de tandarts. Ook voor de jongere leeftijdsgroepen ligt dit percentage nauwelijks hoger. In de hoogste opleidings- en inkomensklasse meldt vaker een contact met de tandarts dan in de lagere socio-economische groepen.

**15% van de bevolking geeft aan het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met een kinesitherapeut. 8% geeft aan het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met een homeopaat. Slechts 24% van de zestigplussers maakt gebruik van specifieke diensten voor bejaarden.**

**Gemiddeld geven huishoudens in België maandelijks 4% van het beschikbaar inkomen van het huishouden uit aan gezondheidsverstrekkers, 2% aan (voorgeschreven en niet- voorgeschreven) geneesmiddelen en 1% aan hospitalisatie.**

Gemiddeld geven huishoudens in België maandelijks 4% van het beschikbaar inkomen van het huishouden uit aan gezondheidsverstrekkers, 2% aan (voorgeschreven en niet- voorgeschreven) geneesmiddelen en 1% aan hospitalisatie. Deze uitgaven liggen het hoogst bij de 'oudere' huishoudens (huishoudens waarvan de referentiepersoon eerder oud is).

#### 4.1.4. Ongelijkheid in gezondheid

**Een eerder laag opleidings- of inkomensniveau hangt samen met een levensstijl die een aantal risicofactoren met zich meedraagt.**

Personen met een eerder laag opleidings-, resp. inkomensniveau schatten de eigen gezondheid relatief slechter in dan personen met een hoger opleidings- of inkomensniveau. Een eerder laag opleidings- of inkomensniveau samen met een levensstijl die een aantal risicofactoren met zich meedraagt. Met betrekking tot de medische consumptie kunnen nauwelijks socio-economische verschillen teruggevonden worden. Er zijn wel indicaties terug te vinden voor het feit dat relatief laag opgeleiden, resp. personen met een beperkt (equivalent) huishoudinkomen de kosten voor gezondheidszorgen moeilijker kunnen dragen dan de anderen.

**33% van de huishoudens beschouwt hun persoonlijke bijdrage voor gezondheidszorgen als moeilijk of onmogelijk om dragen. 8,5% van de huishoudens diende tijdens het afgelopen jaar de consumptie van gezondheidszorgen uit te stellen omwille van financiële redenen.**

## 4.2. Gezondheidstoestand

### 4.2.1. Subjectieve gezondheid

De (subjectieve) gezondheidsbeleving is een persoonlijke beoordeling van de eigen gezondheidstoestand. Uit de literatuur blijkt dat subjectieve gezondheid een fundamenteel instrument is in de evaluatie van de gezondheid en de levenskwaliteit bij de bevolking en ook een indicator is voor mortaliteit, morbiditeit, functioneringsniveau, invaliditeit en consumptie van zorgverstrekking. Er is een verband tussen de evolutie van de subjectieve gezondheid tijdens het afgelopen jaar en de evolutie van de fysieke en/of mentale gezondheidstoestand.

- In België, beoordeelt 78% van de populatie van 15 jaar of ouder de eigen gezondheidstoestand als goed tot zeer goed en 22% beoordeelt ze als niet goed (zeer slecht, slecht of bevredigend). 15% van de bevolking vindt bovendien dat hun gezondheid erop vooruitgegaan is in de loop van het vorige jaar en 11% vindt dat ze erop achteruitgegaan is.
- 25% van de vrouwen vindt dat hun gezondheidstoestand niet bevredigend is tegenover slechts 18% van de mannen. Vrouwen geven ook vaker dan mannen aan dat hun gezondheidstoestand erop is achteruitgegaan in vergelijking met het vorige jaar.
- Het percentage personen dat zijn gezondheidstoestand als slecht aanvoelt stijgt met de leeftijd, tot 55% bij personen van 75 jaar en ouder. De achteruitgang van de gezondheidstoestand in de loop van het laatste jaar kan vooral vanaf de leeftijd van 65 jaar worden geconstateerd.
- De evolutie van de subjectieve gezondheid hangt positief samen met de evolutie van de fysieke en/of psychische gezondheid.
- Het percentage personen hun gezondheidstoestand omschrijft als niet bevredigend, is meer uitgesproken bij zware rokers (27%). Zware rokers verklaren ook vaker dat hun gezondheid er het vorige jaar op achteruitgegaan is.
- Een lagere socio-economische klasse (bepaald aan de hand van het opleidingsniveau of de gezinsinkomsten) hangt samen met een negatieve inschatting van de gezondheid.
- De subjectieve gezondheidsbeleving varieert aanzienlijk volgens de regio: 18% van de inwoners van het Vlaams Gewest meent dat hun gezondheidstoestand niet bevredigend is. In het Brussels Gewest bedraagt dit percentage 25%, in het Waals Gewest 27%. Deze verschillen tussen het Vlaams Gewest enerzijds en het Brussels en Waals Gewest anderzijds blijven significant na standaardisatie voor de leeftijd, het geslacht, het opleidingsniveau, het inkomen van het huishouden en het tabaksverbruik.

### 4.2.2. Chronische ziekten

In de Gezondheidsenquête werd een lijst overlopen van 34 specifieke ziekten of chronische aandoeningen (verder aandoeningen genoemd).

- 50 % van de bevolking lijdt aan tenminste een aandoening. De prevalentie van minstens 2 aandoeningen (co-morbiditeit) bedraagt 26%. Vrouwen hebben meer frequent aandoeningen dan mannen. De prevalentie van aandoeningen en, meer specifiek, co-morbiditeit, neemt sterk toe met de leeftijd. Na de leeftijd van 65 jaar heeft meer dan de helft van de bevolking (54%) minstens 2 aandoeningen.

- De aandoeningen die het vaakst worden gerapporteerd zijn aandoeningen van het bewegingsstelsel (vnl. gewrichtsslijtage en langdurige rugklachten), hart- en vaataandoeningen (vnl. hoge bloeddruk) en allergie. Bij vrouwen komt ook migraine veel voor. Daar waar aandoeningen van het bewegingsstelsel geen belangrijke oorzaak zijn van sterfte, blijken ze wel zeer belangrijk als oorzaak van morbiditeit.
- Rokers hebben meer frequent aandoeningen dan niet rokers en ook co-morbiditeit komt bij rokers vaker voor.
- Er kan een verband vastgesteld worden tussen het hebben van meerdere aandoeningen en het lijden aan beperkingen in de lichamelijke activiteit. Ook de ernst van de beperkingen vertoont een samenhang met co-morbiditeit.
- Tussen het opleidings- of inkomensniveau en de aanwezigheid van aandoeningen kan geen samenhang vastgesteld worden
- Mensen die hun gezondheid als goed tot zeer goed ervaren rapporteren minder aandoeningen.
- Personen met een aandoening worden in de regel opgevolgd door een arts. Aandoeningen waarvoor dit niet het geval is, zijn migraine en gewrichtsslijtage (bij mannen). Frequent voorkomende aandoeningen zoals hoge bloeddruk, astma, chronische bronchitis en CARA worden meestal enkel door de huisarts opgevolgd. Een hartinfarct en andere ernstige hartkwalen worden daarentegen doorgaans door de huisarts en de specialist samen opgevolgd.
- 80% van de personen die lijden aan een ernstige hartkwaal of een hartinfarct, chronische bronchitis, CARA, suikerziekte of een depressie gebruikt geneesmiddelen .
- Het percentage van de bevolking dat tenminste één aandoening rapporteert ligt het hoogst in het Brussels Gewest (55%), gevolgd door het Vlaams Gewest (46%) en het Waals Gewest (45%). Ook de prevalentie van co-morbiditeit ligt het hoogst in het Brussels Gewest (35%) vergeleken met het Waals Gewest (31%) en het Vlaams Gewest (22%).

### 4.2.3. Beperkingen

Chronische ziekten of langdurige aandoeningen hebben grote gevolgen voor de kwaliteit van het leven. In dit onderdeel worden de gevolgen van aandoeningen op het lichamelijke functioneren beschreven. Dit gebeurt aan de hand van de volgende indicatoren:

- SF36-score voor lichamelijk functioneren (bevolking van 15 jaar en ouder)
- handicap in mobiliteit (bevolking van 15 jaar en ouder)
- aangeven van specifieke beperkingen (bevolking van 15 jaar en ouder)
- last hebben van langdurige ziekten, aandoeningen of handicap (ganse bevolking)
- officiële erkenning van invaliditeit of handicap (ganse bevolking)

Daarnaast worden in dit onderdeel ook de kortdurende functiebeperkingen omwille van acuut ziek zijn besproken (ganse bevolking).

- Een lijst van 10 lichamelijke functies werd overlopen. Het gemiddeld aantal functies waarvoor de respondenten aangeven beperkte moeilijkheden te hebben bedraagt 2; datzelfde gemiddelde voor ernstige moeilijkheden bedraagt 1. Handicap in mobiliteit komt voor bij 4% van de bevolking van 15 jaar en ouder. Bij 2% gaat het hierbij om een matige handicap, d.w.z. dat de mogelijkheid zich te verplaatsen beperkt is tot de eigen woning (huis en tuin). Bij 2% is de mogelijkheid zich te verplaatsen uiterst beperkt (de persoon moet steeds in een zetel zitten of is zelfs voortdurend bedlegerig).

- 18% van de bevolking geeft aan een langdurige beperking te hebben. Bij 13% gaat het hierbij om een matige beperking en bij 5% om een ernstige beperking.
- 25% van de bevolking zegt last te hebben van één of meerdere langdurige ziektes of aandoeningen. Bij ongeveer een vierde van hen stoort het hen voortdurend in hun dagelijkse bezigheden en 15% van hen is erdoor verplicht af en toe of zelfs voortdurend het bed te houden.
- 5% van de bevolking zegt een officieel erkende invaliditeit te hebben of een handicap met een gemiddelde graad van invaliditeit van 60%.
- Ten gevolge van acute lichamelijke gezondheidsproblemen heeft de bevolking gemiddeld 17 dagen per jaar kortdurende functiebeperkingen. Hiervoor dienen ze gemiddeld 4 dagen in bed door te brengen. Emotionele of mentale problemen zijn er de oorzaak van dat de bevolking gemiddeld 4 dagen per jaar kortdurende functiebeperkingen heeft. Hiervoor dienen ze gemiddeld 1 dag in bed door te brengen.
- In de regel zijn de gevolgen van aandoeningen op het lichamenlijk functioneren meer uitgesproken bij vrouwen dan bij mannen. Deze verschillen zijn evenwel niet voor alle hier beschouwde indicatoren statistisch significant.
- Een stijging van de leeftijd hangt samen (a) met een toename in de prevalentie van de gevolgen van aandoeningen op het lichamenlijk functioneren en (b) met het aantal dagen met kortdurende functiebeperkingen omwille van lichamelijke problemen.
- Stoornissen in de gehoorfunctie (7%) en beperkingen in de mobiliteit (6%) zijn de twee voornaamste oorzaken van beperkingen bij de bevolking van 15 jaar en ouder (20%) en bij de bevolking van 65 jaar en ouder (27%).
- Het opleidings- en inkomensniveau hangt negatief samen met de onderscheiden indicatoren voor langdurige beperkingen. Zo daalt de prevalentie van beperking in mobiliteit van 8% naar 1% tussen de laagste en de hoogste opleidingscategorie; neemt de prevalentie van beperkingen af van 41% naar 15% tussen het laagst en het hoogste inkomensniveau,... De populatie met een lagere opleiding rapporteert ook vaker dat ze last hebben van chronische aandoeningen. De prevalentie van officieel erkende handicaps daalt met een toename van de opleidings- of inkomensniveau. Daarnaast is het gemiddeld aantal dagen met kortdurende functiebeperkingen ook groter voor de laagste socio-economische bevolkingsgroepen.
- Er is een duidelijke samenhang tussen de gezondheidsbeleving en langdurige functiebeperkingen. Deze zijn veel frequenter in die populatie die de eigen gezondheid als zeer slecht tot redelijk beoordeelt.
- Er kan geen eenduidige samenhang onderkend worden tussen de rookgewoontes en de indicatoren voor langdurige functiebeperkingen. Zo hebben zware rokers, na correctie voor leeftijd en geslacht, een lagere SF36-score in vergelijking met nooit rokers. Zware rokers rapporteren ook meer last te hebben van langdurige ziekten en hebben een grotere prevalentie van officiële invaliditeit. Er is echter geen samenhang tussen de rookgewoontes en de prevalentie van handicap in mobiliteit en de prevalentie van beperkingen.
- Er zijn indicaties voor regionale verschillen in het voorkomen van langdurige beperkingen. Deze verschillen zijn echter niet voor alle de indicatoren even sterk uitgesproken of statistisch significant. In de regel komen langdurige beperkingen minder vaak voor in het Vlaams Gewest. Kortdurende functiebeperkingen door acuut ziek zijn komen daarentegen minder vaak voor in het Waals Gewest.

#### 4.2.4. Gezondheidsklachten

In de Gezondheidsenquête wordt gepeild naar klachten waarvoor niet noodzakelijk beroep wordt gedaan op een gezondheidswerker. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een lijst van 23 klachten waarbij vage psychische en somatische klachten die voortspruiten uit een algemeen lichamenlijk onbehagen aan bod

komen. Daarnaast wordt ook de impact van pijnklachten op het dagelijkse leven bevestigd. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een pijnscore.

- Gemiddeld worden 5,7 klachten gerapporteerd. 50% van de bevolking rapporteert tenminste 5 klachten en 14 % van de bevolking rapporteert geen enkele klacht. Vrouwen melden gemiddeld meer gezondheidsklachten (gemiddeld 6,5 klachten) dan mannen (5 klachten) en oudere personen meer dan jongere (oudste leeftijdscategorie: 6,9 klachten, jongste leeftijdscategorie 4,8 klachten). De gemiddelde score vertoont geen significante samenhang met de hier onderscheiden socio-economische indicatoren als opleidingsniveau en inkomensniveau. Personen die de eigen gezondheid als zeer goed tot goed inschatten, hebben significant minder gezondheidsklachten (4,6 klachten) dan personen die de eigen gezondheid als zeer slecht tot redelijk ervaren (10,1 klachten). Personen die nog nooit gerookt hebben rapporteren significant minder gezondheidsklachten dan ex-rokers, matige rokers en - vooral - zware rokers ('nooit-rokers': 5,2 klachten, zware rokers 7,1 klachten).
- Het gemiddeld aantal aangegeven klachten is het laagst in het Vlaams Gewest (5 klachten) tegen 6,9 klachten in het Brussels en 6,8 klachten in het Waals Gewest.
- Een analyse per onderscheiden klachtengroep resulteert in het volgend overzicht van prevalenties en mogelijke samenhangen met de basisvariabelen:

Klacht	Prevalentie	Significante meer klachten bij...				
		Geslacht	Leeftijd	beleving	tabaksgebruik	gewest
moeheidsklachten	56,3 %	Vrouwen	Ouderen	negatief	matige en zware rokers	Brus - Wal
klachten beweging	47,1 %	-	Ouderen	negatief	ex rokers, matige en zware rokers	Brus - Wal
nerveuze klachten	47,6 %	Vrouwen	-	negatief	ex rokers, matige en zware rokers	Brus - Wal
allergische klachten	34,8 %	Vrouwen	-	negatief	ex rokers en zware rokers	-
klachten hartstreek	32,5%	Vrouwen	Ouderen	negatief	ex rokers, matige en zware rokers	Brus - Wal
hoofdpijn	34,4%	Vrouwen	-	negatief	-	-
maagklachten	30,6 %	Vrouwen	Ouderen	negatief	-	Brus - Wal
hoesten	14,9 %	-	-	negatief	matige en zware rokers	-

- De vraagstelling rond lichamelijke pijn resulteert in eenzelfde beeld: de gemiddelde score voor vrouwen (74) is lager dan deze voor de mannen (80), wat erop wijst dat vrouwen zich meer dan mannen gehinderd voelen door lichamelijke pijnen bij het uitvoeren van hun activiteiten. Ouderen stellen meer dan jongeren gehinderd te worden door lichamelijke pijnen. De socio-economische gradiënt (onderwijsniveau - inkomensniveau) die kan vastgesteld worden, kan wellicht deels verklaard worden door de aard van het werk en de mate van fysieke inspanning dat het vereist. De gemiddelde score voor de bevolking is lager in het Vlaams Gewest (79) dan deze voor het Brussels en Waals Gewest (74).

#### 4.2.5. Nutritionele status

De Body Mass Index (BMI) is een eenvoudige manier om het relatief lichaamsgewicht te berekenen, d.w.z. het gewicht volgens de lengte. Vanaf de leeftijd van 18 jaar is de BMI vrij stabiel en is het mogelijk om absolute drempelwaarden te definiëren voor het geheel van de bevolking.

- In België heeft 30% van de bevolking van 18 jaar en ouder een overgewicht ( $25 \leq \text{BMI} < 30$ ) en is 11% zwaarlijvig ( $\text{BMI} \geq 30$ ). Slechts 48% van de bevolking heeft een normaal gewicht ( $20 \leq \text{BMI} < 25$ ). Het relatief lichaamsgewicht verhoogt geleidelijk in functie van de leeftijd en daalt naargelang het opleidings- en inkomensniveau.

- Personen die zich niet gezond voelen en vroegere rokers lijden vaker aan zwaarlijvigheid. Zwaarlijvigheid komt minder voor naarmate het opleidings- en inkomensniveau hoger is. Er zijn relatief meer zwaarlijvigen in het Waals Gewest (14%) dan in het Vlaams en Brussels Gewest (10%).
- Ondergewicht (BMI<20) komt nogal frequent voor bij vrouwen (15%) en is frequenter vóór de leeftijd van 35 jaar en in het Brussels Gewest.
- 61% van de bevolking let op zijn lichaamsgewicht en probeert ofwel om het stabiel te houden, ofwel om te vermageren. Vrouwen proberen vaker hun gewicht op peil te houden of te vermageren (70%), maar ook bij mannen is deze proportie aanzienlijk (52%).
- De wens om te vermageren hangt niet steeds samen met de aanwezigheid van overgewicht : 6% van de personen met een ondergewicht wenst nog te vermageren; dit zelfde geldt voor 15% van de personen met een normaal gewicht. Daarentegen geeft 30% van de zwaarlijvigen aan niet te willen vermageren, noch hun gewicht op peil te willen houden.
- Nagenoeg alle personen die wensen te vermageren geven aan een dieet te volgen. Een derde van hen probeert te vermageren door meer lichaamsbeweging te doen, terwijl slechts 2% hiervoor gebruik maakt van zelfhulpgroepen en gedragsmethodes. Dit zijn de 3 methodes die doorgaans aanbevolen worden aan personen die een overgewicht hebben en wensen te vermageren. Opgemerkt dient te worden dat 20% van diegenen die wensen te vermageren commerciële afslankingsproducten gebruikt en dat 20% vast.
- In de meerderheid van de gevallen (80%) komt het initiatief om een dieet te volgen van de persoon zelf. Wanneer dit gebeurt door een arts is het vaker een huisarts dan een specialist. Naarmate de persoon ouder is of het opleidings- en inkomensniveau lager is, is het vaker op aanraden van de arts dat de persoon gaat pogen te vermageren.
- Overgewicht en zwaarlijvigheid komen dus vaker voor bij die personen behorend tot laagste hier onderscheiden opleidings- en inkomenscategorieën. Deze personen letten ook relatief het minst op hun gewicht. Indien ze dat toch doen, geven ze vaker aan niet aanbevolen of duurdere vermageringsmethodes te gebruiken, zoals commerciële afslankingspreparaten. Ook vasten komt er vaker voor.
- Personen behorend tot de hoogste opleidings- en inkomenscategorieën geven relatief meer aan dat ze pogingen doen om te vermageren, zelfs indien daartoe geen aanleiding bestaat.

#### 4.2.6. Tandhygiëne

In de gezondheidsenquête worden het gebrek aan een eigen gebit en het dragen van een kunstgebit of deelprothese gebruikt om de gevolgen op lange termijn van tandcariës en tandvleespathologie in te schatten.

- In België geeft 11% van de bevolking aan over geen eigen gebit meer te beschikken, 9% heeft een volledig kunstgebit en 24% heeft een onvolledig kunstgebit of een tandprothese.
- Voor wat betreft het hebben van een eigen gebit is er geen verschil tussen mannen en vrouwen. Vrouwen hebben echter vaker een tandprothese dan mannen.
- De categorie personen zonder gebit groeit vooral vanaf de leeftijd van 55 jaar: in de leeftijdsgroep van 55-64 jaar gaat het om 23% van de bevolking, in de leeftijdsgroep 65-74 jaar om 40% en bij 75-plussers om 52%. De categorie personen met een volledig kunstgebit is vooral belangrijk in de leeftijdsgroep 65-74 jaar (23%) en ouder dan 75 jaar (39%). In de leeftijdsgroep 35-44 jaar heeft reeds 23 % van de bevolking een onvolledig kunstgebit of tandprothese.
- Personen met een laag opleidingsniveau en inkomen hebben doorgaans meer kans om over geen eigen gebit meer te beschikken dan diegenen met een hoge opleiding en een hoog inkomen. In de allerlaagste socio-economische categorie (geen diploma, equivalent inkomen van het huishouden minder dan 20.000 BF) is het percentage personen zonder gebit echter kleiner dan in de klasse erboven. Voor het hebben van een kunstgebit of deelprothese worden er geen socio-economische verschillen waargenomen
- Roken heeft een nefaste invloed op het gebit : zware rokers hebben vaker een kunstgebit, een deelprothese of helemaal geen gebit meer dan niet rokers.

- Belangrijke verschillen in de prevalentie van personen zonder eigen gebit en de prevalentie van het hebben van een kunstgebit of tandprothese tussen de 3 gewesten worden niet waargenomen.

#### 4.2.7. Psychische gezondheid

Psychische gezondheidsproblemen kunnen het welzijn van de bevolking en de kwaliteit van het leven ernstig belasten. Aan de hand van 4 indicatoren worden de aanwezigheid en de ernst van deze problemen nagegaan bij de bevolking van 15 jaar en ouder:

- de GHQ12-score, als maat voor de ernst van het psychisch onwelbevinden in de populatie
  - de prevalentie van psychische morbiditeit (verder genoemd psychische gezondheidsproblemen), gedefinieerd als een GHQ12-score van 2 of meer
  - de prevalentie van zelfgerapporteerde depressie tijdens het afgelopen jaar
  - het gebruik van voorgeschreven psychotrope geneesmiddelen (antidepressiva, kalmeermiddelen en slaapmiddelen) tijdens de twee weken vóór de bevraging.
- Psychisch onwelbevinden komt in de bevolkingsgroep van 15 jaar en ouder frequent voor. Er zijn aanwijzingen voor psychische gezondheidsproblemen bij één derde van de bevolking. Dit percentage is lager in het Vlaams Gewest (28%) dan in het Brussels (37%) of in het Waals Gewest (35%).
  - 6% van de bevolking zegt een depressie te hebben gehad tijdens het afgelopen jaar en 9% nam voorgeschreven psychotrope geneesmiddelen in de twee weken voor de bevraging.
  - Zowel de ernst als het vóórkomen van psychisch onwelbevinden is groter bij vrouwen dan bij mannen. Vrouwen rapporteren 1,6-maal meer depressie dan mannen en het gebruik van psychotropica ligt er 2 maal hoger.
  - Het gebruik van voorgeschreven psychotrope geneesmiddelen neemt sterk toe met de leeftijd. Deze toename in functie van de leeftijd kan echter niet geconstateerd worden voor de prevalentie van psychische gezondheidsproblemen of het aangeven van een depressie in het afgelopen jaar. In de bevolkingsgroep ouder dan 65 jaar neemt bijna één vierde van de vrouwelijke bevolking psychotrope geneesmiddelen. Bij mannen bedraagt dit percentage 15%. Hierbij gaat het in de eerste plaats om slaapmiddelen.
  - Er zijn aanwijzingen dat de ernst en het vóórkomen van psychisch onwelbevinden hoger is in de lagere opleidings- en inkomensniveaus. De verschillen zijn echter niet statistisch significant, met uitzondering van de samenhang tussen opleiding, inkomen en depressie.
  - Mensen met een minder goede gezondheidsbeleving hebben ook meer psychische gezondheidsproblemen.
  - De prevalentie van psychische gezondheidsproblemen en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen is het laagst bij niet rokers en het hoogst bij zware rokers.
  - Psychische gezondheidsproblemen komen frequenter voor bij zware drinkers (gedefinieerd als personen die minstens 3-maal per week op één dag 6 of meer alcoholische consumpties gebruiken) en bij mensen die nooit alcoholische dranken drinken.

#### 4.2.8. Sociale gezondheid

Ondanks het feit dat algemeen erkend wordt dat sociale gezondheid, naast lichamelijke en psychische gezondheid, een volwaardige dimensie is van het begrip 'gezondheid' bestaat er weinig eenduidigheid wat ermee bedoeld wordt en hoe het geïndiceerd kan worden. In de gezondheidsenquête komen in verband met sociale gezondheid de volgende domeinen aan bod:

- de aanwezigheid en kwantiteit van sociale relaties
- de appreciatie van sociale relaties
- de functionele inhoud van sociale relaties
- de invloed van lichamelijke gezondheid en emotionele problemen op de omgang met anderen



- 8% van de bevolking (personen van 15 jaar of ouder) gaf aan hooguit eenmaal per maand contact te hebben met verwanten, kinderen, vrienden of kennissen. Deze proportie ligt evenwel significant hoger (15%) bij personen die de eigen gezondheid als zeer slecht tot redelijk inschatten. In het Vlaams en het Brussels Gewest kunnen significant meer personen aangetroffen worden met een (zeer) beperkt aantal sociale relaties (maximaal eenmaal per maand tot helemaal nooit contact met verwanten, vrienden,...)
- 6% van de bevolking beoordeelt de eigen sociale contacten als vrij of echt onbevredigend. Ook hier ligt deze proportie hoger bij de personen die de eigen gezondheid als slecht tot redelijk inschatten (12%).
- 13% van de bevolking gaf aan bij (emotionele) problemen niet te kunnen rekenen op burens, vrienden of familie. Bij personen die de eigen gezondheid als slecht tot redelijk inschatten, ligt deze proportie (20%) hoger dan bij de anderen. Inwoners van het Brussels Gewest geven significant meer aan bij (emotionele) problemen op niemand te kunnen rekenen.
- Vrouwen worden significant meer dan mannen gehinderd door fysieke of emotionele problemen in hun normale contacten met anderen. Dergelijke problemen worden ook meer gemeld door diegenen die de eigen gezondheid als slecht tot redelijk inschatten.
- Inwoners van het Vlaams Gewest geven significant minder dan inwoners van de overige gewesten aan door fysieke of emotionele problemen gehinderd te worden in hun contact met anderen.

Algemeen genomen valt de samenhang op tussen de algemene perceptie van personen aangaande de eigen gezondheid en de sociale gezondheid zoals hier geïndiceerd werd. Personen die de eigen gezondheid als eerder slecht inschatten, hebben globaal genomen ook een negatieve kijk op de eigen sociale gezondheid.

## 4.3. Levensstijl en Preventie

### 4.3.1. Roken

Het roken is één van de voornaamste risicofactoren voor longkanker, hartziekten en chronische ademhalingsaandoeningen. Eén van de doelstellingen van de W.G.O. is bijgevolg het tabaksgebruik in hoge mate te doen verminderen. Alhoewel het roken de afgelopen dertig jaar in Europa globaal genomen gedaald is, hebben recente statistieken toch getoond dat het percentage rokers bij de vrouwen en de jongeren aan het stijgen is en dat er bovendien belangrijke socio-economische verschillen blijven bestaan.

- 30% van de Belgische bevolking rookt. 10% van de bevolking kan beschouwd worden als zware rokers, d.w.z. rookt tenminste 20 sigaretten per dag. In de loop van de 2 laatste jaren is 5% van de bevolking gestopt met roken; rookt 28% van de huidige rokers minder en 20% meer dan voorheen.
- Mannen (37%) geven meer frequent dan vrouwen (24%) aan te roken. Onder de mannen kan tevens de grootste proportie zware rokers aangetroffen worden.
- 29% van de jongeren tussen 15 en 19 jaar is reeds roker (33% bij de jongens). 4% van de jongeren kan beschouwd worden als zware rokers (8% bij de jongens)
- het hoogste percentage zware rokers kan teruggevonden worden in de leeftijdsgroep 35-44 jaar (17%)
- er zijn minder rokers en minder zware rokers bij de personen met een hoger socio-economisch niveau. Er is geen relatie tussen de wijziging van rookgedrag en het onderwijsniveau of het equivalent inkomen van het huishouden.
- er zijn meer rokers en zware rokers bij de personen die zich slecht tot redelijk gezond voelen, maar er kan geen significante samenhang vastgesteld worden tussen de gezondheidsbeleving van de persoon en de wijziging in zijn rookgewoonten.
- het percentage rokers ligt hoger in het Brussels (33%) en in het Waals (32%) dan in het Vlaams Gewest (29%). Na standaardisatie voor de leeftijd en het geslacht is het verschil slechts significant tussen het Brussels en het Vlaams Gewest. Er bestaat geen verschil tussen de gewesten wat betreft het stoppen of het veranderen van rookgewoonten.
- Onder de personen die effectief gestopt zijn met roken, zijn de voornaamste ingeroepen redenen de vrees voor de gevolgen van tabaksgebruik op hun gezondheid, een ziekte en de invloed van de omgeving.

### 4.3.2. Alcoholgebruik

In de Westerse landen speelt het alcoholverbruik een belangrijke rol bij het risicogedrag. Een overmatig alcoholgebruik kan leiden tot een alcoholintoxicatie met alle gevolgen vandien (ongevallen, absentieïsme, agressief gedrag...). Op lange termijn kan alcoholgebruik aanleiding geven tot het ontstaan van chronische problemen (cirrhose, neurologische problemen, psychosociale problemen...). De informatie via een gezondheidsenquête bekomen dient met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Een deel van de zware alcoholgebruikers heeft geen vast onderkomen of leeft in een instelling en kwam zodoende niet voor bevraging in aanmerking. Tevens mag ervan uitgegaan worden dat, vanwege het sociaal stigma dat aan het overmatig gebruik van alcohol kleef, personen soms een lager alcoholverbruik dan het werkelijk verbruik aangeven.

- 85% van de bevolking heeft in de loop van de laatste 12 maanden minimum 1 alcoholische drank gedronken, 18% drinkt minimum 1 keer per maand zes glazen alcohol of meer op 1 dag en 8% verbruikt dagelijks alcohol. Het gemiddelde alcoholverbruik is 5,8 glazen per week per persoon.
- Het gebruik van alcohol ligt hoger bij de mannen dan bij de vrouwen: 80% van de vrouwen verklaart alcohol te hebben genuttigd tijdens het laatste jaar tegenover 90% van de mannen. Slechts 6% van de vrouwen drinkt minimum een keer per maand zes glazen alcohol of meer op dezelfde dag tegenover 29% bij de mannen.
- 80% van de jongeren tussen 15-19 jaar hebben in de loop van de laatste 12 maanden alcohol gedronken. Minder dan 1% drinkt dagelijks, maar 16% drinkt minimum 1 keer per maand 6 glazen of meer op dezelfde dag.
- Het percentage ondervraagde personen dat verklaart in de loop van de laatste 12 maanden alcohol genuttigd te hebben, stijgt met het opleidingsniveau en het inkomen van het huishouden. Dit geldt ook voor het gemiddeld dagelijks alcoholverbruik en het aantal dagelijkse drinkers. Dit is niet het geval voor het percentage personen dat minimum een maal per maand zes glazen alcohol drinkt op 1 dag.
- Het gemiddelde wekelijks alcoholgebruik is hoger bij zware rokers. Dat geldt ook voor het aantal dagelijkse drinkers en het aantal personen dat minimum 1 keer per maand 6 glazen alcohol op 1 dag gebruikt ('nooit-rokers: 10%, en zware rokers: 36%).
- Het verbruik van alcohol in de laatste 12 maanden ligt hoger in het Vlaams (86%) en Waals Gewest (85%) dan in het Brussels Gewest (76%).

### 4.3.3. Lichamelijke activiteit

Recent onderzoek heeft aangetoond dat lichamelijke activiteiten een wezenlijke impact hebben op de gezondheidstoestand en dat ze moeten beschouwd worden als een belangrijk gegeven op het vlak van volksgezondheid. Genoteerd moet worden dat de totale hoeveelheid lichamelijke activiteit belangrijker is dan de specifieke karakteristieken ervan.

- In België beoefent 18% van de bevolking van 15 jaar en ouder minstens 4 uur per week een lichamelijke (sportieve) activiteit, 33% van de bevroegde personen loopt een risico door gebrek aan lichamelijke activiteit (sedentarisme). Bovendien beoefent 32% minstens 1 maal per week een lichamelijke activiteit die voldoende lang is om te transpireren.
- Vrouwen doen minder aan sport dan mannen en lopen ook vaker risico dan mannen door een gebrek aan lichamelijke activiteit. Het percentage personen dat een lichamelijke activiteit beoefent neemt af met de leeftijd, in het bijzonder vanaf 65 jaar.
- De matige rokers en vooral de zware rokers cumuleren vaak deze eerste risicofactor met het gebrek aan lichamelijke activiteit.
- Een lager socio-economisch niveau (gemeten per onderwijsniveau of per equivalent inkomen van het huishouden) hangt samen met een meer uitgesproken gebrek aan lichamelijke activiteiten.

- Het percentage personen met een gebrek aan lichamelijke activiteit varieert van gewest tot gewest: slechts 29% van de inwoners van het Vlaams Gewest beoefent geen enkele vorm van lichamelijke activiteit tegen gemiddeld 40% in het Brussels en het Waals Gewest.

#### 4.3.4. Vaccinatie bij volwassenen

Het belang van vaccinatie programma's werd reeds ruimschoots aangetoond. De vaccinale dekking bij volwassenen werd in het kader van de Gezondheidsenquête voor drie specifieke ziekten bestudeerd: tetanus, griep en rubeola.

- In België is 68% van de bevolking van 15 jaar en ouder in de loop van de laatste tien jaren gevaccineerd geweest tegen tetanus. Vrouwen zijn minder vaak gevaccineerd (59%) dan mannen (76%) en het percentage personen dat niet gevaccineerd is, neemt toe met de leeftijd. Het percentage personen dat niet gevaccineerd is, varieert van gewest tot gewest (36% in het Vlaams Gewest tegen 30% in het Brussels Gewest en 26% in het Waals Gewest). Het merendeel van de personen dat niet tegen tetanus gevaccineerd is, schrijft dit toe aan nalatigheid of meent dat het niet nuttig is.
- 32% van de doelgroep (personen van 65 jaar en ouder en personen met meerdere ziekten) is in de loop van de laatste twaalf maanden gevaccineerd geweest tegen griep. Bij de oudere personen varieert de vaccinatiegraad tussen 45% bij de 65-74-jarigen en 50% bij personen van 75 jaar en ouder. Tussen de gewesten kunnen geen significante verschillen vastgesteld worden. De personen die niet zijn gevaccineerd schrijven dit toe aan nalatigheid of menen dat het niet nuttig is.
- 70% van de vrouwen tussen 15 en 54 jaar is gevaccineerd geweest tegen rubeola. Dit percentage vermindert in functie van de leeftijd: 80% bij de 15-24-jarigen en 77% bij de 25-34-jarigen, 64% bij de 35-44-jarigen en 56% bij de 45-54-jarigen. Het percentage tegen rubeola gevaccineerde vrouwen varieert van het ene gewest tot het andere: 74% in het Vlaams Gewest, 63% in het Brussels Gewest en 62% in het Waals Gewest. De meeste vrouwen die niet werden gevaccineerd, schrijven dit toe aan het feit dat ze ofwel reeds immuun geworden zijn (daar ze de ziekte gehad hebben) (55%), ofwel aan nalatigheid (22%).

#### 4.3.5. Kennis en attitudes in verband met HIV-infecties

De belangrijkste doelstellingen van deze module zijn het nagaan van de kennis over de overdrachtswijzen van HIV en de beschermingsmaatregelen die kunnen genomen worden, van het testgedrag en van de houding van de bevolking tegenover seropositieve personen. De doelpopulatie van deze module is de bevolking van 15 jaar en ouder.

- Deze enquête bevestigt dat een belangrijk deel van de bevolking nog steeds een verkeerde opvatting heeft over de manier waarop AIDS overgedragen wordt en welke beschermingsmaatregelen er tegen genomen kunnen worden.
- 59% van de bevolking weet op welke manier AIDS niet kan overgebracht worden maar slechts minder dan een derde weet dat bloed geven of een bloedtransfusie in België op dit ogenblik veilig is. 53% van de bevolking onderscheidt vermeende beschermingsmaatregelen en 22% heeft tenminste 1 maal een HIV-test gehad. Een grote meerderheid van de bevolking (69%) reageert discriminerend tegenover seropositieve personen en/of AIDS-patiënten
- De helft van de personen die een HIV-test heeft ondergaan heeft dit op eigen initiatief gedaan. De andere tests zijn uitgevoerd in het kader van een bloeddonatie of een aanwervingsexamen. De voornaamste redenen zijn: een algemeen nazicht (44%), zwangerschap (15%), persoonlijke ongerustheid (12%). In 7% van de gevallen geeft men aan dat de test het gevolg is van een nieuwe relatie of een huwelijk. Bij vrouwen werden meer dan een kwart van de tests uitgevoerd naar aanleiding van een zwangerschap.
- De kennis van de overdrachtswijze en van de beschermingsmaatregelen vermindert met de leeftijd. Het aantal uitgevoerde tests varieert ook per leeftijd: 6% van de jongeren tussen 15-19 jaar en een derde van de mensen tussen 25-44 jaar hadden reeds een AIDS-test ondergaan.

- De kennis van de overdrachtswijzen en van de beschermingsmaatregelen stijgt met het opleidingsniveau en het gezinsinkomen. Een discriminerende houding is minder aanwezig bij personen met een hoger opleidingsniveau en een hoger huishoudinkomen.
- De kennis van overdrachtswijze ligt in het Vlaams Gewest iets hoger, maar de kennis van beschermingsfactoren is dan weer vergelijkbaar in de drie Gewesten. Het percentage geteste personen verschilt sterk per gewest: 34% van de personen die in het Brussels Gewest wonen zijn reeds getest tegenover 27% in het Waals en 17% in het Vlaams Gewest.
- Het percentage personen met een discriminerende houding tegenover seropositieve personen ligt gevoelig hoger in het Vlaams Gewest (73%) dan in het Brussels (65%) of het Waals Gewest (62%).

#### 4.3.6. Voedingsgewoonten

- De overgrote meerderheid van de bevolking geeft aan bijna dagelijks een ontbijt (89%) en een warme maaltijd te nuttigen (87%). Deze indicatoren hebben dus slechts een beperkte discriminatoire waarde.
- Globaal genomen staat de bevolking nog ver af van de diëtische aanbevelingen: 60% onder hen consumeert bijna dagelijks gesuikerde dranken of snacks; 21% consumeert geen enkel melkproduct op dagelijkse basis, 28% eet niet minstens eenmaal per week vis en 54% geeft aan bij voorkeur wit brood te eten. Met uitzondering voor de consumptie van melkproducten en vis, lijkt de bevolking van het Vlaams Gewest gezonder te eten dan deze van de overige gewesten.
- De minderbedeelde bevolkingsgroepen (op basis van opleiding en inkomen) en de zware rokers houden er de minst gezonde voedingsgewoonte op na: een lagere consumptie van vis, fruit en groenten, een hogere consumptie van gesuikerde dranken, etc.
- De "actieve" periode (25-45 jaar) komt in het algemeen overeen met een periode waarin een minder gezonde voedingsgewoonte erop nagehouden wordt: de consumptie van warme maaltijden ligt iets lager, evenals de consumptie van melkproducten (bij de mannen), de wekelijkse consumptie van vis en de consumptie van groenten en fruit.
- Met betrekking tot het gebruik van vetten kan het volgende besloten worden:
- 32% van de bevolking gebruikt boter op de boterham, 21% margarine, 23% dieetmargarine en 21% gebruikt geen vetstof op het brood.
- 32% van de bevolking bakt voedingswaren in margarine, 16% in boter en slechts 18% in olijfolie. Hieromtrent kunnen belangrijke verschillen vastgesteld worden tussen het Brussels Gewest en de andere gewesten; meer olie (39%), minder margarine (35%) en minder boter (12%).
- slechts 8% van de bevolking consumeert nooit gefrituurde voedingswaren; 48% van de bevolking frituurt in olie, 31% gebruikt plantaardige vetten, 8% dierlijke vetten en 5% olie van een gemengde samenstelling
- ongeveer 2% van de bevolking consumeert nooit rauwe groenten; 82% gebruikt olie als dressing, 13% gebruikt helemaal geen dressing en 1,4% gebruikt een 'dieetproduct'
- Samenvattend kan met betrekking tot het gebruik van vetten besloten worden dat vooral de consumptie van vetstoffen op de boterham het meest varieert in functie van de hier weerhouden socio-economische variabelen. De zwaarlijvige personen gebruiken minder boter op het brood en meer dieetmargarine, maar ze zijn minder talrijk dan de magere personen in het helemaal niet gebruiken van vetstoffen, noch op het brood, noch op rauwe groenten, of het nooit consumeren van gefrituurde voedingsstoffen.

## 4.3.7. Moeder en kindzorg

### 4.3.7.1. Prenatale opvolging

Algemeen wordt erkend dat de prenatale consultaties een fundamentele rol spelen inzake de gezondheid van de moeder en het toekomstige kind. De eerste consultatie moet relatief vroeg tijdens de zwangerschap plaatsvinden en het ideale aantal prenatale consultaties varieert van 5 tot 15 in de Europese landen. De kwaliteit van de prenatale consultaties en meer bepaald hun inhoud werd nog niet behandeld in het kader van een enquête van de bevolking.

De vragen werden gesteld aan vrouwen die op het moment van het interview zwanger waren, en aan vrouwen die in de loop van de 5 laatste jaren zwanger zijn geweest. Het betrof hier een relatief beperkt aantal personen waardoor het dus niet mogelijk zijn om over te gaan tot diepgaande analyses. Eén indicator heeft betrekking op het moment van aanvang van de prenatale opvolging en een tweede zal toelaten om de Kessner Index over de adequaatheid van de deze opvolging te berekenen.

- In totaal zijn 624 vrouwen bevroegd geweest over hun laatste zwangerschap. In België heeft 3% van de zwangere vrouwen een eerste prenatale visite gehad op 16 weken van de zwangerschap of later. Dit percentage varieert van het ene gewest tot het andere: 2% in het Vlaams Gewest, 7% in het Brussels Gewest en 4% in het Waals Gewest, maar de verschillen zijn niet significant na standaardisatie per leeftijd.
- In België heeft 62% van de zwangere vrouwen een prenatale opvolging gehad, die als adequaat kan worden beoordeeld (voldoende vroeg begin; totaal aantal visites aangepast aan de duur van de zwangerschap), 36% een opvolging van redelijke kwaliteit en 2% een inadequate prenatale opvolging.
- De rol van de behandelende geneesheer is belangrijker in het Vlaams Gewest (24% van de zwangerschappen wordt gevolgd door de huisarts in samenwerking met de specialist, tegen 5% in de andere gewesten). De specialist in het ziekenhuis volgt slechts 32% van de zwangerschappen op in het Vlaams Gewest tegen 45% in het Brussels en het Waals Gewest. In het Brussels en Waals Gewest wordt 4% van de zwangerschappen opgevolgd in het kader van de consultaties van het ONE en Kind en Gezin (0% in het Vlaams Gewest).
- In België heeft 18% van de vrouwen gerookt tijdens hun laatste zwangerschap. De variaties die in functie van het socio-economisch niveau (minder rooksters bij de hoger opgeleiden en voor de hogere inkomens) worden geobserveerd zijn niet significant na standaardisatie voor leeftijd van de moeder.
- Het percentage vrouwen dat heeft gerookt in de loop van de laatste zwangerschap varieert per gewest: 13% in het Vlaams, 21% in het Brussels en 27% in het Waals Gewest.

### 4.3.7.2. Borstvoeding

De positieve fysieke als psychische invloed van borstvoeding op moeder en kind is algemeen erkend. Officiële instanties als UNICEF en de WGO raden vier tot zes maand uitsluitend borstvoeding aan en tenminste zes maand gemengde voeding.

Voor het opvolgen van de prevalentie van borstvoeding worden drie indicatoren gebruikt: het percentage vrouwen dat borstvoeding geeft bij de geboorte houdt rekening met de reden die uiteindelijk tot de keuze "borstvoeding of niet" geleid heeft. De totale duur van de borstvoeding geeft ook andere elementen weer: de kwaliteit van de begeleiding bij borstvoeding, de materiële en psychologische situatie in de periode na de bevalling, enz. De WGO beveelt aan om de indicatoren te meten bij de geboorte, na zes weken en na drie maand.

- 65% van de vrouwen verklaart borstvoeding gegeven te hebben. Dit percentage daalt tot 52% na zes weken en tot 32% na 3 maand (de gemiddelde duur is 14,7 weken).

- De oudere moeders (35-44 jaar) geven vaker en langer borstvoeding, maar dit verschil is niet significant (wegens het klein aantal).
- Het percentage jongens en meisjes dat borstvoeding krijgt na zes weken en drie maand is niet verschillend maar het percentage dat bij de geboorte borstvoeding krijgt en de gemiddelde duur daarentegen ligt hoger bij de jongens (dit verschil is echter niet significant).
- Voor wat betreft borstvoeding vanaf de geboorte is er een U curve te merken alsook bij de indicatoren met betrekking tot de duur van de borstvoeding in functie van de socio-economische variabelen (inkomen - opleiding).
- 22% van de vrouwen rookt na de bevalling. Deze factor hangt niet samen met het percentage vrouwen dat borstvoeding geeft, maar wel met de duur ervan.
- In het Vlaams Gewest wordt borstvoeding het minst frequent toegepast.

#### 4.3.7.3. Postnatale opvolging

De periode van 0 tot 5 jaar wordt beschouwd als een risicoperiode, wat een actieve opvolging van kinderen rechtvaardigt. De contacten zijn vooral geconcentreerd op het eerste levensjaar gedurende dewelke de belangrijkste basisvaccinaties en -opsporingen plaatsvinden.

De opvolging van de zuigeling verloopt via twee types van gezondheidsstructuren: enerzijds via de algemene structuren van de eerste lijn (de huisarts) of de tweede lijn (de pediater), en anderzijds via een structuur voor preventieve zorg zoals het OCMW, zowel op het niveau van specifieke consultaties als in het kader van onthaalstructuren in de jonge kindertijd zoals de crèches. De kinderen kunnen de de basisvaccinaties ook gratis krijgen bij hun arts.

- In België heeft 84% van de vrouwen, die zijn bevallen in de vijf laatste jaren, een huisbezoek van het ONE of Kind en Gezin gehad. Dit bezoek komt meer frequent voor in het Vlaams Gewest (91%) dan in Brussels (59%) en het Waals Gewest (81%). Dit verschil heeft wellicht te maken met de aan- of afwezigheid van personeel van het ONE/K&G in de materniteit.
- De frequentie van het huisbezoek na de bevalling lijkt in niets het gebruik van preventieve diensten voor de opvolging van kinderen of hun vaccinatie te voorspellen. Het percentage van gebruik van deze structuren voor de opvolging van zuigelingen lijkt hoger in het Brussels Gewest (44% van de moeders tegenover 38% elders). Voor de vaccinaties zegt 48% van de moeders in het Vlaamse Gewest haar kind te laten vaccineren in een preventieve structuur tegenover 40% in het Brussels en 36% in het Waals Gewest.
- In België worden de kinderen vaak (30 à 40 %) gevolgd door verschillende diensten of personen.
- 6% van de vrouwen geeft aan dat hun kind (tussen drie maanden en zes jaar oud) niet is gevaccineerd. Vijftig procent van de kinderen wordt gevaccineerd in preventieve structuren (consultatie ONE/K&G of crèche). Slechts 5% van de kinderen worden gevaccineerd in de crèche. 28% wordt gevaccineerd door de pediater en 14% door de huisarts.

#### 4.3.7.4. Risicofactoren voor wiegedood

Met de huidige kennis over de wiegedood kunnen we besluiten dat naast de onderontwikkeling van het ademhalingsstelsel van de zuigeling, een aantal andere factoren aan de oorzaak van het drama liggen, waaronder de slaapomgeving van het kind. Het is daarom noodzakelijk de gewoonten van de ouders met betrekking tot het slaapritueel van het kind regelmatig te evalueren. Zo'n evaluatie bestaat erin samen met de moeder van de pasgeborene alle mogelijke risicofactoren te overlopen (kinderkamer, slaaphouding van de zuigeling, kussen, dekens en kleding van het kind, surveillance van het kind, temperatuur van de kamer en passief roken).

- In België slaapt 29% van de pasgeborenen op hun rug en slechts 25% slaapt tijdens hun eerste levensjaar in een veilige omgeving (het kind slaapt tijdens de dag in de woonkamer en tijdens de nacht in de slaapkamer van de ouders, niet in een wieg, altijd op de rug, geen kussen, donsdeken of bovenkleding, tussen 16 en 20° in de kamer, er wordt niet gerookt in de kamer waar de pasgeborene slaapt). Het gemiddeld aantal aanwezige risicofactoren is 4,5.
- Er is een significant verschil in het percentage pasgeborenen met een gunstige slaapomgeving volgens het geboortjaar; we zien vooral een verbetering vanaf 1995.
- Gezien het klein altijd bestudeerde gevallen, moet men voorzichtig zijn in de interpretatie van de gegevens. Er blijkt telkens een socio-economische gradiënt te bestaan; vrouwen met een hoge opleiding of behorend tot de hoogste inkomenscategorie creëren een betere slaapomgeving voor de pasgeborene. Er is daarentegen geen verschil voor burgerlijke staat, nationaliteit of geboorteland.
- Het percentage vrouwen dat een betere slaapomgeving creëert voor hun kind verschilt niet gevoelig per gewest: 27% in het Vlaams Gewest, 25% in het Brussels Gewest en 23% in het Waalse Gewest.

#### 4.3.7.5. Contraceptie

De Gezondheidsenquête laat toe het percentage van contraceptiegebruik en het type van de gebruikte methodes in te schatten (behalve bij alleenstaande mannen, daar de module voorbehouden is aan vrouwen). Het is daarentegen niet mogelijk het percentage sexueel actieve personen in te schatten, die geen contraceptieve methodes gebruiken (het onderwerp sexueel gedrag werd in deze enquête niet behandeld).

- In België gebruikt 56% van de vrouwen tussen 15 en 54 jaar (of hun partner) een methode van contraceptie. Bij de vrouwen die een contraceptiemethode gebruiken, is de pil de meest gebruikte (67%). Daarna volgen sterilisatie (14%), het spiraaltje (14%) en de barrièremethodes (condoom-spiraal) (6%).
- Het percentage van gebruik van contraceptie hangt samen met de leeftijd: 40% bij de 15-19-jarigen, 65% bij de 20-39-jarigen, 50% bij de 40-49-jarigen en 25% bij de vrouwen tussen 50 en 54 jaar. De adolescenten (15-19 jaar) gebruiken bijna uitsluitend de pil, terwijl het gebruik van het spiraaltje toeneemt met de leeftijd. Sterilisatie begint vanaf 25-29 jaar en neemt vervolgens geleidelijk toe met de leeftijd.
- Er worden geen duidelijke verschillen waargenomen, noch in het gebruik, noch in de keuze van een contraceptiemethode in functie van het socio-economisch niveau van de bevraagde vrouwen.
- Het percentage van gebruik van contraceptie varieert niet in functie van de verblijfplaats : 57% in het Vlaams Gewest, 55% in het Brussels Gewest en 56 % in het Waals Gewest.

#### 4.3.8. Cardiovasculaire preventie

Hart- en vaatziekten zijn de belangrijkste doodsoorzaak, zowel bij mannen als bij vrouwen, en zijn de oorzaak van veel functionele beperkingen en invaliditeit in de economisch actieve groep van de bevolking tussen 20 en 64 jaar oud. Hoge bloeddruk en het cholesterolgehalte zijn belangrijke determinanten van hart- en vaatziekten. Het doel van deze module is niet om de prevalentie van hypertensie of hypercholesterolemie in te schatten maar wel om na te gaan in welke mate voor deze aandoeningen gescreend wordt en de modaliteiten hieromtrent.

- Bij 91% van de volwassen bevolking werd tijdens de afgelopen 5 jaar de bloeddruk gecontroleerd.
- Bij 55% van de bevolking tussen 20 en 64 jaar werd tijdens de afgelopen 5 jaar tenminste één keer het cholesterolgehalte van het bloed gemeten. Opsporing van hypercholesterolemie neemt toe met de leeftijd: 29% van de 20-24-jarigen werd gescreend; bij de personen van 55-64 jaar bedraagt dit percentage 78%.

- 27% van de geteste personen verklaart minstens eenmaal ervan op de hoogte gebracht geweest te zijn dat hun bloeddruk te hoog was. Deze proportie neemt toe met de leeftijd. Vanaf 55 jaar ligt de proportie van te hoge bloeddruk hoger bij de vrouwen dan bij de mannen.
- 29% van de geteste personen tussen 20 en 64 jaar verklaart ervan op de hoogte gebracht geweest te zijn dat zijn cholesterolgehalte te hoog was. Deze proportie neemt toe met de leeftijd. Het percentage bedraagt reeds 21% onder de 20-24-jarigen en bereikt 40% tussen 55 en 64 jaar. Na standaardisatie voor leeftijd verklaart een significant hogere proportie mannen (37%) dan vrouwen (27%) dat zij ervan op de hoogte werden gebracht dat ze een te hoog cholesterolgehalte hadden.
- Noch het onderwijsniveau, noch het equivalent inkomen vertoont een samenhang met de mededeling van een te hoge bloeddruk of van een te hoog cholesterolgehalte, noch met de frequentie van hun opsporing.
- De zware rokers (meer dan 20 sigaretten per dag) zijn talrijker om te verklaren dat ze bij een meting een te hoge bloeddruk hebben gehad. Er is geen verschil tussen de actuele of vroegere rookgewoonten wat betreft de frequentie van aangifte van te hoge cholesterolgehalte.
- De personen die zich slecht tot redelijk gezond voelen zijn talrijker om een meting van bloeddruk (97% tegen 89%) en een bepaling van cholesterol (76% tegen 55%) te hebben gehad en zijn, onder de geteste personen, tweemaal talrijker om te verklaren een te hoge bloeddruk (45% tegen 21%) of een te hoog cholesterolgehalte (40% tegen 29%) te hebben gehad in vergelijking met diegenen die zich in goede gezondheid voelen.
- Alhoewel de bloeddruk iets vaker gemeten worden in het Vlaams (93%) dan in het Waals (89%) of in het Brussels Gewest (87%) is de proportie van aangifte van meting van te hoge bloeddruk niet verschillend na standaardisatie voor de leeftijd en het geslacht.
- Het cholesterolgehalte wordt iets frequenter uitgevoerd in het Waals Gewest (59%) dan in het Vlaams (54%) en in het Brussels Gewest (52%). De proportie van personen die verklaren reeds op de hoogte gebracht geweest te zijn van een te hoog cholesterolgehalte is, na standaardisatie voor leeftijd en geslacht, niet significant verschillend in de 3 gewesten.

#### 4.3.9. Kankerpreventie

Bij vrouwen is borstkanker de meest voorkomende kanker: in Europa, zijn 15 tot 35 % van de kwaadaardige gezwellen borstkankers. Op dit ogenblik wordt het probleem vooral bedwongen door het vroegtijdig opsporen van de kanker. Dit kan gebeuren via een zelfonderzoek, het klinische onderzoek door een arts en vooral door een mammografie waarvan het nut vooral is bewezen voor vrouwen tussen 50 en 69 jaar.

Baarmoederhalskanker is de derde meest voorkomende kanker bij vrouwen. Deze vorm van kanker kan vroegtijdig worden opgespoord door uitstrijkjes van de baarmoederhals. Een degelijk uitgewerkt opsporingsprogramma kan de mortaliteit te wijten aan baarmoederhalskanker doen dalen. De meeste landen hanteren een opsporingsprogramma met een uitstrijkje om de drie of vijf jaar bij vrouwen van 25 tot 64 jaar. Hoewel er op dit ogenblik geen internationale standaard is om de opvolging van die norm te meten, komen de vragen opgenomen in deze enquête overeen met de instrumenten die de WGO voorstelt.

- In België hebben 49% van de vrouwen van 50 tot 70 jaar in de loop van de laatste twee jaar een mammografie gehad. Dit percentage is voor de 40 tot 49 jarigen 39%. Bij deze groep vrouwen werd 57% uitgenodigd voor een mammografie door hun huisarts of specialist, 19% heeft gereageerd op een oproepingsbrief en 14% heeft dit gedaan omwille van een anomalie.
- 57% van de vrouwen van 50 tot 70 jaar hebben ook een klinisch onderzoek van de borsten laten uitvoeren in de loop van de laatste twee jaar (64% bij vrouwen van 40 tot 49%). En 30% van de vrouwen van 15 jaar en ouder heeft in de loop van de laatste maand ook een zelfonderzoek gedaan (bij 24% is het langer dan 1 maand, maar minder dan 1 jaar geleden).
- Het percentage vrouwen dat in de loop van de laatste twee jaar een mammografie heeft laten doen, varieert met de leeftijd: 48% bij de 40 tot 44 jarigen, 59% bij de vrouwen van 45 tot 49 jaar, 69% bij de 50-54 jarigen om tenslotte te regelmatig te dalen tot 52% bij vrouwen van 65 tot 69 jaar.



- Er zijn geen socio-economische verschillen te merken bij vrouwen die een mammografie laten uitvoeren, noch qua opleidingsniveau noch qua gezinsinkomen. Van het klinisch borstonderzoek daarentegen maken meer vrouwen van een hoger socio-economisch niveau gebruik.
- Het percentage vrouwen van 50 tot 70 jaar dat in de loop van de laatste twee jaar een mammografie heeft laten doen is hoger in het Brussels Gewest (58%) dan in de andere gewesten (45% in het Vlaams en 50% in het Waals).
- 70% van de vrouwen van 25 tot 65 jaar heeft in de loop van de laatste drie jaar een baarmoederhalsuitstrijkje laten nemen, 10% van de 15 tot 19 jarigen en 43% van de 20 tot 24 jarigen.
- Het percentage opsporingen van baarmoederhalskanker dankzij een uitstrijkje verhoogt met het gezinsinkomen en opleidingsniveau van de vrouw. Dit varieert ook naargelang de regio : 73% in het Vlaamse Gewest tegenover 64% in de andere twee gewesten. Dit verschil is significant na standaardisatie voor leeftijd en geslacht, maar ook na een multivariate analyse van opleidingsniveau en gezinsinkomen.
- Een kwart van de vrouwen tussen 25 en 64 jaar hebben een uitnodiging gekregen om een baarmoederhalsuitstrijkje te laten nemen, 34% in het Vlaams Gewest en 10% in de andere twee Gewesten). Ongeveer een derde daarvan heeft de oproep beantwoord. De anderen hebben niet gereageerd meestal omwille van geneeskundige redenen (reeds een uitstrijkje laten nemen of de baarmoeder is verwijderd).

#### 4.3.10. Ongevallen

Ongevallen zijn een belangrijke oorzaak van (gekende en ongekende) morbiditeit en mortaliteit. De gegevens die thans gekend zijn, zijn gebaseerd op registraties van verkeersongevallen en ongevallen thuis of hebben betrekking op ongevallen aangegeven bij de verzekeringen; het zijn verkeersongevallen, arbeidsongevallen, ongevallen naar of van het werk/school,... De ongevallen thuis zijn wellicht het meest onderschat in de bestaande statistieken, die immers veelal uitsluitend gebaseerd zijn op het gebruik van diensten.

In het kader van de analyse van de gegevens van de module 'ongevallen' werden vier indicatoren weerhouden :

- de incidentie van ongevallen gedurende de twee maanden voorafgaand aan de bevraging
- het dragen van een veiligheidsgordel vooraan in de auto
- het dragen van een veiligheidsgordel achteraan in de auto
- kennis over het toegelaten alcoholpercentage in het bloed bij het autorijden .
- In België is de globale incidentie van ongevallen, die een vermindering van activiteiten impliceert van 1 dag of meer, gelijk aan 4% in de laatste twee maanden. De leeftijdsklasse met de hoogste incidentie van ongevallen is deze tussen 15 en 24 jaar; 7% van deze jongeren gaven aan in de loop van de twee maanden voorafgaand aan de bevraging een ongeval te hebben gehad. De proportie personen die aangeeft het slachtoffer te zijn geweest, is het grootst in het Brussels Gewest (6%), gevolgd door het Waals Gewest (5%) en het Vlaams Gewest (4%).
- Van de 366 personen die aangaven het slachtoffer te zijn geweest van een ongeval, meldt 27% een ongeval op het werk of op de school, 13% een verkeersongeval, 26% een sportongeval, 27% een ongeval in het huishouden en 16% een ander soort ongeval.

- 32% van de bevolking geeft aan slechts soms of nooit een gordel vooraan in de auto te dragen. Dit percentage loopt op tot 39% bij jongeren tussen 15 en 24 jaar. Mannen (35%) geven meer dan vrouwen (30%) aan slechts soms of nooit een veiligheidsgordel bij het autorijden te dragen. Bij niet gediplomeerden is het dragen van een autogordel vooraan in de auto relatief het minst populair: 45 % ervan geeft aan slechts soms of helemaal nooit deze gordel te dragen, tegen 26% bij diegenen met een diploma hoger onderwijs. De proportie personen die aangeeft slechts soms of helemaal nooit een autogordel vooraan in de auto te dragen, ligt het hoogst in het Brussels Gewest (37%), gevolgd door het Waals Gewest (34%) en het Vlaams Gewest (30%).
- 69% van de bevolking geeft aan slechts soms of nooit een gordel achteraan in de auto te dragen. Dit percentage loopt op tot 81% bij jongeren tussen 15 en 24 jaar. Mannen (71%) geven meer dan vrouwen (66%) aan slechts soms of nooit een veiligheidsgordel achteraan in de auto te dragen. De proportie personen die aangeeft slechts soms of helemaal nooit een autogordel achteraan in de auto te dragen, ligt het hoogst in het Brussels Gewest (73%), terwijl de proportie voor het Vlaams en het Waals Gewest 67% bedraagt.
- 41% van de bevolking schat het toegelaten alcoholpercentage in het bloed bij het autorijden fout in. Vrouwen (48%) schatten meer dan mannen (31%) het toegelaten alcoholpercentage fout in. Het fout inschatten van het toegelaten alcoholpercentage in het bloed bij het autorijden komt meer voor in het Brussels Gewest (60%) dan in het Vlaams (39%) of het Waals Gewest (38%).

## 4.4. Medische Consumptie

### 4.4.1. Contacten met de huisarts

De huisarts vervult een essentiële rol binnen het geheel van de gezondheidszorg. Inzicht in de modaliteiten van de huisartscontacten is van essentieel belang voor de ontwikkeling van een aangepast gezondheidsbeleid. De gezondheidsenquête biedt hierbij belangrijke aanvullende informatie aan.

- De grote meerderheid van de bevolking in België geeft aan over een vaste huisarts te beschikken. In het Vlaams Gewest en het Waals Gewest ligt dit percentage rond de 95%. In het Brussels Gewest gaat het om iets minder dan 80% van de bevolking.
- Bijna 80% van de bevolking heeft in een periode van één jaar tenminste één contact met de huisarts. Dit percentage is het laagst bij mannen in de leeftijdsgroep tussen de 15 en 24 jaar, waar het toch nog bijna 70% bedraagt. De drempel om de huisarts te contacteren is in België laag. Via de huisarts kan een aanzienlijk percentage van de bevolking bereikt worden.
- Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar per persoon in de bevolking bedraagt 5,9. Dit gemiddelde is hoger bij vrouwen dan bij mannen: 7 tegenover 4,8 en wordt sterk beïnvloed door de subjectieve gezondheidsbeleving.
- Er is geen socio-economische drempel voor het contact met de huisarts, noch voor wat betreft de proportie personen die in een periode van één jaar contact hebben met een huisarts, noch voor wat betreft het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar.
- Bij mannen zijn de belangrijkste medische problemen die aan de basis liggen van het contact met de huisarts in 25% van de gevallen problemen van het ademhalingsstelsel, in 18% van de gevallen problemen van het bewegingsapparaat en in 14% van de gevallen problemen van hart en bloedvaten. Bij vrouwen zijn dit problemen van het ademhalingsstelsel (19%), problemen van hart en bloedvaten (17%) en een algemeen onderzoek (14%). Er dient rekening mee gehouden te worden dat het gaat om klachten en aandoeningen door de patiënt zelf aangegeven. We kunnen dan ook aannemen dat psychosociale klachten, ongetwijfeld een belangrijke reden om de huisarts te contacteren, ondergerapporteerd zijn en bijgevolg niet in de top 3 voorkomen.
- Cardiovasculaire klachten als belangrijkste oorzaak voor het contact met de huisarts nemen aan belang toe naargelang het onderwijsniveau lager is.
- 35% van de contacten met de huisarts zijn huisbezoeken. In het Waals Gewest is dit percentage 45% en in de andere twee gewesten is het 30%. Vanaf de leeftijd van 65 jaar zijn huisbezoeken frequenter dan raadplegingen. Het aandeel van de huisbezoeken binnen het totaal van de contacten met de huisarts is in België groot. In de lagere opleidingsklassen worden relatief meer huisbezoeken aangevraagd dan in de hogere.
- In één vijfde van de contacten gebeurt het contact op initiatief van de huisarts. Bij 75-plussers stijgt dit percentage tot meer dan 50%. Bij mensen die een beperking hebben van de lichamelijke activiteit - zowel in lichte als in ernstige mate - zal de huisarts vaker zelf een contact plannen.
- In 3,3% van de huisartscontacten wordt de patiënt nadien verwezen. Het gaat hier zowel om verwijzingen naar een specialist (inclusief radioloog), laboratorium voor bloedanalyse, ziekenhuis, kinesitherapeut, thuisverpleging, sociale dienst of een andere gezondheidsvoorziening.
- Noch het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar, noch de proportie huisbezoeken, noch de proportie contacten waarbij de huisarts zelf het initiatief neemt om de patiënt te contacteren worden beïnvloed door het rookgedrag.

### 4.4.2. Contacten met de arts-specialist

Ambulante contacten met een arts-specialist maken in België, waar de tweede lijn direct toegankelijk is voor de patiënt, een belangrijk deel uit van de medische consumptie.

De vraagstelling in deze enquête betreft alle ambulante contacten met de arts-specialist, zowel in het ziekenhuis als privé. Ook telefonische consultaties en raadplegingen op de dienst spoedgevallen van een ziekenhuis worden in rekening gebracht. Contacten met specialisten tijdens een ziekenhuisopname, daghospitalisatie en telefonische contacten om een afspraak te maken worden niet meegerekend.

- 48% van de bevolking heeft het afgelopen jaar tenminste één contact gehad met een arts-specialist. Het gemiddeld aantal contacten per jaar per persoon in de bevolking bedraagt 2,5. In 69% van de contacten gaat het om een herhalingsbezoek. In 36% van de contacten gaat het om een verwijzing door de huisarts. 59% van de ambulante contacten met de arts-specialist vinden plaats in het ziekenhuis.
- Bij mannen zijn de meest frequent geraadpleegde arts-specialisten de orthopedist (19%), de dermatoloog (14%) en de oogarts (10%). Bij vrouwen gaat het om de vrouwenarts (31%), de orthopedist (9%) en de dermatoloog (8%).
- Zowel bij mannen als vrouwen zijn problemen van het bewegingsapparaat, huidproblemen en cardiovasculaire problemen belangrijke redenen om een arts-specialist te raadplegen. Bij vrouwen liggen problemen van het genitaal stelsel of rond zwangerschap en geboorteplanning in 30% van de gevallen aan de basis van het contact met een arts-specialist.
- Vrouwen rapporteren vaker een contact met de arts-specialist tijdens het afgelopen jaar dan mannen (57% tegenover 39%) en het gemiddeld aantal contacten per jaar ligt ook hoger (3,2 tegenover 1,8). Vrouwen contacteren een specialist vaker voor een diagnostisch of preventief onderzoek dan mannen (34% van de contacten bij vrouwen, 25% van de contacten bij mannen). Dit is wellicht voor een deel te wijten aan het preventief kankeronderzoek bij vrouwen als reden voor contacten met de vrouwenarts.
- Mensen met een diploma hoger onderwijs hebben meer kans om een arts-specialist te contacteren dan mensen met enkel een opleiding hoger secundair of lager. Het gemiddeld aantal contacten per jaar is echter niet verschillend. Hieruit kan afgeleid worden dat de drempel naar de specialist bij hoogstgeschoolden iets lager ligt dan bij de andere opleidingsklassen. Significante verschillen tussen de lagere opleidingsklassen onderling en tussen de verschillende inkomensklassen worden niet waargenomen. Het gemiddeld aantal contacten met de arts-specialist per jaar hangt niet samen met de opleiding of het inkomen.
- Oogartsen, dermatologen, orthopedisten en kinderartsen worden doorgaans gecontacteerd zonder verwijzing door de huisarts. Het aandeel van de herhalingsbezoeken is bij deze specialismen minder groot dan bij de andere. Nieuwe contacten met vrouwenarts en de neus-, keel- oorarts gebeuren ongeveer evenveel op initiatief van de huisarts als van de patiënt zelf. Vooral oogartsen, dermatologen en kinderartsen fungeren in België als eerstelijnsgezondheidsverstrekkers.
- Een hogere opleiding en een hoger inkomen hangen samen met een hogere kans om de specialist te contacteren zonder verwijzing door de huisarts.
- Er is geen verband tussen rookgewoonten en ambulante contacten met de arts-specialist het afgelopen jaar. Ook het gemiddeld aantal contacten met arts-specialist per jaar verschilt niet tussen rokers en niet-rokers.
- De kans om het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met een arts-specialist is hoger in het Brussels Gewest (55%) dan in het Waals Gewest (51%) en in het Vlaams Gewest (45%). Ook het gemiddeld aantal contacten met de arts-specialist is het hoogst in het Brussels Gewest (3,4), gevolgd door het Waals Gewest (2,7) en het Vlaams Gewest (2,3).

#### **4.4.3. Opnames in het ziekenhuis**

Niettegenstaande de Medisch Klinische Gegevens in België een belangrijke bron zijn van informatie over ziekenhuisverblijven, biedt de gezondheidsenquête een belangrijke meerwaarde : de bekomen informatie kan worden voorgesteld t.o.v. het geheel van de bevolking (ook de niet-gebruikers) en het profiel van de gebruikers kan breder gedefinieerd worden.

- 13% van de bevolking is het afgelopen jaar in het ziekenhuis opgenomen geweest. Het gemiddeld aantal opnames per jaar per 100 personen in de bevolking bedraagt in België 12,5. Opnames in verband met een bevalling zijn hierbij niet meegerekend.
- Bij mannen (15 jaar en ouder) blijken problemen van het bewegingsapparaat de meest voorkomende reden voor opname (23%) te zijn, gevolgd door problemen van hart en bloedvaten (16%) en problemen van het spijsverteringsstelsel (14%). Bij vrouwen (15 jaar en ouder) worden problemen van het bewegingsapparaat ook meest vernoemd als reden van opname (21%), gevolgd door problemen van het spijsverteringsstelsel (16%) en problemen van het genitaal stelsel (15%). In de leeftijdsgroep tussen 0 en 14 jaar maken problemen van het spijsverteringsstelsel 25% en respiratoire problemen 19% uit van de redenen tot hospitalisatie.
- Er zijn geen belangrijke verschillen in de kans om het afgelopen jaar in het ziekenhuis te zijn opgenomen en het gemiddeld aantal opnames per jaar naargelang het onderwijsniveau en de inkomensklasse.
- Zware rokers hebben meer kans om opgenomen te worden in het ziekenhuis en rapporteren gemiddeld meer ziekenhuisopnames dan niet rokers. Verschillen in de gemiddelde opnameduur konden echter niet worden aangetoond. Zware rokers duiden vaker psychosociale problemen aan als reden voor opname in het ziekenhuis dan niet-rokers en matige rokers.
- Mensen met één chronische ziekte hebben geen groter risico om in het ziekenhuis te worden opgenomen dan personen die geen chronische ziekte hebben. Indien iemand 2 of meer chronische ziekten heeft is die kans wel aanzienlijk toegenomen.
- Kankerpatiënten en patiënten met een chronische longaandoening hebben meer kans om in het ziekenhuis te worden opgenomen dan zij die deze aandoeningen niet hebben. Hart- en vaatpatiënten en diabetici blijken geen verhoogde kans te hebben om het afgelopen jaar een opname in het ziekenhuis te rapporteren.
- In 50% van de opnames bedraagt de duur van opname 3 nachten of korter. De duur van opname varieert sterk in functie van de dienst en de reden van opname. 21% van de hospitalisaties zijn daghospitalisaties : de patiënt wordt opgenomen en ontslagen op dezelfde dag. Dit fenomeen is duidelijker in het Vlaams Gewest (25% van de opnames) dan in het Waals Gewest en het Brussels Gewest (14% van de opnames).
- Het aandeel van cardiovasculaire problemen als reden voor opname in het ziekenhuis is relatief belangrijker bij de laagste socio-economische klassen. Dit geldt ook voor psychosociale redenen. In de laagste inkomensklasse blijken psychosociale problemen in bijna 12% de belangrijkste reden van opname te zijn. In de hoogste inkomensklasse bedraagt dit percentage slechts 1,4%.

#### 4.4.4. Gebruik van geneesmiddelen

Het gebruik van geneesmiddelen is een belangrijke component van de medische consumptie en van de gezondheidsuitgaven. De gezondheidsenquête laat toe geïntegreerde informatie te verzamelen over alle ingenomen geneesmiddelen - terugbetaald of niet, voorgeschreven of niet - in functie van een groot aantal variabelen zoals gezondheidstoestand, levensstijl, socio-economische klasse, enz. Het belangrijkste nadeel van een gezondheidsenquête is echter de validiteit van de rapportering voor wat betreft de aard van de ingenomen geneesmiddelen. Mensen zijn immers niet steeds op de hoogte van het soort geneesmiddel dat ze innemen en de juiste reden waarom.

- 60% van de bevolking geeft aan de voorbije 2 weken geneesmiddelen te hebben ingenomen. Voor voorgeschreven geneesmiddelen bedraagt dit percentage 41%, voor niet voorgeschreven geneesmiddelen 33%. Pijnstillers vormen de meest gebruikte klasse geneesmiddelen: 1 op 4 van de personen bevolking geeft aan de afgelopen 2 weken een pijnstiller te hebben gebruikt. Zeventig percent van diegenen die pijnstillers gebruiken neemt niet voorgeschreven pijnstillers. Het gebruik van geneesmiddelen i.v.m. het ademhalingsstelsel en cardiovasculaire geneesmiddelen in de afgelopen 2 weken bedraagt respectievelijk 19% en 14%. Eén op tien geeft aan tijdens de afgelopen 2 weken een geneesmiddel i.v.m. het zenuwstelsel te hebben gebruikt : 6% een slaapmiddel, 5% een kalmeermiddel en 4% een antidepressivium. Vijftig percent van de bevolkingsgroep ouder dan 45 jaar geeft aan tijdens de afgelopen 2 weken 2 of meer verschillende soorten geneesmiddelen te hebben gebruikt.

- Vrouwen nemen meer geneesmiddelen dan mannen. Dit geldt voor de meeste categorieën. Zowel het gebruik van voorgeschreven als van niet voorgeschreven geneesmiddelen is groter bij vrouwen dan bij mannen.
- Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen stijgt met de leeftijd : in de leeftijdsgroep tot 15 jaar heeft 25% van de bevolking de afgelopen 2 weken een voorgeschreven geneesmiddel ingenomen. Bij de 65-plussers is dit meer dan 80%. Het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen varieert niet in functie van de leeftijd.
- Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen varieert niet in functie van de opleiding maar neemt toe met een hogere inkomensklasse. Het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen vertoont geen belangrijke verschillen naargelang de opleidingsklasse en de grootte van het inkomen. Mensen met een lagere opleiding gebruiken wel meer pijnstillers dan diegenen met een hogere opleiding. Het gebruik van geneesmiddelen in verband met het zenuwstelsel is hoger in de lagere opleidings- en inkomensklassen.
- Het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen is hoger in het Brussels Gewest dan in het Vlaams Gewest en het Waals Gewest. Dit verschil kan niet verklaard worden op basis van verschillen in het vóórkomen van chronische ziekten. In het Waals Gewest geeft 47% van de bevolking aan de afgelopen 2 weken een voorgeschreven geneesmiddel te hebben gebruikt, in het Vlaams Gewest gaat het om 37% van de bevolking. Het hoger gebruik in het Waals Gewest kan voor een stuk verklaard worden op basis van verschillen in chronische morbiditeit.
- Chronische ziekten die sterk geassocieerd zijn met geneesmiddelengebruik zijn suikerziekte en hart- en vaataandoeningen. Voor chronische longaandoeningen en aandoeningen van het bewegingsstelsel kon dit verband niet aangetoond worden. Het hebben van 2 of meer chronische ziekten is een belangrijke predisponerende factor voor het gebruik van geneesmiddelen.
- Zware rokers nemen significant meer geneesmiddelen dan niet-rokers : ze geven vaker aan geneesmiddelen te hebben gebruikt in de afgelopen 2 weken en nemen vaker tegelijkertijd verschillende soorten geneesmiddelen.

#### 4.4.5. Contacten met de tandarts

Het gebruik van tandheelkundige zorgen omvat zowel een preventieve als curatieve component en geeft een indicatie over de mate waarin de bevolking belang hecht aan een gezond gebit.

- 49% van de bevolking in België geeft een contact met de tandarts aan in het afgelopen jaar. Het gemiddeld aantal contacten met de tandarts per jaar per persoon in de bevolking bedraagt 1,9. 7% van de bevolking geeft aan in de loop van de afgelopen 2 maanden een preventief tandonderzoek te hebben laten uitvoeren.
- Vrouwen gaan iets vaker naar de tandarts dan mannen. Voor wat preventieve tandcontrole is er echter geen verschil tussen mannen en vrouwen.
- Contacten met de tandarts worden het vaakst gerapporteerd in de jongere leeftijdsgroepen: het percentage dat het afgelopen jaar een contact had met de tandarts is het hoogst in de leeftijdsgroep 15-24 jaar (60%) en daalt progressief tot 24% bij 75-plussers.
- De kans om het afgelopen jaar een tandarts te hebben gecontacteerd is hoger bij diegenen met een diploma hoger onderwijs en een equivalent inkomen van meer dan 60.000BF dan bij de lagere opleidings- en inkomensklassen. Voor het gemiddeld aantal contacten met de tandarts per persoon en het aantal personen dat aangeeft tijdens de afgelopen 2 maanden een preventieve tandcontrole te hebben laten uitvoeren zijn de cijfers minder duidelijk.
- In het Waals Gewest hebben relatief minder personen het afgelopen jaar de tandarts gecontacteerd dan in het Vlaams Gewest: 46% tegenover 51%. Dit komt a fortiori tot uiting wanneer we de proportie personen bekijken die de afgelopen 2 maanden een preventief tandcontrole lieten uitvoeren: 7,8% in het Vlaams Gewest en 5,0% in het Waals Gewest. De cijfers voor het Brussels Gewest liggen tussen de twee in. Het gemiddeld aantal contacten met de tandarts per jaar is echter grootst in het Brussels Gewest: 2,2 tegenover 1,8 in het Vlaams Gewest en 1,9 in het Waals Gewest.

- Zware rokers rapporteren significant minder vaak een contact met de tandarts tijdens het afgelopen jaar, hebben gemiddeld minder contacten met de tandarts per jaar en ondergingen minder vaak een preventief onderzoek in de afgelopen 2 maanden dan niet rokers en matige rokers.

#### 4.4.6. Andere gezondheidsvoorzieningen en alternatieve geneeskunde

- 15% van de bevolking geeft aan het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met een kinesitherapeut. Dit is vaker het geval voor vrouwen dan mannen. In de leeftijdsgroep boven de 65 jaar gaat het om 31% van de bevolking. Er is een significant verband met het rapporteren van een chronische aandoening van het bewegingsstelsel.
- In de leeftijdsgroep van 65 tot 74 doet 10% van de bevolking minstens eenmaal per jaar een beroep op thuisverpleging. Bij 75-plussers stijgt dit percentage tot 17%. Het hebben van meerdere chronische ziekten en/of een ernstige beperking in lichamelijke activiteit is geassocieerd met een grotere kans om een beroep te doen op thuisverpleging.
- Slechts 24% van de zestigplussers maakt gebruik van specifieke diensten voor bejaarden, zoals poetshulp, gezins- of bejaardenhulp of warme maaltijden. Het gebruik van voorzieningen voor bejaarden neemt toe met de leeftijd, maar bedraagt bij personen tot 80 jaar toch nog minder dan 30%. De hoogste inkomens- en opleidingsklasse heeft een groter percentage dat gebruik maakt van diensten omdat hier vaak het gebruik van privé-poetshulp aangegeven wordt.
- Het percentage personen dat aangeeft het afgelopen jaar een diëtist te hebben geraadpleegd bedraagt 1,7%. Bij vrouwen is dit 3 maal hoger dan bij mannen. Het percentage is het hoogst in de leeftijdsgroepen tussen 45 en 64 jaar.
- Zeventien percent van de werknemers en ambtenaren geeft aan het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met een arbeidsgeneeskundige dienst. Dit percentage bedraagt 20% in het Waals Gewest, 16% in het Vlaams Gewest en 12 % in het Brussels Gewest.
- Bijna 8% van de bevolking geeft aan het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met een homeopaat, osteopaat, chiropractor of acupuncturist. In 45% van de gerapporteerde contacten gaat het om contacten met een homeopaat, in 41% om contacten met een chiropractor of osteopaat, in 14% om contacten met een acupuncturist. Vrouwen contacteren vlugger een alternatief genezer dan mannen. In de leeftijdsgroep tussen 35-44 rapporteert 13% van de vrouwen een contact met een alternatief genezer in het afgelopen jaar. Bij mannen zijn de leeftijdsverschillen minder duidelijk.
- De proportie personen die het afgelopen jaar een contact had met een alternatief genezer stijgt in functie van de opleidings- en inkomensklasse.
- Iets meer dan 1,5 % van de bevolking geeft aan de afgelopen 2 weken homeopathische geneesmiddelen te hebben gebruikt.

#### 4.4.7. Uitgaven voor gezondheid

In dit onderdeel wordt een overzicht gegeven van de kosten voor gezondheidszorgen waarvoor de huishoudens zelf dienden in te staan.

- 63% van het aantal huishoudens had in de maand voorafgaand aan de bevraging uitgaven voor een of meerdere gezondheidsverstrekkers (huisarts, specialist, tandarts,...). De gemiddelde maandelijkse uitgave voor gezondheidsverstrekkers bedraagt 2096 BF. Dit is 4% van het beschikbaar inkomen van het huishouden.
- Vergeleken met 'jonge' huishoudens (d.i. huishoudens waarvan het hoofd van het huishouden jong is ) (45%) worden 'oudere' huishoudens meer geconfronteerd te worden met noodzakelijke uitgaven voor gezondheidswerkers (76% voor de 'oudste' huishoudens). De gemiddelde maandelijkse uitgave voor gezondheidswerkers stijgt zowel in absolute als in relatieve termen met de 'leeftijd' van het huishouden
- Huishoudens in het Brussels Gewest hebben significant mee uitgaven voor gezondheidsvertrekkers dan huishoudens in het Vlaams of het Waals Gewest.

- Globaal genomen heeft 66% van de huishoudens in de maand voorafgaand aan de bevraging uitgaven gedaan voor (voorgeschreven en niet voorgeschreven) geneesmiddelen. De gemiddelde maandelijkse uitgave voor geneesmiddelen bedraagt 1019 BF. Dit is 2% van het beschikbaar inkomen.
- Een duidelijke samenhang kan onderkend worden tussen de 'leeftijd' van het huishouden en de aankoop van geneesmiddelen: 46% van de 'jongste' huishoudens deed uitgaven voor geneesmiddelen, tegen 81% van de 'oudste' huishoudens.
- In het Waalse Gewest deden meer huishoudens uitgaven voor geneesmiddelen dan in de overige gewesten.
- Globaal genomen gaf 6% van de bevroegde huishoudens aan in de afgelopen maand uitgaven te hebben gedaan voor de hospitalisatie voor één of meerdere van haar leden.
- De bevroegde huishoudens gaven gemiddeld aan 789 BF. of 1% van het beschikbaar inkomen voor hospitalisatie te hebben uitgegeven.
- Zowel in absolute als in relatieve termen zijn de uitgaven voor hospitalisatie voor de oudste leeftijdsgroep (75+) het hoogst; gemiddeld 2.081 BF. of 5% van het beschikbaar inkomen.



## 4.5. Ongelijkheid in Gezondheid

### 4.5.1. Ongelijkheden in gezondheidstoestand, levensstijl en preventie en medische consumptie

Sociale (on-)gelijkheid op het vlak van gezondheid kan, op basis van de Gezondheidsenquête, via vier invalshoeken beschreven worden: de gezondheidsstatus, levensstijlkenmerken, de medische consumptie en de mogelijke barrières op vlak van toegang tot de gezondheidszorgen.

- Met betrekking tot de *gezondheidsstatus* kunnen duidelijke socio-economische verschillen (d.i. verschillen naar opleidings- en inkomensniveau) vastgesteld worden met betrekking tot de *subjectieve* inschatting van de eigen gezondheid. Personen met een eerder laag opleidings-, resp. inkomensniveau schatten de eigen gezondheid relatief slechter in dan personen met een hoger opleidings- of inkomensniveau. Een zelfde beeld wordt bekomen wanneer de gezondheidsklachten bestudeerd worden. Niettemin kan slechts in zeer beperkte mate bevestiging hiervoor gevonden worden indien gekeken wordt naar de fysieke, mentale of sociale gezondheid waarin mensen zich bevinden.
- Duidelijke socio-economische verschillen kunnen wel vastgesteld worden indien een aantal aspecten van *levensstijl* belicht worden. Globaal genomen hangt een eerder laag opleidings- of inkomensniveau samen met een levensstijl die een aantal risicofactoren met zich meedraagt: bij lager opgeleiden resp. personen met een eerder beperkt inkomen kan de grootste proportie (zware) rokers en drinkers teruggevonden worden, zij eten minder gezond, beoefenen in mindere mate sportieve activiteiten, nemen in mindere mate preventieve maatregelen tegen aandoeningen,...
- Voor een differentiële *medische consumptie* naar socio-economisch niveau kunnen nauwelijks indicaties teruggevonden worden. Zo kunnen er geen verschillen teruggevonden worden tussen de onderscheiden opleidingscategorieën, resp. inkomenscategorieën met betrekking tot de proportie personen die al dan niet een vaste huisarts hebben, noch met betrekking tot het aantal personen die een contact aangeven met de huisarts in de loop van een periode van één jaar, noch met betrekking tot het gemiddeld aantal contacten per persoon per jaar. Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen lijkt slechts in beperkte mate samen te hangen met socio-economische karakteristieken. De consumptie van niet voorgeschreven geneesmiddelen daarentegen hangt daarentegen positief samen met het inkomensniveau; hoe hoger het inkomensniveau, hoe groter de consumptie van niet voorgeschreven geneesmiddelen.
- Tenslotte zijn er wel indicaties terug te vinden voor het feit dat relatief laag opgeleiden, resp. personen met een beperkt (equivalent) huishoudinkomen de *kosten voor gezondheidszorgen* moeilijker kunnen dragen dan de anderen. De resultaten laten bovendien zien dat deze noodzakelijke uitgaven huishoudens ertoe aanzetten een noodzakelijk gebruik van gezondheidszorgen (tijdelijk ?) uit te stellen.

### 4.5.2. Toegang tot de gezondheidszorg

- 33% van de huishoudens beschouwt hun persoonlijke bijdrage voor gezondheidszorgen als moeilijk of onmogelijk om dragen.
- Het percentage huishoudens dat aangeeft dat hun persoonlijke bijdragen voor gezondheidszorgen moeilijk of onmogelijk te dragen is, is het geringst in het Vlaams Gewest (25%) vergeleken met het Waals (42%) en het Brussels Gewest (44%).
- In België dienden 8,5% van de huishoudens tijdens het afgelopen jaar de consumptie van gezondheidszorgen uit te stellen omwille van financiële redenen.
- Het percentage van huishoudens dat de consumptie van gezondheidszorgen om financiële redenen moesten uitstellen is relatief het laagst in het Vlaams Gewest (4%), gemiddeld hoger in het Waals Gewest (11%) en het hoogst in het Brussels Gewest (19%). Deze verschillen blijven bestaan na standaardisatie voor geslacht en leeftijd.



DE GEZONDHEID VAN DE BEVOLKING

IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

*SAMENVATTING*



GEZONDHEIDSENOUÛTE, BELGIË, 1997

**Referentie :**

H. Van Oyen, S. Demarest, P. Leurquin, J. Tafforeau, V. Tellier, J. Van der Heyden.

De gezondheid van de bevolking in de Vlaamse Gemeenschap. Samenvatting.  
Gezondheidsenquête, België, 1997.

Centrum voor Operationeel Onderzoek in de Volksgezondheid  
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur, Brussel 1998.

Depot nr. D/1998/2505/05



## 5. DE GEZONDHEID VAN DE BEVOLKING IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP. SAMENVATTING.

### 5.1. Kernboodschap

#### 5.1.1. De gezondheidstoestand

***Er is een verschuiving in het morbiditeitsprofiel in vergelijking met de gegevens over overlijden.***

In vergelijking met de voornaamste oorzaken van overlijden komen in de gezondheidsenquête andere oorzaken van niet-gezond zijn op de voorgrond. Als chronische aandoeningen komt op de eerste plaats aandoeningen van het bewegingsstelsel. Dit zijn rugaandoeningen en gewrichtsproblemen op basis van slijtage en/of ontsteking. Op de tweede plaats zijn er hart- en vaataandoeningen, vnl. hoge bloeddruk. Op de derde plaats komt allergie. De problemen van het bewegingsstelsel uiten zich ook als één van de belangrijkste oorzaken van beperkingen in het lichamelijke functioneren.

***Gehoordysfunctie is de voornaamste oorzaak van lichamelijke beperkingen.***

In de leeftijdsgroep 15 jaar en ouder is gehoordysfunctie de voornaamste oorzaak van beperkingen : de prevalentie is 7%. Na de leeftijd van 65 jaar is het, na beperkingen in mobiliteit, de tweede oorzaak van beperkingen (prevalentie 21%).

***De prevalentie van geestelijk onwelbevinden is hoog.***

Er zijn aanwijzingen voor psychische gezondheidsproblemen bij bijna drie op tien personen in de bevolking 15 jaar en ouder. Daarnaast is het gebruik van psychotrope medicatie, vooral na de leeftijd van 65 jaar zeer hoog.

***Er is een hoge prevalentie van overgewicht en zwaarlijvigheid.***

Overgewicht komt voor in 41% van de bevolking. Een vierde van hen is zwaarlijvig. Overgewicht en zwaarlijvigheid komen het meest frequent voor in de lagere socio-economische groepen van de bevolking. Dit deel van de bevolking gebruikt ook vaker de niet aanbevolen methoden om te vermageren, nl. commerciële producten en het niet nemen van een ontbijt.

***De huisarts heeft een belangrijk aandeel in de opvolging van aandoeningen.***

Voor ziekten met een relatief hoge prevalentie is de huisarts ook de voornaamste persoon in de opvolging van de patiënt. Voor hartinfarct en ernstige hartkwaal wordt de patiënt door de huisarts en specialist gezamenlijk opgevolgd.

***Er is een negatieve impact van roken op de gezondheidsstatus.***

Rokers en vooral zware rokers hebben voor heel wat gezondheidsindicatoren een minder gunstig cijfer in vergelijking met nooit rokers.

## 5.1.2. Leefstijl en preventie

### ***Het aantal rokers en vooral zware rokers is hoog.***

Net geen 30% van de bevolking rookt; 24% rookt dagelijks en 9% rookt 20 sigaretten of meer per dag. Ook jongeren blijven roken. In de leeftijdsgroep 15-19 jaar rookt 28%. Vooral jongens in deze leeftijdsgroep roken veel (34%) en 8% van deze jonge mannen roken tot minstens 20 sigaretten per dag.

### ***Heel veel mensen hebben een gebrek aan lichamelijke activiteit tijdens hun vrije tijd.***

Bijna 30% van de bevolking heeft geen voldoende lichaamsbeweging. Ze omschrijven hun vrijetijdsbesteding als lezen, TV-kijken of andere zittende activiteiten.

### ***De vaccinatiegraad voor tetanos en griep is ondermaats.***

In het Vlaams Gewest heeft slechts 34% van de doelpopulatie in het jaar voor de bevraging een grieprik gehad. De vaccinatiegraad voor tetanos bedraagt maar 65%.

### ***Het aantal vrouwen uit de specifieke doelgroep die bereikt wordt voor borstkankerscreening is relatief laag in vergelijking met de doelstelling voor borstkankerscreening. Het aantal vrouwen uit de specifieke doelgroep die bereikt wordt voor baarmoederhalskanker, is dicht bij de gestelde objectieven van het programma voor baarmoederhalskankerscreening in het Vlaams Gewest.***

Slechts 45% van de doelpopulatie heeft een mammografie gehad in de laatste 2 jaar. Het objectief is dat 75% zou gescreend zijn. Nog steeds 32% van de doelpopulatie heeft nog nooit zo'n onderzoek gehad. 73% van de vrouwen in de doelgroep heeft in de laatste 3 jaar een uitstrijkje van de baarmoederhals gehad; het objectief is 80%. Voor beide kankers zijn er aanwijzingen dat de vrouwen die zich laten screenen dit in feite te frequent doen.

### ***De kennis over de wijze van overdracht van het HIV-virus en welke methodes bescherming bieden tegen het virus is heel beperkt. De grote meerderheid van de bevolking heeft een discriminerende houding t.o.v. HIV-positieve personen of AIDS-patiënten.***

Slechts één derde van de bevolking van 15 jaar en ouder weet dat het momenteel in België niet mogelijk is om besmet te worden door bloed te geven of bloed te krijgen. Bijna drie vierde van de bevolking in het Vlaams Gewest heeft een discriminerende houding t.o.v. HIV-positieve personen of AIDS-patiënten. Dit percentage (73%) is veel hoger in vergelijking met de proportie in het Brussels (65%) en het Waals Gewest (62%).

### ***Er kan nog wat verbeteren aan de voedingsgewoonten.***

Slechts iets meer dan de helft van de bevolking eet voldoende verse groenten en fruit. Toch nog 40% geeft de voorkeur aan vezelarm brood en 21% aan vetrijke melk.

### ***Relatief weinig mensen dragen een veiligheidsgordel in de auto. De kennis van de bevolking over het toegelaten alcoholgehalte in het bloed is beperkt.***

Slechts 70% en 30% van de bevolking, 15 jaar en ouder, zegt steeds een veiligheidsgordel te dragen respectievelijk vooraan en achteraan in de wagen. Daarnaast kan slecht 59% van de bevolking een correct antwoord geven op de vraag naar het toegelaten alcoholgehalte.

### 5.1.3. Gebruik van diensten

#### ***De huisarts is een belangrijke sleutelfiguur om de bevolking te bereiken.***

95% van de bevolking in het Vlaams Gewest zegt over een vaste huisarts te beschikken. 80% heeft minstens één contact per jaar. In het Brussels Gewest zijn deze cijfers respectievelijk bijna 80% en 72%. De huisarts heeft dus een belangrijk potentieel om een zeer groot percentage van de bevolking te bereiken.

#### ***De drempel om de huisarts te contacteren is groter in de laagste socio-economische bevolkingsgroepen.***

De bevolking met het laagste opleidingsniveau of in de laagste inkomensgroep hebben minder kans om een huisarts te contacteren en rapporteren gemiddeld minder contacten per jaar.

#### ***De ratio huisbezoeken/raadplegingen is hoog.***

Ongeveer één op drie contacten met de huisarts gebeurt tijdens een huisbezoek.

#### ***Een groot deel van de contacten met de huisarts gebeurt op initiatief van de arts.***

In 23% van de contacten in het Vlaams Gewest en 22% in het Brussels Gewest gebeurt het contact op initiatief van de huisarts. Dit percentage neemt toe met de leeftijd tot rond de 50% bij de 75-plussers.

#### ***Het gebruik van geneesmiddelen is hoog. Zelfmedicatie neemt een zeer belangrijk deel hiervan in.***

Ongeveer 60% van de bevolking (58% in het Vlaams en 64% in het Brussels Gewest) heeft geneesmiddelen ingenomen in de laatste 2 weken voor de bevraging. Voor voorgeschreven geneesmiddelen zijn deze cijfers respectievelijk 37% en 42%. Voor niet voorgeschreven geneesmiddelen is dit respectievelijk 33% en 40%. Pijnstillers zijn de meest gebruikte groep geneesmiddelen gevolgd door geneesmiddelen i.v.m. het ademhalingsstelsel en cardiovasculaire geneesmiddelen.

#### ***Het gebruik van specifieke diensten voor bejaarden blijft beperkt.***

In de leeftijdsgroep 65 tot 74 jaar doet in het Vlaams Gewest 9% van de bevolking minstens één-maal per jaar beroep op thuisverpleging. Bij 75-plussers is dit percentage 15%. In het Brussels Gewest zijn deze cijfers respectievelijk 5% en 12%.

Slechts 22% (Vlaams Gewest) en 25% (Brussels Gewest) van de 65-plusser maakt gebruik van specifieke diensten voor bejaarden zoals o.a. poetshulp, gezins- of bejaardenhulp, warme maaltijden.

#### ***Een belangrijk deel van de bevolking heeft contacten met vormen van 'alternatieve geneeskunde'.***

7% (Vlaams Gewest) en 8% (Brussels Gewest) van de bevolking heeft in het afgelopen jaar contact gehad met een homeopaat, osteopaat, chiropractor of acupuncturist.

#### ***Er zijn aanwijzingen dat de financiële drempel voor toegang tot de gezondheidszorg hoog is en verschillend is volgens Gewest.***

25% van de huishoudens in het Vlaams Gewest ervaart de persoonlijke bijdrage voor gezondheidszorgen als moeilijk of onmogelijk te dragen. In het Brussels en Waals Gewest zijn deze cijfers respectievelijk 44% en 42%.

4% van de huishoudens in het Vlaams Gewest hebben om financiële redenen in het laatste jaar besloten tot uitstel van zorgen. In het Brussels en Waals Gewest is dit cijfer heel wat hoger, respectievelijk 19% en 11%.

#### 5.1.4. Ongelijkheid in gezondheid

##### *Ongelijkheid in gezondheid komt vooral tot uiting in leefstijl.*

Voor heel wat gezondheidsindicatoren wordt een minder gunstig cijfer geobserveerd in de lagere socio-economische bevolkingsgroepen.

Er is een negatieve samenhang tussen enerzijds het opleidings- en inkomensniveau en anderzijds de gezondheidsbeleving. Voor de andere indicatoren van de gezondheidsstatus is het cijfer vaak minder gunstig bij een lagere opleiding of inkomen, maar het verschil is in de regel niet significant.

In leefstijl en attitude zijn er wel meer uitgesproken verschillen. Er is een socio-economisch gradiënt o.a. m.b.t. tot roken, lichaamsbeweging in de vrije tijd, voedingsgewoonten, kankerpreventie (borst, baarmoederhals), het dragen van een autogordel.

In de contacten met de gezondheidszorg is een socio-economisch gradiënt enkel duidelijk voor aantal contacten met de tandarts. De bevolkingsgroepen met een hogere opleiding of inkomen hebben wel meer rechtstreeks contact met specialisten. Zelfmedicatie is in deze groep ook groter.

Er zijn ook aanwijzingen dat de redenen voor raadpleging van specialisten en het type specialist dat men raadpleegt verschillend is volgens het socio-economisch niveau. Dit is ook zo voor de redenen van hospitalisatie.

## 5.2. De Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen 1998 - 2002

Om het preventief gezondheidsbeleid en acties hieromtrent in de Vlaamse Gemeenschap te oriënteren, werden door de Vlaamse overheid vijf gezondheidsdoelstellingen uitgewerkt. De gezondheidsdoelstellingen 1998 - 2002 zijn gebaseerd op de aanbevelingen van de W.G.O., het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad en de sinds 1993 jaarlijks geregistreerde Vlaamse gezondheidsindicatoren. Gezien het ontwerp van de gezondheidsenquête de formulering van de doelstellingen vooraf ging, kon niet expliciet rekening gehouden worden met deze doelen. Toch bevat de Gezondheidsenquête-1997 heel wat basisgegevens die zullen toelaten om in de toekomst na te gaan of men de gestelde objectieven heeft bereikt.

### 5.2.1. Doelstelling 1

#### *In het jaar 2002 moet het aantal rokers in Vlaanderen, zowel voor vrouwen als voor mannen en specifiek voor jongeren, met 10% gedaald zijn.*

In de Vlaamse Gemeenschap wordt nog heel veel gerookt : 29% van de bevolking, 15 jaar en ouder, in het Vlaams Gewest zijn rokers. De meerderheid van hen (24%) rookt dagelijks en bijna één derde van hen (9%) rookt meer dan 20 sigaretten per dag.



## Kerngetallen

### Het aantal rokers (in %), Vlaamse Gemeenschap, Gezondheidsenquête, België, 1997.

	Vlaams Gewest			Brussels Gewest		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
<b>15 jaar en ouder</b>						
Roker (%)	36	22	29	38	28	33
Dagelijkse roker (%)	29	19	24	31	24	27
Zware roker ( $\geq 20$ sig/dag) (%)	12	7	9	15	9	12
N	1449	1467	2916	1153	1247	2400
<b>15 - 19 jaar</b>						
Roker (%)	34	22	28	34	32	33
Dagelijkse roker (%)	23	17	20	24	30	27
Zware roker ( $\geq 20$ sig/dag) (%)	8	2	5	12	0	6
N	110	96	207	61	58	119

Het percentage rokers bij jongvolwassen personen<sup>3</sup>, 15 tot 19 jaar, is zeker ook hoog. Opmerkelijk is het hoge percentage zware rokers bij jongens in deze jonge leeftijdsgroep.

Personen met een diploma van hoger onderwijs of in de hoogste inkomensgroep roken minder en hebben een lager percentage zware rokers.

Heel wat indicatoren, waarvoor gegevens beschikbaar zijn in de Gezondheidsenquête-1997, geven aanwijzingen dat de gezondheidsstatus van rokers minder goed is dan deze van niet rokers.

## 5.2.2. Doelstelling 2

***In het jaar 2002 moet de consumptie van vetrijke voeding op significante wijze gedaald zijn ten voordele van vetarme en vezelrijke voeding.***

In het Vlaams Gewest eet iets meer dan de helft van de bevolking dagelijks minstens 2 porties groenten of fruit. In het Brussels Gewest is dit minder. Mannen eten duidelijk minder fruit en groenten. Dit is ook zo voor adolescenten en jong volwassenen.

In het Vlaams Gewest heeft de bevolking eerder een lichte voorkeur aan vezelrijker brood. Dit is niet zo in het Brussels Gewest.

Bij consumptie van melkproducten worden, vooral in het Vlaams Gewest, eerder vetarme producten genomen.

Slechts 24% van de bevolking in het Vlaams en 18% in het Brussels Gewest gebruikt geen vetproducten op het brood. Bij gebruik van vetproducten op brood wordt in het Vlaams Gewest door twee derde van de gebruikers margarine genomen. Meestal is het dan ook nog dieetmargarine. In het Brussels Gewest wordt meer boter gebruikt dan margarine; dieetmargarine wordt relatief weinig genomen.

## Kerngetallen

<sup>3</sup> Het aantal observaties in deze leeftijdsgroep is beperkt.

**Voedingsgewoonten, Vlaams Gewest, Gezondheidsenquête, België, 1997.**

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Minder dan 2 porties groenten of fruit per dag	1722	52	1748	44	3470	48
Voorkeur aan vezelarm brood	1699	41	1726	40	3425	40
Voorkeur voor vetrijke melkprodukten	1701	23	1731	20	3432	21
Vet op brood	1716		1746		3462	
geen		23		25		24
boter		23		22		22
margarine		26		21		24
dieetmargarine		25		31		28

**Voedingsgewoonten, Brussels Gewest, Gezondheidsenquête, België, 1997.**

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Minder dan 2 porties groenten of fruit per dag	1455	61	1551	49	3006	55
Voorkeur aan vezelarm brood	1432	62	1533	54	2965	58
Voorkeur voor vetrijke melkprodukten	1428	40	1532	36	2960	38
Vet op brood	1442		1552		2994	
geen		17		18		18
boter		40		40		40
margarine		24		23		24
dieetmargarine		13		15		14

### 5.2.3. Doelstelling 3

**In het jaar 2002 moet de borstkankerscreening bij vrouwen doelmatiger verlopen. Het aandeel van de screenings bij de doelgroep van 50-69 jaar moet toenemen tot 80%. Het aantal vrouwen uit de specifieke doelgroep dat bereikt wordt moet toenemen tot 75%.**

In het Vlaams Gewest heeft bijna één derde van de vrouwen uit de doelgroep nog nooit een mammografisch onderzoek gehad. Slechts 45% heeft het onderzoek gehad in de laatste 2 jaar. Er zijn aanwijzingen voor overscreening: vrouwen die een mammografisch onderzoek hadden in de laatste 2 jaar doen dit onderzoek vaker, nl. jaarlijks, dan noodzakelijk, zoals aangegeven door de Europese richtlijnen. Deze richtlijnen stellen een frequentie van één preventief mammografisch onderzoek om de 2 jaar. Preventie wordt in 77% als reden aangegeven voor het laatste mammografisch onderzoek. Bijna twee derde van deze preventieve onderzoeken gebeurden op aanraden van een arts. Eén derde gebeurde als antwoord op een uitnodigingsbrief.

#### Kerngetallen

**Borstkankerscreening d.m.v. mammografie, vrouwen 50-69 jaar, Vlaamse Gemeenschap, Gezondheidsenquête, België, 1997.**

	Vlaams Gewest		Brussels Gewest	
	N	%	N	%
Mammografie	408		322	
nog nooit		32		27
in laatste 2 jaar		45		58
in laatste jaar		25		38
Reden voor de laatste mammografie	275		249	
uitnodigingsbrief		27		4
preventief onderzoek op aanraden arts		50		76
abnormaliteit		13		8

In het Brussels Gewest heeft 27% van de vrouwen uit de doelgroep nog nooit een mammografisch onderzoek gehad; 58% heeft het onderzoek gehad in de laatste 2 jaar. Er zijn duidelijke aanwijzingen voor overscreening. De reden voor de laatste mammografie was in 80% een preventief onderzoek: 76% van de onderzoeken was op aanraden van een arts en slechts 4% was als gevolg van een uitnodigingsbrief.

### 5.2.4. Doelstelling 4

**In het jaar 2002 moet het aantal dodelijke ongevallen in de privésfeer en in het verkeer afnemen met 20%.**

In het Vlaams Gewest had 4% van de bevolking, 15 jaar en ouder, een ongeval in de twee maanden voor de bevraging. Dit ongeval was ernstig genoeg zodat men minstens gedurende één dag de normale dagelijkse activiteiten niet kon doen. 11% van deze ongevallen waren verkeersongevallen, bijna één vierde was een ongeval in de privésfeer. Arbeidsongevallen waren echter de voornaamste oorzaak van de ongevallen (33%).

In het Brussels Gewest had 6% van de bevolking een ongeval in de laatste twee maanden voor de bevraging. Respectievelijk 13% en 28% waren verkeersongevallen en ongevallen in de privésfeer. Arbeidsongevallen waren 18% van de ongevallen.

Door de personen (5% van de bevolking in het Vlaams Gewest) die een invaliditeit of handicap rapporteerden, werden verkeersongevallen en ongevallen in de privésfeer als oorzaak aangegeven in respectievelijk 5% en in 3% van de gevallen. In het Brussels Gewest zijn deze cijfers respectievelijk 7% en 5%.

Van de bevolking, 15 jaar en ouder, draagt toch nog 30% in het Vlaams Gewest tot 37% in het Brussels Gewest vooraan in de auto niet altijd een veiligheidsgordel. Achteraan is dit percentage nog veel hoger, namelijk 70% (Vlaams Gewest) en 75% (Brussels Gewest).

Nog geen twee derden van de bevolking 15 jaar en ouder in Vlaams Gewest weet wat het toegelaten alcoholgehalte in het bloed voor een bestuurder is. In het Brussels Gewest is dit percentage minder dan de helft van de bevolking.

## Kerngetallen

### Ongevallen, Vlaams Gewest, Gezondheidsenquête, België, 1997.

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Ongevallen in de 2 maanden voor de bevraging	1440	4	1459	3	2899	4
% hiervan	58		42		100	
door verkeersongeval		8		15		11
door ongeval in privésfeer		15		37		24
Invaliditeit of handicap	1742	5	1770	5	3512	5
% hiervan	101		92		193	
door verkeersongeval		3		7		5
door ongeval in privésfeer		0,5		5		3
Gebruik van autogordel*						
vooraan	1428	67	1444	73	2872	70
achteraan	1207	31	1327	26	2534	29
Kennis toegelaten alcoholgehalte in het bloed*	1471	68	1516	54	2987	61

\* : 15 jaar en ouder

**Ongevallen, Brussels Gewest, Gezondheidsenquête, België, 1997.**

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Ongevallen in de 2 maanden voor de bevraging	1138	6	1229	6	2367	6
% hiervan	62		71		133	
door verkeersongeval		13		14		13
door ongeval in privésfeer		18		32		28
Invaliditeit of handicap	1463	11	1565	8	3028	9
% hiervan	135		132		267	
door verkeersongeval		6		7		7
door ongeval in privésfeer		4		5		5
Gebruik van autogordel*						
vooraan	1126	61	1186	65	2312	63
achteraan	979	26	1112	24	2091	25
Kennis toegelaten alcoholgehalte in bloed*	1237	57	1334	36	2571	43

\* : 15 jaar en ouder

## 5.2.5. Doelstelling 5

**In het jaar 2002 moet de preventie van infectieziekten op significante wijze worden verbeterd, met name door het verder verhogen van de vaccinatiegraad voor aandoeningen als polio, kinkhoest, tetanos, difterie, mazelen, bof en rubella.**

In het kader van de Gezondheidsenquête-1997 werd de vaccinatiegraad van de bevolking 15 jaar en ouder nagegaan voor 3 ziekten : tetanos, griep en rubella (enkel bij vrouwen). Voor andere ziekten zoals polio, difterie, mazelen, bof, ... , werd geoordeeld dat andere bronnen, o.a. gegevens van Medisch School Toezicht, Kind en Gezin, Huisartsenpeilpraktijken, reeds voldoende informatie aanbrachten.

In het Vlaams Gewest is 36% van de bevolking, 15 jaar en ouder, in de laatste 10 jaar niet gevaccineerd tegen tetanos. Dit percentage is hoger bij vrouwen en op oudere leeftijd. Zo is de vaccinatiegraad van de leeftijdsgroepen 55 jaar en ouder geen 50%. De vaccinatiegraad is ook lager in lagere socio-economische groepen van de bevolking.

De vaccinatiegraad in het Vlaams Gewest (64%) is substantieel lager in vergelijking met het Brussels (70%) en Waals Gewest (74%)

Vergetelheid is de voornaamste reden (58%) die men aangeeft om niet voor tetanos gevaccineerd te zijn.

Globaal heeft 14% van de bevolking, 15 jaar en ouder, een vaccinatie tegen de griep gehad. Beperkt tot de doelgroep, nl. personen 65 jaar en ouder of personen met specifieke ziekten zoals hart- en vaat-aandoeningen, longaandoeningen, chronische nieraandoeningen, suikerziekte, ..., is de vaccinatiegraad 34%. Redenen voor het niet nemen van de griepprik is het twijfelen aan de doeltreffendheid (51%) of nalatigheid (32%). De vaccinatie gebeurt heel vaak op eigen vraag (46%) of op aanraden van de huisarts (43%). De rol van de huisarts is groter in de lagere socio-economische groepen van de bevolking.

De vaccinatiegraad voor rubella is 75%, de immunisatiegraad is 84%. Bij jongvolwassen vrouwen (15-34 jaar) zijn deze cijfers respectievelijk 85% en bijna 90%. De voornaamste reden voor niet vaccinatie is de verworven immuniteit door het doormaken van de ziekte (55%) en nalatigheid (22%).

### Kerngetallen

**Vaccinatiegraad voor tetanos, griep, rubella, 15 jaar en ouder, Vlaamse Gemeenschap, Gezondheidsenquête, België, 1997.**

	Vlaams Gewest						Brussels Gewest					
	Mannen		Vrouwen		Totaal		Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tetanos	1406	73	1422	54	2828	64	1171	76	1273	65	2444	70
Griep*	410	35	494	32	904	34	420	28	516	35	936	32
Rubella			809	75					627	63		

\* : Doelpopulatie voor griepvaccinatie : 65 jaar en ouder, of 15-64 jaar met chronische aandoeningen (hart, longen, nieren, diabetes)

## 5.3. Gezondheidstoestand - Vlaamse Gemeenschap

### Samenvatting

**Subjectieve gezondheid.** In het Vlaams Gewest ervaart 82% van de bevolking zijn gezondheid als goed tot zeer goed. Het percentage personen dat zijn gezondheid als zeer slecht, slecht of redelijk aanvoelt neemt toe met de leeftijd. Er is een negatieve samenhang tussen het opleidings- en inkomensniveau en de subjectieve gezondheid. De bevolking in het Vlaams Gewest ervaart zijn gezondheid positiever in vergelijking met de bevolking van het Brussels (75%) en Waals (73%) Gewest.

**Chronische ziekten.** 46% van de bevolking in het Vlaams Gewest geeft aan een chronische aandoening te hebben en 22% minstens 2 aandoeningen. In het Brussels Gewest is dit respectievelijk 55% en 35%. Vrouwen hebben frequenter co-morbiditeit. De prevalentie van aandoeningen en vooral van co-morbiditeit neemt sterk toe met de leeftijd. Er is een negatieve samenhang tussen de socio-economische status en het vóórkomen van aandoeningen en co-morbiditeit. Rokers hebben ook frequenter aandoeningen en co-morbiditeit. De prevalentie van co-morbiditeit is lager in het Vlaams Gewest in vergelijking met het Brussels en Waals Gewest. Aandoeningen van het bewegingsstelsel zijn de belangrijkste oorzaak van morbiditeit. Ook hart- en vaataandoeningen en allergie zijn belangrijke oorzaken van morbiditeit. Migraine komt vooral bij vrouwen frequent voor maar is veelal geen aanleiding om een beroep te doen op een arts.

**Lichamelijke beperkingen.** 1 op 5 personen heeft een ziekte of aandoening die hem/haar voortdurend stoort tijdens de dagelijkse bezigheden. De belangrijkste beperkingen zijn stoornissen in de gehoorfunctie en beperkingen in de mobiliteit en dit zowel in de totale bevolking van 15 jaar en ouder als bij 65-plussers. Na de leeftijd van 65 jaar heeft 24% beperkingen in mobiliteit en 21% heeft problemen met het gehoor. In het Brussels Gewest zijn deze cijfers respectievelijk 31% en 19%. Lagere socio-economische bevolkingsgroepen hebben vaker beperkingen dan de hogere. Langdurige lichamelijke functiebeperkingen komen in de regel het minst vaak voor in het Vlaams Gewest

**Gezondheidsklachten.** Op basis van een lijst van 23 psycho-somatische klachten heeft de bevolking, 15 jaar en ouder, in het Vlaams Gewest gemiddeld 5 klachten. Slechts 17% heeft geen enkele klacht. In het Brussels Gewest zijn deze cijfers respectievelijk 7 klachten en 10%. Vrouwen melden in meer klachten. Het aantal klachten neemt toe met de leeftijd. Rokers hebben meer klachten dan niet rokers. Inwoners van het Brussels en Waals Gewest hebben meer klachten dan inwoners van het Vlaams Gewest. De 3 voornaamste klachten zijn moeheidsklachten, klachten van nervositeit en van het bewegingsstelsel.

**Nutritionele status.** In het Vlaams Gewest heeft 31% van de bevolking van 18 jaar en ouder een overgewicht, 10% is echt zwaarlijvig. In het Brussels Gewest is dit respectievelijk 26% en 9%. Ondergewicht is vooral een probleem bij vrouwen jonger dan 35 jaar en komt frequenter voor in het Brussels Gewest. Overgewicht en zwaarlijvigheid vormen een groter probleem in de laagste opleidings- en inkomensklassen. Net die groepen letten het minst op hun gewicht. Indien ze er toch iets aan proberen te doen, maken ze hiervoor vaker gebruik van niet aanbevolen methodes zoals het gebruik van commerciële middelen of het overslaan van maaltijden.

**Tandhygiëne.** 1 op 10 personen, 15 jaar en ouder, geeft aan over geen gebit meer te beschikken. Dit is vaker het geval voor rokers dan niet rokers en minder vaak bij hogeschoolden.

**Psychische gezondheid.** Psychische onwelbevinden komt frequent voor in de bevolking 15 jaar en ouder. In het Vlaams Gewest zijn er aanwijzingen voor psychische gezondheidsproblemen in 28% van de bevolking. In het Brussels gewest is dit bij bijna 4 op 10 personen. Dit is vaker het geval voor vrouwen dan mannen. Het gebruik van psychotrope medicatie, vooral slaapmiddelen, is aanzienlijk en neemt toe met de leeftijd. Bijna 1 op drie oudere vrouwen in het Vlaams Gewest neemt psychotrope geneesmiddelen. Het vóórkomen van psychische gezondheidsproblemen is lager in het Vlaams Gewest in vergelijking met de twee overige Gewesten.

**Sociale gezondheid.** 1 op 10 personen, 15 jaar en ouder, heeft zelden contact met verwanten, vrienden of kennissen. Er is een samenhang tussen sociale gezondheid en de algemene perceptie van de eigen gezondheid.

### 5.3.1. Subjectieve gezondheid

De (subjectieve) gezondheidsbeleving is een persoonlijke beoordeling van de eigen gezondheid. Het is een fundamenteel instrument in de evaluatie van de gezondheid en de levenskwaliteit van de bevolking. De gezondheidsbeleving heeft niet alleen een belangrijke samenhang met de morbiditeit, de aanwezigheid van beperkingen en het gebruik van gezondheidsdiensten, het is ook een belangrijke determinant van sterfte, morbiditeit, beperkingen en het gebruik van diensten. Er is een positieve samenhang tussen de verandering in de subjectieve gezondheid tijdens het laatste jaar en de werkelijke evolutie van de lichamelijke en/of geestelijke gezondheid.

- In het Vlaams Gewest ervaart 82% van de bevolking van 15 jaar of ouder hun gezondheid als goed of zeer goed en 18% beleeft het als niet bevredigend (zeer slecht, slecht of redelijk). 15% van de bevolking vindt bovendien dat hun gezondheid in de loop van het laatste jaar verbeterde en 10% dat ze achteruitging. In het Brussels Gewest ervaart 75% van de bevolking hun gezondheid als goed tot zeer goed en 25% vindt het niet bevredigend. 16% van de bevolking ervaart een verbetering in de loop van het laatste jaar en 14% een verslechtering.
- In het Vlaams Gewest vinden ook meer vrouwen dan mannen dat hun gezondheid slechter geworden is in vergelijking met het vorige jaar.
- Het percentage personen dat zijn gezondheid als negatief aanvoelt neemt toe met de leeftijd. Vooral vanaf de leeftijd van 65 jaar ervaart men een achteruitgang van de gezondheid in de loop van het laatste jaar.
- In het Brussels Gewest verklaren zware rokers vaker dan niet rokers dat hun gezondheid in de loop van het laatste jaar achteruit is gegaan. Bovendien rapporteren niet-Belgen of mensen geboren buiten België vaker dat ze hun gezondheid negatief ervaren.
- Er is een negatieve samenhang tussen het opleidings- of inkomensniveau en de gezondheidsbeleving: de bevolking in een lagere socio-economische bevolkingsgroep ervaart zijn gezondheid als minder goed.
- De bevolking in het Vlaams Gewest ervaart zijn gezondheid positiever in vergelijking met het Brussels en Waals Gewest. In het Vlaams Gewest beschrijft 82% van de bevolking zijn gezondheid als goed tot zeer goed. In het Brussels Gewest is dit 75% en in het Waals Gewest 73%. Dit verschil blijft na correctie voor leeftijd, geslacht, opleidings- en inkomstenniveau en tabaksgebruik.

### 5.3.2. Ziekte en chronische aandoeningen

- In het Vlaams Gewest komen ziekten of chronische aandoeningen (verder genoemd aandoeningen) voor in 46% van de bevolking. 22% heeft minstens 2 aandoeningen (co-morbiditeit); in het Brussels Gewest is dit respectievelijk 55% en 35%. Vrouwen hebben frequenter co-morbiditeit dan mannen. De prevalentie van aandoeningen, en meer specifiek, de prevalentie van co-morbiditeit neemt sterk toe



met de leeftijd. Na de leeftijd van 65 jaar heeft in het Vlaams Gewest bijna de helft van de bevolking (45%) minstens 2 chronische aandoeningen. In het Brussels Gewest is dit meer dan 60%.

- De aandoeningen die het vaakst worden gerapporteerd zijn aandoeningen van het bewegingsstelsel (vnl. gewrichtsslijtage en langdurige rugklachten), hart- en vaataandoeningen (vnl. hoge bloeddruk) en allergie. Bij vrouwen is er ook nog migraine. In tegenstelling tot de oorzaken van sterfte zijn aandoeningen van het bewegingsstelsel zeer belangrijk als oorzaak van morbiditeit.
- Roken heeft een duidelijk negatieve invloed op de prevalentie van co-morbiditeit. Rokers hebben frequenter aandoeningen en co-morbiditeit. Deze informatie onderschrijft de impact van het rookgedrag op de volksgezondheid
- Er is een samenhang tussen het vóórkomen van co-morbiditeit en het vóórkomen van de ernst van beperkingen.
- In het Vlaams Gewest is er een negatieve samenhang tussen opleidings- en inkomensniveau en de aanwezigheid van aandoeningen of co-morbiditeit
- Mensen die hun gezondheid als goed tot zeer goed ervaren, rapporteren minder aandoeningen.
- Het vóórkomen van aandoeningen is verschillend volgens Gewest. De prevalentie van co-morbiditeit is het laagst in het Vlaams Gewest. Binnen het Vlaams Gewest bestaan er ook verschillen tussen de provincies.
- Met uitzondering van migraine en gewrichtsslijtage (bij mannen) worden mensen met een aandoening in de regel opgevolgd door een arts. Frequent voorkomende aandoeningen, zoals o.a. hoge bloeddruk, astma, chronische bronchitis en CARA, worden eerder enkel door de huisarts alleen opgevolgd. Ernstige hartkwaal of hartinfarct worden in de regel door de huisarts en de specialist samen opgevolgd.
- Er is een hoog geneesmiddelengebruik (in 80% van de personen met de aandoening) bij een ernstige hartkwaal of hartinfarct, bij astma, chronische bronchitis en CARA en bij suikerziekte.

### 5.3.3. Langdurige lichamelijke beperkingen

Chronische ziekten of langdurige aandoeningen hebben grote gevolgen voor de kwaliteit van het leven. In deze paragraaf worden de gevolgen van aandoeningen op het lichamenlijk functioneren beschreven. Dit gebeurt via meerdere indicatoren : de SF36-score voor lichamenlijk functioneren, het vóórkomen van handicap in mobiliteit, de prevalentie van beperkingen, last hebben van langdurige ziekten, aandoeningen of handicap en de officiële erkenning van invaliditeit of handicap. Daarnaast worden hier ook de kortdurende functiebeperkingen omwille van acuut ziek zijn besproken. De gegevens beperken zich tot de bevolking van 15 jaar en ouder tenzij anders vermeld.

- In het Vlaams Gewest zou de bevolking, 15 jaar en ouder, uit een lijst van 10 lichamelijke functies (de SF36-score), gemiddeld beperkte moeilijkheden hebben om 1 tot 2 functies uit te voeren.
- In tegenstelling tot de definitie van beperkingen wordt aan het begrip handicap ook een sociale dimensie gegeven. Handicap in mobiliteit komt voor in 3% van de bevolking. 2 % is matig gehandicapt of de persoon kan zich enkel maar verplaatsen in zijn eigen omgeving zoals zijn huis en/of tuin. 1% heeft een ernstige handicap in mobiliteit, d.w.z. dat deze mensen ofwel voortdurend in de zetel moeten blijven of bedlegerig zijn.
- De prevalentie van beperkingen is 16%. Daarvan is 81% een matige beperking (prevalentie 13%) en 19% een ernstige beperking (prevalentie 3%).
- 23% van de bevolking zegt last te hebben van één of meerdere langdurige ziekte of aandoeningen. Bij 22% van hen stoort hen dat voortdurend in hun dagelijkse bezigheden en 12% van hen is hierdoor af en toe tot zelfs voortdurend bedlegerig.
- 4% van de bevolking rapporteert dat ze een officieel erkende invaliditeit of handicap heeft met een gemiddelde graad van invaliditeit van 53%.
- Ten gevolge van acuut lichamenlijk ziek zijn is het aantal dagen op jaarbasis met kortdurende functiebeperkingen gemiddeld 18 dagen waarvan 3 dagen in bed. Omwille van emotionele of mentale problemen is dit 5 dagen waarvan 2 dagen in bed.

- In het Brussels Gewest heeft de bevolking, 15 jaar en ouder, uit een lijst van 10 lichamelijke functies (de SF36-score) gemiddeld beperkte moeilijkheden om minstens 2 functies uit te voeren of ernstige beperkingen om één functie te doen.
- Handicap in mobiliteit komt voor in 6% van de bevolking. 3 % is matig gehandicapt en 3% heeft een ernstige handicap in mobiliteit.
- De prevalentie van beperkingen is 22%. Daarvan is 64% een matige beperking (prevalentie 14%) en 36% een ernstige beperking (prevalentie 7%).
- 26% van de bevolking zegt last te hebben van één of meerdere langdurige ziekte of aandoeningen. Bij 22% van hen stoort hen dat voortdurend in hun dagelijkse bezigheden en 23% van hen is erdoor af en toe tot zelfs voortdurend bedlegerig.
- 6% van de bevolking rapporteert dat ze een officieel erkende invaliditeit of handicap heeft met een gemiddelde graad van invaliditeit van 64%.
- Ten gevolge van acuut lichamelijk ziek zijn is het aantal dagen op jaarbasis met kortdurende functiebeperkingen gemiddeld 20 dagen waarvan 8 dagen in bed. Omwille van emotionele of mentale problemen is dit 6 dagen waarvan 4 dagen in bed.
- In de regel zijn de gevolgen van aandoeningen op het lichamelijk functioneren meer uitgesproken bij vrouwen in vergelijking met mannen. De verschillen zijn niet steeds statistisch significant. In het Vlaams Gewest is de prevalentie van handicap in mobiliteit 4% bij vrouwen en minder dan 2% bij mannen en is de prevalentie van beperkingen respectievelijk 18% en 14%. Er is echter geen verschil in het rapporteren van het hebben van last van aandoeningen en in de prevalentie van officieel erkende invaliditeit. Vrouwen hebben ook wat meer dagen met kortdurende functiebeperkingen door acuut ziek zijn. In het Brussels Gewest is vóórkomen van officieel erkende invaliditeit of handicap hoger bij mannen.
- Naarmate de leeftijd toeneemt is er ook een toename in de prevalentie van de gevolgen van aandoeningen op het lichamelijk functioneren en in het aantal dagen met kortdurende functiebeperkingen omwille van lichamelijke problemen.
- Stoornissen in de gehoorfunctie (7%) en beperkingen in de mobiliteit (4%) zijn de twee voornaamste oorzaken van beperkingen in de bevolking 15 jaar en ouder en in de bevolking 65 jaar en ouder (respectievelijk 21% en 24%) in het Vlaams Gewest. In het Brussels Gewest is de prevalentie in de leeftijd 15 jaar en ouder respectievelijk 7% en 8% en op oudere leeftijd 19% en 31%.
- Er is heel vaak een negatieve samenhang tussen zowel het opleidings- als het inkomensniveau en de verschillende indicatoren van langdurige functiebeperkingen. De verschillen zijn echter niet steeds statistisch significant. Zo is, in het Vlaams Gewest, de SF-36 score lager in de lagere opleidings- en inkomensgroepen. Na correctie voor leeftijd en geslacht gaat tussen de laagste en de hoogste opleidingscategorie de prevalentie van handicap in mobiliteit van 4% naar 2%; voor de prevalentie van beperkingen is dit van 25% naar 17%. Naar inkomensniveau is de prevalentie van handicap in mobiliteit 11% in de laagste en 2% in de hoogste inkomensgroep, de prevalentie van beperkingen is respectievelijk 22% en 13%. Daarnaast is het gemiddeld aantal dagen met kortdurende functiebeperkingen ook groter in de laagste socio-economische bevolkingsgroepen. In het Brussels Gewest zijn de socio-economische verschillen gelijkaardig.
- Er is een duidelijke samenhang tussen de gezondheidsbeleving en langdurige functiebeperkingen. Deze komen heel wat frequenter voor in de populatie die hun gezondheid als zeer slecht tot redelijk ervaart.
- De samenhang tussen het rookgedrag en de indicatoren voor langdurige functiebeperkingen is niet éénduidend. Zo hebben zware rokers een lager SF36-score in vergelijking met nooit rokers. Zware rokers in het Vlaams Gewest rapporteren ook meer last te hebben van langdurige ziekten. Geen van die associaties is statistisch significant. Er is echter geen associatie tussen de rookgewoonte en de prevalentie van handicap in mobiliteit en de prevalentie van beperkingen of het vóórkomen van officieel erkende invaliditeit of handicap. In het Brussels Gewest is de prevalentie van beperkingen het hoogst bij zware rokers.
- Er zijn aanwijzingen voor regionale verschillen in het voorkomen van langdurige beperkingen. Deze verschillen zijn voor al de indicatoren niet steeds even sterk uitgesproken of statistisch significant. In de

regel komen langdurige beperkingen het minst vaak voor in het Vlaams Gewest. Kortdurend functiebeperkingen door acuut ziek zijn, komen daarentegen het minst voor in het Waals Gewest.

- Er zijn geen statistische aanwijzing voor regionale verschillen binnen het Vlaams Gewest ook al is de prevalentie van beperkingen in de provincie Limburg (24%) iets hoger dan in de rest van Vlaanderen (20%)

### 5.3.4. Gezondheidsklachten

In de Gezondheidsenquête wordt, bij de bevolking 15 jaar en ouder, gepeild naar klachten waarvoor heel vaak geen beroep wordt gedaan op een arts of een andere gezondheidswerker. Het gaat hierbij zowel om typische en vaak vage psycho-somatische klachten die dikwijls een uiting zijn van een algemeen lichamenlijk onbehagen als om lichamenlijke pijn.

- Respondenten werden gevraagd om aan te geven of ze aan een of meerdere klachten lijden uit een lijst van 23 klachten (VOEG-vragenlijst). Gemiddeld worden in het Vlaams Gewest 4,9 klachten en in het Brussels Gewest 6,9 klachten gemeld. 17% van de bevolking in het Vlaams Gewest rapporteert geen enkele klacht tegen 10% in het Brussels Gewest. In beide Gewesten melden vrouwen gemiddeld meer gezondheidsklachten dan mannen (Vlaams Gewest: respectievelijk 5,7 klachten en 4,3 klachten, Brussels Gewest : respectievelijk 7,5 en 6,2 klachten). Zoals verwacht, hangt het vóórkomen van gezondheidsklachten samen met de perceptie van de algemene gezondheid. Personen die de eigen gezondheid als zeer goed tot goed inschatten, hebben significant minder gezondheidsklachten dan personen die de eigen gezondheid als zeer slecht tot redelijk ervaren. Personen die nog nooit gerookt hebben rapporteren significant minder gezondheidsklachten dan ex-rokers, matige rokers en - vooral - zware rokers.
- De meest frequent voorkomende klachten zijn klachten van moeheid, nerveuze klachten en klachten i.v.m. het bewegingsstelsel.
- De verschillende klachten komen meer frequent voor bij vrouwen, met uitzondering van allergische klachten, hoofdpijn en hoesten waar er geen verschil is volgens geslacht.
- Klachten die vooral toenemen met de leeftijd zijn klachten in de hartstreek en klachten van het bewegingsstelsel.
- In het Vlaams Gewest hebben rokers meer hoestklachten. In het Brussels Gewest hebben ze meer moeheid, nerveuze klachten, klachten in de hartstreek en van het bewegingsstelsel.
- Het gemiddeld aantal aangegeven klachten is het laagst in het Vlaams Gewest (5 klachten) tegen 7 klachten in het Brussels en in het Waals Gewest.
- In het Vlaams en Brussels Gewest geven vrouwen (Vlaams Gewest: SF36-score 76, Brussels Gewest: SF36-score 72) meer dan mannen (respectievelijk 82 en 76) aan zich gehinderd te voelen door lichamenlijke pijnen bij het uitoefenen van hun activiteiten. Ouderen stellen meer dan jongeren gehinderd te worden door lichamenlijk pijnen. Er is een negatieve samenhang tussen enerzijds het opleidings- en inkomensniveau en anderzijds het gehinderd zijn door lichamenlijk pijnen in het uitoefenen van de normale activiteiten.
- De bevolking in het Vlaams Gewest (SF36-score 79) geven minder frequent aan dat ze zich gehinderd voelt door lichamenlijke pijn bij het uitoefenen van hun activiteiten in vergelijking met de bevolking in het Brussels Gewest.

Tabel 5.1 *Gezondheidsklachten (in %) in de Vlaamse Gemeenschap\*, Gezondheidsenquête, België, 1997.*

	Vlaams Gewest	Brussels Gewest
Moeheidsklachten	48	67
Nerveuze klachten	43	52
Klachten bewegingsstelsel	39	56
Allergische klachten	35	35
Hoofdpijn	31	40
Maagklachten	27	38
Klachten hartstreek	23	43
Hoesten	15	16

\* : 15 jaar en ouder

### 5.3.5. Nutritionele status

De Body Mass Index (BMI) is een eenvoudige manier om het relatief lichaamsgewicht te berekenen, d.w.z. het gewicht volgens de lengte. Het wordt bekomen door het gewicht in kilogram te delen door de lengte in meters tot het kwadraat ( $G/L^2$ ). Vanaf de leeftijd van 18 jaar, dit is in de regel na de groei, is de BMI bruikbaar als indicator voor de evaluatie van het lichaamsgewicht en is het mogelijk om absolute drempelwaarden te definiëren voor het geheel van de bevolking.

- In het Vlaams Gewest heeft 31% van de bevolking van 18 jaar en ouder een overgewicht ( $25 \leq \text{BMI} < 30$ ) en is 10% zwaarlijvig ( $\text{BMI} \geq 30$ ). Slechts 48% van de bevolking heeft een normaal gewicht ( $20 \leq \text{BMI} < 25$ ). In het Brussels Gewest zijn deze cijfers respectievelijk 26%, 9% en 52%.
- De BMI neemt geleidelijk toe in functie van de leeftijd. In het Vlaams Gewest daalt de BMI met de toename van het opleidings- en inkomensniveau. Zwaarlijvigheid komt duidelijk minder voor naarmate het opleidings- en inkomensniveau hoger is.
- Personen die zich niet gezond voelen en ex-rokers lijden vaker aan zwaarlijvigheid.
- Er zijn relatief minder zwaarlijvigen in het Vlaams en Brussels Gewest (10%) dan in het Waals Gewest (14%).
- Ondergewicht ( $\text{BMI} < 20$ ) komt nogal frequent voor bij vrouwen (16% in Vlaanderen en 18% in Brussel) en is veel zeldzamer bij de mannen (respectievelijk 5 en 7%).
- 64% van de bevolking in het Vlaams Gewest en 58% van de Brusselaars let op zijn lichaamsgewicht en probeert ofwel om dit stabiel te houden, ofwel om te vermageren. Vrouwen proberen vaker hun gewicht op peil te houden of te vermageren (73% in Vlaanderen, 67% in Brussel) maar ook bij mannen is dit percentage aanzienlijk (respectievelijk 56% en 48%).
- De wens om te vermageren hangt niet steeds samen met de aanwezigheid van overgewicht : in het Vlaams Gewest wenst 8% van de personen met een ondergewicht nog te vermageren; dit geldt voor 12% van de personen met een BMI binnen de grenzen van het normale. Daarentegen geeft 16% van de zwaarlijvigen en 18 tot 24% van de personen met een overgewicht aan niet te willen vermageren, noch hun gewicht op peil te willen houden. In het Brussels Gewest probeert 6% van de mensen met

een ondergewicht en 21% van diegenen met een normaal gewicht te vermageren; 29% van de zwaarlijvigen proberen noch te vermageren, noch hun gewicht op peil te houden.

- Nagenoeg alle personen die wensen te vermageren geven aan een dieet te volgen. In het Vlaams Gewest probeert 38% en in het Brussels Gewest 27% te vermageren door meer lichaamsbeweging te doen. Zowel in het Vlaams als in het Brussels Gewest doet men nagenoeg geen beroep op groepsmethodes om te vermageren (1,4% en 2% respectievelijk). De 3 aangehaalde methodes zijn deze methodes die doorgaans aanbevolen worden aan personen die een overgewicht hebben en wensen te vermageren. Opgemerkt dient te worden dat 18% van de personen in het Vlaams Gewest die wensen te vermageren hiervoor commerciële afslankingsprodukten gebruikt en 20% vast. In het Brussels Gewest bedragen deze percentages respectievelijk 16 en 20%.
- In de meerderheid van de gevallen (80%) komt het initiatief om een dieet te volgen van de persoon zelf. In het geval dat dit gebeurt op aanraden van een arts is het vaker een huisarts (24% in Vlaanderen en 20% in Brussel) dan een specialist (8% en 9% respectievelijk). Naarmate de persoon ouder is of het opleidings- en inkomensniveau lager is, is het vaker de arts die aanraadt om te vermageren.
- Overgewicht en zwaarlijvigheid komen vaker voor bij de lagere socio-economische bevolkingsgroepen (opleiding, inkomen). Het zijn ook deze groepen die het minst letten op hun gewicht. Indien ze dat toch doen geven ze vaker aan niet aanbevolen of duurdere vermageringsmethodes te gebruiken, zoals commerciële preparaten. Ook het overslaan van maaltijden komt er vaker voor.
- De meest begunstigde socio-economische groepen proberen vaker te vermageren, zelfs wanneer er geen overgewicht is.

### 5.3.6. Tandhygiëne

- In het Vlaams Gewest geeft 11% van de bevolking, 15 jaar en ouder, aan niet over een eigen gebit meer te beschikken, 9% van de bevolking heeft een volledig kunstgebit en 26% heeft een onvolledig kunstgebit of een tandprothese. In het Brussels Gewest bedragen deze percentages respectievelijk 10%, 7% en 25%.
- Voor wat betreft het hebben van een eigen gebit is er geen verschil tussen mannen en vrouwen. In het Vlaams Gewest hebben vrouwen echter vaker een tandprothese dan mannen. Dit is niet het geval in het Brussels Gewest.
- De categorie personen zonder gebit wordt vooral belangrijk vanaf de leeftijd van 55 jaar : in de leeftijdsgroep van 55-64 jaar gaat het in het Vlaams Gewest om 26%, in de leeftijdsgroep 65-74 jaar om 42% en bij 75-plussers om 52% van de bevolking. In het Brussels Gewest bedragen deze percentages respectievelijk 10%, 31% en 45%. De categorie personen met een volledig kunstgebit is vooral belangrijk in de leeftijdsgroep 65-74 jaar (41% in het Vlaams Gewest, 23% in het Brussels Gewest) en ouder dan 75 jaar (47% in het Vlaams Gewest, 39% in het Brussels Gewest). In de leeftijdsgroep 35-44 jaar heeft reeds 26% van de bevolking in het Vlaams Gewest en 23% van de bevolking in het Brussels Gewest een onvolledig kunstgebit of tandprothese.
- In het Vlaams Gewest hebben personen met een laag opleidings- en inkomensniveau in de regel vaker geen eigen gebit meer. In het Brussels Gewest is het percentage personen zonder eigen gebit ook kleiner bij personen met een hogere opleiding. Voor het hebben van een kunstgebit of deelprothese wordt geen socio-economische gradiënt waargenomen.
- Roken heeft een negatieve invloed op het gebit. Zware rokers hebben vaker geen eigen gebit. Ze hebben vaker een kunstgebit of deelprothese in vergelijking met niet rokers.
- Belangrijke verschillen in de prevalentie van personen zonder eigen gebit en de prevalentie van het hebben van een kunstgebit of tandprothese tussen de 3 gewesten worden niet waargenomen.

### 5.3.7. Geestelijke gezondheid

Psychische gezondheidsproblemen geven een hoge belasting op het welzijn van de bevolking en op de kwaliteit van het leven. De ernst en het vóórkomen van deze problemen werd nagegaan in de bevolking 15 jaar en ouder aan de hand van 4 indicatoren. De eerste twee indicatoren worden bepaald d.m.v. de General Health Questionnaire score : de GHQ12-score als maat voor de ernst van het psychisch onwelbevinden in de populatie en de prevalentie van psychische morbiditeit (verder genoemd psychische gezondheidsproblemen) door de GHQ12-score te dichotomiseren d.m.v. een drempelwaarde (twee groepen : [0-1] en [2-12]). De andere twee indicatoren zijn de prevalentie van zelfgerapporteerde depressie in het laatste jaar en het gebruik van voorgeschreven psychotrope geneesmiddelen (antidepressiva, kalmeermiddelen en slaapmiddelen) in de laatste twee weken voor de bevraging.

- Psychisch onwelbevinden komt frequent voor in de bevolking van 15 jaar en ouder. Zo zijn er in het Vlaams Gewest aanwijzingen voor psychische gezondheidsproblemen in 28% van de bevolking. 5% van de bevolking heeft een depressie gehad in het laatste jaar en 7% nam voorgeschreven psychotrope geneesmiddelen. In het Brussels Gewest zijn deze cijfers respectievelijk 37%, 8% en 11%.
- Zowel de ernst als het vóórkomen van psychisch onwelbevinden is groter in de vrouwelijke bevolking. De verschillen worden geobserveerd voor alle indicatoren en zijn statistisch significant. Zo rapporteren vrouwen in het Vlaams Gewest 1,7-maal meer depressie in vergelijking met mannen en is het gebruik van psychotropica bij hen 2,5-maal hoger. De verschillen volgens geslacht zijn in het Brussels Gewest echter niet statistisch significant.
- Het gebruik van voorgeschreven psychotrope geneesmiddelen neemt sterk toe met de leeftijd. Deze trend volgt niet de evolutie van de prevalentie van psychische gezondheidsproblemen of van depressie met de leeftijd. Na de leeftijd van 65 jaar neemt in het Vlaams Gewest minstens 31% van de vrouwelijke bevolking psychotrope geneesmiddelen. Bij mannen is dit minstens 11%. In het Brussels Gewest zijn deze cijfers respectievelijk 24% en 13%. Op deze oude leeftijd worden in de eerste plaats slaapmiddelen genomen.
- In de regel zijn er aanwijzingen dat de ernst en het vóórkomen van psychisch onwelbevinden hoger is in de lagere opleidings- en inkomensniveaus. Enkel de samenhang tussen het opleidingsniveau en de prevalentie van depressie is statistisch significant in het Vlaams Gewest.
- Problemen van geestelijke gezondheid zijn duidelijk minder frequent bij de bevolking die hun gezondheid als goed of zeer goed ervaart.
- De prevalentie van psychische gezondheidsproblemen en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen is het laagst bij niet rokers in vergelijking met rokers en dit vooral met zware rokers.
- Psychische gezondheidsproblemen komen frequenter voor bij mensen die ofwel nooit alcohol drinken ofwel bij zij die minstens 3-maal per week 6 alcoholische consumptie per dag drinken. Het verschil in prevalentie tussen zware drinkers en matige drinkers (nooit meer dan 6 glazen per dag) in het Brussels Gewest is statistisch significant.
- Er zijn aanwijzingen dat de ernst en de frequentie van het psychisch onwelbevinden het laagst is in het Vlaams Gewest. Bijvoorbeeld, de prevalentie van psychische gezondheidsproblemen is 28% in het Vlaams Gewest in vergelijking met respectievelijk 37% en 35% in het Brussels en Waals Gewest. Binnen het Vlaams Gewest zijn er echter verschillen tussen de provincies onderling. De hoogste prevalentie van psychische gezondheidsproblemen wordt geobserveerd in de provincie Limburg, de laagste in de provincie West-Vlaanderen.

### 5.3.8. Sociale gezondheid

Ondanks het feit dat algemeen erkend wordt dat sociale gezondheid, naast lichamelijke en psychische gezondheid, een volwaardige dimensie is van het begrip 'gezondheid', bestaat er weinig eenduidigheid wat ermee bedoeld wordt en hoe het geïndiceerd kan worden. De volgende domeinen komen aan bod in de gezondheidsenquête:

- de aanwezigheid en kwantiteit van sociale relaties ;
  - de appreciatie van sociale relaties ;
  - de functionele inhoud van sociale relaties.
  - de invloed van lichamelijke gezondheid en emotionele problemen op de omgang met anderen
- 
- Het percentage van de bevolking (personen van 15 jaar of ouder) dat aangaf hooguit eenmaal per maand contact te hebben met verwanten, kinderen, vrienden of kennissen is hetzelfde in het Vlaams als in het Brussels Gewest : 10%. Deze proportie ligt significant hoger bij personen die hun eigen gezondheid negatief inschatten (Vlaams Gewest 12%, Brussels Gewest 15%).
  - In het Vlaams en het Brussels Gewest zijn er significant meer personen met een (zeer) beperkt aantal sociale relaties (maximaal eenmaal per maand tot helemaal nooit contact met verwanten, vrienden,....).
  - 5% van de bevolking van het Vlaams Gewest en 8% van de Brusselse bevolking beoordeelt de eigen sociale contacten als vrij of echt onbevredigend. Ook hier ligt deze proportie hoger bij de personen die hun eigen gezondheid negatief ervaren (Vlaams Gewest 11%, Brussels Gewest 16%).
  - 12% van Vlaamse bevolking en 17% van de Brusselse bevolking gaf aan bij (emotionele) problemen niet te kunnen rekenen op burens, vrienden of familie. Bij personen met een negatieve gezondheidsbeleving ligt deze proportie hoger (Vlaams Gewest: 18%, Brussels Gewest: 24%). In vergelijking met de twee overige Gewesten geven inwoners van het Brussels Gewest significant meer aan bij (emotionele) problemen op niemand te kunnen rekenen.
  - Vrouwen worden significant meer gehinderd door lichamelijke of emotionele problemen in hun normale contacten met anderen. Dergelijke problemen worden ook meer gemeld in de bevolking met een negatieve gezondheidsbeleving. Er is een uitgesproken samenhang tussen de gezondheidsbeleving en de sociale gezondheid. Personen die hun gezondheid als zeer slecht, slecht of redelijk omschrijven, hebben ook een negatieve kijk op de eigen sociale gezondheid.
  - Inwoners van het Vlaams Gewest in vergelijking de inwoners van de overige gewesten geven significant minder aan dat ze door lichamelijke of emotionele problemen gehinderd zijn in hun contact met anderen.

## 5.4. Leefstijl en Preventie

### Samenvatting

**Rookgedrag.** Nog steeds rookt één derde van de bevolking van 15 jaar en ouder. Ongeveer één derde van rokers rookt meer dan 20 sigaretten per dag (zware rokers). Mannen roken meer dan vrouwen. Ook jongeren (15 tot 19 jaar) blijven roken (34% van de jongens en 22% van de meisjes in het Vlaams Gewest en respectievelijk 34% en 32% in het Brussels Gewest). In deze leeftijdsgroep zijn ongeveer een derde van de jongens die roken zware rokers. Roken komt meer voor in de lagere socio-economische bevolkingsgroepen.

**Gebruik van alcohol.** 18% van de bevolking, 15 jaar en ouder in het Vlaams en 15% in het Brussels Gewest drinkt tenminste eens per maand 6 of meer glazen op één dag. Bij jongeren tussen de 15 en 19 jaar gaat het om respectievelijk 15% en 10%. Het gemiddeld alcoholgebruik is respectievelijk 6 glazen en 5 glazen per week per persoon. Alcoholgebruik neemt toe in functie van socio-economische klasse. Rokers gebruiken doorgaans meer alcohol dan niet rokers. Het percentage van de bevolking dat tijdens het weekend gewoonlijk alcohol drinkt is hoger in het Vlaams Gewest (62%) in vergelijking met het Brussels (48%) en het Waals (51%) Gewest.

**Lichamelijke activiteit tijdens de vrije tijd.** Van de bevolking, 15 jaar en ouder, heeft ongeveer één derde in het Vlaams Gewest en 41% in het Brussels Gewest onvoldoende lichaamsbeweging tijdens de vrije tijd. Dit sedentarisme is hoger in de laagste socio-economische bevolkingsgroepen en bij zware rokers die aldus meerdere risicofactoren combineren. Het gebrek aan lichamelijke activiteit tijdens de vrije tijd is het laagst in het Vlaams Gewest in vergelijking met de twee andere Gewesten.

**Vaccinatie.** In het Vlaams Gewest is de vaccinatiegraad bij de bevolking 15 jaar en ouder voor tetanos 63%. In het Brussels Gewest is dit 70%. De vaccinatiegraad bij de doelgroep voor griep is respectievelijk 34% en 32%. De vaccinatiegraad voor rubella is bij vrouwen 15 tot 54 jaar 75% in het Vlaams en 63% in het Brussels Gewest. Redenen om zich niet te laten vaccineren zijn doorgaans onvoldoende informatie, twijfel aan de doeltreffendheid of nalatigheid en voor rubella verworven immuniteit.

**Kennis en houding t.o.v. AIDS-HIV.** De kennis van de overdrachtswijze van het HIV-virus is nog steeds onvoldoende : minder dan een derde van de bevolking van 15 jaar en ouder weet dat HIV in de Vlaamse Gemeenschap niet kan overgedragen worden via bloedtransfusie. Slechts ongeveer 50% van de bevolking weet welke beschermingsmethodes onveilig zijn. Een grote meerderheid van de bevolking (73% in het Vlaams en 65% in het Brussels Gewest) heeft een discriminerende houding tegenover seropositieve personen en/of AIDS-patiënten. 17% van de bevolking, van 15 jaar en ouder, in het Vlaams Gewest en één derde in het Brussels Gewest liet reeds een HIV-test uitvoeren, waarvan meer dan de helft op eigen initiatief. In de leeftijdsgroep tussen 25 en 44 jaar is dit zelfs respectievelijk ongeveer een vierde en de helft. Rekening houdend met de lage prevalentie van seropositieven in België zijn deze laatste cijfers enorm hoog.

**Voedingsgewoonten.** Bijna 90% van de bevolking heeft dagelijks een ontbijt. 86% heeft dagelijks een warme maaltijd. In het Vlaams Gewest eet 48% minder dan 2 porties groenten of fruit per dag. In het Brussels Gewest is dit 55%. In het Vlaams Gewest gebruikt 22% dagelijks boter op het brood. In het Brussels Gewest is dit 40%. Respectievelijk 40% en 58% heeft de voorkeur aan vezelarm brood. De minst goede voedingsgewoonten komen voor in de bevolkingsgroepen met de laagste opleidings- en inkomensniveau, bij zware rokers en in de leeftijdsgroep 25-44 jaar.



## Gezondheid van moeder en kind

**Opvolging van de zwangerschap.** De opvolging van de zwangerschap is in de Vlaamse Gemeenschap is over het algemeen redelijk tot goed, maar zou nog kunnen verbeteren. Slechts 1% (Vlaams Gewest) en 3% (Brussels Gewest) van de zwangerschappen wordt onvoldoende opgevolgd. Anderzijds is de opvolging slechts optimaal in net geen twee derde van de zwangerschappen. In het Vlaams en Brussels Gewest gebeurt de opvolging van de zwangerschap nagenoeg steeds door een arts-specialist. De rol van K&G is marginaal.

**Opvolging van de zuigeling.** In het Vlaams Gewest krijgt slechts 10% van de pasgeborenen geen huisbezoek van K&G. In het Brussels Gewest is dit bijna de helft. Meer dan 40% van de kinderen wordt opgevolgd door K&G. In het Vlaams Gewest wordt de huisarts relatief meer geconsulteerd dan de specialist. In het Brussels Gewest is dit omgekeerd.

**Borstvoeding.** 60% van de vrouwen in het Vlaams Gewest en 75% in het Brussels Gewest start met borstvoeding. Aan 3 maanden geeft nog respectievelijk 32% en 44% borstvoeding. Moeders die roken (1 op 5 vrouwen) geven minder lang borstvoeding dan zij die niet roken.

**Slaapomgeving van het jonge kind.** Slechts 1 op drie in het Vlaams en 1 op 4 zuigelingen in het Brussels Gewest heeft een slaapomgeving dat een minimaal risico op wiegedood garandeert.

**Cardio-vasculaire preventie.** Opsporing van hoge bloeddruk komt vrij algemeen voor en neemt toe met de leeftijd. Ook in de leeftijdsgroep 15-24 jaar blijkt de bloeddruk tijdens de afgelopen 5 jaar meer dan 85% gecontroleerd te zijn.

**Kankerpreventie.** 45% in het Vlaams en 6 op 10 vrouwen in het Brussels Gewest van de doelgroep (50 tot 70 jaar) hebben zich de afgelopen 2 jaar laten screenen voor borstkanker via een mammografie. Er zijn aanwijzingen dat een aantal vrouwen zich zelfs jaarlijks laat screenen. 73% in het Vlaams Gewest en eveneens 6 op 10 vrouwen in het Brussels Gewest van de doelgroep (25 tot 64 jaar) hebben de afgelopen 3 jaar een uitstrijkje laten nemen. Verschillen in borstkankerscreening via mammografie naargelang de socio-economische categorie worden niet waargenomen. Het nemen van een uitstrijkje komt wel meer voor in de hogere socio-economische bevolkingsgroepen.

**Ongevallen.** 4% (Vlaams Gewest) en 6% (Brussels Gewest) van de personen van 15 jaar en ouder geeft aan tijdens de afgelopen twee maanden een ongeval te hebben gehad : ongeveer 1 op 4 ongevallen gebeurt in het huishouden en ongeveer 1 op 10 is een verkeersongeval. Eén derde van de bevolking geeft aan vooraan in de wagen nooit of enkel af en toe een autogordel te dragen; achteraan is dit zelfs 70%. 40% (Vlaams Gewest) en 57% (Brussels Gewest) van de bevolking kent het maximum toegelaten alcoholgehalte in het bloed bij het autorijden niet.

### 5.4.1. Rookgedrag

Het roken is één van de voornaamste risicofactoren voor longkanker, ischemische hartziekten, en chronische ademhalingsaandoeningen. Eén van de gezondheidsdoelen van de Vlaamse Gemeenschap is het tabaksgebruik sterk te verminderen.

- Van de bevolking 15 jaar en ouder heeft 47% in Vlaams Gewest en 45% in Brussel Gewest nooit gerookt. Eén derde van de bevolking in het Vlaams (29%) en in het Brussels Gewest (33%) rookt. Ongeveer een derde van hen (9% in het Vlaams en 12% in het Brussels Gewest) rookt 20 sigaretten

of meer per dag (zware rokers). In de loop van de 2 jaar voor de bevraging is 12% van de rokers (5% van de bevolking) gestopt met roken en ongeveer 30% van de rokers heeft zijn gebruik verminderd.

- Mannen roken meer (Vlaams Gewest: 36%, Brussels Gewest : 38%) dan vrouwen (respectievelijk 22% en 29%). Er zijn meer zware rokers onder de mannelijke rokers.
- Eén derde van de jongeren 15 tot 19 jaar rookt reeds. In het Vlaams Gewest is 8% van de jongens in deze leeftijdsgroep een zware rokers; in het Brussels Gewest is dit 12%. Bij meisjes is dit respectievelijk 2% of minder. Het percentage van zware rokers stijgt tot 16% (Vlaams Gewest) en 20% (Brussels Gewest) in de leeftijdsgroep 35-44 jaar.
- Het percentage rokers en zware rokers is kleiner in de hogere opleidings- en inkomensniveaus. Er is geen relatie tussen de wijziging van het rookgedrag en de socio-economische status.
- Er is een groter percentage rokers en zware rokers onder de personen die hun gezondheid negatief ervaren. Er is echter geen relatie met het veranderen van het rookgedrag.
- Het percentage rokers is hoger in het Brussels (33%) en Waals Gewest (32%) in vergelijking met het Vlaams Gewest (29%). Na standaardisatie voor leeftijd en geslacht is het verschil slechts uitgesproken tussen het Brusselse en het Vlaamse Gewest. Er bestaat geen verschil tussen de Gewesten m.b.t. rookstop of de verandering van de rookgewoonten.
- De voornaamste redenen, die de personen die succesvol gestopt zijn met roken, aangeven zijn de vrees voor de negatieve gevolgen van het tabaksgebruik voor hun gezondheid, een ziekte en de invloed van de omgeving. De invloed van de omgeving en een financiële motivatie worden vaker aangehaald door zij die (zonder succes) hebben geprobeerd te stoppen met roken.

## 5.4.2. Gebruik van alcohol

- De gevolgen van alcoholgebruik voor de gezondheid zijn enerzijds acuut door alcohol intoxicatie (ongevallen, absentieïsme, agressief gedrag...) en anderzijds chronisch zoals o.a. cirrose, neurologische problemen, psychosociale problemen, ... . Er zijn heel wat methodologische problemen om de prevalentie van het alcoholgebruik te meten. Er is o.a. een selectiefout gezien niet kan worden uitgesloten dat zware gebruikers moeilijker te bereiken zijn. Verder kan er ook een rapportering zijn naar een sociaal aanvaarde norm van alcoholgebruik.
- 86% van de bevolking, 15 jaar en ouder, in het Vlaams en 76% in het Brussels Gewest heeft in de loop van de laatste 12 maanden minimum één alcoholische drank gedronken. 62% in het Vlaams en 48% in het Brussels Gewest drinkt gewoonlijk tijdens het weekend en respectievelijke 30% en 29% drinkt gewoonlijk tijdens de week. Respectievelijk 18% en 15% drinkt minimum 1 keer per maand zes glazen alcohol of meer op 1 dag en 7% en 9% drinkt dagelijks alcohol. Het gemiddelde aantal glazen per week per persoon is 6,2 in het Vlaams en 5,1 in Brussels Gewest.
- Deze cijfers zijn hoger bij de mannen dan bij de vrouwen: slechts 6% (Vlaams Gewest) en 8% (Brussels Gewest) van de vrouwen drinken minimum één keer per maand 6 glazen alcohol op 1 dag tegenover respectievelijk 31% en 23%. Het gemiddeld alcoholverbruik per week ligt bij mannen (9,2 glazen in het Vlaams en 6,8 glazen in het Brussels Gewest) dubbel of zelfs tot drie keer zo hoog als bij vrouwen (3,2 glazen in het Vlaams en 3,4 glazen in het Brussels Gewest).
- Van de jongeren, in de leeftijdsgroep 15-19 jaar, heeft 84% in het Vlaams en 58% in het Brussels Gewest in de loop van de laatste 12 maanden alcohol gedronken. Minder dan 1% drinkt dagelijks maar 15% in het Vlaams en 10% in het Brussels Gewest drinkt minimum één keer per maand 6 glazen of meer op dezelfde dag. Tijdens het weekend is het percentage jongeren, 15-19 jaar, dat alcohol drinkt 59% in het Vlaams Gewest (dit percentage is even groot als in de oudere leeftijdsgroepen) en 28% in het Brussels Gewest.
- Het percentage ondervraagde personen dat verklaart in de loop van de laatste 12 maanden alcohol genuttigd te hebben stijgt met het opleidingsniveau en het gezinsinkomen. Zo ook voor het gemiddeld dagelijks alcoholverbruik en het aantal dagelijkse drinkers. Dit is niet het zo voor het percentage personen dat minimum één maal per maand zes glazen alcohol drinkt op 1 dag.

- Zware rokers gebruiken meer alcohol. Ze hebben een hoger gemiddeld verbruik per week, een hoger percentage dagelijkse drinkers en een hoger percentage van personen die minimum één keer per maand zes glazen op 1 dag drinkt.
- Het percentage van de bevolking dat alcohol gedronken heeft in de loop van het laatste jaar voor de bevraging is hoger in het Vlaams (86%) en in het Waals Gewest (85%) in vergelijking met het Brussels Gewest (76%). Het gemiddeld wekelijks verbruik varieert niet significant per Gewest. Het percentage van de bevolking dat minimum één keer per maand zes glazen alcohol drinkt op 1 dag is ongeveer hetzelfde in de drie gewesten: 18% in het Vlaams Gewest, 17% in het Waals Gewest en 15% in het Brussels Gewest. Het aantal gebruikers van alcohol gedurende de week is gelijk in de drie Gewesten (29-30%). Het verbruik in het weekend daarentegen is hoger in het Vlaams Gewest (62%) dan in het Brussels en Waals Gewest (48 en 51%).

### 5.4.3. Lichamelijke activiteit tijdens de vrije tijd

Onderzoek heeft aangetoond dat lichamelijke activiteit tijdens de vrije tijd een positieve invloed heeft op de gezondheid en daardoor belangrijk is voor de volksgezondheid. De totale hoeveelheid lichamelijke activiteit is hierbij belangrijker dan de specifieke karakteristieken ervan.

- In het Vlaams Gewest beoefent 18% van de bevolking van 15 jaar en ouder tijdens hun vrije tijd minstens 4 uur per week een lichamelijke (sportieve) activiteit uit. 37% beoefent minstens eenmaal per week een lichamelijke activiteit voldoende lang om ervan te transpireren. Toch loopt 29% van de bevolking een risico door gebrek aan lichamelijke activiteit (sedentarisme). Deze populatie vindt dat hun vrijetijdsbesteding het best kan omschreven worden als lezen, TV-kijken of andere zittende activiteiten.
- In het Brussels Gewest beoefent 13% van de bevolking van 15 jaar en ouder minstens 4 uur per week een lichamelijke (sportieve) activiteit uit en 27% beoefent minstens eenmaal per week een lichamelijke activiteit voldoende lang om er van te transpireren. 41% is sedentair.
- Vrouwen doen duidelijk minder aan sport dan mannen. Het percentage personen die een lichamelijke activiteit beoefenen neemt ook af met de leeftijd, in het bijzonder vanaf 55 jaar in het Brussels Gewest en vanaf 65 jaar in het Vlaams Gewest.
- De zware rokers hebben vaker gebrek aan lichamelijke activiteit dan de niet-rokers. Ze cumuleren zo meerdere risicofactoren.
- In het Brussels Gewest zijn de niet-Belgen of diegenen met een ander land van oorsprong dan België vaker sedentair dan de Belgen.
- Er is een negatieve samenhang tussen het opleidings- en inkomensniveau en de lichamelijke activiteit in de vrije tijd.
- Het percentage sedentairen is het laagst in het Vlaams Gewest (29%) in vergelijking met het ongeveer 40% in het Brussels en Waals Gewest. Het percentage personen met een gebrek aan lichamelijke activiteit varieert binnen het Vlaams Gewest : van 23% in de provincie Antwerpen tot 40% in Limburg.

### 5.4.4. Vaccinatie

De vaccinatiegraad werd nagegaan voor drie specifieke ziekten : tetanos, griep en rubella.

- In het Vlaams Gewest is 64% van de bevolking van 15 jaar en ouder in de loop van de laatste tien jaren gevaccineerd tegen tetanos. In het Brussels Gewest is dit 70%. De vaccinatiegraad is dus lager dan in het Waals Gewest (74%). Vrouwen zijn minder vaak gevaccineerd dan mannen. De vaccinatiegraad neemt af met de leeftijd. De vaccinatiegraad is 25% bij de personen van 75 jaar en ouder in het Vlaams Gewest en 36% in het Brussels Gewest. In het Brussels Gewest hebben de niet-Belgen of diegenen met een ander land van oorsprong dan België een lagere vaccinatiegraad. Het percentage personen die niet gevaccineerd zijn varieert in het Vlaams Gewest van 27% in Vlaams-Brabant tot 45%

in West-Vlaanderen. Het merendeel van de personen die niet gevaccineerd zijn tegen tetanos, denkt er niet aan, meent dat het niet nuttig is of heeft er onvoldoende informatie over.

- Voor de griepvrij bestaat de doelgroep uit personen die 65 jaar zijn of ouder en voor de leeftijdsgroep 15-64 jaar uit personen met chronische aandoeningen zoals o.a. hart-, long- en nierziekten en diabetes. 34% van de doelpopulatie in het Vlaams en 32% in het Brussels Gewest is in de loop van de twaalf laatste maanden gevaccineerd. Bij oudere personen varieert de vaccinatiegraad tussen 46% bij de 65-74-jarigen (34% in het Brussels Gewest) en 48% bij 75-plussers (54% in het Brussels Gewest). Er is geen samenhang tussen de vaccinatiegraad en het opleidings- of het inkomensniveau. In het Brussels Gewest daarentegen hebben de niet-Belgen of diegenen met een ander land van oorsprong dan België een minder goede vaccinatiegraad. Het percentage tegen de griep gevaccineerde personen varieert van 26% in Oost-Vlaanderen tot 44% in Limburg. Redenen voor het niet nemen van de griepvrij is het twijfelen aan de doeltreffendheid en nalatigheid.
- In het Vlaams Gewest is 75% van de vrouwen tussen 15 en 54 jaar gevaccineerd geweest tegen rubella. In het Brussels Gewest is dit 63%. De vaccinatiegraad daalt in functie van de leeftijd: 85% bij de 15-34-jarigen, 67% bij de 35-44-jarigen en 59% bij de 45-54-jarigen in het Vlaams Gewest en respectievelijk 67%, 62% en 55% in het Brussels Gewest. De vaccinatiegraad is verschillend volgens Gewest : 74% in het Vlaams Gewest, 63% in het Brussels Gewest en 62% in het Waals Gewest. Binnen het Vlaams Gewest zijn er ook verschillen : van 82% in Oost-Vlaanderen tot 69% in Limburg. Het merendeel van de vrouwen die niet gevaccineerd zijn schrijft dit toe aan een verworven immuniteit door het doormaken van de ziekte of aan nalatigheid of aan het feit dat het vaccin nog niet bestond.

#### 5.4.5. Kennis en houding t.o.v. AIDS-HIV.

In deze paragraaf wordt bij de bevolking 15 jaar en ouder de kennis over de overdrachtswijzen van het HIV-virus en over de mogelijke beschermingsmaatregelen nagegaan. Verder worden de ervaringen van de bevolking met de opsporingsmethodes voor HIV bestudeerd en hun attitudes tegenover seropositieve personen geëvalueerd.

- Een belangrijk deel van de bevolking in de Vlaams Gemeenschap heeft nog steeds een verkeerde opvatting over de manier waarop het HIV-virus overgedragen wordt en welke beschermingsmaatregelen kunnen genomen worden. Een hoger socio-economisch niveau valt samen met een beter inzicht in het probleem. Dit leidt dan ook tot een wat minder frequent discriminerende houding t.o.v. seropositieve personen.
- 62% van de bevolking in het Vlaams Gewest en 54% van het Brussels Gewest weet op welke manier het HIV-virus niet overdraagbaar is. Respectievelijk 52% en 50% van de bevolking kent de inefficiënte beschermingsmaatregelen. Slechts een derde weet dat momenteel besmetting via bloedtransfusie of bloeddonatie niet mogelijk is in België. De kennis van de overdrachtswijzen en de beschermingsmaatregelen daalt met de leeftijd.
- De kennis van de overdrachtswijze, ook via bloedtransfusie, en de beschermingsmaatregelen verbetert met het opleidingsniveau. De kennis van de afdoende beschermingsmaatregelen hangt ook samen met het inkomen.
- Het percentage uitgevoerde tests is zeer verschillend volgens Gewest: 34% van de bevolking van 15 jaar en ouder in het Brussels Gewest en 17% in het Vlaams Gewest hebben reeds minimum 1 test achter de rug. In het Waals Gewest is dit 27%. Er is ook een samenhang met de leeftijd: van de jongeren 15-19 jaar is 3% in Vlaams Gewest tegenover 17% van het Brussels Gewest reeds getest. In de leeftijdsgroep 25-44 jaar is ongeveer 1/4 in het Vlaams Gewest tegenover de helft in het Brussels Gewest ooit getest.
- De helft van de personen die een HIV test heeft ondergaan heeft dit op eigen initiatief gedaan. Ongeveer één derde van de aanvragen is op initiatief van een arts. De andere tests zijn uitgevoerd in het kader van een bloeddonatie of een aanwervingsexamen. De voornaamste redenen zijn: een algemeen nazicht (meer dan 40%), zwangerschap en persoonlijke ongerustheid.
- Een grote meerderheid van de bevolking van 15 jaar of ouder (73% in het Vlaams en 65% in Brussels Gewest) reageert discriminerend tegenover seropositieve personen en/of personen met AIDS. Deze discriminerende houding is minder frequent bij personen met een hoger opleidings- en inkomensniveau. In het Waals Gewest is deze discriminerende houding terug te vinden in 62% van de bevolking.

## 5.4.6. Voedingsgewoonten.

De voedingsgewoonte heeft een belangrijke invloed op de algemene gezondheidstoestand. In de gezondheidsenquête werd naar de voedingsgewoonte van de bevolking gepeild via een voedselfrequentievragenlijst.

- In het Vlaams en Brussels Gewest neemt een overgrote meerderheid van de bevolking bijna dagelijks een ontbijt (respectievelijk 89% en 88%) en een warme maaltijd (86%).
- Globaal genomen staat de bevolking nog ver af van de diëtische aanbevelingen. Met uitzondering van de consumptie van melkproducten en vis, lijkt de bevolking van het Vlaams Gewest gezonder te eten dan deze van de overige Gewesten.
- De bevolkingsgroepen met een lagere opleiding of inkomen en zware rokers houden er de minst gezonde voedingsgewoonte op na: een lagere consumptie van vis, fruit en groenten, een hogere consumptie van gesuikerde dranken, enz. .
- In de leeftijdsgroepen 25 tot 44 jaar heeft de bevolking een minder gezonde voedingsgewoonte: de consumptie van warme maaltijden ligt iets lager, evenals de consumptie van melkproducten (bij mannen), de wekelijkse consumptie van vis en de consumptie van groenten en fruit.
- In het Vlaams Gewest is het gebruik van vetstoffen sterk verschillend van dat in het Brussels Gewest. In het Vlaams Gewest gebruikt 22% van de bevolking boter op de boterham, 24% margarine, 28% dieetmargarine en 24% gebruikt geen vetstof op het brood. In het Brussels Gewest zijn deze cijfers respectievelijk 40%, 24%, 14% en 18%.
- In het Vlaams Gewest geeft meer de helft van de bevolking aan voedingswaren te bakken in margarine, 15% in boter en slechts 15% in olie. In het Brussels Gewest ligt het gebruik van olie hoger (39%), en het gebruik van margarine (35%) en boter (12%) lager. Slechts 8% van de bevolking in het Vlaams Gewest consumeert nooit gefrituurde voedingswaren (6% bij die personen met een overgewicht, 13% bij de magere personen). 48% van de bevolking frituurt in olie, 31% gebruikt plantaardige vetten, 8% dierlijke vetten en 4% olie van een gemengde samenstelling. In het Brussels Gewest stelt 18% van de bevolking nooit gefrituurde voedingswaren te gebruiken, 56% van de bevolking frituurt in olie, 18% gebruikt plantaardige vetten en 4% dierlijke vetten.
- In het Vlaams Gewest geeft bijna 2% van de bevolking aan nooit rauwe groenten te consumeren. In het Brussels Gewest is dit slechts 1%. In het Vlaams Gewest geeft 76% aan olie als dressing te gebruiken (89% in het Brussels Gewest). 18% gebruikt helemaal geen dressing (7% in het Brussels Gewest) en 2% gebruikt een 'dieetprodukt' (1% in het Brussels Gewest).

## 5.5. Gezondheid van Moeder en Kind

### 5.5.1. Opvolging tijdens de zwangerschap

Prenatale consultaties hebben een fundamentele rol bij de gezondheid van de moeder en het toekomstige kind. De eerste consultatie moet relatief vroeg in het begin van de zwangerschap plaatsvinden. Het ideaal aantal prenatale consultaties varieert in Europa van 5 tot 15. De kwaliteit van de prenatale consultaties en meer bepaald wat ze moeten inhouden werd op het niveau van de bevolking nog niet onderzocht. De vragen in de gezondheidsenquête werden zowel gesteld aan vrouwen die op het moment van het interview zwanger waren, als aan vrouwen die in de loop van de laatste 5 jaar zwanger geweest zijn. In totaal ging het om een relatief beperkt aantal personen. Een eerste indicator heeft betrekking op het tijdstip van het eerste prenatale bezoek en een tweede berekent de Kessner Index over de adequaatheid van de prenatale opvolging.

- In totaal zijn in het Vlaams Gewest 207 vrouwen en in het Brussels Gewest 182 vrouwen bevroegd geweest over hun laatste zwangerschap. Slechts 2% van de zwangere vrouwen in het Vlaams Gewest hebben hun eerste prenatale consultatie laat (in de 16<sup>de</sup> week of later) gehad. In het Brussels Gewest gaat het om 7% van de zwangere vrouwen. Op basis van de Kessner Index heeft in het Vlaams Gewest

61% en in het Brussels Gewest 64% van de zwangere vrouwen een als adequaat beoordeelde prenatale opvolging gekregen (voldoende vroeg begin en totaal aantal consultaties aangepast aan de duur van de zwangerschap). Het percentage zwangeren met een opvolging van redelijke kwaliteit bedraagt respectievelijk 39% en 33%, het percentage met een inadequate prenatale opvolging respectievelijk 1% en 3%.

- In het Vlaams Gewest wordt 44% van de zwangerschappen gevolgd door de specialist in zijn privépraktijk, 32% door de specialist in het ziekenhuis en 24% van de zwangerschappen worden gevolgd door de huisarts in samenwerking met de specialist. In het Brussels Gewest wordt 48% van de zwangerschappen gevolgd door een specialist in zijn privépraktijk, 46% door een specialist in een ziekenhuis, 4% door de huisarts in samenwerking met de specialist en 2% in het kader van de consultaties van Kind en Gezin of het ONE.
- In het Vlaams Gewest rookten 13% en in het Brussels Gewest 21% van de zwangere vrouwen in de loop van hun laatste zwangerschap.

### 5.5.2. Opvolging van de zuigeling

De eerste periode van het leven is een risicoperiode. Dit rechtvaardigt een actieve opvolging. De contacten zullen vooral geconcentreerd zijn tijdens het eerste levensjaar gedurende dewelke de belangrijkste basisvaccinaties en -opsporingen plaatsvinden. De opvolging van de zuigeling gebeurt in de regel via twee kanalen: enerzijds door de eerste lijn (huisarts) of de tweede lijn (pediater), en anderzijds door diensten zoals Kind en Gezin (K&G/ONE). K&G heeft zowel specifieke consultaties als kinderdagopvang.

- In Vlaams Gewest heeft 91% van deze kinderen een huisbezoek van K&G gekregen na de geboorte. Dit is meer dan in het Brussels Gewest (56%) en het Waals Gewest (84%).
- Het gebruik van preventieve diensten van K&G voor de opvolging van zuigelingen en hun vaccinatie verschilt niet volgens Gewest. K&G doet 48% van de opvolging van de zuigeling en 39% van de basisvaccinaties. In het Brussels Gewest zijn deze cijfers respectievelijk 44% en 41%. In het Waals Gewest is dit respectievelijk 37% en 36%.
- In het Vlaams Gewest wordt de huisarts relatief meer geconsulteerd dan de pediater. In het Brussels Gewest is dit omgekeerd.
- Het gemiddelde aantal medische controles in de loop van het eerste levensjaar is 9 in het Vlaams Gewest en 11 in het Brussels Gewest. In het Vlaams Gewest heeft 25% van de kinderen 12 controles of meer gehad en 25% heeft er 5 of minder gehad, in het Brussels Gewest zijn deze cijfers respectievelijk 15 en 7 zijn.
- In het Vlaams Gewest zegt 7% van de moeders haar laatste kind van minstens drie maanden en jonger dan vijf jaar niet te hebben laten vaccineren (4% in Brussel). Slechts 5% van de kinderen wordt gevaccineerd via de kinderdagopvang. In Vlaams Gewest is 18% van de kinderen gevaccineerd geweest door een privé- of ziekenhuispediater, 50% door het K&G en 16% door de huisarts. In Brussel zijn deze cijfers respectievelijk 41%, 40% en 5%.

### 5.5.3. Borstvoeding

De positieve lichamelijke als psychische invloed van borstvoeding op moeder en kind is op dit ogenblik wel universeel erkend. Officiële instanties als UNICEF en de WGO raden aan om vier tot 6 maanden uitsluitend borstvoeding te geven en tenminste zes maand gemengde voeding. Drie soorten indicators worden gebruikt om de prevalentie van borstvoeding op te volgen : het percentage vrouwen dat borstvoeding geeft bij de geboorte houdt rekening met de redenen die uiteindelijk tot de keuze van de moeder hebben geleid. De totale duur van de borstvoeding geeft ook andere elementen weer: de kwaliteit van de begeleiding bij borstvoeding, de materiële en psychologische conditie van het postpartum, enz. ... . De W.G.O. raadt aan om deze indicators te meten bij de geboorte, na zes weken en na drie maand.

- 60% van de vrouwen in het Vlaams Gewest verklaart borstvoeding te geven aan hun zuigeling. Dit percentage daalt na zes weken tot 52% en na 3 maand naar 32%. In het Brussels Gewest zijn de cijfers respectievelijk 76%, 60% en 44%. Voor de moeders die er bewust voor gekozen hebben, geeft slechts 50% na drie maand nog borstvoeding (gemiddelde duur is 14,7 weken in het Vlaams Gewest en 20 weken in het Brussels).
- De oudere moeders (35-44 jaar) geven vaker en langer borstvoeding.
- In het Vlaams Gewest volgt de samenhang tussen enerzijds het opleidings- en inkomensniveau en anderzijds het geven van borstvoeding en de duur van de borstvoeding een U-vormige curve. De borstvoeding wordt het meest frequentst en het langst gegeven in de twee uitersten van de socio-economische schaal. In het Brussels Gewest bestaat deze relatie niet.
- 22% van de vrouwen in het Vlaams Gewest rookt na de bevalling. Deze factor beïnvloedt het percentage borstvoeding niet maar wel de duur ervan : vrouwen die roken geven minder lang borstvoeding.
- In het Vlaams Gewest geeft men het minst borstvoeding (59% tegenover 76% in het Brussels en 70% in het Waals Gewest). Dit verschil verdwijnt echter als er gekeken wordt naar de duur van borstvoeding: na zes weken, drie maand en de gemiddelde duur.

#### 5.5.4. Wiegedood

De slaapomgeving is naast de onderontwikkeling van het respiratoir systeem van de zuigeling één van voornaamste de determinanten van wiegedood. Daarom wordt het slaapritueel geëvalueerd. Zo'n evaluatie bestaat erin samen met de moeder van de pasgeborene alle mogelijke risicofactoren te overlopen : o.a. de slaaphouding van de zuigeling, de aanwezigheid van kussens en van dekens en de kleding van het kind, de bewakingssystemen, de temperatuur van de kamer en passief roken.

- In het Vlaams Gewest slapen 30% van de pasgeborenen op hun rug en slechts 25% slaapt tijdens hun eerste levensjaar in een veilige omgeving (d.w.z. het kind slaapt tijdens de dag in de woonkamer en tijdens de nacht in de slaapkamer van de ouders, niet in een wieg, altijd op de rug, geen kussens, donsdeken of bovenkleding, een kamertemperatuur tussen 16 en 20° , er wordt niet gerookt in de kamer waar de pasgeborene slaapt). Het gemiddeld aantal aanwezige risicofactoren is 4,6.
- In het Brussels Gewest slapen 26% van de pasgeborene altijd op hun rug en slechts 25% slapen tijdens hun eerste levensjaar in een gunstige omgeving. Het gemiddeld aantal aanwezige risicofactor is 4,6.

### 5.6. Cardio-Vasculaire Preventie

De hart- en vaatziekten vertegenwoordigen een belangrijke doodsoorzaak, zowel bij mannen als bij vrouwen en zijn de oorzaak van functionele beperkingen en invaliditeit in de economisch actieve groep van de bevolking tussen 20 en 64 jaar oud. Hoge bloeddruk en een hoog cholesterolgehalte zijn belangrijke determinanten van hart- en vaatziekten. In deze paragraaf wordt informatie gegeven over de controle van de bloeddruk en van het cholesterolgehalte bij de bevolking en niet over de prevalentie van hypertensie of hypercholesterolemie.

- De controle van de bloeddruk is ruim verspreide activiteit in de Vlaamse Gemeenschap. De bloeddruk werd in de laatste 5 jaar gemeten bij 92% van de bevolking 15 jaar en ouder in het Vlaams Gewest (85% bij in de leeftijdsgroep 15-24 jaar en 90% en hoger vanaf de leeftijd van 25 jaar) en bij 87% in het Brussels Gewest (73% in de leeftijdsgroep 15-24 jaar en meer dan 90% bij personen 45 jaar en ouder).
- De opsporing van hypercholesterolemie door het bepalen van het cholesterolgehalte van het bloed is in de loop van de 5 laatste jaren bij iets meer dan de helft van de personen van 20 tot 64 jaar uitgevoerd. Deze proportie neemt toe met de leeftijd: 22% onder de jongeren van 20-24 jaar en 3/4 van de personen van 55 tot 64 jaar.

- Iets meer dan een derde van de geteste personen verklaart dat ze minstens eenmaal op de hoogte gebracht zijn dat hun bloeddruk te hoog was. Deze proportie neemt toe met de leeftijd. Vanaf 55 jaar is deze proportie bij vrouwen hoger.
- Ongeveer een derde van de geteste personen, 20 tot 64 jaar, verklaart ervan op de hoogte gebracht te zijn dat hun cholesterolgehalte te hoog was. Deze proportie neemt toe met de leeftijd. Het is reeds 22% tot 24% onder de jongeren van 20-24 jaar om 40% te bereiken in het Vlaams Gewest en 34% in het Brussels Gewest tussen 55 en 64 jaar.
- Er is geen verschil volgens opleidings- of inkomensniveau m.b.t. de melding van een te hoge bloeddruk of een te hoog cholesterolgehalte of m.b.t. de frequentie van de opsporing.
- De zware rokers in het Brussels Gewest zijn talrijker om te verklaren dat ze een meting van te hoge bloeddruk en een te hoog cholesterolgehalte hebben gehad. Deze verschillen zijn echter niet statistisch significant.
- De personen die zich slecht tot redelijk gezond voelen zijn talrijker om tijdens de 5 jaren een meting van de bloeddruk en van het cholesterolgehalte te hebben gehad. Onder de geteste personen, zijn ze bijna tweemaal talrijker in vergelijking met diegenen die zich goed gezond voelen, om te verklaren dat ze een te hoge bloeddruk (47% tegen 20% in het Vlaams Gewest en 39% tegen 21% in het Brussels Gewest) en een te hoog cholesterolgehalte in het Vlaams Gewest (43% tegen 29%) hadden. In het Brussels Gewest is er geen verschil m.b.t. cholesterol.

## 5.7. Kankerpreventie

Bij vrouwen is borstkanker de meest voorkomende kanker. Op dit ogenblik is preventie mogelijk door het vroegtijdig opsporen. Dit kan gebeuren via een zelfonderzoek, het klinische onderzoek door een arts en vooral dankzij een mammografie. De doelgroep voor mammografie zijn vrouwen tussen 50 en 69 jaar. De aanbevolen frequentie voor het preventief mammografisch onderzoek is eens om de twee jaar. Baarmoederhalskanker is de derde meest voorkomende kanker bij vrouwen. Deze vorm van kanker kan vroegtijdig worden opgespoord dankzij uitstrijkjes van de baarmoederhals. De meeste landen hanteren een opsporingsprogramma met een uitstrijkje om de drie of vijf jaar bij vrouwen van 25 tot 64 jaar. De vragen opgenomen in deze enquête komen overeen met de instrumenten die de W.G.O. voorstelt.

- In het Vlaams Gewest heeft 45% van de vrouwen tussen 50 en 70 jaar een mammografie laten nemen in de loop van de laatste twee jaar. Dit is 58% in het Brussels Gewest. Het objectief binnen de Vlaamse Gemeenschap voor het jaar 2002 is 75%. In de leeftijdsgroep van de 40 tot 49 jarigen is dit respectievelijk 33% en 54%.
- 50% van deze vrouwen in het Vlaams Gewest heeft een mammografie laten nemen op aanraden van hun huisarts of specialist. 27% heeft geantwoord op een oproepingsbrief en 13% omwille van een abnormaliteit. In het Brussels Gewest is de meerderheid van de vrouwen (75%) verwezen door een huisarts of specialist en 8% hebben dit onderzoek laten doen omwille van een abnormaliteit.
- Er zijn aanwijzingen voor overscreening.
- Gemiddeld hebben 56% van de vrouwen tussen 50 en 70 jaar een klinisch borstonderzoek laten doen in de loop van de laatste twee jaar (66% voor de vrouwen van 40 tot 49 jaar). Bovendien hebben 30% van de vrouwen van 15 jaar en ouder in de loop van de laatste maand aan zelfonderzoek gedaan.
- Er is geen samenhang tussen het percentage vrouwen dat een mammografie heeft laten nemen en het opleidings- of gezinsinkomensniveau. Het percentage varieert daarentegen wel per provincie: 36% in West-Vlaams Gewest tot 51% in Oost-Vlaams Gewest. Bovendien varieert in het Brussels Gewest het percentage vrouwen dat een klinisch borstonderzoek heeft laten doen volgens nationaliteit en geboorteland (Die onderzoeken komen het vaakst voor bij Belgen).
- 73% van de vrouwen in Vlaams Gewest van 25 tot 64 jaar heeft in de loop van de laatste drie jaar een baarmoederhals uitstrijkje laten nemen (het objectief binnen de Vlaamse Gemeenschap is 80%). In het Brussels Gewest is 64% gescreend.



- Het percentage vrouwen dat een uitstrijkje laat nemen verhoogt met het opleidings- en inkomensniveau. Deze verschillen zijn enkel significant in Brussel (waar het aantal testen ook frequenter is bij Belgen dan bij niet-Belgen).
- 34% van de vrouwen in het Vlaams Gewest tussen 25 en 64 jaar (maar ook 34% van de 65-69 jarigen en 20% van de 70-74 jarigen) hebben een oproepingsbrief ontvangen voor een uitstrijkje. Ongeveer een derde daarvan heeft de oproep beantwoord. De anderen hebben niet gereageerd meestal omwille van geneeskundige redenen (reeds een uitstrijkje laten nemen of de baarmoeder is verwijderd).
- In het Brussels Gewest heeft 10% van de vrouwen tussen 25 en 64 jaar (maar ook 21% van de 65-69 jarigen en 16% van de 70-74 jarigen) een oproepingsbrief ontvangen voor een uitstrijkje. De helft daarvan heeft de oproep beantwoord.

## 5.8. Ongevallen

Ongevallen zijn een belangrijke oorzaak van (gekende en ongekende) morbiditeit en mortaliteit. De gegevens die thans gekend zijn, zijn gebaseerd op registraties van verkeersongevallen en ongevallen thuis of hebben betrekking op ongevallen aangegeven bij de verzekeringen; het zijn verkeersongevallen, arbeidsongevallen, ongevallen naar of van het werk/school,... De ongevallen thuis zijn wellicht het meest onderschat in de bestaande statistieken, die immers veelal uitsluitend gebaseerd zijn op het gebruik van diensten.

In deze paragraaf worden de volgende vier indicatoren besproken voor de bevolking van 15 jaar en ouder:

- de incidentie van ongevallen gedurende de twee maanden voorafgaand aan de bevraging ;
- het dragen van een veiligheidsgordel vooraan en achteraan in de auto ;
- kennis over het toegelaten alcoholpercentage in het bloed bij het autorijden.
- De globale incidentie van ongevallen in de 2 maanden voorafgaand aan de bevraging is 4% (Vlaams Gewest) en 6% (Brussels Gewest). Het gaat hierbij enkel om ongevallen die ernstig genoeg zijn opdat de persoon gedurende minstens één dag de normale activiteiten niet (volledig) kan verrichten. Opgesplitst naar aard van het ongeval wordt het volgend overzicht bekomen (Tabel 6.1.). In het Vlaams Gewest is de incidentie het hoogst in de leeftijdsgroep 15 - 24 jaar (8%). In het Brussels Gewest daarentegen is de leeftijdsklasse met de hoogste incidentie deze tussen 55 en 64 jaar (9%).

Tabel 5.2. Incidentie van ongevallen naar aard van het ongeval (meervoudige antwoorden mogelijk), Vlaamse Gemeenschap, Gezondheidsenquête, België, 1997

	Vlaams Gewest (n=100)	Brussels Gewest (n=129)
ongeval op het werk of de school	33 %	17 %
verkeersongeval	11 %	13 %
sportongeval	27 %	28 %
ongeval in het huishouden	24 %	28 %
Ander soort ongeval	13 %	27 %

- 30% (Vlaams Gewest) tot 37% (Brussels Gewest) van de bevolking geeft aan slechts soms of nooit een gordel vooraan in de auto te dragen. Dit percentage loopt op tot 39% (Vlaams Gewest) en 48% (Brussels Gewest) bij jongeren tussen 15 en 24 jaar. Mannen (33% tot 39%) geven meer dan vrouwen aan slechts soms of nooit een veiligheidsgordel te dragen. Bij personen zonder diploma is het dragen van een autogordel vooraan in de auto relatief het minst populair: 46 % tot 50% ervan geeft aan slechts soms of helemaal nooit deze gordel te dragen

- Ongeveer 70% van de bevolking geeft aan slechts soms of nooit een gordel achteraan in de auto te dragen. Dit percentage loopt op tot meer dan 80% bij jongeren tussen 15 en 24 jaar.
- 41% (Vlaams Gewest) tot 57% (Brussels Gewest) van de bevolking schat het toegelaten alcoholpercentage in het bloed bij het autorijden fout in. Mannen (32% tot 57%) schatten minder dan vrouwen (46% tot 64%) het toegelaten alcoholpercentage fout in.

## 5.9. Medische Consumptie

### Samenvatting

**Contacten met de huisarts.** In het Vlaams Gewest geeft 90% van de bevolking aan over een vaste huisarts te beschikken. Dit is 78% in het Brussels Gewest. De drempel om de huisarts te contacteren is vrij laag (respectievelijk 80% en 72% heeft minstens één contact per jaar). Via de huisarts kan dus een aanzienlijk percentage van de bevolking bereikt worden. Er is over het algemeen geen socio-economische drempel voor het contact met de huisarts, alhoewel in het Vlaams Gewest het laagste opleidings- en inkomensniveau minder contacten rapporteert. Het aandeel van de huisbezoeken is groot: ongeveer 3 op de 10 contacten zijn huisbezoeken.

**Contacten met de arts-specialist.** Respectievelijk 45% en 55% van de bevolking in het Vlaams en Brussels Gewest heeft jaarlijks een ambulante contact met een arts-specialist. Bij vrouwen is dit percentage hoger. In respectievelijk voor 6 en 7 op 10 van het eerste contact met een specialist gebeurt dit op initiatief van de patiënt zelf. In het Vlaams Gewest is het percentage van de bevolking dat contact heeft gehad met een specialist in de hogere socio-economische bevolkingsgroepen hoger. Er is geen verschil in het gemiddeld aantal contacten. Er zijn wel aanwijzingen dat de redenen voor het contact en het soort specialist dat geraadpleegd wordt verschillen in functie van de socio-economische klasse.

**Contacten met de tandarts.** Daar waar de aanbeveling is om zesmaandelijks en tenminste jaarlijks een bezoek aan de tandarts te brengen blijkt minder dan de helft in het Vlaams Gewest tot ongeveer de helft van de bevolking in het Brussels Gewest het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met de tandarts. Ook in de jongere leeftijdsgroepen is dit nauwelijks hoger. In de hoogste opleidings- en inkomensklasse geeft men vaker een contact met de tandarts aan dan in de lagere socio-economische groepen. Rokers hebben een slechter gebit dan niet-rokers maar rapporteren toch minder vaak een contact met de tandarts.

**Opname in het ziekenhuis.** 1 op 8 personen rapporteert een ziekenhuisopname in het afgelopen jaar. Problemen van het bewegingsapparaat en problemen van het spijsverteringsstelsel worden vaakst aangegeven als reden van opname zowel bij mannen als bij vrouwen; bij vrouwen in het Vlaams Gewest zijn problemen van het genitaal stelsel een andere belangrijke reden. Kwantitatieve indicatoren i.v.m. het aantal ziekenhuisopnames verschillen niet in functie van de socio-economische klasse. Er zijn echter wel aanwijzingen dat de redenen voor opname verschillen volgens het opleidings- en/of inkomensniveau. Rokers worden vaker opgenomen in het ziekenhuis dan niet-rokers.

**Gebruik van geneesmiddelen.** Het gebruik van geneesmiddelen is zeer groot. Bijna 60% in het Vlaams en 2/3 van de bevolking in het Brussels Gewest geeft aan de afgelopen 2 weken een geneesmiddel te hebben ingenomen. Respectievelijk 23% en 25% van de bevolking zegt pijnstillers te hebben genomen, 19% en 20% middelen i.v.m. ademhalingsstelsel en 12% en 15% middelen i.v.m. hart en bloedvaten. Bij 7 op 10 van de personen die pijnstillers gebruiken, gaat het om niet voorgeschreven pijnstillers. Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen stijgt met de leeftijd. Dit is niet het geval voor niet voorgeschreven geneesmiddelen. Personen uit lagere socio-economische bevolkingsgroepen nemen meer pijnstillers en middelen i.v.m. het zenuwstelsel. Personen uit hogere socio-economische bevolkingsgroepen doen vaker aan zelfmedicatie.

**Andere gezondheidsvoorzieningen en alternatieve geneeskunde.** Kinesitherapie neemt een belangrijke plaats bij de therapie van aandoeningen van het bewegingsstelsel : 16% in het Vlaams en 15% van de bevolking in het Brussels Gewest rapporteert een contact met de kinesitherapeut tijdens het afgelopen jaar. Ook het gebruik van thuisverpleegkunde is vrij goed ingeburgerd, vooral bij bejaarden (respectievelijk 9% en 5% in de leeftijdsgroep 65-74 jaar en 15% en 12% bij de 75-plussers). Het gebruik van specifieke diensten voor bejaarden zoals poetshulp (ook privé), warme maaltijden aan huis, enz. is daarentegen vrij beperkt : bij de 85-plussers (die niet in een rusthuis verblijven) is het wel 80% in het Vlaams en slechts 35% in het Brussels Gewest. Respectievelijk 7% en 8% van de bevolking heeft het afgelopen jaar een contact gehad met een homeopaat, chiropractor, osteopaat of acupuncturist. Dit is vaker het geval bij vrouwen (vooral in de leeftijdsgroep 35-44 jaar) en duidelijk meer bij de hogere opleidings- en inkomensniveaus.

**Uitgaven voor de gezondheidszorg.** 65% van de huishoudens in het Vlaams Gewest hadden uitgaven voor zorgverstrekkers (arts, tandarts, ..) in de maand voor de bevraging. Voor geneesmiddelen was dit 63% en voor hospitalisatie was dit 5% van de huishoudens. In het Brussels gewest waren deze cijfers respectievelijk 58%, 63% en 6% van de huishoudens. Deze uitgaven waren voor de totale bevolking in het Vlaams Gewest gemiddeld ongeveer 4% van het beschikbare inkomen voor de uitgaven aan zorgverstrekkers (arts, tandarts, ..). Voor geneesmiddelen is dit 1% en voor hospitalisatie is dit 2%. In het Brussels Gewest was dit respectievelijk 5%, 2% en 2%.

### 5.9.1. Contacten met de huisarts

- De grote meerderheid van de bevolking geeft aan over een vaste huisarts te beschikken. In Vlaams Gewest bedraagt dit percentage 95%. In Brussel gaat het om iets minder dan 80% van de bevolking.
- 80% van de bevolking in het Vlaams Gewest en 72% in het Brussels Gewest heeft in een periode van één jaar tenminste één contact met de huisarts. Dit percentage is het laagst bij mannen in het Brussels Gewest in de leeftijdsgroepen tussen de 15 en 44 jaar, waar dit percentage ongeveer 60% bedraagt. De drempel om de huisarts te contacteren is vooral in het Vlaams Gewest laag. Via de huisarts kan dus een aanzienlijk percentage van de bevolking bereikt worden.
- Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar per persoon in de bevolking bedraagt 6,0 in Vlaams Gewest en 4,2 in het Brussels Gewest. Dit gemiddelde is hoger bij vrouwen dan bij mannen en wordt sterk beïnvloed door de subjectieve gezondheidsbeleving.
- Er is over het algemeen geen socio-economische drempel voor het contact met de huisarts, noch voor wat betreft de proportie personen die in een periode van één jaar contact hebben met een huisarts, noch voor wat betreft het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar. In het Vlaams Gewest blijkt wel dat personen zonder diploma en met het laagste inkomen minder kans hebben een huisarts te contacteren en gemiddeld minder huisartscontacten rapporteren dan de andere socio-economische klassen. Dit fenomeen kan niet aangetoond worden in het Brussels en het Waals Gewest.
- In het Vlaams Gewest zijn de belangrijkste medische problemen of redenen die aan de basis liggen van het contact met de huisarts problemen van het ademhalingsstelsel (mannen 23%, vrouwen 19%), problemen van het bewegingsapparaat (mannen 21%, vrouwen 16%) en problemen van hart en bloedvaten (mannen 19%, vrouwen 18%). In het Brussels Gewest gaat het om problemen van het ademhalingsstelsel (mannen 27%, vrouwen 19%), problemen van hart en bloedvaten (mannen 18%, vrouwen 19%) en algemeen onderzoek (mannen 11%, vrouwen 17%). Er dient rekening mee gehouden te worden dat het gaat om klachten en aandoeningen zelf door de patiënt aangegeven. Zo is het niet uit te sluiten dat psycho-sociale klachten, een belangrijke reden voor contact met de huisarts, ondergerapporteerd is en zo niet in de top 3 voorkomt.
- Zowel in het Vlaams Gewest als in het Brussels Gewest zijn 30% van de contacten met de huisarts huisbezoeken. Vanaf de leeftijd van 65 jaar zijn huisbezoeken frequenter dan raadplegingen. In Het Waals Gewest is het percentage huisbezoeken/raadplegingen significant groter dan in Brussel en

Vlaams Gewest : 45% versus respectievelijk 29% en 30%. Ook in het Vlaams en Brussels Gewest is het aandeel van de huisbezoeken binnen het totaal van de contacten met de huisarts echter groot.

- In 23% van de contacten in het Vlaams Gewest en 22% van de contacten in het Brussels Gewest gebeurt het contact op initiatief van de huisarts. Bij 75-plussers stijgt dit percentage tot rond de 50%. Bij mensen die een lichte beperking hebben van de lichamelijke activiteit - zowel in lichte mate als in ernstige mate - zal de huisarts vaker zelf een contact plannen.
- In 4,5% van de huisartscontacten in het Brussels Gewest en 2,6% van de contacten in het Vlaams Gewest wordt de patiënt nadien verwezen. Het gaat hier zowel om verwijzingen naar een specialist (inclusief radioloog), laboratorium voor bloedanalyse, ziekenhuis, kinesitherapeut, thuisverpleging, sociale dienst of een andere gezondheidsvoorziening.
- Noch het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar, noch de proportie huisbezoeken, noch de proportie contacten waarbij de huisarts zelf het initiatief neemt om de patiënt te contacteren worden in het Vlaams en Brussels gewest beïnvloed door het rookgedrag.

## 5.9.2. Contacten met de arts-specialist

- In het Vlaams Gewest heeft 45% van de bevolking het afgelopen jaar tenminste één contact gehad met een arts-specialist. Het gemiddeld aantal contacten per jaar per persoon in de bevolking bedraagt 2,3. In 70% van de contacten gaat het om een herhalingsbezoek. In 38% van de nieuwe contacten gaat het om een verwijzing door de huisarts. 58% van de ambulante contacten met de arts-specialist vinden plaats in het ziekenhuis.
- In het Brussels Gewest heeft 55% van de bevolking het afgelopen jaar tenminste één contact gehad met een arts-specialist. Het gemiddeld aantal contacten per jaar per persoon in de bevolking bedraagt 3,6. In 73% van de contacten gaat het om een herhalingsbezoek. In 30% van de nieuwe contacten gaat het om een verwijzing door de huisarts. 55% van de ambulante contacten met de arts-specialist vinden plaats in het ziekenhuis.
- Bij mannen in het Vlaams Gewest zijn de frequentst geraadpleegde arts-specialisten de orthopedist (25%), de dermatoloog (14%) en de oogarts (8%). Bij vrouwen gaat het om de vrouwenarts (33%), de orthopedist (11%) en de dermatoloog (9%).
- Bij mannen in het Brussels Gewest zijn de frequentst geraadpleegde arts-specialisten de oogarts (12%), de cardioloog (11%) en de dermatoloog (8%). Bij vrouwen gaat het om de vrouwenarts (32%), de cardioloog (8%) en de dermatoloog (7%).
- Vrouwen rapporteren vaker een contact met de arts-specialist tijdens het afgelopen jaar dan mannen (55% tegenover 35% in het Vlaams Gewest, 64% tegenover 46% in het Brussels Gewest). In het Vlaams Gewest ligt ook het gemiddeld aantal contacten per jaar hoger (3,0 tegenover 1,5). In beide gewesten contacteren vrouwen een specialist vaker voor een diagnostisch of preventief onderzoek dan mannen. Dit is wellicht voor een deel te wijten aan het preventief kankeronderzoek bij vrouwen als reden voor contacten met de vrouwenarts.
- In het Vlaams Gewest hebben mensen met een diploma hoger onderwijs meer kans om een arts-specialist te contacteren dan mensen met enkel een opleiding hoger secundair of lager. Het gemiddeld aantal contacten per jaar is echter niet verschillend. Hieruit kan afgeleid worden dat de drempel naar de specialist bij hoogstgeschoolden iets lager ligt dan bij de andere opleidingsklassen. Significante verschillen tussen de lagere opleidingsklassen onderling en tussen de verschillende inkomensklassen worden niet waargenomen. In het Brussels Gewest zien we geen verschillen in functie van opleiding. Het gemiddeld aantal contacten met de arts-specialist per jaar wordt niet beïnvloed door opleiding of inkomen, noch in het Vlaams, noch in het Brussels Gewest. Er zijn aanwijzingen dat de redenen voor contact met de arts-specialist en het soort arts-specialist dat gecontacteerd wordt variëren in functie van de socio-economische klasse.
- In het Vlaams Gewest hangen een hogere opleiding en een hoger inkomen samen met een hogere kans om de specialist te contacteren zonder verwijzing door de huisarts. Dit is in het Brussels Gewest niet het geval.

- Er is geen verband tussen rookgewoonten en ambulante contacten met de arts-specialist het in afgelopen jaar. Ook het gemiddeld aantal contacten met arts-specialist per jaar verschilt niet tussen rokers en niet-rokers.

### 5.9.3. Contacten met de tandarts

- In het Vlaams Gewest heeft bijna de helft van de bevolking geen contact met de tandarts in een periode van 1 jaar. In Brussel gaat het om 51%. Het gemiddeld aantal contacten met de tandarts per jaar per persoon in de bevolking bedraagt 1,8 in het Vlaams Gewest en 2,2 in het Brussels Gewest. In het Vlaams Gewest geeft 8% en in het Brussels Gewest 6% van de bevolking aan in de loop van de afgelopen 2 maanden een preventief tandonderzoek te hebben laten uitvoeren.
- Vrouwen gaan iets vaker naar de tandarts dan mannen. Dit is vooral het geval in het Brussels Gewest waar 53% van de vrouwen een bezoek aan de tandarts aangeven tijdens het afgelopen jaar terwijl dit voor mannen slechts 45% is. Voor wat preventieve tandcontrole is er echter geen verschil tussen mannen en vrouwen.
- Contacten met de tandarts worden vaakst gerapporteerd in de jongere leeftijdsgroepen : het percentage dat het afgelopen jaar een contact had met de tandarts is het hoogst in de leeftijdsgroep 15-24 jaar (63% in het Vlaams Gewest, 52% in het Brussels Gewest) en daalt progressief tot respectievelijk 24% en 29% bij 75-plussers.
- De kans om het afgelopen jaar een tandarts te hebben gecontacteerd is hoger bij diegenen met een diploma hoger onderwijs en een hoog inkomen dan bij de lagere opleidings- en inkomensklassen. Het verschil is echter niet zo heel groot en duidelijker in het Brussels Gewest dan in het Vlaams Gewest. Voor het gemiddeld aantal contacten met de tandarts per persoon en het aantal personen dat aangeeft tijdens de afgelopen 2 maanden een preventieve tandcontrole te hebben laten uitvoeren zijn verschillen minder duidelijk.
- Zware rokers rapporteren minder vaak een contact met de tandarts tijdens het afgelopen jaar.

### 5.9.4. Opnames in het ziekenhuis

- 13% van de bevolking in het Vlaams Gewest en 12% van de bevolking in het Brussels Gewest is het afgelopen jaar in het ziekenhuis opgenomen geweest. Het gemiddeld aantal opnames per jaar per 100 personen bedraagt in het Vlaams Gewest 12,6 en in het Brussels Gewest 11,5. Opnames in verband met een bevalling zijn hierbij niet meegerekend.
- Bij mannen (15 jaar en ouder) zijn problemen van het bewegingsapparaat de meest voorkomende reden voor opname (25% in het Vlaams Gewest, 19% in het Brussels Gewest), gevolgd door problemen van het spijsverteringsstelsel (16% in beide gewesten). Bij vrouwen (15 jaar en ouder) worden in het Vlaams Gewest problemen van het bewegingsstelsel meest vernoemd als reden van opname (23%), gevolgd door problemen van het genitaal stelsel (16%). In het Brussels Gewest zijn de meest voorkomende redenen van opname problemen van het spijsverteringsstelsel (20%) en problemen van het bewegingsapparaat (19%). In het Vlaams Gewest maken problemen van het spijsverteringsstelsel 27% en respiratoire problemen 17% uit van de redenen voor hospitalisatie bij 0 tot 14-jarigen. In het Brussels Gewest zijn deze percentages respectievelijk 23% en 28%. Er moet rekening mee gehouden worden dat het gaat om redenen zelf door de patiënt aangegeven. Bepaalde categorieën zoals psychiatrische aandoeningen kunnen daardoor onderschat zijn.
- Noch in het Vlaams Gewest, noch in het Brussels Gewest zijn er belangrijke verschillen in de kans om het afgelopen jaar in het ziekenhuis te zijn opgenomen en het gemiddeld aantal opnames per jaar naargelang het onderwijsniveau en de inkomensklasse. Er zijn wel aanwijzingen dat de redenen van opname verschillen naargelang de socio-economische klassen.

- Zware rokers hebben meer kans om opgenomen te worden in het ziekenhuis en rapporteren gemiddeld meer ziekenhuisopnames dan niet rokers. Dit is zowel het geval in het Brussels Gewest als in het Vlaams Gewest. Verschillen in de gemiddelde opnameduur konden echter niet worden aangetoond.
- Mensen met één chronische ziekte hebben geen groter risico om in het ziekenhuis te worden opgenomen dan personen die geen chronische ziekte hebben. Indien iemand 2 of meer chronische ziekten heeft is die kans wel aanzienlijk toegenomen.
- Kankerpatiënten hebben meer kans om in het ziekenhuis te worden opgenomen dan zij die deze aandoening niet hebben. Chronische longpatiënten, hart- en vaatpatiënten en diabetici blijken zowel in het Vlaams Gewest als in het Brussels Gewest geen verhoogde kans te hebben om het afgelopen jaar een opname in het ziekenhuis te rapporteren.
- De duur van opname varieert sterk in functie van de dienst en de reden van opname. 25% van de hospitalisaties in het Vlaams Gewest en 14% van de hospitalisaties in het Brussels Gewest zijn daghospitalisaties : de patiënt wordt opgenomen en ontslagen op dezelfde dag.
- In het Vlaams Gewest is het aandeel van cardiovasculaire problemen als reden voor opname in het ziekenhuis is relatief belangrijker in de laagste socio-economische klassen. Dit geldt ook voor psychosociale redenen. In de laagste inkomensklasse blijken psychosociale problemen in het Vlaams Gewest in bijna 19% de belangrijkste reden van opname te zijn. In de hoogste inkomensklasse bedraagt dit percentage slechts 2%.

### 5.9.5. Gebruik van geneesmiddelen

- 58% van de bevolking in het Vlaams Gewest en 64% van de bevolking in het Brussels Gewest geeft aan de voorbije 2 weken geneesmiddelen te hebben ingenomen. Voor voorgeschreven geneesmiddelen bedragen deze percentages respectievelijk 37% en 42%, voor niet voorgeschreven geneesmiddelen 33% en 40%. Pijnstillers vormen de meest gebruikte groep geneesmiddelen : 23% van de bevolking in het Vlaams Gewest en 29% van de bevolking in het Brussels Gewest geeft aan de afgelopen 2 weken een pijnstiller te hebben gebruikt. Om en bij de zeventig percent van diegenen die pijnstillers gebruiken nemen niet voorgeschreven pijnstillers. Het gebruik van geneesmiddelen i.v.m. het ademhalingsstelsel en cardiovasculaire geneesmiddelen in de afgelopen 2 weken bedraagt respectievelijk 19% en 12% in het Vlaams Gewest en 20% en 15% in het Brussels Gewest. In het Vlaams Gewest geeft 7% en in Brussel 11% aan tijdens de afgelopen 2 weken een geneesmiddel i.v.m. het zenuwstelsel te hebben. In het Vlaams Gewest geeft 3% van de bevolking aan gedurende de afgelopen 2 weken een slaapmiddel te hebben ingenomen, in Brussel is dit 6%. Gemiddeld wordt in de afgelopen 2 weken het gebruik van 2 soorten geneesmiddelen gerapporteerd.
- Vrouwen nemen meer geneesmiddelen dan mannen. Dit geldt voor de meeste categorieën geneesmiddelen. Zowel het gebruik van voorgeschreven als van niet voorgeschreven geneesmiddelen is groter bij vrouwen dan bij mannen.
- Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen stijgt met de leeftijd: in de leeftijdsgroep tot 15 jaar heeft 22% van de bevolking in het Vlaams Gewest en 29% van de bevolking in het Brussels Gewest de afgelopen 2 weken een voorgeschreven geneesmiddel ingenomen. Bij de 65-plussers is dit in beide gewesten meer dan 80%. Het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen varieert niet in functie van de leeftijd.
- Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen varieert niet in functie van opleiding of inkomen. Het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen is echter groter in de hogere inkomensklassen. Mensen met een lagere opleiding gebruiken meer pijnstillers dan diegenen met een hogere opleiding. Het gebruik van geneesmiddelen in verband met het zenuwstelsel is hoger in de lagere opleidings- en inkomensklassen.
- Chronische ziekten die sterk geassocieerd zijn met geneesmiddelengebruik zijn hart- en vaataandoeningen en in het Vlaams Gewest ook diabetes. Voor chronische longaandoeningen en aandoeningen van het bewegingsstelsel kon dit verband niet aangetoond worden. Het hebben van één of meer chronische ziekten is een belangrijke predisponerende factor voor het gebruik van geneesmiddelen.

- Zware rokers en personen die vroeger gerookt hebben nemen in het Brussels Gewest significant meer geneesmiddelen dan personen die nooit rookten. In het Vlaams Gewest vinden we hetzelfde fenomeen hoewel het verschil tussen zware rokers en “nooit rokers” hier niet statistisch significant is.

### 5.9.6. Andere gezondheidsvoorzieningen en alternatieve geneeskunde

- 16% van de bevolking van het Vlaams Gewest en 15% van de bevolking van het Brussels Gewest geeft aan het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met de kinesitherapeut. Dit is vaker het geval voor vrouwen dan mannen. In de leeftijdsgroep boven de 65 jaar is dit ongeveer 30% van de bevolking. Er is een significant verband met het rapporteren van een chronische aandoening van het bewegingsstelsel.
- In de leeftijdsgroep van 65 tot 74 doet 9% in het Vlaams en 5% in het Brussels Gewest van de bevolking minstens eenmaal per jaar een beroep op thuisverpleging. Bij 75-plussers stijgt dit percentage tot respectievelijk 15% en 12%. In het Vlaams Gewest is het hebben van een meerdere chronische ziekten en in Brussel het rapporteren van een aandoening van het bewegingsstelsel geassocieerd met een grotere kans om een beroep te doen op thuisverpleging.
- Slechts 22% van de zestigplussers in het Vlaams Gewest en 25% in het Brussels Gewest maakt gebruik van specifieke diensten voor bejaarden, zoals poetshulp, gezins- of bejaardenhulp of warme maaltijden. Het gebruik van voorzieningen voor bejaarden neemt in het Brussel Gewest licht toe met de leeftijd, maar bedraagt er bij personen tot 85 jaar toch nog minder dan 35%. In het Vlaams Gewest zijn de verschillen in functie van de leeftijd veel duidelijker : beneden de 70 jaar gaat het om minder dan 14% van de bevolking, bij 85-plussers bedraagt het 80%. De hoogste inkomens- en opleidingsklasse heeft een groter percentage dat gebruik maakt van diensten omdat hier vaak het gebruik van privé-poetshulp aangegeven wordt.
- Het percentage personen dat aangeeft het afgelopen jaar een diëtist te hebben geraadpleegd bedraagt 1,6% in het Vlaams Gewest en 1,4% in het Brussels Gewest. Bij vrouwen is dit aanzienlijk hoger dan bij mannen. Het percentage is in het Vlaams Gewest het hoogst in de leeftijdsgroep tussen 55 en 64 jaar en in het Brussels Gewest in de leeftijdsgroep tussen 45 en 54 jaar.
- 16% van de werknemers en ambtenaren in het Vlaams Gewest geeft aan het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met een arbeidsgeneeskundige dienst. Dit percentage bedraagt 12 % in het Brussels Gewest.
- In het Vlaams Gewest geeft 7% en in het Brussels Gewest 8% van de bevolking aan het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met een homeopaat, osteopaat, chiropractor of acupuncturist. In het Vlaams Gewest gaat het in 45% van de gevallen om contacten met een homeopaat, in 41% om contacten met een chiropractor of osteopaat en in 13% om contacten met een acupuncturist. In het Brussels Gewest bedragen deze percentages respectievelijk 41%, 44% en 15%. Vrouwen contacteren vlugger een alternatief genezer dan mannen. In de leeftijdsgroep tussen 35-44 jaar rapporteert 13% van de vrouwen in het Vlaams en Brussels Gewest een contact met een alternatief genezer in het afgelopen jaar. Bij mannen zijn de leeftjidsverschillen minder duidelijk.
- De proportie personen die het afgelopen jaar een contact had met een alternatief genezer stijgt sterk in functie van de opleidings- en inkomensklasse.
- 1,5% van de bevolking in het Brussels en Vlaams Gewest geeft aan de afgelopen 2 weken homeopathische geneesmiddelen te hebben gebruikt.

### 5.9.7. Uitgaven voor de gezondheidszorg

Het gaat hier om de kosten voor gezondheidszorgen waarvoor de huishoudens zelf dienen in te staan.

- 65% van het aantal huishoudens in het Vlaams Gewest en 58% van de huishoudens in het Brussels Gewest had in de maand voorafgaand aan de bevraging uitgaven voor een of meerdere gezondheidsverstrekkers (huisarts, specialist, tandarts,...). De gemiddelde maandelijkse uitgave voor gezondheidsverstrekkers



bedraagt in het Vlaams Gewest 2.256 BF en in het Brussels Gewest 2.637 BF. Dit is gemiddeld respectievelijk 4% en 5 % van het beschikbaar inkomen van het huishouden.

- Het aantal huishoudens dat in de maand voorafgaand aan de bevraging uitgaven te doen voor (voorgeschreven en niet voorgeschreven) geneesmiddelen is quasi gelijk in het Vlaams als in het Brussels Gewest; 63%. De gemiddelde maandelijkse uitgaven voor geneesmiddelen bedraagt in het Vlaams Gewest 868 BF en in het Brussels Gewest 1.103 BF. Dit is gemiddeld respectievelijk 1% en 2% van het beschikbaar inkomen.
- 5% van de huishoudens in het Vlaams Gewest en 6% van de huishoudens in het Brussels Gewest had in de maand voorafgaand aan de bevraging uitgaven voor de hospitalisatie voor één of meerdere van haar leden. De gemiddelde maandelijkse uitgaven voor hospitalisatie bedraagt voor het Vlaams Gewest 813 BF en voor het Brussels Gewest 774 BF. Dit is in beide gewesten gemiddeld 2% van het beschikbaar inkomen.

## 5.10. Ongelijkheid in Gezondheid

### Samenvatting

**Sociale ongelijkheden in gezondheid komen vooral tot uiting op het gebied van de leefstijl.** Personen met een lager opleidings- en inkomensniveau ervaren hun eigen gezondheid eerder als zeer slecht, slecht tot redelijk. Hun leefstijl is ook minder gunstig (o.a. m.b.t. roken, lichaamsbeweging in de vrije tijd, voedingsgewoonten, kankerpreventie,...). Er zijn geen duidelijke verschillen in de medische consumptie volgens socio-economische status. Het verschil is enkel duidelijk voor de contacten met de tandarts. De hogere socio-economische bevolkingsgroepen hebben wel meer een rechtstreeks contact met specialisten. Zelf-medicatie is ook groter in deze groep. Er zijn ook aanwijzingen dat de reden voor raadpleging van specialisten en hospitalisatie en het soort specialist dat men raadpleegt verschillend is volgens socio-economisch niveau. Verder zijn er aanwijzingen dat de kosten voor de gezondheidszorg moeilijker te dragen zijn door huishoudens met een relatief laag opleidings- en inkomensniveau.

**Financiële barrière in de toegang.** 25% van de huishoudens in het Vlaams Gewest ervaart de persoonlijke bijdrage voor gezondheidszorgen als moeilijk of onmogelijk te dragen. In het Brussels en Waals Gewest zijn deze cijfers respectievelijk 44% en 42%. 4% van de huishoudens in het Vlaams Gewest hebben om financiële redenen in het laatste jaar besloten tot uitstel van zorgen. In het Brussels en Waals Gewest is dit cijfer heel wat hoger, respectievelijk 19% en 11%.

### Inleiding

In 1977 aanvaardden de WGO en haar lidstaten de resolutie waarbij 'Gezondheid voor Allen' voor de regeringen het belangrijkste doel werd op het vlak van sociale gezondheid. In het verlengde hiervan heeft het Regionaal Europees Bureau van de WGO belangrijke maatregelen genomen namelijk, door de aanvaarding in 1984, door de 32 lidstaten van de regio op dat ogenblik, van de 38 regionale doelstellingen van 'Gezondheid voor allen'. Centraal in deze doelstellingen staat het reduceren van ongelijkheid in gezondheid.

Het thema (on-)gelijkheid op het vlak van de gezondheid vormt een quasi constante in het epidemiologisch onderzoek. Veelal kon vastgesteld worden een lagere sociaal-economische status gepaard gaat met slechtere gezondheidsscores. De voorbeelden zijn voldoende gekend: het gemiddeld lagere geboortegewicht, de hogere prevalentie van chronische specifieke respiratoire aandoeningen, hart- en vaatziekten, reumatische klachten en suikerziekte, de grote aanwezigheid van lichamelijke beperkingen (o.a. moeilijkheden bij het lopen), de lagere levensverwachting, enz.

#### 5.10.1. Gezondheidsstatus

**De perceptie van de eigen gezondheid** vertoont een negatieve samenhang met het opleidingsniveau: bij personen zonder diploma, met een diploma lager onderwijs of een diploma lager secundair onderwijs geeft tussen de 30 en 40% aan de eigen gezondheid als onbevredigend te beschouwen (globaal percentage: 18%). Bij diegenen die een diploma hoger secundair behaald hebben, daalt dit percentage tot 16%, bij diegenen die een diploma hoger onderwijs behaald hebben tot 13%. Eenzelfde socio-economische gradiënt kan vastgesteld worden indien de samenhang tussen subjectieve perceptie van de gezondheid en het equivalent inkomen van het huishouden nagegaan wordt. Een eerder laag (equivalent) inkomen hangt samen met een relatief grotere kans de eigen gezondheid als onbevredigend te beschouwen.

Er kan geen uitgesproken samenhang tussen enerzijds het opleidingsniveau of het inkomensniveau en anderzijds de **afwezigheid van aandoeningen of de prevalentie van co-morbiditeit** vastgesteld worden. Naarmate het opleidings- of inkomensniveau lager is komt co-morbiditeit wel vaker voor, maar deze verschillen zijn niet significant.

Tussen het opleidingsniveau en het gemiddeld **aantal gerapporteerde klachten** (uit een lijst van 23 klachten) bestaat een - weliswaar licht - negatief verband: Lager opgeleiden geven gemiddeld meer klachten aan dan hoger geschoolden. Van een duidelijke inkomensgradiënt is weinig sprake indien de samenhang ervan met het aantal gerapporteerde klachten nagegaan wordt. Wel kan vastgesteld worden dat diegenen met een maandelijks (equivalent) inkomen van meer dan 40.000 Bfr. gemiddeld minder klachten rapporteren dan zij met een lager inkomen. Eenzelfde beeld kan teruggevonden worden indien de samenhang tussen enerzijds opleidingsniveau en inkomensniveau en anderzijds de mate waarin lichamelijke pijnen de dagelijkse normale activiteit hindert. Personen met een lage opleiding, respectievelijk inkomen melden meer dan de anderen gehinderd te worden door pijn in de dagelijkse activiteit.

De **Body Mass Index (BMI)** daalt in functie van het opleidingsniveau en - minder uitgesproken - het inkomensniveau. De proportie personen met een overgewicht, respectievelijk personen met zwaarlijvigheid is kleiner bij de hoger opgeleiden. Personen met een lager opleidingsniveau respectievelijk behorende tot een lagere inkomenscategorie geven minder dan de anderen aan bezorgd te zijn over hun gewicht. Zij die dit wel doen geven meer dan de anderen aan minder aanbevolen/duurdere methodes te gebruiken om te vermageren (o.a. vasten). Interessant om te melden is tevens dat lager opgeleiden respectievelijk personen behorend tot een lager inkomensniveau meer aangeven te willen vermageren zelfs indien hun gewicht daartoe geen aanleiding zou mogen geven.

Er kan nauwelijks een samenhang onderkend worden tussen socio-economische kenmerken van de bevolking en hun **mentale gezondheid**. Niettemin laten de resultaten zien dat bij de laagst opgeleiden respectievelijk personen behorend tot de lagere inkomenscategorieën de proportie personen dat aangeeft depressief te zijn, significant hoger ligt. Hiermee gepaard gaand kan een negatieve samenhang tussen het opleidings- en inkomensniveau en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen vastgesteld worden (alhoewel de vastgestelde verschillen niet statistisch significant zijn).

Van een rechtstreekse samenhang tussen socio-economische karakteristieken van de bevolking en hun **sociale gezondheid** is nauwelijks sprake. Een partiële samenhang tussen het inkomensniveau en sociale gezondheid kan enkel teruggevonden worden indien de eigen lichamelijke gezondheid of emotionele problemen als remming op het onderhouden van sociale relaties mee in rekening gebracht wordt. Voor personen met een eerder beperkt inkomen (minder dan 40.000 Bfr) geldt dat gezondheidsproblemen/emotionele problemen meer dan voor andere personen de omgang met anderen hindert.

## 5.10.2. Leefstijl en preventie

De **consumptie van tabak** (regelmatig of occasioneel) daalt met een stijgend opleidingsniveau. Bij diegenen met een diploma hoger onderwijs is het laagst (23%), bij de overige opleidingscategorieën varieert het van 30 tot 35%. De proportie occasionele rokers (vergeleken met de regelmatige rokers) stijgt met het opleidingsniveau respectievelijk het inkomensniveau. De proportie zware rokers is het kleinst bij diegenen met een diploma hoger onderwijs en diegenen behorend tot de hoogste inkomenscategorie.

Globaal genomen kan een samenhang terug gevonden worden tussen socio-economische karakteristieken en de **consumptie van alcohol**. Wanneer nagegaan wordt hoeveel personen aangaven in de loop van het afgelopen jaar (minstens eenmaal) alcoholische dranken geconsumeerd te hebben, kan vastgesteld worden dat deze proportie stijgt met het opleidingsniveau; waar 60% van diegenen zonder diploma aangaven

alcoholische dranken te hebben geconsumeerd, stijgt dit percentage tot 93% bij die personen met een diploma hoger onderwijs. Niet alleen het aantal personen dat alcohol consumeert stijgt met het opleidingsniveau, ook het gemiddeld aantal glazen dat geconsumeerd wordt: waar dit gemiddeld 3 glazen per week bedraagt bij de personen zonder diploma, stijgt dit tot gemiddeld 6 glazen bij diegenen met een diploma hoger onderwijs. Tevens is het aantal dagelijkse drinkers het hoogst bij die personen met minstens een diploma hoger onderwijs respectievelijk in de hoogste inkomensgroep.

Het al dan niet beoefenen van **sportieve activiteiten** vertoont een nauw samenhang met socio-economische karakteristieken. 40% tot 60% van de personen zonder diploma of met een diploma lager of lager secundair beoefenen geen enkele vorm van (aktieve) sport. Dit percentage zakt tot 23% bij diegenen met een diploma hoger onderwijs. Eenzelfde tendens kan vastgesteld worden indien de samenhang met het inkomensniveau wordt nagegaan: 40% van de personen met een gering inkomen beoefent geen (aktieve) sport tegen slechts 23% van diegenen met een (equivalent) inkomen van meer dan 60.000 Bfr. Ook indien de samenhang een andere hier bestudeerde indicator - het percentage personen dat minstens eenmaal per week een fysieke activiteit (voldoende lang om te zweten) beoefent - nagegaan wordt, kan eenzelfde beeld teruggevonden worden: lager geschoolden, respectievelijk personen met een lager inkomen beoefenen minder dan hoger geschoolden, respectievelijk personen met een hoger inkomen een sportieve activiteit.

De praktijk van **vaccinatie** (tegen tetanos, tegen griep, tegen rode hond) vertoont geen enkele samenhang met de weerhouden socio-economische indicatoren.

Zowel het onderwijsniveau als het inkomensniveau vertoont een hechte samenhang met de mate waarin personen het **besmettingsgevaar voor AIDS** correct inschatten. De teneur hierbij is duidelijk: hoe hoger het opleidingsniveau, respectievelijk hoe hoger het inkomensniveau, hoe groter het aantal personen is dat deze besmettingsmethodes correct inschatten. Een speciale aandacht ging naar de mate waarin personen (correct) aangaven dat bloedtransfusie in België geen enkel risico op AIDS-besmetting met zich meebrengt. Ook hier kan eenzelfde tendens onderkend worden; hoger opgeleiden schatten beter dan lager opgeleiden, meerverdieners meer dan minderverdieners de afwezigheid van besmettingsmogelijkheden correct in. Parallel met de correcte inschatting van besmettingsmethodes, scoort de herkenning van efficiënte beschermingsmethodes voor AIDS; hoger opgeleiden en personen met een relatief hoog (equivalent) inkomen schatten de beschermingsmethodes beter in.

Niet alleen met betrekking tot de kennis over besmettings- en beschermingsmethodes kan een uitgesproken socio-economische gradiënt onderkend worden, ook met betrekking tot het concrete screening voor AIDS bestaat deze gradiënt. Een hogere opleiding respectievelijk een hoger equivalent inkomen hangt samen met een hoger gebruik van AIDS-tests. Tevens hangt de motivatie voor een dergelijke screening samen met socio-economische karakteristieken.

Tenslotte kan een duidelijke socio-economische gradiënt onderkend worden met betrekking tot de houding ten aanzien van HIV-geïnfecteerden. Zo houdt 67% van de personen zonder diploma er een discriminerende houding op na, tegen 64% van de personen met een diploma hoger onderwijs.

Globaal genomen kan een positieve samenhang vastgesteld worden tussen respectievelijk het opleidingsniveau en het inkomensniveau enerzijds en goede *voedingsgewoonten* anderzijds. Personen met een eerder lage opleiding respectievelijk behorend tot een lage inkomenscategorie geven minder aan frequent vis te eten, fruit en groenten te eten, geven meer aan gesuikerde dranken te consumeren,...

Er kan geen netto-samenhang vastgesteld worden tussen opleidings- en inkomensniveau van de moeder enerzijds en het geven van **borstvoeding** na de geboorte van een kind. Er kunnen wel aanwijzingen teruggevonden worden dat het geven van borstvoeding na een periode van zes weken respectievelijk 3 maanden na de geboorte meer een praktijk is van de laagst opgeleiden enerzijds en de hoogst opgeleiden anderzijds. Eenzelfde profiel kan teruggevonden worden indien de samenhang met het inkomen nagegaan wordt: ook hier ligt de proportie moeders dat na zes weken, respectievelijk 3 maanden na de geboorte nog steeds borstvoeding geeft significant hoger bij de diegenen behorend tot de laagste én de hoogste inkomenscategorie.

Moeders zonder diploma, respectievelijk behorend tot de laagste inkomenscategorie hebben minder een huisbezoek door Kind en Gezin gehad na de geboorte. Moeders met een diploma hoger onderwijs gaven meer frequent aan hun kind medisch te laten opvolgen in het kinderdagverblijf of door een privé pediater. Er kunnen tevens aanwijzingen teruggevonden worden voor de praktijk waarbij moeders met een lager

opleidingsniveau respectievelijk een lager inkomensniveau meer tijdens het eerste levensjaar van het kind op medische consultatie gaan.

Het feit een **voorbehoedsmiddel** te gebruiken is onafhankelijk van het socio-economische niveau van de betrokkenen. In de keuze van het voorbehoedsmiddel kunnen lichte aanwijzingen gevonden voor socio-economische verschillen. Zo zijn er indicaties dat vrouwen in de laagste inkomenscategoriemeer dan vrouwen in de overige inkomenscategorieën 'de' pil gebruiken en minder de sterilisatie. Daarenboven lijkt het gebruik van het condoom en het pessarium bij vrouwen in de laagste inkomenscategorie lager te liggen.

Het geringe aantal gevallen in de studiepopulatie laat niet toe een samenhang na gaan tussen socio-economische status van vrouwen en (kenmerken van) de **opvolging van de zwangerschap**.

Het gering aantal gevallen laat niet toe verregaande conclusies te trekken aangaande de mogelijke samenhangen tussen socio-economische karakteristieken en het risicogedrag in verband met **wiegedood**. Met de nodige voorzichtigheid kan afgeleid worden dat vrouwen met een diploma hoger onderwijs of behorend tot de hoogste inkomensgroep een minder risicovolle omgeving (kunnen) bieden aan hun pasgeborene.

Een samenhang tussen socio-economische karakteristieken en **cardio-vasculaire preventie** (controle bloeddruk, controle cholesterol) kan slechts in beperkte mate vastgesteld worden. Met betrekking tot controle van de bloeddruk is deze samenhang zelfs helemaal afwezig. Hoger opgeleiden, respectievelijk personen behorend tot een hogere inkomenscategorie geven significant meer aan in de afgelopen vijf jaar preventief gescreend te zijn voor cholesterol.

De analyse van de onderzoeksresultaten laten slechts toe in zeer beperkte mate samenhangen vast te stellen tussen de socio-economische kenmerken van vrouwen en de praktijk van **kankeropsporing** (borstkanker, baarmoederhalskanker). Enkel de preventieve controle voor baarmoederhalskanker lijkt een praktijk te zijn die toeneemt met het opleidings- respectievelijk het inkomensniveau.

Er kan geen samenhang vastgesteld worden tussen het opleidings- of inkomensniveau en de incidentie van **ongevallen**. Het dragen van een autogordel vooraan in de auto ligt significant hoger bij de hoger dan bij de lager opgeleiden. Er kunnen aanwijzingen teruggevonden worden dat hoger opgeleiden, respectievelijk personen behorend tot een hogere inkomenscategorie beter dan de anderen het toegelaten alcoholpercentage in het bloed voor een bestuurder van een auto correct inschatten.

### 5.10.3. Medische consumptie

De samenhang tussen de hier gehanteerde socio-economische indicatoren en de **contacten met de huisarts** is weinig eenduidig. Zo kunnen er geen verschillen teruggevonden worden tussen de onderscheiden opleidingscategorieën, respectievelijk inkomenscategorieën met betrekking tot de proportie personen die al dan niet een vaste huisarts hebben, noch met betrekking tot het aantal personen die een contact aangeven met de huisarts in de loop van een periode van één jaar, noch met betrekking tot het gemiddeld aantal contact per persoon per jaar. Daarentegen kan vastgesteld worden dat in de lagere opleidingsklassen relatief meer huisbezoeken aangevraagd worden dan in de hogere.

Ook met betrekking tot de **contacten met de specialist** kunnen weinig uitgesproken samenhangen met opleidings- of inkomenscarakteristieken teruggevonden worden. Niettemin kan vastgesteld worden dat de kans om in de loop van één jaar tenminste één contact te hebben met een arts-specialist hoger is als men tot de hoogste opleidingsklasse behoort. Personen met een diploma secundair onderwijs of lager rapporteren in 44% van de gevallen een contact met een arts-specialist in het afgelopen jaar, bij personen

met een diploma hoger onderwijs is dit percentage 48%. Daarenboven hangt een hogere opleiding en een hoger inkomen hangen samen met een hogere kans om de specialist te contacteren zonder verwijzing door de huisarts (alhoewel dit zeker niet geldt voor alle specialismen). Het gemiddeld aantal consultaties met de arts-specialist, de reden voor contact noch het soort contact (nieuw contact versus herhalingsbezoek) vertoont echter een samenhang met de hier weerhouden socio-economische karakteristieken.

De kans om het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met de **tandarts** vertoont een belangrijke socio-economische gradiënt, ook na standaardisatie voor leeftijd en geslacht. Dit komt duidelijkst tot uiting indien de inkomensklassen vergeleken worden: een hogere inkomensklasse komt overeen met een hogere proportie personen die het afgelopen jaar contact hadden met een tandarts. Het rapporteren van een preventief tandonderzoek in de afgelopen 2 maanden stijgt in functie van het onderwijsniveau en het equivalent inkomen.

Tussen de onderscheiden socio-economische indicatoren en de **opname in een ziekenhuis** kunnen nauwelijks samenhangen teruggevonden worden. Zo is er een geen samenhang tussen de kans opgenomen te worden in een ziekenhuis of de duur van opname en het opleidings- of inkomensniveau. De analyse van de enquêteresultaten laten echter wel toe vast te stellen dat cardiovasculaire en psychosociale problemen als belangrijkste oorzaak van opname in het ziekenhuis zijn relatief belangrijker in de laagste socio-economische klassen.

Voor de studie van een mogelijke samenhang tussen socio-economische karakteristieken en het **gebruik van geneesmiddelen** (tijdens de afgelopen twee weken) is het noodzakelijk een onderscheid te maken tussen voorgeschreven en niet-voorgeschreven geneesmiddelen. Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen lijkt slechts in beperkte mate samen te hangen met socio-economische karakteristieken. De consumptie van niet voorgeschreven geneesmiddelen daarentegen hangt daarentegen positief samen met het inkomensniveau; hoe hoger het inkomensniveau, hoe groter de consumptie van niet voorgeschreven geneesmiddelen (laagste inkomenscategorie: 22%, hoogste categorie: 39%). Indien naar het soort geneesmiddel (voorgeschreven en niet voorgeschreven) gekeken wordt, kunnen kleine socio-economische verschillen vastgesteld worden: zo gebruiken mensen met een lagere opleiding gebruiken meer pijnstillers dan diegenen met een hogere opleiding en ligt het gebruik van geneesmiddelen in verband met het zenuwstelsel hoger in de lagere opleidings- en inkomensklassen.

Er kan geen sterke samenhang vastgesteld worden tussen socio-economische kenmerken en het gebruik van **andere gezondheidsvoorzieningen**. De proportie personen die het afgelopen jaar een contact hadden met een alternatief genezer stijgt echter sterk in functie van de opleidings- en inkomensklasse: in de laagste opleidings- en inkomensklasse is het respectievelijk 2 en 4%, in de hoogste respectievelijk 11% en 8%.

Noch wat het aantal huishoudens dat in de referentieperiode **uitgaven** had voor gezondheidsverstrekkers noch met de gemiddelde uitgaven voor gezondheidswerkers, kan een samenhang onderkend worden met de hier weerhouden socio-economische kenmerken (van het huishouden). Van een dergelijke samenhang is evenmin sprake indien het aantal huishoudens dat uitgaven had voor geneesmiddelen beschouwd wordt. Daarentegen dalen de uitgaven voor geneesmiddelen zowel in absolute als in relatieve termen over de onderscheiden opleidingscategorieën heen. Eenzelfde tendens kan vastgesteld worden indien de samenhang met het inkomen van de huishoudens bestudeerd wordt: De uitgaven voor geneesmiddelen dalen zowel in absolute als in relatieve termen over de onderscheiden inkomenscategorieën heen. Na standaardisatie voor leeftijd en geslacht van de referentiepersoon verschillen de relatieve gemiddelde uitgaven significant voor elke onderscheiden inkomenscategorie. Een samenhang tussen het aantal huishoudens dat uitgaven had voor hospitalisatie en de gemiddelde uitgaven hiervoor enerzijds en de hier onderscheiden (socio)economische kenmerken anderzijds kan niet worden vastgesteld.

#### **5.10.4. Toegang tot de gezondheidszorg**

In deze paragraaf staat de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen centraal. Nagegaan werd of huishoudens de uitgaven voor gezondheidszorgen kunnen dragen en - eventueel - of ze de consumptie van gezondheidszorgen dienden uit te stellen omwille van financiële redenen.

- 25% (Vlaams Gewest) à 44% (Brussels Gewest) van de huishoudens beschouwt hun persoonlijke bijdrage voor gezondheidszorgen als moeilijk of onmogelijk om dragen.
- 4 % van de huishoudens in het Vlaams Gewest en 19% van de huishoudens in het Brussels Gewest diende tijdens het afgelopen jaar de consumptie van gezondheidszorgen uit te stellen omwille van financiële redenen. Het gaat hierbij het meest om het beroep doen op tandartsen; het consulteren van een specialist, het aankopen van een nieuwe bril; het consulteren van een huisarts en de aankoop van medicijnen





DE GEZONDHEID VAN DE BEVOLKING

IN HET BRUSSELS GEWEST

*SAMENVATTING*



GEZONDHEIDSENQUETE, BELGIË, 1997

**referentie :**

**J. Van der Heyden, S. Demarest, P. Leurquin, J. Tafforeau, V. Tellier, H. Van Oyen.**

**De gezondheid van de bevolking in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Samenvatting. Gezondheidsenquête, België, 1997.**

**Centrum voor Operationeel Onderzoek in de Volksgezondheid  
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur, Brussel 1998.**

**Depot nr. D/1998/2505/10**



## 6. DE GEZONDHEID VAN DE BEVOLKING IN HET BRUSSELS GEWEST. SAMENVATING

### 6.1. Beknopte Samenvatting

#### 6.1.1. Gezondheidstoestand

*Over het algemeen is de gezondheidstoestand van de bevolking in het Brussels Gewest niet wezenlijk verschillend van wat we vinden bij de bevolking in gans België.*

*Chronische ziekten en langdurige beperkingen als gevolg hiervan zijn geen marginale verschijnsels : tot meer dan de helft van de bevolking heeft hiermee te maken.*

*Beperkingen om zich te verplaatsen en gehoorstoornissen hebben een invloed op de levenskwaliteit van een groot deel van de bevolking.*

*Overgewicht en zwaarlijvigheid zijn belangrijke gezondheidsproblemen.*

*Psychische gezondheidsproblemen komen veel voor en geven aanleiding tot veelvuldig gebruik van slaap- en kalmeermiddelen.*

*Moeheidsklachten komen voor bij de grote meerderheid van de bevolking. Ook andere gezondheidsklachten zijn zeer frequent. De subjectieve gezondheid is nauw verbonden met de aanwezigheid van een sociaal netwerk.*

***Een kwart van de bevolking is niet tevreden over zijn gezondheidstoestand.***

In het Brussels Gewest voelt 1 op 4 personen van 15 jaar en ouder zich niet gezond. Bij de oudere bevolkingsgroepen (65 jaar en ouder) gaat het om bijna de helft van de bevolking. Mensen uit de lagere socio-economische bevolkingsgroepen en zware rokers vermelden vaker dat ze zich niet gezond voelen.

***Chronische ziekten en aandoeningen komen frequent voor en vertonen een ander profiel dan wat waargenomen wordt aan de hand van de sterftcijfers.***

Meer dan de helft van de bevolking geeft aan een chronische aandoening te hebben en meer dan een derde heeft minstens 2 aandoeningen. Het hebben van meerdere aandoeningen hangt samen met beperkingen in het uitoefenen van de dagelijkse activiteiten. Aandoeningen van het bewegingsstelsel zijn de belangrijkste oorzaak van morbiditeit. Ook hart- en vaataandoeningen en allergie zijn belangrijke

oorzaken van morbiditeit. Migraine komt bij vrouwen frequent voor maar is veelal geen aanleiding om een beroep te doen op een arts.

***22% van de bevolking ondervindt lichamelijke hinder bij de uitoefening van zijn dagelijkse activiteiten.***

1 op 5 personen heeft een ziekte of aandoening die hem/haar voortdurend stoort tijdens de dagelijkse bezigheden. De belangrijkste beperkingen zijn beperkingen in de mobiliteit en stoornissen in de gehoorfunctie en dit zowel in de totale bevolking van 15 jaar en ouder als bij 65-plussers waar 1 op 3 beperkt is in mobiliteit en 1 op 5 problemen heeft met het gehoor. Belangrijk is dat lagere socio-economische bevolkingsgroepen vaker beperkingen hebben dan de hogere.

***2 op 3 personen hebben last van moeheidsklachten.***

2 op 3 personen in het Brussels Gewest hebben last van moeheidsklachten. Ook klachten van het bewegingsstelsel en nerveuze klachten komen voor bij meer dan de helft van de bevolking. Vrouwen hebben meer gezondheidsklachten dan mannen en de impact van pijn op hun dagelijkse activiteiten is meer uitgesproken. Er is een duidelijk verband tussen roken en de aanwezigheid van gezondheidsklachten.

***40% van de bevolking weegt te veel.***

Zwaarlijvigheid is een belangrijk gezondheidsprobleem : 40% van de bevolking van 18 jaar en ouder heeft een overgewicht, hiervan is 10% echt zwaarlijvig. Ondergewicht is vooral een probleem bij vrouwen jonger dan 35 jaar en is frequenter in het Brussels Gewest dan in de andere gewesten.

Overgewicht en zwaarlijvigheid vormen een groter probleem in de laagste opleidings- en inkomensgroepen. Net in die groepen let men minst op zijn gewicht. Indien men er toch iets aan probeert te doen, maakt men hiervoor vaker gebruik van niet aanbevolen methodes zoals het gebruik van commerciële afslankingsmiddelen of het overslaan van maaltijden.

***10% van de bevolking heeft geen eigen gebit meer.***

1 op 10 personen geeft aan over geen eigen gebit meer te beschikken. Dit is vaker het geval voor rokers dan niet rokers en minder vaak bij hooggeschoolden.

***Psychische gezondheidsproblemen zijn zeer frequent.***

Er zijn aanwijzingen dat bijna 4 op 10 personen in het Brussels Gewest psychische gezondheidsproblemen hebben. Dit is vaker het geval voor vrouwen dan mannen. Het gebruik van psychotrope medicatie, vooral slaapmiddelen, is aanzienlijk en neemt toe met de leeftijd. Bij vrouwen ouder dan 65 jaar gaat het om een vierde van de bevolking.

***Er is een belangrijke samenhang tussen subjectief gezondheidsgevoel en sociale gezondheid.***

1 op 10 personen in het Brussels Gewest heeft zelden contact met verwanten, vrienden of kennissen. Er is een samenhang tussen sociale gezondheid en de algemene perceptie van de eigen gezondheid. Personen die de eigen gezondheid als eerder slecht inschatten, hebben doorgaans ook een negatieve kijk op de eigen sociale gezondheid.

## 6.1.2. Levensstijl en preventie

*Een groot aantal personen in het Brussels Gewest rookt, heeft te weinig lichaamsbeweging tijdens de vrije tijd en heeft slechte voedingsgewoonten.*

*Slechts iets meer dan de helft van de doelgroepen laat zich screenen voor borst- en baarmoederhalskanker en slechts bij de helft van de bevolking werd ooit het cholesterolgehalte in het bloed nagegaan.*

*Een groot aantal personen gebruikt belangrijke hoeveelheden alcohol. Veel mensen zijn zich nog onvoldoende bewust van de risicofactoren voor ongevallen.*

*Een groot deel van de bevolking heeft verkeerde ideeën omtrent de overdracht van het HIV-virus en de mogelijke beschermingsmiddelen en heeft een discriminerende houding tegenover seropositieven.*

*Inspanningen dienen geleverd te worden om het geven van borstvoeding, de slaapomgeving van de zuigeling en moeder- en kindzorg in het algemeen verder te verbeteren.*

*Risicogedragingen worden doorgaans vaker waargenomen in de lagere socio-economische bevolkingsgroepen, komen vaak samen voor (tabak- en alcoholgebruik) en worden ook reeds gezien op jonge leeftijd (rookgedrag bij jongens tussen 15 en 19 jaar : 1 op 8 rookt reeds 1 pakje per dag).*

***Een derde van de bevolking in het Brussels Gewest rookt, zelfs bij de jongeren tussen 15 en 19 jaar.***

Het rookgedrag, vooral bij jongeren, is een belangrijk volksgezondheidsprobleem. In het Brussels Gewest rookt een derde van de jongeren tussen de 15 en 19 jaar. 12% van de jongens in deze leeftijdsgroep rookt dagelijks 20 sigaretten of meer. Roken komt meer voor in de lagere socio-economische bevolkingsgroepen.

***Een belangrijk aantal jongeren gebruikt alcohol tijdens het weekend.***

15% van de bevolking in het Brussels Gewest drinkt tenminste eens per maand 6 of meer glazen op één dag. Bij jongeren tussen de 15 en 19 jaar gaat het om 10%. Het gemiddeld alcoholgebruik is 5 glazen per week per persoon. Alcoholgebruik neemt toe in functie van socio-economische categorie. Rokers gebruiken doorgaans meer alcohol dan niet rokers.

***Veel mensen hebben een tekort aan lichaamsbeweging tijdens hun vrije tijd.***

4 op 10 personen in het Brussels Gewest lopen een risico omdat ze onvoldoende lichaamsbeweging hebben tijdens hun vrije tijd. Dit is meer het geval in de laagste socio-economische bevolkingsgroepen en bij zware rokers die aldus meerdere risicofactoren combineren.

***Onvoldoende risicopersonen laten zich vaccineren tegen de griep.***

7 op 10 personen zijn in orde met hun tetanusvaccinatie. Slechts 30% van de doelpopulatie werd in de loop van het afgelopen jaar gevaccineerd tegen griep. Twee derde van de vrouwen tussen 15 en 54 jaar werd gevaccineerd tegen rubella. Redenen om zich niet te laten vaccineren zijn doorgaans onvoldoende informatie of nalatigheid, en voor rubella het reeds hebben doorgemaakt van de ziekte.

***Een belangrijk deel van de bevolking heeft nog onvoldoende kennis over de overdrachtswijzen van het AIDS-virus, heeft verkeerde ideeën om zich tegen AIDS te beschermen en heeft een discriminerende houding tegenover seropositieven.***

De kennis van de overdrachtswijze van het HIV-virus is nog steeds onvoldoende : minder dan een derde van de bevolking van 15 jaar en ouder weet dat HIV in België niet kan overgedragen worden via bloedtransfusie. Slechts 50% van de bevolking weet welke beschermingsmethodes onveilig zijn. Een grote meerderheid van de bevolking (65%) heeft een discriminerende houding tegenover seropositieve personen en/of AIDS-patiënten. Een derde van de bevolking van 15 jaar en ouder liet reeds een HIV-test uitvoeren, waarvan meer dan de helft op eigen initiatief. In de leeftijdsgroep tussen 25 en 44 jaar is dit zelfs de helft. Rekening houdend met de lage prevalentie van HIV in België zijn deze laatste cijfers enorm hoog.

***De voedingsgewoonten dienen nog te verbeteren.***

6 op de 10 personen gebruiken nagenoeg dagelijks zoetigheden (snacks of frisdrank), eten niet iedere dag fruit of groenten en eten eerder wit dan bruin brood. Maar liefst 40% gebruikt doorgaans boter op het brood. Slechte voedingsgewoonten komen vaker voor bij de lagere opleidings- en inkomensgroepen en in de leeftijdsgroep van 25 tot 54 jaar.

***Moeder en kindzorg blijft een belangrijk aandachtspunt.***

De opvolging van de zwangerschap is in het Brussels Gewest over het algemeen redelijk tot goed. Slechts 3% van de zwangerschappen wordt onvoldoende opgevolgd. Opvolging van de zwangerschap gebeurt nagenoeg steeds door een arts-specialist. De rol van de huisarts en ONE/K&G is marginaal.

In het Brussels Gewest krijgt maar iets meer dan de helft van de jonge moeders een huisbezoek na de bevalling door ONE/K&G. Dit is veel minder dan in het Vlaams (91%) en het Waals Gewest (84%). Twee derde van de zuigelingen wordt opgevolgd door de specialist, minder dan de helft door het ONE/K&G, slechts 12% door de huisarts (1 op 5 door meerdere voorzieningen samen). Voor het geven van de basisvaccinaties wordt in 4 gevallen op 10 een beroep gedaan op de specialist en ongeveer even vaak op ONE/K&G. Ook hier is de rol van de huisarts marginaal.

Driekwart van de vrouwen start met borstvoeding. De helft hiervan stopt de borstvoeding vóór de zuigeling 3 maand oud is. Socio-economische verschillen worden in het Brussels Gewest niet waargenomen. Moeders die roken (1 op 5 vrouwen) geven minder lang borstvoeding dan zij die niet roken.

Slechts 1 op 4 zuigelingen heeft een slaapomgeving die een minimaal risico op wiegedood garandeert. Inspanningen zijn nodig om jonge moeders beter te informeren over de vereisten van de slaapomgeving van hun zuigeling.

6 op 10 vrouwen in de leeftijdsgroep tussen 15 en 54 jaar gebruikt een methode van contraceptie. Driekwart hiervan gebruikt de pil. Adolescenten gebruiken vooral de pil. Naarmate de leeftijd toeneemt, rapporteert men vaker het gebruik van een spiraaltje. Barrièremethodes (vooral condoom) zijn weinig populair als contraceptiemethode.

***Opsporing van hoge bloeddruk wordt vrij algemeen gedaan op elke leeftijd maar opsporing van een hoog cholesterolgehalte in het bloed gebeurt weinig bij jongeren.***

Opsporing van hoge bloeddruk komt vrij algemeen voor en neemt toe met de leeftijd. Ook in de leeftijdsgroep 15-24 jaar blijkt de bloeddruk tijdens de afgelopen 5 jaar bij 3 op 4 personen gecontroleerd te zijn. Screening voor hypercholesterolemie tijdens de afgelopen 5 jaar wordt gerapporteerd door de helft van de bevolking van 20 tot 64 jaar oud. Hierbij worden meer leeftijdsverschillen gezien dan bij hypertensie : in de jongste leeftijdsgroep gaat het om 1 op 5 gescreenden, in de oudste om 4 op 5.

***6 op 10 vrouwen in de doelgroep laten een mammografie uitvoeren in het kader van een vroegtijdige opsporing van borstkanker en eveneens 6 op 10 laten een uitstrijkje nemen voor vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker.***

6 op 10 vrouwen van de doelgroep (50 tot 70 jaar) hebben zich de afgelopen 2 jaar laten screenen voor borstkanker via een mammografie. Dit gebeurt in 3 op 4 gevallen op aanraden van de behandelende arts (huisarts of specialist). Er zijn aanwijzingen dat een aantal vrouwen zich zelfs jaarlijks laat screenen. Eveneens 6 op 10 vrouwen van de doelgroep (25 tot 64 jaar) hebben de afgelopen 3 jaar een uitstrijkje laten nemen. Verschillen in borstkankerscreening via mammografie naargelang de socio-economische categorie worden niet waargenomen. Het nemen van een uitstrijkje komt wel meer voor in de hogere socio-economische bevolkingsgroepen.

***De houding t.o.v. veiligheid in het verkeer verdient de nodige aandacht.***

6% van de personen van 15 jaar en ouder geeft aan tijdens de afgelopen twee maanden een ongeval te hebben gehad : bijna 1 op 3 ongevallen gebeurt in het huishouden, in bijna 1 op 3 gevallen gaat het om een sportongeval. Meer dan een derde van de bevolking geeft aan nooit of enkel af en toe een autogordel te dragen wanneer ze vooraan in de wagen zitten. Bij jongeren is dit bijna de helft. 6 op 10 Brusselaars kennen het maximum toegelaten alcoholgehalte in het bloed bij het autorijden niet.

### 6.1.3. Medische consumptie

*De positie van de huisarts binnen het gezondheidssysteem is in het Brussels Gewest minder uitgesproken dan in de andere gewesten. Specialistische diensten situeren zich meer op de eerste lijn. Toch kan via de huisarts de grote meerderheid van de bevolking bereikt worden.*

*Contacten met een arts en opnames in het ziekenhuis komen ongeveer evenveel voor in alle socio-economische bevolkingsgroepen. Wel zijn er aanwijzingen dat de redenen voor het contact of de opname verschillen naargelang de socio-economische groep.*

*Problemen van het bewegingsapparaat en problemen van het spijsverteringsstelsel worden vaakst aangegeven als reden voor opname in het ziekenhuis.*

*Het gebruik van geneesmiddelen is zeer groot. Pijnstillers zijn de meeste gebruikte geneesmiddelen. De grote meerderheid hiervan wordt niet voorgeschreven.*

*Het effect van roken op de medische consumptie uit zich vooral in een hoger gebruik van geneesmiddelen en meer frequente opnames in het ziekenhuis bij rokers dan bij niet-rokers.*

*De grote meerderheid van de bejaarden maakt geen gebruik van specifieke voorzieningen, zoals poetshulp, warme maaltijden, enz. Dit geldt ook voor de hoogbejaarden.*

*Een belangrijk aantal personen doet een beroep doen op een homeopaat, osteopaat, chiropractor of acupuncturist zijn. Dit is vooral zo in de hogere socio-economische bevolkingsgroepen.*

#### ***De huisarts neemt een belangrijke plaats in binnen het gezondheidssysteem.***

In het Brussels gewest geeft 78% van de bevolking aan over een vaste huisarts te beschikken. De drempel om de huisarts te contacteren is in het Brussels Gewest vrij laag, hoewel hoger dan in de andere 2 gewesten. Via de huisarts kan echter ook in het Brussels Gewest een aanzienlijk percentage van de bevolking bereikt worden. Er is over het algemeen geen socio-economische drempel voor het contact met de huisarts. Het aandeel van de huisbezoeken is vrij groot : 3 op de 10 contacten zijn huisbezoeken.

#### ***Meer dan de helft van de bevolking heeft jaarlijks een ambulante contact met een arts-specialist.***

Meer dan de helft van de bevolking heeft jaarlijks een ambulante contact met een arts-specialist. Bij vrouwen gaat het zelfs om twee derde van de bevolking. In 7 op 10 van de contacten gebeurt dit op initiatief van de patiënt zelf. Kwantitatief zijn er geen verschillen in de contacten met de arts-specialist in



functie van socio-economische klasse. Er zijn wel aanwijzingen dat de redenen voor het contact en het soort specialist dat geraadpleegd wordt verschillen in functie van de socio-economische klasse.

***Opname in het ziekenhuis gebeurt het meest omwille van problemen van het bewegingsstelsel.***

1 op 8 personen rapporteert een ziekenhuisopname in het afgelopen jaar. Problemen van het bewegingsapparaat en problemen van het spijsverteringsstelsel worden vaakst aangegeven als belangrijkste reden van opname zowel bij mannen als bij vrouwen. Kwantitatieve indicatoren i.v.m. het aantal ziekenhuisopnames verschillen niet in functie van de socio-economische klasse. Er zijn echter wel aanwijzingen dat de redenen voor opname verschillen volgens het opleidings- en/of inkomensniveau. Rokers worden vaker opgenomen in het ziekenhuis dan niet-rokers.

***Twee derde van de bevolking geeft aan afgelopen 2 weken geneesmiddelen te hebben ingenomen.***

Het gebruik van geneesmiddelen is zeer groot. Bijna 2/3 van de bevolking geeft aan de afgelopen 2 weken een geneesmiddel te hebben ingenomen. 25% van de bevolking zegt pijnstillers te hebben genomen, 20% middelen i.v.m. ademhalingsstelsel en 15% middelen i.v.m. hart en bloedvaten. Bij 7 op 10 van de personen die pijnstillers gebruiken, gaat het om niet voorgeschreven pijnstillers. Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen stijgt met de leeftijd. Dit is niet het geval voor niet voorgeschreven geneesmiddelen. Personen uit lagere socio-economische bevolkingsgroepen nemen meer pijnstillers en middelen i.v.m. het zenuwstelsel. Personen uit hogere socio-economische bevolkingsgroepen doen vaker aan zelfmedicatie.

***Slechts de helft van de bevolking raadpleegt jaarlijks de tandarts.***

Daar waar de aanbeveling is om zesmaandelijks en tenminste jaarlijks een bezoek aan de tandarts te brengen blijkt slechts de helft van de bevolking het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met de tandarts. Ook in de jongere leeftijdsgroepen is dit nauwelijks hoger. In de hoogste opleidings- en inkomensgroep geeft men vaker een contact met de tandarts aan dan in de lagere. Rokers hebben een slechter gebit dan niet-rokers maar rapporteren toch minder vaak een contact met de tandarts.

***Een minderheid van de bejaarden gebruikt specifieke voorzieningen voor hen bestemd.***

Kinesithérapie neemt een belangrijke plaats in bij de therapie van aandoeningen van het bewegingsstelsel : 15% van de bevolking in het Brussels Gewest rapporteert een contact met de kinesitherapeut tijdens het afgelopen jaar. Ook het gebruik van thuisverpleegkunde is vrij goed ingeburgerd, vooral bij bejaarden. Het gebruik van specifieke diensten voor bejaarden zoals poetshulp (ook privé), warme maaltijden aan huis, enz. is daarentegen vrij beperkt : zelfs bij de 85-plussers (die niet in een rusthuis verblijven) maakt slechts 35% gebruik van deze voorzieningen. 8% van de bevolking heeft het afgelopen jaar een contact gehad met een homeopaat, chiropractor, osteopaat of acupuncturist. Dit is vaker het geval bij vrouwen (vooral in de leeftijdsgroep 35-44 jaar) en duidelijk meer bij hooggeschoolden en hoogopgeleiden.

***Bijna 10% van het budget van de huishoudens gaat naar gezondheidsuitgaven.***

Gemiddeld geven huishoudens in België maandelijks 5% van hun beschikbaar inkomen uit aan gezondheidsverstrekkers, 2% aan (voorgeschreven en niet- voorgeschreven) geneesmiddelen en 2% aan hospitalisatie. Deze uitgaven liggen het hoogst bij de 'oudere' huishoudens (huishoudens waarvan de referentiepersoon eerder oud is).

## 6.1.4. Ongelijkheid in gezondheid

*Sociale ongelijkheden in gezondheid zijn vooral duidelijk op het gebied van levensstijl.*

*Er is een reële financiële barrière in de toegang tot de gezondheidszorg maar dit komt niet tot uiting in een lager gebruik van gezondheidsvoorzieningen bij de lagere socio-economische groepen.*

***Sociale ongelijkheden in gezondheid komen vooral tot uiting op het gebied van levensstijl.***

Personen met een eerder laag opleidings-, resp. inkomensniveau schatten de eigen gezondheid relatief slechter in dan personen met een hoger opleidings- of inkomensniveau. Een eerder laag opleidings- of inkomensniveau hangt samen met een levensstijl die een aantal risicofactoren met zich meedraagt. Met betrekking tot de medische consumptie kunnen nauwelijks socio-economische verschillen teruggevonden worden. Er zijn wel indicaties dat relatief laag opgeleiden, resp. personen met een beperkt (equivalent) huishoudinkomen de kosten voor gezondheidszorgen moeilijker kunnen dragen dan de anderen.

***Er bestaat een reële financiële barrière in de toegang tot de gezondheidszorgen.***

44% van de huishoudens beschouwt hun persoonlijke bijdrage voor gezondheidszorgen als moeilijk of onmogelijk om dragen. 19% van de huishoudens diende tijdens het afgelopen jaar de consumptie van gezondheidszorgen uit te stellen omwille van financiële redenen.

## 6.2. Gezondheidstoestand

### 6.2.1. Subjectieve gezondheid

De (subjectieve) gezondheidsbeleving is een persoonlijke beoordeling van de eigen gezondheidstoestand. Uit de literatuur blijkt dat subjectieve gezondheid een fundamenteel instrument is in de evaluatie van de gezondheid en de levenskwaliteit bij de bevolking en ook een indicator is voor mortaliteit, morbiditeit, functioneringsniveau, invaliditeit en consumptie van zorgverstrekking. Er is een verband tussen de evolutie van de subjectieve gezondheid tijdens het afgelopen jaar en de evolutie van de fysieke en/of mentale gezondheidstoestand.

- In het Brussels Gewest beoordeelt 75% van de bevolking van 15 jaar en ouder zijn eigen gezondheidstoestand als goed tot zeer goed en 25% vindt zijn gezondheidstoestand niet goed (zeer slecht, slecht of bevredigend). 16% van de bevolking vindt dat zijn gezondheid er het afgelopen jaar op vooruitgegaan is en 14% vindt dat ze er op achteruitgegaan is.
- Het percentage personen dat zijn gezondheidstoestand als slecht aanvoelt stijgt met de leeftijd tot 48% bij personen van 75 jaar en ouder. Naarmate men ouder wordt geeft men vaker een achteruitgang van de gezondheidstoestand aan in het afgelopen jaar. Dit percentage is maximaal in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder : 34%.
- In het Brussels Gewest geven zware rokers (20 sigaretten per dag of meer) vaker aan over een slechte gezondheid te beschikken en rapporteren ze vaker een achteruitgang van hun gezondheidstoestand dan niet rokers.
- De niet-Belgen of mensen geboren buiten België blijken vaker te klagen over een slechte gezondheid.
- Een lagere socio-economische klasse (bepaald op basis van het opleidingsniveau of de gezinsinkomsten) is geassocieerd met een minder goede subjectieve gezondheid en een vaker rapporteren van een verslechtering van de gezondheidstoestand in het afgelopen jaar. Er is een drempel vanaf het niveau van het hoger secundair onderwijs.
- De subjectieve gezondheidsbeleving varieert aanzienlijk volgens de regio : 18% van de inwoners van het Vlaams Gewest meent dat hun gezondheidstoestand niet bevredigend is. In het Brussels Gewest bedraagt dit percentage 25%, in het Waals Gewest 27%. De verschillen tussen het Vlaams Gewest enerzijds en het Brussels en Waals Gewest anderzijds blijven significant na standaardisatie voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, gezinsinkomen en rookgedrag.

### 6.2.2. Chronische ziekten

In de gezondheidsenquête werd een lijst overlopen van 34 specifieke ziekten of chronische aandoeningen (verder genoemd aandoeningen).

- 55% van de bevolking in het Brussels Gewest rapporteert tenminste één aandoening. Dit percentage bedraagt 46% in het Vlaams Gewest en 45% in het Waals Gewest. 35% heeft minstens 2 aandoeningen. Ook hier scoort het Brussels Gewest hoger dan het Waals Gewest (31%) en het Vlaams Gewest (22%). Het aangeven van minstens 2 aandoeningen wordt verder in de tekst aangegeven als co-morbiditeit. Vrouwen hebben frequenter een aandoening dan mannen en ook co-morbiditeit komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. De prevalentie van aandoeningen, en meer specifiek, de prevalentie van co-morbiditeit neemt sterk toe met de leeftijd. Vanaf de leeftijd van 65 jaar heeft meer dan 60% van de bevolking minstens 2 aandoeningen.
- De aandoeningen die het vaakst gerapporteerd worden zijn aandoeningen van het bewegingsstelsel (vnl. gewrichtsslijtage en langdurige rugklachten), hart- en vaat-aandoeningen (vnl. hoge bloeddruk) en

allergie. Bij vrouwen komt ook migraine veel voor. Daar waar aandoeningen van het bewegingsstelsel geen belangrijke oorzaak zijn van sterfte blijken ze wel zeer belangrijk als oorzaak van morbiditeit.

- Rokers hebben frequenter aandoeningen dan niet-rokers en ook co-morbiditeit komt bij rokers vaker voor. Dit bevestigt de impact van het rookgedrag op de volksgezondheid.
- Er is een verband tussen het hebben van meerdere aandoeningen en beperking in lichamelijke activiteit. Ook de ernst van de beperkingen is geassocieerd met co-morbiditeit.
- Er is geen duidelijke samenhang tussen opleidings- en inkomensniveau en de aanwezigheid van aandoeningen of co-morbiditeit.
- Mensen die hun gezondheid als goed tot zeer goed ervaren rapporteren minder aandoeningen.
- Mensen met een aandoening worden in de regel opgevolgd door een arts. Aandoeningen waarvoor dit niet het geval is zijn migraine en gewrichtsslijtage (bij mannen). Frequent voorkomende aandoeningen zoals o.a. hoge bloeddruk, astma, chronische bronchitis en CARA worden meestal enkel door de huisarts opgevolgd. Een hartinfarct en andere ernstige hartkwalen worden daarentegen doorgaans door de huisarts en de specialist samen opgevolgd.
- 75% van de personen met een hoge bloeddruk neemt hiervoor geneesmiddelen.

### 6.2.3. Lichamelijke beperkingen

Chronische ziekten of langdurige aandoeningen hebben grote gevolgen voor de kwaliteit van het leven. In dit hoofdstuk worden de gevolgen van aandoeningen op het lichamenlijk functioneren beschreven. Dit gebeurt via meerdere indicatoren :

- SF36-score voor lichamenlijk functioneren (bevolking van 15 jaar en ouder)
- handicap in mobiliteit (bevolking van 15 jaar en ouder)
- aangeven van specifieke beperkingen (bevolking van 15 jaar en ouder)
- last hebben van langdurige ziekten, aandoeningen of handicap (ganse bevolking)
- officiële erkenning van invaliditeit of handicap (ganse bevolking)

Daarnaast worden in dit hoofdstuk ook de kortdurende functiebeperkingen omwille van acuut ziek zijn besproken (ganse bevolking).

- Een lijst van 10 lichamenlijke functies werd overlopen. Gemiddeld rapporteren de respondenten ofwel een matige beperking om 2 functies uit te voeren, ofwel een ernstige beperking om 1 functie uit te voeren. Handicap in mobiliteit komt voor bij 6% van de bevolking van 15 jaar en ouder, 3% is matig gehandicapt of de persoon is beperkt in zijn verplaatsing tot zijn eigen omgeving van huis en tuin. 22% van de bevolking geeft aan langdurige beperkingen te hebben. Daarvan gaat het in 64% van de gevallen om een matige beperking (prevalentie 14%) en in 36% om een ernstige beperking (prevalentie 7%). 26% van de bevolking zegt last te hebben van één of meerdere langdurige ziekten of aandoeningen. Bij 22% van hen stoort hen dat voortdurend in hun dagelijkse bezigheden en 12% van hen is hierdoor af en toe of zelfs voortdurend bedlegerig. 6% van de bevolking zegt een officieel erkende invaliditeit of handicap te hebben. De gemiddelde graad van invaliditeit bedraagt 64%. Het gemiddeld aantal dagen per jaar met kortdurende functiebeperkingen als gevolg van een acuut ziekte bedraagt 20; hiervan worden gemiddeld 8 dagen in bed doorgebracht. Het gemiddeld aantal dagen per jaar met kortdurende functiebeperkingen als gevolg van emotionele of mentale problemen bedraagt 6, waarvan 4 in bed.

- Het verschil in de gevolgen van aandoeningen op het lichamelijk functioneren tussen mannen en vrouwen is niet steeds statistisch significant. De SF36-score is wel significant hoger bij vrouwen dan bij mannen. Mannen hebben daarentegen frequenter een officieel erkende invaliditeit of handicap dan vrouwen.
- Naarmate de leeftijd toeneemt is er ook een toename in de prevalentie van de gevolgen van aandoeningen op het lichamelijk functioneren en in het aantal dagen met kortdurende functiebeperkingen omwille van lichamelijke problemen.
- Stoornissen in de gehoorfunctie (7%) en beperkingen in de mobiliteit (8%) zijn de twee voornaamste oorzaken van beperkingen in de bevolkingsgroep van 15 jaar en ouder en in de bevolkingsgroep van 65 jaar en ouder (respectievelijk 19% en 31%).
- Een hoger percentage langdurige functiebeperkingen is vaak geassocieerd met een lager opleidings- en inkomensniveau. Zo is de SF-36 score lager in de lagere opleidings- en inkomensgroepen. Na correctie voor leeftijd en geslacht daalt de prevalentie van handicap in mobiliteit tussen de laagste en de hoogste inkomenscategorie van 10% naar 2%; tussen het laagste en hoogste inkomensniveau neemt de prevalentie van beperkingen af van 44% naar 15%; tussen het laagste en hoogste opleidingsniveau is er een daling van 26% tot 17%. In de lagere socio-economische groepen wordt vaker aangegeven dat men last heeft van een langdurige ziekte, aandoening of handicap en wordt vaker een officieel erkende invaliditeit of handicap gerapporteerd. Ook het gemiddeld aantal dagen per jaar met kortdurende functiebeperkingen is hoger in de laagste socio-economische bevolkingsgroepen
- Er is een duidelijke samenhang tussen de gezondheidsbeleving en langdurige functiebeperkingen. Deze zijn veel frequenter bij personen die hun gezondheid als zeer slecht tot redelijk ervaren.
- Er is geen statistisch significante samenhang tussen het rookgedrag en de verschillende indicatoren van langdurige functiebeperkingen, dit met uitzondering voor de SF36-score. Deze score is lager bij zware rokers dan bij personen die nooit rookten.
- Langdurige beperkingen komen in het Brussels Gewest niet vaker voor dan in het Waals gewest maar zijn wel significant frequenter dan in het Vlaams Gewest. Dit is zo voor de SF36-score, de prevalentie van handicap in mobiliteit, het last hebben van chronische aandoeningen en het rapporteren van officieel erkende invaliditeit of handicap.
- Kortdurend functiebeperkingen door acuut ziek zijn komen significant meer voor in het Brussels Gewest dan in het Waals Gewest. Voor deze indicator wordt echter geen verschil waargenomen tussen het Brussels en het Vlaams Gewest.

## 6.2.4. Gezondheidsklachten

In de Gezondheidsenquête wordt gepeild naar klachten waarvoor niet noodzakelijk een beroep gedaan wordt op een gezondheidswerker. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een lijst van 23 klachten (VOEG), waarbij zowel typische klachten als vage psychische en somatische klachten aan bod komen. Ook de impact van pijnklachten op het dagelijks leven wordt nagevraagd. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een pijnscore.

- Het gemiddeld aantal klachten dat gerapporteerd wordt, bedraagt in het Brussels Gewest 6,9. Dit gemiddelde is ongeveer gelijk aan wat gevonden wordt in het Waals Gewest (6,8 klachten) maar is hoger dan het gemiddelde in het Vlaams Gewest (5 klachten). 50% van de bevolking in het Brussels Gewest rapporteert tenminste 6 klachten en 10% van de bevolking rapporteert geen enkele klacht. Vrouwen melden gemiddeld meer gezondheidsklachten (7,5) dan mannen (6,2) en oudere personen meer dan jongere (75-plussers : 7,8 klachten, 15-24 jaar : 6,1 klachten). Personen met een hoger inkomen en een hogere opleiding geven minder klachten aan dan de lager geschoolden. Zware rokers hebben duidelijk meer klachten dan niet-rokers.

- De prevalentie per klachtengroep wordt aangegeven in de volgende tabel. Het hoge percentage moeheidsklachten in het Brussels Gewest (67%) is vergelijkbaar met dit in het Waals Gewest (66%) maar is veel hoger dan in het Vlaams Gewest (48%).

Klacht	Prevalentie
moeheidsklachten	67%
klachten van het bewegingsstelsel	56%
nerveuze klachten	52%
klachten hartstreek	43%
hoofdpijn	40%
maagklachten	38%
allergische klachten van de bovenste luchtwegen	35%
hoesten	16%

- Klachten van het bewegingsstelsel, nerveuze klachten, klachten van de hartstreek en hoofdpijn komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Er is een samenhang tussen roken en de aanwezigheid van moeheidsklachten, klachten van het bewegingsstelsel, nerveuze klachten en klachten in de hartstreek.
- Berekening van de pijnscore geeft aan dat vrouwen meer gehinderd worden door pijn dan mannen. Personen met een lager onderwijs- en inkomensniveau worden meer gehinderd door pijn dan de hogere socio-economische klassen. Dit kan wellicht deels verklaard worden door de aard van de activiteit en de graad van fysieke inspanning hiervoor vereist. De impact van pijn op het dagelijks leven is in het Brussels Gewest niet verschillend van wat gevonden wordt in het Waals Gewest maar is er wel groter dan in het Vlaams Gewest.

## 6.2.5. Nutritionele status

De Body Mass Index (BMI, of Index van Quetelet) is een gemakkelijke manier om het relatief lichaamsgewicht te berekenen, d.w.z. het gewicht volgens de lengte. Vanaf de leeftijd van 18 jaar is de BMI vrij stabiel en is het mogelijk om absolute drempelwaarden te definiëren voor het geheel van de bevolking.

- In het Brussels Gewest heeft 26% van de bevolking van 18 jaar en ouder een overgewicht ( $25 \leq \text{BMI} < 30$ ) en is 9% zwaarlijvig ( $\text{BMI} \geq 30$ ). Slechts 52% van de bevolking heeft een normaal gewicht ( $20 \leq \text{BMI} < 25$ ). Het lichaamsgewicht in functie van de lengte verhoogt geleidelijk in functie van de leeftijd en dit tot de leeftijd van 75 jaar en daalt in Brussel naargelang het opleidings- en inkomensniveau.
- Personen die zich niet gezond voelen en vroegere rokers lijden vaker aan zwaarlijvigheid. Zwaarlijvigheid komt duidelijk minder voor naarmate het opleidings- en inkomensniveau hoger is. Er zijn relatief minder zwaarlijvigen in het Brussels Gewest (10%) dan in het Waals Gewest (14%) maar niet dan in het Vlaams Gewest (10%).
- Ondergewicht ( $\text{BMI} < 20$ ) komt nogal frequent voor bij vrouwen (18%) en is veel zeldzamer bij de mannen (respectievelijk 7%).

- 58% van de Brusselaars let op zijn lichaamsgewicht en probeert ofwel om dit stabiel te houden, ofwel om te vermageren. Vrouwen proberen vaker hun gewicht op peil te houden of te vermageren (67%) maar ook bij mannen is dit percentage aanzienlijk (48%).
- De wens om te vermageren hangt niet steeds samen met de aanwezigheid van overgewicht :in het Brussels Gewest probeert 7% van de mensen met een ondergewicht en 21% van diegenen met een normaal gewicht te vermageren; 29% van de zwaarlijvigen proberen noch te vermageren, noch hun gewicht op peil te houden.
- Nagenoeg alle personen die wensen te vermageren geven aan een dieet te volgen. In het Brussels Gewest 27% te vermageren door meer lichaamsbeweging te doen. In het Brussels Gewest doet men nagenoeg geen beroep op gedragsmethodes om te vermageren (2%). De aangehaalde methodes zijn de 3 methodes die doorgaans aanbevolen worden aan personen die een overgewicht hebben en wensen te vermageren. Opgemerkt dient te worden dat 16% van de personen in het Brussels gewest die wensen te vermageren hiervoor commerciële afslankingsproducten gebruiken en 20% vasten.
- In de meerderheid van de gevallen (80%) komt het initiatief om een dieet te volgen van de persoon zelf. In het geval dat dit gebeurt door een arts is het vaker een huisarts (20% in Brussel) dan een specialist (9%). Naarmate de persoon ouder is of het opleidings- en inkomensniveau lager is, is het vaker de arts die aanraadt om te vermageren.
- Overgewicht en zwaarlijvigheid komen dus vaker voor bij de laagste socio-economische bevolkingsgroepen (opleiding, inkomen) en bij rokers. Het zijn ook deze groepen die het minst letten op hun gewicht. Indien ze dat toch doen geven ze vaker aan niet aanbevolen of duurdere vermageringsmethodes te gebruiken, zoals commerciële afslankingspreparaten. Ook het overslaan van maaltijden komt er vaker voor.
- De meest begunstigde socio-economische groepen proberen vaker te vermageren, zelfs wanneer er geen overgewicht is. Dit kan ook negatieve neveneffecten hebben, daar waar dit bijvoorbeeld een obsessie wordt.

## 6.2.6. Tandhygiëne

In de gezondheidsenquête worden het niet meer hebben van een eigen gebit en het dragen van een kunstgebit of deelprothese gebruikt om de lange termijn gevolgen van tandcariës en tandvleespathologie in te schatten. Omdat hierbij echter geen onderscheid kan gemaakt worden met personen die hun gebit lieten verwijderen om esthetische redenen is de waarde van deze indicatoren eerder beperkt.

- In het Brussels Gewest geeft 10% van de bevolking aan over geen eigen gebit meer te beschikken, 7% van de bevolking zegt een volledig kunstgebit te hebben en 25% een onvolledig kunstgebit of een tandprothese.
- Zowel voor wat betreft het niet meer hebben van een eigen gebit als voor het dragen van een tandprothese is er in het Brussels Gewest geen verschil tussen mannen en vrouwen.
- De categorie personen zonder gebit wordt vooral belangrijk vanaf de leeftijd van 55 jaar : in de leeftijdsgroep van 55-64 jaar gaat het in het Brussels Gewest om 10% van de bevolking, in de leeftijdsgroep 65-74 jaar om 31% en bij 75-plussers om 45%. De categorie personen met een volledig kunstgebit is vooral belangrijk in de leeftijdsgroep 65-74 jaar (23%) en ouder dan 75 jaar (39%). In de leeftijdsgroep 35-44 jaar heeft reeds 23% van de bevolking in het Brussels Gewest een onvolledig kunstgebit of tandprothese.

- In het Brussels Gewest is de proportie personen zonder eigen gebit kleiner in de hoogste opleidingsklasse : 4% t.o.v. meer dan 13% in de andere opleidingsklassen. Verschillen naargelang inkomensklassen zijn niet duidelijk.
- Zware rokers hebben vaker geen eigen gebit meer dan niet rokers en hebben vaker een kunstgebit of deelprothese dan niet rokers.

### 6.2.7. Psychische gezondheid

Psychische gezondheidsproblemen kunnen het welzijn van de bevolking en de kwaliteit van het leven ernstig belasten. Aan de hand van 4 indicatoren worden de aanwezigheid en de ernst van deze problemen nagegaan bij de bevolking van 15 jaar en ouder. De eerste twee indicatoren zijn gebaseerd op de General Health Questionnaire : de GHQ12-score, als maat voor de ernst van het psychisch onwelbevinden in de populatie en de prevalentie van psychische morbiditeit (verder genoemd psychische gezondheidsproblemen), gedefinieerd als een GHQ12-score van 2 of meer. Verder wordt de prevalentie nagegaan van zelfgerapporteerde depressie tijdens het afgelopen jaar en het gebruik van voorgeschreven psychotrope geneesmiddelen (antidepressiva, kalmeermiddelen en slaapmiddelen) tijdens de twee weken vóór de bevraging.

- Psychisch onwelbevinden komt in de bevolkingsgroep van 15 jaar en ouder frequent voor. Er zijn aanwijzingen voor psychische gezondheidsproblemen bij 37% van de bevolking. Dit percentage is in het Brussels Gewest ongeveer gelijk aan het percentage in het Waals Gewest (35%) maar hoger dan in Vlaams Gewest (28%). 8% van de bevolking in het Brussels Gewest geeft aan het afgelopen jaar een depressie gehad te hebben en 11% nam voorgeschreven psychotrope geneesmiddelen.
- Zowel de ernst als het vóórkomen van psychisch onwelbevinden is groter bij vrouwen dan bij mannen. Vrouwen rapporteren 1,6-maal meer depressie dan mannen en het gebruik van psychotropica ligt er 1,4-maal hoger. De aangegeven verschillen zijn echter niet steeds statistisch significant.
- Het gebruik van voorgeschreven psychotrope geneesmiddelen neemt sterk toe met de leeftijd. Deze toename in functie van de leeftijd wordt niet gezien voor de prevalentie van psychische gezondheidsproblemen of het aangeven van een depressie in het afgelopen jaar. In de bevolkingsgroep ouder dan 65 jaar neemt bijna één vierde van de vrouwelijke bevolking psychotrope geneesmiddelen. Bij mannen bedraagt dit percentage 13%. Hierbij gaat het in de eerste plaats om slaapmiddelen.
- Er zijn aanwijzingen dat de ernst en het vóórkomen van psychisch onwelbevinden hoger is in de lagere opleidings- en inkomensniveaus. De verschillen zijn echter niet statistisch significant, met uitzondering van de samenhang tussen opleiding en inkomen en depressie.
- Mensen met een minder goede gezondheidsbeleving hebben ook meer psychische gezondheidsproblemen.
- De prevalentie van psychische gezondheidsproblemen en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen is het laagst bij niet rokers en het hoogst bij zware rokers.
- Psychische gezondheidsproblemen komen frequenter voor bij zware drinkers (gedefinieerd als personen die minstens 3-maal per week op één dag 6 of meer alcoholische consumpties gebruiken) en bij mensen die nooit alcoholische dranken drinken. Enkel het verschil met zware drinkers is statistisch significant.

### 6.2.8. Sociale gezondheid

Ondanks het feit dat algemeen erkend wordt dat sociale gezondheid, naast lichamelijke en psychische gezondheid, een volwaardige dimensie is van het begrip 'gezondheid' bestaat er weinig eenduidigheid over wat er mee bedoeld wordt en hoe het geïndiceerd kan worden. In de gezondheidsenquête komen in verband met sociale gezondheid de volgende indicatoren aan bod:



- de aanwezigheid en frequentie van sociale contacten
- de subjectieve inschatting van deze sociale relaties
- de functionele inhoud van sociale relaties
- hinder van lichamelijke of emotionele problemen bij de omgang met anderen

De resultaten laten zich als volgt samenvatten:

- 10% van de bevroagde personen (personen van 15 jaar of ouder) geeft aan hooguit eenmaal per maand contact te hebben met verwanten, kinderen, vrienden of kennissen. Deze proportie ligt significant hoger (15%) bij personen die hun eigen gezondheid als zeer slecht tot redelijk inschatten.
- 8% van de bevroagde personen beoordeelt zijn sociale contacten als onbevredigend. Ook hier is de proportie hoger bij de personen die de eigen gezondheid als slecht tot redelijk inschatten (16%).
- 17% van de bevroagde personen geeft aan bij (emotionele) problemen niet te kunnen rekenen op burens, vrienden of familie. Bij personen die de eigen gezondheid als slecht tot redelijk inschatten, ligt deze proportie (24%) hoger dan bij de anderen.
- Vrouwen worden significant meer dan mannen gehinderd door fysieke of emotionele problemen in hun normale contacten met anderen. Dergelijke problemen worden ook meer gemeld door diegenen die de eigen gezondheid als slecht tot redelijk inschatten

## 6.3. Levensstijl en Preventie

### 6.3.1. Gebruik van tabak

Roken is één van de voornaamste risicofactoren voor longkanker, ischemische hartziekten en chronische ademhalingsaandoeningen. Eén van de doelstellingen van de W.G.O. is bijgevolg het verminderen van het rookgedrag. Alhoewel het rookgedrag in Europa tijdens de afgelopen 30 jaar over het algemeen is afgenomen, tonen recente statistieken aan dat het percentage rokers bij vrouwen en jongeren aan het stijgen is, en dat er bovendien belangrijke socio-economische verschillen bestaan.

- Een derde van de bevolking van het Brussels Gewest van 15 jaar en ouder is roker. Hiervan rookt een derde 20 sigaretten of meer per dag. In de loop van de afgelopen 2 jaar is 5% van de Brusselaars gestopt met roken. Het gaat om 12% van diegenen die 2 jaar geleden rookten; 31% van de rokers rookt minder dan 2 jaar geleden, 38% rookt dezelfde hoeveelheid en 20% heeft zijn tabaksgebruik verhoogd. 45% van de Brusselaars heeft nooit gerookt.
- Mannen roken vaker (38%) dan vrouwen (29%) en relatief meer mannen roken 20 sigaretten of meer per dag.
- Eén derde van de jonge Brusselaars tussen 15 en 19 jaar rookt reeds (34% van de jongens), 6% rookt dagelijks 20 sigaretten of meer (12% van de jongens). Het percentage zware rokers neemt geleidelijk toe tot de leeftijdsgroep 35-44 jaar waarbinnen het grootste percentage zware rokers gesitueerd wordt (20%).
- Er zijn minder rokers en minder zware rokers in de hogere socio-economische klassen. Er is echter geen verband tussen een gewijzigd rookgedrag en het onderwijsniveau of het equivalent inkomen van het huishouden.
- Er zijn meer rokers en zware rokers bij de personen die aangeven zich slecht of redelijk gezond voelen dan bij diegenen met een goede gezondheidsbeleving maar er is geen belangrijk verband tussen de gezondheidsbeleving van de persoon en een gewijzigd rookgedrag.

- Het percentage rokers is hoger in het Brussels Gewest (33%) en in het Waals Gewest (32%) dan in het Vlaams Gewest (29%). Na standaardisatie voor de leeftijd en het geslacht, is het verschil enkel significant tussen het Brussels Gewest en het Vlaams Gewest. Er bestaat geen verschil tussen de gewesten voor wat betreft het stoppen of de verandering van de rookgewoonten.
- Bij de personen die werkelijk gestopt zijn met roken, zijn de belangrijkste vermelde redenen hiervoor de vrees voor de gevolgen van het roken voor de gezondheid, een ziekte en de invloed van de omgeving. Ter vergelijking, bij diegenen die geprobeerd hebben te stoppen zonder succes worden de invloed van de omgeving en een financiële motivatie vaakst aangehaald om te stoppen met roken.

### 6.3.2. Gebruik van alcohol

Van het gedrag dat een risico inhoudt voor de gezondheid heeft de alcoholconsumptie steeds veel aandacht gekregen. Problemen veroorzaakt door het gebruik van alcohol zijn enerzijds het resultaat van alcoholintoxicatie (ongevallen, absenteïsme, agressief gedrag...) en anderzijds eerder chronisch van aard (cirrhose, neurologische problemen, psychosociale problemen...). De gegevens in de Gezondheidsenquête zijn enigszins vertekend. Een deel van de zware alcoholgebruikers heeft geen vaste woonplaats of leeft in een instelling en komt op die manier niet in aanmerking voor bevraging in de enquête. Omwille van het sociaal stigma dat aan het overmatig gebruik van alcohol kleeft, geven de ondervraagde personen vaak ook een lager alcoholverbruik aan dan de werkelijk ingenomen hoeveelheid. De voornaamste resultaten zijn de volgende:

- 76% van de Brusselaars geeft aan in de loop van de afgelopen 12 maanden minimum 1 alcoholische drank genuttigd te hebben, 48% drinkt gewoonlijk tijdens het weekend en 29% gewoonlijk tijdens de week, 15% drinkt minimum 1 keer per maand zes glazen alcohol of meer op 1 dag en 9% gebruikt dagelijks alcohol. Het gemiddelde alcoholverbruik is 5,1 glazen per week per persoon.
- Deze cijfers zijn hoger bij mannen dan bij vrouwen: slechts 8% van de vrouwen drinkt ten minste 1 keer per maand 6 glazen alcohol op 1 dag. Bij mannen bedraagt dit percentage 23%. Het gemiddeld alcoholverbruik per week ligt bij de mannen (6,8 glazen) dubbel zo hoog als bij de vrouwen (3,4 glazen).
- In het Brussels Gewest geeft 58% van de jongeren tussen 15 en 19 jaar aan het afgelopen jaar alcohol genuttigd te hebben. Minder dan 1% drinkt dagelijks maar 10% drinkt minimum 1 keer per maand 6 glazen of meer op dezelfde dag. Tijdens het weekend gebruiken 28% van de jongeren tussen 15-19 en 45% van de jongeren tussen 20 en 24 jaar alcohol. Dit laatste percentage is vergelijkbaar met wat men ziet bij de oudere leeftijdsgroepen.
- Het percentage ondervraagde personen dat verklaart in de loop van de afgelopen 12 maanden alcohol genuttigd te hebben stijgt met het opleidingsniveau en het gezinsinkomen. Dit geldt eveneens voor het gemiddeld dagelijks alcoholverbruik en het aantal dagelijkse drinkers. Dit is echter niet het geval voor het percentage personen dat minimum éénmaal per maand zes glazen alcohol drinkt op 1 dag.
- Het gemiddelde wekelijks alcoholgebruik is hoger bij zware rokers. Dat geldt ook voor het aantal dagelijkse drinkers en het aantal personen dat minimum 1 keer per maand 6 glazen alcohol op 1 dag gebruikt.
- Personen met een slechte subjectieve gezondheid verklaren vaker dat ze in de loop van de afgelopen 12 maanden geen alcohol gedronken hebben dan diegenen die zich subjectief gezond voelen.

### 6.3.3. Lichamelijke activiteit tijdens de vrije tijd

Recente onderzoeken hebben aangetoond dat lichamelijke activiteiten een wezenlijke impact hebben op de gezondheidstoestand en van groot belang zijn op het vlak van volksgezondheid, waarbij het totaal van de lichamelijke activiteit belangrijker is dan haar specifieke karakteristieken.

- In het Brussels Gewest beoefent 13% van de bevolking van 15 jaar en ouder minstens 4 uur per week een lichamelijke (sportieve) activiteit, en 41% van de bevraagde personen loopt een risico door een tekort aan lichamelijke activiteit (sedentarisme). Bovendien beoefent 27% minstens 1 maal per week een lichamelijke activiteit die voldoende lang is om er van te transpireren.
- Vrouwen doen duidelijk minder aan sport dan mannen. Zo neemt ook het percentage personen die aan lichaamsbeweging doen tijdens de vrije tijd af met de leeftijd, in het bijzonder boven de 54 jaar.
- De zware rokers hebben vaker een tekort aan lichamelijke activiteit dan de niet-rokers, en cumuleren zo meerdere risicofactoren. De niet-Belgen of diegenen met een ander land van oorsprong dan België zijn vaker sedentair dan de Belgen.
- Een lager socio-economisch niveau (hetzij gemeten aan de hand van het onderwijsniveau, hetzij aan de hand van het equivalent inkomen van het huishouden) wordt gekarakteriseerd door een hogere frequentie van sedentarismeproblemen. Er wordt een drempel waargenomen vanaf het niveau hoger secundair.
- Het percentage personen met een risico door een tekort aan lichaamsbeweging is in het Brussels Gewest vergelijkbaar met het percentage in het Waals gewest (40%) maar is hoger dan in het Vlaams Gewest (29%).

### 6.3.4. Vaccinatie

Het belang van vaccinatieprogramma's is ruimschoots aangetoond geweest. De vaccinatiegraad bij volwassenen wordt in het kader van de Gezondheidsenquête voor drie specifieke ziekten bestudeerd: tetanus, griep en rubella.

- In het Brussels Gewest is 70% van de bevolking van 15 jaar en ouder tijdens de afgelopen tien jaren gevaccineerd geweest tegen tetanus. Vrouwen zijn minder vaak (65%) gevaccineerd dan mannen (76%). Het percentage personen dat niet gevaccineerd is neemt toe met de leeftijd: van 14% tussen 15 en 24 jaar tot 64% bij de personen van 75 jaar en ouder. De niet-Belgen of diegenen die een ander land van oorsprong hebben dan België hebben een minder goede vaccinatiegraad. Het merendeel van de personen die niet gevaccineerd zijn tegen tetanus denkt er niet aan, heeft er onvoldoende informatie over of meent dat het niet nuttig is.
- Wat de vaccinatie tegen de griep aangaat (waarvan de doelgroep is samengesteld uit personen van 65 jaar of ouder en personen met bepaalde chronische ziekten) is 32% van de doelgroep tijdens de afgelopen twaalf maanden gevaccineerd geweest. Bij oudere personen varieert de vaccinatiegraad van 34% voor de 65-74-jarigen tot 58% bij die van 75 jaar en ouder. De niet-Belgen of diegenen met een ander land van oorsprong dan België hebben een minder goede vaccinatiegraad tegen de griep dan de Belgen.
- 30% van de bevraagde personen (en deel uitmakend van de doelgroep) is tijdens het afgelopen seizoen gevaccineerd geweest tegen de griep. De personen die niet gevaccineerd zijn schrijven dit toe hetzij aan nalatigheid, hetzij aan het feit dat zij menen dat vaccinate tegen griep niet nuttig is. In 46% van de gevallen waarbij de persoon gevaccineerd was, was dit gebeurd op eigen initiatief, in 45% op aanbeveling van de huisarts.
- In het Brussels Gewest is 63% van de vrouwen tussen 15 en 54 jaar gevaccineerd tegen rubella. Het percentage tegen rubella gevaccineerde vrouwen varieert in functie van de leeftijd: 66% bij de 15-24-

jarigen, 68% bij de 25-36-jarigen, 62% bij de 35-44-jarigen en 55% bij de 45-54-jarigen. De meeste vrouwen die niet werden gevaccineerd schrijven dit toe aan het feit dat ze reeds immuun zijn (daar ze de ziekte hebben gehad), aan nalatigheid (denken er niet over na of vinden het de moeite niet) of omdat het vaccin nog niet bestond op het moment dat ze voor vaccinatie in aanmerking kwamen.

### 6.3.5. Kennis en houding t.o.v. AIDS-HIV

De belangrijkste doelstellingen van deze module zijn het nagaan van de kennis over de overdrachtswijzen van HIV en de beschermingsmaatregelen die kunnen genomen worden, van het testgedrag en van de houding van de bevolking tegenover seropositieve personen. De doelpopulatie van de module is de bevolking van 15 jaar en ouder.

De enquête bevestigt dat een belangrijk deel van de Brusselse bevolking nog steeds een verkeerde opvatting heeft over de manier waarop aids overgedragen wordt en van de beschermingsmaatregelen die kunnen genomen worden. Een hoger socio-economisch niveau hangt samen met een betere kennis en leidt minder frequent tot discriminatie van seropositieve personen.

54% van de Brusselse bevolking weet op welke manier AIDS niet overdraagbaar is (bloedtransfusie niet inbegrepen) maar minder dan een derde weet dat besmetting van AIDS in België niet mogelijk is via het geven van bloed of via een bloedtransfusie. Slechts 50% van de bevolking weet welke methodes onveilig zijn. 34% heeft tenminste 1 maal een HIV test gehad. Een grote meerderheid van de bevolking (65%) heeft een discriminerende houding tegenover seropositieve personen en/of AIDS-patiënten.

De kennis van de overdrachtswijze en de beschermingsmaatregelen neemt af met de leeftijd. Het percentage dat reeds een test liet uitvoeren neemt toe met de leeftijd: 17% bij de jongeren tussen 15-19 jaar, een derde bij mensen tussen 20 en 24 jaar en de helft van de 25-44 jarigen.

De kennis van de overdrachtswijzen en de kennis van de beschermingsmaatregelen als ook het percentage dat reeds een aids-test onderging, stijgt met het opleidingsniveau en het gezinsinkomen. Een discriminerende houding t.o.v. seropositieve houding is minder aanwezig bij personen met een hoger opleidingsniveau en hoger gezinsinkomen.

Meer dan de helft van de personen die een HIV test liet uitvoeren, deed dit op eigen initiatief. Een derde van de tests werd uitgevoerd op initiatief van een arts. De andere tests werden uitgevoerd in het kader van een het geven van bloed of van een aanwervingsexamen. De voornaamste redenen zijn: een algemeen nazicht (47%), persoonlijke ongerustheid (18%), zwangerschap (13%).

Ongeveer 1 op 5 van alle Brusselaars heeft een HIV-test laten uitvoeren op eigen initiatief, ongeveer 1 op 10 op initiatief van een arts en 1 op 20 op aanraden van een derde persoon.

### 6.3.6. Voedingsgewoonten

Voedingsgewoonten hebben een belangrijke impact heeft op de algemene gezondheidstoestand, Gezondheidsproblemen hiermee verbonden zijn zwaarlijvigheid maar ook bv. bepaalde kankers, osteoporose en psychische problemen. In het kader van de gezondheidsenquête kunnen enkel kwalitatieve gegevens verzameld worden en werd gekozen voor de methode van de "food frequency" vragenlijst.

- Over het algemeen blijkt dat de algemene voedingsvoorschriften in het Brussels Gewest, net zoals in de andere gewesten, slecht gevolgd worden : 60% van de bevolking gebruikt dagelijks of bijna dagelijks zoetigheden (snacks of frisdranken), 21% gebruikt niet elke dag melk of een melkproduct, 22% eet niet

elke week vis, 55% gebruikt niet elke dag tenminste één portie fruit of groenten en 58% eet bij voorkeur wit brood.

- Voor wat betreft het gebruik van vetten :

40% van de bevolking in het Brussels Gewest gebruikt doorgaans boter op de boterham, 24% margarine, 14% dieetmargarine en 18% gebruikt geen vetstof op het brood. Het gebruik van olie om te bakken (39%) en te frituren (56%) is hoger in het Brussels Gewest dan in de andere gewesten, maar 35% van de Brusselaars bakt doorgaans in margarine en 12% in boter; 18% van de bevolking in het Brussels Gewest consumeert nooit gefrituurde voedingswaren, 18% gebruikt plantaardige vetten, en 4% dierlijke vetten. In het Brussels Gewest geeft bijna 1% van de bevolking aan nooit rauwe groenten te consumeren. 89% van de bevolking geeft aan olie als dressing te gebruiken, 7% gebruikt helemaal geen dressing en 1% gebruikt een 'dieetproduct'.

- De minderbedeelde bevolkingsgroepen (opleiding en inkomen) en de zware rokers houden er de minst gezonde voedingsgewoonte op na : een lagere consumptie van vis, fruit en groenten, een hogere consumptie van gesuikerde dranken, meer wit brood, etc. Hoewel niet alle verschillen significant zijn, valt toch op dat de observaties steeds in dezelfde richting gaan.
- De "actieve" periode (25-45 jaar) komt in het algemeen overeen met een periode waarin een minder gezonde voedingsgewoonte erop nagehouden wordt: de consumptie van warme maaltijden ligt iets lager, evenals de consumptie van melkproducten (bij de mannen), de wekelijkse consumptie van vis en de consumptie van groenten en fruit.
- Anderzijds blijkt dat naarmate de BMI verhoogt, meer warme maaltijden gebruikt worden, vaker een ontbijt genomen wordt, minder zoetigheden, minder melkproducten en vaker vis, groenten, fruit en wit brood genomen wordt

## 6.3.7. Moeder en kindzorg

### 6.3.7.1. Opvolging van de zwangerschap

Algemeen wordt erkend dat de prenatale consultaties een fundamentele rol spelen bij de gezondheid van de moeder en het toekomstige kind. De eerste consultatie moet relatief vroeg in het begin van de zwangerschap plaatsvinden. Het ideale aantal prenatale consultaties varieert in Europa van 5 tot 15. De kwaliteit van de prenatale consultaties en meer bepaald wat ze moeten inhouden werd op het niveau van de bevolking nog niet onderzocht.

De vragen in de gezondheidsenquête werden zowel gesteld aan vrouwen die op het moment van het interview zwanger waren, als aan vrouwen die in de loop van de laatste 5 jaren zwanger geweest zijn. In totaal ging het om een relatief beperkt aantal personen en het was dus niet mogelijk om diepgaande analyses uit te voeren. Een eerste indicator heeft betrekking op het tijdstip van het eerste prenatale bezoek en een tweede berekent de Kessner Index over de adequaatheid van de prenatale opvolging.

- In totaal zijn 182 vrouwen bevroegd geweest over hun laatste zwangerschap. In het Brussels Gewest heeft 7% van de zwangere vrouwen de eerste prenatale consultatie op 16 weken of later. 64% van de zwangere vrouwen heeft een als adequaat beoordeelde opvolging van de zwangerschap gekregen (voldoende vroeg begonnen en totaal aantal consultaties in overeenstemming met de duur van de zwangerschap), 33% een opvolging van redelijke kwaliteit en 3% een inadequate opvolging van de zwangerschap.
- 48% van de zwangerschappen wordt gevolgd door een specialist in het kader van een privépraktijk, 46% door een specialist in het ziekenhuis, 4% door de huisarts in samenwerking met de specialist en 2% in het kader van de consultaties van het ONE en Kind en Gezin.

- In het Brussels Gewest heeft 21% van de zwangere vrouwen in de loop van hun laatste zwangerschap gerookt.

### 6.3.7.2. Opgvolging van de zuigeling

De periode van 0 tot 5 jaar wordt beschouwd als een risicoperiode, wat een actieve opvolging van kinderen rechtvaardigt. De contacten zijn vooral gesitueerd in het eerste levensjaar tijdens hetwelk de basisvaccinaties en de belangrijkste screeningsonderzoeken plaatsvinden.

De opvolging van de zuigeling wordt door twee types van gezondheidsstructuren verzekerd: enerzijds de algemene eerste- en tweedelijnsstructuren (de huisarts en de pediater), en anderzijds een specifieke structuur van preventieve zorg, met name het ONE/K&G, en dit zowel op het niveau van specifieke consultaties als in het kader van onthaalstructuren zoals de crèches. Ook bestaat de mogelijkheid om de basisvaccinaties gratis te krijgen bij de eigen arts, maar in dat geval dient de consultatie wel betaald te worden.

Aangezien de aantallen zeer beperkt zijn (500 kinderen in België, waarvan 135 in het Brussels gewest) dient men voorzichtig te zijn in de interpretatie van de resultaten.

- In het Brussels Gewest zegt 56% van de ondervraagde vrouwen die tijdens de afgelopen 5 jaar bevallen zijn na de geboorte een huisbezoek gekregen te hebben van het ONE/K&G. Dit percentage is merkkelijk minder dan in het Vlaams Gewest (91%) en in het Waals Gewest (84%). Mogelijk houden deze verschillen verband met de aan- of afwezigheid van personeel van de preventieve structuren in de materniteiten.
- De frequentie van het huisbezoek na de bevalling lijkt in niets het gebruik van preventieve diensten voor de opvolging van de zuigeling en hun vaccinatie te voorspellen. In feite verschilt het percentage dat gebruik maakt van deze structuren voor de opvolging van zuigelingen niet van het ene gewest tot het andere. In Brussel zegt 44% van de moeders dat hun kind opgevolgd werd door het ONE/K&G. en 41% dat ze het via deze structuur lieten vaccineren. In het Vlaams Gewest gaat het respectievelijk om 39 en 48%, in Wallonië om 37% en 36%.
- In het Brussels Gewest worden de kinderen in een groot aantal van de gevallen (ongeveer 20%) opgevolgd door verschillende diensten of personen.
- De consumptie van zorgen voor de opvolging van kinderen is vergelijkbaar met wat men waarneemt voor andere aspecten van medische consumptie: in het Brussels Gewest wordt de specialist vaker (65%) geraadpleegd dan in het Vlaams Gewest (45%). De rol van de huisarts bij de opvolging van de zuigeling is in het Brussels Gewest beperkt (12%).
- Het gemiddelde aantal medische controles in de loop van het eerste levensjaar is in het Brussels Gewest 11. 15% van de zuigelingen heeft 15 controles of meer gehad en 25% heeft er 7 of minder gehad.
- In Brussel zegt 4% van de moeders hun jongste kind van minstens drie maanden en jonger dan vijf jaar niet te hebben laten vaccineren. Slechts 5% van de kinderen wordt gevaccineerd in de crèche. 41% van de kinderen werd gevaccineerd door een privé- of ziekenhuispediater, 40% door ONE/K&G en 5% door de huisarts.

### 6.3.7.3. Borstvoeding

De positieve invloed van borstvoeding op moeder en kind - zowel fysiek als psychisch - is op dit ogenblik wel universeel erkend. Officiële instanties zoals UNICEF en de WGO raden 4 tot 6 maanden exclusieve borstvoeding aan en tenminste 6 maanden gemengde voeding.

Het percentage vrouwen dat borstvoeding geeft bij de geboorte is een weerslag van de diverse elementen die een rol spelen bij de keuze om te starten met borstvoeding of niet. De duur van de borstvoeding heeft te maken met de manier waarop de borstvoeding begeleid wordt, de materiële en psychologische condities na de bevalling, enz.. De WGO beveelt aan om de indicatoren te meten bij de geboorte, na zes weken en na drie maand.

- In het Brussels Gewest verklaart 76% van de ondervraagde vrouwen met een kind jonger dan 5 jaar borstvoeding te zijn gestart bij de geboorte van hun jongstgeborene. Dit percentage daalt na zes weken tot 60% en na 3 maand tot 44%. 50% van de moeders die gestart zijn met borstvoeding geeft nog borstvoeding wanneer de zuigeling 3 maand oud is (gemiddelde duur 20 weken).
- De oudere moeders (35-44 jaar) geven vaker en langer borstvoeding.
- Het percentage jongens en meisjes dat borstvoeding krijgt na zes weken en drie maanden is niet verschillend maar het percentage dat bij de geboorte borstvoeding krijgt en de gemiddelde duur van de borstvoeding ligt hoger bij de jongens. Dit verschil is echter niet significant.
- Er worden geen belangrijke verschillen gevonden in het percentage moeders dat start met borstvoeding en in de duur van de borstvoeding tussen de diverse socio-economische bevolkingsgroepen.
- Rookgedrag na de bevalling komt in het Brussels Gewest voor bij 22% van de vrouwen. Er is geen verband tussen roken en het al dan niet starten van borstvoeding wel met de duur ervan. Vrouwen die roken geven minder lang borstvoeding.
- In het Brussels Gewest geeft men het meest borstvoeding (76% tegenover 59% in het Vlaams en 70% in het Waals Gewest). Dit verschil verdwijnt echter als we de indicatoren in verband met de duur van borstvoeding bekijken : het percentage dat borstvoeding gaf na zes weken, na drie maanden en de gemiddelde duur van de zwangerschap

### 6.3.7.4. Slaapomgeving van het jonge kind

Met de huidige kennis over de wiegedood kunnen we besluiten dat naast de factoren te wijten aan de immaturiteit van het respiratoir systeem van de zuigeling, een aantal andere factoren aan de oorzaak van het drama liggen, waaronder de slaapomgeving van het kind. Het is daarom noodzakelijk de gewoonten van de ouders met betrekking tot de slaapgewoonten van het kind regelmatig te evalueren. Zo'n evaluatie bestaat erin samen met de moeder van de pasgeborene alle mogelijke risicofactoren te overlopen (kinderkamer, slaaphouding van de zuigeling, hoofdkussen, dekens en kleding van het kind, surveillance van het kind, temperatuur van de kamer en passief roken).

In het Brussels Gewest slaapt 26% van de pasgeborenen op hun rug. Slechts 25% slaapt tijdens het eerste levensjaar in een veilige omgeving (het kind slaapt tijdens de dag in de woonkamer en tijdens de nacht in de slaapkamer van de ouders, niet in een wieg, altijd op de rug, geen kussen, donsdekens of bovenkleding, tussen 16 en 20° in de kamer, er wordt niet gerookt in de kamer waar de pasgeborene slaapt). Het gemiddeld aantal risicofactoren is 4,6.

### 6.3.7.5. Contraceptie

De Gezondheidsenquête laat toe het percentage van contraceptiegebruik en het type van gebruikte methodes te schatten (behalve bij alleenstaande mannen, daar de module voorbehouden is aan vrouwen). Het is daarentegen niet mogelijk het percentage van seksueel actieve personen te schatten, die geen contraceptieve methodes gebruiken (het onderwerp seksueel gedrag wordt in deze enquête niet behandeld).

- In Brussel gebruikt 57% van de vrouwen tussen 15 en 54 jaar een methode van contraceptie. Van de vrouwen die een contraceptiemethode gebruiken is de pil de meest gebruikte (73%). Daarna volgen het spiraaltje (10%), de barrièremethodes (7%) en sterilisatie (6%).
- Het percentage van gebruik van contraceptie hangt af van de leeftijd: 30 % bij de 15-19-jarigen, gemiddeld 65% bij de 20-39-jarigen, 50% bij de 40-49-jarigen en 23 % bij de vrouwen tussen 50 en 54 jaar. De adolescenten gebruiken vooral de pil, terwijl het gebruik van het spiraaltje toeneemt met de leeftijd. De keuze voor sterilisatie begint vanaf 35-39 jaar en neemt toe met de leeftijd.
- Op socio-economisch vlak kunnen er geen betekenisvolle variaties worden waargenomen, noch in het gebruik van methodes van familiale planning, noch in de keuze van methode.



### 6.3.8. Cardio-vasculaire preventie

Hart- en vaatziekten zijn de belangrijkste doodsoorzaak, zowel bij mannen als bij vrouwen, en zijn de oorzaak van veel functionele beperkingen en invaliditeit in de economisch actieve groep van de bevolking tussen 20 en 64 jaar oud. Hoge bloeddruk en het cholesterolgehalte zijn belangrijke determinanten van hart- en vaatziekten. Het doel van deze module is niet om de prevalentie van hypertensie of hypercholesterolemie in te schatten maar wel om na te gaan in welke mate voor deze aandoeningen gescreend wordt en de modaliteiten hieromtrent.

- Bij 87% van de volwassen bevolking in het Brussels Gewest werd tijdens de afgelopen 5 jaar de bloeddruk gecontroleerd. Dit percentage varieert van 73% in de leeftijdsgroep tussen 15 en 24 jaar tot meer dan 90% vanaf de leeftijd van 45 jaar.
- Bij 52% van de bevolking tussen 20 en 64 jaar werd tijdens de afgelopen 5 jaar tenminste één keer het cholesterolgehalte van het bloed gemeten. Opsporing van hypercholesterolemie neemt toe met de leeftijd : 22% van de 20-24-jarigen werd gescreend; bij de personen van 55-64 jaar bedraagt dit percentage 78%.
- 27% van de geteste personen verklaart er minstens eenmaal van op de hoogte gebracht geweest te zijn dat hun bloeddruk te hoog was. Deze proportie neemt toe met de leeftijd. Vanaf de leeftijd van 55 jaar is de proportie met een te hoge bloeddruk hoger bij de vrouwen dan mannen.
- 29% van de geteste personen tussen 20 en 64 jaar verklaart er minstens eenmaal van op de hoogte gebracht geweest te zijn dat hun cholesterolgehalte te hoog was. Deze proportie neemt toe met de leeftijd. Het percentage bedraagt reeds 24% bij 20-24-jarigen en bereikt 34% tussen 55 en 64 jaar. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen.
- Het percentage personen aan wie ooit meegedeeld werd dat ze een te hoge bloeddruk hadden en aan wie ooit meegedeeld werd dat ze een te hoog cholesterolgehalte hadden verschilt niet in functie van het onderwijsniveau of het equivalent inkomen van het huishouden. Dit geldt ook voor het percentage personen dat ooit werd gescreend voor hoge bloeddruk. Screening voor hypercholesterolemie komt daarentegen wel meer voor naarmate het opleidings- en inkomensniveau hoger is.
- Zware rokers (meer dan 20 sigaretten per dag) geven vaker aan dat ze ooit de mededeling gekregen hebben dat hun bloeddruk te hoog was dan de andere rokerscategorieën. Datzelfde geldt voor wat betreft een te hoog cholesterolgehalte in het bloed.
- De personen die zich slecht tot redelijk gezond voelen hebben vaker een bloeddrukmeting (93% tegen 85%) en een bepaling van het cholesterolgehalte (76% tegen 55%) gehad dan diegenen met een goede subjectieve gezondheid. Personen die zich subjectief niet gezond voelen geven ook vaker aan te zijn ingelicht dat ze ooit een te hoge bloeddruk hadden (39% tegenover 21%). Dit verschil is niet significant voor wat betreft een te hoog cholesterolgehalte in het bloed (33% tegen 28%).

### 6.3.9. Kankerpreventie

Borstkanker is bij vrouwen de meest voorkomende kanker. In Europa maakt borstkanker 15 tot 35 % uit van de kwaadaardige gezwellen. De belangrijkste manier om borstkanker op dit moment aan te pakken is vroegtijdige opsporing. Dit kan gebeuren via een zelfonderzoek, het klinische onderzoek door een arts en vooral via mammografie waarvan het nut bij vrouwen tussen 50 en 69 jaar bewezen is.

Baarmoederhalskanker is de derde meest voorkomende kanker bij vrouwen. Deze vorm van kanker kan vroegtijdig worden opgespoord door middel van een baarmoederhalsuitstrijkje. Een degelijk uitgewerkt opsporingsprogramma kan de mortaliteit te wijten aan baarmoederhalskanker gevoelig doen dalen. De meeste landen hanteren een opsporingsprogramma met een uitstrijkje om de drie of vijf jaar bij vrouwen van 25 tot 64 jaar. Hoewel er op dit ogenblik geen internationaal aanvaard standaardinstrument bestaat om de opvolging van die norm te meten, komen de vragen opgenomen in de gezondheidsenquête overeen met de instrumenten die de WGO voorstelt.

- In het Brussels gewest heeft 58% van de vrouwen tussen 50 en 70 jaar in de afgelopen twee jaar een mammografie laten nemen (54% voor de vrouwen tussen 40 en 49 jaar). 38% van de vrouwen tussen 50 en 70 jaar deden dit tijdens het afgelopen jaar en 20% tijdens het jaar ervoor. Het percentage dat zich de jongste 12 maanden liet screenen is dus iets hoger dan het percentage dat dit deed tijdens het jaar ervoor (65% in plaats van 50%). 75% van de vrouwen die een mammografie lieten uitvoeren deed dit op aanraden van de huisarts of een specialist en 8% omwille van een abnormaliteit.
- Het percentage vrouwen tussen 50 en 70 jaar dat tijdens de afgelopen 2 jaar een mammografie liet uitvoeren is hoger in het Brussels Gewest dan in het Vlaams (45%) en Waals Gewest (50%).
- 53% van de vrouwen van 50 tot 70 jaar heeft tijdens de afgelopen 2 jaar ook een klinisch onderzoek van de borsten laten uitvoeren (64% bij vrouwen van 40 tot 49 jaar). 31% van de vrouwen van 15 jaar en ouder heeft in afgelopen maand ook een zelfonderzoek gedaan.
- Het percentage vrouwen dat in de afgelopen 2 jaar een mammografie liet uitvoeren varieert volgens de leeftijd : 48% bij de 40 tot 44 jarigen, 59% bij de vrouwen van 45 tot 49 jaar, 69% bij de 50-54 jarigen om verder geleidelijk te dalen tot 52% bij vrouwen van 65 tot 69 jaar.
- Socio-economische verschillen voor wat betreft het vroegtijdig opsporen van borstkanker via mammografie of klinisch onderzoek worden niet waargenomen, noch voor wat betreft opleiding, noch voor wat betreft inkomen. Vroegtijdige opsporing via klinisch onderzoek van de borsten komt echter meer voor bij Belgen dan bij niet-Belgen.
- 64% van de vrouwen tussen 25 en 64 hebben in de loop van de laatste drie jaar een baarmoederhalsuitstrijkje laten nemen. Dit is ook het geval voor 6% van de 15-19 jarigen en 41% van de 20-24 jarigen. We zien wel een stijging van het percentage in functie van de socio-economische categorie van het huishouden. Bij de Belgen is baarmoederhalskankeropsporing frequenter (68%) dan bij niet-Belgen (53%).
- 10% van de vrouwen tussen 25 en 64 jaar (maar ook 21% van de 65-69 jarigen en 16% van de 70-74 jarigen) geeft aan een oproepingsbrief te hebben ontvangen voor het afnemen een uitstrijkje. De helft daarvan heeft de oproep beantwoord.

### 6.3.10. Ongevallen

Ongevallen zijn een belangrijke oorzaak van (gekende en ongekende) morbiditeit en mortaliteit. De gegevens die thans gekend zijn, zijn gebaseerd op registraties van verkeersongevallen en ongevallen thuis of hebben betrekking op ongevallen aangegeven bij de verzekeringen; het zijn verkeersongevallen, arbeidsongevallen, ongevallen naar of van het werk/school,... De ongevallen thuis worden in de bestaande statistieken wellicht het meest onderschat; deze zijn immers meestal gebaseerd op het gebruik van diensten.

In het kader van de analyse van de gegevens van de module 'ongevallen' werden vier indicatoren weerhouden:

- de incidentie van ongevallen gedurende de twee maanden voorafgaand aan de bevraging
- het dragen van een veiligheidsgordel vooraan in de auto
- het dragen van een veiligheidsgordel achteraan in de auto
- kennis over het toegelaten alcoholpercentage in het bloed bij het autorijden

De resultaten van de analyse kunnen als volgt samengevat worden:

- In het Brussels Gewest is de globale incidentie van ongevallen tijdens de afgelopen twee maanden bij personen van 15 jaar en ouder gelijk aan 6%. Van de 129 personen die aangaven het slachtoffer te zijn geweest van een ongeval, meldt 17% een ongeval op het werk of op de school, 13% een verkeersongeval, 28% een sportongeval, 28% een ongeval in het huishouden en 27% een ander ongeval. Het percentage personen dat aangeeft het slachtoffer geweest te zijn van een ongeval is iets groter in het Brussels Gewest dan in het Waals Gewest (5%) en het Vlaams Gewest (4%).
- 37% van de respondenten geeft aan nooit of enkel af en toe een autogordel dragen wanneer ze vooraan in de wagen zitten. Dit percentage loopt op tot 48% bij jongeren tussen 15 en 24 jaar en is hoger bij mannen (39%) dan bij vrouwen (35%).
- 71% van de respondenten geeft aan nooit of slechts af en toe een gordel te dragen wanneer ze achteraan in de wagen zitten. Dit percentage loopt op tot 82% bij jongeren tussen 15 en 24 jaar.
- 60% van de respondenten schat het toegelaten alcoholpercentage in het bloed bij het autorijden fout in. Bij mannen is dit percentage lager (57%) dan bij vrouwen (64%). Het fout inschatten van het toegelaten alcoholpercentage is veel hoger in het Brussels Gewest dan in het Vlaams (39%) en Waals Gewest (38%).

## 6.4. Medische Consumptie

### 6.4.1. Contacten met de huisarts

De huisarts vervult een essentiële rol binnen het geheel van de gezondheidszorg. Inzicht in de modaliteiten van de huisartscontacten is van essentieel belang voor de ontwikkeling van een aangepast gezondheidsbeleid. De gezondheidsenquête biedt hierbij belangrijke aanvullende informatie aan.

- De grote meerderheid van de bevolking geeft aan over een vaste huisarts te beschikken. In het Brussels Gewest gaat het om 78% van de bevolking. Dit is wel een stuk lager dan in het Vlaams en Waals Gewest waar dit percentage respectievelijk 95% en 94% bedraagt.
- 72% van de bevolking in het Brussels Gewest heeft tijdens een periode van één jaar tenminste één contact met de huisarts. Dit percentage is het laagst bij mannen in de leeftijdsgroepen tussen de 15 en 44 jaar, waar dit percentage rond de 60% bedraagt. Ter vergelijking, dit percentage bedraagt 80% in het Vlaams Gewest en 79% in het Waals Gewest.
- Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar per persoon in de bevolking bedraagt in het Brussels Gewest 4,2 (6,1 in het Waals Gewest, 6,0 in het Vlaams Gewest). Dit gemiddelde is hoger bij vrouwen dan bij mannen en wordt sterk beïnvloed door de subjectieve gezondheidsbeleving.
- Er is over het algemeen geen socio-economische drempel voor het contact met de huisarts, noch voor wat betreft de proportie personen die in een periode van één jaar contact hebben met een huisarts, noch voor wat betreft het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar.
- In het Brussels Gewest zijn de belangrijkste medische problemen of redenen die aan de basis liggen van het contact met de huisarts problemen van het ademhalingsstelsel (mannen 27%, vrouwen 19%), problemen van hart en bloedvaten (mannen 18%, vrouwen 19%) en algemeen onderzoek (mannen 11%, vrouwen 17%). Er dient rekening mee gehouden te worden dat het gaat om klachten en aandoeningen zelf door de patiënt aangegeven. We kunnen dan ook aannemen dat psychosociale klachten, ongetwijfeld een belangrijke reden om de huisarts te contacteren, ondergerapporteerd zijn en bijgevolg niet in de top 3 voorkomen.
- In het Brussels Gewest zijn 30% van de contacten met de huisarts huisbezoeken. Vanaf de leeftijd van 65 jaar zijn huisbezoeken frequenter dan raadplegingen. In het Waals Gewest is het percentage huisbezoeken significant groter dan in het Brussels en Vlaams gewest : 45% tegenover ongeveer 30%.
- In 22% van de contacten in het Brussels Gewest gebeurt het contact op initiatief van de huisarts. Bij 75-plussers stijgt dit percentage tot rond de 50%. Bij mensen die een beperking hebben van de lichamelijke activiteit - zowel matig als ernstig - zal de huisarts vaker zelf een contact plannen.
- In 4,5% van de huisartscontacten wordt de patiënt nadien verwezen. Het gaat hier zowel om verwijzingen naar een specialist (inclusief radioloog), laboratorium voor bloedanalyse, ziekenhuis, kinesitherapeut, thuisverpleging, sociale dienst of een andere gezondheidsvoorziening.
- Noch het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar, noch de proportie huisbezoeken, noch de proportie contacten waarbij de huisarts zelf het initiatief neemt om de patiënt te contacteren worden in het Waals en Brussels gewest beïnvloed door het rookgedrag.

## 6.4.2. Contacten met de arts-specialist

Ambulante contacten met een arts-specialist maken in België, waar de tweede lijn direct toegankelijk is voor de patiënt, een belangrijk deel uit van de medische consumptie.

De vraagstelling in deze enquête betreft alle ambulante contacten met de arts-specialist, zowel in het ziekenhuis als privé. Ook telefonische consultaties en raadplegingen op de dienst spoedgevallen van een ziekenhuis worden in rekening gebracht. Contacten met specialisten tijdens een ziekenhuisopname, daghospitaisatie en telefonische contacten om een afspraak te maken worden niet meegerekend.

- In het Brussels Gewest heeft 55% van de bevolking het afgelopen jaar tenminste één contact gehad met een arts-specialist. Het gemiddeld aantal contacten per jaar per persoon in de bevolking bedraagt 3,4. In 73% van de contacten gaat het om een herhalingsbezoek. In 30% van de nieuwe contacten gaat het om een verwijzing door de huisarts. 55% van de ambulante contacten met de arts-specialist vindt plaats in het ziekenhuis.
- Bij mannen in het Brussels Gewest zijn de frequentst geraadpleegde arts-specialisten de oogarts (12%), de cardioloog (11%) en de dermatoloog (8%). Bij vrouwen gaat het om de vrouwenarts (32%), de cardioloog (8%) en de dermatoloog (7%).
- Vrouwen rapporteren vaker een contact met de arts-specialist tijdens het afgelopen jaar dan mannen (64% tegenover 46%). Het gemiddeld aantal contacten per jaar is in het Brussels Gewest echter gelijk bij mannen en vrouwen. Vrouwen contacteren een specialist vaker voor een diagnostisch of preventief onderzoek dan mannen. Dit is wellicht voor een deel te wijten aan het preventief kankeronderzoek bij vrouwen als reden voor contacten met de vrouwenarts.
- In het Brussels Gewest zien we geen verschil in de kans om het afgelopen jaar een arts-specialist te hebben geraadpleegd in functie van opleiding. Ook het gemiddeld aantal contacten met de arts-specialist per jaar wordt niet beïnvloed door opleiding of inkomen. Anderzijds zijn er wel aanwijzingen dat de redenen voor het contact met de arts-specialist en het soort arts-specialist dat gecontacteerd wordt variëren in functie van de socio-economische klasse.
- Er worden bovendien geen duidelijke verschillen waargenomen in het aantal contacten op verwijzing van de huisarts in functie van opleiding of inkomen.
- Er is geen verband tussen rookgewoonten en ambulante contacten met de arts-specialist het afgelopen jaar. Ook het gemiddeld aantal contacten met arts-specialist per jaar verschilt niet tussen rokers en niet-rokers.
- De kans om het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met een arts-specialist is hoger in het Brussels Gewest (55%) dan in het Waals Gewest (51%) en in het Vlaams Gewest (45%). Ook het gemiddeld aantal contacten met de arts-specialist is hoogst in Brussel (3,4), gevolgd door Wallonië (2,7) en Vlaanderen (2,3).

## 6.4.3. Opname in het ziekenhuis

Niettegenstaande de Medisch Klinische Gegevens in België een belangrijke bron zijn van informatie over ziekenhuisverblijven, biedt de gezondheidsenquête een belangrijke meerwaarde: de bekomen informatie kan worden voorgesteld t.o.v. het geheel van de bevolking (ook de niet-gebruikers) en het profiel van de gebruikers kan breder gedefinieerd worden.

- 12% van de bevolking in het Brussels Gewest is tijdens het afgelopen jaar in het ziekenhuis opgenomen geweest. Het gemiddeld aantal opnames per jaar per 100 personen bedraagt in het Brussels Gewest 11,5. Opnames in verband met een bevalling worden hierbij niet meegerekend. De verschillen tussen de 3 gewesten zijn miniem.
- Problemen van het bewegingsapparaat en problemen van het spijsverteringsstelsel vormen de belangrijkste reden van opname bij mannen (19% en 16% respectievelijk). Dit is ook zo bij vrouwen maar daar vormen problemen van het spijsverteringsstelsel de belangrijkste groep (20% tegenover 19% voor problemen van het bewegingsapparaat). Respiratoire problemen maken 28% en problemen van het spijsverteringsstelsel 23% uit van de redenen tot hospitalisatie bij 0 tot 14-jarigen. Er dient rekening mee gehouden te worden dat het gaat om redenen zelf door de patiënt aangegeven. We kunnen dan ook aannemen dat bepaalde categorieën zoals psychiatrische aandoeningen ondergerapporteerd zijn.
- In het Brussels Gewest zijn er geen belangrijke verschillen in de kans om het afgelopen jaar in het ziekenhuis te zijn opgenomen en het gemiddeld aantal opnames per jaar naargelang het onderwijsniveau en de inkomensklasse. Er zijn wel aanwijzingen dat de redenen van opname verschillen naargelang de socio-economische klassen.
- Zware rokers hebben meer kans om opgenomen te worden in het ziekenhuis en rapporteren gemiddeld meer ziekenhuisopnames dan niet rokers. Verschillen in de gemiddelde opnameduur konden echter niet worden aangetoond.
- Mensen met één chronische ziekte hebben geen groter risico om in het ziekenhuis te worden opgenomen dan personen die geen chronische ziekte hebben. Indien iemand 2 of meer chronische ziekten heeft is die kans wel aanzienlijk toegenomen.
- Er wordt een verband gezien tussen het hebben van kanker en een ziekenhuisopname in het afgelopen jaar. Chronische longpatiënten, hart- en vaatpatiënten en diabetici blijken echter geen verhoogde kans te hebben om het afgelopen jaar een opname in het ziekenhuis te rapporteren.
- De duur van opname varieert sterk in functie van de dienst en de reden van opname. 14% van de hospitalisaties in het Brussels Gewest zijn daghospitalisaties : de patiënt wordt opgenomen en ontslagen op dezelfde dag. Dit percentage is ongeveer gelijk aan wat gevonden wordt in het Waals Gewest maar een flink stuk lager dan in het Vlaams Gewest (25%).

#### 6.4.4. Gebruik van geneesmiddelen

Het gebruik van geneesmiddelen is een belangrijke component van de medische consumptie en van de gezondheidsuitgaven. De gezondheidsenquête laat toe geïntegreerde informatie te verzamelen over alle ingenomen geneesmiddelen - terugbetaald of niet, voorgeschreven of niet -, in functie van een groot aantal variabelen zoals gezondheidstoestand, levensstijl, socio-economische klasse, enz. Het belangrijkste nadeel van een gezondheidsenquête is echter de validiteit van de rapportering, vooral voor wat betreft de aard van de ingenomen geneesmiddelen. Mensen zijn immers niet steeds op de hoogte van het soort geneesmiddel dat ze innemen en de juiste reden waarom.

- 64% van de bevolking in het Brussels Gewest geeft aan de voorbije 2 weken geneesmiddelen te hebben ingenomen. Dit is ongeveer gelijk aan het cijfer voor het Waals Gewest maar iets hoger dan wat we vinden in het Vlaams Gewest (58%). Voor voorgeschreven geneesmiddelen bedraagt dit percentage 42%, voor niet voorgeschreven geneesmiddelen 40%. Pijnstillers vormen de meest gebruikte klasse geneesmiddelen : 29% van de bevolking in het Brussels gewest geeft aan de afgelopen 2 weken een pijnstillertje te hebben gebruikt. Om en bij de zeventig procent van diegenen die pijnstillers gebruiken nemen niet voorgeschreven pijnstillers. Het gebruik van geneesmiddelen i.v.m. het ademhalingsstelsel en cardiovasculaire geneesmiddelen in de afgelopen 2 weken bedraagt in het Brussels Gewest respectievelijk 20% en 15%. In Brussel geeft 11% van de bevolking aan tijdens de afgelopen 2 weken een geneesmiddel i.v.m. het zenuwstelsel te hebben. 6% van de bevolking geeft aan gedurende de

afgelopen 2 weken een slaapmiddel te hebben ingenomen. Gemiddeld wordt in de afgelopen 2 weken het gebruik van 2 soorten geneesmiddelen gerapporteerd.

- Vrouwen nemen meer geneesmiddelen dan mannen. Dit geldt voor de meeste categorieën geneesmiddelen. Zowel het gebruik van voorgeschreven als van niet voorgeschreven geneesmiddelen is groter bij vrouwen dan bij mannen.
- Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen stijgt met de leeftijd : in de leeftijdsgroep tot 15 jaar heeft 29% van de bevolking in het Brussels Gewest de afgelopen 2 weken een voorgeschreven geneesmiddel ingenomen. Bij de 65-plussers is dit meer dan 80%. Het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen varieert niet in functie van de leeftijd.
- Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen varieert niet in functie van opleiding of inkomen. Het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen is echter groter in de hogere inkomensklassen. Mensen met een lagere opleiding gebruiken meer pijnstillers dan diegenen met een hogere opleiding. Het gebruik van geneesmiddelen in verband met het zenuwstelsel is hoger in de lagere opleidings- en inkomensklassen.
- Chronische ziekten die sterk geassocieerd zijn met geneesmiddelengebruik zijn hart- en vaataandoeningen. Voor diabetes, chronische longaandoeningen en aandoeningen van het bewegingsstelsel kon dit verband niet aangetoond worden. Het hebben van één of meer chronische ziekten is een belangrijke predisponerende factor voor het gebruik van geneesmiddelen.
- Zware rokers en personen die vroeger gerookt hebben nemen in het Brussels Gewest significant meer geneesmiddelen dan personen die nooit rookten.

#### 6.4.5. Contacten met de tandarts

Het gebruik van tandheelkundige zorgen omvat zowel een preventieve als curatieve component en geeft een indicatie over de mate waarin de bevolking belang hecht aan een gezond gebit.

- In het Brussels Gewest geeft 49% van de bevolking een contact met de tandarts aan in het afgelopen jaar (51% in het Vlaams Gewest, 46% in het Waals Gewest). Het gemiddeld aantal contacten met de tandarts per jaar per persoon in de bevolking bedraagt 2,2 . In het Brussels Gewest geeft 6% van de bevolking aan in de loop van de afgelopen 2 maanden een preventief tandonderzoek te hebben laten uitvoeren.
- Vrouwen gaan iets vaker naar de tandarts dan mannen. In het Brussels Gewest geeft 53% van de vrouwen een bezoek aan de tandarts aan tijdens het afgelopen jaar terwijl dit voor mannen slechts 45% is. Voor wat preventieve tandcontrole is er echter geen verschil tussen mannen en vrouwen.
- Contacten met de tandarts worden vaakst gerapporteerd in de jongere leeftijdsgroepen : het percentage dat het afgelopen jaar een contact had met de tandarts is het hoogst in de leeftijdsgroep 45-54 jaar (56%) en laagst bij 75-plussers (29%).
- De kans om het afgelopen jaar een tandarts te hebben gecontacteerd is hoger bij diegenen met een diploma hoger onderwijs en een hoog inkomen dan bij de lagere opleidings- en inkomensklassen. Voor het gemiddeld aantal contacten met de tandarts per persoon en het aantal personen dat aangeeft tijdens de afgelopen 2 maanden een preventieve tandcontrole te hebben laten uitvoeren zijn de verschillen minder duidelijk.
- Zware rokers rapporteren minder vaak een contact met de tandarts tijdens het afgelopen jaar. In het Brussels Gewest worden echter geen verschillen waargenomen in functie van het rookgedrag voor wat betreft het gemiddeld aantal contacten met de tandarts per jaar.

## 6.4.6. Andere gezondheidsvoorzieningen en alternatieve geneeskunde

- 15% van de bevolking van het Brussels Gewest geeft aan het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met de kinesitherapeut. Dit is vaker het geval voor vrouwen dan mannen. In de leeftijdsgroep boven de 65 jaar gaat het om meer dan 33% van de bevolking. Er is een significant verband met het rapporteren van een chronische aandoening van het bewegingsstelsel.
- In de leeftijdsgroep van 65 tot 74 doet in Brussel 5% van de bevolking minstens eenmaal per jaar een beroep op thuisverpleging. Bij 75-plussers stijgt dit percentage tot 12%. Het rapporteren van een aandoening van het bewegingsstelsel is in het Brussels Gewest geassocieerd met een grotere kans om een beroep te doen op thuisverpleging.
- Slechts 25% van de zestigplussers in het Brussels Gewest (eveneens 25% in het Waals Gewest, 22% in het Vlaams Gewest) maakt gebruik van specifieke diensten voor bejaarden, zoals poetshulp, gezins- of bejaardenhulp of warme maaltijden. Het gebruik van voorzieningen voor bejaarden neemt in het Brussel Gewest licht toe met de leeftijd, maar bedraagt er bij personen tot 85 jaar toch nog minder dan 35%. In de hoogste inkomens- en opleidingsklasse maakt een hoger percentage gebruik van diensten omdat hier vaak het gebruik van privé-poetshulp aangegeven wordt.
- Het percentage personen die aangeven het afgelopen jaar een diëtist te hebben geraadpleegd bedraagt in het Brussels Gewest 1,4%. Bij vrouwen is dit aanzienlijk hoger dan bij mannen. Het percentage is het hoogst in de leeftijdsgroep tussen 45 en 54 jaar.
- 12% van de werknemers en ambtenaren in het Brussels Gewest geeft aan het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met een arbeidsgeneeskundige dienst.
- In het Brussels Gewest geeft 8% van de bevolking aan het afgelopen jaar een contact gehad te hebben met een homeopaat, osteopaat, chiropractor of acupuncturist. In 41% van de gevallen gaat het om contacten met een homeopaat, in 44% om contacten met een chiropractor of osteopaat en in 15% om contacten met een acupuncturist. Vrouwen contacteren vlieger een alternatief genezer dan mannen. In de leeftijdsgroep tussen 35-44 jaar rapporteert 13% van de vrouwen in het Brussels Gewest een contact met een alternatief genezer in het afgelopen jaar. Bij mannen zijn de leeftjidsverschillen minder duidelijk.
- De proportie personen die het afgelopen jaar een contact had met een alternatief genezer stijgt sterk in functie van de opleidings- en inkomensklasse.
- 1,5% van de bevolking in het Brussels Gewest geeft aan de afgelopen 2 weken homeopathische geneesmiddelen te hebben gebruikt.



## 6.5. Ongelijkheid in Gezondheid

### 6.5.1. Ongelijkheden in gezondheidstoestand, levensstijl en preventie en medische consumptie

- Sociale (on-)gelijkheid op het vlak van Gezondheid kan, op basis van de Gezondheidsenquête, via vier invalshoeken beschreven worden: de gezondheidstoestand, levensstijlkenmerken, de medische consumptie en de mogelijke barrières op vlak van de toegang tot de gezondheidszorgen.
- Met betrekking tot de gezondheidstoestand kunnen duidelijke socio-economische verschillen (d.i. verschillen naar opleidings- en inkomensniveau) vastgesteld worden met betrekking tot de subjectieve inschatting van de eigen gezondheid. Personen met een eerder laag opleidings-, resp. inkomensniveau schatten de eigen gezondheid relatief slechter in dan personen met een hoger opleidings- of inkomensniveau. Eenzelfde beeld wordt bekomen wanneer de gezondheidsklachten bestudeerd worden. Niettemin kan slechts in zeer beperkte mate bevestiging hiervoor gevonden worden indien gekeken wordt naar de fysieke, mentale of sociale gezondheid waarin mensen zich bevinden.
- Duidelijke socio-economische verschillen kunnen wel vastgesteld worden indien een aantal aspecten van de levensstijl belicht worden. Globaal genomen hangt een eerder laag opleidings- of inkomensniveau samen met een levensstijl die een aantal risicofactoren met zich meedraagt: bij lager opgeleiden resp. personen met een eerder beperkt inkomen kan de grootste proportie (zware) rokers en drinkers teruggevonden worden, zij eten minder gezondheid, beoefenen in mindere mate sportieve activiteiten, maken in mindere mate gebruik van preventieve voorzieningen,...
- De verschillen in levensstijl vinden echter nauwelijks hun weerslag in een differentiële medische consumptie. Zo kunnen er geen verschillen teruggevonden worden tussen de onderscheiden opleidingscategorieën, resp. inkomenscategorieën met betrekking tot de proportie personen die al dan niet een vaste huisarts hebben, noch met betrekking tot het aantal personen die een contact aangeven met de huisarts in de loop van een periode van één jaar, noch met betrekking tot het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per persoon per jaar. Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen lijkt slechts in beperkte mate samen te hangen met socio-economische karakteristieken. De consumptie van niet voorgeschreven geneesmiddelen daarentegen hangt daarentegen wel samen met het inkomensniveau: hoe hoger het inkomensniveau, hoe groter de consumptie van niet voorgeschreven geneesmiddelen.
- Tenslotte zijn er wel indicaties terug te vinden voor het feit dat relatief laag opgeleiden, resp. personen met een beperkt (equivalent) huishoudinkomen de kosten voor gezondheidszorgen moeilijker kunnen dragen dan de anderen. De resultaten laten bovendien zien dat deze noodzakelijke uitgaven huishoudens ertoe aanzetten een noodzakelijk gebruik van gezondheidszorgen (tijdelijk ?) uit te stellen.

### 6.5.2. Toegang tot de gezondheidszorg

In dit hoofdstuk wordt de financiële toegankelijkheid tot de gezondheidszorg nagegaan : kunnen de huishoudens de uitgaven die verband houden met gezondheidszorg aan en hebben ze moeten afzien van gezondheidszorgen om financiële redenen ?

44% van de huishoudens in het Brussels Gewest vindt het moeilijk om hun aandeel van de gezondheidskosten te dragen. 19% van de huishoudens heeft tijdens het afgelopen jaar het gebruik van gezondheidsvoorzieningen moeten uitstellen om financiële redenen. Hierbij gaat het vooral om raadplegingen bij de tandarts, raadplegingen bij de arts specialist, de aankoop van een bril, raadplegingen bij de huisarts en de aankoop van geneesmiddelen.



# DE GEZONDHEID VAN DE BEVOLKING

## IN BELGIË, IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP EN IN HET BRUSSELS GEWEST

*Verklaring van Gebruikte Termen*



GEZONDHEIDSENQUETE, BELGIË, 1997





## 7. VERKLARING VAN GEBRUIKTE TERMEN

### **Beperkingen (Langdurige lichamelijke beperkingen)**

Voor het bepalen van de prevalentie van beperkingen wordt gebruik gemaakt van de W.G.O.-score. Deze is opgemaakt op basis van 7 ADL-functies (Activiteiten van het Dagelijks Leven: transfer in - en uit bed of in- en uit de zetel, aan- en uitkleden, wassen van handen en gezicht, zelfstandig eten, kunnen naar het toilet gaan en urinaire continëntie) met daarnaast nog 3 andere functies : mobiliteit, het gehoor en het zicht. Voor de ADL-functies wordt gevraagd of de respondent de functie kan uitvoeren zonder moeite, met moeite of enkel maar met hulp van een derde. De gehoorfunctie wordt nagegaan op basis van het kunnen volgen van een televisieprogramma met een geluidsvolume al dan niet aanvaardbaar voor anderen. Het herkennen van een vriend op een afstand van 4 meter of 1 meter wordt gebruikt voor de evaluatie van de visus. Respondenten worden beschouwd als matig beperkt vanaf het ogenblik ze één van de ADL-functies slechts kunnen uitvoeren met moeite of indien ze pas televisie kunnen volgen met een te hoog geluidsvolume of indien ze een persoon niet erkennen op 4 meter afstand of indien ze een maximale loopafstand hebben van 200 meters. Ernstige beperking is er vanaf het ogenblik dat één van de ADL-functies pas kan met hulp van een derde of indien de persoon een televisieprogramma niet kan volgen zelfs met een te hoog geluidsvolume en indien hij een persoon niet kan herkennen op een afstand van 1 meter of indien de loopafstand slechts enkele passen is.

Respondenten worden beschouwd als matig beperkt wanneer ze tenminste één van de volgende problemen hebben :

- één van de ADL-functies kan slechts met moeite uitgevoerd worden;
- de televisie kan enkel gevolgd worden met een hoog geluidsvolume,
- een persoon op 4 meter afstand wordt niet herkend,
- de maximale loopafstand bedraagt 200 meter,

Over ernstige beperking wordt besproken wanneer tenminste één van de volgende problemen zich voordoet :

- één van de ADL-functies kan pas met de hulp van een derde;
- de persoon kan geen televisieprogramma volgen, zelfs niet met een hoog geluidsvolume;
- een persoon op 1 meter afstand kan niet herkend worden;
- de loopafstand bedraagt slechts enkele passen.

### **BMI (Body Mass index)**

De Body Mass Index (BMI) is een gemakkelijke manier om het relatief lichaamsgewicht te berekenen, d.w.z. het gewicht volgens de lengte en wordt bekomen door het gewicht in kilogram te delen door de lengte in meters tot het kwadraat ( $G/L^2$ ). Vanaf de leeftijd van 18 jaar is de BMI vrij stabiel en is het mogelijk om absolute drempelwaarden te definiëren voor het geheel van de bevolking :

ondergewicht :  $BMI < 20$

normaal gewicht :  $20 \leq BMI < 25$

overgewicht :  $25 \leq BMI < 30$

zwaarlijvig (obsesiteit) :  $BMI \geq 30$

### **Chronische (langdurige) ziekten, aandoeningen**

Chronische ziekten of aandoeningen zijn aandoeningen die de respondent reeds minstens 6 maanden heeft of waarvan hij denkt dat ze minstens 6 maanden gaan duren. Aan de respondenten werd een lijst van 34 aandoeningen voorgelegd. Op basis van deze lijst werd het gemiddeld aantal aandoeningen berekend of werd de aanwezigheid van co-morbiditeit (het hebben van minstens 2 aandoeningen uit de lijst) gedefinieerd.

### **General Health Questionnaire**

#### **GHQ12-score**

De GHQ12-score is een maat voor de ernst van het psychisch onwelbevinden van de populatie. De GHQ12 bestaat uit 12 vragen die betrekking hebben op ongewone en onaangename psychische belevingen en het onvermogen van het individu om normaal te blijven functioneren : gemoedsstoornissen, angst en psychische onwelbevinden, sociaal disfunctioneren en hypochondrie. De GHQ12-score heeft waarden tussen 0 en 12. Hoe hoger de score hoe groter de kans dat het individu een psychiatrische stoornis heeft en hoe hoger de gemiddelde score in een bepaalde bevolkingsgroep hoe groter de ernst van het psychisch onwelbevinden in deze populatie.

#### **Psychische gezondheidsproblemen**

Naast een maat voor de ernst van psychisch onwelbevinden van de populatie wordt de GHQ12-score ook categorisch gebruikt om een schatting te geven van de prevalentie van psychische gezondheidsproblemen in de bevolking. In dit rapport wordt geopteerd om de conventionele drempelwaarde voor algemene bevolking (1/2 : [0-1] en [2-12]) te gebruiken. Een score van 0 of 1 is een indicatie is voor de afwezigheid van psychische morbiditeit. Een score van 2 of hoger is een aanwijzing voor mogelijke psychopathologie, hier genoemd : psychische gezondheidsproblemen

### **Handicap in mobiliteit (W.G.O-vragenlijst)**

Aan het begrip handicap wordt naast de lichamelijke beperking ook een sociale dimensie gegeven. Handicap in mobiliteit wordt bepaald op 3 niveaus: de persoon is beperkt in zijn verplaatsing tot huis en tuin, de persoon moet de ganse dag in de zetel zitten of de persoon is bedlegerig. De eerste categorie wordt gedefinieerd als matige handicap, de laatste twee worden samengebracht in de groep ernstige handicap in mobiliteit.

### **Inkomen (equivalent inkomen van het huishouden)**

Het inkomensniveau wordt gelijk gesteld voor alle leden van eenzelfde huishouden. Het inkomen wordt berekend op basis van het beschikbaar inkomen voor het huishouden gecorrigeerd voor de grootte en de samenstelling van het huishouden.

### **Kessner index**

De Kessner Index houdt rekening met het tijdstip van de eerste consultatie, het totaal aantal prenatale bezoeken en de duur van de zwangerschap en geeft zo een beeld van de adequaatheid van de prenatale opvolging. Op basis van de combinatie van deze drie parameters, wordt de prenatale opvolging gedefinieerd als adequaat, intermediair of inadequaat (bijvoorbeeld, indien de eerste prenatale consultatie plaatsgevonden heeft tijdens de 28ste week, wordt de opvolging als inadequaat beschouwd).

### ***Kortdurende functiebeperkingen***

Kortdurende functiebeperkingen door acuut ziek zijn werd bepaald op basis van de vraag of de respondent in de 2 weken voor de bevraging heeft moeten afzien van de normale taken en dit omwille van lichamelijke en/of omwille van mentale en emotionele problemen. Met deze vraagstelling wordt dus niet alleen het vóórkomen van nieuwe aandoeningen gemeten maar ook een nieuwe episode van een recurrende ziekte of een exacerbatie van een langdurige aandoening.

### ***Lichaamsbeweging in de vrije tijd***

Volgens de lichamelijke activiteit tijdens de vrije tijd werden de respondenten ingedeeld in 6 groepen : sportief op hoog niveau, intensieve sporten minstens 4 uur per week of minder dan 4 uur per week, lichte activiteit minstens 4 uur per week of minder dan 4 uur per week en geen sportieve activiteit. Deze laatste groep wordt gedefinieerd als sedentair. Deze populatie omschrijft hun vrijetijdsbesteding als lezen, TV-kijken of andere zittende activiteiten.

### ***Normaal gewicht***

zie BMI

### ***Obesiteit***

zie BMI

### ***Ondergewicht***

zie BMI

### ***Overgewicht***

zie BMI

### ***Opleiding***

Het opleidingsniveau wordt gelijk gesteld voor alle leden van eenzelfde huishouden en is bepaald op basis van het hoogste diploma van de referentiepersoon of zijn/haar partner.

### ***Prenatale opvolging***

zie Kessner Index

### ***Psychische gezondheidsproblemen***

zie General Health Questionnaire

## **Reden voor het contact met de huisarts, arts specialist, opname in het ziekenhuis**

Voor de studie van de belangrijkste medische redenen voor het contact met de huisarts, de arts-specialist en opname in het ziekenhuis werden de antwoorden van de respondenten gecodeerd via de "International Classification for Primary Care" (ICPC). Hierbij zijn de ziekten en klachten in 17 groepen onderverdeeld. In de analyse van de gegevens over het gebruik van gezondheidsvoorzieningen wordt deze indeling grotendeels overgenomen met uitzondering van de groep "algemeen (A)" die wordt opgesplitst in "algemeen onderzoek" en "algemene klachten en ziekten" en de groepen "psychologisch (P)" en "sociale problemen (Z)" die worden samengevat als "psychosociale problemen". Voor precieze informatie over welke specifieke ziekten en klachten behoren tot welke groep wordt verwezen naar de ICPC.

## **Sedentair**

zie Lichaamsbeweging in de vrije tijd

## **SF36-score**

### **SF36-score voor het lichamelijk functioneren**

De SF36-score voor het lichamelijk functioneren wordt opgebouwd uit de antwoorden op een reeks van 10 vragen die peilen naar matige tot ernstige functiebeperkingen in specifieke taken o.a. leveren van een forse (vb. hardlopen) en matige (vb. verplaatsen van een tafel) inspanning, optillen van en dragen van boodschappen, trappen lopen, wandelen over verschillende afstanden en een bad of een douche nemen. De SF36-score heeft een score van 0 tot 100. Bij een score van 100 is er geen enkele functiebeperking. Voor elke matige beperking wordt de score verminderd met 5, voor een ernstige beperking wordt de score verminderd met 10.

### **SF36-score voor sociale contacten**

De SF36-score voor sociale contacten is gebaseerd op een dubbele vraagstelling. Een eerste vraag peilt naar de mate waarin de lichamelijke gezondheid of emotionele problemen een normale omgang met familie, vrienden of burens gehinderd heeft. In een tweede vraag wordt gevraagd naar de *frequentie* waarin gezondheidsproblemen/emotionele problemen een normale omgang met anderen hebben gehinderd. De SF36-score voor sociale contacten heeft een score lopend van 0 tot 100. Een lage score wijst op een situatie waarin gezondheidsproblemen extreem en frequent sociale contacten bemoeilijken. Bij een hoge score worden de sociale contacten niet of nauwelijks gehinderd door gezondheidsproblemen of emotionele problemen.

### **SF36-score voor pijn**

De SF36-score voor lichamelijke pijn is gebaseerd op een dubbele vraagstelling. Een eerste vraag peilt naar de mate waarin de respondent in een referentieperiode van (de afgelopen) 4 weken pijn gehad heeft. In een tweede vraag wordt gepeild naar de mate waarin pijn het normale werk (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk) gehinderd heeft. De score loopt van 0 tot 100. Een lage score verwijst naar een situatie waarin (a) de respondent in ernstige mate pijn heeft en (b) deze pijn in hoge mate het normale werk gehinderd heeft. Een hoge score wijst op de afwezigheid van pijn en de afwezigheid van beperkingen in het normale werk vanwege lichamelijke pijn.



**VOEG**

De VOEG (Vragenlijst voor Onderzoek naar de Ervaren Gezondheid) bestaat uit lijst van 23 omschreven klachten, waarbij de respondent kan aangeven of hij/zij soms met de klacht in kwestie geconfronteerd wordt. Het toegepaste instrument neemt de vorm aan van een additatieve schaal waarbij de bevestigende antwoorden van de vragen bij elkaar worden opgeteld. Hierbij wordt geen weging door gevoerd. De somscore loopt aldus van 0 tot 23. Op basis van de in de VOEG opgenomen vragen kunnen specifieke indicatoren ontwikkeld worden voor welomschreven klachten. De wijze van werken blijft evenwel hetzelfde: per groep klachten wordt een gemiddelde score berekend van de somscores van de individuen die deel ervan uitmaken.

- maagklachten, waartoe ook in zekere mate buikklachten zijn te rekenen, mogelijk ook vanwege een localisatieprobleem van buikklachten door de respondenten
- moeheidsklachten versus zich fit of gezond voelen, waarin zich ook enigszins, maar niet uitgesproken, slaapklachten weerspiegelen
- nerveuze klachten: opgewonden, zenuwachtig, geprikkeld
- klachten van borst- of hartstreek: hartkloppingen of bonzingen in de hartstreek, benauwd op borst, pijn in borst of hartstreek
- klachten van het bewegingsapparaat: pijn in botten en spieren, rugpijn, verdoofd gevoel of tintelingen in ledematen, reumatiek
- (allergische) klachten van de bovenste luchtwegen, niesbuien, neus verstopt, prikkelend gevoel in neus
- hoesten
- hoofdpijn

**Zware roker**

Rookt minstens 20 sigaretten per dag

**Zwaarlijvigheid**

zie BMI

