



Synthese



Gezondheidsenquête België 2004

Afdeling Epidemiologie

Juliette Wystmansstraat 14

1050 Brussel

Tel : 02/642.57.94

e-mail : his@iph.fgov.be

<http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/index4.htm>

FOD Economie - Algemene Directie
Statistiek en Economische Informatie

Leuvenseweg 40

1000 Brussel

<http://statbel.fgov.be>

Onderzoeksteam : (in alfabetische volgorde)

Stefaan Demarest
Lydia Gisle
Edith Hesse
Pieter-Jan Miermans
Jean Tafforeau
Johan Van der Heyden

Logistieke steun :

Monique Schoonenburg

De opdrachtgevers van de Gezondheidsenquête 2004

B. Cerexhe

Minister van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering, belast met Economie, Tewerkstelling, Wetenschappelijk Onderzoek, Brandbestrijding en Dringende Medische Hulp en Landbouwbeleid – Brussels Hoofdstedelijk Gewest

R. Demotte

Minister van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu – Federale regering

C. Fonck

Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la Jeunesse – Franse Gemeenschap

B. Gentges

Vize-Ministerpräsident, Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus – Duitstalige Gemeenschap

G. Vanhengel

Minister van de Brussels Gewestse Hoofdstedelijke Regering, belast met Financiën, Begroting, Externe Betrekkingen en Informatica – Brussels Hoofdstedelijk Gewest

I. Vervotte

Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin – Vlaamse Gemeenschap

C. Vienne

Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances – Waals Gewest

Inhoudstafel

INLEIDING	3
1. GEZONDHEIDSTOESTAND	6
1.1. SUBJECTIEVE GEZONDHEID.....	7
1.2. ZIEKTEN EN CHRONISCHE AANDOENINGEN.....	9
1.3. MENTALE GEZONDHEID.....	14
1.4. FUNCTIONELE BEPERKINGEN.....	16
1.4.1. <i>Langdurige beperkingen</i>	16
1.4.2. <i>Tijdelijke beperkingen</i>	19
2. LEEFSTIJL	21
2.1. LICHAAMSBEWEGING.....	22
2.2. VOEDINGSGEWOONTEN.....	24
2.3. VOEDINGSSTOESTAND.....	25
2.4. GEBRUIK VAN ALCOHOL.....	27
2.5. TABAKS- en NICOTINEGEBRUIK.....	29
2.6. GEBRUIK VAN CANNABIS.....	32
2.7. SEKSUELE GEZONDHEID.....	33
2.8. HOUDINGEN TEN OPZICHTE VAN HIV/AIDS.....	35
3. PREVENTIEVE GENEESKUNDE	37
3.1. VACCINATIE.....	37
3.2. CARDIOVASCULAIRE PREVENTIE.....	40
3.3. VROEGTIJDIGE OPSPORING VAN DIABETES.....	42
3.4. VROEGTIJDIGE OPSPORING VAN BORSTKANKER.....	43
3.5. VROEGTIJDIGE OPSPORING VAN BAARMOEDERHALSKANKER.....	45
4. MEDISCHE CONSUMPTIE	46
4.1. CONTACTEN MET ZORGVERSTREKKERS.....	47
4.1.1. <i>Contacten met de huisarts</i>	47
4.1.2. <i>Ambulante contacten met de specialist</i>	50
4.1.3. <i>Contacten met de dienst spoedgevallen</i>	53
4.1.4. <i>Contacten met de tandarts</i>	55
4.1.5. <i>Contacten met paramedische zorgverstrekkers</i>	58
4.2. OPNAME IN HET ZIEKENHUIS.....	60
4.3. GEBRUIK VAN GENEESMIDDELEN.....	62
4.4. NIET-CONVENTIONELE GENEESWIJZEN.....	65
5. GEZONDHEID EN SAMENLEVING	66
5.1. TOEGANKELIJKHEID VAN GEZONDHEIDSZORGEN.....	66
5.2. SOCIO-ECONOMISCHE ONGELIJKHEDEN IN GEZONDHEID.....	68
5.3. GEZONDHEID EN MILIEU.....	70
5.4. TRAUMATA.....	72
5.4.1. <i>Ongevallen</i>	72
5.4.2. <i>Geweld</i>	73
5.5. SOCIALE GEZONDHEID.....	74
5.6. GEBRUIK VAN SOCIALE EN PREVENTIEVE DIENSTEN.....	76
5.7. OUDEREN.....	77

Inleiding

Dit rapport omvat een synthese van de resultaten van de derde Belgische, nationale gezondheidsenquête door middel van interview, waarvan het veldwerk plaatsvond in 2004. In deze enquête wordt gepeild naar een groot aantal thema's die gekozen werden in functie van de algemene doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid en de internationale aanbevelingen. Deze thema's zijn gegroepeerd in vijf hoofdstukken:

- (1) gezondheidstoestand
- (2) leefstijl
- (3) preventie
- (4) medische consumptie
- (5) gezondheid en samenleving.

Op vraag van de Federale Overheidsdienst (FOD) Sociale Zekerheid en het kabinet van het Federale Ministerie voor Volksgezondheid werden bij de organisatie van de Gezondheidsenquête 2004 schikkingen getroffen om meer precieze en meer relevante informatie te bekomen over de gezondheid van de oudere bevolking, dit met het oog op de verdere uitbouw van het beleid inzake de verzorgingsproblematiek.

Hoewel er in België reeds heel wat andere bronnen van gezondheidsinformatie bestaan, biedt een gezondheidsenquête een belangrijke meerwaarde:

- Een gezondheidsenquête geeft een globaal overzicht van de gezondheidstoestand van de totale bevolking, en wel vanuit het standpunt van de personen zelf.
- Informatie wordt bekomen over de gezondheid en leefstijl van de gehele bevolking, ook van die personen die zelden of nooit een beroep doen op gezondheidsdiensten.
- Een gezondheidsenquête biedt de mogelijkheid om een verband te leggen tussen heel wat gezondheidsgerelateerde factoren.
- De periodieke herhaling van de enquête laat 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 aanwezig: 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, schattingen zijn, die enigszins kunnen verschillen van de cijfers die men zou bekomen indien men de totale bevolking zou hebben ondervraagd¹. 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.

¹ Recent onderzoek heeft aangetoond dat de gegevens over subjectieve gezondheid die verzameld werden in het kader van de Socio-economische Enquête van 2001 vrij nauw aansluiten bij de cijfers van de Gezondheidsenquête 2001. Dit onderzoek zal gepubliceerd worden in het kader van het AGORA programma.

In de Gezondheidsenquête 2004 werden **12.945 personen** via een gestructureerd interview aan huis bevroegd. Deze personen werden bij toeval gekozen uit alle inwoners van België. De resultaten geven een representatief beeld van de gezondheid van de bevolking. Alle personen ingeschreven in het Rijksregister kwamen voor bevraging in aanmerking, met uitzondering van personen die verbleven in:

- een instelling, behalve personen verblijvend in rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen (deze maakten expliciet wel deel uit van het steekproefkader);
- een religieuze gemeenschap van meer dan 8 personen;
- een gevangenis.

Er werd gepoogd om het demografisch profiel van de 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. De basissteekproef bestond uit 3500 interviews in het Vlaams Gewest, 3500 in het Waals Gewest en 3000 in het Brussels Gewest. De steekproefmethodologie werd aangepast zodat 1250 bijkomende individuen van 65 jaar en ouder ondervraagd zouden worden en er ook een voldoende vertegenwoordiging was van 85-plussers.

In principe dient het aantal ondervraagde personen per provincie evenredig te zijn met het inwonersaantal van de provincie. Twee provincies maakten echter gebruik van de mogelijkheid om, mits extra financiering, bijkomende interviews in hun provincie te laten uitvoeren. De provincie Luxemburg opteerde voor 900, de provincie Limburg voor 450 bijkomende interviews.

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 telkens maximaal 4 personen per huishouden geïnterviewd werden. De referentiepersoon van het huishouden en – indien van toepassing – de partner dienden echter steeds bevroegd te worden.

Uiteindelijk leidde de gehanteerde steekproefmethodologie tot 4.513 gerealiseerde interviews in het Vlaams Gewest, 3.440 interviews in het Brussels Gewest en 4.992 interviews in het Waals Gewest.

In totaal werden 3.515 personen ondervraagd van 65 jaar en ouder, waarvan 910 ouderen van 85 jaar en ouder.

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 61,4% in met deelname aan de enquête. De overige 38,6% weigerde deel te nemen, dit om zeer diverse redenen (vooral echter 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.

- (1) De eerste vragenlijst betrof het huishouden (en had betrekking op de grootte en samenstelling van het huishouden, het inkomen, de uitgaven voor gezondheidszorgen, omgevingsfactoren) en werd ter plekke ingevuld door de enquêteur. Alle vragen werden door de enquêteur voorgelezen en de antwoorden werden op de vragenlijst genoteerd.
- (2) Een tweede vragenlijst, waarbij het accent lag op de gezondheidstoestand en de medische consumptie diende beantwoord te worden door 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.
- (3) Tenslotte werd door elke deelnemer aan de enquête van 15 jaar en ouder ook een schriftelijke vragenlijst ingevuld. Deze betrof vragen die eerder persoonlijk van aard waren (zoals vragen omtrent de mentale gezondheid, het alcohol- en tabaksgebruik,...).

1. Gezondheidstoestand

In dit hoofdstuk gaat de aandacht uit naar de lichamelijke en mentale gezondheidsproblemen waarmee de bevolking wordt geconfronteerd en de gevolgen hiervan op het functioneren. Niet alle ziekten kunnen aan bod komen. Een selectie werd gemaakt op basis van de relatieve frequentie van de gezondheidsproblemen en hun relevantie in het kader van het volksgezondheidsbeleid.

De volgende aspecten van de gezondheidstoestand van de bevolking komen aan bod:

1. subjectieve inschatting van de gezondheidstoestand;
2. chronische aandoeningen;
3. mentale gezondheid;
4. langdurige functionele beperkingen;
5. tijdelijke beperkingen.

Uitgaande van een zeer algemeen perspectief van gezondheid wordt progressief ingegaan op meer specifieke ziekten en aandoeningen en de gevolgen die deze ziekten met zich meebrengen op het dagelijks functioneren.

De **subjectieve inschatting die individuen maken van hun eigen gezondheid** 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 **chronische ziekten en aandoeningen** die in de bevolking voorkomen.

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 slaapproblemen. Andere thema's die hier aan bod komen zijn het gebruik van psychotrope geneesmiddelen en zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen.

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 de lichamelijke, sociale en emotionele dimensie van gezondheid omvat. Deze maatstaf wordt bekomen door aan het individu te vragen hoe deze zijn of haar algemene gezondheidstoestand inschat op een schaal van 5 (van “zeer goed” tot “zeer slecht”).

De subjectieve evaluatie van de gezondheid wordt beschouwd als **een van de beste gezondheidsindicatoren** en dit zowel op het individuele niveau als op het maatschappelijke niveau. Vele auteurs hebben aangetoond dat subjectieve perceptie van de eigen gezondheid goed de impact van klachten en ziekten waaraan de persoon lijdt, weerspiegelt. Daarnaast hangt de subjectieve gezondheid duidelijk samen met mortaliteit, morbiditeit, functionele beperkingen en het gebruik van gezondheidszorgen.

In België oordeelt 77% van de bevolking dat hun gezondheid bevredigend is. Omgekeerd is 23% van de bevolking dus **niet tevreden over de eigen gezondheid**, een percentage dat stijgt tot 47% bij personen van 75 jaar en ouder.

Wat betreft de **evolutie** van de gezondheidstoestand meldt:

- 74% geen verandering in het afgelopen jaar;
- 15% dat hun gezondheid er in het afgelopen jaar op is vooruitgegaan;
- 11% dat hun gezondheid er in het afgelopen jaar op is achteruitgegaan.

Vanaf de leeftijd van 45 jaar zijn vrouwen meer ontevreden over hun gezondheid dan mannen.

Aangaande subjectieve gezondheid kan een **duidelijke socio-economische gradiënt** vastgesteld worden: personen met een lage opleiding geven relatief meer aan ontevreden te zijn over de eigen gezondheid.

De **resultaten voor 1997, 2001 en 2004 zijn quasi identiek**. Dit betekent dat de indicatoren van subjectieve gezondheid zeer stabiel zijn in België en in elk van de gewesten afzonderlijk. Er kan noch een verbetering noch een verslechtering worden vastgesteld.

Daarentegen kunnen wél **regionale verschillen** worden vastgesteld: 21% van de inwoners van het Vlaams Gewest is niet tevreden over hun gezondheid, tegenover 25% van de inwoners van het Brussels Gewest en 27% van de inwoners van het Waals Gewest. Deze verschillen bestonden reeds in 1997 en 2001 en worden in 2004 bevestigd.

De resultaten inzake subjectieve gezondheid van de **Gezondheidsenquête 2001** werden vergeleken met deze van enkele andere landen waarvoor gegevens beschikbaar van ongeveer dezelfde periode.

Uit deze vergelijkende analyse blijkt dat het percentage van de bevolking van 16 jaar en ouder dat hun gezondheid als onbevredigend beoordeelt...

- 26% is in Engeland;
- 24% in België;
- 22% in Denemarken;
- 20% in Noorwegen;
- 14% in Zwitserland.

Na correctie voor leeftijd en geslacht kan vastgesteld worden dat het percentage van de bevolking dat niet tevreden is over de eigen gezondheid in België niet significant verschillend is van wat we observeren in Denemarken en Engeland. In Zwitserland en Noorwegen vinden we beduidend lagere cijfers dan in België.

Samenvatting van de resultaten : Subjectieve gezondheid			
	1997	2001	2004
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat...			
- de eigen gezondheid als redelijk tot zeer slecht beoordeelt	22%	24%	23%
- aangeeft dat de eigen gezondheid verslechterd is in het afgelopen jaar	11%	13%	11%
- aangeeft dat de eigen gezondheid verbeterd is in het afgelopen jaar	15%	13%	15%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

1.2. Ziekten en 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 en te weten welke aandoeningen het meest frequent voorkomen;
- in te schatten in welke mate verschillende aandoeningen samen voorkomen (dit noemen we verder in deze tekst “comorbiditeit²”);
- na te gaan welke impact deze aandoeningen hebben op het functioneren en op de medische consumptie.

Ongeveer één kwart van de bevolking (24%) geeft aan **minstens één langdurige ziekte, langdurige aandoening of handicap** te hebben. De kans om een langdurige aandoening te rapporteren stijgt sterk met de leeftijd. In de leeftijdsgroep onder de 45 jaar geeft één inwoner op vijf aan een aandoening te hebben, bij 75-plussers is dit meer dan de helft (53%).

De resultaten inzake chronische ziekten van de Gezondheidsenquête 2001 werden vergeleken met deze van enkele andere landen waarvoor gegevens beschikbaar van ongeveer dezelfde periode.

Uit deze **vergelijkende analyse** blijkt dat het percentage van de bevolking van 16 jaar en ouder dat een chronische ziekte of aandoening heeft ...

- in België 29% is;
- in Noorwegen 38%;
- in Denemarken 41%;
- in Engeland 45%.

In België ligt het percentage personen met een chronische aandoening in 2001 gevoelig lager dan in deze andere landen.

Uit de Gezondheidsenquête 2004 blijkt dat 8% van de bevolking lijdt aan co-morbiditeit. Bij 75-plussers gaat het om 31% van de bevolking.

De prevalentie van chronische aandoeningen is hoger bij vrouwen en neemt meestal toe met de leeftijd.

² Comorbiditeit wordt hier gedefinieerd als het voorkomen van verschillende aandoeningen die behoren tot verschillende ziektegroepen. Zes ziektegroepen worden onderscheiden:

1. ziekten van het bewegingsstelsel (hardnekkige rugproblemen, gewrichtsslijtage, gewrichtsontsteking, ander vormen van chronisch reuma)
2. respiratoire ziekten (astma, chronische bronchitis of andere chronische longkwaal)
3. neurologische aandoeningen (epilepsie, duizeligheid met vallen, beroerte)
4. hartaandoeningen (hartaanval of ander ernstig hartlijden)
5. kanker
6. diabetes

Hoe lager het **opleidingsniveau**, hoe hoger de kans dat men een langdurige aandoening rapporteert. Zo vinden we bij lager opgeleiden:

- een hoger percentage personen dat aangeeft aan een langdurige ziekte, aandoening of handicap te lijden;
- meer comorbiditeit;
- een hogere prevalentie van 12 van de 26 bestudeerde aandoeningen³, met name:
 - ↓ chronische bronchitis of een andere chronische longkwaal,
 - ↓ hartlijden,
 - ↓ hoge bloeddruk,
 - ↓ diabetes,
 - ↓ depressie,
 - ↓ duizeligheid met vallen,
 - ↓ migraine,
 - ↓ hardnekkige rugaandoeningen,
 - ↓ gewrichtsslijtage,
 - ↓ gewrichtsontsteking,
 - ↓ andere vormen van chronisch reuma⁴
 - ↓ maagzweer of zweer van de dunne darm.

Hoewel de tijdsspanne van 7 jaar waarbinnen we kunnen vergelijken relatief kort is en we slechts 3 meetpunten hebben, verschaft de gezondheidsenquête ons toch reeds heel nuttige informatie in verband met de **evolutie** van chronische morbiditeit in België.

- Het percentage personen dat aangeeft één of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps te hebben blijft tussen 1997 en 2004 vrij constant.
- Bij mannen ouder dan 55 jaar en bij vrouwen vanaf 35 jaar stellen we zelfs een daling vast van het aantal personen met een langdurige aandoening.
- In tegenstelling tot wat misschien verwacht wordt, blijft het percentage personen met comorbiditeit tussen 1997 en 2004 gelijk. In het Brussels Gewest zien we zelfs een lichte daling.
- Enkele ziekten, vooral deze die sterk geassocieerd zijn met een hogere leeftijd, nemen toe: hoge bloeddruk, diabetes, osteoporose, cataract, glaucoom. Voor een groot stuk kan dit toegeschreven worden aan de vergrijzing van de bevolking.
- Voor diabetes en hoge bloeddruk stellen we echter ook een toename vast los van het vergrijzingseffect.

³ De 26 aandoeningen die hier bestudeerd worden zijn: astma, chronische bronchitis of andere chronische longkwaal, allergie, ernstige hartkwaal of hartinfarct, hoge bloeddruk, ernstige darmstoornissen, chronische blaasontsteking, diabetes, schildklierafwijkingen, glaucoom, cataract, ernstige somberheid of depressie voor periode van minstens 2 weken, duizeligheid met vallen, migraine, ernstige of chronische huidaandoening, kwaadaardige aandoening of kanker, langdurige vermoeidheid voor een periode van minstens 3 maanden, rugaandoeningen van hardnekkige aard, gewrichtsslijtage, gewrichtsontsteking, andere vormen van chronisch reuma, beroerte en gevolgen, maagzweer of zweer van de dunne darm, osteoporose, prostaatklachten, verzakking van de baarmoeder

⁴ Met andere vormen van chronisch reuma wordt bedoeld: andere dan gewrichtsslijtage en gewrichtsontsteking

De meest voorkomende aandoeningen worden voorgesteld in de volgende tabellen:

Tabel 1 : Percentage van de bevolking met specifieke (zelfgerapporteerde) chronische ziekten in de afgelopen 12 maanden - Top vijf van de meest voorkomende aandoeningen, Gezondheidsenquête, België, 2004

Mannen (alle leeftijden)		Vrouwen (alle leeftijden)	
- Allergie	12%	- Allergie	15%
- Hoge bloeddruk	11%	- Hoge bloeddruk	14%
- Ernstige rugaandoeningen	10%	- Gewrichtsslijtage	13%
- Gewrichtsslijtage	8%	- Migraine	11%
- Chronische bronchitis of ander chronisch longlijden	5%	- Ernstige rugaandoeningen	11%

Tabel 2 : Percentage van de bevolking van 65 jaar en ouder met specifieke (zelfgerapporteerde) chronische ziekten in de afgelopen 12 maanden – Top vijf van de meest voorkomende aandoeningen, Gezondheidsenquête, België, 2004

Mannen (van 65 jaar en ouder)		Vrouwen (van 65 jaar en ouder)	
- Hoge bloeddruk	31%	- Gewrichtsslijtage	40%
- Gewrichtsslijtage	24%	- Hoge bloeddruk	36%
- Hartinfarct of ernstig hartlijden	19%	- Gewrichtsontsteking	22%
- Prostaatklachten	17%	- Ernstige rugaandoeningen	21%
- Ernstige rugaandoeningen	14%	- Osteoporose	19%

De **regionale verschillen** in de prevalentie van chronische ziekten zijn niet onbelangrijk.

- Het percentage personen dat verklaart aan minstens één langdurige ziekte, langdurige aandoening of handicap te lijden ligt in het Vlaams Gewest (21%) merkkelijk lager dan in het Brussels Gewest (25%) en het Waals Gewest (28%)
- Ook de hoogste comorbiditeit wordt vastgesteld in het Waals Gewest. Het Brussels Gewest scoort iets beter. In het Vlaams Gewest is het percentage van de bevolking met comorbiditeit het laagst.
- Voor nagenoeg alle chronische aandoeningen ligt de prevalentie hoger in het Waals Gewest dan in het Vlaams Gewest. Ook in het Brussels Gewest noteren we vaak hogere prevalenties van chronische aandoeningen dan in het Vlaams Gewest. Toch is Brussel het enige gewest waar we een daling vaststellen van de prevalentie van astma, hartlijden, duizeligheid met vallen en sommige reumatische aandoeningen bij mannen.

In de Gezondheidsenquête werd ook nagegaan in welke mate personen met specifieke chronische aandoeningen hiervoor **opgevolgd worden door een arts**, hetzij een huisarts, hetzij een specialist.

- Personen met een hoge bloeddruk, chronische bronchitis of een andere longkwaal, hartinfarct of ernstig hartlijden, diabetes, maagzweer of zweer van de dunne darm, glaucoom, kanker of beroerte (en gevolgen) contacteren hiervoor in 80% of meer van de gevallen een **arts**. Bij allergie en migraine doet minder dan 60% van de bevolking een beroep op een arts.
- Aandoeningen waarvoor mannen **vaker door de huisarts gevolgd** worden dan door een specialist zijn hoge bloeddruk, migraine, langdurige vermoeidheid, chronische bronchitis of ander chronisch longlijden, diabetes, duizeligheid met vallen, astma, depressie en allergie. Bij vrouwen geldt dit ook voor gewrichtsontsteking en andere vormen van chronisch reuma.
- Aandoeningen waarvoor zowel mannen als vrouwen **eerder een beroep doen op de specialist** dan op de huisarts zijn hartinfarct of ander ernstig hartlijden, ernstig darmlijden, cataract, glaucoom, kanker en een beroerte en de gevolgen hiervan. Kanker en ernstig hartlijden zijn aandoeningen die vaak samen door de huisarts en de specialist gevolgd worden.

Tenslotte wordt in de enquête nagegaan in welke mate personen met chronische ziekten en aandoeningen hiervoor een **behandeling** ondergaan.

- Meer dan 90% van de vrouwen met hoge bloeddruk, chronische bronchitis of ander longlijden, hartinfarct of ernstig hartlijden, chronische blaasontsteking of beroerte (en de gevolgen hiervan) gebruikt omwille van deze aandoeningen **geneesmiddelen**. Bij mannen vinden we zo'n hoog percentage enkel voor hoge bloeddruk en maagzweer of zweer van de dunne darm.
- Het percentage personen dat een **niet-medicamenteuze behandeling** onderging omwille van een specifieke chronische ziekte verschilt zeer sterk volgens de aandoening en ligt hoog bij kanker (65% zowel bij mannen als vrouwen), ernstige rugaandoeningen (41% bij mannen, 38% bij vrouwen) en cataract (34% bij mannen, 33% bij vrouwen).

Wat we vooral moeten onthouden uit al deze cijfers zijn **drie belangrijke vaststellingen**:

- De prevalentie van chronische ziekten vertoont belangrijke verschillen tussen de diverse bevolkingsgroepen: vooral de socio-economische verschillen (meer chronische ziekten bij laag opgeleiden) en de regionale verschillen (meer chronische ziekten in het Waals Gewest) vallen op.
- Hoewel de bevolking tussen 1997 en 2004 verouderd is - ook al is dit over zo'n korte tijdspanne relatief beperkt - noteren we globaal gezien geen belangrijke stijging van het voorkomen van chronische ziekten in de algemene bevolking. Dit kan er op wijzen dat de vergrijzing van de bevolking gepaard gaat met een toename van "het gezond ouder worden".
- De chronische ziekte die het duidelijkst toeneemt, is diabetes. Sensibilisatie van de bevolking en van het artsenkorps in verband met vroegtijdige opsporing van deze ziekte en een efficiënte aanpak in een vroegtijdig stadium is nodig.

Samenvatting van de resultaten : Chronische ziekten			
	1997	2001	2004
Percentage van de bevolking dat lijdt aan :			
- een of meerdere langdurige aandoeningen, ziekten of handicaps	24,6%	25,3%	23,8%
- allergie	12,9%	13,8%	13,3%
- hoge bloeddruk	9,2%	11,6%	12,3%
- gewrichtsslijtage	10,1%	11,9%	10,3%
- ernstige rugklachten	9,9%	9,8%	10,0%
- migraine	9,7%	9,3%	7,8%
- diabetes	2,3%	2,8%	3,5%
- maagzweer of zweer dunne darm	2,6%	3,2%	2,7%
- cataract	1,1%	1,7%	1,9%
- comorbiditeit	6,9%	7,7%	7,8%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

1.3. Mentale gezondheid

De resultaten van de gezondheidsenquête geven aan dat in de bevolking van 15 jaar en ouder:

- één persoon op vier (24%) te kampen heeft met een psychisch onwelbevinden;
- iets meer dan de helft daarvan, ofwel 13% van de bevolking, zou kunnen lijden aan een tamelijk ernstige mentale aandoening;
- 8% te maken heeft met depressieve gevoelens;
- 8% klaagt over somatische klachten;
- 6% angstgevoelens heeft;
- 20% (één persoon op vijf) slaapproblemen heeft.

Bovendien geeft 6% aan in het afgelopen jaar een **ernstige depressie** te hebben doorgemaakt. Van die groep wordt 60% opgevolgd door de huisarts, gaat 36% te rade bij een specialist, volgt 19% psychotherapie en neemt 84% hiervoor geneesmiddelen.

De hier voorgestelde cijfers liggen in de lijn met wat we vaststellen op **Europees niveau**: jaarlijks wordt 27% van de volwassen bevolking in de EU geconfronteerd met mentale gezondheidsproblemen. De meest voorkomende problemen zijn angststoornissen en depressie.

Bij de groep van 15 jarigen en ouder, zegt 15% in de afgelopen 2 weken **psychotrope geneesmiddelen** te hebben ingenomen, meer bepaald nam...

- 9% slaapmiddelen,
- 7% kalmeerpillen
- 6% antidepressiva

Sommigen nemen combinaties van deze geneesmiddelen.

Tenslotte blijkt dat 12% van de bevolking ooit reeds ernstig aan **zelfmoord** heeft gedacht en dat 4% ooit geprobeerd heeft om zelfmoord te plegen. Vier op de duizend personen geeft aan dat ze in het afgelopen jaar geprobeerd hebben om een einde te maken aan hun leven.

Vrouwen geven vaker dan mannen aan dat ze te kampen hebben met mentale problemen en rapporteren ook meer dat ze psychotrope geneesmiddelen nemen. In tegenstelling tot mannen geven vrouwen vaker toe dat ze aan zelfmoord gedacht hebben of daartoe reeds pogingen ondernomen hebben. Vrouwen krijgen trouwens vroeger dan mannen te maken met mentale gezondheidsproblemen.

De verschillende indicatoren variëren naargelang de **leeftijd**. Het globaal psychisch onwelbevinden lijkt af te nemen met de leeftijd, terwijl somatische, slaapproblemen en depressieve gevoelens, die een meer « biologische » connotatie hebben, vaker voorkomen op latere leeftijd. Ook het gebruik van psychotrope geneesmiddelen neemt toe met de leeftijd. Dit is vooral het geval bij vrouwen.

Mentale gezondheidsproblemen komen vaker voor bij **laag opgeleiden**. Psychisch onwelbevinden komt echter in dezelfde mate voor in alle bevolkingslagen, en vertoont geen verschillen naargelang het opleidingsniveau. We vinden geen verband tussen mentale gezondheid en de **urbanisatiegraad**.

De meeste indicatoren voor mentale gezondheid zijn gunstiger in het Vlaams Gewest. Angstgevoelens en slaapproblemen vormen hierop een uitzondering.

Ten slotte is het belangrijke om na te gaan hoe de mentale gezondheidsindicatoren **evolueren over de tijd**:

- De prevalentie van psychisch onwelbevinden, het voorkomen van somatische problemen, depressieve stemmingen, angst en slaapproblemen en zelfgerapporteerde depressie blijven tijdens de periode 1997 – 2004 vrij stabiel.
- De zorgindicatoren nemen daarentegen toe: bij de personen die een ernstige depressie rapporteren, zijn er in 2004 meer personen die een zorgverstreker geraadpleegd hebben en voor dat probleem geneesmiddelen genomen hebben dan in 2001.
- Het gebruik van slaapmiddelen, kalmeerpillen en antidepressiva neemt over het verloop van de drie enquêtes toe.

Samenvatting van de resultaten : Mentale gezondheid			
	1997	2001	2004
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder ...			
- met een globaal onwelbevinden*	31%	25%	24%
- met mentale gezondheidsproblemen**	17%	13%	13%
- met somatische problemen	-	8%	8%
- met depressieve problemen	-	9%	8%
- met angstproblemen	-	6%	6%
- met slaapstoornissen	-	20%	20%
- dat een depressieve periode rapporteert in het afgelopen jaar	7%	6%	6%
- dat ooit ernstig aan zelfmoord gedacht heeft	-	-	12%
- dat ooit een zelfmoordpoging heeft ondernomen	-	-	4%
- dat een zelfmoordpoging heeft ondernomen in het afgelopen jaar	-	-	0.4%
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat rapporteert in de afgelopen 2 weken gebruik gemaakt te hebben van...			
- psychotrope geneesmiddelen	10%	13%	15%
- slaapmiddelen	5%	8%	9%
- kalmeermiddelen	4%	6%	7%
- antidepressiva	4%	5%	6%

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

** GHQ-12 score opgesplitst in 2 groepen, met grenswaarde [4+]

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

1.4. Functionele beperkingen

1.4.1. Langdurige beperkingen

In dit onderdeel komen **langdurige functionele beperkingen** in de bevolking aan bod. Belangrijkste doelstelling ervan is om in te schatten welke gevolgen chronische ziekten hebben op het dagelijks functioneren.

- 9% van de bevolking verklaart te lijden aan een chronische ziekte die een **voortdurende beperking** met zich meebrengt bij het uitvoeren van de dagelijkse activiteiten;
- 7% van de bevolking geeft aan **af en toe beperkt** te zijn door een chronische ziekte bij het uitvoeren van de dagelijkse activiteiten;
- 7% van de bevolking is **zelden of nooit beperkt** bij het uitvoeren van hun dagelijkse activiteiten, ook al lijdt ze aan een chronische aandoening;
- 0,4% van de bevolking moet **voortdurend het bed houden** als gevolg van een chronische ziekte of handicap;
- 3,2% van de bevolking moet omwille van deze reden **af en toe in bed blijven**.

Van de **mensen die lijden aan één of meerdere chronische aandoeningen of handicaps** is

- 15% ernstig beperkt (11% bij de mannen, 20% bij de vrouwen)
- 28% matig beperkt (zowel bij de mannen als bij de vrouwen)
- 27% licht beperkt (28% van de mannen, 27% van de vrouwen)
- 29% niet beperkt (33% van de mannen, 25% van de vrouwen)

Van de **oudere mensen (van 75 jaar en ouder) die lijden aan een chronische ziekte of handicap** :

- verklaart meer dan de helft (56%) hierdoor voortdurend beperkt te zijn in hun dagelijkse activiteiten;
- moet één op de vijf hierdoor af en toe in bed blijven.

6,4% van de bevolking geeft aan **officieel als persoon met een invaliditeit of handicap** erkend te zijn (7,4% van de mannen en 5,5% van de vrouwen). Dit percentage neemt toe met de leeftijd.

De oorzaak van deze handicap is:

- een congenitale ziekte in 22% van de gevallen;
- een arbeidsongeval in 16% van de gevallen;
- een beroepsziekte in 10% van de gevallen;
- een andere ziekte in 37% van de gevallen.

In de gezondheidsenquête wordt verder gepeild naar **specifieke functionele beperkingen**.

- 5% van de bevolking van 15 jaar en ouder **mobiliteitsbeperkingen** heeft;
- 2% moet het **bed** houden of is genoodzaakt steeds in een **zetel** te zitten;
- 20% van de bevolking heeft moeilijkheden om een **aantal normale dagelijkse activiteiten**⁵ uit te voeren (13% heeft matige beperkingen, 7% ernstige beperkingen);
- 7% van de bevolking is voor het uitvoeren van minstens één van deze functies **aangewezen op de hulp van anderen**.

Van de personen die **ernstige beperkingen** hebben om deze dagelijkse activiteiten uit te voeren kan:

- 31% uitsluitend rekenen op informele hulp (hulp van familie, kennissen of vrienden);
- 40% enkel rekenen op formele hulp (hulp van professionele hulpverleners);
- 15% zowel op informele als op formele hulp rekenen;
- 14% kan op geen enkele hulp rekenen.

Ook beperkingen bij het **uitvoeren van bepaalde instrumentele activiteiten** (dit zijn activiteiten noodzakelijk om te overleven) werden nagegaan.

5% van de bevolking heeft problemen met minstens één van de volgende activiteiten:

- maaltijden bereiden;
- inkopen doen;
- lichte huishoudelijke activiteiten uitvoeren;
- de was doen.

63% van de personen met dergelijke problemen kan rekenen op informele en formele hulp.

Functionele beperkingen zijn over het algemeen meer uitgesproken bij **vrouwen**:

- 6% van de vrouwen heeft een handicap in mobiliteit (tegenover 3% van de mannen)
- 22% van de vrouwen heeft functionele beperkingen (tegenover 16% van de mannen)

Er is een sterk verband tussen de **leeftijd** en de prevalentie van functionele beperkingen. Jongeren hebben doorgaans weinig of geen beperkingen. Het aantal beperkingen stijgt sterk vanaf de leeftijd van 55 jaar. Dit patroon kan teruggevonden worden voor zowat alle bestudeerde indicatoren.

Een lage **opleiding** hangt in regel samen met een hogere prevalentie van functionele beperkingen.

⁵ Alleen stappen, in en uit het bed komen, in en uit de zetel komen, aan- en uitkleden, gezicht en handen wassen, zelfstandig eten, naar het toilet gaan, continent blijven, voldoende zien, voldoende horen

Van coherente verschillen tussen de **gewesten** is weinig sprake. In de drie gewesten is het belang van formele hulp voor personen met ernstige beperkingen in het uitvoeren van 'normale' activiteiten het meest uitgesproken.

Samenvatting van de resultaten : langdurige functionele beperkingen			
	1997	2001	2004
Percentage van de bevolking ...			
- dat voortdurend beperkt is omwille van een chronische ziekte of aandoening	8%	10%	9%
- met een officieel erkende handicap	8%	9%	6%
- met matige functionele beperkingen	13%	14%	13%
- met ernstige functionele beperkingen	4%	7%	7%
- met handicap in mobiliteit	4%	6%	5%
Percentage van de bevolking, niet opgenomen in een instelling voor ouderen, dat beperkingen heeft bij het uitvoeren van instrumentele activiteiten	-	-	5%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

1.4.2. Tijdelijke beperkingen

Dit onderdeel heeft als doel informatie te verstrekken over tijdelijke beperkingen omwille van lichamelijke of mentale gezondheidsproblemen.

Telkens worden 3 indicatoren geanalyseerd:

- de **prevalentie** van de tijdelijke beperkingen;
- het **gemiddeld aantal dagen per jaar** dat iemand omwille van tijdelijke beperkingen **gehinderd** is in zijn activiteiten;
- het **gemiddeld aantal dagen per jaar** dat iemand omwille van tijdelijke beperkingen het **bed** moet houden.

Uit de resultaten van de enquête blijkt dat:

- 7% van de bevolking van 15 jaar en ouder aangeeft in de afgelopen 2 weken tijdelijke beperkingen te hebben ondervonden omwille van lichamelijke gezondheidsproblemen;
- bij 2% van de bevolking van 15 jaar en ouder dit het geval was omwille van emotionele of mentale gezondheidsproblemen.

Het **aantal dagen** met tijdelijke beperkingen is gemiddeld:

- 16 dagen per jaar per persoon voor tijdelijke beperkingen omwille van lichamelijke problemen;
- 3 dagen per jaar per persoon voor tijdelijke beperkingen omwille van emotionele en mentale problemen.

Het voorkomen van tijdelijke beperkingen omwille van **lichamelijke gezondheidsproblemen** vertoont geen belangrijke verschillen tussen mannen en vrouwen. Deze indicator neemt toe met de leeftijd, maar deze toename verschilt van gewest tot gewest. De kritieke periodes situeren zich tussen de 35 en 44 jaar en vanaf 65 jaar bij de vrouwen en vanaf 75 jaar bij de mannen.

Tijdelijke beperkingen omwille van **emotionele en mentale gezondheidsproblemen** komen vaker voor bij vrouwen en duren bij hen ook langer. Dit is zo op het Belgisch niveau en ook in het Vlaams Gewest. In het Brussels Gewest en het Waals Gewest stellen we dit echter niet vast. Ook hier vinden we belangrijke verschillen volgens de leeftijd. Net zoals voor de beperkingen omwille van lichamelijke gezondheidsproblemen situeren de kritieke periodes zich tussen de 35 en 44 jaar en vanaf 65 jaar bij de vrouwen en vanaf 75 jaar bij de mannen.

De prevalentie van tijdelijke beperkingen (zowel omwille van lichamelijke als emotionele en mentale problemen) hangt niet samen met de **scholingsgraad**, maar het gemiddeld aantal dagen met beperkingen per jaar ligt wel hoger bij de lager opgeleiden.

Sinds 1997 zien we een **daling** van het aantal personen met tijdelijke beperkingen. Ook het gemiddeld aantal dagen dat men hinder ondervindt om zijn dagelijkse activiteiten uit te voeren en het aantal dagen dat men omwille van deze tijdelijke beperkingen in bed moet blijven is sinds 1997 gedaald.

Tenslotte kunnen ook belangrijke **regionale verschillen** teruggevonden worden inzake de prevalentie en de duur van tijdelijke beperkingen, en dit zowel voor de beperkingen omwille van lichamelijke als de beperkingen omwille van mentale of emotionele problemen. In het Vlaams Gewest is de prevalentie het hoogst en duren de beperkingen langer. In het Waals Gewest is zowel de prevalentie als de duur van de beperkingen het laagst.

Samenvatting van de resultaten : Tijdelijke beperkingen			
	1997	2001	2004
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met tijdelijke beperkingen in de afgelopen 2 weken omwille van...			
- lichamelijke gezondheidsproblemen	9%	9%	7%
- emotionele en mentale gezondheidsproblemen	3%	2%	2%
Gemiddeld aantal dagen per jaar en per persoon met beperkingen in de activiteiten omwille van ...			
- lichamelijke gezondheidsproblemen	18	18	16
- emotionele en mentale gezondheidsproblemen	4	2	3
Gemiddeld aantal dagen per jaar en per persoon met bedlegerigheid omwille van ...			
- lichamelijke gezondheidsproblemen	4	3	3
- emotionele en mentale gezondheidsproblemen	2	1	1

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

2. Leefstijl

Leefgewoonten en leefwijzen hebben een verregaande invloed op de gezondheid. Onderzoek heeft aangetoond dat heel wat aspecten van het dagelijkse leven een rol spelen in het behoud van een goede gezondheid, in het voorkomen van lichamelijke kwalen en in het verbeteren van het psychisch welzijn. Bepaalde gedragingen kunnen echter ook de gezondheid schaden, wanneer ze werkelijk deel uitmaken van de leefgewoontes. Het gaat bijvoorbeeld over roken, alcohol- of drugsgebruik, een onevenwichtige voeding, een gebrek aan lichaamsbeweging en ander risicogedrag zoals onbeschermd seks, enz.

Algemeen wordt erkend - en dit wordt ook bevestigd in de wetenschappelijke literatuur - dat, naast de vooruitgang van de geneeskunde, ook de verbetering van de leefhygiëne substantieel heeft bijgedragen tot de toename van de levensverwachting. In heel wat landen is de verbeterde leefhygiëne er voor een groot stuk gekomen dank zij de ontwikkeling van een gezondheidsbeleid dat steunde op informatieverspreiding, de preventie van risicogedrag en de promotie van een gezonde leefstijl.

Omdat de leefgewoonten gedeeltelijk worden bepaald door de cultuur en de omgeving, kan men precies door op deze aspecten in te werken het waardesysteem en dus ook het gedrag van de individuen beïnvloeden.

Het is dus voor het beleid, maar ook voor de organisaties die de gezondheidsprogramma's uitvoeren, van essentieel belang om over informatie te beschikken over de prevalentie van de verschillende leefstijlen, de manier waarop deze verschillen tussen de diverse bevolkingsgroepen en de evolutie ervan in de tijd. Op die manier kan immers de impact van de uitgezette beleidslijnen ingeschat worden.

In de module "leefstijl" van de Gezondheidsenquête komen de volgende aspecten aan bod:

- lichaamsbeweging
- voedingsgewoonten
- gebruik van alcohol
- tabaksgebruik
- gebruik van cannabis
- gebruik van voorbehoedsmiddelen
- bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen
- houding ten opzichte van HIV/AIDS.

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. De voedingsgewoonten worden echter ook bij jongeren bevroegd.

2.1.Lichaamsbeweging

Hoewel er heel wat aanbevelingen bestaan in verband met lichaamsbeweging, is de basisboodschap steeds dezelfde: ieder individu zou op z'n minst 30 minuten per dag aan **lichaamsbeweging** moeten doen.

De resultaten in verband met de **lichaamsbeweging tijdens de vrije tijd** geven aan dat:

- 18% van de bevolking (van 15 jaar en ouder) in de vrije tijd minstens 4 uur per week aan lichaamsbeweging doet;
- 57% dit minder dan 4 uur per week doet;
- de rest van de bevolking, 25%, een gezondheidsrisico loopt omdat ze helemaal niet aan lichaamsbeweging doet in de vrije tijd.

In de Verenigde Staten varieert dit cijfer tussen de 15 en 45%, maar wordt de waarde van 20% als objectief gesteld om tegen 2010 te bereiken.

Sommige **bevolkingsgroepen** lopen een hoger risico door een tekort aan lichaamsbeweging tijdens de vrije tijd:

- vrouwen, en dan vooral jonge vrouwen tussen 15 en 24 jaar en van 75 jaar en ouder;
- personen in het Waals Gewest, die in 31% een risico lopen door een tekort aan lichaamsbeweging (dit percentage bedraagt 21% in het Vlaams Gewest).

De resultaten in verband met **de globale lichaamsbeweging** (niet enkel tijdens de vrije tijd, maar ook in het dagelijks leven, thuis, op weg naar het werk en op het werk zelf) geven aan dat:

- 34% van de bevolking van 15 jaar en ouder gedurende minstens 30 minuten per dag aan matige of intensieve lichaamsbeweging doet. In de Verenigde Staten bedraagt dit cijfer 47%.

Dit percentage is hoger bij mannen dan bij vrouwen, en dit vooral bij jongeren tussen 15 en 24 jaar. In het Vlaams Gewest vinden we het grootst aantal personen dat minstens 30 minuten per dag aan lichaamsbeweging doet. In het Waals Gewest is dit minder en in het Brussels Gewest het laagst.

Lichaamsbeweging : resultaten per gewest			
	Vlaams Gewest	Brussels Gewest	Waals Gewest
Percentage personen van 15 jaar en ouder dat aangeeft ...			
- niet aan lichaamsbeweging te doen tijdens de vrije tijd	21%	27%	31%
- minstens 30 minuten per dag aan lichaamsbeweging te doen	40%	22%	30%
Percentage personen van 15 jaar en ouder dat ...			
- voldoende aan lichaamsbeweging doet om er een gunstig effect van te hebben op de gezondheid	52%	69%	63%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 2004

Het is mogelijk om voor elk individu na te gaan of zijn of haar niveau van lichaamsbeweging voldoende is om er een gunstig effect van te hebben op de gezondheid, hetzij in het algemeen, hetzij voor specifieke aspecten van de gezondheid.

Zo bedraagt het percentage personen van 15 jaar en ouder dat onvoldoende aan lichaamsbeweging doet

..

- om er een gunstig effect van te hebben voor de gezondheid: 57%
- om het risico op hart- en vaatlijden te verminderen: 62%
- om gewichtstoename te vermijden: 73%.

Sommige bevolkingsgroepen doen **onvoldoende aan lichaamsbeweging** om er een gunstige effect uit te halen voor hun gezondheid:

- vrouwen in het algemeen
- personen van het Brussels Gewest.

Personen met een eerder beperkte **opleiding** besteden minder tijd aan lichaamsbeweging tijdens de vrije tijd. Wanneer echter ook de lichaamsbeweging tijdens (o.a.) de beroepsactiviteit mee in rekening genomen wordt, observeren we geen verschil meer tussen laag opgeleiden en hoog opgeleiden. Enkel in het Waals Gewest blijven de verschillen bestaan, ook als we rekening houden met de lichaamsbeweging tijdens de beroepsactiviteit.

Het is hoe dan ook duidelijk dat een groot deel van de bevolking onvoldoende aan lichaamsbeweging doet. Dringende actie is hier nodig. Enkele denkplaatjes zijn:

1. Lichaamsbeweging tijdens de vrije tijd dient aangemoedigd te worden, vooral bij de socio-economisch achtergestelde bevolkingsgroepen. De plaatselijke inplanting van sportinfrastructuur is niet altijd voldoende.
2. Wandelen (tijdens de vrije tijd of op weg van en naar het werk) dient gepromoot te worden, ook al is het positief effect hiervan vrij beperkt. Deze vorm van lichaamsbeweging is immers toegankelijk voor de grote meerderheid van de bevolking en het is mogelijk om daarvoor grote bevolkingsgroepen te mobiliseren.
3. Voor personen met een zittend leven, dient een minimum aan lichaamsbeweging aangemoedigd te worden. Om dit te realiseren dienen initiatieven genomen te worden die makkelijk in het dagelijks leven van deze personen geïntegreerd kunnen worden.

Samenvatting van de resultaten : Lichaamsbeweging			
	1997	2001	2004
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ...			
- aangeeft niet aan lichaamsbeweging te doen tijdens de vrije tijd	33%	34%	25%
- aangeeft minstens 30 minuten per dag te besteden aan lichaamsbeweging	-	38%	34%
- voldoende aan lichaamsbeweging doet om er een gunstig effect van te hebben op de gezondheid	-	44%	43%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

2.2. Voedingsgewoonten

Omdat het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) op vraag van het Federaal Ministerie van Volksgezondheid in 2004 een uitgebreide voedselconsumptiepeiling georganiseerd heeft, is de vraagstelling hieromtrent in de Gezondheidsenquête 2004 eerder beperkt. De aandacht gaat vooral uit naar het eetpatroon van de bevolking, de frequentie van het gebruik van bereide of rauwe **groenten**, vers **fruit**, **bruin brood** en **vis of schelp- of schaaldieren** en mogelijke wijzigingen in de consumptie van **vetten** en **vezels**.

22% van de bevolking heeft een **onregelmatig eetpatroon**. Heel wat mensen – vooral het beroepsactieve deel van de bevolking - slaan bijvoorbeeld het ontbijt over.

Enkel vaststellingen in verband met het gebruik van **specifieke voedingsmiddelen**:

- 15% van de bevolking eet minder dan één keer per dag groenten
- 38% van de bevolking eet minder dan één keer per week vis
- 41% van de bevolking eet minder dan één keer per dag fruit
- 47% van de bevolking eet niet genoeg bruin brood

De belangrijkste risicogroepen hier zijn: de **jongeren** (tussen 15 en 34 jaar) en de personen met een **lage scholingsgraad**.

Twee derde van de personen (68%) geeft aan dat ze in de afgelopen twee jaar niet geprobeerd hebben om hun vetconsumptie te verminderen. Ook geeft 79% van de personen aan dat ze geen poging hebben ondernomen om het gebruik van vezels te verhogen. In beide gevallen doen mannen minder inspanningen dan vrouwen.

Samenvatting van de resultaten : Voedingsgewoonten			
	1997	2001	2004
Percentage van de bevolking dat ...			
- er geen regelmatig voedingspatroon op nahoudt	-	22%	22%
- niet dagelijks groenten gebruikt	-	21%	15%
- dat niet wekelijks vis gebruikt	-	45%	38%
- dat niet dagelijks fruit gebruikt	-	39%	41%
- dat onvoldoende bruin brood eet	-	48%	47%
- aangeeft in de afgelopen twee jaar geen inspanning te hebben gedaan om het gebruik van vetten te verminderen	-	68%	68%
- aangeeft in de afgelopen twee jaar geen inspanning te hebben gedaan om het gebruik van vezels te verhogen	-	78%	79%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

2.3. Voedingsstoestand

De Body Mass Index (BMI) is een maat voor het relatief lichaamsgewicht, d.w.z. het gewicht volgens de lengte. Aan de hand van deze maat kan nagegaan worden of iemand met overgewicht of ondergewicht kampt.

De gemiddelde BMI van personen van 18 jaar en ouder bedraagt 25,1. In acht nemende dat de limiet voor overgewicht vastgesteld is op 25, betekent dit dus dat de Belg gemiddeld te dik is. In vergelijking met de twee vorige gezondheidsenquêtes (1997 en 2001) is de gemiddelde BMI-waarde in 2004 licht gestegen, maar het verschil met 1997 en 2001 is niet statistisch significant.

Bij 44% van de volwassen bevolking is het **gewicht te hoog** (BMI > 25):

- 31% kampt met **overgewicht** (een BMI tussen 25 en 30);
- 13% is echt **zwaarlijvig** (een BMI hoger dan 30).

Alarmerend is dat **vanaf de leeftijdsgroep 45-54 jaar**, meer dan de helft van de bevolking aan overgewicht lijdt en dat in de leeftijdsgroep 55-64 jaar 20% van de personen echt zwaarlijvig is.

11% van de **jongeren tussen 2 en 18 jaar** heeft reeds een overgewicht. Dit is vooral het geval in de leeftijdsgroep 5 tot 10 jaar (14%). Overgewicht komt even vaak voor bij jongens als bij meisjes.

In het **Waals Gewest** (48%) zijn er meer personen met overgewicht dan in de andere twee gewesten (43% in het Vlaams Gewest, 39% in het Brussels Gewest).

Wanneer we de resultaten van de Gezondheidsenquête 2001 vergelijken met cijfers van andere Europese landen die in de periode 2000-2002 gegevens verzamelden i.v.m. overgewicht, vinden we de volgende resultaten:

- 50% in Spanje
- 44% in België
- 43% in Noorwegen
- 42% in Nederland
- 42% in Denemarken
- 39% in Zwitserland

België situeert zich dus ongeveer in het midden.

Van de personen met een overgewicht:

- maakt 41% zich geen zorgen over hun gewicht;
- probeert 40% hun huidig gewicht te behouden;
- probeert 15% te vermageren (meestal gaat het om vrouwen);
- probeert 5% te verdikken.

Personen die willen vermageren of inspanningen doen om hun gewicht onder controle te houden doen dit door:

- het volgen van een dieet (89%)
- meer aan lichaamsbeweging te doen (36%)
- vermageringsproducten te gebruiken (8%)

Samenvatting van de resultaten : Voedingsgewoonten			
	1997	2001	2004
Percentage van de personen van 18 jaar en ouder met een te hoog gewicht (BMI > 25)			
- Vlaams Gewest	41%	43%	43%
- Brussels Gewest	38%	41%	39%
- Waals Gewest	45%	48%	48%
- België	41%	44%	44%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

2.4. Gebruik van alcohol

De indicatoren voor alcoholgebruik in de Gezondheidsenquête 2004 (bij personen van 15 jaar en ouder) geven de volgende resultaten:

1. 84% van de bevolking van verklaart in de afgelopen 12 maanden **minstens één keer een alcoholische drank** te hebben gebruikt;
2. 63% van de bevolking drinkt **wekelijks alcohol**;
3. 30% van de bevolking drinkt **enkel alcohol tijdens het weekend** (de vrijdag inbegrepen) en 30% drinkt **zowel op weekdagen als in het weekend**;
4. 10% van de bevolking drinkt **dagelijks alcohol**;
5. de personen die wekelijks alcohol gebruiken drinken **gemiddeld 11 glazen per week**;
6. 7% van de bevolking kan als een **“zware drinker”** bestempeld worden (d.w.z. drinkt gemiddeld minstens 22 glazen alcohol per week);
7. 32% van de bevolking heeft in de afgelopen 6 maanden minstens één keer een **overmatig alcoholgebruik** vertoond (gebruik van 6 of meer glazen alcohol op één dag). 10% van de bevolking vertoont minstens één keer per week een overmatig alcoholgebruik;
8. 8% van de gebruikers vertoont een **problematisch alcoholgebruik**.

In regel liggen deze cijfers hoger bij mannen dan bij vrouwen en sommige indicatoren zijn ook hoger bij jongeren tussen **15 en 24 jaar**. Bij deze laatste concentreert het **gebruik van alcohol** zich vooral tijdens de **weekends**.

Het geregeld alcoholgebruik neemt toe met het **opleidingsniveau**. Problematisch alcoholgebruik komt echter meer voor bij laag geschoolden.

In het **Vlaams Gewest** ligt het gebruik van alcohol hoger. Het verschil met de andere gewesten is vooral uitgesproken bij jongeren tussen 15 en 24 jaar. Toch is de gemiddelde hoeveelheid alcohol die wekelijks wordt ingenomen lager in het Vlaams Gewest dan in de andere 2 gewesten.

25% van de **Brusselse bevolking** drinkt geen alcohol; dit resultaat heeft waarschijnlijk te maken met een grotere aanwezigheid van allochtonen. Nochtans noteren we in het Brussels Gewest ook het grootste aantal dagelijkse alcoholgebruikers en vinden we er het grootst aantal personen dat een problematisch alcoholgebruik vertoont.

In het **Waals Gewest** vinden we het grootst aantal zware drinkers en is de gemiddelde hoeveelheid alcohol die gebruikt wordt per week het hoogst.

De resultaten inzake alcoholgebruik van de Gezondheidsenquête 2001 werden vergeleken met deze van enkele andere landen waarvoor gegevens beschikbaar van ongeveer dezelfde periode.

Uit deze **vergelijkende analyse** blijkt dat het percentage van de bevolking van 16 jaar en ouder dat in de afgelopen 12 maanden minstens één alcoholische drank gebruikte ...

- in Engeland 89% is;
- in Noorwegen 86%;
- in België 81%;
- in Zwitserland 78%;
- in Bulgarije 63%.

Samenvatting van de resultaten : Gebruik van alcohol			
	1997	2001	2004
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat...			
- minstens één alcoholische drank heeft gebruikt in de afgelopen 12 maanden	84%	80%	84%
- wekelijks alcohol gebruikt	58%	58%	63%
- enkel alcohol gebruikt in het weekend	30%	29%	30%
- zowel alcohol gebruikt op weekdays als in het weekend	26%	27%	30%
- dagelijks alcohol gebruikt	8%	10%	10%
- als « zware drinker » kan bestempeld worden (wekelijks meer dan 22 glazen alcohol gebruikt)	6%	8%	7%
- minstens één keer op een overmatig manier alcohol gebruikt heeft (minstens 6 glazen alcohol gedronken op een zelfde dag) in de afgelopen 6 maanden	31%	34%	32%
- minstens één keer per week op een overmatig manier alcohol gebruikt (minstens 6 glazen alcohol gedronken op een zelfde dag)	9%	11%	10%
Gemiddeld aantal geconsumeerde glazen alcohol per week bij wekelijkse drinkers	10	11	11
Percentage van de personen die alcohol gebruiken dat een problematisch alcoholgedrag vertoont	-	7%	8%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

2.5. Tabaksgebruik

De indicatoren voor tabaksgebruik in de Gezondheidsenquête 2004 (bij personen van 15 jaar en ouder) geven de volgende resultaten:

1. Het aantal **rokers** is 28% (24% dagelijkse rokers en 4% occasionele rokers).
2. Het aantal **niet-rokers** is dus 72% (20% ex-rokers en 52% dat aangeeft nooit gerookt te hebben of tijdens hun hele leven minder dan 100 sigaretten gerookt te hebben).
3. Dagelijkse rokers roken **gemiddeld 17 sigaretten per dag**.
4. Het aantal **zware rokers** (≥ 20 sigaretten per dag) is 10%.
5. De **leeftijd** waarop met (regelmatig) roken wordt gestart is gemiddeld 17 jaar, maar 10% van de huidige rokers begon op 14-jarige leeftijd te roken.
6. Geschat wordt dat 34% van de huidige rokers **matig tot zeer sterk afhankelijk** is van tabak.
7. 68% van de huidige rokers heeft reeds tevergeefs getracht om te **stoppen met roken**.

Het aantal **mannen** dat rookt is nog steeds groter dan het aantal vrouwen.

Het aantal rokers bij **jongeren** tussen 15 en 24 jaar is 26%. Dit blijft hoog, maar is een verbetering in vergelijking met de resultaten van 2001, toen dit percentage 31% bedroeg.

Van deze jongeren is reeds 6% een **zware roker** en is 12% **matig tot zeer sterk afhankelijk** van tabak. Het tabaksgebruik bij jongeren tussen 15 en 24 jaar is momenteel hoger in het **Vlaams Gewest** (30%) dan in de twee andere gewesten (21%).

Tabaksgebruik is hoger in de bevolkingsgroepen met een **lagere scholingsgraad**. In deze groepen begint men ook **vroeger met roken** (gemiddeld op 16 jarige leeftijd) en is ook een groter aantal jongeren (40%) afhankelijk van tabak.

Er bestaan maar **weinig regionale verschillen** inzake het gebruik van tabak. Deze verschillen worden bovendien kleiner in vergelijking met de resultaten van de vorige gezondheidsenquêtes toen de situatie in het Vlaams Gewest beter was dan in de andere gewesten.

Tabaksgebruik : resultaten per Gewest			
	Vlaams Gewest	Brussels Gewest	Waals Gewest
Percentage personen van 15 jaar en ouder dat ...			
- aangeeft te roken	27%	29%	29%
- aangeeft dagelijks te roken	23%	24%	26%
- beschouwd kan worden als een zware roker (20 of meer sigaretten per dag)	9%	11%	12%
Gemiddeld aantal sigaretten dat per dag gerookt wordt (door dagelijkse rokers)	17	18	18

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

Het aantal rokers **daalt** licht sinds de eerste Gezondheidsenquête: 30% in 1997, 29% in 2001 en 28% in 2004. Na correctie voor leeftijd en geslacht is deze trend echter niet significant, wat doet vermoeden dat de daling eerder te maken heeft met demografische veranderingen, dan met veranderingen van het rookgedrag. Het percentage zware rokers is trouwens gelijk gebleven.

Toch merken we op dat het **tabaksgebruik bij jongeren tussen 15 en 24 jaar gedaald** is van 31% in 2001 naar 26% in 2004. Dit is ongetwijfeld bemoedigend. Anderzijds blijken jongeren iets vroeger met roken te beginnen. In 2004 is dit gemiddeld 7 maanden vroeger dan in 2001.

De resultaten inzake tabaksgebruik van de Gezondheidsenquête 2001 werden vergeleken met deze van enkele andere landen waarvoor gegevens beschikbaar van ongeveer dezelfde periode.

Uit deze **vergelijkende analyse** blijkt dat het percentage van de bevolking van 16 jaar en ouder dat rookt:

- 43% is in Engeland;
- 37% in Denemarken;
- 38% in Noorwegen;
- 34% in Spanje;
- 30% in Zwitserland;
- 29% in België.

Na correctie voor leeftijd en geslacht is het aantal huidige rokers in België significant lager dan in de meeste van de andere landen waarvoor cijfers beschikbaar waren.

Voorals het aantal rokers onder de jongeren tussen 16 en 24 jaar is in de meeste van deze landen zeer hoog. Daar waar één op de drie Belgische jongeren roken is dit:

- 69% in Engeland
- ongeveer 41% in Zwitserland, Noorwegen, Bulgarije en Spanje
- ongeveer 36% in Denemarken en Nederland

Meestal liggen deze percentages in de buurt of zelfs hoger dan wat gevonden kan worden bij de bevolking van 25 jaar en ouder.

In vergelijking met de resultaten van de andere Europese landen zijn de Belgische cijfers bemoedigend. Toch moet de strijd tegen het roken verder gezet worden. De doelstelling van de WGO is immers om tegen 2015 het percentage niet-rokers van 15 jaar en ouder te doen toenemen tot minstens 80% en het aantal niet-rokers onder de 15 jaar tot nagenoeg 100%.

Dat het percentage rokers in België in de afgelopen jaren niet gedaald is, benadrukt het belang om hieromtrent verder initiatieven te nemen.

Samenvatting van de resultaten : Tabaksgebruik			
	1997	2001	2004
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat...			
- roker is	30%	29%	28%
- dagelijks rookt	26%	24%	24%
- zware roker is (≥ 20 sigaretten per dag)	10%	10%	10%
- gemiddeld aantal gerookte sigaretten per dag bij huidige rokers	-	-	17
- gemiddelde leeftijd waarop gestart wordt met (regelmatig) roken	-	18 jr	17 jr
Percentage van de huidige rokers van 15 jaar en ouder dat...			
- matig tot zeer sterk afhankelijk is van tabak	-	-	34%
- reeds tevergeefs getracht heeft om te stoppen met roken	64%	64%	68%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

2.6. Gebruik van cannabis

13% van de bevolking tussen 15 en 64 jaar heeft minstens eenmaal een afgeleid product van cannabis (hasjes of marihuana) gebruikt. Het cannabisgebruik situeert zich vooral bij **jonge volwassenen**. Eén op vier personen in de leeftijdsgroep van 25 tot 34 jaar rapporteert ooit cannabis gebruikt te hebben.

- 5% van de bevolking heeft cannabis gebruikt in de laatste 12 maanden
- 3% van de bevolking heeft cannabis gebruikt in de laatste 30 dagen

Daarnaast gebruikt 30% van de actuele gebruikers cannabis op intensieve wijze, d.w.z. gedurende minstens 20 van de laatste 30 dagen.

De consumptie van cannabis is het **hoogst**:

- bij mannen;
- in het Brussels gewest;
- in stedelijke gebieden.

Het cannabisgebruik stijgt met het opleidingsniveau. Dit verschil kan deels verklaard worden doordat de jongere generaties in het algemeen een hoger opleidingsniveau hebben.

Samenvatting van de resultaten : Gebruik van cannabis			
	1997	2001	2004
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat aangeeft ...			
- minstens eenmaal een cannabisproduct gebruikt te hebben	-	11%	13%
- cannabis gebruikt te hebben in de afgelopen 12 maanden	-	-	5%
- cannabis gebruikt te hebben in de afgelopen 30 dagen	-	2,7%	3,0%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

2.7. Seksuele gezondheid

In dit onderdeel verstaan we onder “seksueel actieve personen” zij die aangeven in de twaalf maanden voorafgaand aan de enquête seksuele betrekkingen te hebben gehad.

75% van de seksueel actieve vrouwen tussen 15 en 49 jaar gebruikt een contraceptiemethode (ofwel zichzelf ofwel hun partner). Dit percentage vermindert met de leeftijd: van 84% bij de 15 tot 19-jarigen tot 63% bij de 45 tot 49-jarigen.

Van de **vrouwen die een contraceptiemethode gebruiken** (ofwel zichzelf, ofwel hun partner) kiest 60% voor de pil, 13% voor het spiraaltje, 8% voor een barrièremethode (diafragma, spermicide, sponsje, condoom) en 12% voor sterilisatie.

Bij **vrouwen die een contraceptiemethode gebruiken** (ofwel zichzelf, ofwel hun partner), is de keuze voor de pil:

- frequenter bij de **jongeren** (93% bij de vrouwen tussen 20 en 24 jaar);
- **gedaald** van 69% in 1997 tot 60% in 2004; deze daling is meer uitgesproken in het Vlaams gewest (van 70% naar 55%);
- **minder frequent in het Vlaams gewest** (55%) dan in het Waals en het Brussels gewest (69%).

Bij **vrouwen die een contraceptiemethode gebruiken** (ofwel zichzelf, ofwel hun partner), is de keuze voor het spiraaltje:

- frequenter bij de vrouwen met een hoog **opleidingsniveau**
- **stijgt** tussen 1997 (9%) en 2004 (13%).

Sterilisatie wordt vaker gehanteerd als contraceptiemethode in het Vlaams gewest (9%) dan in het Waals (5%) en het Brussels gewest (3%).

Seksueel actieve personen zonder vaste relatie lopen een groter potentieel risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA). In België loopt 7% van de bevolking een dergelijk risico. Dit percentage is hoger bij de mannen (9%) en bij jongeren (18% bij de 15 tot 24-jarigen en 13% bij de 25 tot 34-jarigen). Dit percentage is eveneens hoger bij de bevolking woonachtig in de stedelijke gebieden.

In de bevolking die een risico loopt, gebruikt 56% het condoom als beschermingsmiddel tegen SOA's.

Het **gebruik van een condoom** (door de persoon zelf of door de partner) is:

- frequenter bij **jongeren** (61% bij de 15 tot 34-jarigen); men observeert geen verschil tussen mannen en vrouwen;
- is **lager in het Vlaams gewest** (50%) dan in het Brussels (67%) en het Waals (64%) gewest

In het Vlaams gewest verklaren vrouwen vaker dat zichzelf of hun partner een condoom gebruiken dan mannen. In het Brussels en het Waals gewest is dit omgekeerd.

Wat betreft het risico op een SOA, blijkt dat in 2004:

- 30% van de personen van 15 jaar en ouder in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête niet seksueel actief was;
- 63% van de personen van 15 jaar en ouder een vaste relatie had met een zelfde partner sinds 12 maanden;
- 4% van de personen van 15 jaar en ouder in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête seksueel actief was zonder vaste relatie (risicogroep), en een condoom gebruikte om zich te beschermen tegen SOA;
- 3% van de personen van 15 jaar en ouder in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête seksueel actief was zonder vaste relatie en geen gebruik maakte van een beschermingsmethode of enkel een weinig effectieve methode hanteerde.

Bevolkingsgroepen met een verhoogd risico op een SOA en die geen effectieve beschermingsmethode gebruiken zijn: jongeren, lager opgeleiden en personen in stedelijke gebieden.

Samenvatting van de resultaten: Seksuele gezondheid			
	1997	2001	2004
Percentage van de seksueel actieve vrouwen tussen 15 en 49 jaar dat aangeeft dat zij of hun partner een contraceptiemethode gebruiken	-	76%	75%
Percentage van de vrouwen die aan contraceptie doen dat gebruik maakt van ...			
- de pil	69%	63%	60%
- het spiraaltje	9%	10%	13%
- een barrièremethode	6%	10%	8%
- sterilisatie	12%	14%	12%
Percentage van de personen (van 15 jaar of ouder) dat verklaart seksueel actief te zijn zonder een vaste relatie	-	-	7%
Percentage van de seksueel actieve personen (van 15 jaar en ouder) zonder vaste relatie dat in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête geen gebruik maakte van een beschermingsmethode of enkel een weinig effectieve methode hanteerde.	-	-	44%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

2.8. Houdingen ten opzichte van HIV/AIDS

Deze module peilt naar de kennis van de bevolking over de wijze waarop het HIV-virus zich verspreidt, alsook over de ernst van AIDS als ziekte. Kort samengevat:

- Slechts 33% van de personen (van 15 jaar en ouder) identificeert de in de enquête gepresenteerde **manieren van besmetting** correct (het betrof telkens manieren waarop de besmetting niet kan worden overgedragen).
- Slechts 56% herkent de voorgestelde **beschermingsmethodes correct** als niet beschermend tegen een besmetting met het HIV-virus tijdens seksuele contacten.
- Slechts 38% schat de ernst van AIDS als ziekte correct in.

Positief is dat men een lichte vooruitgang observeert van de kennis over HIV/AIDS sinds de enquête van 1997:

- De kennis over de besmettingswijzen van HIV steeg met 8%.
- De kennis over de beschermingsmethodes ging met 3% vooruit.

23% van de bevolking onderging reeds een **HIV-test** (dit cijfer bleef hetzelfde als in 1997).

69% gaat akkoord met één of meerdere **discriminerende stellingen ten opzichte van seropositieve personen** (aanvaardt niet om samen de maaltijd te gebruiken, zou kinderen niet in het gezelschap laten van seropositieve persoon, vindt dat werkgever een seropositieve persoon moet kunnen ontslaan,...)

De personen met een hoger **opleidingsniveau** hebben een betere kennis van HIV/AIDS (overdracht, bescherming en ernst) en een positievere houding ten opzichte van seropositieve personen. Zij hebben vaker reeds een HIV-test laten uitvoeren.

De **jongeren** (15-24 jaar) hebben een slechtere kennis over de ziekte en een negatievere houding ten opzichte van besmette personen. Bij de personen tussen 25 en 54 jaar zijn de kennis en de attitudes inzake AIDS beter. In de oudere leeftijdsgroepen daalt de kennis over AIDS en vinden we vaker een discriminerende houding.

Er bestaan frappante verschillen tussen de gewesten. In het Vlaams gewest...

- geeft 17% van de bevolking aan minstens eenmaal in zijn/haar leven een **HIV-test** te hebben laten uitvoeren; dit percentage bedraagt 40% in het Brussels gewest en 28% in het Waals gewest.
- vindt men een groter aandeel personen met een **discriminerende houding** ten opzichte van seropositieve personen en met een foutieve opvatting over de ernst van HIV/AIDS;
- is het deel van de bevolking dat correct inschat op welke manier men niet kan besmet raken hoger dan in de andere gewesten.

Samenvatting van de resultaten : Houding tegenover AIDS			
	1997	2001	2004
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ...			
- de in de enquête voorgestelde contacten correct identificeert als niet-besmettelijk	25%	-	33%
- het feit herkent dat alle voorgestelde methodes niet beschermen tegen de overdracht van het virus bij een seksueel contact	53%	-	56%
- de ernst en ongeneesbaarheid van AIDS correct inschat	-	-	38%
- reeds een HIV-test onderging	22%	-	23%
- één of meerdere discriminerende stellingen ten opzichte van seropositieve personen bevestigt	70%	-	69%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

3. Preventieve Geneeskunde

In de afgelopen 30-40 jaar heeft de preventieve geneeskunde meer en meer zijn vruchten afgeworpen. Zo bracht vaccinatie een revolutionaire verbetering mee van de controle van heel wat infectieziekten. Maar ook de vroegtijdige opsporing van niet overdraagbare ziekten is een essentiële component geworden van de preventieve geneeskunde en heeft een belangrijke daling van de morbiditeit en mortaliteit veroorzaakt.

In 1985 verschenen de doelstellingen van de WGO in het kader van "Gezondheid voor allen". Daarin werd duidelijk gesteld dat de nadruk moet liggen op programma's voor gezondheids promotie en ziektepreventie

In dit hoofdstuk, dat handelt over preventie, gaat het in essentie over primaire preventie (vaccinatie bij volwassenen) en secundaire preventie (vroegtijdige opsporing van hoge bloeddruk, een te hoog cholesterolgehalte in het bloed, diabetes, borstkanker en baarmoederhalskanker).

3.1. Vaccinatie

In de Gezondheidsenquête wordt geen informatie verzameld over de vaccinatiegraad bij kinderen. Daarvoor zijn in België andere informatiebronnen beschikbaar. Hier hebben we het dus uitsluitend over vaccinaties bij volwassenen.

49% van de bevolking geeft aan over een **vaccinatiekaart** te beschikken.

60% van de bevolking (van 15 jaar of ouder) verklaart in de afgelopen 10 jaar gevaccineerd te zijn tegen **tetanus**. Een mindere goede vaccinatiegraad wordt gevonden:

- bij vrouwen, vooral in de leeftijdsgroep 35-54 jaar;
- in stedelijke gemeenten;
- bij personen van vreemde nationaliteit van buiten de EU.

29% van de bevolking verklaart in de afgelopen 10 jaar gevaccineerd te zijn tegen **hepatitis B**. De vaccinatiegraad steeg van 24% in 2001 tot 29% in 2004. 40% van de personen die gevaccineerd werden tegen hepatitis B kreeg deze vaccinatie toegediend door de huisarts.

14% van de bevolking verklaart in de afgelopen 3 jaar gevaccineerd te zijn tegen hersenvliesontsteking door **meningokokken type C**. Meer specifiek gaat het om:

- 64% van de kinderen jonger dan 5 jaar
- 60% van de 5 tot 9-jarigen
- 47% van de 10 tot 14 jarigen
- 37% van de 15 tot 19 jarigen
- 6% van de 20 tot 24 jarigen.

49% van de risicopopulatie⁶ werd in het afgelopen vaccinatieseizoen (van september tot december) gevaccineerd tegen de **griep**. De vaccinatiegraad ligt heel wat lager (13%) bij personen met een vreemde nationaliteit van buiten de EU.

12% van de risicopersonen werd gevaccineerd tegen **pneumokokken**. We vinden vooral een lage vaccinatiegraad bij de 45-54 jarigen (3%) en de 55-64 jarigen (8%). 65-74 jarigen (16%) en 75-plussers (15%) zijn vaker gevaccineerd tegen pneumokokken.

Vaccinatiegraad : resultaten per gewest			
	Vlaams Gewest	Brussel Gewest	Waals Gewest
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat aangeeft gevaccineerd te zijn tegen tetanus in de afgelopen tien jaar	56%	59%	69%
Percentage van de bevolking dat aangeeft gevaccineerd te zijn tegen ...			
- hepatitis B in de afgelopen tien jaar	30%	33%	26%
- hersenvliesontsteking door meningokokken C in de afgelopen drie jaar	16%	9%	11%
Percentage van de risicopersonen dat aangeeft gevaccineerd te zijn tegen...			
- griep in het afgelopen vaccinatieseizoen	51%	42%	47%
- pneumokokken in de afgelopen vijf jaar	10%	15%	15%

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2004

Vier belangrijke punten zijn te noteren.

1. **Lager opgeleiden** zijn minder vaak gevaccineerd tegen tetanus, hepatitis B en meningitis. Voor vaccinatie tegen griep en pneumokokken is dit niet het geval. Dit toont aan dat een actief en goed gecoördineerd beleid, dat er op gericht is de bevolking te sensibiliseren om zich te laten vaccineren, zijn vruchten kan afwerpen.
2. We noteren een **daling** van de vaccinatiegraad tegen tetanus (behalve in het Waals Gewest) van 68% in 1997 naar 60% in 2004. Inspanningen moeten geleverd worden om deze trend te stoppen. De huisarts kan daarbij een belangrijke rol spelen.
3. In het **Vlaams Gewest** vinden we bij kinderen onder de vijf jaar een veel hogere vaccinatiegraad voor vaccinatie tegen hersenvliesontsteking door meningokokken type C dan in de andere gewesten. De vaccinatiegraad voor pneumokokkeninfecties is dan weer hoger in het **Brussels en Waals Gewest**.
4. Bij **jonge personen die lijden aan chronische aandoeningen** (en die dus deel uitmaken van de doelgroep voor vaccinatie tegen griep en pneumokokken) is de vaccinatiegraad duidelijk onvoldoende. Sensibilisatiecampagnes moeten zich niet enkel richten tot ouderen, maar ook tot de jongere personen die behoren tot de risicogroepen.

⁶ Personen van 65 jaar en ouder en personen van 15 jaar en ouder die minstens één van de volgende chronische ziekten hebben: astma, chronische bronchitis, hart- en vaatlijden, nierproblemen of diabetes

Samenvatting van de resultaten : Vaccinatiegraad			
	1997	2001	2004
Percentage van de bevolking dat aangeeft ...			
- over een vaccinatiekaart te beschikken	-	50%	49%
- gevaccineerd te zijn tegen hepatitis B in de afgelopen tien jaar	-	24%	29%
- gevaccineerd te zijn tegen hersenvliesontsteking door meningokokken C in de afgelopen drie jaar	-	-	14%
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat aangeeft gevaccineerd te zijn tegen tetanus in de afgelopen tien jaar	68%	64%	60%
Percentage van de risicopersonen dat aangeeft gevaccineerd te zijn tegen..			
- griep in het afgelopen vaccinatie seizoen	32%	42%	49%
- pneumokokken in de afgelopen vijf jaar	-	-	12%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

3.2. Cardiovasculaire preventie

De grote meerderheid (90%) van de bevolking van 15 jaar en ouder verklaart dat hun **bloeddruk** in de afgelopen vijf jaar gecontroleerd werd. Bij 28% van deze personen werd ooit vastgesteld dat hun bloeddruk te hoog was.

60% van de bevolking van 15 jaar en ouder geeft aan dat het **cholesterolgehalte in hun bloed** in de afgelopen vijf jaar gecontroleerd werd. Bij 40% van deze personen werd ooit vastgesteld dat dit cholesterolgehalte te hoog was.

Controle van het cholesterolgehalte in het bloed : Vergelijking tussen de Verenigde Staten (2003) en België (2004)		
	VS	België
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder ...		
- bij wie het cholesterolgehalte in het bloed nog nooit gecontroleerd werd	23%	36%
- dat ooit de melding kreeg dat het cholesterolgehalte in hun bloed te hoog was	33%	40%

Belangrijk is te noteren dat er **geen socio-economische ongelijkheden** zijn in de mate waarin personen gescreend worden voor hoge bloeddruk of een te hoog cholesterolgehalte in het bloed: lager opgeleide personen worden evenzeer gescreend als de anderen. Toch observeren we dat personen met een laag opleidingsniveau er vaker van op de hoogte gebracht worden dat hun bloeddruk te hoog is dan hoger geschoolden.

Het percentage personen bij wie het cholesterolgehalte in het bloed nagegaan werd stijgt tussen 1997 en 2004 van 56% tot 62%. Ook het percentage personen dat vernam dat hun cholesterolgehalte te hoog was, is toegenomen (van 34% in 1997 tot 40% in 2004).

Cardiovasculaire preventie : Resultaten per gewest			
	Vlaams Gewest	Brussels Gewest	Waals Gewest
Percentage personen dat aangeeft dat bij hen in de afgelopen vijf jaar ...			
- een controle van de bloeddruk gebeurde	92%	84%	88%
- een controle van het cholesterolgehalte in het bloed gebeurde	60%	58%	64%

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2004

In het **Brussels Gewest** blijken minder personen aan te geven dat hun bloeddruk, respectievelijk het cholesterolgehalte in hun bloed gecontroleerd werd. Bovendien vinden we er ook een **socio-economische gradiënt**: bij personen met een lagere opleiding gebeurde minder vaak een controle van de bloeddruk en van het cholesterolgehalte in het bloed.

Het percentage personen dat aangeeft dat het cholesterolgehalte in hun bloed te hoog is, is hoger in het Vlaams Gewest (43%) dan in de andere twee regio's (35-37%).

In de gezondheidsenquête werd ook nagegaan welke **aanbevelingen** personen met een hoge bloeddruk of een te hoog cholesterolgehalte in hun bloed van hun arts gekregen hadden:

- Voor **hoge bloeddruk** is dit in de eerste plaats de inname van geneesmiddelen (in 79% van de gevallen); andere maatregelen, zoals het verminderen van het zoutgebruik, gewicht verliezen, meer aan lichaamsbeweging doen, worden veel minder aanbevolen (20 tot 30% van de gevallen).
- Voor het **teveel aan cholesterol in het bloed** wordt in de eerste plaats voorgesteld om een dieet te volgen (in 62% van de gevallen), maar ook het gebruik van geneesmiddelen (in 49% van de gevallen) is een frequente aanbeveling; andere maatregelen, zoals gewicht verliezen en meer aan lichaamsbeweging, doen worden veel minder aanbevolen (25% van de gevallen).

Op twee belangrijke vaststellingen dient de aandacht gevestigd te worden:

1. Laag opgeleiden vermelden minder vaak dat hun arts hen heeft aangeraden om meer aan lichaamsbeweging te doen of hun voedingsgewoonten te veranderen. Misschien verwachten deze personen te vaak dat hun arts hun geneesmiddelen zal voorschrijven.
2. Er is een evolutie waarbij meer en meer wordt aangeraden om geneesmiddelen te nemen en minder en minder de nadruk gelegd wordt op gedragsveranderingen (gewichtverlies en/of lichaamsbeweging)

De verdere evolutie op het gebied van vroegtijdige opsporing van een te hoog cholesterolgehalte in het bloed moet zeker van nabij gevolgd worden. Het toenemend aantal tests dat uitgevoerd wordt, het toenemend aantal abnormale resultaten en stijgend aantal personen aan wie aangeraden wordt om hiervoor geneesmiddelen te nemen is verontrustend.

Samenvatting van de resultaten : Cardiovasculaire preventie			
	1997	2001	2004
Percentage personen van 15 jaar en ouder dat aangeeft dat bij hen in de afgelopen vijf jaar ...			
- een controle gebeurde van de bloeddruk	91%	92%	90%
- een controle gebeurde van het cholesterolgehalte in het bloed	56%	63%	62%
Percentage personen dat naar aanleiding van een controle te horen kreeg dat ...			
- hun bloeddruk te hoog was	27%	27%	27%
- het cholesterolgehalte in hun bloed te hoog was	34%	36%	40%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

3.3. Vroegtijdige opsporing van diabetes

Bij 50% van de bevolking (van 15 jaar en ouder) werd in de afgelopen drie jaar het bloedsuikergehalte bepaald. Bij de doelgroep van personen van 45 jaar en ouder gaat het om 62%. Het percentage personen waarvan het bloedsuikergehalte gecontroleerd werd, stijgt progressief met de leeftijd. Er zijn geen aanwijzingen dat artsen voor het bepalen van de het bloedsuikergehalte bij hun patiënten meer rekening houden met familiale antecedenten of geassocieerde risicofactoren dan met een algemene opsporing op het niveau van de hele bevolking.

Het percentage personen bij wie het **bloedsuikergehalte gecontroleerd** werd:

- is gelijkmatig verdeeld over de verschillende socio-economische groepen (behalve in het Waals Gewest);
- is in 2004 niet gevoelig toegenomen ten opzichte van 2001;
- is lager in het Vlaams Gewest (58%) dan in de andere twee gewesten (69% in het Brussels Gewest en 70% in het Waals Gewest) (percentages voor personen van 45 jaar en ouder).

13% van de bevolking (van 15 jaar en ouder) verklaart dat ze tijdens een controle te horen kreeg dat hun **bloedsuikergehalte te hoog** was. Dit percentage neemt toe met de leeftijd (van 4% in de leeftijdsgroep 15-24 jaar tot 24% bij 75-plussers).

Het percentage personen dat te horen kreeg dat hun bloedsuikergehalte te hoog was:

- is hoger bij laag geschoolden;
- is in 2004 niet gevoelig toegenomen ten opzichte van 2001.

57% van de personen die te horen kregen dat hun bloedsuikerspiegel te hoog was, kreeg ook de melding (eventueel op een ander moment) dat het cholesterolgehalte in hun bloed te hoog was. Dit pleit voor het gebruik van een concept "globaal cardiovasculair risico" dat toelaat om de aanwezigheid te evalueren bij dezelfde persoon van verschillende risicofactoren (leeftijd, geslacht, hoge bloeddruk, hoog cholesterolgehalte, rookgedrag, bloedsuikergehalte) en de aanpak hierop af te stemmen.

Samenvatting van de resultaten : Vroegtijdige opsporing van diabetes			
	1997	2001	2004
Percentage personen (van 45 jaar en ouder) dat aangeeft dat bij hen in de afgelopen 3 jaar een controle gebeurde van het bloedsuikergehalte	-	62%	62%
Percentage personen (van 15 jaar en ouder) dat naar aanleiding van een controle te horen kreeg dat hun bloedsuikergehalte te hoog was	-	13%	13%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

3.4. Vroegtijdige opsporing van borstkanker

51% van de vrouwen (van 15 jaar en ouder) geeft aan in het afgelopen jaar een **zelfonderzoek van de borsten** te hebben uitgevoerd.

40% van de vrouwen (van 15 jaar en ouder) geeft aan in het afgelopen jaar een **klinisch onderzoek van de borsten** te hebben laten uitvoeren

36% van de vrouwen van 15 jaar en ouder geeft aan in de afgelopen twee jaar een **mammografie** te hebben laten uitvoeren. Indien we ons beperken tot de doelgroep voor vroegtijdige opsporing van borstkanker (50 tot 69 jaar) is dit percentage 71%.

In 2001 werd het aantal vrouwen tussen 50 en 69 jaar dat gescreend werd voor borstkanker geëvalueerd op twee verschillende manieren:

- Op basis van de terugbetalingsgegevens van de verzekeringsinstellingen (Intermutualistisch agentschap) ging het om 43% van de vrouwen van de doelgroep.
- Op basis van de Gezondheidsenquête 2001 bedraagt het percentage gescreende vrouwen 59%.

Hieruit blijkt dat de Gezondheidsenquête het aantal gescreende vrouwen overschat. Toch blijft de enquête een belangrijke informatiebron omdat ze toelaat na te gaan in welke mate er verschillen bestaan in functie van een aantal socio-economische parameters.

Vroegtijdige opsporing van borstkanker, per gewest			
	Vlaams Gewest	Brussels Gewest	Waals Gewest
Percentage vrouwen tussen 50 en 69 jaar dat aangeeft in de afgelopen twee jaar een mammografie te hebben laten uitvoeren	70%	72%	73%

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2004

In de drie gewesten vinden we een duidelijke toename van het aantal gescreende vrouwen. Toch zijn er enkele indicaties dat het programma voor vroegtijdige opsporing van borstkanker hier en daar nog moet bijgepast worden:

- 44% van de **vrouwen tussen 40 jaar en 49 jaar** geeft aan in de afgelopen twee jaar een mammografie te hebben laten uitvoeren; in de leeftijdsgroep 70-79 jaar is dit 35%. Deze percentages zijn vrij hoog voor groepen die nochtans geen deel uitmaken van de doelgroep voor vroegtijdige opsporing van borstkanker. Deze percentages zijn significant hoger in het Brussels en Waals Gewest.
- De screeningsgraad voor borstkanker is niet gelijkmatig verdeeld in functie van het **socio-economisch niveau** (behalve in het Vlaams Gewest): laag opgeleide vrouwen doen minder vaak aan vroegtijdige opsporing.
- 43% van de vrouwen van 50-69 jaar geeft aan dat ze in de afgelopen 12 maanden een mammografie lieten uitvoeren, voor 28% is dit langer dan een jaar geleden, maar minder dan twee jaar. Het verschil tussen deze twee percentages kan wijzen op een zekere mate van "**overscreening**". Dit fenomeen neemt toe sinds 1997.

In de gezondheidsenquête werd ook nagegaan op wiens advies de vrouwen een mammografie lieten uitvoeren. Meestal was dit op advies van de gynaecoloog (41% van de vrouwen gaven dit aan), en dit was vooral het geval in het Brussels Gewest (56%) en het Waals Gewest (51%). Ook de huisarts speelt hier echter een belangrijke rol, vooral bij vrouwen met een lagere opleiding.

70% van de vrouwen in de leeftijdsgroep 50-69 jaar geeft aan in de afgelopen twee jaar een uitnodigingsbrief voor een mammografie te hebben ontvangen. Dit is een duidelijke verhoging in vergelijking met 2001.

In het **Brussels Gewest** gaat het in 2004 slechts om 30%. Ook al was op het moment van de enquête de eerste golf van de uitnodigingscampagne nog niet afgelopen, toch kan men zich afvragen waarom nog geen derde van de vrouwen aangeeft dat ze een uitnodigingsbrief hebben ontvangen.

In het **Vlaams Gewest** verklaart 80% van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar dat ze een uitnodigingsbrief ontvingen. Opgemerkt dient te worden dat het versturen van uitnodigingen in het kader van een vroegtijdige opsporing van borstkanker er reeds vóór het nationaal programma werd verspreid was in het kader van pilootprojecten.

In het **Waals Gewest** geeft slechts 49% van de vrouwen die in stedelijke gebieden wonen aan dat ze een uitnodigingsbrief ontvingen, terwijl dit in de landelijke gebieden 72% is. Dit verschil is moeilijk te begrijpen. Zou het kunnen dat vrouwen in de stad minder ontvankelijk zijn voor zo'n brief?

19% van de vrouwen die geen mammografie lieten uitvoeren na ontvangst van een uitnodiging geeft aan dat dit is omdat ze het niet nodig vinden, 16% dat ze er de tijd niet voor hebben en 15% dat ze dit een vervelend onderzoek vinden (dit laatste argument wordt vooral naar voren gebracht in het Vlaams Gewest). Deze informatie is belangrijk voor toekomstige promotiecampagnes voor vroegtijdige opsporing van borstkanker.

Samenvatting van de resultaten : Vroegtijdige opsporing van borstkanker			
	1997	2001	2004
Percentage vrouwen van 15 jaar en ouder dat aangeeft ...			
- in het afgelopen jaar zelf de borsten te hebben onderzocht	53%	56%	51%
- in het afgelopen jaar een klinische onderzoek van de borsten te hebben laten uitvoeren	38%	39%	40%
- een mammografie heeft laten uitvoeren in de afgelopen twee jaar	26%	31%	36%
Percentage vrouwen tussen 50 en 69 jaar dat aangeeft in de afgelopen twee jaar een mammografie te hebben laten uitvoeren	49%	59%	71%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

3.5. Vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker

72% van de vrouwen tussen 25 en 64 heeft in de afgelopen drie jaar een baarmoederhalsuitstrijkje gekregen.

Het percentage vrouwen tussen 25 en 64 jaar dat in de afgelopen 3 jaar gescreend werd voor baarmoederhalskanker bedroeg volgens de **terugbetalingsgegevens** van de verzekeringsinstellingen in 2000 59%, dit is 11% minder dan wat geschat wordt op basis van de Gezondheidsenquête 2001 (70%). Het is dus mogelijk dat de Gezondheidsenquête de screeningsgraad voor baarmoederhalskanker (die gebaseerd is op de verklaring van de vrouwen) onderschat.

Er zijn belangrijke verschillen naargelang het **opleidingsniveau**: slechts 50% van de vrouwen tussen 25 en 64 jaar zonder diploma of met hoogstens een diploma lager onderwijs liet in de afgelopen drie jaar een uitstrijkje nemen, terwijl dit voor vrouwen met een diploma hoger onderwijs 80% is. Ook bij vrouwen met een niet-Belgische nationaliteit is de screeningsgraad laag.

De evolutie tussen 1997 en 2004 verschilt sterk tussen de **regio's**. In het Vlaams Gewest noteren we een lichte achteruitgang (niettegenstaande een vrij actieve promotiecampagne). In het Brussels en Waals Gewest noteren we een gevoelige vooruitgang. Globaal voor België zien we tussen 1997 en 2004 een lichte lineaire stijging.

In de meeste gevallen (62%) werd het uitstrijkje afgenomen in het afgelopen jaar, wat wijst op een « overscreening ».

In de gezondheidsenquête werd ook nagegaan op wiens advies de vrouwen een baarmoederhalsuitstrijkje lieten uitvoeren. Bij hoger opgeleiden en, meer algemeen, in het Brussels en Waals Gewest is het vooral de gynaecoloog die er vrouwen toe aanzet om een uitstrijkje te laten nemen. (59% van de vrouwen gaven dit aan). De rol van de huisarts lijkt belangrijker bij vrouwen met een laag opleidingsniveau, maar ook, meer algemeen, in het Vlaams Gewest.

Samenvatting van de resultaten : Vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker			
	1997	2001	2004
Percentage van de vrouwen (tussen 25 en 64 jaar) dat aangeeft in de afgelopen drie jaar een baarmoederhalsuitstrijkje te hebben laten uitvoeren			
- Vlaams Gewest	73%	72%	71%
- Brussels Gewest	64%	71%	74%
- Waals Gewest	64%	64%	73%
- België	70%	69%	72%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

4. Medische Consumptie

Het gebruik van gezondheidszorgen staat hoog op de politieke agenda. Nieuwe medische technieken, nieuwe geneesmiddelen en een ouder wordende bevolking verhogen de druk op de uitgaven voor de gezondheidszorg. Een rationeel gebruik van de beschikbare middelen is meer dan ooit aan de orde.

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 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
 - ▶ de spoedgevallendienst
 - ▶ paramedische zorgverstrekkers.
- opnames in het ziekenhuis
- het gebruik van geneesmiddelen
- het gebruik van niet conventionele behandelingswijzen.

4.1. Contacten met zorgverstrekkers

4.1.1 Contacten met de huisarts

De grote meerderheid van de bevolking in België (95%) geeft aan over een vaste huisarts te beschikken. De drempel om de huisarts te contacteren is laag: 79% percent van de Belgen 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 4,6. Dit cijfer komt overeen met de RIZIV gegevens. In 31% van de contacten gaat het om een huisbezoek. Dit is een onderschatting t.o.v. de RIZIV gegevens. Slechts in 12% van de contacten met de huisarts wordt de patiënt doorverwezen.

De **evolutie** van deze parameters tussen 1997 en 2004 varieert naargelang de indicator.

- Het aantal personen dat aangeeft een **vaste huisarts** te hebben blijft stijgen, ook al was dit reeds zeer hoog.
- Het aantal personen dat **minstens één keer per jaar de huisarts contacteert** en het aantal patiënten dat wordt **doorverwezen** blijft gelijk.
- Het **gemiddeld aantal contacten** met de huisarts per jaar, het percentage **contacten op initiatief van de huisarts zelf** en het aandeel van de **huisbezoeken** kent een dalende trend.

De meest voorkomende problemen waarvoor de huisarts gecontacteerd wordt zijn problemen van het bewegingsapparaat, van het ademhalingsstelsel en van hart en bloedvaten.

- Problemen van het bewegingsapparaat vormen bij mannen tussen de 15 en 64 jaar de belangrijkste reden om de huisarts te contacteren.
- Bij vrouwen in deze leeftijdsgroep staan problemen van het ademhalingsstelsel boven aan de lijst.
- De aandoeningen waarvoor mannen en vrouwen boven de 65 vaakst de huisarts raadplegen zijn problemen van hart en bloedvaten.
- We noteren hier geen belangrijke verschuivingen tussen 2001 en 2004.

Vrouwen contacteren vaker een huisarts dan mannen, maar het percentage huisbezoeken, opvolgcontacten en contacten waarbij wordt doorverwezen is niet verschillend.

Het aantal contacten, maar ook het percentage huisbezoeken en opvolgcontacten neemt sterk toe met de leeftijd. Toch heeft ook 70% van de kinderen en adolescenten een jaarlijks contact met de huisarts. **Via de huisarts kan dus een aanzienlijk deel van de bevolking bereikt worden.**

Er zijn in België **geen belangrijke barrières voor het gebruik van huisartsgeneeskundige zorg**. Toch zijn er aanwijzingen dat personen met een lagere opleiding minder vaak verwezen worden naar de kinesitherapeut en vaker moeten doorverwezen worden naar de spoedopname. De verschillen zijn echter niet significant.

Duidelijk is dat **het opleidingsniveau** als indicator van socio-economische status **de arts-patiënt verhouding** beïnvloedt. Bij lager opgeleiden:

- noteren we meer contacten;
- zijn er relatief meer huisbezoeken;
- neemt de huisarts vaker zelf het initiatief nemen om de patiënt te contacteren.

In deze patiënten investeert de huisarts dus duidelijk meer tijd. Dit benadrukt de belangrijke sociale rol van de huisarts.

Het percentage personen met een vaste huisarts, het percentage personen dat in het afgelopen jaar minstens één keer de huisarts contacteerde en het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar zijn in **het Waals Gewest** en **het Vlaams Gewest** van dezelfde grootteorde.

- In het Waals Gewest vinden we wel een hoger percentage huisbezoeken en een lager percentage opvolgcontacten dan in het Vlaams Gewest.
- Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts is er hoger in de steden dan in de landelijke gebieden.
- In het Waals Gewest is de competentie doorslaggevend bij de keuze van de huisarts. In het Vlaams Gewest wordt meer belang gehecht aan de bereikbaarheid. In het Brussels Gewest spelen beide evenveel mee.

Voor verschillende hier voorgestelde parameters is de **situatie in het Brussels Gewest beduidend verschillend van deze in beide andere gewesten**:

- Minder personen hebben er een vaste huisarts.
- De huisarts wordt er minder gecontacteerd.
- Het aantal doorverwijzingen, vooral dan naar een labo of naar een kinesitherapeut, is er veel hoger.

De huisarts wordt er zeker niet maximaal benut.

De verschillen kunnen niet louter bestempeld worden als een 'stedelijk fenomeen' want de Gezondheidsenquête toont aan dat de Brusselaars beduidend minder vaak naar de huisarts toestappen dan de inwoners van de andere grote Belgische steden.

Opmerkelijk is dat in het Brussels Gewest niet-Belgen van buiten de EU veel minder snel de weg vinden naar de huisarts dan de Belgen. Lager opgeleiden en niet-Belgen van buiten de EU doen er ook relatief meer een beroep op groepspraktijken en wijkgezondheidscentra.

Anderzijds stellen we toch vast dat ook in het Brussels Gewest een stijgend aantal inwoners aangeeft over een vaste huisarts te beschikken: van 78% in 1997 tot 83% in 2004.

De **belangrijke rol van de huisarts in de ouderenzorg** moet benadrukt te worden.

- 75-plussers rapporteren gemiddeld 12 contacten met de huisarts per jaar.
- Contacten met ouderen gebeuren vaker op initiatief van de huisarts.
- Ouderen worden ook minder frequent doorverwezen naar andere diensten.
- De huisarts is vaak de enige professionele hulpverlener waarop ouderen een beroep doen.

Veel ouderen hebben ook een echte **vertrouwensrelatie** met hun huisarts. Met het oog op de vergrijzing van de populatie en de toenemende ouderenpopulatie die voldoende gezond is om thuis te kunnen blijven functioneren, kan de rol van de huisarts in de ouderenzorg enkel toenemen.

Verdere inspanningen zijn daarom nodig om de belangrijke **rol** die de **huisarts** inneemt in ons gezondheidsbestel **verder uit te bouwen en te valoriseren**. Daarvoor zal het zeker nodig zijn om de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts te verhogen. Dat steeds minder studenten geneeskunde opteren voor de richting huisartsgeneeskunde staat in schril contrast met de toenemende nood aan huisartsen in de toekomst.

Samenvatting van de resultaten : Contacten met een huisarts			
	1997	2001	2004
Aantal personen (in %) :			
- met een vaste huisarts	93%	94%	95%
- dat het afgelopen jaar een huisarts geconsulteerd heeft	79%	80%	79%
Gemiddeld aantal contacten met een huisarts per jaar	4,5	5,3	4,5
Aantal contacten met de huisarts (in %) waarbij verwezen wordt naar een andere hulpverlener	10%	10%	12%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

4.1.2. Ambulante contacten met de specialist

De helft van de bevolking rapporteert een raadpleging bij een specialist in het afgelopen jaar. Het gemiddeld aantal ambulante contacten met een specialist per jaar en per persoon in de bevolking bedraagt 2,3. Dit resultaat komt overeen met de gegevens van het RIZIV.

De meerderheid (55%) van de nieuwe contacten met een specialist gaat door op initiatief van de patiënt zelf. 35% van de contacten gebeurt op verwijzing van de huisarts en in 9% komt het initiatief van iemand anders b.v. een ander specialist of een preventieve dienst.

De **evolutie** van deze parameters tussen 1997 en 2004 varieert naargelang de indicator.

- Het percentage personen dat het afgelopen jaar een **contact had met een specialist** en het **gemiddeld aantal contacten** met een specialist vertoont sinds 1997 een licht stijgende trend.
- Het percentage **opvolgcontacten** (op initiatief van de specialist zelf) en de verdeling van de contacten met een specialist **per specialistische discipline** blijven tussen 1997 en 2004 nagenoeg constant.
- Nadat het percentage **contacten op initiatief van de patiënt** tussen 1997 en 2001 gestegen was van 53% tot 62% observeren we in 2004 een terugval tot op het niveau van 1997.

Vrouwen rapporteren meer contacten met de specialist dan mannen. Het aantal contacten met een specialist neemt toe met de leeftijd, maar minder dan bij de huisarts.

Zowel het percentage opvolgcontacten als het aandeel van de contacten op initiatief van de patiënt zelf is sterk verschillend naargelang het soort specialisme. Bij huidartsen en kinderartsen is het percentage opvolgcontacten eerder laag, bij (neuro)-psychiaters en gynaecologen vrij hoog. Nieuwe contacten bij **de kinderarts, de huidarts, de gynaecoloog en de oogarts** gebeuren in tweederde of meer van de gevallen op initiatief van de patiënt zelf. Bij de (neuro)-psychiater is dit bijvoorbeeld slechts in een kwart van de gevallen.

De **meest voorkomende problemen** waarvoor de specialist gecontacteerd wordt zijn problemen van het bewegingsapparaat.

- Meer dan een kwart van de raadplegingen met een specialist bij mannen tussen de 15 en 64 jaar betreffen problemen van het **bewegingsapparaat**.
- Ook bij vrouwen van deze leeftijdscategorie is dit de meest frequente reden om een specialist te consulteren (16% van de contacten). In deze groep nemen ook de **raadplegingen i.v.m. zwangerschap en geboorteplanning** een belangrijke plaats in (11% van de contacten).
- Bij mannen vormen **psychische problemen** in 7% van de gevallen de reden om een specialist te raadplegen. Bij vrouwen is dit 8%.
- Bij 65-plussers zijn de meest voorkomende redenen om naar een specialist toe te stappen problemen van **hart en bloedvaten** (meest frequente reden bij mannen), problemen van het bewegingsapparaat (meest frequente reden bij vrouwen) en oogproblemen.
- In vergelijking met 2001 zijn er geen belangrijke verschuivingen in de verdeling van de redenen waarvoor een specialist geraadpleegd wordt.

Ook bij de contacten met de specialist beïnvloedt **het opleidingsniveau** als indicator van socio-economische status sterk **de arts-patiënt verhouding**.

- De kans om in het afgelopen jaar een contact te hebben gehad met een specialist is hoger bij hoog opgeleiden. In het Waals Gewest is ook het gemiddeld aantal contacten met een specialist hoger bij de hoogst opgeleiden.
- Hoe hoger opgeleid, hoe vaker de patiënt zelf het initiatief neemt om een specialist te contacteren. Bij de laagst opgeleiden is dit het geval in 41% van de nieuwe contacten met een specialist, bij de hoogst opgeleiden bedraagt dit percentage 73%.
- Het aandeel van de raadplegingen bij een kinderarts en een gynaecoloog neemt toe naarmate de opleidingsstatus toeneemt. Voor specialisten interne geneeskunde (hartspecialist, longspecialist,...) zien we net het tegenovergestelde.

Niet-Belgen van buiten de EU hebben een veel kleinere kans om een specialist te raadplegen dan Belgen. Het gemiddeld aantal contacten met een specialist ligt bij deze groep heel wat lager. Daar waar Belgen in het Brussels Gewest b.v. gemiddeld 3,8 keer per jaar een specialist contacteren is dit voor niet-Belgen van buiten de EU slechts 1,5 keer.

Er zijn belangrijke **regionale verschillen**.

- Het percentage van de bevolking dat in een tijdspanne van een jaar een specialist raadpleegt is in het Waals Gewest hoger dan in het Vlaams Gewest. Het gemiddeld aantal contacten per persoon, daarentegen, is in beide gewesten ongeveer even groot.
- In het Brussels Gewest ligt het gemiddeld aantal contacten heel wat hoger dan in het Vlaams Gewest en Waals Gewest. Dit kan niet louter uitgelegd worden als een verstedelijkingsfenomeen, want in Vlaanderen en Wallonië is het gemiddeld aantal raadplegingen in de steden van dezelfde grootteorde als in de landelijke gebieden.
- In het Brussels Gewest en het Waals Gewest raadplegen de patiënten een specialist vaker op eigen initiatief. Zo zijn in het Vlaams Gewest 40% van de nieuwe contacten met een specialist het gevolg van een verwijzing door de huisarts, terwijl dit in het Waals en Brussels Gewest respectievelijk 32% en 24% is.
- In het Waals Gewest houdt de keuze van de specialist, meer dan in het Vlaams Gewest, verband met de competentie van de arts. In het Vlaams en zeker in het Brussels Gewest vinden patiënten de bereikbaarheid van de specialist belangrijker dan in het Waals Gewest.

Wanneer we een vergelijking maken tussen de contacten met de huisarts en de contacten met de specialist blijken enkele duidelijke verschillen.

- Daar waar het gemiddeld aantal contacten met de huisarts sinds 1997 eerder daalt, neemt het aantal contacten met de specialist lichtjes toe.
- Daar waar de specialist relatief meer geraadpleegd wordt door personen in de hogere opleidingsklassen, ligt het aantal contacten met de huisarts hoger bij laag opgeleiden.
- Daar waar we in het Waals Gewest en zeker in het Brussels Gewest een hogere consumptie vinden van specialistische zorg is dit voor het gebruik van huisartsgeneeskundige zorg helemaal niet het geval. Integendeel, in het Brussels Gewest wordt de huisarts heel wat minder gecontacteerd.

Een verdere analyse van de resultaten van de Gezondheidsenquête, waarbij zowel gezondheidsparameters als parameters van het gebruik van diverse diensten samen worden in rekening gebracht, is nodig, om de geobserveerde verschillen correct in te schatten.

Samenvatting van de resultaten : Ambulante contacten met een specialist			
	1997	2001	2004
Aantal personen (in %) dat in het afgelopen jaar een specialist geconsulteerd heeft	48%	50%	50%
Gemiddeld aantal contacten met een specialist per jaar	2,0	2,3	2,3
Percentage contacten op initiatief van de patiënt zelf (zonder verwijzing door een huisarts)	53%	62%	55%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

4.1.3. Contacten met de dienst spoedgevallen

12% van de bevolking geeft aan **in het afgelopen jaar een contact** gehad te hebben met een dienst spoedgevallen. Voor 38% is dit langer geleden dan het afgelopen jaar. De helft van de bevolking in ons land heeft nog nooit een dienst spoedgevallen gecontacteerd. Het **gemiddeld aantal contacten** met de dienst spoedgevallen bedraagt op jaarbasis 22 contacten per 100 personen. Het gaat telkens om contacten waarbij de patiënt achteraf niet opgenomen werd in het ziekenhuis.

- In 82% van de gevallen komt het contact met de dienst spoedgevallen niet tot stand als gevolg van een verwijzing door een arts.
- De belangrijkste reden waarom men zich eerder tot een dienst spoedgevallen richt dan tot een huisarts of specialist is omdat een dienst spoedgevallen 24 uur op 24 uur open is. Ook de hoogdringendheid en de ernst van het probleem worden vaak aangegeven als reden om rechtstreeks naar de spoeddienst toe te stappen. In 1 op de 10 contacten spelen financiële motieven een rol.
- Ongeveer de helft van de contacten met de dienst spoedgevallen situeert zich tijdens de normale werkuren.
- Voor 56% van de contacten is de reden voor het contact een ziekte of klacht, in 41% van de gevallen gaat het om een ongeval of kwetsuur.
- Zowel bij mannen als bij vrouwen heeft één op de drie contacten te maken met problemen van het bewegingsstelsel. Problemen met het spijsverteringsstelsel vormen bij 14% van de vrouwen en 11% van de mannen de reden om de dienst spoedopname te contacteren.

Het aantal contacten met de dienst spoedopname vertoont in 2004 geen belangrijke verschuivingen in vergelijking met 2001.

Minder dan 2% van de bevolking geeft aan in het afgelopen jaar een dienst spoedopname te hebben gecontacteerd, maar geen huisarts.

Voor de meeste indicatoren inzake het gebruik van een dienst spoedgevallen merken we geen verschillen tussen mannen en vrouwen. Ook verschillen volgens de leeftijd zijn eerder beperkt. Toch is het gebruik van de spoeddienst iets lager in de leeftijdsgroep tussen 45 en 74 jaar. De leeftijd speelt wel een belangrijke rol wanneer we nagaan op wiens initiatief een persoon op de spoed terecht komt. Contacten met kinderen en volwassenen onder de 45 jaar gebeuren in de overgrote meerderheid van de gevallen zonder verwijzing door een arts. Meer dan de helft van de contacten met 75-plussers gebeurt daarentegen op doorverwijzing van een arts.

In het algemeen is er geen samenhang tussen het opleidingsniveau en het gebruik van een dienst spoedopname.

Personen woonachtig in landelijke gebieden contacteren ongeveer even vaak een spoeddienst als stedelingen. Dit betekent natuurlijk niet noodzakelijk dat er geen verschillen kunnen zijn in de redenen waarom de spoeddienst gecontacteerd wordt.

In het Brussels Gewest wordt duidelijk meer een beroep gedaan op diensten spoedopname dan in het Vlaams Gewest.

- Zowel de kans op een contact met een dienst spoedopname als het gemiddeld aantal contacten op jaarbasis is er significant hoger.
- Slechts 8% van de contacten in het Brussels Gewest zijn verwijzingen door artsen. In het Vlaams Gewest is dit ongeveer een kwart.
- Eén op de twintig Brusselaars rapporteert een contact met een dienst spoedopname in het afgelopen jaar, maar heeft tijdens dezelfde periode nooit een huisarts gecontacteerd. Misschien is voor hen de spoeddienst een alternatief voor de huisarts. In het Vlaams Gewest ligt dit cijfer vier keer lager. De cijfers voor het Waals Gewest situeren zich meestal tussen deze van het Brussels en het Vlaams Gewest.

Samenvatting van de resultaten : Contacten met een dienst spoedgevallen		
	2001	2004
Aantal personen (in %) dat in het afgelopen jaar een contact had met een dienst spoedgevallen	12%	12%
Gemiddeld aantal contacten met een dienst spoedgevallen per 100 personen en per jaar	21,3	21,9
Aantal contacten (in % van het totaal) met een dienst spoedgevallen		
- zonder verwijzing door een arts	76%	82%
- in de week of overdag	54%	53%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

4.1.4. Contacten met de tandarts

Een gezondheidsenquête leent zich niet om directe indicatoren van de mondgezondheid (zoals bijvoorbeeld de prevalentie van tandcariës in de bevolking) in te schatten, maar kan aan de hand van enkele indirecte indicatoren toch een globaal beeld schetsen van de mondgezondheid van de algemene bevolking en de determinanten die hierbij een rol spelen.

- 15% van de bevolking van 15 jaar en ouder rapporteert geen eigen, natuurlijke gebitselementen meer te hebben
- Eveneens 15% heeft moeilijkheden bij het kauwen van hard voedsel.
- 39% heeft een tandvervangende prothese.

Uiteraard situeren deze problemen zich vooral op oudere leeftijd. Toch blijkt dat ook in de leeftijdsgroep tussen 45 en 54 jaar:

- reeds 12% geen eigen natuurlijke gebitselementen meer heeft;
- 9% reeds moeilijkheden heeft bij het kauwen van hard voedsel;
- bijna één op de twee personen een tandvervangende prothese heeft.

Hoe lager de opleiding, hoe groter de kans dat men geen eigen, natuurlijke gebitselementen meer heeft en een tandvervangende prothese heeft. Ook kauwproblemen komen meer voor naarmate het opleidingsniveau lager is.

Twee belangrijke maatregelen om mondaandoeningen te voorkomen of te controleren zijn (1) minstens tweemaal per dag de tanden poetsen met een fluoridehoudende tandpasta en (2) een regelmatig bezoek aan de tandarts.

- Iets meer dan de helft van de bevolking (die aangeeft nog over eigen, natuurlijke tanden te beschikken) rapporteert minstens 2 keer per dag de tanden te poetsen.
- Iets minder dan de helft van de bevolking zegt in het afgelopen jaar minstens één keer bij de tandarts te zijn langs geweest.
- Gemiddeld noteren we in België 1,4 contacten met de tandarts per jaar per persoon in de bevolking.

Enkele opmerkelijke vaststellingen:

- Tussen 2004 en 2001 noteren we een **daling** van het aantal contacten met de tandarts per persoon in de bevolking en meer specifiek ook van het **aantal personen dat een tandarts raadpleegde voor een preventief onderzoek**.
- 1 op de 3 jongeren tussen de 0 en 14 jaar is **nog nooit bij de tandarts** langs geweest. In het Vlaams Gewest gaat het om 27%, in het Waals Gewest om 36% en in het Brussels Gewest zomaar even om 52% van de jongeren.

- 40% van de contacten van jongeren met de tandarts staan in verband staat met een **orthodontische behandeling**, terwijl er slechts voor 32% van de contacten wordt aangegeven dat er een preventieve controle plaatsvond.
- **Lager opgeleiden** poetsen minder vaak hun tanden en gaan minder vaak naar de tandarts dan hoger opgeleiden. Ze rapporteren ook veel minder vaak dat ze naar de tandarts gingen voor een preventief onderzoek. Orthodontische behandelingen komen heel wat minder frequent voor in de laagste opleidingscategorie.
- Vrouwen poetsen frequenter hun tanden dan mannen en gaan ook vaker naar de tandarts. **Jonge mannen tussen de 15 en 24 jaar** contacteren de tandarts driemaal minder vaak voor een preventief onderzoek dan vrouwen van dezelfde leeftijdscategorie.
- Het valt ook op dat **ouderen**, na 65 jaar minder aandacht besteden aan mondzorg.
- Opmerkelijk is dat **allochtonen** met een nationaliteit van buiten de EU heel wat beter scoren voor wat betreft het tanden poetsen, maar daarentegen veel minder frequent de tandarts opzoeken dan Belgen. In Brussel is 70% van de allochtone jongeren (tussen 0 en 14 jaar oud) nog nooit bij een tandarts langs geweest.
- Het gebruik van tandheelkundige zorg ligt hoger in het **Vlaams en Brussels Gewest dan in het Waals Gewest**. In het Vlaams Gewest noteren we in vergelijking met het Waals Gewest relatief meer raadplegingen voor een preventieve controle en voor een orthodontische behandeling. In het Waals en Brussels Gewest ligt het aantal contacten waarbij een tand gevuld wordt heel wat hoger dan het aantal contacten waarbij een preventieve controle uitgevoerd wordt, terwijl dit in het Vlaams Gewest ongeveer gelijk is.

Enkele beleidsrelevante aanbevelingen in dit verband:

- **Sensibilisatie van de schoolgaande jeugd en de ouders** over het belang aan een regelmatig controle door de tandarts is nodig. De screening door de schoolarts alleen is niet voldoende.
- Andere **specifieke doelgroepen** die moeten gesensibiliseerd worden voor een regelmatig bezoek aan de tandarts en/of een betere mondhygiëne zijn achtergestelde sociale groepen, allochtonen, jonge mannen (tussen de 15 en 24 jaar), ouderen.
- Dat **personen uit lagere socio-economische groepen** de tandarts minder raadplegen doet vragen rijzen over de financiële toegankelijkheid van de mondzorg. Het persoonlijk aandeel van de patiënt in de tandheelkundige zorg is in vergelijking met andere vormen van zorgverlening aanzienlijk, vooral voor bepaalde leeftijdscategorieën en bepaalde types behandelingen. Sociaal kwetsbare groepen kiezen dan ook wellicht prioritair voor zorgen die nodig zijn om de aandoeningen te behandelen die hen verhinderen om te 'functioneren' in het dagelijkse leven, en pas in tweede instantie voor zorgen die te maken hebben met esthetische aspecten, zoals een goed gebit.
- Algemeen kan besloten worden dat mondzorg en de staat van het gebit veel **variatie** kennen naargelang de leeftijd, het gewest en het opleidingsniveau. De voorgestelde indicatoren zijn dan ook zeer bruikbaar om gezondheidsverschillen tussen diverse bevolkingsgroepen te bestuderen.

Samenvatting van de resultaten : Contacten met de tandarts			
	1997	2001	2004
Aantal personen (in %) :			
- Met kauwproblemen (personen van 15 jaar en ouder)	15%	16%	15%
- dat aangeeft minstens twee keer per dag de tanden te poetsen (personen met eigen, natuurlijke gebitselementen)	-	-	51%
- dat in het afgelopen jaar een tandarts raadpleegde	49%	48%	49%
- dat in de afgelopen twee maanden een tandarts raadpleegde voor een preventief onderzoek	7%	8%	6%
Gemiddeld aantal contacten met een tandarts per jaar	1,4	1,7	1,4

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

4.1.5. Contacten met paramedische zorgverstrekkers

In België rapporteert 13% van de bevolking dat ze in het afgelopen jaar een contact had met een **kinesitherapeut**. Een contact met een **verpleegkundige** aan huis wordt door 6% van de bevolking gerapporteerd en een contact met een **psycholoog** door 3,4%.

Het percentage van de bevolking in België dat in het afgelopen jaar een contact had met respectievelijk een **diëtist** (2,4%), een **logopedist** (1,5%) en een **ergotherapeut** (0,7%) ligt vrij laag.

Gegevens over het aantal jaarlijkse contacten met deze zorgverleners zijn via de Gezondheidsenquête niet beschikbaar.

De bevolkingsgroepen die op de vermelde zorgverstrekkers een beroep doen zijn tamelijk specifiek.

- Het gebruik van kinesitherapie, thuisverpleegkundige zorg en ergotherapie is het hoogst in de **oudste leeftijdscategorieën**. Zo rapporteert 28% van de 75-plussers een contact met een thuisverpleegkundige in het afgelopen jaar en 25% een contact met een kinesitherapeut.
- Logopedisten worden dan weer het meest geconsulteerd voor problemen bij kinderen tussen 0 en 14 jaar (6%).
- Contacten met een verpleegkundige en een diëtist worden vaker gerapporteerd door **vrouwen** dan door mannen.
- Naarmate de leeftijd stijgt, wordt minder een beroep gedaan wordt op een psycholoog. Minder dan 1% van de 65-plussers rapporteert dat ze in het afgelopen jaar een psycholoog raadpleegden. Toch komen ook in deze leeftijdsgroep mentale gezondheidsproblemen frequent voor en is het gebruik van psychotrope geneesmiddelen net in deze leeftijdsgroep zeer hoog. Dat vooral hoog opgeleiden gebruik maken van de diensten van een psycholoog, kan ook vragen oproepen in verband met de **toegankelijkheid** van deze zorg voor de lagere socio-economische groepen.

Ook al zijn de verschillen relatief beperkt toch tekenen zich **tussen 1997 en 2004** enkel **tendensen** af voor wat betreft het gebruik van paramedische voorzieningen.

- Het aantal personen dat een contact rapporteert met een kinesitherapeut daalt licht.
- Het aantal personen dat gebruik maakt van verpleegkundige thuiszorg steeg sterk tussen 1997 en 2001, maar nam in 2004 niet verder toe.
- Tussen 2001 en 2004 noteren we wel een lichte toename van het aantal personen dat een beroep deed op een diëtist, een psycholoog en – in het Vlaams Gewest – een ergotherapeut.

De laatste jaren observeert men een toename van het gebruik van thuisverpleegkunde, waardoor ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Maar ook de ergotherapeut kan hier een bijdrage toe leveren. Uit de resultaten van de Gezondheidsenquête blijkt echter dat deze bijdrage nog heel beperkt is. Moet de overheid ergotherapie in de thuiszorg misschien meer stimuleren?

Samenvatting van de resultaten : Contacten met paramedische zorgverstrekkers			
	1997	2001	2004
Aantal personen (in %) dat in het afgelopen jaar een contact had met:			
- een kinesitherapeut(e)	14,5%	13,2%	13,1%
- een thuisverpleegkundige	3,2%	6,3%	6,3%
- een psycholo(o)ge	-	2,4%	3,4%
- een diëtist(e)	1,7%	1,7%	2,4%
- een logopedist(e)	-	1,6%	1,5%
- een ergotherapeut(e)	-	0,3%	0,7%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

4.2. Opname in het ziekenhuis

10 % van de bevolking in België rapporteert een **klassieke ziekenhuisopname** in het afgelopen jaar, 7% een **daghospitalisatie**. Op basis van de gegevens van de gezondheidsenquête wordt het gemiddeld aantal klassieke ziekenhuisopnames per 100 personen per jaar geschat op 13 en het aantal daghospitalisaties op 8. De **verhouding klassieke ziekenhuisopnames versus daghospitalisaties** is 1,5. De gemiddelde **ligduur** van de klassieke opnames bedraagt 9 nachten. 76% van de klassieke ziekenhuisopnames situeert zich in een algemeen ziekenhuis, 22% in een universitair ziekenhuis en 2% in een psychiatrisch ziekenhuis. Van de daghospitalisaties vindt 82% plaats in een algemeen ziekenhuis en 18% in een universitair ziekenhuis.

De **problemen waarvoor mensen in het ziekenhuis worden opgenomen** zijn sterk leeftijds- en geslachtsgebonden.

- Problemen van het **bewegingsapparaat** zijn bij mannen tussen 15 en 64 jaar de belangrijkste reden voor een opname in het ziekenhuis. Dit geldt zowel voor klassieke ziekenhuisopnames (24% van de opnames) als voor daghospitalisaties (36% van de opnames).
- In 25% van de daghospitalisaties van de mannen in deze leeftijdsgroep is de reden een probleem van het **spijsverteringsstelsel**.
- Bij vrouwen tussen de 15 en 64 jaar vormen opnames i.v.m. de **zwangerschap en de geboorte** van een kind de belangrijkste reden voor een klassieke ziekenhuisopname (24% van de opnames). Bij 38% van de daghospitalisaties gaat het om een **probleem van het genitaal stelsel**.
- Mannen van 65 jaar en ouder worden in 41% van de klassieke hospitalisaties opgenomen voor problemen van het **hart en de bloedvaten**.
- Bij vrouwen in deze leeftijdsgroep zijn problemen van het **bewegingsapparaat** de meest voorkomende reden voor een klassieke ziekenhuisopname.
- Bij 65-plussers, zowel mannen en vrouwen, is de meest voorkomende reden voor een daghospitalisatie een probleem met de **ogen** (meestal cataract). Het gaat om 27% van de daghospitalisaties bij vrouwen en 19% van de daghospitalisaties bij mannen.

Het percentage personen dat in het afgelopen jaar een ziekenhuisopname rapporteert, evenals de opnameduur stijgen met de leeftijd. Voor daghospitalisaties is de leeftijd echter een minder belangrijke determinant dan voor klassieke ziekenhuisopnames. **Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis of een dienst psychiatrie** van een algemeen ziekenhuis vormen in de **leeftijdsgroep 15-24 jaar** een niet te verwaarlozen aandeel van het totaal aantal klassieke ziekenhuisopnames.

Er is een omgekeerde samenhang tussen het opleidingsniveau en de verhouding tussen het aantal klassieke hospitalisaties en het aantal daghospitalisaties, m.a.w. het aandeel van de daghospitalisaties neemt toe naarmate het opleidingsniveau stijgt. We noteren ook dat de opnameduur in een ziekenhuis stijgt naarmate het **opleidingsniveau** daalt.

Afgezien van het feit dat het aandeel van de opnames in de universitaire ziekenhuizen in stedelijke gebieden hoger ligt dan in de halfstedelijke en de landelijke gebieden noteren we geen belangrijke verschillen in functie van de urbanisatiegraad. Ook worden geen verschillen genoteerd in functie van de huidige nationaliteit.

Het percentage personen dat in het afgelopen jaar een klassieke hospitalisatie rapporteert, is in de 3 **gewesten** ongeveer gelijk. Het percentage personen dat het afgelopen jaar opgenomen werd voor een daghospitalisatie is echter significant lager in het Brussels Gewest. Vooral wanneer we de verhouding klassieke hospitalisaties/daghospitalisaties bekijken, valt het verschil op. In het Brussels Gewest bedraagt deze ratio 1,9; in het Vlaams en Waals Gewest respectievelijk 1,5 en 1,4. Het kleiner aantal daghospitalisaties in het Brussels gewest is wellicht deels te verklaren door het feit dat universitaire ziekenhuizen een hogere verhouding klassieke hospitalisaties/daghospitalisaties vertonen en er een uitermate groot aanbod van universitaire ziekenhuizen in Brussel aanwezig is.

Samenvatting van de resultaten : Opname in een ziekenhuis (enkel cijfers voor 2004)	
Aantal personen (in %) dat in het afgelopen jaar opgenomen was voor een klassieke ziekenhuisopname	10%
Aantal personen (in %) dat in het afgelopen jaar opgenomen was voor een daghospitalisatie	7%
Gemiddeld aantal klassieke ziekenhuisopnames per 100 personen per jaar	12,5
Gemiddeld aantal daghospitalisaties per 100 personen per jaar	8,4
Gemiddelde opnameduur (aantal nachten) van een klassieke ziekenhuisopname	9 nachten

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 2004

4.3. Gebruik van geneesmiddelen

In de Gezondheidsenquête wordt het gebruik van geneesmiddelen bestudeerd vanuit 2 invalshoeken.

In de eerste plaats wordt een ruime definitie gehanteerd waarbij ook homeopathische producten, kruidengeneesmiddelen, magistrale bereidingen, vitaminen, mineralen, enz. als geneesmiddelen beschouwd worden.

In de tweede plaats wordt gerapporteerd over het gebruik van “officieel geregistreerde” geneesmiddelen, meer bepaald de geneesmiddelen die voorkomen in het Gecommentarieerde Geneesmiddelenrepertorium van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI).

4.3.1. Gerapporteerd gebruik van geneesmiddelen in de ruime zin van het woord (ook kruidengeneesmiddelen, vitaminen, mineralen,...)

Uitgaande van deze definitie stellen we vast dat 59% van de bevolking in de 2 weken voorafgaand aan het interview een geneesmiddel had gebruikt. Voor **voorgeschreven geneesmiddelen** bedraagt dit 47%, voor **niet voorgeschreven geneesmiddelen** 24%.

Voor het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen is in België zeer hoog. Uit een vergelijking met gegevens uit Nederland, Denemarken, Spanje en Bulgarije blijkt het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen in België minstens 25% hoger te liggen dan in elk van deze landen.

Slechts 1,4% van de bevolking in België verklaart geneesmiddelen te hebben gebruikt die **niet in een apotheek** aangeschaft werden. Meestal werden deze gekocht in een dieetwinkel of een dieetafdeling van een grootwarenhuis. Het aantal personen dat geneesmiddelen gebruikte die verkregen werden via een arts of een paramedicus is zeer beperkt en het aanschaffen van geneesmiddelen via het internet is quasi onbestaand.

De **evolutie** van het gebruik van geneesmiddelen is verschillend voor voorgeschreven geneesmiddelen en niet voorgeschreven geneesmiddelen.

- Nadat het gebruik van **voorgeschreven geneesmiddelen** tussen 1997 en 2001 gestegen was, blijft het in 2004 op hetzelfde niveau.
- Het gebruik van **niet voorgeschreven geneesmiddelen** was reeds gedaald in 2001 en is in 2004 verder gedaald. In 1997 rapporteerde nog 33% van de bevolking een niet voorgeschreven geneesmiddel te hebben gebruikt in de afgelopen 2 weken. In 2004 is dit percentage gedaald tot 24%. De daling is minder duidelijk in het Waals Gewest.

Enkele bijkomende vaststellingen i.v.m. het gebruik van geneesmiddelen:

Vrouwen gebruiken meer geneesmiddelen dan mannen.

Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen neemt sterk toe met de **leeftijd**. Het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen is het hoogst op middelbare leeftijd.

Opleiding is niet geassocieerd met het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen, wel met het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen. Hoe hoger de opleiding, hoe hoger het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen.

In het Vlaams Gewest ligt zowel het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen als het gebruik van niet voorgeschreven geneesmiddelen significant lager dan in het **Brussels Gewest** en het **Waals Gewest**.

4.3.2. Gebruik van officieel geregistreerde geneesmiddelen

In de Gezondheidsenquête 2004 wordt aan de respondenten ook gevraagd om de verpakking van de geneesmiddelen die ze in de 24 uur voorafgaand aan het interview hebben gebruikt aan de enquêteur te tonen. De enquêteur noteerde voor elk van deze geneesmiddelen de naam. Enkel de officieel geregistreerde geneesmiddelen werden in de analyse weerhouden.

Uitgaande van deze meer strikte definitie van een geneesmiddel blijkt 43% van de bevolking in de afgelopen 24 uur een geneesmiddel te hebben gebruikt. Per persoon in de bevolking worden dagelijks gemiddeld 1,2 geneesmiddelen gebruikt.

Op basis van de gegevens van de Gezondheidsenquête kan het gebruik van specifieke soorten geneesmiddelen worden nagegaan en het gebruik van verschillende soorten geneesmiddelen.

Op enkele punten we de nadruk:

- Het voorkomen van **polyfarmacie** (hier gedefinieerd als het gebruik van minstens 5 verschillende geneesmiddelen op 1 dag) is zeer frequent, vooral bij ouderen. Een kwart van de personen in de leeftijdsgroep 65-74 jaar en vier op de tien 75-plussers geeft aan in de afgelopen 24 uur 5 of meer geneesmiddelen te hebben gebruikt. Polyfarmacie kan echter leiden tot bijwerkingen en veroorzaakt een belangrijke directe en indirecte meerkost. De gegevens van de Gezondheidsenquête 2004 zijn een uitstekende informatiebron om het fenomeen van polyfarmacie verder te onderzoeken, onder meer door na te gaan welke combinaties geneesmiddelen worden genomen en om welke reden.
- Bij **vrouwen** noteren we een hoger gebruik van pijnstillers, slaap- en kalmeermiddelen en antidepressiva. Het gebruik van sommige geneesmiddelen voor hart en bloedvaten en van geneesmiddelen voor astma ligt dan weer hoger bij **mannen**.
- Het gebruik van sommige geneesmiddelen neemt toe naarmate het **opleidingsniveau** afneemt. Dit is bijvoorbeeld het geval voor geneesmiddelen voor maagzweer en dunne darm, slaap- en kalmeermiddelen, geneesmiddelen voor diabetes en geneesmiddelen voor astma. Ook polyfarmacie neemt toe naarmate het opleidingsniveau daalt. Voor geen enkel van de onderzochte groepen geneesmiddelen vinden we een hoger gebruik bij hogere opleidingsklassen.
- Het gebruik van geneesmiddelen ligt hoger in het **Waals Gewest** dan in het Vlaams Gewest en het Brussels Gewest. In het Brussels Gewest is het gebruik van geneesmiddelen ongeveer van dezelfde grootteorde als in het Vlaams Gewest. Toch lijkt het profiel enigszins verschillend. In het Brussels Gewest is er in vergelijking met het Vlaams Gewest een hoger gebruik van psychotrope geneesmiddelen, maar een lager gebruik van geneesmiddelen voor hart- en vaatziekten.
- We noteren een belangrijk gebruik van **benzodiazepines**, de meest gebruikte soort slaap- en kalmeermiddelen. 4,5% van de bevolking (het gaat dus om bijna een half miljoen personen) geeft aan in de afgelopen 24 uur een benzodiazepine te hebben ingenomen. Bij 75-plussers gaat het zelfs om 17% van de bevolking. De bijwerkingen van benzodiazepines zijn echter belangrijk: verwardheid, psychische en lichamelijke afhankelijkheid, overdreven en langdurige slaperigheid bij bejaarden (met risico op val met heupfractuur),... Men kan zich dus zeker afvragen of er op het niveau van de bevolking geen sprake is van een overconsumptie van dit soort geneesmiddelen. Ongetwijfeld is er een medicalisering van sociale problemen (stress op het werk, familiale en echtelijke problemen,...) die misschien beter op een andere manier aangepakt worden.

- Ook dient gewezen te worden op het groot aantal gebruikers van relatief nieuwe en dure **geneesmiddelen voor hypercholesterolemie en hoge bloeddruk**, met name de statines en de sartanen. Het is duidelijk dat het aanzienlijk gebruik van deze geneesmiddelen belangrijke implicaties heeft voor het budget van de sociale zekerheid. Het beleid en de beroepsgroepen moeten er enerzijds naar streven dat deze geneesmiddelen toegankelijk blijven voor de patiënten die ze nodig hebben, maar er anderzijds ook voor waken dat ze niet nodeloos worden voorgeschreven.

Samenvatting van de resultaten : Gebruik van geneesmiddelen			
	1997	2001	2004
Percentage personen dat in de afgelopen twee weken			
- een voorgeschreven geneesmiddel gebruikte	42%	48%	47%
- een niet voorgeschreven geneesmiddel gebruikte	33%	27%	24%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

4.4. Niet-conventionele geneeswijzen

12% van de bevolking rapporteert in het afgelopen jaar een contact met een beoefenaar van alternatieve geneeskunde. Voor 6% van de bevolking gaat het om een contact met een arts, in 5% van de gevallen is deze persoon geen arts en in 1% van de gevallen is dit niet gekend.

Ter vergelijking 78% van de bevolking contacteert in een tijdspanne van één jaar een huisarts en 50% een specialist.

Meer specifiek vermeldt:

- 5,8% een raadpleging met een homeopaat,
- 4,3% een raadpleging met een osteopaat
- 1,5% een raadpleging met een chiropractor
- 1,6% een raadpleging met een acupuncturist.

Vrouwen raadplegen iets vaker een beoefenaar van alternatieve geneeskunde dan mannen (13% versus 10%). Vooral personen uit de middelste leeftijdsgroepen en hoger opgeleiden contacteren beoefenaars van de alternatieve geneeskunde.

Daar waar we tussen 1997 en 2001 een stijging vaststellen van het gebruik van niet-conventionele geneeswijzen blijft dit tussen 2001 en 2004 vrij stabiel.

Samenvatting van de resultaten : Niet-conventionele geneeswijzen			
	1997	2001	2004
Percentage personen dat in het afgelopen jaar een contact had met:			
- een beoefenaar van een niet-conventionele geneeswijze	8,2	11,2	11,5
- een homeopaat	3,9	5,9	5,8
- een osteopaat	-	3,9	4,3
- een acupuncturist	1,2	1,5	1,6
- een chiropractor	-	1,6	1,5

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

5. Gezondheid en samenleving

Het begrip 'gezondheid' heeft in de loop der jaren een steeds ruimere invulling gekregen. Waar men aanvankelijk vooral oog had voor louter medische aspecten, besteedt men tegenwoordig ook meer en meer aandacht aan de sociale dimensie van gezondheid. 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 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 en geweld;
5. gebruik van preventieve gezondheidsdiensten;
6. sociale gezondheid;
7. ouderen.

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

5.1. Toegankelijkheid van gezondheidszorgen

Uitgaven voor gezondheidszorgen vormen een vaste post in het budget van een huishouden.

Gemiddeld dient een huishouden zo'n 6% van het beschikbaar inkomen of €115 te besteden aan kosten voor huisartsen, specialisten, geneesmiddelen, verzorgingsinstellingen,... Het gaat hierbij wel om uitgaven zonder rekening te houden met eventuele terugbetalingen.

Oudere huishoudens (in deze context: huishoudens met een oudere referentiepersoon) dienen zowel in relatieve als in absolute termen meer uit te geven aan gezondheidszorgen. Waar bij een 'jong' huishouden gemiddeld 2% van het huishoudbudget aan gezondheidszorgen besteed moet worden, stijgt dit percentage tot 13% bij huishoudens met een referentiepersoon van 75 jaar en ouder.

Globaal genomen wegen de kosten voor gezondheidszorgen – althans in relatieve termen - zwaarder door voor die huishoudens die behoren tot de **lagere socio-economische echelons** van de samenleving: huishoudens waarvan de referentiepersoon slechts een beperkte opleiding heeft genoten en huishoudens met een eerder beperkt equivalent inkomen geven relatief meer uit dan andere huishoudens aan gezondheidszorgen.

Uitgesproken regionale verschillen met betrekking tot de gemiddelde uitgaven voor gezondheidszorgen kunnen niet gevonden worden.

Hoewel de **absolute** maandelijkse uitgaven voor gezondheidszorgen gestegen zijn van €95 in 1997 tot €115 in 2004, is het **relatief** aandeel ervan quasi ongewijzigd gebleven (ongeveer 6% van het huishoudbudget).

29% 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 schatten veel meer dan de andere de uitgaven voor gezondheid als (zeer) moeilijk om dragen. Huishoudens in het Brussels Gewest geven meer dan in de andere gewesten aan dat uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk om dragen zijn.

Een kleine 10% van de huishoudens was in het verleden **genoodzaakt het gebruik van gezondheidsvoorzieningen tijdelijk te staken om financiële redenen**. Achter dit percentage gaan echter grote regionale verschillen schuil. Daar waar in het Vlaams Gewest slechts 5% van de huishoudens hun gezondheidsuitgaven dienden uit te stellen omwille van financiële redenen, loopt dit percentage in het Brussels Gewest op tot 18% en in het Waals Gewest tot 16%.

Samenvatting van de resultaten : Toegankelijkheid van gezondheidszorgen			
	1997	2001	2004
Gemiddelde maandelijkse uitgaven van huishoudens voor gezondheidszorgen	€ 95	€ 107	€ 115
Gemiddelde relatieve uitgaven van huishoudens voor gezondheidszorgen	7%	6%	6%
Percentage huishoudens dat:			
- de uitgaven voor gezondheidszorgen te hoog vindt	33%	30%	29%
- het gebruik van gezondheidszorgen diende uit te stellen omwille van financiële redenen	8%	10%	10%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

5.2. Socio-economische ongelijkheden in gezondheid

5.2.1. Gezondheidstoestand

Personen met een laag opleidingsniveau:

- geven vaker aan ontevreden te zijn over de **gezondheid**;
- scoren in het algemeen slechter op het gebied van **chronische aandoeningen**, dit is niet zo voor alle chronische aandoeningen; zo neemt de prevalentie van allergie toe naarmate het opleidingsniveau stijgt;
- lijden minder aan **comorbiditeit**, dit is het gelijktijdig voorkomen van verschillende chronische lichamelijke aandoeningen;
- hebben globaal genomen een slechtere **mentale gezondheid** en gebruiken meer psychotrope geneesmiddelen gebruiken;
- hebben een hoger prevalentie van **langdurige functionele beperkingen**;
- hebben vaker ernstige functionele beperkingen.

5.2.2. Leefstijl

Globaal genomen zijn er indicaties dat personen die eerder laag staan op de socio-economische schaal er vaker een **ongezonde leefstijl** op nahouden. Meer bepaald ...

- doen ze tijdens hun vrije tijd minder vaak aan **lichaamsbeweging**;
- hebben ze vaker **overgewicht of zwaarlijvigheid** (ook de jongeren!);
- volgen ze minder vaak de aanbevelingen inzake goede **voedingsgewoonten**;
- **roken** ze meer.

We vinden geen duidelijk toenemend risicogedrag bij lager opgeleiden voor:

- het gebruik van **alcohol**;
- het gebruik van **cannabis**.

Tenslotte stellen we vast dat er vooral bij lager opgeleiden nog heel wat inspanningen nodig zijn om ..

- de **kennis over AIDS** te verhogen;
- de **houding** ten aanzien van HIV- en AIDS-geïnfecteerden bij te stellen;
- de **risico's voor seksueel overdraagbare aandoeningen** te beperken.

5.2.3. Medische consumptie

Met betrekking tot mogelijke socio-economische verschillen in medische consumptie zijn de resultaten niet eenduidig. Toch noteren we voor heel wat indicatoren belangrijke verschillen in functie van het opleidingsniveau.

- Bij laaggeschoolden doet de huisarts relatief **meer huisbezoeken**.
- Hoger opgeleiden raadplegen vaker een **specialist** zonder doorverwijzing door de huisarts.
- Voor **tandheelkundige zorg** vinden we belangrijke socio-economische verschillen: hoger opgeleiden rapporteren vaker een contact met de tandarts in het afgelopen jaar, het gemiddeld aantal contacten met de tandarts per jaar is er hoger en ze gaan vaker bij de tandarts langs voor een preventief onderzoek.
- De gemiddelde **duur van een ziekenhuisopname** hangt samen met socio-economische kenmerken. Lager opgeleiden verblijven gemiddeld iets langer in het ziekenhuis.
- Het gebruik **niet voorgeschreven geneesmiddelen** neemt toe met het opleidingsniveau.

5.2.4. Preventie

- De resultaten van de enquête tonen aan dat hoger opgeleiden relatief meer aangeven dat ze tegen **tetanus, hepatitis B** en hersenvliesontsteking door **meningokokken type C** ingeënt zijn en meer gescreend worden voor **borstkanker** en **baarmoederhalskanker**.
- Voor wat betreft vroegtijdige opsporing van **hoge bloeddruk**, een **te hoog cholesterolgehalte** of een **te hoog suikerhalte** in het bloed vinden we geen socio-economische verschillen.
- Hetzelfde geldt voor vaccinatie tegen **griep** en tegen **pneumokokken**.

5.2.5. Gezondheid en samenleving

Huishoudens met een eerder beperkt opleidingsniveau en/of inkomen besteden een **relatief groter aandeel van hun beschikbaar inkomen aan gezondheidsuitgaven** dan personen met een hogere opleiding of een hoger inkomen. Het zal bovendien niemand verbazen dat huishoudens uit de lagere socio-economische groepen meer problemen hebben om de uitgaven voor hun gezondheidszorgen te dragen en hun medische consumptie vaker moeten uitstellen om financiële redenen.

Voor de andere onder dit hoofdstuk ressorterende onderdelen is er veel minder sprake van een uitgesproken socio-economische ongelijkheid. Uitzondering hierop betreft de resultaten voor het onderdeel **sociale gezondheid** waar duidelijk kan worden aangetoond dat personen met een eerder beperkte opleiding relatief meer terugvallen op een beperkte kennissenkring. Bovendien hebben zij een meer negatieve evaluatie van hun sociale contacten en een meer negatieve inschatting van de steun waarop zij in geval van nood kunnen op rekenen.

5.3. Gezondheid en milieu

5.3.1. Hinder door omgevingsfactoren thuis

22% van de bevolking geeft aan **last te hebben van omgevingshinder thuis**.

Huishoudens met een referentiepersoon van 65 jaar en ouder hebben over het algemeen minder last van omgevingshinder thuis.

9% van de huishoudens heeft thuis te maken met lawaaioverlast door autoverkeer.

Andere belangrijke bronnen van omgevingshinder thuis zijn

- geurhinder in het algemeen (6%),
- burenlawaai (6%)
- trillingen (6%).

Overlast door lawaai van vliegtuigen wordt gerapporteerd door:

- 8% van de huishoudens in het Brussels Gewest;
- 3% van de huishoudens in het Waals Gewest;
- 1% van de huishoudens in het Vlaams Gewest.

De mate waarin personen thuis last hebben van omgevingshinder hangt sterk samen met de urbanisatiegraad van de woonplaats. Deze trend wordt ook weerspiegeld in de **gewestelijke verschillen**. In het Brussels Gewest, een bij uitstek stedelijke agglomeratie, wordt 33% van de huishoudens thuis geconfronteerd met hinderlijke milieufactoren.

5.3.2. Hinder door omgevingsfactoren in de wijk

21% van de bevolking geeft aan last te hebben van **omgevingshinder op het niveau van de wijk**.

9% van de huishoudens ondervindt hinder door de uitlaatgassen van het autoverkeer. 6% rapporteert hinder door vandalisme en graffiti.

Milieuhinder op wijkniveau hindert:

- 32% van de huishoudens die in de stad wonen;
- 16% van de huishoudens in halfstedelijke gebieden;
- 12% van de huishoudens in de landelijke gebieden.

Opvallend hoog is dat in de **Waalse steden** 32% van de huishoudens klaagt over milieuhinder in de wijk.

5.3.3. Passief roken

In de Gezondheidsenquête 2004 ging bijzondere aandacht uit naar één specifieke vorm van hinder, namelijk het **passief roken**. De resultaten van de enquête geven aan dat er in 31% van de huishoudens minstens één persoon elke dag binnenshuis rookt. Dit percentage daalt met de leeftijd van de referentiepersoon. In huishoudens die eerder tot de lagere opleidings- en/of inkomensgroepen behoren, wordt relatief meer binnenshuis gerookt dan in andere huishoudens.

Bij 42% van de huishoudens gelden beperkingen in verband met het roken in huis. Indien dit het geval is, gaat het om de volgende maatregelen:

- binnenshuis mag niet gerookt worden (75%);
- roken mag enkel in bepaalde ruimtes (28%);
- roken mag niet in aanwezigheid van kinderen (29%).

Samenvatting van de resultaten : Gezondheid en omgeving (enkel cijfers voor 2004)	
Percentage huishoudens :	
- dat klachten heeft over omgevingshinder in de wijk	21%
- dat klachten heeft over omgevingshinder bij hen thuis	22%
- dat roken binnenshuis toelaat	31%
- bij wie beperkingen gelden voor het roken binnenshuis	42%

5.4.Traumata

5.4.1.Ongevallen

In België verklaart 8% van de bevolking dat ze in de afgelopen 12 maanden het slachtoffer is geweest van een **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.

Het aantal personen dat een ongeval rapporteert is in vergelijking met 2001 niet gedaald, behalve in het Brussels Gewest.

Van de personen die het slachtoffer waren van een **ongeval** in de afgelopen 12 maanden rapporteert:

- 32% een ongeval thuis;
- 30% een ongeval op het werk of op school;
- 24% een ongeval op de openbare weg;
- 19% een sportongeval
- 5% een ongevallen op een publieke plaats.

Ongevallen thuis komen vaker voor bij **vrouwen**, terwijl arbeidsongevallen of ongevallen op school en sportongevallen frequenter gerapporteerd worden door **mannen**.

Het vóórkomen van ongevallen varieert tevens sterk met de **leeftijd**, met name omdat elke levensperiode gepaard gaat met specifieke activiteiten.

- Werkongevallen dalen uiteraard fors na de pensioengerechtigde leeftijd.
- De ongevallen thuis nemen toe vanaf deze leeftijd.
- Verkeersongevallen treffen vooral jonge volwassenen tussen 15 en 44 jaar, maar ook de 65-plussers.
- Sportongevallen worden vooral gerapporteerd door personen onder de 35 jaar.

Verkeersongevallen komen vaker voor in het **Brussels Gewest** (31%) en het **Vlaams Gewest** (27%) dan in het **Waals Gewest** (16%). Op te merken valt dat het hier niet gaat over het gewest waar het ongeval zich voordeed, wel over de woonplaats van het slachtoffer.

De meest traumata worden veroorzaakt door:

- een val (54%);
- een botsing (29%);
- een contact met een scherpe voorwerp (8%).

Valpartijen komen frequenter voor bij **vrouwen** en vooral in de jongste en oudste leeftijdsgroepen (vooral bij 65-plussers). Traumata veroorzaakt door een botsing komen meer voor tussen de 15 en 55 jaar.

De meest frequente *soorten* traumata zijn verstuikingen (27%), breuken (26%) en wonden (26%). Breuken komen erg veel voor bij vrouwen boven 65 jaar. Ze vormen er 50% van de traumata.

Twee op vijf slachtoffers doet een beroep gedaan op een **huisarts** en bijna drievierde gaat naar een **ziekenhuis** voor onderzoek en/of verzorging.

5.4.2. Geweld

- 7% van de bevolking (van 15 jaar en meer) verklaart in het afgelopen jaar het slachtoffer te zijn geweest van **psychisch of verbaal geweld** (beledigingen, bedreigingen, pesten, eenzame opsluiting enz.);
- 3% van de bevolking rapporteert het slachtoffer te zijn geweest van **fysiek geweld** (brutaal opzij duwen, knijpen, slagen, snijdwonden, agressie);
- 3% meldt een **diefstal of inbraak**.

Mannen (9,6%) en vrouwen (9,0) zijn in quasi dezelfde mate het doelwit van geweldpleging. In het Brussels Gewest (15%) en het Waals Gewest (13%) is het percentage slachtoffers van geweld het hoogst. In het Vlaams Gewest gaat het om 6%.

Verbaal en lichamelijk geweld komt meest voor bij jongeren en daalt naarmate de leeftijd stijgt. Diefstal en gewapende overval nemen daarentegen toe met de leeftijd.

Slachtoffers van **geweld in de persoonlijke leefwereld** (thuis, op het werk, op school) zijn eerder jong en vaker te vinden bij hoger opgeleiden. Dit soort type geweld wordt vaker gezien in het Brussels Gewest en het Waals Gewest dan in het Vlaams Gewest. Geweld op het werk of op school wordt even vaak gerapporteerd door mannen als vrouwen, maar vrouwen worden vaker geconfronteerd met geweld thuis.

Geweld buiten de persoonlijke leefwereld (in openbare ruimten, op straat, elders) komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen en ook vaker bij jongeren dan bij ouderen. We noteren hier geen socio-economische verschillen. Dit soort geweld komt meer voor in de steden dan op het platteland.

Samenvatting van de resultaten : Ongevallen, geweld		
	2001	2004
Aantal personen (in %) dat in het afgelopen jaar het slachtoffer is geweest van een ongeval dat aanleiding gaf tot medische hulpverlening	9%	8%
Aantal personen van 15 jaar en ouder (in %) dat:		
- in het afgelopen jaar het slachtoffer is geweest van psychologisch of verbaal geweld	11%	7%
- in het afgelopen jaar het slachtoffer is geweest van fysiek geweld	3%	3%
- in het afgelopen jaar het slachtoffer is geweest van een diefstal of een inbraak	5%	3%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

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)
- 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. frequentie van sociale contacten;
 2. deelname aan het georganiseerd verenigingsleven;
 3. appreciatie van sociale contacten;
 4. beschikbaarheid van instrumentele sociale ondersteuning (concrete hulp in geval van nood).
- 7% van de bevolking geeft aan **nauwelijks (d.i. minder dan eenmaal per week) contacten** te hebben met familieleden, vrienden of kennissen
 - 37% van de bevolking stelt (bijna) nooit deel te nemen aan door **verenigingen** georganiseerde activiteiten.

Wordt de nadruk gelegd op de functionele dimensie van sociale gezondheid, dan kan op basis van de resultaten van de enquête gesteld worden dat:

- 7% van de bevolking **ontevreden** is over hun sociale relaties
- 8% van de bevolking percipieert hun **sociale ondersteuning eerder negatief**; volgens hen kunnen zij onvoldoende rekenen op een kwalitatief hoogstaande functionele ondersteuning, d.w.z. een sociale omgeving die een geheel van rollen kan spelen: een instrumentele (tastbare hulp), informele (raadgeving), emotionele (een luisterend oor, empathie), recreatieve (ontspannende, verstrooiende activiteiten) en/of affectieve rol (liefde).

Tussen de verschillende indicatoren van sociale gezondheid en leeftijd kan een duidelijke samenhang onderkend worden. Telkenmale zijn de cijfers **minder gunstig voor ouderen** dan voor jongeren.

Verschillen tussen **mannen en vrouwen** aangaande sociale gezondheid kunnen niet vastgesteld worden.

In globale termen vertaalt een **lager opleidingsniveau** zich in een lagere frequentie van sociale contacten, een lagere deelname aan het verenigingsleven, een slechtere appreciatie van sociale contacten en een meer negatieve perceptie van de beschikbaarheid van ondersteuning.

Voor beide dimensies van sociale gezondheid zijn de resultaten iets minder gunstig voor inwoners van het **Brussels Gewest**; zowel de frequentie van sociale contacten als de mate waarin aan het verenigingsleven deelgenomen wordt is er lager dan in de overige gewesten. Ook wat betreft de appreciatie van sociale contacten en de perceptie van sociale ondersteuning scoren de inwoners van het Brussels Gewest relatief laag. Het verstedelijkt karakter van het Brussels Gewest is daar wellicht niet vreemd aan.

Globaal genomen kunnen geen (significante) veranderingen vastgesteld worden, noch omtrent de kwantitatieve noch omtrent de kwalitatieve dimensie van sociale gezondheid, over de verschillende jaren van enquêtering.

Samenvatting van de resultaten : Sociale gezondheid			
	1997	2001	2004
Percentage personen van 15 jaar en ouder dat:			
- minder dan eens per week contact heeft met familie, vrienden of bekenden	8%	7%	7%
- niet of nauwelijks deelneemt aan het georganiseerd verenigingsleven	-	-	37%
- ontevreden is over hun sociale relaties	6%	7%	7%
- niet op de omgeving kan rekenen voor steun op emotioneel, affectief, recreatief of informatief gebied	-	9%	9%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

5.6. Gebruik van 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. Sommige diensten zich richten tot de ganse bevolking en andere tot specifieke doelgroepen. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de mate waarin op deze diensten beroep wordt gedaan. Hierbij wordt bijzondere aandacht besteed aan het gebruik van diensten gericht aan de oudere bevolking.

Samenvatting van de resultaten: gebruik van sociale en preventieve diensten		
	2001	2004
Percentage kinderen jonger dan 3 jaar dat in het afgelopen jaar een contact had met Kind en Gezin of ONE	69%	65%
Percentage van de schoolgaande jeugd (van 3 tot 18 jaar) dat in het afgelopen jaar een contact had met de schoolarts	60%	61%
Percentage van de beroepsactieve bevolking dat in het afgelopen jaar een contact had met een arbeidsgeneeskundige dienst	34%	33%
Percentage van de bevolking dat in het afgelopen jaar een beroep deed het OCMW	2%	2%
Percentage personen van 75 jaar en meer <u>die niet verblijven in een instelling</u> dat in het afgelopen jaar een beroep deed op:		
- Thuishulp	-	16%
- een dagcentrum	-	1%
- een dienst die warme maaltijden aan huis brengt	-	7%
- op de diensten van het OCMW	-	7%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

5.7. Ouderen

De belangrijkste bevindingen met betrekking tot de gezondheid van ouderen (van 65 jaar en ouder) worden hier opgesomd.

5.7.1. Lichamelijke gezondheid

- 44% van de ouderen geeft aan niet tevreden te zijn over hun gezondheidstoestand en dit percentage neemt toe naarmate men de leeftijd toeneemt.
- Bij oudere mannen vinden we een hogere prevalentie van chronische bronchitis en hartinfarct of een andere ernstig hartlijden. Bij oudere vrouwen zijn hoge bloeddruk, gewrichtsslijtage en osteoporose frequenter.

5.7.2. Beperkingen

- 24% van de ouderen is ernstig beperkt in het uitvoeren van hun dagelijkse activiteiten, 29% is matig beperkt en 47% helemaal niet beperkt.
- 19% van de ouderen is (matig of ernstig) beperkt in het uitvoeren van instrumentele activiteiten zoals boodschappen doen, maaltijden bereiden, lichte huishoudelijke taken,...
- 13% van de ouderen met ernstige beperkingen kan op geen enkele hulp rekenen bij het uitvoeren van dergelijke activiteiten.

5.7.3. Mentale gezondheid

- 22% van de ouderen bevindt zich in een toestand van "psychisch onwelbevinden".
- 13% heeft somatisatieproblemen.
- 11% heeft een depressieve aandoening.
- 7% onder hen heeft angstproblemen.
- Slaapproblemen treden op bij 24% van de ouderen.
- 23% van de ouderen rapporteert het gebruik van slaapmiddelen⁷ in de afgelopen 2 weken, 13% het gebruik van kalmeermiddelen en 9% het gebruik van antidepressiva.

5.7.4. Sociale gezondheid

- 8% van de ouderen is ontevreden over de sociale contacten dat ze erop nahouden. De ontevredenheid over de sociale contacten stijgt met de leeftijd.
- 10% geeft aan minder dan eens per week sociale contacten te hebben. Ook dit percentage stijgt met de leeftijd.
- 48% neemt nooit deel aan het verenigingsleven.
- 11% heeft een eerder negatieve perceptie van de sociale ondersteuning die ze zou ontvangen indien nodig.

⁷ Het gaat om slaapmiddelen als dusdanig bestempeld door de respondent

5.7.5. Leefstijl

- 9% van de ouderen (vooral alleenwonenden) heeft een onregelmatig eetpatroon.
- Personen van 65 jaar drinken gemiddeld 2,3 glazen alcohol op weekdays en 2,4 glazen per dag in het weekend.
- Oudere mannen gebruiken meer alcohol dan oudere vrouwen.
- 6% van de ouderen geeft aan het slachtoffer geweest te zijn van een ongeval in het afgelopen jaar. Het gaat hierbij in dalende volgorde om breuken (42% van alle ongevallen), wonden (26%), kneuzingen (25%) en verstuikingen (15%).

5.7.6. Vaccinatie

- 66% van de ouderen werd in het afgelopen vaccinatieseizoen (september – december) gevaccineerd tegen de griep. Dit percentage stijgt sterk met de leeftijd en bereikt 75% bij personen van 80 jaar en ouder.
- 16 % werd in de afgelopen 5 jaar gevaccineerd tegen pneumokokken.

5.7.7. Medische consumptie

- 18% van de ouderen rapporteert een klassieke ziekenhuisopname in het afgelopen jaar. Dit percentage stijgt met de leeftijd tot 25% bij 85-plussers.
- Ouderen rapporteren gemiddeld 9,7 contacten met de huisarts per jaar. Dit gemiddelde stijgt met de leeftijd tot 14,1 bij 85-plussers.
- Ouderen rapporteren gemiddeld 2,9 contacten met de specialist per jaar. Opvallend is dat ouderen die verblijven in een instelling relatief weinig ambulante contacten met de specialist rapporteren (1,8).
- 19% van de ouderen rapporteert een contact met een verpleegkundige aan huis in het afgelopen jaar (47% bij de 85-plussers).

5.8.8. Gebruik van geneesmiddelen

- Heel wat ouderen van 65 jaar en ouder gebruiken geneesmiddelen voor hart- en vaatlijden.
 - 26% van de ouderen heeft in de afgelopen 24 uur een betablokker gebruikt (één van de geneesmiddelen tegen hoge bloeddruk).
 - 19% heeft diuretica (waterafdrijvende geneesmiddelen) gebruikt.
 - 17% heeft statines (cholesterolverlagende geneesmiddelen) gebruikt.
- Andere vaak gebruikte geneesmiddelen bij ouderen zijn:
 - benzodiazepines (meeste gebruikte slaap- en kalmeermiddelen) (14% van de ouderen).
 - pijnstillers (10% van de ouderen).
 - anti-depressiva (9% van de ouderen).

5.7.9. Gebruik van sociale voorzieningen

- 9% van de ouderen die niet in een rusthuis verblijven, rapporteert een contact met een dienst voor thuishulp in het afgelopen jaar. Dit percentage stijgt van 1,9% bij de 65 tot 69-jarigen tot 25% bij de 85-plussers.
- 4% van die ouderen die niet in een rusthuis verblijven, rapporteert dat ze in het afgelopen jaar een beroep deed op een dienst warme maaltijden aan huis (12% van de 85-plussers).
- 4,3% van die ouderen die niet in een rusthuis verblijven, rapporteert een contact met een OCMW in het afgelopen jaar (9% van de 85-plussers).