



**Wetenschappelijk Instituut  
Volksgezondheid**

---



# **Gezondheidsenquête door middel van Interview België 2001**



---

## **Synthese**





**Wetenschappelijk Instituut  
Volksgezondheid**

**Afdeling Epidemiologie  
Juliette Wytsmanstraat 14  
1050 Brussel  
Tel : 02/642.57.94  
e-mail : his@iph.fgov.be  
<http://www.iph.fgov.be/epidemiology/epinl/index4.htm>**



**Nationaal Instituut voor de Statistiek  
Institut National de Statistique**

**Leuvenseweg 44  
1000 Brussel**

**Onderzoeksteam :**

**Jamila Buziarsist  
Stefaan Demarest  
Lydia Gisle  
Jean Tafforeau  
Johan Van der Heyden  
Herman Van Oyen**

**Met de medewerking van :**

**Pieter-Jan Miermans  
Francis Sartor**

**Logistieke steun :**

**Monique Schoonenburg  
Véronique Verhocht**

# Inhoudstafel

<b>INLEIDING.....</b>	<b>5</b>
<b>1. GEZONDHEIDSTOESTAND.....</b>	<b>7</b>
1.1. SUBJECTIEVE GEZONDHEID .....	7
1.2. LICHAMELIJKE GEZONDHEID .....	9
1.2.1. <i>Chronische aandoeningen</i> .....	9
1.2.2. <i>Acute aandoeningen</i> .....	11
1.3. MENTALE GEZONDHEID .....	11
1.4. BEPERKINGEN EN PARTICIPATIEPROBLEMEN.....	14
<b>2. LEEFSTIJL.....</b>	<b>16</b>
2.1. LICHAAMSBEWEGING .....	16
2.1.1. <i>In welke mate doen wij aan lichaamsbeweging?</i> .....	16
2.1.2. <i>Risico als gevolg van een tekort aan lichaamsbeweging</i> .....	17
2.2. VOEDING .....	18
2.2.1. <i>Voedingsgewoonten</i> .....	18
2.2.2. <i>Gevolgen van de voeding: zwaarlijvigheid en ondergewicht</i> .....	19
2.2.3. <i>Bekommernis om het gewicht</i> .....	20
2.3. GEBRUIK VAN ALCOHOL .....	20
2.4. TABAKSGEBRUIK.....	22
2.5. GEBRUIK VAN ILLEGALE DRUGS .....	24
2.6. GEZONDHEID EN SEKSUALITEIT.....	25
2.6.1. <i>Gebruik van voorbehoedsmiddelen</i> .....	25
2.6.2. <i>Bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's)</i> .....	26
<b>3. PREVENTIE .....</b>	<b>27</b>
3.1. VACCINATIE.....	27
3.1.1. <i>Vaccinatie tegen tetanus</i> .....	28
3.1.2. <i>Vaccinatie tegen hepatitis B</i> .....	28
3.1.3. <i>Vaccinatie tegen griep</i> .....	29
3.2. CARDIOVASCULAIRE PREVENTIE .....	29
3.2.1. <i>Hoge bloeddruk</i> .....	29
3.2.2. <i>Cholesterolgehalte in het bloed</i> .....	30
3.3. VROEGTIJDIGE OPSPORING VAN DIABETES .....	31
3.4. VROEGTIJDIGE OPSPORING VAN BORSTKANKER .....	32
3.4.1. <i>Zelfonderzoek van de borsten</i> .....	32
3.4.2. <i>Klinisch onderzoek van de borsten</i> .....	32
3.4.3. <i>Mammografie</i> .....	32
3.5. VROEGTIJDIGE OPSPORING VAN BAARMOEDERHALSKANKER.....	34

<b>4. MEDISCHE CONSUMPTIE.....</b>	<b>36</b>
4.1. CONTACTEN MET ZORGVERSTREKKERS .....	36
4.1.1 <i>Contacten met de huisarts</i> .....	36
4.1.2 <i>Ambulante contacten met de specialist</i> .....	38
4.1.3 <i>Contacten met de dienst spoedgevallen</i> .....	39
4.1.4 <i>Contacten met de tandarts</i> .....	40
4.1.5 <i>Contacten met paramedische zorgverstrekkers</i> .....	41
4.2. OPNAME IN HET ZIEKENHUIS .....	42
4.3. GEBRUIK VAN GENEESMIDDELEN .....	43
4.3.1 <i>Gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen</i> .....	43
4.3.2 <i>Gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen</i> .....	44
4.4. PATIËNTEVREDENHEID.....	45
4.5. NIET-CONVENTIONELE GENEESWIJZEN .....	46
<b>5. GEZONDHEID EN SAMENLEVING.....</b>	<b>48</b>
5.1. TOEGANKELIJKHEID VAN DE GEZONDHEIDSZORGEN.....	48
5.2. SOCIO-ECONOMISCHE VERSCHILLEN IN GEZONDHEID .....	49
5.2.1 <i>Gezondheidstoestand</i> .....	49
5.2.2 <i>Leefstijl</i> .....	49
5.2.3 <i>Preventie</i> .....	50
5.2.4 <i>Medische consumptie</i> .....	50
5.3. GEZONDHEID EN OMGEVING.....	51
5.4. ONGEVALLLEN - AGRESSIE - VERKEERSVEILIGHEID .....	52
5.4.1 <i>Ongevallen</i> .....	52
5.4.2 <i>Agressie</i> .....	52
5.4.3 <i>Verkeersveiligheid</i> .....	53
5.5. SOCIALE GEZONDHEID .....	53
5.6. SOCIALE EN PREVENTIEVE DIENSTEN .....	54

## Inleiding

Dit rapport omvat een synthese van de resultaten van de tweede Belgische, nationale gezondheidsenquête door middel van interview, waarvan het veldwerk plaatsvond in 2001. In deze enquête wordt gepeild naar een groot aantal thema's die gekozen werden in functie van de algemene doelstellingen van de volksgezondheid en de internationale aanbevelingen. Deze thema's zijn gegroepeerd in vijf grote groepen: gezondheidstoestand, leefstijl, preventie, medische consumptie en gezondheid en samenleving.

Hoewel er in België reeds heel wat andere bronnen van gezondheidsinformatie bestaan, betekent een gezondheidsenquête een belangrijke meerwaarde. Op de eerste plaats krijgt men een globaal overzicht van de gezondheidstoestand van de hele bevolking, en wel vanuit het standpunt van de personen zelf. Een gezondheidsenquête geeft bovendien informatie over de gezondheid en leefstijl van de gehele bevolking, ook van die personen die zelden of nooit een beroep doen op gezondheidsdiensten. Verder biedt een gezondheidsenquête de mogelijkheid om een verband te leggen tussen heel wat gezondheidsgerelateerde factoren en laat ze toe om evoluties te volgen in de tijd.

De resultaten van de gezondheidsenquête moeten in een specifiek kader geplaatst en geïnterpreteerd worden. In de eerste plaats is er steeds een subjectief element: het gaat over wat de ondervraagde personen vermelden. Voorts moet er op gewezen worden dat de extrapolatie van de resultaten van de onderzochte steekproef op de totale bevolking aan een zekere foutmarge onderhevig is, niet alleen omdat – niettegenstaande de inspanningen die geleverd werden om dit te voorkomen – de representativiteit van de steekproef nooit 100% kan zijn, maar ook om louter statistische redenen.

Het is dan ook belangrijk om te benadrukken dat de resultaten die in dit rapport vermeld worden, schatters zijn, die enigszins kunnen verschillen van de cijfers die men zou bekomen indien men de totale bevolking zou hebben ondervraagd. Dit is des te meer het geval naarmate het aantal personen waarop de resultaten van toepassing zijn kleiner is: cijfers op het niveau van de gewesten zijn bijvoorbeeld iets minder precies dan deze op het niveau van het ganse land.

In de Gezondheidsenquête 2001 werden 12.111 personen via een gestructureerd interview aan huis bevraagd. Deze werden bij toeval gekozen uit alle inwoners van België. De resultaten geven een representatief beeld van de reële gezondheid van de bevolking. Om geselecteerd te worden hoefde men aan geen enkel criterium te voldoen: ook personen met een niet-Belgische nationaliteit kwamen voor ondervraging in aanmerking en er was geen leeftijdsgrens. Een deel van de vragen was enkel bestemd voor personen van 15 jaar en ouder.

Er werd gepoogd om het demografisch profiel van de gehanteerde steekproef zo nauwkeurig mogelijk te laten aansluiten aan dit van de totale bevolking. De vertrekbasis was een toevallige selectie van huishoudens uit het Rijksregister, gelaagd per gewest, per provincie en per gemeente (systematische steekproef). Per gewest stond het aantal geselecteerde personen in iedere provincie in verhouding tot het aantal inwoners. Op vraag van vier provincies werd echter een oververtegenwoordiging van deze provincies in de steekproef toegestaan. Binnen elke provincie werden de steden of gemeenten geselecteerd waar de interviews zouden uitgevoerd worden en dit op zo'n wijze dat telkens zowel grote steden als middelgrote of kleine gemeenten in deze selectie werden opgenomen. In elke geselecteerde stad of gemeente werden minstens 50 mensen ondervraagd. Om dit aantal te

bereiken werd een beperkt aantal huishoudens geselecteerd, waarbij telkenmale maximaal 4 personen per huishouden geïnterviewd werden. Om tot correcte resultaten te komen voor het land en elk van de gewesten werd aan elk individu dat deelnam aan de enquête een gewicht toegekend in functie van de selectiekans binnen het huishouden, de gemeente, de provincie, het gewest en het trimester waarin het interview uitgevoerd werd.

Ondanks de bekommernis om de samenstelling van de steekproef zo goed mogelijk te laten overeenkomen met de samenstelling van de bevolking in België, was het uiteraard onmogelijk om een volledig representatieve steekgroep van geënquêteerden te selecteren. Mensen die bijvoorbeeld niet ingeschreven waren in het Rijksregister kwamen sowieso niet voor selectie in aanmerking. Sommige huishoudens konden niet gecontacteerd worden en deelname aan de enquête was ook niet verplicht. Van alle huishoudens waarmee de enquêteur effectief een contact had, stemde 61% in met deelname aan de enquête. De overige 39% weigerde deel te nemen, dit om zeer diverse redenen (vooral desinteresse en/of een gebrek aan tijd). Om een vertekening van de resultaten als gevolg van dergelijke weigeringen op te vangen, werden voor alle geselecteerde huishoudens vervanghuishoudens (woonachtig in dezelfde gemeente, met een zelfde aantal gezinsleden, en dezelfde leeftijd van de referentiepersoon als het oorspronkelijk geselecteerde huishouden) voorzien. Van zodra een huishouden niet kon gecontacteerd worden (ondanks meerdere pogingen) of weigerde aan de enquête deel te nemen, werd een vervanghuishouden ingeschakeld.

Voor de gezondheidsenquête werd gebruik gemaakt van drie soorten vragenlijsten. De eerste vragenlijst betrof het huishouden (grootte, samenstelling, inkomens, uitgaven voor gezondheidszorgen) en werd ter plekke ingevuld door de enquêteur. Alle vragen werden door de enquêteur voorgelezen en de antwoorden werden op de vragenlijst genoteerd. Een zelfde aanpak werd aangehouden voor het bevragen van elk van de geselecteerde personen in het huishouden. Indien een geselecteerde personen niet in staat was om zelf te antwoorden (bijvoorbeeld vanwege een ziekte of langdurige afwezigheid) of jonger was dan 15 jaar antwoordde iemand anders (meestal een ander lid van het huishouden) in zijn of haar naam. Voor vragen die eerder persoonlijk van aard waren (zoals vragen omtrent de mentale gezondheid, het alcohol- en tabaksgebruik,...) werd een schriftelijke vragenlijst gehanteerd, die elke deelnemer aan de enquête van 15 jaar en ouder zelf moest invullen.

# 1. Gezondheidstoestand

In dit hoofdstuk gaat de aandacht uit naar de fysieke en mentale gezondheidsproblemen waarmee de bevolking wordt geconfronteerd. De volgende aspecten van de gezondheidstoestand van de bevolking komen aan bod:

1. Subjectieve inschatting van de gezondheidstoestand
2. Chronische aandoeningen
3. Acute aandoeningen
4. Mentale gezondheid
5. Functionele beperkingen en participatieproblemen

Eerst wordt een algemene beschrijving van de gezondheidstoestand gegeven, gevolgd door een precisering van de verschillende gezondheidsproblemen waarmee mensen kampen, om te eindigen met de gevolgen ervan op het dagelijks leven.

Om de vooruitgang op het vlak van gezondheid te kunnen evalueren, is het noodzakelijk de inschatting die individuen maken van hun eigen gezondheid te meten. Deze subjectieve inschatting geeft een goed idee van de gezondheidstoestand van een bevolking. Ook de evolutie van de gezondheidstoestand in het afgelopen jaar wordt nagegaan.

In tweede instantie wordt aandacht besteed aan de meest voorkomende ziekten en aandoeningen waarvan de bevolking chronisch of langdurig te lijden heeft en de aanpak hiervan (medische opvolging en gebruik van geneesmiddelen).

Ook de impact van psychische gezondheidsproblemen of emotionele problemen op het welzijn en de levenskwaliteit krijgt de nodige aandacht. Daarbij hebben we het zowel over het globaal psychisch "onwelbevinden" als over een aantal specifieke aandoeningen, zoals somatische klachten, angstproblemen, depressie en slaapstoornissen. Verder wordt ook het gebruik van psychotrope geneesmiddelen in kaart gebracht.

Tot slot hebben we het in dit hoofdstuk over beperkingen die deze fysieke of psychische problemen met meebrengen, in eerste instantie vanuit een globaal perspectief en daaropvolgend meer specifiek gericht naar de vermindering van de fysieke mogelijkheden, de beperkingen in de dagelijkse bezigheden, de beperkingen in de mobiliteit en de tijdelijke ongeschiktheid.

## 1.1. Subjectieve gezondheid

De subjectieve gezondheid is een globale maatstaf die verschillende dimensies van gezondheid omvat (fysieke, sociale en emotionele). Deze subjectieve perceptie van de gezondheid kan in sommige gevallen van groter belang zijn dan objectieve maatstaven en is – los van de reële gezondheidstoestand – van fundamenteel belang voor de kwaliteit van het leven.

Bijna één vierde van de bevolking (23%) in België evalueert de eigen gezondheid als onbevredigend, terwijl driekwart van oordeel is dat de eigen gezondheid goed of zeer goed is.

Tegelijk vindt driekwart van de bevolking dat hun gezondheid in het afgelopen jaar onveranderd is gebleven, 13% is van oordeel dat deze verbeterd is, terwijl 13% vindt dat ze erop achteruitgegaan is.

Vrouwen schatten hun gezondheid minder goed in dan mannen en geven vaker aan dat hun gezondheid erop achteruitgegaan is. Dit verschil wordt nagenoeg in alle leeftijdsgroepen teruggevonden.

Het percentage personen dat de eigen gezondheid als onbevredigend beoordeelt, stijgt met de leeftijd en bedraagt uiteindelijk 54% bij personen van 75 jaar of ouder.

Tabel 1. Aantal personen (in %) dat de eigen gezondheid als onbevredigend ervaart, volgens geslacht en leeftijdsgroep, Gezondheidsenquête, België, 2001.

Leeftijdsgroepen	Mannen	Vrouwen
15-24	5%	10%
25-34	11%	9%
35-44	12%	17%
45-54	21%	26%
55-64	31%	30%
65-74	39%	45%
75 +	51%	56%
Totaal	20%	25%

Subjectieve gezondheid hangt nauw samen met het opleidingsniveau: lager geschoolden geven vaker een slechtere (subjectieve) gezondheid aan. Deze verschillen kunnen zowel voor het geheel van het land als voor elke regio afzonderlijk vastgesteld worden.

De gezondheidsperceptie varieert niet significant in functie van het urbanisatieniveau. De gezondheidsperceptie varieert daarentegen naargelang de regio: slechts 21% van de inwoners van het Vlaams Gewest is ontevreden over de eigen gezondheid tegen 26% in het Brussels en Waals Gewest.

De resultaten van 2001 zijn quasi gelijk aan deze van 1997: 22% van de personen gaf in 1997 aan ontevreden te zijn over de eigen gezondheid en 23% in 2001.

### **Samenvatting van de resultaten : Subjectieve gezondheid**

*Aantal personen (in %) dat:*

- |  |     |
|--|-----|
| - de eigen gezondheid als redelijk tot zeer slecht beoordeelt            | 23% |
| - aangeeft dat de eigen gezondheid verslechterd is in het afgelopen jaar | 13% |
| - aangeeft dat de eigen gezondheid verbeterd is in het afgelopen jaar    | 13% |

Gezondheidsenquête, België, 2001



## 1.2. Lichamelijke gezondheid

### 1.2.1. Chronische aandoeningen

Ziekten en langdurige aandoeningen brengen specifieke gevolgen met zich mee voor de gezondheidsbeleving, het dagelijks functioneren en het gebruik van de gezondheidszorg. Voor een gezondheidsbeleid is het dus belangrijk om de prevalentie van deze aandoeningen te kennen, om te weten welke aandoeningen het meest frequent voorkomen en om na te gaan welke impact deze aandoeningen hebben op het functioneren en op de medische consumptie, met name op de contacten met de huisarts of specialist, opname in het ziekenhuis en het geneesmiddelengebruik.

Uitgaande van een lijst van 32 ziekten of chronische aandoeningen (die aan bod komen in de gezondheidsenquête) lijdt de helft (52%) van de bevolking aan tenminste één aandoening. De prevalentie van minstens 2 aandoeningen (co-morbiditeit) bedraagt 29%. Vrouwen rapporteren vaker 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 minstens 2 aandoeningen.

Tabel 2. Aantal personen (in %) met aangegeven ziekten of chronische aandoening in de afgelopen 12 maanden, Gezondheidsenquête, België, 2001

Mannen (alle leeftijden)		Vrouwen (alle leeftijden)	
Allergie	13%	Gewrichtsslijtage	15%
Hoge bloeddruk	10%	Allergie	14%
Hardnekkige rugaandoeningen	9%	Hoge bloeddruk	13%
Gewrichtsslijtage	9%	Migraine	12%
Sinusitis	6%	Hardnekkige rugaandoeningen	10%
Migraine	5%	Gewrichtsontsteking	8%
Chronische bronchitis	5%	Sinusitis	8%
Astma	5%	Depressie	6%
Depressie	4%	Langdurige vermoeidheid	6%
Gewrichtsontsteking	4%	Chronische bronchitis	5%

De aandoeningen die het vaakst gerapporteerd worden zijn aandoeningen van het bewegingsstelsel (voornamelijk gewrichtsslijtage en hardnekkige rugklachten), hart- en vaataandoeningen (voornamelijk hoge bloeddruk) en allergie. Bij vrouwen komt ook veel migraine voor. Bij mannen van 65 jaar en ouder is prostaatlijden een bijkomende frequente aandoening. Vrouwen in deze leeftijdsgroep lijden vaak aan osteoporose. Daar waar aandoeningen van het bewegingsstelsel geen belangrijke oorzaak zijn van sterfte, blijken ze wel zeer belangrijk als oorzaak van morbiditeit.

De meeste personen met een aandoening worden daarvoor in regel opgevolgd door een arts. Enkel voor migraine gaat het om minder dan de helft van de personen die aan deze aandoening lijden. Hoge bloeddruk, diabetes, chronische bronchitis en sinusitis worden vooral door de huisarts opgevolgd. Oogaandoeningen, zoals glaucoom en cataract, worden meestal alleen door de specialist opgevolgd. Ernstig hartlijden, een maagzweer of een zweer

van de dunne darm, hersenbloeding en kanker worden zowel door de huisarts als de specialist opgevolgd.

Chronische ziekten waarvoor frequent (in meer dan 80% van de gevallen) geneesmiddelen ingenomen worden zijn astma, chronische bronchitis, hartlijden, epilepsie en hersenbloeding (en de gevolgen hiervan). Slechts voor enkele aandoeningen (langdurige vermoeidheid, galstenen of galblaasontsteking) rapporteert men in minder dan de helft van de gevallen het gebruik van geneesmiddelen.

Personen met een lagere opleiding hebben gemiddeld meer chronische aandoeningen en vertonen vaker co-morbiditeit.

Er kunnen regionale verschillen worden vastgesteld. Het gemiddeld aantal gerapporteerde ziekten of chronische aandoeningen is lager in het Vlaams Gewest dan in het Brussels Gewest en het Waals Gewest. In het Vlaams Gewest vinden we minder co-morbiditeit en de prevalentie van sommige specifieke aandoeningen, zoals diabetes en migraine, is er lager.

De prevalentie van de meeste aandoeningen is in 2001 weinig veranderd t.o.v. 1997. We noteren dat de "top 3 lijst" van aandoeningen onveranderd is gebleven. Wel observeren we een toename van de prevalentie van hoge bloeddruk, die echter samengaat met de vergrijzing van de bevolking.

### **Samenvatting van de resultaten : Chronische aandoeningen**

---

*Aantal personen (in %) dat in het afgelopen jaar last had van:*

---

- allergie	14%
- hoge bloeddruk	12%
- artrose	12%
- een rugaandoening van hardnekkige aard	10%
- migraine	9%
- één chronische aandoening	24%
- twee of meer chronische aandoeningen	29%

---

Gezondheidsenquête, België, 2001

### 1.2.2. Acute aandoeningen

Acute aandoeningen komen frequent voor en zijn een belangrijke reden voor een doktersbezoek en geneesmiddelengebruik. Deze aandoeningen geven ook vaak aanleiding tot werkverlet. Om deze redenen hebben deze aandoeningen, ook al zijn ze in de regel goedaardig en kort van duur, ook een impact op de gezondheid van de bevolking en op de gezondheidszorg. De lijst van acute aandoeningen die bevestigd worden in de gezondheidsenquête beperkt zich tot diarree, bronchitis/longontsteking en een astma-aanval.

Ongeveer 6% van de populatie rapporteert een acute diarree in de afgelopen twee weken. Voor acute bronchitis/longontsteking en astma-aanval is dit cijfer respectievelijk 4% en 2%. De incidentie van een opstoot bij personen die vermelden dat ze lijden aan chronische bronchitis of aan astma is respectievelijk 28% en 22%.

Er zijn geen uitgesproken verschillen naargelang het geslacht, de leeftijd, de woonplaats (gewest of niveau van urbanisatie) en de opleiding.

De meeste personen (64%) met een recente episode van acute bronchitis raadplegen hiervoor een huisarts. Bij een astma-aanval of acute diarree is dit veel minder het geval (respectievelijk 35% en 25% van de personen).

### Samenvatting van de resultaten : Acute aandoeningen

*Aantal personen (in %) dat in de afgelopen twee weken last had van:*

- een episode van acute diarree	6%
- een episode van acute bronchitis/longontsteking	4%
- een astma-aanval	2%

Gezondheidsenquête, België, 2001

## 1.3. Mentale gezondheid

De mentale gezondheid en het emotioneel welzijn maken integraal deel uit van de gezondheid van de bevolking en van de kwaliteit van het leven. Naast het lijden en de beperkingen die mentale problemen kunnen veroorzaken, is de sociale en economische impact van deze aandoeningen enorm. Er is relatief weinig informatie over het aantal personen dat met mentale problemen geconfronteerd wordt en over het aantal personen dat hiervoor zorgen ontvangt ingeval van nood. De Gezondheidsenquête laat toe algemene informatie te verzamelen omtrent de mentale gezondheid van de bevolking. Verschillende dimensies van mentale gezondheid werden onderzocht. De volgende tabel geeft een overzicht van de belangrijkste resultaten voor mannen en vrouwen afzonderlijk.

Op het moment van de bevraging meldt één persoon op vier (25%) een psychisch onwelbevinden. In de helft van de gevallen (13%) gaat het om aan meer ernstige mentale problemen. Meer precies heeft 9% van de bevolking depressieve klachten, 8% klaagt over somatische klachten, 6% wordt geconfronteerd met angststoornissen en 20% - één persoon op vijf - meldt slaapstoornissen. Daarnaast geeft 14% van de bevolking aan in de afgelopen twee weken psychotrope geneesmiddelen (kalmeermiddelen, slaapmiddelen, antidepressiva) ingenomen te hebben en geeft 6% van de bevolking aan in het jaar voorafgaand aan de bevraging een depressieve periode doorgemaakt te hebben.

Vrouwen vermelden vaker dan mannen mentale problemen en ze gebruiken ook vaker psychotrope geneesmiddelen. Doorgaans worden vrouwen op vroegere leeftijd met mentale problemen geconfronteerd dan mannen.

Tabel 3. Aantal personen van 15 jaar en ouder (in %) met mentale problemen en/of gebruik van psychotrope geneesmiddelen gebruikt, Gezondheidsenquête, België, 2001

	Mannen	Vrouwen
Recente problemen		
Globaal onwelbevinden*	20%	29%
Mentaal gezondheidsprobleem**	10%	16%
Somatische problemen	5%	10%
Depressieve stemmingen	7%	10%
Angststoornissen	5%	7%
Slaapstoornissen	17%	23%
Depressie periode in het afgelopen jaar	5%	8%
Recent gebruik van psychotrope geneesmiddelen	10%	17%
Slaapmiddelen	5%	11%
Kalmeermiddelen	4%	7%
Antidepressiva	4%	6%

\* GHQ-12 score opgesplitst in twee groepen, met grenswaarde [2+]

\*\* GHQ-12 score opgesplitst in twee groepen, met grenswaarde [4+]

Globaal genomen komen psycho-affectieve problemen (onwelbevinden, depressie, angst) in alle leeftijdsgroepen in gelijke mate voor, terwijl problemen met een biologische connotatie (somatische problemen, slaapstoornissen) relatief meer voorkomen in de oudere leeftijdsgroepen. Het gebruik van psychotrope geneesmiddelen neemt toe met de leeftijd. Dit is zowel het geval voor slaapmiddelen, kalmeermiddelen als voor antidepressiva.

Mentale gezondheidsproblemen komen relatief meer voor bij de minder geschoolden, alhoewel deze vaststelling minder opgaat in het Waals Gewest dan in de rest van het land. Daarentegen worden alle bevolkingsgroepen, ongeacht hun opleidingsniveau, in gelijke mate getroffen door een psychisch onwelbevinden.

Er kan geen samenhang vastgesteld worden tussen de urbanisatiegraad van de leefomgeving en het vóórkomen van mentale gezondheidsproblemen. Wel vinden we in

Brussel – in vergelijking met de andere gebieden – een hogere prevalentie van psychisch onwelbevinden en een hoger gebruik van kalmeermiddelen.

Regionale verschillen in de prevalentie van somatische klachten, angsten, depressieve klachten en slaapproblemen zijn zeer beperkt. In het Vlaams Gewest komen psychisch onwelbevinden (op het moment van de enquête), een depressieve periode in het afgelopen jaar en een recent gebruik van psychotrope geneesmiddelen echter iets minder voor dan in het Brussels en Waals Gewest.

Voor drie indicatoren van mentale gezondheid is een vergelijking mogelijk met de resultaten van 1997: de prevalentie van een psychologisch onwelbevinden, een depressieve periode in het afgelopen jaar en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen.

Alhoewel de prevalentie van depressie niet veranderde, is het globaal psychisch onwelbevinden in 2001 licht verbeterd t.o.v. 1997. We noteren tevens een hoger gebruik van psychotrope geneesmiddelen (met uitzondering van antidepressiva).

### **Samenvatting van de resultaten : Mentale gezondheid**

*Aantal personen van 15 jaar en ouder (in %):*

- met een globaal onwelbevinden*	25%
- met mentale gezondheidsproblemen**	13%
- met somatische problemen	8%
- met depressieve problemen	9%
- met angstproblemen	6%
- met slaapproblemen	20%
- dat een depressieve periode rapporteert in het afgelopen jaar	6%

*Aantal personen van 15 jaar en ouder (in %) dat in de afgelopen 2 weken gebruik maakte van:*

- psychotrope geneesmiddelen	14%
- slaapmiddelen	8%
- kalmeermiddelen	6%
- anti-depressiva	5%

\* GHQ-12 score opgesplitst in twee groepen, met grenswaarde [2+]

\*\* GHQ-12 score opgesplitst in twee groepen, met grenswaarde [4+]

Gezondheidsenquête, België, 2001

## 1.4. Beperkingen en participatieproblemen

Chronische ziekten of langdurige aandoeningen hebben grote gevolgen voor de kwaliteit van het leven. In dit hoofdstuk worden de gevolgen van aandoeningen op het lichamelijke functioneren beschreven. Hiervoor worden meerdere indicatoren gebruikt:

1. functionele beperkingen ten gevolge van langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps;
2. lichamelijke functies die nog verricht kunnen worden;
3. mogelijke beperkingen in de activiteiten van het dagelijks leven;
4. beperkingen in mobiliteit.

Daarnaast worden ook de kortdurende functiebeperkingen besproken. Het gaat om beperkingen die zich voordeden in de twee weken voor de bevraging en die zowel door lichamelijke als door mentale of emotionele problemen kunnen worden veroorzaakt.

Een eerste inzicht in de prevalentie van functionele beperkingen wordt bekomen door mensen eenvoudigweg te vragen of zij last hebben van één of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps. Net één vierde van de bevolking stelt in dit geval te zijn. Hiervan geeft 35% aan af en toe belemmerd te zijn in hun dagelijkse bezigheden, terwijl 38% voortdurend belemmerd is. Let wel: hier wordt voorlopig abstractie gemaakt van wat deze activiteiten zijn.

Een specifiek beeld kan bekomen worden door na te gaan welke lichamelijke functies nog verricht kunnen worden (lopen, boodschappen dragen, de trap gebruiken,...). Op basis van de antwoorden werd een score opgesteld: die bedraagt 100 bij totale afwezigheid van functionele beperkingen. De gemiddelde score voor de bevolking is 86.

Verder wordt gepeild naar mogelijke beperkingen in de meest elementaire activiteiten van het dagelijks leven: opstaan, zich wassen, zich aankleden,... Veertien percent van de bevolking geeft aan een of meerdere van deze activiteiten slechts met moeite te kunnen doen, terwijl 7% enkel met hulp van derden deze activiteiten kan uitvoeren.

De meer sociale dimensie van de lichamelijke beperkingen wordt onderzocht onder de noemer 'bewegingshandicap'. Om een nog beter beeld te vormen van de mate waarin de gevolgen van aandoeningen de mensen hinderen, wordt gevraagd of hun gezondheidsproblemen hen verplichten thuis of in bed blijven. Van de bevolking van 15 jaar en ouder is 3% beperkt in zijn verplaatsing tot de eigen woning (huis en tuin), 2% is genoodzaakt steeds in de zetel zitten en 1% is zelfs voortdurend bedlegerig.

Tenslotte wordt ook nagegaan of en in welke mate mensen recent (dit is: in de afgelopen twee weken) getroffen werden door lichamelijke of mentale problemen die hun – weliswaar tijdelijk – hinderen in hun gebruikelijke activiteiten. Net één tiende van de bevolking (van 1 jaar of ouder) bevindt zich in die situatie, 9% omwille van lichamelijke problemen en 2% omwille van mentale of emotionele problemen.

In de regel zijn de gevolgen van aandoeningen op het lichamelijk functioneren meer uitgesproken bij vrouwen dan bij mannen. Zo hebben vrouwen een lagere gemiddelde score (83) voor wat de functionele beperkingen betreft, terwijl de mannen een hogere – dus betere – score laten optekenen (90).

Tabel 4. Gevolgen van aandoeningen op het lichamelijk functioneren, volgens geslacht, Gezondheidsenquête, België, 2001

	Mannen	Vrouwen
<b>Langdurige beperkingen</b>		
Last van langdurige ziekten of handicaps	25%	25%
Score voor lichamelijk functioneren *	90	83
Beperkingen		
matige beperkingen	18%	24%
ernstige beperkingen	13%	15%
	5%	9%
Handicap in mobiliteit		
matige handicap	4%	8%
ernstige handicap	2%	5%
	2%	3%
<b>Kortdurende beperkingen</b>		
Vanwege lichamelijke problemen	7%	9%
Vanwege mentale problemen	1%	2%

\* SF36 score tussen 0 en 100; 100 = geen enkele functiebeperking

Niet onverwacht kan vastgesteld worden dat leeftijd een sleutelvariabele is, zowel voor wat betreft de prevalentie van functionele beperkingen als voor de kortdurende functiebeperkingen omwille van lichamelijke problemen: hoe ouder, hoe meer beperkingen.

De mate waarin men gehinderd wordt door langdurige functiebeperkingen is hoger naarmate het opleidingsniveau daalt: personen behorend tot de lager opleidingsniveaus geven relatief meer dan anderen aan last te hebben van één of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps, geven relatief meer aan belemmerd te zijn in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten, enz.

Er zijn in het algemeen geen uitgesproken aanwijzingen voor substantiële verschillen in de indicatoren in verband met langdurige en kortdurende beperkingen tussen 1997 en 2001.

### **Samenvatting van de resultaten : Beperkingen en participatieproblemen**

*Aantal personen (in %):*

– met gevolgen van langdurige ziekten of handicaps	25%
– dat getroffen is door beperkingen in het dagelijks leven	21%
– dat getroffen is door een handicap in mobiliteit	6%
– met kortdurende beperkingen omwille van lichamelijke problemen	8%
– met kortdurende beperkingen omwille van mentale problemen	2%
Gemiddelde score voor lichamelijk functioneren *	86

\* SF36 score tussen 0 en 100; 100 = geen enkele functiebeperking  
Gezondheidsenquête, België, 2001

## **2. Leefstijl**

Leefgewoonten hebben een verregaande invloed op de levensverwachting en de levenskwaliteit. In de Gezondheidsenquête komen vier aspecten van leefgewoonten aan bod die een belangrijke impact hebben op de gezondheid: lichaamsbeweging, voedingsgewoonte en de consumptie van alcohol en tabak. Verder wordt kort stilgestaan bij het gebruik van cannabis, ecstasy en amfetamines. Tot slot wordt een overzicht gegeven van het gebruik van voorbehoedsmiddelen en de bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen.

De meeste onderdelen die hier besproken worden, komen aan bod in de schriftelijke vragenlijst, die enkel bestemd is voor personen van 15 jaar en ouder. Enkel omtrent de lichaamsbeweging en voedingsgewoonten worden ook de jongeren bevraagd.

Andere aspecten die te maken hebben met leefstijl en in de enquête bevraagd worden hebben betrekking op verkeersveiligheid en sociale contacten. Deze worden besproken in het hoofdstuk “Gezondheid en samenleving”.

### **2.1. Lichaamsbeweging**

Verschillende studies hebben aangetoond dat lichaamsbeweging een belangrijke positieve invloed heeft op de gezondheid. Aan de hand van de gegevens van gezondheidsenquête belichten we lichaamsbeweging vanuit twee invalshoeken: enerzijds de mate waarin aan lichaamsbeweging gedaan wordt, anderzijds het risico dat men loopt door een tekort aan lichaamsbeweging. In beide gevallen maken we een onderscheid tussen lichaamsbeweging die zich enkel situeert in de vrije tijd, en lichaamsbeweging in het algemeen.

#### **2.1.1. In welke mate doen wij aan lichaamsbeweging?**

Zeventien percent van de bevolking (van 15 jaar en ouder) doet tijdens de vrije tijd minstens 4 uur per week aan intensieve lichaamsbeweging en 33% doet minstens eens per week een lichamelijke inspanning die voldoende zwaar is om ervan te transpireren. Mannen doen beduidend meer aan lichaamsbeweging dan vrouwen.

Naarmate men ouder wordt, doet men minder aan lichaamsbeweging tijdens de vrije tijd. Bij vrouwen zijn het vooral de jongeren die aan intensieve lichaamsbeweging doen. Wanneer we zowel rekening houden met de activiteiten tijdens de vrije tijd als tijdens de beroepsuitoefening en de gewone dagelijkse bezigheden, vinden we een stijgend gemiddeld energieverbruik tot aan de leeftijdsgroep van 35-44 jaar en daarna een daling.

Voor wat betreft de lichaamsbeweging tijdens de vrije tijd, observeren we een duidelijke socio-economische gradiënt: het percentage personen dat aan lichaamsbeweging doet, stijgt met het opleidingsniveau. Als we ook rekening houden met andere activiteiten (beroepsactiviteiten, dagelijkse bezigheden, ...) toont de gradiënt de neiging om zich om te keren: het gemiddeld energieverbruik daalt met de opleiding. Dit blijkt zich vooral voor te doen in het Vlaams Gewest, heel wat minder in Waals gewest en helemaal niet in het Brussels Gewest.



In Brussel (en in de grote steden van het Vlaams Gewest) wordt minder aan lichaamsbeweging gedaan dan in semi-stedelijke en landelijke gebieden. Ook het gemiddeld energieverbruik vermindert heel duidelijk in functie van de urbanisatiegraad: het hoogste gemiddeld energiegebruik wordt vastgesteld in de landelijke gebieden, het laagste in het Brussels Gewest.

De verschillen in functie van de urbanisatiegraad weerspiegelen zich in de regionale verschillen. In het Vlaams Gewest doet de bevolking tijdens de vrije tijd meer aan lichaamsbeweging dan in het Waals Gewest. Dit verschil wordt niet geobserveerd voor de intensieve lichaamsbeweging. Wanneer we ook de lichaamsbeweging voor andere activiteiten in rekening brengen is het energieverbruik gelijk in de beide gewesten.

In 2001 werd tijdens de vrije tijd ongeveer evenveel aan lichaamsbeweging gedaan als in 1997. Toch stellen we een lichte stijging vast bij oudere personen (mannen 65-74 jaar en vrouwen 55-74 jaar) in het Waals Gewest.

Tenslotte blijkt dat in het Brussels Gewest alle indicatoren i.v.m. lichaamsbeweging minder goed zijn bij personen met een niet-Europese nationaliteit dan bij Belgen en niet-Belgen met een Europese nationaliteit.

### **2.1.2. Risico als gevolg van een tekort aan lichaamsbeweging**

Indien alle situaties in aanmerking worden genomen waarbij aan lichaamsbeweging gedaan wordt (tijdens de vrije tijd, op weg naar het werk, op het werk,...), loopt 54% van de bevolking in België risico omwille van een tekort aan lichaamsbeweging. Indien we enkel rekening houden met de lichaamsbeweging tijdens de vrije tijd, loopt 32% van de bevolking (van 15 jaar of ouder) een risico.

Bij vrouwen is het risico van een tekort aan lichaamsbeweging hoger dan bij mannen.

Het percentage personen dat een risico loopt omwille van een tekort aan lichaamsbeweging neemt toe met de leeftijd, meer specifiek vanaf de leeftijd van 44 jaar indien men rekening houdt met het geheel van activiteiten, of vanaf de leeftijd van 64 jaar indien men enkel rekening houdt met de lichaamsbeweging tijdens de vrije tijd.

Het percentage personen dat een risico loopt omwille van een tekort aan lichaamsbeweging is doorgaans hoger in de lagere opleidingsklassen. De verschillen zijn meer uitgesproken in het Vlaams Gewest, minder duidelijk in het Waals gewest en nagenoeg onbestaand in het Brussels Gewest.

Het tekort aan lichaamsbeweging neemt in het algemeen toe naarmate de urbanisatiegraad stijgt en is het hoogst in het Brussels Gewest (38%), gevolgd door het Waals Gewest (35%) en het Vlaams Gewest (29%).

In het Brussels Gewest lopen personen met een niet-Europese nationaliteit meer risico door een tekort aan lichaamsbeweging dan Belgen en niet-Belgen met een Europese nationaliteit.

Het percentage personen dat een risico loopt omwille van een tekort aan lichaamsbeweging vertoont in 2001 geen verschil t.o.v. 1997. Toch is dit percentage flink gedaald bij oudere personen (mannen in de leeftijdsgroep 55-74 jaar en vrouwen in de leeftijdsgroep 65-74 jaar) in het Waals Gewest.

### **Samenvatting van de resultaten : Lichaamsbeweging**

---

*Aantal personen (in %) dat:*

---

- |   |     |
|---|-----|
| - minstens 4 uur per week aan intensieve lichaamsbeweging doet  | 17% |
| - minstens eens per week een lichamelijke inspanning doet die voldoende zwaar is om ervan te transpireren           | 33% |
| - een risico loopt omwille van een tekort aan lichaamsbeweging (op basis van de activiteiten tijdens de vrije tijd) | 32% |
| - een risico loopt omwille van een tekort aan lichaamsbeweging (op basis van alle activiteiten)                     | 46% |
- 

Gezondheidsenquête, België, 2001

## **2.2. Voeding**

Voedingsgewoonten hebben een belangrijke invloed op de gezondheid. Eetstoornissen kunnen leiden tot zwaarlijvigheid of tot anorexia, maar ook tot een te hoog cholesterolgehalte, hart- en vaatziekten, osteoporose, diabetes, bepaalde vormen van kanker, enz. De elementen van de voeding waarmee rekening gehouden moet worden, zijn talrijk. Zowel de kwantiteit, de kwaliteit, de diversiteit, de voedselsamenstelling als de manier waarop we eten, hebben hun weerslag op de gezondheid. Dit gaat duidelijk verder dan het kader van een algemene gezondheidsenquête, waarin we ons beperken tot enkele globale aspecten van de voedingsgewoonten (zoals het voedingspatroon), de gevolgen ervan en de bekommernis die mensen hebben om hun gewicht.

### **2.2.1. Voedingsgewoonten**

Iets meer dan driekwart van de bevolking (78%) houdt er een regelmatig voedingspatroon op na, d.w.z. gebruikt met een vaste regelmaat een ontbijt, een middagmaal en een avondmaal. Voor zij die daar niet in slagen is het vooral het ontbijt dat verwaarloosd wordt: 19% geeft aan slechts (zeer) onregelmatig een ontbijt te nuttigen. Vooral bij de jonge actieve bevolking (25-34 jaar) schort er danig wat aan het maaltijdpatroon: net geen derde ervan geeft aan onregelmatig te ontbijten.

Eén derde van de bevolking geeft aan in de afgelopen twee jaar het gebruik van vetrijke voedingsmiddelen te hebben beperkt of door minder vetrijke producten te hebben vervangen. Vooral jongeren (tot 25 jaar) geven aan – voor wat het gebruik van vette voedingsmiddelen betreft – niets aan hun eetpatroon te hebben veranderd. De wens te vermageren en angst voor de gevolgen zijn de twee belangrijkste motieven om het vetgebruik te beperken.

In totaal heeft 23% van de bevolking in de afgelopen twee jaar de consumptie van vezels verhoogd. Zevenenzeventig percent heeft dit dus niet gedaan. Dit geldt met name voor de jongste en voor de oudste leeftijdsgroepen en dit zowel bij vrouwen als mannen. De hoop dat dit gunstige gevolgen heeft voor de gezondheid is veruit de voornaamste reden waarom mensen opteren voor een meer vezelrijk dieet, naast de idee dat een dergelijk dieet past binnen een vermageringsdieet.

### 2.2.2. Gevolgen van de voeding: zwaarlijvigheid en ondergewicht

De berekening van de body mass index (BMI, de verhouding tussen het gewicht en de lengte van een persoon) laat toe een beeld te krijgen van de mate waarin zwaarlijvigheid en extreem ondergewicht voorkomt.

Een BMI tussen 20 en 25 staat voor een normaal gewicht. De gemiddelde waarde van de BMI voor volwassenen (personen van 18 jaar of ouder) is 24,9; juist onder de benedengrens voor overgewicht. Zesenvestig percent van de volwassen bevolking behoort tot de BMI-klasse '[20 – 25]' en kan beschouwd worden als de bevolking met een 'normaal' gewicht. Niet minder dan 44 % valt in een hogere BMI-klasse en mag bestempeld worden als personen met een te hoog gewicht. Hierin kunnen we twee klassen onderscheiden: 33% van de volwassen bevolking valt in de categorie 'overgewicht', terwijl 12% zwaarlijvig is.

Het probleem van zwaarlijvigheid neemt sterk toe naarmate het opleidingsniveau daalt. Het aantal mensen met overgewicht en zwaarlijvigheid is in 2001 van dezelfde grootteorde als in 1997.

Aan de andere kant van het spectrum kan worden vastgesteld dat 8% van de volwassen bevolking te mager is (BMI [18-20]) en 2% extreem mager (BMI < 18). Ook hier vinden we geen verschillen in vergelijking met 1997.

Tabel 5. Aantal personen (in %) met een overgewicht en zwaarlijvigheid (personen van 18 jaar en ouder), Gezondheidsenquête, België, 2001

Leeftijdscategorie	Overgewicht (BMI [25 – 30])	Zwaarlijvigheid (BMI 30 +)	Totaal % gewicht te hoog (BMI [25 +])
18-24 jaar	14%	3%	17%
25-34 jaar	27%	6%	33%
35-44 jaar	31%	9%	40%
45-54 jaar	36%	14%	50%
55-64 jaar	40%	18%	58%
65-74 jaar	46%	17%	63%
75 jaar en ouder	32%	15%	47%
Totaal	33%	12%	45%

### 2.2.3. Bekommernis om het gewicht

Eén derde van de bevolking maakt zich geen zorgen over het eigen gewicht (los van de vraag of dit gewicht al dan niet problematisch is), 24% wenst te vermageren terwijl 40% aangeeft het huidige gewicht te willen behouden. De wens om iets aan het gewicht te doen is sterker aanwezig bij vrouwen dan bij mannen.

Mensen die wensen hun gewicht te behouden of te vermageren, grijpen in eerste instantie naar een dieet, een kwart van hen probeert iets aan hun gewicht te doen door te sporten. Vasten vormt de derde meest populaire methode om te vermageren/het gewicht te behouden. Een kleine 10% van de volwassen bevolking die wenst te vermageren gebruikt daarvoor vermageringsproducten. Belangrijk is dat 6% denkt dit te kunnen verwezenlijken door te (blijven) roken. De meeste personen die actief proberen te vermageren of hun gewicht te behouden hebben daarvoor zelf het initiatief genomen.

### Samenvatting van de resultaten : Voeding

---

*Aantal personen (in %):*

---

- dat er een regelmatig voedingspatroon op nahoudt	78%
- dat slechts (zeer) onregelmatig een ontbijt nuttigt	19%
- dat in de afgelopen 2 jaar de consumptie van vet heeft verminderd	33%
- dat in de afgelopen 2 jaar de consumptie van vezels heeft verhoogd	23%
- met een te hoog gewicht (BMI [25+)	45%
- met overgewicht (BMI [25 – 30])	33%
- met zwaarlijvigheid (BMI 30+)	12%
- met ondergewicht (BMI < 20)	9%
- dat wenst te vermageren	24%

---

Gezondheidsenquête, België, 2001

## 2.3. Gebruik van alcohol

Het gebruik van alcoholische dranken maakt deel uit van de leefstijl van heel wat mensen in onze samenleving. Matig alcoholgebruik is niet schadelijk voor de gezondheid, integendeel. Gezondheidsproblemen i.v.m. het gebruik van alcohol ontstaan echter wanneer de aanvaardbare hoeveelheid wordt overschreden. Het overmatig gebruik van alcohol in een korte tijdsspanne kan gepaard gaan met geweld, verkeersongevallen, absenteïsme, sociale problemen... Een overmatig alcoholgebruik kan ook uitmonden in zowel fysieke als psychische gezondheidsproblemen (levercirrose, mentale problemen,...). Het is tevens een belangrijke oorzaak van overgewicht.

Behalve naar het gebruik van alcohol wordt in de gezondheidsenquête ook gepeild naar problematisch alcoholgebruik, d.w.z. het bestaan van een mogelijke alcoholverslaving.

De resultaten van de Gezondheidsenquête 2001 tonen aan dat 81% van de bevolking van 15 jaar en ouder in het afgelopen jaar minstens één alcoholische drank gebruikte.

Waar slechts 12% van de mannen als geheelonthouder kan worden beschouwd, loopt dit percentage op tot 26% bij de vrouwen.

Tien procent van de bevolking consumeert dagelijks alcohol en 20% drinkt minstens eenmaal per maand 6 glazen (of meer) alcohol op een zelfde dag. Zeven procent van de personen die minstens één alcoholische drank gebruikten in het afgelopen jaar, vertoont een problematisch alcoholgebruik.

Het gebruik van alcohol is vooral populair tijdens de weekends: daar waar 'slechts' 29% van de bevolking aangeeft gewoonlijk alcohol te gebruiken tijdens de weekdagen, stijgt dit tot 57% in het weekend.

Globaal genomen is het gebruik van alcohol meer populair bij mannen dan bij vrouwen. Drieëndertig procent van de mannen geeft aan in de afgelopen maand minstens eenmaal 6 glazen alcohol op een zelfde dag geconsumeerd te hebben. Bij vrouwen is dit slechts 8%. Een problematisch alcoholgebruik, d.w.z. het bestaan van een mogelijke alcoholverslaving, wordt genoteerd bij 8% van de mannen en 3% van de vrouwen.

Bij jongeren (15 – 24 jaar) is het gebruik van alcohol reeds stevig ingeburgerd: 81% van de jongeren geeft aan in het afgelopen jaar minstens één alcoholische drank geconsumeerd te hebben. Belangrijk is dat reeds 4% van de jongeren een problematisch alcoholgebruiker is. Verder blijkt dat 22% van de jongeren minstens eenmaal per maand 6 glazen alcohol drinkt op een zelfde dag en dat 1% van de jongeren dagelijks alcohol gebruikt.

Er is slechts in beperkte mate sprake van een samenhang tussen het gebruik van alcohol en het opleidingsniveau: er kan enkel worden vastgesteld dat het percentage geheelonthouders daalt naarmate het opleidingsniveau stijgt. Noch voor wat betreft de proportie dagelijks alcoholgebruikers, noch voor wat betreft de overconsumptie van alcohol kan een samenhang met het opleidingsniveau worden vastgesteld.

Alhoewel er met betrekking tot de verschillende indicatoren i.v.m. alcoholconsumptie soms regionale verschillen kunnen vastgesteld worden, zijn deze niet eenduidig. Zo is het percentage gebruikers van alcohol tijdens de week hoger in het Brussels Gewest (34%) dan in het Vlaams Gewest (28%) en het Waals Gewest (29%), terwijl het percentage gebruikers van alcohol tijdens het weekend hoger is in het Vlaams Gewest (59%) dan in het Brussels Gewest (48%) en het Waals Gewest (54%). Het percentage problematische alcoholgebruikers ligt in het Vlaams Gewest (4%) dan weer gevoelig lager dan in het Brussels (7%) en Waals Gewest (8%).

### **Samenvatting van de resultaten : Alcoholgebruik**

*Aantal personen van 15 jaar en ouder (in %) dat:*

– geheelonthouder is	19%
– gewoonlijk alcohol drinkt tijdens de week	29%
– gewoonlijk alcohol drinkt tijdens het weekend	57%
– minstens eenmaal per maand 6 glazen drinkt op een zelfde dag	20%
– dagelijks drinkt	9%
– problematisch alcoholgebruiker is	6%

Gezondheidsenquête, België, 2001

## 2.4. Tabaksgebruik

Van alle risicofactoren voor de gezondheid is roken ongetwijfeld één van de belangrijkste, zowel in termen van morbiditeit als mortaliteit. Ook al is het globaal aantal rokers in vergelijking met 30 jaar geleden afgenomen, toch maakt roken nog steeds deel uit van het dagelijks leven van heel wat personen. Hoewel de nefaste effecten van roken reeds lang gekend zijn, blijft tabak – ondanks de vooruitgang van de geneeskunde – een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van verschillende ziekten (longkanker, ischemische hartziekten, chronische luchtwegaandoeningen, emfyseem,...) en blijft het de belangrijkste oorzaak van vermijdbare sterfte. Geschat wordt dat roken momenteel verantwoordelijk is voor circa 20% van de sterfgevallen in België als gevolg van ziekte. Het is bijgevolg duidelijk dat een daling van het tabaksgebruik één van de prioriteiten moet zijn in de volksgezondheid.

De resultaten van de gezondheidsenquête hebben betrekking op personen van 15 jaar en ouder.

In België telt men 28% rokers. Tien percent rookt 20 sigaretten of meer per dag (zware roker). Deze cijfers gelden voor alle drie de gewesten van het land. Mannen roken meer (34%) dan vrouwen (24%). Ook het percentage personen dat ooit gerookt heeft is hoger bij mannen (68%) dan bij vrouwen (51%). Mannen starten vroeger met roken (gemiddeld op 17 jaar) dan vrouwen (gemiddeld op 18 jaar). Vijfentwintig percent van de huidige rokers, zowel mannen als vrouwen, rookte reeds vóór de leeftijd van 15 jaar.

Op dit moment is in België één jongere (tussen 15 en 24 jaar) op drie (33%) roker en heeft één jongere op twee (51%) ooit gerookt. Zestien percent van de jonge rokers rookt minstens 20 sigaretten per dag. In het Waals Gewest is het rookgedrag bij jongeren het meest alarmerend: 40% van de jongeren tussen 15 en 24 jaar is er roker (waarvan 20% dagelijks minstens 20 sigaretten per dag rookt) en 63% heeft er ooit gerookt. Deze percentages zijn in vergelijking met 1997 toegenomen.

Negenenvijftig percent van de bevolking heeft ooit gerookt. Dit percentage is hoger in het Brussels (63%) en Waals Gewest (64%) dan in het Vlaams Gewest (57%). Van alle personen die ooit rookten is op dit moment 48% gestopt, heeft 34% vruchteloos geprobeerd te stoppen en heeft 18% nooit een poging ondernomen om te stoppen. Hoe hoger de leeftijd en hoe hoger het opleidingsniveau, hoe hoger de kans op slagen om te stoppen met roken.

Negenenvijftig percent van de rokers rookt in vergelijking met twee jaar geleden meer of evenveel, wat wijst op een bestendiging van hun rookgedrag. Dit percentage is kleiner in het Brussels Gewest (52%).

Leeftijd is een belangrijke determinant van alle indicatoren i.v.m. tabaksgebruik: het percentage rokers en zware rokers daalt in de oudere leeftijdsgroepen (65 jaar en ouder). Opmerkelijk is dat de indicatoren i.v.m. tabaksgebruik over de globale lijn slechter zijn voor personen die behoren tot de lagere opleidingsgroepen.

In vergelijking met 1997 is het percentage rokers nog steeds even hoog. Het percentage personen dat ooit gerookt heeft is zelfs hoger, maar dit geldt ook voor het aantal personen dat er in slaagde om te stoppen met roken. Dit wijst op het bestaan van “tijdelijke” rokers,

personen die het roken weliswaar uitproberen, maar er naderhand mee stoppen. Veel jongeren tussen 15 en 24 jaar lijken tot deze groep te behoren.

Tabel 6. Evolutie van het rookgedrag tussen 1997 en 2001, Gezondheidsenquête, België, 1997

	1997	2001
<b>Rokers</b>		
Mannen		
Alle leeftijden	37%	34%
15-24 jarigen	38%	36%
Vrouwen		
Alle leeftijden	23%	24%
15-24 jarigen	26%	30%
<b>Zware rokers (&gt; 20 sigaretten/dag)</b>		
Mannen		
Alle leeftijden	13%	12%
15-24 jarigen	11%	5%
Vrouwen		
Alle leeftijden	8%	7%
15-24 jarigen	4%	5%

Ook wanneer we de evolutie van het rookgedrag beschouwen in functie van het geslacht, noteren we geen significante verschillen tussen 1997 en 2001. Toch suggereren de cijfers eerder een afname van het rookgedrag bij mannen en een lichte toename van het roken bij (vooral jonge) vrouwen. Het Brussels Gewest lijkt aan deze evolutie te ontsnappen: het rookgedrag bij vrouwen daalt er met 6%. Deze vermindering is meest uitgesproken bij jonge vrouwen van 15 tot 24 jaar (-19%) en 25 tot 34 jaar (-12%). Deze cijfers worden bevestigd door de belangrijke toename in Brussel van het aantal jonge vrouwen dat gestopt is met roken: 32% meer bij jonge vrouwen tussen 15 en 24 jaar en 21% meer bij jonge vrouwen tussen 25 en 34 jaar.

### Samenvatting van de resultaten : Tabaksgebruik

*Aantal personen (in %) dat:*

- huidige roker is	28%
- dagelijks meer rookt dan 20 sigaretten per dag (zware roker is)	10%
- ooit gerookt heeft	59%
- meer rookt of evenveel rookt in vergelijking met twee jaar geleden	59%
- gestopt is met roken*	48%

\* t.o.v. alle personen die ooit rookten  
Gezondheidsenquête, België, 2001

## 2.5. Gebruik van illegale drugs

In de schriftelijke vragenlijst van de gezondheidsenquête van 2001 werd het gebruik bevraagd van enerzijds cannabis en anderzijds ecstasy, speed of amfetamines. De resultaten hebben betrekking op de bevolking van 15 jaar en ouder.

Ongeveer 9% van de bevolking geeft aan ooit cannabis te hebben gebruikt en iets minder dan 2% heeft ooit ecstasy, speed of amfetamines uitprobeerd. Ongeveer 2% gebruikte cannabis in de afgelopen maand.

Mannen (11%) rapporteren vaker dat ze ooit cannabis gebruikten dan vrouwen (7%) en ook het gebruik van cannabis in de afgelopen maand ligt er hoger (3,1% tegenover 1,4%). Het percentage personen dat ooit ecstasy, speed of amfetamines gebruikte is niet verschillend bij mannen en vrouwen.

Zowel het gebruik van cannabis als ecstasy, speed of amfetamines daalt gevoelig naarmate de leeftijd toeneemt. Van de 15-24 jarigen gebruikte 21% ooit cannabis en 4% ooit ecstasy, speed of amfetamines. Acht procent gebruikte cannabis in de afgelopen maand.

Tabel 7. Gebruik van cannabis, ecstasy, speed of amfetamines bij jongeren, Gezondheidsenquête, België, 2001

	15-24 jarigen	25-34 jarigen
Gebruikte ooit cannabis	21%	18%
Gebruikte cannabis in de afgelopen maand	8%	4%
Gebruikte ooit ecstasy, speed of amfetamines	4%	4%

Personen met een hogere opleiding geven vaker aan dat ze ooit cannabis gebruikten. Recent cannabisgebruik varieert niet in functie van het opleidingsniveau. Hetzelfde geldt voor het percentage personen dat ooit gebruikt maakte van ecstasy, speed of amfetamines.

Het gebruik van cannabis en ecstasy, speed of amfetamines hangt sterk samen met de urbanisatiegraad, met de laagste percentages bij personen die wonen in landelijke gebieden en de hoogste bij personen woonachtig in Brussel. Dit weerspiegelt zich ook in de regionale verschillen: in het Brussels Gewest liggen de percentages hoger dan in het Vlaams en Waals Gewest.

### Samenvatting van de resultaten : Gebruik van illegale drugs

*Aantal personen van 15 jaar en ouder (in %) dat:*

- ooit cannabis gebruikte	9%
- cannabis gebruikte in de afgelopen maand	2%
- ooit ecstasy, speed of amfetamines gebruikte	2%
- ecstasy, speed of amfetamines gebruikte in de afgelopen maand	0,3%

Gezondheidsenquête, België, 2001



## 2.6. Gezondheid en seksualiteit

Het gebruik van voorbehoedsmiddelen wordt tegenwoordig beschouwd als een fundamenteel gegeven op het vlak van volksgezondheid. Het gebruik ervan laat mensen toe een onbekommerd seksueel leven te leiden en draagt bij tot het individueel welzijn. De mogelijkheid tot familieplanning is des te belangrijker voor de jongeren voor wie een zwangerschap vaak ongewenst is. Daarnaast is de preventie van seksueel overdraagbare ziekten (SOA), in de eerste plaats via het gebruik van een condoom, meer dan ooit aan de orde van de dag.

### 2.6.1. Gebruik van voorbehoedsmiddelen

Vijfenzeventig percent van de vrouwen van 15 tot 49 jaar die seksueel actief zijn, gebruikt een voorbehoedsmiddel. Het gebruik ervan is zeer wijd verspreid bij jonge seksueel actieve meisjes van 15 tot 19 jaar (95%), behalve in het Brussels Gewest, waar het slechts om ongeveer 85% gaat.

Het gebruik van een voorbehoedsmiddel lijkt te stijgen naargelang het opleidingsniveau stijgt.

Het gebruik van een voorbehoedsmiddel is in 2001, vergeleken met 1997, onveranderd gebleven. Dit wijst erop dat de seksueel actieve bevolking zich in het algemeen efficiënt en continu beschermt tegen ongewenste zwangerschappen.

De 'pil' is zonder meer het meest gebruikte voorbehoedsmiddel in België: 62% van de vrouwen die een voorbehoedsmiddel gebruiken, kiest voor de 'pil'. Sterilisatie is de tweede meest toegepaste methode in het Vlaams Gewest (20%), terwijl in het Brussels en het Waals Gewest het spiraaltje de tweede plaats inneemt, met respectievelijk 16% en 13%.

Twee percent van de vrouwen gebruikt een methode om een zwangerschap te voorkomen die als nauwelijks betrouwbaar kan worden bestempeld (coïtus interruptus, periodieke onthouding, ...). Jongeren (15-24 jaar) hebben een voorkeur voor het gebruik van de 'pil' en in tweede instantie voor mechanische contraceptiva (condoom of spiraaltje). Zowel de toepassing van sterilisatie als het gebruik van het spiraaltje stijgen met de leeftijd.

Het gebruik van het spiraaltje en van mechanische contraceptiva worden relatief meer toegepast door vrouwen met een hoger opleidingsniveau. Er zijn tevens opmerkelijke verschillen in de keuze van een voorbehoedsmiddel tussen vrouwen met een Belgische nationaliteit en niet-Belgische vrouwen van buiten Europa.

Er zijn geen noemenswaardige verschillen tussen 1997 en 2001, behalve dan misschien dat het gebruik van mechanische contraceptiva (condoom, pessarium) in 2001 licht is toegenomen.

### **2.6.2. Bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's)**

De bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen – waaronder HIV – lijkt nog onvoldoende te zijn. Dertien percent van de seksueel actieve bevolking gebruikt een middel om zich tegen SOA's te beschermen. Dit percentage ligt iets hoger in het Brussels Gewest (17%) dan in de andere gewesten. Het gebruik ervan is tevens iets meer populair in stedelijke dan in semi-stedelijke of landelijke gebieden.

Mannen geven meer dan vrouwen aan dat ze een middel ter bescherming tegen SOA gebruiken. Hetzelfde gaat op voor de jongeren: het gaat om 66% van de jongeren tussen de 15 en 19 jaar (zelfs 80% in het Waals Gewest) en 40% van de personen tussen 20 en 24 jaar. Hierbij mag niet vergeten worden dat – zoals andere enquêtes hebben aangetoond – het vooral jongeren zijn die wisselen van partner.

Bij de jongeren van 15-19 jaar geeft 11% aan in het afgelopen jaar seksuele relaties te hebben gehad zonder dat ze een methode gebruikten om zich te beschermen tegen SOA. Dit percentage is hoger in het Vlaams Gewest (13%) dan in het Brussels (9%) en Waals Gewest (7%).

Van de seksueel actieve jongeren van 20-24 jaar gebruikt ongeveer de helft geen methode om zich te beschermen tegen SOA. Dit wil niet noodzakelijk zeggen dat ze een risico lopen op SOA; velen onder hen hebben wellicht reeds een vaste partner.

#### **Samenvatting van de resultaten : Gezondheid en seksualiteit**

---

- Aantal seksueel actieve vrouwen tussen 15 en 49 jaar (in %) dat een voorbehoedsmiddel gebruikt	75%
- Aantal vrouwen (in %) dat op orale anticonceptiva staat (t.o.v. het totaal aantal seksueel actieve vrouwen dat een voorbehoedsmiddel gebruikt)	62%
- Aantal seksueel actieve personen (in %) dat een middel gebruikt om zich tegen seksueel overdraagbare aandoeningen te beschermen	13%

---

### 3. Preventie

Dit hoofdstuk handelt over preventieve activiteiten die georganiseerd worden vanuit de gezondheidsdiensten, met name:

1. vaccinaties;
2. vroegtijdige opsporing van cardiovasculaire risicofactoren;
3. vroegtijdige opsporing van diabetes;
4. vroegtijdige opsporing van borstkanker;
5. vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker.

De onderwerpen die hier aan bod komen, werden gekozen in functie van het belang of de frequentie van de ziekte en de haalbaarheid van preventie. De doelgroep en de periode waarop de vragen betrekking hangen uiteraard samen met de specifieke soort preventie waar het om gaat.

De efficiëntie van vaccinaties is al ruimschoots bewezen. Aangezien informatie over de vaccinatiegraad bij zuigelingen via andere gegevensbronnen beschikbaar is, hebben we het in de gezondheidsenquête enkel over vaccinaties voor volwassenen en kinderen, en beperken we ons tot vaccinatie tegen tetanus, griep en hepatitis B.

Een doeltreffend gezondheidsbeleid kan niet voorbijgaan aan de preventie van cardiovasculaire ziekten. Deze vertegenwoordigen in de westerse wereld de belangrijkste doodsoorzaak en brengen ook belangrijke functiebeperkingen en invaliditeit teweeg. Een te hoge bloeddruk en een te hoog cholesterolgehalte zijn belangrijke cardiovasculaire risicofactoren. In de gezondheidsenquête wordt nagegaan in welke mate deze risicofactoren vroegtijdig worden opgespoord.

Ook diabetes vormt een ernstig probleem in de volksgezondheid, dat in de komende jaren enkel zal toenemen. Vroegtijdige opsporing van diabetes kan belangrijke complicaties, zoals hart- en vaatlijden, nierlijden, aantasting van de ogen, enz. voorkomen. Belangrijk daarbij is om de diagnose van diabetes zo vroeg mogelijk te stellen. In de gezondheidsenquête wordt gepeild naar de mate waarin diabetes vroegtijdig wordt opgespoord via een controle van de suikerspiegel in het bloed.

Tot slot hebben we het in dit hoofdstuk ook over screening van borstkanker en baarmoederkanker bij vrouwen. Het nut van een vroegtijdige opsporing van deze twee soorten kanker is overduidelijk bewezen en verschillende preventiecampagnes werden hieromtrent reeds georganiseerd.

#### 3.1. Vaccinatie

In de Gezondheidsenquête 2001 wordt informatie verzameld over vaccinaties tegen tetanus, griep en hepatitis B. De resultaten zijn gebaseerd op verklaringen van de ondervraagde personen en zijn dus subjectief. Het is mogelijk dat sommige personen vergeten zijn dat ze gevaccineerd werden, zodat de vaccinatiegraad misschien onderschat wordt.

De helft van de bevolking heeft een vaccinatiekaart. Vooral jongeren hebben een vaccinatiekaart: het gaat om 89% van de personen in de leeftijdsgroep 0-14 jaar. Personen

met een hogere opleiding en met een Belgische nationaliteit hebben vaker een vaccinatiekaart en in het Waals Gewest is dit percentage hoger dan in het Vlaams Gewest.

Tabel 8. Vaccinatiegraad voor tetanus-, hepatitis B- en griepvaccinatie\*: overzicht per gewest, Gezondheidsenquête, België, 2001

<b>Vlaams Gewest</b>	
Gevaccineerd tegen tetanus in afgelopen 10 jaar	63%
Gevaccineerd tegen hepatitis B in afgelopen 10 jaar	26%
Gevaccineerd tegen griep in afgelopen vaccinatieseizoen	45%
<b>Brussels Gewest</b>	
Gevaccineerd tegen tetanus in afgelopen 10 jaar	73%
Gevaccineerd tegen hepatitis B in afgelopen 10 jaar	29%
Gevaccineerd tegen griep in afgelopen vaccinatieseizoen	42%
<b>Waals Gewest</b>	
Gevaccineerd tegen tetanus in afgelopen 10 jaar	78%
Gevaccineerd tegen hepatitis B in afgelopen 10 jaar	22%
Gevaccineerd tegen griep in afgelopen vaccinatieseizoen	36%

\* Vaccinatiegraad voor de risicogroep: personen van 65 jaar en ouder en/of specifieke pathologie

### 3.1.1. Vaccinatie tegen tetanus

In België blijkt 68% van de personen in de afgelopen 10 jaar gevaccineerd te zijn tegen tetanus. Mannen zijn vaker gevaccineerd tegen tetanus dan vrouwen en jongeren vaker dan ouderen. De vaccinatiegraad is hoger in het Waals Gewest dan in het Vlaams Gewest en is niet veranderd in vergelijking met 1997.

### 3.1.2. Vaccinatie tegen hepatitis B

Vijfentwintig percent van bevolking is gevaccineerd tegen hepatitis B. De vaccinatiegraad bedraagt 54 % bij personen jonger dan 15 jaar, 34% in de leeftijdsgroep 15-24 jaar, en daalt verder met de leeftijd. Deze percentages zijn veelbelovend, vooral omdat het vaccinatieprogramma pas enkele jaren geleden werd opgestart. In de nabije toekomst kan dan ook een belangrijke daling van het aantal gevallen van hepatitis B verwacht worden.

Personen met een hogere opleiding en personen met een Belgische nationaliteit zijn vaker tegen hepatitis B gevaccineerd. De vaccinatiegraad is doorgaans ook hoger in stedelijke dan in landelijke gebieden.

Meestal nemen personen zelf het initiatief om zich te laten vaccineren tegen hepatitis B, maar vaak gebeurt de vaccinatie ook via de werkgever, en dit vooral in het Vlaams Gewest. Ook de huisarts speelt een belangrijke rol en dit in alle drie de gewesten van het land. In het Vlaams Gewest dient ook de rol van Kind en Gezin, de kinderopvangcentra en de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) beklemtoond te worden.

### 3.1.3. Vaccinatie tegen griep

Twintig percent van de personen van 15 jaar en ouder geeft aan dat ze in het afgelopen jaar gevaccineerd werden tegen griep. De vaccinatiegraad stijgt weliswaar met de leeftijd, maar de stijging is vooral opmerkelijk vanaf de leeftijdsgroepen 55-64 jaar. Toch blijft de vaccinatie bij oudere personen onvoldoende: 52% in de leeftijdsgroep 64-75 jaar en 65% bij de 75-plussers. Mogelijk beschouwen veel artsen een hoge leeftijd (los van de aanwezigheid van chronische aandoeningen) nog niet als een risicofactor. De vaccinatiegraad is iets kleiner in het Waals Gewest dan in de twee andere gewesten.

Van de risicopersonen (65-plussers en/of personen lijdend aan een welbepaalde aandoening) blijkt 42% tijdens het afgelopen vaccinatie seizoen te zijn gevaccineerd tegen de griep. Dit percentage bedroeg in 1997 slechts 31%. De toename is meer uitgesproken in het Vlaams Gewest dan in het Brussels en Waals gewest.

### Samenvatting van de resultaten : Vaccinatie

*Aantal personen (in %) dat:*

– over een vaccinatiekaart beschikt	50%
– in de afgelopen 10 jaar gevaccineerd werd tegen tetanus	68%
– in de afgelopen 10 jaar gevaccineerd werd tegen hepatitis B	25%
– in het afgelopen jaar gevaccineerd werd tegen de griep	20%

Aantal risicopersonen* (in %) dat gevaccineerd werd tegen griep in afgelopen vaccinatie seizoen	42%
---	-----

\* Risicopersonen: 65-plussers en/of personen lijdend aan een welbepaalde aandoening  
Gezondheidsenquête, België, 2001

## 3.2. Cardiovasculaire preventie

### 3.2.1. Hoge bloeddruk

In België geeft 92% van de bevolking van 15 jaar en ouder aan dat hun bloeddruk in de afgelopen vijf jaar gecontroleerd werd. Een controle van de bloeddruk in het afgelopen jaar wordt gerapporteerd door 77% van de bevolking en komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen. In 2001 geven iets meer personen aan dat hun bloeddruk recent gecontroleerd werd dan in 1997. Er kunnen omtrent de controle van de bloeddruk geen noemenswaardige verschillen tussen de gewesten van het land vastgesteld worden.

Van de personen, van 15 jaar en ouder, die aangeven een controle van de bloeddruk gehad te hebben, stelt 28% dat ze er ervan op de hoogte werden gesteld dat de bloeddruk te hoog was. Dit percentage loopt op tot 50% bij de personen van 75 jaar of ouder. Hierbij wordt een uitgesproken socio-economische gradiënt vastgesteld: een te hoge bloeddruk wordt relatief meer teruggevonden bij lager geschoolde personen. Het percentage personen dat aangeeft tijdens een controle van de bloeddruk de melding gekregen te hebben dat de

bloeddruk te hoog was, is tussen 1997 en 2001 stabiel gebleven. Evenmin worden hier regionale verschillen teruggevonden.

### 3.2.2. Cholesterolgehalte in het bloed

In België geeft 63% van de bevolking van 15 jaar en ouder aan dat ze in de afgelopen vijf jaar een controle van het cholesterolgehalte in het bloed ondergaan heeft. Drieënveertig percent geeft aan dat zo'n controle in het afgelopen jaar gebeurde. Naarmate de leeftijd toeneemt, stijgt het percentage personen met een controle van het cholesterolgehalte in de afgelopen vijf jaar aanzienlijk: van 46% in de leeftijdsgroep 25-34 jaar tot 90% in de leeftijdsgroep 65-74 jaar. In Brussel stellen we vast dat bij de allochtone, niet Europese bevolking, de cijfers met betrekking tot de controle van het cholesterolgehalte relatief laag liggen.

Daar waar voor wat betreft het opsporen van een hoge bloeddruk geen toename genoteerd werd in 2001 t.o.v. 1997, is dit wel het geval voor de controle van het cholesterolgehalte. Het percentage personen dat in de afgelopen vijf jaar een controle van het cholesterolgehalte in het bloed onderging, steeg inderdaad van 56% in 1997 tot 63% in 2001.

Zesendertig percent van de bevolking (van 15 jaar en ouder) waarbij dit gecontroleerd werd kreeg te horen dat het cholesterolgehalte in hun bloed te hoog was. Dit percentage is hoger bij mannen (39% met een maximum van 52% in de leeftijdsgroep 55-64 jaar) dan bij vrouwen (33% met een maximum van 56% in de leeftijdsgroep 65-74 jaar). Regionale verschillen worden hier niet vastgesteld. De resultaten van 1997 (34%) en 2001 (36%) liggen dicht bijeen, maar toch kan een lichte stijging vastgesteld worden.

Achtenvijftig percent van de personen bij wie een verhoogd cholesterolgehalte werd vastgesteld geeft aan daarvoor op aanraden van een arts een behandeling te volgen. Het gaat hierbij voornamelijk om maatregelen op het vlak van dieet en leefstijl. Dertig percent van deze personen geeft tevens aan cholesterolverlagende geneesmiddelen te gebruiken.

### Samenvatting van de resultaten : Cardiovasculaire preventie

---

*Aantal personen (in %):*

---

- waarvan de bloeddruk gecontroleerd werd in de afgelopen 5 jaar	92%
- waarbij een verhoogde bloeddrukwaarde werd gesignaleerd in de afgelopen 5 jaar*	28%
- waarvan het cholesterolgehalte in het bloed gecontroleerd werd in de afgelopen 5 jaar	63%
- waarbij een verhoogde cholesterolwaarde in bloed werd gesignaleerd in de afgelopen 5 jaar*	36%
- dat in de afgelopen 5 jaar behandeld werd voor een te hoog cholesterolgehalte in het bloed**	58%

---

\* op het totaal van de personen bij wie dit gecontroleerd werd

\*\* op het totaal van de personen bij wie een verhoogde cholesterolwaarde werd vastgesteld

Gezondheidsenquête, België, 2001

### 3.3. Vroegtijdige opsporing van diabetes

Zevenenveertig percent van de bevolking geeft aan dat bij hen in de afgelopen twee jaar een controle van het suikergehalte in het bloed gebeurd is.

Dit percentage stijgt met de leeftijd tot 60% bij de 55-64-jarigen en is ook vrij hoog bij vrouwen van 25 tot 34 jaar (dit wellicht als gevolg van de opsporing van zwangerschapsdiabetes).

De mate waarin de bevolking aangeeft dat het suikergehalte in het bloed gecontroleerd werd, varieert in functie van de urbanisatiegraad: dit cijfer ligt hoger voor de inwoners van de stad en lager in de rurale gebieden in het Vlaams Gewest. Verder stellen we vast dat in het Waals en het Brussels Gewest meer mensen aangeven dat hun suikergehalte in het bloed gecontroleerd werd dan in het Vlaams Gewest.

Van de mensen van 15 jaar en ouder bij wie een controle op van het suikergehalte in het bloed gebeurd, geeft 13% aan ervan op de hoogte te zijn gesteld dat hun suikerspiegel te hoog was. Dit percentage blijft stabiel rond de 7% in de laagste leeftijdsgroepen, neemt vervolgens toe vanaf 55 jaar en is 27% bij personen van 75 jaar en ouder. Men stelt bovendien een hoger percentage vast bij vrouwen van 25 tot 34 jaar (wat wellicht samenhangt met zwangerschapsdiabetes).

De prevalentie van diabetes is ongeveer 4% in de westelijke landen; de waarde van 13% van de personen die hier verklaren ingelicht te zijn over het feit dat hun suikerspiegel te hoog was, is dus hoger dan verwacht.

Er kan in België een duidelijke samenhang vastgesteld worden tussen het opleidingsniveau en het feit ervan op de hoogte te zijn gebracht dat de suikerspiegel te hoog was. Dit cijfer varieert bovendien volgens de regio: 11% in het Vlaams Gewest, 14% in het Brussels Gewest en 17% in het Waals Gewest.

Op basis van de Gezondheidsenquête kunnen indicaties worden gevonden voor regionale verschillen voor wat de vroegtijdige opsporing van diabetes betreft (lagere cijfers voor het Vlaams Gewest) én voor het aantal mensen dat bij controle te horen krijgt dat het suikergehalte in het bloed te hoog is (eveneens minder in het Vlaams Gewest).

#### Samenvatting van de resultaten : Vroegtijdige opsporing van diabetes

*Aantal personen (in %):*

- waarvan de suikerspiegel in het bloed in de afgelopen 2 jaar bepaald werd	47%
- waarbij een verhoogd suikergehalte in het bloed werd vastgesteld*	13%

\* op het totaal van de personen bij wie dit in de afgelopen 2 jaar gecontroleerd werd  
Gezondheidsenquête, België, 2001

## **3.4. Vroegtijdige opsporing van borstkanker**

Borstkanker is de meest frequente kanker bij vrouwen. Studies hebben aangetoond dat een georganiseerde vroegtijdige opsporing van borstkanker de mortaliteit bij vrouwen tussen de 50 en 69 jaar met 30% tot 35% kan terugdringen. In België werd zo'n programma opgestart in 2001. De gezondheidsenquête, waarbij informatie verzameld wordt over een relatief grote steekproef die representatief is voor de ganse bevolking, biedt de mogelijkheid om de evolutie na te gaan van het aantal vrouwen dat aan vroegtijdige opsporing van borstkanker doet en laat ook toe om de resultaten te vergelijken tussen de verschillende bevolkingsgroepen.

### **3.4.1. Zelfonderzoek van de borsten**

Zevenendertig percent van de vrouwen van 15 jaar en ouder heeft in de afgelopen maand hun borsten onderzocht. Dit percentage neemt toe met de leeftijd. In de leeftijdsgroep 50-59 jaar gaat het om ongeveer de helft van de vrouwen. Vrouwen met een hogere opleiding onderzoeken hun borsten frequenter. Er zijn ook regionale verschillen: in het Vlaams Gewest heeft 39% van de vrouwen in de afgelopen maand de borsten onderzocht, in het Waals Gewest gaat het om 34% en in het Brussels Gewest om 30% van de vrouwen. Het percentage vrouwen dat regelmatig de borsten onderzoekt blijkt te zijn toegenomen van 29% in 1997 tot 37% in 2001.

### **3.4.2. Klinisch onderzoek van de borsten**

Veertig percent van de vrouwen van 15 jaar en ouder onderging in het afgelopen jaar een klinisch onderzoek van de borsten. Vanaf de leeftijd van 30 jaar laat reeds de helft van de vrouwen jaarlijks de borsten onderzoeken. Er bestaat een zeer duidelijke socio-economische gradiënt: vrouwen met een hogere opleiding rapporteren veel vaker een klinisch borstonderzoek in het afgelopen jaar. In het Brussels Gewest hebben vrouwen veel vaker een klinisch onderzoek van de borsten laten uitvoeren in het afgelopen jaar dan in de andere twee regio's. Het percentage vrouwen dat de borsten liet onderzoeken is tussen 1997 en 2001 gevoelig gedaald (van 53% in 1997 naar 40% in 2001).

### **3.4.3. Mammografie**

Dertig percent van de vrouwen van 15 jaar en ouder geeft aan dat ze in de afgelopen twee jaar een mammografie lieten uitvoeren. In de doelgroep tussen 50 en 69 jaar bedraagt dit percentage 57%. In de leeftijdsgroep 60 tot 69 jaar rapporteren echter gevoelig minder vrouwen een mammografie in de afgelopen 3 jaar dan in de leeftijdsgroep 50 tot 59 jaar.

Het percentage vrouwen dat mammografisch gescreend werd voor borstkanker bedraagt 40% in de leeftijdsgroep tussen 40 en 49 jaar. Voor deze leeftijdsgroep is het niet steeds duidelijk welke houding moet aangenomen worden, ook al omdat hierover in de uitgebreide literatuur geen overeenstemming bestaat. Toch dient opgemerkt te worden dat vroegtijdige opsporing van borstkanker bij vrouwen tussen de 40 en 49 jaar ingaat tegen de officiële Belgische en Europese richtlijnen.



Tabel 9. Aantal vrouwen (in %) dat een mammografie liet uitvoeren in de afgelopen twee jaar: overzicht per gewest voor de doelgroep (50-69 jarigen) en de 40-49 jarigen, per gewest, Gezondheidsenquête, België, 2001

	40-49 jarigen	50-69 jarigen
Vlaams Gewest	35%	53%
Brussels Gewest	49%	72%
Waals Gewest	48%	59%

In de doelgroep (50-69 jaar) blijken vrouwen die lager opgeleid zijn minder vaak aan vroegtijdige opsporing van borstkanker te doen dan de hoger opgeleiden. Deze ongelijkheden zijn meer uitgesproken in het Brussels en Waals Gewest.

Het percentage vrouwen tussen de 50 en 69 jaar dat in de afgelopen twee jaar een mammografie liet uitvoeren verschilt sterk naargelang de regio: 72% in het Brussels Gewest, 59% in het Waals Gewest en 53% in het Vlaams Gewest. Opmerkelijk is het laag percentage (53%) in het Vlaams Gewest en dit ondanks de inspanningen die in het verleden reeds geleverd werden om vroegtijdige opsporingsprogramma's voor borstkanker op te starten.

Het percentage vrouwen (tussen 50 en 69 jaar) dat aangeeft in de afgelopen 2 twee jaar een mammografie te hebben laten uitvoeren is gestegen van 49% in 1997 tot 57% in 2001. Het verschil is meer uitgesproken in het Brussels Gewest (58% in 1997 en 72% in 2001) dan in de andere twee gewesten.

In het Vlaams Gewest geeft 57% van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar aan dat ze in de afgelopen 2 jaar een uitnodiging ontvingen om een mammografie uit te voeren in het kader van een vroegtijdige kankeropsporing. Drieëndertig percent hiervan heeft als gevolg van deze uitnodiging inderdaad een mammografie laten uitvoeren. In het Brussels en Waals Gewest gaat het om respectievelijk 15 en 20% van de vrouwen, met een vrij hoge participatiegraad van 50 tot 60%.

### **Samenvatting van de resultaten : Vroegtijdige opsporing van borstkanker**

*Aantal vrouwen (in %) dat:*

- een zelfonderzoek van de borsten verrichte in de afgelopen maand	37%
- een klinisch onderzoek van de borsten liet uitvoeren in het afgelopen jaar	40%
- een mammografie van de borsten liet uitvoeren in de afgelopen twee jaar	30%
- een mammografie van de borsten liet uitvoeren in de afgelopen twee jaar (binnen de doelgroep: vrouwen tussen 50 en 69 jaar)	57%

Gezondheidsenquête, België, 2001

### **3.5. Vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker**

Baarmoederhalskanker staat op de vijfde plaats van de kankers bij de vrouw. Het baarmoederhalsuitstrijkje is een doeltreffende test voor de vroegtijdige opsporing ervan. De doelgroep voor deze opsporing bestaat uit vrouwen tussen de 25 en 64 jaar en de voorgestelde frequentie is één test om de 3 jaar.

In België heeft 70% van de vrouwen tussen de 25 en 64 jaar in de afgelopen drie jaar een uitstrijkje laten uitvoeren.

Het percentage vrouwen (leeftijdsgroep 25-64 jaar) dat een uitstrijkje liet uitvoeren is gelijk in het Vlaams Gewest en het Brussels Gewest (72%) en lager (65%) in het Waals Gewest. De vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker richt zich goed tot de eigenlijke doelgroep (25-64 jaar), behalve in het Vlaams Gewest waar het percentage vrouwen dat in de afgelopen drie jaar een uitstrijkje liet uitvoeren daalt vanaf de leeftijd van 55 jaar.

Het percentage vrouwen dat een uitstrijkje liet uitvoeren verloopt volgens een socio-economische gradiënt, met duidelijke lagere cijfers bij de lager opgeleide vrouwen. Dit percentage lijkt ook minder goed in de landelijke gebieden.

In het Brussels Gewest is het percentage vrouwen met een uitstrijkje in de afgelopen drie jaar lager bij niet-Belgische vrouwen met een nationaliteit van buiten Europa.

Globaal genomen zien we geen evolutie tussen 1997 en 2001, behalve in Brussel waar het percentage vrouwen met een uitstrijkje in de afgelopen 3 jaar toenam van 64% naar 72%. Het verschil situeert zich vooral bij vrouwen tussen de 55 en 64 jaar, waarbij we in 2001 een toename zien van 15% t.o.v. 1997.

De belangrijkste redenen om een uitstrijkje te laten afnemen zijn de volgende: opvolging van een vroeger onderzoek, routineonderzoek en abnormaliteit vastgesteld door de vrouw zelf of door een arts. In het Vlaams Gewest is een uitnodigingsbrief in 10% van de gevallen de reden voor het afnemen van een uitstrijkje.

In het andere geval worden de volgende redenen opgenoemd om geen uitstrijkje te laten uitvoeren: onaangenaam onderzoek, tijdsgebrek, er van uitgaan niet tot de doelgroep te behoren of baarmoederhals reeds verwijderd. In het Brussels en Waals gewest wordt ook vermeld dat het onderzoek te duur is en niet door de arts werd voorgesteld.

De belangrijkste reden om geen uitstrijkje te laten uitvoeren is dus de aard van het onderzoek, een reden te meer om het belang van een goed onthaal van de vrouw en de noodzaak van een goede dialoog tussen de arts en de patiënte te benadrukken.

Slechts 16% van de vrouwen tussen 25 en 64 jaar heeft een uitnodiging ontvangen voor het nemen van een uitstrijkje: 23% in het Vlaams Gewest, 7% in het Brussels Gewest en 4% in het Waals Gewest. Het percentage vrouwen dat een uitnodigingsbrief ontving is het Vlaams Gewest in 2001 gedaald t.o.v. 1997 (34%).

In het Vlaams Gewest heeft 37% van de vrouwen die een uitnodigingsbrief ontvingen ook effectief een uitstrijkje laten afnemen. Indien dit niet het geval was, was dit omwille van de volgende redenen (in dalende orde van frequentie): had reeds recent een uitstrijkje laten afnemen, onaangenaam onderzoek, baarmoederhals verwijderd, tijdsgebrek, vindt dat dit onderzoek niet nodig is.

---

**Samenvatting van de resultaten : Vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker**

---

*Aantal vrouwen (in %) dat in de afgelopen drie jaar:*

- 
- |   |     |
|---|-----|
| - een baarmoederhalsuitstrijkje liet uitvoeren                  | 70% |
| - een uitnodiging ontving om een uitstrijkje te laten uitvoeren | 16% |
- 

Gezondheidsenquête, België, 2001

## **4. Medische Consumptie**

Het gebruik van gezondheidszorgen staat hoog op de politieke agenda. Dit hoeft niet te verbazen, als men ziet welke aanzienlijke budgetten onze gezondheidszorg opslorpt. De voortdurende vooruitgang van de medische technieken (medische beeldvorming, lasertoepassingen,...) leidt tot ernstige investeringen. Het gebruik ervan evalueren en anticiperen op de wenselijkheid van deze technieken, is dan ook meer dan noodzakelijk.

Om te komen tot een kwalitatieve zorgverlening en een doeltreffende organisatie van de gezondheidszorg dienen de overheid, maar ook de zorgverstrekkers en de andere actoren op het terrein te beschikken over adequate informatie over de medische consumptie.

De gezondheidsenquête is een belangrijke aanvullende gegevensbron aan de bestaande registratiesystemen en heeft enkele belangrijke voordelen. Om te beginnen laat de enquête toe informatie te verzamelen over het gebruik van medische zorgen waarover via andere bronnen geen informatie beschikbaar is. Verder kan op basis van een gezondheidsenquête inzicht verworven worden in de samenhang tussen het gebruik van verschillende gezondheidsdiensten en kan het verband nagegaan worden tussen de medische consumptie en de gezondheid en socio-demografische kenmerken van de patiënt. Aan de hand van een gezondheidsenquête kan bovendien informatie ingewonnen worden over diegenen die geen beroep doen op medische zorgen. Als men weet wie sommige gezondheidszorgen gebruikt, en wie niet, en waarom, krijgen de beleidsvoerders twee nieuw invalshoeken. Enerzijds helpt dit soort gegevens bij het beter oriënteren van promotiecampagnes rond gezondheidsthema's. Anderzijds kan men op basis hiervan maatregelen nemen die het fenomeen van de medische over- of/en onderconsumptie tegengaan.

In het hoofdstuk over medische consumptie wordt gepeild naar ambulante contacten met zorgverstrekkers (de huisarts, de specialist, de tandarts), maar wordt ook informatie verzameld over contacten met de spoedgevallendienst en paramedische zorgverstrekkers. Verder wordt ingegaan op het gebruik van geneesmiddelen, patiëntentevredenheid en het gebruik van niet conventionele behandelingswijzen.

### **4.1. Contacten met zorgverstrekkers**

#### **4.1.1 Contacten met de huisarts**

De huisarts speelt een sleutelrol in onze gezondheidszorg. De grote meerderheid van de bevolking in België (94%) geeft aan over een vaste huisarts te beschikken. De drempel om de huisarts te contacteren is laag: 81% van de bevolking heeft in een periode van één jaar minstens één contact met de huisarts. Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar per persoon in de bevolking bedraagt 6,5. Via de huisarts kan dus een aanzienlijk percentage van de bevolking bereikt worden.

Er zijn in België geen belangrijke barrières voor het gebruik van huisartsgeneeskundige zorg. Lager opgeleiden contacteren zelfs vaker en meer de huisarts dan de hoger opgeleiden, een verschil dat deels kan uitgelegd worden doordat lager opgeleiden in regel een slechtere gezondheidstoestand hebben. De plaats van de huisarts is duidelijk minder belangrijk in het Brussels Gewest dan in het Vlaams of Waals Gewest. Dit is niet louter een 'stedelijk fenomeen' want uit de gezondheidsenquête blijkt dat de inwoners van Brussel beduidend minder vaak naar de huisarts toestappen dan de inwoners van de andere grote

Belgische steden. In het Brussels Gewest rapporteren niet-Belgen van buiten de EU veel minder vaak een contact met de huisarts in het afgelopen jaar (59%) dan de Belgen (71%).

Zestien percent van de bevolking geeft aan dat zijn/haar vaste huisarts in een duo-praktijk werkt, in 6% van de gevallen is dit in een groepspraktijk. In het Brussels Gewest bedraagt dit laatste percentage 11%.

Routinecontroles, algemene onderzoeken en preventieve consultaties maken 37% uit van de contacten met de huisarts. Dit percentage neemt toe met de leeftijd, maar varieert weinig in functie van de andere socio-demografische kenmerken van de patiënt. Jongeren en personen van middelbare leeftijd raadplegen de huisarts het vaakst voor problemen van het ademhalingsstelsel en problemen van het bewegingsapparaat. In het Brussels Gewest maken psychische problemen een belangrijk deel uit van de redenen waarom jonge vrouwen en vrouwen van middelbare leeftijd de huisarts raadplegen. Bij 65-plussers vormen problemen van hart- en bloedvaten de belangrijkste reden om naar de huisarts toe te stappen.

Het aandeel van de huisbezoeken neemt sterk toe vanaf de leeftijd van 65 jaar. In het Waals Gewest blijkt het percentage huisbezoeken toe te nemen naarmate het opleidingsniveau daalt en vinden we – merkwaardig genoeg – een groter percentage huisbezoeken in de stad dan op het platteland.

In 20% van de huisartscontacten gaat het initiatief van het contact uit van de huisarts zelf. Ook hier blijkt de leeftijd, naast opleiding, de belangrijkste determinant te zijn. Hoe lager de opleiding van de patiënt, hoe meer de huisarts zelf het initiatief neemt voor een volgend contact.

In 1 op de 10 contacten verwijst de huisarts de patiënt door naar een andere hulpverlener voor een behandeling, een advies of een bijkomend onderzoek.

Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts is in 2001 licht gestegen t.o.v. 1997 maar deze toename is conform met de geleidelijke veroudering van de bevolking. Het meest opvallende verschil met 1997 is de belangrijke daling van het percentage huisbezoeken in het Waals Gewest: van 46% in 1997 naar 35% in 2001.

### **Samenvatting van de resultaten : Contacten met een huisarts**

<i>Aantal personen (in %) :</i>	
– met een vaste huisarts	94%
– dat het afgelopen jaar een huisarts geconsulteerd heeft	81%
Gemiddeld aantal contacten met een huisarts per jaar	6,5
Aantal contacten met de huisarts (in %) waarbij verwezen wordt naar een andere hulpverlener	10%

Gezondheidsenquête, België, 2001

#### **4.1.2. Ambulante contacten met de specialist**

De helft van de bevolking rapporteert een contact met de specialist in het afgelopen jaar. Vrouwen doen dit vaker dan mannen. Het gemiddeld aantal ambulante contacten met de specialist per jaar bedraagt 3,2. Personen die wonen in de stad rapporteren meer contacten met de specialist dan diegenen die wonen op het platteland. Hoewel de verschillen beperkt zijn, blijkt dat bij gelijke noden hoger opgeleiden makkelijker de stap naar de specialist zetten dan de lager opgeleiden. Deze trend is veel duidelijker in het Waals Gewest dan in de twee andere gewesten. Allochtonen vinden minder vlug de weg naar de specialist. Hoewel de kans om de specialist te contacteren bij laag opgeleiden en allochtonen lager is, geldt dit niet voor het aantal contacten met de specialist. Allochtonen en laaggeschoolden hebben dus gemiddeld ongeveer evenveel ambulante contacten met de specialist als Belgen en hooggeschoolden.

Opmerkelijk is dat voor de kleine groep personen zonder opleiding de reden voor het contact met de specialist veel vaker een ongeval is en dat er in deze groep veel minder opvolgcontacten genoteerd worden.

Het gemiddeld aantal contacten met de specialist is in 2001 relatief meer gestegen t.o.v. 1997 dan het gemiddeld aantal contacten met de huisarts. In 1997 noteerden we 2,4 contacten met de huisarts per contact met de specialist; in 2001 daalde dit cijfer tot 2. In het Brussels Gewest noteren we zelfs evenveel ambulante contacten met de specialist als contacten met de huisarts. De stijging van het aantal contacten met de specialist is meer uitgesproken in het Brussels en Waals Gewest dan in het Vlaams Gewest en geldt voor contacten met alle soorten specialisten, behalve de chirurgische disciplines, waar eerder een daling van het aantal contacten wordt vastgesteld.

De kinderarts en de oogarts kunnen in de praktijk beschouwd worden als eerstelijnsartsen. Negen op de tien patiënten contacteert hen rechtstreeks, zonder verwijzing door de huisarts. Ook de grote meerderheid van de contacten met de dermatoloog en de gynaecoloog verloopt niet via de huisarts. Specialisten in inwendige en heelkundige disciplines zien relatief meer patiënten op verwijzing van de huisarts, maar toch is ook bijna de helft van hun nieuwe patiëntencontacten niet verwezen door een huisarts.

Zeven op de 10 contacten met de specialist zijn opvolgcontacten (of routinecontroles). Vooral bij gynaecologen, (neuro-)psychiaters en internisten is het aandeel van de opvolgcontacten hoog.

#### **Samenvatting van de resultaten : Ambulante contacten met een specialist**

---

- Aantal personen (in %) dat in het afgelopen jaar een specialist geconsulteerd heeft	50%
- Gemiddeld aantal contacten met een specialist per jaar	3,2

---

### 4.1.3. Contacten met de dienst spoedgevallen

De organisatie van een dienst spoedopname is een dure aangelegenheid. Net omwille van de hoge kostprijs is het belangrijk dat deze faciliteit op een adequate manier gebruik wordt. Het probleem van het oneigenlijk gebruik van spoeddiensten is lang niet eenvoudig, ook al omdat er geen welomschreven definitie bestaat van het onaangepast of oneigenlijk gebruik van spoeddiensten. Toch kan op basis van een aantal indicatoren ingeschat worden in hoeverre een dienst spoedopname rationeel gebruikt wordt, dit is voor dringende medische hulpverlening en niet als eerstelijnsvoorziening voor niet dringende problemen die ook via andere hulpverleners kunnen opgelost worden.

In de gezondheidsenquête hebben we het over ambulante contacten met de dienst spoedgevallen, dus niet over ziekenhuisopnames die via de spoedgevallendienst verlopen.

Twaalf percent van de bevolking rapporteert een contact met de dienst spoedgevallen in het afgelopen jaar. Voor 36% is dit al langer dan een jaar geleden. Tweeënvijftig percent heeft nog nooit een dienst spoedgevallen geraadpleegd. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen. Jonge volwassen mannen en oudere vrouwen zijn de groepen die het vaakst een contact met een spoedgevallendienst rapporteren. We noteren hier geen verschillen in functie van het opleidingsniveau.

Zeven percent van de contacten met de dienst spoedgevallen wordt gesitueerd bij mensen die het afgelopen jaar geen enkel contact hadden met de huisarts. Meer dan de helft (57%) van de contacten is het gevolg van een ongeval of kwetsuur. In 41% van de contacten ligt een ziekte of klacht aan de basis van het contact. In totaal gebeurt 73% van de contacten zonder verwijzing door een arts. Iets meer dan de helft (56%) van de contacten met de dienst spoedgevallen gebeurt in de week, overdag. De overige contacten vinden plaats in het weekend of tijdens de nacht.

De belangrijkste reden om een spoedgevallendienst te contacteren, eerder dan een huisarts of specialist, is de vlotte bereikbaarheid van de spoedgevallendienst (die 24 op 24 uur open is) en de mogelijkheid om alle onderzoeken (bloedonderzoek, foto's, enz) onmiddellijk uit te voeren.

Vrouwen contacteren een spoedgevallendienst relatief minder omwille van een ongeval en doen dit ook minder vaak op eigen initiatief.

Uit de enquête blijkt dat er een belangrijk verschil bestaat tussen het Brussels Gewest en de andere gewesten. In het Brussels Gewest rapporteert een groter aantal personen (15%) een contact met de spoedgevallendienst dan in de andere 2 gewesten (11%). Ook het percentage contacten op eigen initiatief (dus zonder verwijzing door een arts) ligt in Brussels Gewest hoger (88%) dan in de andere twee gewesten (75% in het Vlaams Gewest, 63% in het Waals Gewest). Deze verschillen hebben echter vooral te maken met het stedelijk karakter van het Brussels Gewest, want in andere grote steden zijn de percentages vergelijkbaar.

Toch vallen in het Brussels Gewest twee zaken op die wel degelijk verschillen met wat we vinden in de andere grote steden: een veel groter aantal contacten (22%) met de spoedgevallendienst betreft een persoon die nooit of zelden een huisarts contacteert en in veel meer (25%) gevallen blijken financiële redenen ("Er hoeft niet onmiddellijk betaald te worden") óók een belangrijke rol te spelen om eerder naar de spoeddienst te gaan dan naar de huisarts of de specialist.

### **Samenvatting van de resultaten : Contacten met een dienst spoedgevallen**

Aantal personen (in %) dat in het afgelopen jaar een contact had met een dienst spoedgevallen	12%
<i>Aantal contacten (in % van het totaal) met een dienst spoedgevallen</i>	
- zonder verwijzing door een arts	73%
- in de week of overdag	56%

Gezondheidsenquête, België, 2001

#### **4.1.4. Contacten met de tandarts**

De tandheelkundige verzorging neemt een eigen plaats in de gezondheidszorg. Het gaat om een technische zorg die niet kan vervangen worden door geneesmiddelen of zelfzorg. De rol van de tandarts in een moderne gezondheidszorg is dus essentieel.

Behalve over het gebruik van tandheelkundige verzorging wordt in de gezondheidsenquête ook informatie verzameld over de aanwezigheid van een eigen gebit. Daaruit blijkt dat 83% van de bevolking over een eigen gebit beschikt. Dit percentage daalt in functie van de leeftijd tot 45% bij 75-plussers. Hoe lager het opleidingsniveau, hoe groter het percentage personen zonder eigen gebit. Het percentage personen met een eigen gebit is in 2001 gedaald t.o.v. 1997.

Ongeveer de helft van de bevolking (49%) rapporteert een contact met de tandarts in het afgelopen jaar. Toch is 8% nog nooit naar de tandarts geweest. Bij lagere schoolkinderen (6-12 jaar) gaat het zelfs om 15%. Gemiddeld gaat een inwoner van België 2,1 keer per jaar naar de tandarts. In 45% van de contacten wordt een conserverende behandeling uitgevoerd en in 7% een extractie.

De kans dat iemand het afgelopen jaar een contact had met de tandarts neemt sterk toe naarmate het opleidingsniveau stijgt. Het gemiddeld aantal contacten met de tandarts per jaar varieert echter niet in functie van de opleiding.

In het Vlaams Gewest geven iets meer mensen aan in het afgelopen jaar naar de tandarts te zijn geweest dan in het Brussels en Waals Gewest.

Er zijn geen belangrijke verschillen in het gebruik van tandheelkundige verzorging tussen 1997 en 2001.



## Samenvatting van de resultaten : Contacten met de tandarts

*Aantal personen (in %) :*

– dat in het afgelopen jaar een tandarts raadpleegde	49%
– in de afgelopen twee maanden een tandarts consulteerde voor een preventief onderzoek	8%
Gemiddeld aantal contacten met een tandarts per jaar	2,1

Gezondheidsenquête, België, 2001

### 4.1.5. Contacten met paramedische zorgverstrekkers

In de gezondheidsenquête wordt gevraagd naar contacten met zes soorten paramedische hulpverleners: de thuisverpleegkundige, de kinesitherapeut, de diëtist, de logopedist, de ergotherapeut en de psycholoog.

De paramedische hulpverlener die het meest gecontacteerd wordt is de kinesitherapeut: 13% van de bevolking rapporteert minstens één contact met een kinesitherapeut in het afgelopen jaar. Zes percent van de bevolking heeft het afgelopen jaar een beroep gedaan op een thuisverpleegkundige. Op 1000 personen rapporteren er 23 een contact met een psycholoog, 16 een contact met een diëtist, 16 een contact met de logopedist en 4 een contact met een ergotherapeut in het afgelopen jaar.

De bevolkingsgroepen die een beroep doen op de vermelde paramedische hulpverleners situeren zich vaak binnen welbepaalde leeftijdsgroepen. Thuisverpleegkundige zorg wordt vooral verleend aan bejaarden: bij 75-plussers gaat het om 31% van de bevolking. De psycholoog en de diëtiste worden vooral gecontacteerd door jonge vrouwen. De zorgverlening van logopedisten situeert zich meestal bij kinderen en adolescenten. Het gebruik van de diensten van ergotherapeuten verschilt niet of nauwelijks in functie van leeftijd of geslacht.

Er worden geen belangrijke socio-economische barrières vastgesteld voor het contact met de vermelde hulpverleners. Integendeel, personen uit lagere opleidingscategorieën maken meer gebruik van thuisverpleegkundige zorg dan hoger opgeleiden. Dit verschil wordt gedeeltelijk - maar niet volledig - verklaard door dat lager opgeleiden vaker ook in een slechtere gezondheidstoestand verkeren.

Enkele regionale verschillen worden genoteerd. In het Brussels Gewest maken minder mensen gebruik van thuisverpleegkundige zorg. In het Vlaams Gewest zijn er minder contacten met ergotherapeuten en stappen beduidend minder vrouwen naar de psycholoog toe dan in Wallonië en Brussel.

In vergelijking met 1997 is het aantal personen dat het afgelopen jaar een contact had met een kinesitherapeut zeer licht gedaald. De daling situeert zich uitsluitend in het Vlaams Gewest (van 16% in 1997 naar 13% in 2001). In gans België wordt een sterke stijging genoteerd van het aantal personen dat gebruik maakt van thuisverpleging.

Voor 75-plussers steeg dit percentage spectaculair van 14% in 1997 naar 23% in 2001 bij mannen en van 19% in 1997 naar 36% in 2001 bij vrouwen.

## **Samenvatting van de resultaten : Contacten met paramedische zorgverstrekkers**

---

---

*Aantal personen (in %) dat in het afgelopen jaar een contact had met:*

---

- een kinesitherapeut	13%
- een thuisverpleegkundige	6%
- een psycholoog	2%

---

Gezondheidsenquête, België, 2001

## **4.2. Opname in het ziekenhuis**

Ziekenhuizen vormen een essentieel onderdeel van ons gezondheidssysteem. De ziekenhuissector neemt een belangrijk aandeel van de gezondheidsuitgaven voor haar rekening. Informatie over opnames in het ziekenhuis is echter ook van belang omdat hospitalisatiegegevens in verband met de reden en de lengte van opname traditioneel een indicatie geven van het aantal en het type ernstige gezondheidsproblemen in de samenleving.

Verbeteringen in de behandelingsmethoden en het begeleiden van zieken maken het mogelijk om meer en meer problemen die vroeger één of meerdere overnachtingen in het ziekenhuis vergden op te lossen via een daghospitalisatie. Het is voor beleidsverantwoordelijken belangrijk om deze evolutie op de voet te volgen.

Veertien percent van de bevolking in België rapporteert een opname in het ziekenhuis in het afgelopen jaar (bevallingen niet meegerekend). Op basis van de gegevens van de gezondheidsenquête wordt het aantal opnames in het ziekenhuis per 100 personen per jaar geschat op 17. Achtentwintig percent van deze opnames zijn daghospitalisaties. De gemiddelde ligduur van de klassieke opnames bedraagt 8 nachten. In 56% van de opnames wordt een heelkundige ingreep verricht.

In de leeftijdsgroep 0-14 jaar vormen problemen met het ademhalingsstelsel, problemen van het spijsverteringsstelsel en problemen van het gehoorapparaat (het gaat in dit laatste geval bijna uitsluitend om het plaatsen van diabolos) de belangrijkste redenen voor opname in een ziekenhuis. Bij volwassenen tussen 15 en 64 jaar zijn dit problemen van het bewegingsapparaat. Ook 65-plussers worden vaak opgenomen voor problemen van het bewegingsapparaat, maar bij mannen in deze leeftijdsgroep zijn problemen met hart en bloedvaten de belangrijkste reden voor opname in een ziekenhuis.

Zowel het aantal ziekenhuisopnames als de opnameduur stijgen naargelang het opleidingsniveau daalt. Eén van de mogelijke verklaringen voor deze verschillen is dat personen met een lagere opleiding doorgaans meer gezondheidsproblemen vertonen dan de hoger opgeleiden.

De resultaten tonen geen belangrijke verschillen tussen de stedelijke bevolking en personen die op het platteland wonen.

Globaal genomen is het aantal ziekenhuisopnames in 2001 niet gestegen t.o.v. 1997. Wel zien we dat het aandeel van de daghospitalisaties is toegenomen van 20% in 1997 naar 28% in 2001. Deze stijging situeert zich nagenoeg uitsluitend in het Brussels en het Waals

Gewest, waar het aandeel van de daghospitalisaties blijkbaar een inhaalbeweging heeft uitgevoerd t.o.v. het Vlaams Gewest.

### **Samenvatting van de resultaten : Opname in een ziekenhuis**

---

- Aantal personen (in %) dat in het afgelopen jaar opgenomen was in het ziekenhuis	14%
- Gemiddeld aantal ziekenhuisopnames per 100 personen per jaar	16,8
- Gemiddelde opnameduur (aantal nachten)	8,2
- Aantal daghospitalisaties als percentage van het totaal aantal opnames	28%
- Aantal ziekenhuisopnames (in %) waarbij de patiënt een heelkundige procedure onderging	56%

---

Gezondheidsenquête, België, 2001

## **4.3. Gebruik van geneesmiddelen**

Geneesmiddelen vormen een belangrijk instrument in de controle van ziekten en aandoeningen, maar overconsumptie leidt tot extra kosten en vermijdbare ongewenste effecten. Om een goede kwaliteit te verzekeren van het gebruik van geneesmiddelen is informatie nodig over de grootteorde van het gebruik van geneesmiddelen. Informatie over eventueel ondergebruik van bepaalde essentiële geneesmiddelen kan financiële drempels bij sommige kwetsbare groepen in de samenleving in het licht stellen. Het is ook belangrijk om groepen te identificeren waarbij een problematisch gebruik van geneesmiddelen voorkomt.

Een gezondheidsenquête is een aanvullend instrument aan andere gegevensbronnen die informatie verstrekken over het gebruik van geneesmiddelen omdat zij informatie verschaft over het eigenlijk gebruik – niet het voorschrijven – van geneesmiddelen, ook gegevens bezorgt over niet voorgeschreven en niet terugbetaalbare geneesmiddelen en toelaat het gebruik van geneesmiddelen te bestuderen in functie van socio-demografische en gezondheidsgerelateerde factoren.

### **4.3.1. Gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen**

Ongeveer de helft van de bevolking geeft aan in de afgelopen 2 weken een voorgeschreven geneesmiddel te hebben gebruikt. Vrouwen gebruiken vaker voorgeschreven geneesmiddelen dan mannen. Bij kinderen gaat het vooral om geneesmiddelen tegen hoest, verkoudheid, griep en keelpijn en bij volwassen mannen (15-64 jaar) om geneesmiddelen voor hart en bloedvaten of bloeddruk en pijnstillers. Bij volwassen vrouwen (15-64 jaar) zijn anticonceptiva en hormonen tijdens de menopauze – naargelang de leeftijdsgroep – de belangrijkste voorgeschreven geneesmiddelen. Bij 65-plussers valt vooral bij vrouwen het hoog gebruik van geneesmiddelen tegen gewrichtspijnen en slaapmiddelen op.

Het gebruik van slaapmiddelen, hormonen tijdens de menopauze en pijnstillers is in 2001 significant gestegen t.o.v. 1997. Het gebruik van antibiotica is tussen 1997 en 2001 stabiel gebleven en in het Waals Gewest zelfs significant gedaald. In het Vlaams en Brussels

Gewest noteren we een stijging van het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen tegen astma en allergie bij kinderen (vooral jongens).

Een hogere opleiding is geassocieerd met een lager gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen, maar dit verschil kan grotendeels verklaard worden doordat de gezondheidstoestand van lager opgeleiden in regel slechter is dan bij hoger opgeleiden. Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen ligt hoger in het Waals Gewest dan in het Vlaams Gewest. In het Vlaams Gewest is het globaal gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen in 2001 echter gestegen t.o.v. 1997 terwijl dit in het Brussels en Waals Gewest niet het geval is.

Een specifieke studie bij 45 tot 64-jarigen brengt het geneesmiddelengebruik in deze groep meer gedetailleerd in kaart. Betablokkers zijn hier zowel bij mannen als bij vrouwen de meest gebruikte groep voorgeschreven geneesmiddelen. Opmerkelijk is het groot aantal personen (vooral mannen) dat op hypolipemiërende geneesmiddelen staat en het aanzienlijk gebruik van psycholeptica (vooral benzodiazepines), anti-inflammatoire en anti-reumatische producten en psycho-analeptica (vooral anti-depressiva) bij vrouwen.

De resultaten wijzen ook op een veelvuldig gebruik van verschillende voorgeschreven geneesmiddelen samen. Twee op de vijf 45 tot 64-jarigen rapporteert het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen in de afgelopen 24 uur. Van deze groep gebruikt 13% vijf of meer verschillende geneesmiddelen. Dit percentage loopt in het Waals Gewest zelfs op tot 20%.

#### **4.3.2. Gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen**

Iets meer dan een kwart van de bevolking (28%) geeft aan in de afgelopen 2 weken een niet voorgeschreven geneesmiddel te hebben gebruikt. Vrouwen gebruiken vaker niet voorgeschreven geneesmiddelen dan mannen. Bij kinderen gaat het vooral om geneesmiddelen tegen hoest, verkoudheid, griep en keelpijn. Bij volwassenen (vrouwen zowel als mannen, jongere zowel als oudere leeftijdsgroepen) vormen pijn- en koortswerende middelen de belangrijkste groep niet voorgeschreven geneesmiddelen.

Een hogere opleiding is duidelijk geassocieerd met een hoger gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen. Het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen ligt hoger in het Brussels en Waals Gewest dan in het Vlaams Gewest.

T.o.v. 1997 stellen we in 2001 een daling van het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen vast. Het gaat vooral om een daling van het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen tegen hoest, verkoudheid, griep en keelpijn. In het Waals Gewest wordt deze daling niet geobserveerd.

#### **Samenvatting van de resultaten : Gebruik van geneesmiddelen**

---

*Aantal personen (in %) dat in de afgelopen twee weken*

---

- een voorgeschreven geneesmiddel gebruikte	47%
- een niet voorgeschreven geneesmiddel gebruikte	28%

---

## 4.4. Patiënttevredenheid

De uitkomst van de zorgverlening hangt in grote mate af van patiëntfactoren, patiëntgedrag en patiëntgetrouwheid. Patiënttevredenheid is dan ook een cruciaal aspect van de kwaliteit van de zorg. Patiënten hebben dikwijls andere verwachtingen, wensen en prioriteiten dan zorgverleners. Voor de organisatie van een doelmatige zorg is het belangrijk om zich daar rekenschap van te geven.

Een gezondheidsenquête geeft een beeld van patiënttevredenheid in een algemene populatie en laat toe de zorgverlening bij verschillende hulpverleners met elkaar te vergelijken.

In de gezondheidsenquête wordt gepeild naar vijf specifieke aspecten van patiënttevredenheid bij de huisarts en de specialist. Elk item behoort tot een verschillend domein: 1. luisteren naar de patiënt (relatie en communicatie); 2. snel verlichten van klachten (technische aspect van de zorg); 3. informatie geven over ziekte of klacht (patiëntenvoorlichting en informatie); 4. informatie geven i.v.m. verwijzing of opname (organisatie en continuïteit van de zorg); 5. wachttijd in de wachtkamer (beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg). Verder wordt ook een algemene vraag gesteld over patiënttevredenheid bij opname in het ziekenhuis.

De grote meerderheid van de bevolking is tevreden over de zorgverlening bij de huisarts en bij de specialist. Ongeveer de helft van de bevolking is zelfs zeer tevreden over de onderzochte aspecten van de zorg. Het item dat het slechtst scoort is de wachttijd in de wachtkamer: ongeveer de helft van de bevolking is niet echt tevreden hierover.

De tevredenheid over de zorg neemt toe met de leeftijd en hangt ook samen met het opleidingsniveau: hoger opgeleiden staan in regel meer kritisch t.o.v. verleende zorg. In het Vlaams Gewest ligt de patiënttevredenheid iets lager dan in het Waals Gewest. In het Brussels Gewest liggen de cijfers meestal ergens tussenin.

Voor het item "snel verlichten van klachten" zien we duidelijke associatie tussen de patiënttevredenheid en de gezondheidstoestand van de patiënt. Een recent contact met de huisarts of specialist is daarentegen geen determinant van een hogere patiënttevredenheid.

Voor de items "luisteren naar de patiënt", "snel verlichten van klachten", "informatie geven over ziekte of klacht", en "informatie geven i.v.m. verwijzing of opname" noteren we een hogere patiënttevredenheid bij de huisarts dan bij de specialist.

Voor het item "wachttijd in de wachtkamer" scoort de specialist beter. Voor het item "snel verlichten van de klachten" ligt de patiënttevredenheid in het Vlaams Gewest hoger bij de huisarts, maar noteren we in het Waals Gewest een hogere tevredenheid bij de specialist. In het Brussels Gewest is er geen verschil in patiënttevredenheid tussen de huisarts en de specialist, en dit voor geen enkel van de 5 onderzochte items.

Bij 63% van de opnames in het ziekenhuis is de patiënt zeer tevreden over de verleende zorg en in 27% tamelijk tevreden. Er worden geen verschillen genoteerd naargelang de leeftijd, het geslacht, het opleidingsniveau, de urbanisatiegraad of het gewest.

## **Samenvatting van de resultaten : Patiënttevredenheid**

---

---

*Aantal personen (in %) dat tevreden is over de zorgverlening van de huisarts voor wat betreft:*

---

- luisteren naar de patiënt	83%
- informatie geven over de ziekte of de klacht	83%
- het snel verlichten van de klachten	77%
- informatie geven i.v.m. verwijzing of ziekenhuisopname	79%
- de wachttijd in de wachtkamer	49%

---

*Aantal personen (in %) dat tevreden is over de zorgverlening van de specialist voor wat betreft:*

---

- luisteren naar de patiënt	77%
- informatie geven over de ziekte of de klacht	78%
- het snel verlichten van de klachten	70%
- informatie geven i.v.m. verwijzing of ziekenhuisopname	76%
- de wachttijd in de wachtkamer	56%

---

---

Gezondheidsenquête, België, 2001

## **4.5. Niet-conventionele geneeswijzen**

Onder niet-conventionele geneeswijzen verstaan we het geheel van praktijken dat niet behoort tot de medische wetenschap en dat een 'alternatieve' geneeswijze aanbiedt.

Deze geneeswijzen zijn ofwel de actuele voortzetting van traditionele technieken ofwel gebaseerd op recentere inzichten. Patiënten zetten de stap naar een alternatieve genezer uit nieuwsgierigheid en/of uit onvrede over de behandeling die ze ontvingen binnen de 'gewone' geneeskundige circuits. De alternatieve behandeling kan een aanvulling zijn op een traditionele therapie of deze therapie volledig vervangen.

Alhoewel er in de wetenschappelijke wereld grote twijfel bestaat over de effectiviteit en wenselijkheid van alternatieve geneesvormen, is het een feit dat niet-conventionele geneeswijzen aan populariteit winnen in België. De cijfers van de nationale gezondheidsenquête van 1997 gaven aan dat iets meer dan 8% van de bevolking in het jaar voorafgaand aan de bevraging beroep deed op een vorm van niet-conventionele geneeswijzen. Vier jaar later, in 2001, blijkt het contact met alternatieve geneeswijzen in het jaar voorafgaand aan het interview te zijn gestegen tot 11%. Deze stijging situeert zich vooral in een toename van het gebruik van homeopathie en het gebruik van osteopathie en/of chiropraxie.

Vrouwen doen meer een beroep op niet-conventionele geneeswijzen dan mannen. Enkel de chiropraxie blijkt meer mannelijke patiënten aan te trekken.

Het hoogste gebruik vinden we in de leeftijdsgroep 35-44 jaar. Het laagste gebruik situeert zich doorgaans in de oudste leeftijdscategorieën.

Naarmate de opleiding stijgt, maken mensen meer gebruik van niet-conventionele geneeswijzen. Dit is vooral opmerkelijk voor wat betreft het gebruik van homeopathie en osteopathie.

De meerderheid van de personen die in het afgelopen jaar een beroep deden op een homeopaat of een acupuncturist geven aan dat het om een arts ging. In 1 op 4 gevallen was dit echter niet het geval. Slechts 35% van de personen die een contact hadden met een osteopaat en 52% van de personen die een beroep deden op een chiropractor verklaren dat de persoon die ze raadpleegden een arts was.

### **Samenvatting van de resultaten : Niet-conventionele geneeswijzen**

*Aantal personen (in %) dat in het afgelopen jaar een contact had met:*

- een beoefenaar van een niet-conventionele geneeswijze	11%
- een homeopaat	6%
- een osteopaat	4%
- een acupuncturist	2%
- een chiropractor	2%

Gezondheidsenquête, België, 2001

## 5. Gezondheid en samenleving

Het begrip 'gezondheid' heeft in de loop van de eeuwen een steeds ruimere invulling gekregen. Waar het in oorsprong quasi uitsluitend vanuit medisch oogpunt bestudeerd werd, is het thans uitgegroeid tot een complex sociaal fenomeen. De begrippen ziekte en gezondheid dienen dan ook ingevuld te worden in relatie met de vereisten en verwachtingen van onze omgeving, van onze verwevenheid met het familiaal en professioneel netwerk. Ook de leefstijl, de omgeving en de socio-economische en politieke factoren hebben een grote impact op de gezondheid. Enkele van deze elementen komen in dit hoofdstuk, getiteld 'Samenleving en gezondheid' aan bod.

Dit hoofdstuk is opgesplitst in 6 onderdelen:

1. toegankelijkheid van gezondheidszorgen;
2. socio-economische ongelijkheden op vlak van gezondheid;
3. gezondheid en omgeving;
4. ongevallen, geweld en verkeersveiligheid;
5. gebruik van preventieve gezondheidsdiensten;
6. sociale gezondheid.

Aan de hand van deze 6 onderdelen wordt het 'maatschappelijk' karakter van volksgezondheid geïllustreerd.

### 5.1. Toegankelijkheid van de gezondheidszorgen

Uitgaven voor gezondheidszorgen vormen een vaste post in het budget van een huishouden. Gemiddeld besteedt een huishouden in België €110 per maand, of zo'n 8% van het beschikbaar inkomen aan huisartsen, specialisten, geneesmiddelen, verzorgingsinstellingen,...

Het aandeel van deze kosten in het huishoudbudget stijgt met de leeftijd van de referentiepersoon van het huishouden. Hoewel dit in absolute termen minder duidelijk is, is het aandeel van de noodzakelijke uitgaven voor gezondheidszorgen in het huishoudbudget hoger bij huishoudens die behoren tot de lagere opleidingsgroepen.

Er kunnen duidelijke regionale verschillen vastgesteld worden met betrekking tot uitgaven voor gezondheid en dit zowel in absolute als in relatieve termen: deze uitgaven zijn het hoogst voor huishoudens van het Brussels Gewest (gemiddeld €140 per maand of 10% van het beschikbaar inkomen).

In vergelijking met 1997 – het jaar waarin de eerste Gezondheidsenquête georganiseerd werd – zijn de uitgaven in absolute termen (€ 97 per maand in 1997, € 110 per maand in 2001) gestegen. In relatieve termen daarentegen is het aandeel van de uitgaven voor gezondheidszorgen in het huishoudbudget niet significant veranderd.

Ongeveer 30% van de huishoudens is van mening dat de persoonlijke uitgaven in het kader van gezondheidszorgen (zeer) moeilijk om dragen zijn. Ook hier kan een samenhang teruggevonden worden met de socio-economische karakteristieken van huishoudens: huishoudens behorend tot de lagere opleidings- en/of inkomensgroepen vinden veel meer dan de andere dat hun uitgaven voor gezondheid (zeer) moeilijk om dragen zijn.



Een kleine 10% van de huishoudens was in het verleden genoodzaakt het gebruik van gezondheidsvoorzieningen tijdelijk te staken vanwege het gebrek aan financiële middelen. Achter dit percentage gaan echter grote regionale verschillen schuil: waar in het Vlaams Gewest 6% van de huishoudens zich in het verleden met een dergelijke noodzaak geconfronteerd weet, loopt dit percentage op tot 20% in het Brussels Gewest.

### **Samenvatting van de resultaten : Toegankelijkheid van gezondheidszorgen**

Gemiddelde maandelijkse uitgaven van huishoudens voor gezondheidszorgen	€110
Gemiddelde relatieve uitgaven van huishoudens voor gezondheidszorgen	8%
<i>Aantal huishoudens (in %) dat:</i>	
– de uitgaven voor gezondheidszorgen te hoog vindt	29%
– het gebruik van gezondheidszorgen diende uit te stellen omwille van financiële redenen	9%

Gezondheidsenquête, België, 2001

## **5.2. Socio-economische verschillen in gezondheid**

In het rapport wordt het opleidingsniveau weerhouden als socio-economische indicator. Op basis van deze indicator worden op verschillende gezondheidsgerelateerde domeinen socio-economische verschillen vastgesteld.

### **5.2.1. Gezondheidstoestand**

Personen met een relatief laag opleidingsniveau geven eerder aan niet tevreden te zijn over de eigen gezondheid. Zij scoren ook slechter op het gebied van de chronische aandoeningen. Zo komen hoge bloeddruk en hardnekkig ruglijden vaker voor bij mensen die lager opgeleid zijn. Tevens zijn er indicaties te vinden van een zwakkere score op het gebied van zowel langdurige als kortdurende beperkingen. Personen met een lagere opleiding scoren relatief slechter op het gebied van de mentale gezondheid. Tenslotte blijkt ook dat personen met een lage opleiding minder sociale contacten en een beperkter sociaal netwerk hebben dan hoger opgeleiden. De inhoud en de kwaliteit van hun sociale relaties is bij hen tevens minder goed.

De resultaten van de Gezondheidsenquête tonen dus een duidelijk verband aan tussen de gezondheid van individuen en het opleidingsniveau.

### **5.2.2. Leefstijl**

Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe meer men tijdens de vrije tijd aan lichaamsbeweging doet. Als we echter ook rekening houden met de lichaamsbeweging in het kader van andere activiteiten (op weg naar het werk, tijdens het werk,...), toont deze gradiënt de neiging om

zich om te keren: het gemiddeld energieverbruik daalt met de opleiding. Lager geschoolden hebben minder goede voedingsgewoonten (onregelmatig voedingspatroon, relatief lage consumptie van fruit, melkproducten en vis,...) en zijn vaker zwaarlijvig (BMI van 30 of meer). Bij lager geschoolden vinden we ook relatief meer rokers terug. Het aantal alcoholgebruikers ligt daarentegen hoger in de hogere opleidingsgroepen. Een zelfde vaststelling kan gemaakt worden voor wat het gebruik van cannabis betreft. Personen met een lager opleidingsniveau blijken tenslotte minder vaak een veiligheidsgordel om te doen in de wagen en zijn ook minder op de hoogte van de toegelaten alcohollimiet voor het besturen van een voertuig.

In grote lijnen stellen we dus vast dat lager opgeleide personen relatief meer geneigd zijn te roken, minder aan lichaamsbeweging doen, een ongezonder voedingspatroon kennen en minder geneigd zijn dit laatste aan te passen. Het plaatje van de leefstijl van de hoger opgeleide groepen is echter niet onverdeeld positief: ze consumeren immers significant meer alcohol en cannabis dan de lager opgeleiden. Op basis van deze resultaten kan gesteld worden dat het belangrijk is om initiatieven of campagnes in het kader van gezondheids promotie en preventie te richten op de specifieke socio-economische groep waar een ongezond gedrag zich voordoet.

### **5.2.3. Preventie**

Personen met een hogere opleiding zijn vaker gevaccineerd tegen tetanus en hepatitis B. De vaccinatiegraad voor griep verschilt niet in functie van de opleiding. Voor wat betreft de vroegtijdige opsporing van een hoge bloeddruk, een te hoog cholesterolgehalte en diabetes noteren we geen socio-economische verschillen. De gezondheidsenquête toont daarentegen wel aan dat vrouwen uit lagere opleidingsklassen minder vaak aan vroegtijdige opsporing doen van borstkanker en baarmoederhalskanker.

De sociale ongelijkheid op het vlak van preventieve gezondheidszorg is dus zeker niet eenduidig: voor wat betreft vaccinatie en kankerscreening scoren lager opgeleiden duidelijk slechter.

### **5.2.4. Medische consumptie**

Personen met een eerder lagere opleiding raadplegen de huisarts relatief meer dan de hoger opgeleiden. Deze vaststelling is echter te verklaren doordat lager opgeleiden ook vaker af te rekenen hebben met een slechtere gezondheid. Anderzijds consulteren personen met een hogere opleiding relatief meer een specialist en een tandarts. Deze verschillen kunnen niet verklaard worden op basis van gezondheidsverschillen. Er kunnen geen belangrijke verschillen teruggevonden worden met betrekking tot de contacten met de dienst spoedgevallen. Het gemiddeld aantal opnames in een ziekenhuis en de gemiddelde opnameduur is echter hoger bij personen met een lagere opleiding. Ook deze vaststelling is grotendeels te verklaren op basis van het groter aantal gezondheidsproblemen waarmee deze personen geconfronteerd worden. Een lagere opleiding hangt samen met een hoger gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen. Niet voorgeschreven geneesmiddelen worden dan weer vaker gebruikt door hoger opgeleiden. Hoewel de patiëntentevredenheid over de zorg verleend door de huisarts en de specialist over het algemeen hoog is, is dit iets minder het geval voor de hoogste opleidingsklassen. Mensen met een hogere opleiding doen ook vaker een beroep op niet-conventionele geneeswijzen.

De resultaten geven dus aan dat lager opgeleiden vaker een beroep doen op de huisarts, vaker opgenomen worden in het ziekenhuis en meer voorgeschreven geneesmiddelen innemen. Hoger opgeleiden raadplegen meer een specialist en een tandarts en gebruiken meer niet voorgeschreven geneesmiddelen.

### 5.3. Gezondheid en omgeving

In dit onderdeel worden enkele aspecten belicht van de kwaliteit van de fysieke leefomgeving. Het gaat daarbij om: ongunstige omgevingsfactoren zoals geurhinder, vochtigheid, schimmels, .... Speciale aandacht wordt besteed aan lawaaihinder.

In België ondervindt één huishouden op vijf (20%) last van omgevingsfactoren in de buurt van de woonplaats. Het gaat hierbij vooral om geurhinder (afkomstig van industrie, van de riolering, van bemesting,...), vuilnis, vochtigheid, schimmels en lawaaihinder (afkomstig van vliegtuigen, treinen, burens,...).

Elf procent van de huishoudens geeft aan dat de omgeving van hun woning lawaaiër is. Hiervan stelt 75% geïrriteerd of gehinderd te worden door het lawaai, geeft 58% aan dat het lawaai een negatieve invloed heeft op hun slaap en ondervindt 16% als gevolg van het lawaai communicatieproblemen. In 40% van de gevallen van lawaaihinder gaat het over lawaai bij de burens. In 36% van de gevallen denkt men er zelfs over om te verhuizen omwille van de lawaaihinder. In 16% van de huishoudens die geconfronteerd worden met geluidshinder, gebruikt minstens één van de gezinsleden als gevolg daarvan geneesmiddelen.

Een derde (32%) van de huishoudens in het Brussels Gewest ondervindt last van omgevingsfactoren, een percentage dat (veel) hoger ligt dan in andere stedelijke gebieden (21%), semi-stedelijke gebieden (19%) of landelijke gebieden (18%). Ook voor lawaaihinder zijn de resultaten minder gunstig voor het Brussels Gewest: 20% van de huishoudens in het Brussels gewest vindt hun woonomgeving lawaaiër, een percentage dat hoger is dan in de andere stedelijke gebieden (15%), semi-stedelijke gebieden (10%) en landelijke gebieden (6%).

#### Samenvatting van de resultaten : Gezondheid en omgeving

*Aantal huishoudens (in %) dat:*

– last ondervindt van omgevingsfactoren in de woonomgeving	20%
– de woonomgeving als lawaaiër omschrijft	11%

Gezondheidsenquête, België, 2001

## **5.4. Ongevallen - agressie - verkeersveiligheid**

In dit onderdeel worden de resultaten van de gezondheidsenquête 2001 besproken met betrekking tot ongevallen en agressie. Een specifiek aandachtspunt betreft hondenbeten. Tevens wordt ingegaan op enkele specifieke punten die te maken hebben met de verkeersveiligheid.

### **5.4.1. Ongevallen**

In België verklaart 9% van de bevolking dat ze in de afgelopen 12 maanden het slachtoffer is geweest van minstens één ongeval dat aanleiding gaf tot een raadpleging van een arts of een ziekenhuisbezoek. Algemeen gesproken zijn mannen vaker betrokken bij ongevallen dan vrouwen en komen ongevallen minder voor naarmate de leeftijd toeneemt.

Onder de slachtoffers van ongevallen rapporteert 37% een ongeval thuis, 27% een arbeidsongeval of een ongeval op school, 20% een sportongeval en 17% een verkeersongeval. Ongevallen thuis en verkeersongevallen komen vaker voor bij vrouwen, terwijl arbeidsongevallen of ongevallen op school en sportongevallen frequenter gerapporteerd worden door mannen. Daar waar ongevallen thuis toenemen met de leeftijd, blijken arbeidsongevallen of ongevallen op school en sportongevallen te dalen met de leeftijd (vooral naarmate men de leeftijd van 60 jaar nadert).

Verkeersongevallen komen vaker voor in het Vlaams Gewest (21%) en zijn het minst frequent in het Brussels Gewest (9%).

De incidentie van hondenbeten bedraagt 900 per 100.000 inwoners per jaar, hetzij ongeveer 1%. Dit cijfer ligt iets hoger in het Vlaams Gewest dan in de andere twee gewesten.

### **5.4.2. Agressie**

Vijftien percent van de bevolking verklaart dat ze het jaar voorafgaand aan de enquête het slachtoffer is geweest van geweld (verbaal, lichamelijk geweld, diefstal). Dit is vaker het geval in het Brussels Gewest (24%) dan in het Waals Gewest (19%) en het Vlaams Gewest (12%). Jongeren worden meer met geweld geconfronteerd dan oudere personen. Personen uit lagere socio-economische groepen hebben vaker af te rekenen met geweld.

Onder de slachtoffers van geweld werd 74% geconfronteerd met verbaal geweld, 20% met lichamelijk geweld en 29% met diefstal of gewapende overval. Zowel mannen als vrouwen zijn het doelwit van geweldpleging. Verbaal en lichamelijk geweld komt meest voor bij jongeren in de leeftijdsgroep 15-24 jaar. Naarmate de leeftijd stijgt, wordt men hiermee echter minder geconfronteerd. Diefstal en gewapende overval nemen daarentegen toe met de leeftijd. In het Waals Gewest rapporteert men vaker verbale geweldpleging dan in de andere twee gewesten. Diefstal of inbraak komt dan weer meer voor in het Brussels Gewest.

### 5.4.3. Verkeersveiligheid

Voor wat betreft verkeersveiligheid geeft 28% van de personen aan dat ze niet systematisch de veiligheidsgordel omdoen wanneer ze vooraan in de auto zitten. Achteraan in de auto doet zelfs 65% niet systematisch een autogordel om. Jongeren doen minder vaak de veiligheidsgordel om (zowel vooraan als achteraan) dan ouderen en mannen zijn meer nalatig dan vrouwen voor wat betreft het gebruik van de veiligheidsgordel voorin. Personen uit lagere sociale klassen doen minder vaak hun autogordel om. Er is voor wat betreft het systematisch gebruik van een veiligheidsgordel in de wagen weinig verschil t.o.v. 1997.

Tenslotte blijkt 23% van de Belgische bevolking niet te weten wat de wettelijke alcohollimiet is voor het autorijden. Dit percentage is hoger in het Brussels Gewest (26%) en Vlaams Gewest (26%) dan in het Waals Gewest (18%). Vrouwen, oudere personen en personen uit lagere sociale klassen zijn minder goed op de hoogte van de alcohollimiet.

### Samenvatting van de resultaten : Ongevallen, agressie, verkeersveiligheid

*Aantal personen (in %) dat:*

- in het afgelopen jaar het slachtoffer is geweest van een ongeval <sup>1</sup>	9%
- in het afgelopen jaar het slachtoffer is geweest van agressie <sup>2</sup>	15%
- niet systematisch de veiligheidsgordel gebruikt vooraan in de wagen	28%
- niet systematisch de veiligheidsgordel gebruikt achteraan in de wagen	65%
- de wettelijk toegelaten alcohollimiet voor autorijden niet kent	23%

Gezondheidsenquête, België, 2001

<sup>1</sup> een ongeval dat aanleiding gaf tot medische hulpverlening

<sup>2</sup> inclusief verbale agressie

## 5.5. Sociale gezondheid

In het kader van de Gezondheidsenquête, wordt sociale gezondheid vertaald in termen van 'sociale integratie' van mensen in een netwerk van relaties (structurele dimensie) en van 'sociale ondersteuning' van de omgeving (functionele dimensie). De resultaten bekomen in het kader van de enquête zijn enkel van toepassing op personen van minstens 15 jaar. In het kader hiervan werden de volgende indicatoren weerhouden:

1. tevredenheid over sociale contacten;
2. frequentie van sociale contacten;
3. omvang van het sociaal netwerk;
4. beschikbaarheid van instrumentele sociale ondersteuning (concrete hulp in geval van nood).
5. kwaliteit van functionele sociale ondersteuning (aanwezigheid van verschillende soorten ondersteuning)

In België is 7% van de bevolking ontevreden over hun sociale contacten en 7% heeft nauwelijks contacten met familieleden, vrienden of kennissen (dit is: minder dan eenmaal per week). Daarnaast kan van 16% van de bevolking gesteld worden dat ze slechts

beschikken over een beperkt sociaal netwerk (0 tot 3 personen), terwijl de gemiddelde grootte van het sociaal netwerk 9 à 10 personen is bij de mannen en 8 bij de vrouwen. De bevolking telt 13% individuen dat nauwelijks op steun kan rekenen van hun omgeving, een situatie die relatief meer voorkomt bij mannen in de leeftijdsgroep 45 – 64 jaar (18% à 20%). Tenslotte kan 9% van de bevolking niet genieten van sociale ondersteuning voor het bevredigen van hun emotionele, affectieve, recreatieve, ... behoeften.

Er kan een duidelijke samenhang vastgesteld worden tussen sociale gezondheid en leeftijd; voor de verschillende aspecten van sociale gezondheid liggen de cijfers gunstiger voor jongeren dan voor ouderen. Daarentegen kunnen er geen fundamentele verschillen vastgesteld worden tussen mannen en vrouwen, behoudens dan voor de omvang van het sociaal netwerk dat iets groter is bij mannen dan bij vrouwen. Algemeen gesteld, vertaalt een hoger opleidingsniveau zich in en betere sociale integratie, een kwalitatief meer hoogstaande ondersteuning en een grotere tevredenheid over de sociale contacten.

De urbanisatiegraad van de leefomgeving hangt niet systematisch samen met de kenmerken van sociale gezondheid, evenmin kan er echt sprake zijn van een samenhang tussen gewest (woonplaats) en sociale gezondheid. Er kan enkel besloten worden dat in het Brussels Gewest het aantal personen met weinig sociale contacten (minder dan eenmaal per week) en weinig hulp ingeval van nood, iets hoger is. In het Waals Gewest, kunnen relatief veel personen teruggevonden worden met een eerder beperkt sociaal netwerk (0-3 personen) en met een kwalitatief niet erg hoogstaande sociale ondersteuning.

Een van de prioriteiten voor het gezondheidsbeleid is dan ook het helpen van ouderen bij het uitbouwen en onderhouden van hun sociaal netwerk met andere ouderen én met jongeren.

### **Samenvatting van de resultaten : Sociale gezondheid**

---

*Aantal personen van 15 jaar en ouder (in %) dat:*

---

– ontevreden is over hun sociale contacten	7%
– minder dan eens per week contact heeft met familie, vrienden of bekenden	7%
– slechts over een beperkt sociaal netwerk (0 tot 3 personen) beschikt	16%
– niet of nauwelijks op concrete steun kan rekenen van de omgeving	13%
– niet op de omgeving kan rekenen voor steun op emotioneel, affectief, recreatief of informatief gebied	9%

---

Gezondheidsenquête, België, 2001

## **5.6. Sociale en preventieve diensten**

In de gezondheidsenquête wordt ook nagegaan in welke mate de bevolking in het afgelopen jaar een contact had met sociale en preventieve diensten. Aangezien deze diensten zich doorgaans richten tot specifieke doelgroepen liggen de percentages op het niveau van de totale bevolking uiteraard vrij laag: slechts 5 van de 12 bevraagde diensten werden in het afgelopen jaar door meer dan 1% van de Belgische bevolking gecontacteerd,

met name: de arbeidsgeneeskundige dienst (15% van de algemene bevolking en 35% van de beroepsactieve bevolking), de schoolarts (13%), Kind en Gezin of ONE (5%), huishulp (3% voor de algemene bevolking en 28% voor personen van 75 jaar en ouder) en het OCMW (2%).

Het gebruik van deze diensten in functie van bijvoorbeeld leeftijd en geslacht verloopt in lijn met de verwachtingen.

**Dit onderzoek wordt uitgevoerd op initiatief van :**

***J. TAVERNIER***

**Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu**

***J. CHABERT***

**Minister van Openbare Werken, Vervoer, Brandbestrijding en  
Dringende Medische Hulp van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest**

***T. DETIENNE***

**Minister van Sociale Aangelegenheden en Gezondheid van het Waals Gewest**

***D. GOSUIN***

**Minister van Leefmilieu en Waterbeleid, Natuurbehoud, Openbare Netheid  
en Buitenlandse Handel van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest**

***N. MARECHAL***

**Minister van Jeugdhulp en Gezondheid van de Franse Gemeenschap**

***H. NIESSEN***

**Minister van Jeugd en Gezin, Monumenten en Landschappen,  
Gezondheid en Sociale Zaken van de Duitstalige Gemeenschap**

***F. VANDENBROUCKE***

**Minister van Sociale Zaken en Pensioenen**

***M. VOGELS***

**Minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen van de Vlaamse Gemeenschap.**