

HEALTH STATUS REPORT 2021



DE GEZONDHEIDSTOESTAND IN BELGIË

WIE WE ZIJN

SCIENSANO telt meer dan 700 medewerkers die zich elke dag opnieuw inzetten voor ons motto: levenslang gezond. Zoals uit onze naam blijkt, vormen wetenschap en gezondheid de kern van ons bestaan. De kracht van Sciensano ligt in de holistische en multidisciplinaire benadering van gezondheid. Onze aandacht gaat daarbij uit naar het nauwe en onlosmakelijke verband tussen de gezondheid van mensen en die van dieren, en hun omgeving (het "One health" concept). Daarom combineren we meerdere invalshoeken in ons onderzoek om op een unieke manier bij te dragen aan ieders gezondheid.

Sciensano kan hiervoor verder bouwen op de meer dan 100 jaar wetenschappelijke expertise van het voormalige Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie (CODA) en het vroegere Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV).

Sciensano

Epidemiologie en volksgezondheid • Levensstijl en chronische ziekten

Februari 2022 • Brussel • België
Depotnummer: D/2022/14.440/08



Authors

Françoise Renard



Aline Scohy



Robby De Pauw



Jure Jurčević



Brecht Devleesschauwer

Contact • hsr@sciensano.be

Bezoek onze website: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand>

De opdrachtgever van het Health Status Report

Dit rapport is uitgevoerd in opdracht van de Federale Minister van Volksgezondheid en kwam tot stand met de financiële steun van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Acknowledgements

Wij bedanken graag de volgende mensen voor het zorgvuldig nalezen van het rapport en voor hun gewaardeerd advies: Rana Charafeddine, Karin De Ridder, Lydia Gisle, Johan Van der Heyden, en Lize Hermans. Wij bedanken ook graag Tadek Krzywania en Ledia Jani voor hun administratieve steun.

Gelieve deze publicatie te vermelden als:

Renard F., Scohy A., De Pauw R., Jurčević J., Devleeschauwer B., Health status report 2021 – De gezondheidstoestand in België. Brussel, België: Sciensano. Depotnummer: D/2020/14.440/08. Beschikbaar op: www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand

CONTENTS

1. SAMENVATTING	7
2. INLEIDING	10
3. LEVENSVERWACHTING EN LEVENSKWALITEIT	11
3.1 LEVENSVERWACHTING EN GEZONDE LEVENSVERWACHTING.....	11
3.2 SUBJECTIEVE GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSGERELATEERDE LEVENSKWALITEIT	12
4. STERFTE EN DOODSOORZAKEN	13
4.1 ALGEMENE STERFTE (ALLE LEEFTIJDEN).....	13
4.1.1 Alle oorzaken	13
4.1.2 Per oorzaak.....	13
4.2 VROEGTIJDIGE STERFTE (JONGER DAN 75 JAAR).....	13
4.2.1 Alle oorzaken	13
4.2.2 Per oorzaak.....	13
5. NIET-OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN	15
5.1 ZELFGERAPORTEERDE NIET-OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN, OVERZICHT.....	15
5.2 KANKER.....	16
5.3 CORONAIRE HARTZIEKTE	16
5.4 DIABETES.....	17
6. GEESTELIJKE GEZONDHEID	18
6.1 ANGST EN DEPRESSIE.....	18
6.2 ZELFMOORDGEDRAG	19
7. OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN	20
7.1 GRIEP EN VIRAAL SYNDROOM	20
7.2 TUBERCULOSE.....	20
7.3 HIV	20
8. COVID-19	22
8.1 COVID-19 SURVEILLANCE, LINKS.....	22
8.2 IMPACT VAN COVID-19	22
9. DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID	24
9.1 TABAKSGEBRUIK.....	24
9.2 ALCOHOLGEBRUIK.....	25
9.3 GEWICHTSTOESTAND	25
9.4 VOEDINGSGEWOONTEN.....	26
9.5 LICHAAMSBEWEGING	26
9.6 GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN.....	27

10. SOCIAALECONOMISCHE GEZONDHEIDSONGELIJKHEDEN.....	28
10.1 ACHTERGROND	28
10.2 RESULTEN	28
10.2.1 Sociaaleconomische ongelijkheden op het gebied van levensverwachting, gezonde levensverwachting, en levenskwaliteit	28
10.2.2 Sociaaleconomische ongelijkheden op het gebied van sterfte	29
10.2.3 Sociaaleconomische ongelijkheden op het gebied van niet-overdraagbare ziekten	30
10.2.4 Sociaaleconomische ongelijkheden op het gebied van de geestelijke gezondheid	30
10.2.5 Sociaaleconomische ongelijkheden in gezondheidsdeterminanten	30
11. REFERENTIES	32



1. SAMENVATTING

Dit verslag geeft een momentopname van de gezondheid van de Belgische bevolking op basis van de beschikbare gegevens tot eind 2021. Voor meer gedetailleerde informatie kunt u terecht op onze website die voortdurend wordt bijgewerkt: www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand

- Vóór de COVID-19-pandemie was de **levensverwachting** toegenomen met 4 jaar tot 81,8 jaar (in 2019) ten opzichte van de eeuwwisseling. Hoewel de voordeel in levensverwachting van vrouwen ten opzichte van mannen afneemt, hebben ze nog steeds een langere levensverwachting van 4 jaar. De levensverwachting is het hoogst in Vlaanderen, gevolgd door Brussel en Wallonië. België situeert zich voor levensverwachting iets lager dan het EU-15-gemiddelde. Ten gevolge van het hoge sterftecijfer in het eerste jaar van de COVID-19-pandemie de levensverwachting met één jaar gedaald tot 80,8 jaar in 2020.
- In 2018 bedroeg de **gezonde levensverwachting** (één van de gezondheidsindicatoren) op 65-jarige leeftijd ongeveer 12,5 jaar. Er zijn geen markante verschillen tussen mannen en vrouwen. Bij mannen lag de levensverwachting net op het EU-15-gemiddelde, terwijl vrouwen een hogere levensverwachting hebben ten opzichte van het EU-15-gemiddelde.
- Zevenenzeventig procent van de Belgen **beoordeelde zijn gezondheid** in 2018 als goed of zeer goed. Dit percentage was hoger bij mannen en hoger in Vlaanderen en Brussel ten opzichte van Wallonië. België presteert qua subjectieve gezondheid beter dan het EU-15-gemiddelde en staat op de 6e plaats.
- De trends in de **sterftecijfers voor alle oorzaken** lopen samen met de levensverwachting: na een gelijkmatige daling in sterfte van 2000 tot 2019 bereikten de voor leeftijd gecorrigeerde sterftecijfers (ASMR) in 2020 een hoogtepunt als gevolg van de COVID-19-pandemie. Het aantal sterfgevallen bereikte bijna 127.000 in 2020, wat een stijging van 17% ten opzichte van het gemiddelde van de voorbije 10 jaar is.
- In 2018 (laatste beschikbare gegevens) waren de drie **belangrijkste doodsoorzaken** bij mannen coronaire hartziekten, longkanker en cerebrovasculaire aandoeningen (inclusief hoge bloeddruk). Bij vrouwen waren de drie belangrijkste oorzaken dementie (zowel vasculaire dementie als de ziekte van Alzheimer), cerebrovasculaire aandoeningen (waaronder hoge bloeddruk) en coronaire hartziekten.
- De tendens in **vroegtijdige sterfte** (d.w.z. de sterfte onder de leeftijd van 75 jaar) was vergelijkbaar met deze van de algemene sterfte in alle leeftijdsgroepen. Na een daling met 31% tussen 2000 en 2019 steeg de voor de leeftijd gecorrigeerde vroegtijdige sterfte in 2020 met 10% voor mannen en 5% voor vrouwen. Dit is een kleinere stijging in vergelijking met de algemene tendens in sterftecijfers. Geslachts- en gewestelijke verschillen waren meer uitgesproken bij de vroegtijdige sterfte. De drie aandoeningen met de grootste impact uitgedrukt als verloren levensjaren vóór 75 jaar waren zelfmoord, longkanker en coronaire hartziekten bij mannen. Bij vrouwen waren dat borstkanker, longkanker en cerebrovasculaire aandoeningen.
- Meer dan één op de vier Belgen geeft aan te leven met ten minste één **chronische ziekte**. De zes meest voorkomende chronische ziekten die in de gezondheidsenquête (HIS) van 2018 werden gerapporteerd, waren lage rug aandoeningen, hoge bloeddruk, allergie, artrose, hoog cholesterolgehalte in het bloed en nekaandoeningen. De prevalentie van veel chronische ziekten is tussen 1997 en 2018 toegenomen, wat echter slechts gedeeltelijk te wijten is aan de vergrijzing van de bevolking.
- Naast subjectieve gezondheidsinformatie kan er ook beroep gedaan worden op objectieve informatie uit registers. In 2019 werden 71.651 nieuwe diagnoses van **kanker** (exclusief niet-melanoom huidkanker) gesteld. De incidentie van kanker is het hoogst in Wallonië in vergelijking met



Samenvatting

de andere gewesten. De meest voorkomende kankers waren prostaat-, long- en colorectale kankers bij mannen, en borst-, colorectale en longkankers bij vrouwen. In de afgelopen tien jaar is de leeftijd gecorrigeerde incidentie van kanker alleen bij vrouwen toegenomen, een toename die grotendeels is toe te schrijven aan de stijging van de incidentie van longkanker.

- In 2018 meldde 6,3% van de Belgische bevolking aan **diabetes** te lijden. De voor leeftijd gecorrigeerde toename in het voorkomen van diabetes is deels toe te schrijven aan een toename van de risicofactoren voor diabetes.
- **Geestelijke gezondheidsproblemen** vormen een groot probleem in België. De prevalentie van angst- en depressieve stoornissen gerapporteerd in de HIS 2018 was reeds hoog, met ongeveer één op de tien mensen die een angststoornis rapporteerde, en één op de tien die een depressieve stoornis rapporteerden (een lichte daling ten opzichte van 2013). In 2018 is zelfmoord onder jongeren (15-24) de belangrijkste doodsoorzaak voor zowel mannen als vrouwen. Sinds het begin van de COVID-19-crisis zijn de niveaus van angst- en depressie stoornissen verder gestegen en waren zij het hoogst bij het prille begin van de crisis en tijdens de winter 2020-2021 (periode van de strengste lockdown), waarbij meer dan 20% van de bevolking werd bereikt. Suïcidale gedachten en pogingen zijn toegenomen tijdens de COVID-19-crisis.
- De surveillance van **overdraagbare ziekten** wordt momenteel gedomineerd door de COVID-19-pandemie, die België sinds 2020 zwaar heeft getroffen. COVID-19 is uitvoerig gedocumenteerd in het Sciensano-dashboard en de rapporten. Gemiddeld worden er elk jaar ongeveer 500.000 mensen (bijna 5% van de bevolking) getroffen door een **influenza-achtige ziekte**, waarbij het in de helft van de gevallen om echte griep gaat (hierbij is er in 2% van de gevallen een ziekenhuisopname nodig). Tussen april 2020 en oktober 2021 werden bijna geen bevestigde griepinfecties waargenomen, maar sinds oktober 2021 neemt het aantal influenzadiagnoses weer heel langzaam toe. Sinds 2010 is de tuberculose-incidentie vrij stabiel gebleven op ongeveer 950 nieuwe gevallen per jaar. **Tuberculose** is vooral een stedelijk verschijnsel, dat vooral mensen treft die in preciaire omstandigheden leven. In 2020 werden 725 nieuwe **hiv**-diagnoses gesteld in België. Een daling van 41% ten opzichte van de nieuwe diagnoses in 2012. Deze daling was bijzonder uitgesproken voor Belgische mannen die seks hebben met mannen.
- In 2018 gaf 15% van de bevolking aan **dagelijks te roken**, een belangrijke daling over de afgelopen 15 jaar en ligt dan ook onder het gemiddelde van de EU-15. Mannen roken nog steeds vaker dan vrouwen en steeds minder jongeren (15-24 jaar) waren in 2018 dagelijkse rokers (11% t.o.v. 17% in 2013).
- Ook al is de **alcoholconsumptie** gedaald, deze blijft nog steeds hoog in België. In 2019, bedroeg de gemiddelde consumptie van zuivere alcohol in België 10,8 liter per capita, waarmee België net onder de gemiddelde consumptie binnen de EU-15 ligt. Wekelijkse overconsumptie van alcohol (met meer dan 21 consumpties voor mannen en meer dan 14 consumpties voor vrouwen) gebeurt bij 7,4% van de mannen en 4,3% van de vrouwen. De overconsumptie is wel afgenomen bij mannen gedurende de jaren. Tot 7,6% van de ondervraagden (15+) en tot 10% van de jongeren (15-24 jaar) melden wekelijks "riskant te drinken bij één gelegenheid", of nuttigden ten minste 6 alcoholische consumpties bij één gelegenheid.
- **Overgewicht** is een belangrijk probleem in België, net als in de meeste geïndustrialiseerde landen. In 2018 had ongeveer de helft van de volwassen bevolking overgewicht (49%) en 16% van de bevolking leed aan obesitas op basis van subjectieve informatie over gewicht en lengte uit de gezondheidsenquête. Deze cijfers zijn nog hoger op basis van objectieve metingen. Overgewicht en obesitas zijn hoger in Wallonië in vergelijking met andere gewesten. België scoort iets beter dan het Europese (EU-15) gemiddelde.
- In 2018 voldeed minder dan een derde (30%) van de volwassen bevolking (18+) aan de aanbevelingen van de WHO om gedurende de week ten minste 150 minuten te besteden aan lichaamsbeweging, waarmee het niveau van **lichaamsbeweging** van de gemiddelde Belg onvoldoende is. De aanbeveling werd vaker gehaald in Vlaanderen in vergelijking met andere gewesten en meer bij mannen dan bij



Samenvatting

vrouwen. Slechts 20% van de jongens en 13% van de meisjes van 11 tot 18 jaar voldeed aan de WHO-aanbevelingen voor jongeren (60 minuten fysieke activiteit per dag).

- In 2018 voldeed slechts 13% van de bevolking van 6 jaar en ouder aan de voedingsrichtlijnen van de WHO, waarin wordt aanbevolen om ten minste 5 porties fruit en groenten per dag te nuttigen. 20% van de bevolking drinkt dagelijks suikerhoudende dranken hoewel consumptie volgens de richtlijnen dient te worden vermeden. Goede **voedingsgewoonten** lijken meer aanwezig te zijn in Brussel, bij vrouwen en bij ouderen.
- **Sociaaleconomische ongelijkheden** werden vastgesteld voor het hele spectrum van gezondheidsindicatoren, gaande van risicofactoren, morbiditeit en mortaliteit. Ongelijkheden zijn sterk aanwezig bij sterfte, geestelijke gezondheid, en verschillende risicofactoren (roken, overgewicht, gebrek aan lichaamsbeweging en voedingsgewoonten). Ongelijkheden zijn toegenomen voor rookgedrag, depressie en migraine; voor andere gezondheidsindicatoren zijn er geen duidelijke toenames in ongelijkheden tussen de periode 2011-2013 en de periode 2018-2020. Ongelijkheden zijn voorheen wel sterk toegenomen en sindsdien gestabiliseerd op een verontrustend niveau voor een aantal belangrijke indicatoren zoals levensverwachting, wat een opmerkelijke ontwikkeling is.



2. INLEIDING

Dit rapport vat de belangrijkste kernboodschappen en resultaten uit het online “Health Status Report” samen. Deze website beoogt om de gezondheidstoestand van de Belgische populatie weer te geven, een cruciale opdracht om het gezondheidsbeleid in België mee te ondersteunen. Informatie die noodzakelijk is om de gezondheidstoestand van alle Belgen te begrijpen was tot 2017 verspreid over verschillende diensten, met als gevolg het ontbreken van een algeheel overzicht van de Belgische gezondheidsstatus op federaal niveau.

De afwezigheid van dit algehele overzicht was het startschot voor het “Health Status Report”, waarbinnen een website werd ontwikkeld in 2019 die de belangrijkste gezondheidsindicatoren samenvat. De voornaamste doelstellingen van het project zijn: (1) faciliteren van de toegang tot informatie over de gezondheidstoestand van alle Belgen en (2) het ondersteunen van beleid door het leveren van kernboodschappen, identificeren van aandachtspunten en het rangschikken van gezondheidsproblemen op basis van objectieve criteria binnen de volksgezondheid. De website wordt continue verrijkt en aangepast op basis van de meest recente gezondheidsinformatie.

Het huidige rapport omvat volgende hoofdstukken:

- ▶ Levensverwachting en kwaliteit van leven
- ▶ Mortaliteit en doodsoorzaken
- ▶ Niet-overdraagbare aandoeningen
- ▶ Geestelijke gezondheid
- ▶ Overdraagbare aandoeningen
- ▶ COVID-19
- ▶ Determinanten van gezondheid
- ▶ Ongelijkheden in gezondheid

Binnen het huidige rapport zijn de belangrijkste indicatoren voor volksgezondheid weergegeven per leeftijd en geslacht, regio en sociaaleconomische status. Het rapport geeft ook de trend over de tijd weer en de toestand in België wordt internationaal vergeleken wanneer internationale data voorhanden is.

Het huidige rapport is een momentopname van de gezondheidstoestand met de voornaamste indicatoren. Een meer gedetailleerd overzicht is beschikbaar op de website. Het rapport beschrijft de gezondheidstoestand op basis van de laatst beschikbare data eind 2021. Graag benadrukken we dat door constante veranderingen in beschikbare data, de gezondheidstoestand van een land snel kan veranderen. We raden de lezers van het rapport dan ook zeer sterk aan om de website te bekijken, welke steeds wordt bijgewerkt met de meest recente informatie.

Verken het Health Status Report online via

www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand

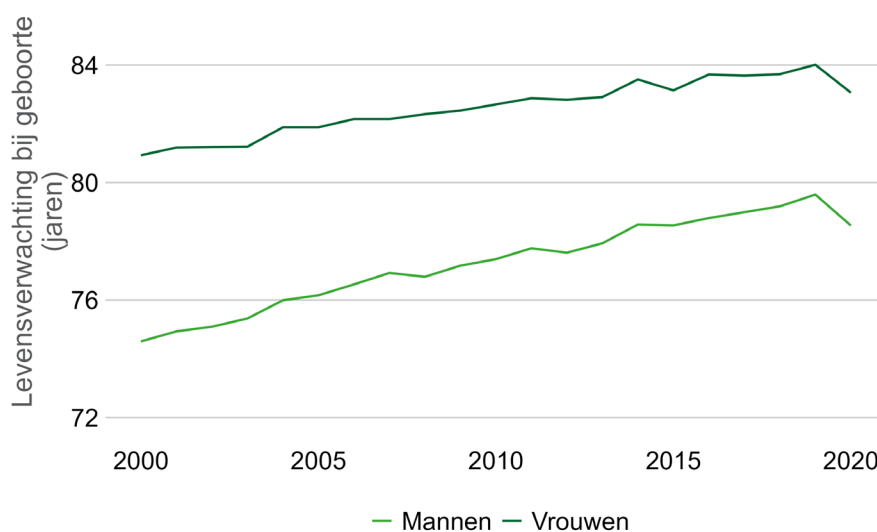


3. LEVENSVERWACHTING EN LEVENSKWALITEIT

3.1 LEVENSVERWACHTING EN GEZONDE LEVENSVERWACHTING

- In 2020 bedroeg de levensverwachting bij de geboorte in België 80,8 jaar. Door COVID-19 is de levensverwachting met één jaar gedaald ten opzichte van 2019, toen ze nog 81,8 jaar bedroeg [1].
- Vóór de COVID-19-crisis is de levensverwachting bij de geboorte in België decennialang gestaag toegenomen (met uitzondering van de jaren 2012 en 2015). Tussen 2000 en 2019 werd een winst van 4 jaar vastgesteld.
- De levensverwachting bij vrouwen (83,1 jaar in 2020) is hoger dan de levensverwachting bij mannen (78,5 jaar in 2020).
- Er worden belangrijke regionale verschillen waargenomen in levensverwachting. Vlaanderen heeft de hoogste levensverwachting bij de geboorte (82,0), gevolgd door Brussel (79,6) en Wallonië (79,0).
- Er is een belangrijke verschil in levensverwachting tussen personen in een hogere en lagere sociaaleconomische groep, waarbij de laatste groep een hogere levensverwachting heeft (zie hoofdstuk 10).
- In 2018 konden mannen van 65 jaar verwachten dat ze nog 12,5 jaar in goede gezondheid zouden leven (levensverwachting zonder beperkingen op 65-jarige leeftijd, LVZB65), en vrouwen 12,4 jaar. Tussen 2004 en 2018 is de LVZB65 toegenomen met 2,7 jaar voor mannen en 1,4 jaar voor vrouwen.
- De LVZB65 is het hoogst in Vlaanderen voor mannen (in vergelijking met de twee andere gewesten), en hoger in Brussel en Vlaanderen (in vergelijking met Wallonië) voor vrouwen.
- LVZB65 vertoont ook een belangrijke sociaaleconomische gradiënt, waarbij LVZB65 toeneemt met het opleidingsniveau.
- LVZB65 bij Belgische mannen ligt op het EU-15-gemiddelde, terwijl LVZB65 bij Belgische vrouwen hoger is dan het EU-15-gemiddelde.

Figuur 1. Levensverwachting bij de geboorte per geslacht, België, 2000-2020



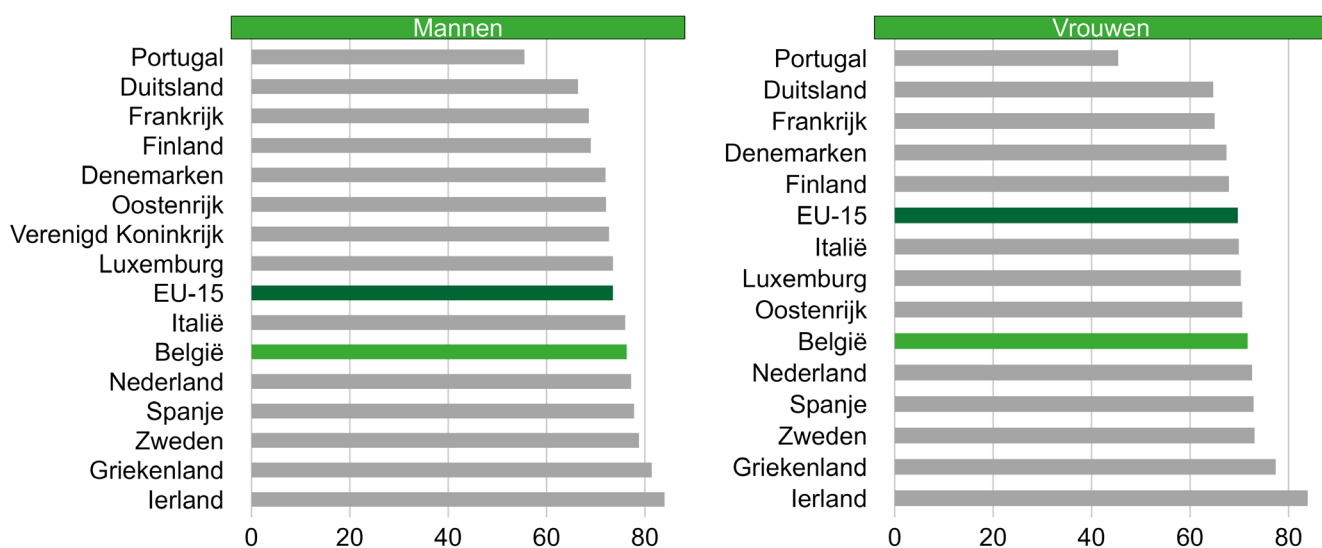
Bron: Statbel



3.2 SUBJECTIEVE GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSGERELATEERDE LEVENSKWALITEIT

- In 2018 beoordeelde 77% van de Belgische bevolking hun gezondheid als goed of zeer goed. Dit aandeel was hoger in Vlaanderen en Brussel (met respectievelijk 78,5% en 78,4% die hun gezondheid als goed of zeer goed beoordeelden) dan in Wallonië (74,0%).
- De kwaliteit van leven, gemeten door de Health-Related Quality of Life (HRQoL)-score, was 0,79 (score van 0 tot 1) in 2018. De HRQoL-score was hoger in Vlaanderen dan in de andere gewesten.
- Beide indicatoren van levenskwaliteit laten zien dat mannen hun gezondheid iets beter beoordelen dan vrouwen, en dat er een belangrijke sociaaleconomische gradiënt in levenskwaliteit is.
- België staat als zesde gerangschikt bij mannen en vrouwen tussen de EU-15 landen voor subjectieve gezondheid [2].

Figuur 2. Percentage personen van 15 jaar en ouder dat hun gezondheid als goed of zeer goed beoordeelt, per geslacht, EU-15, 2019



Bron: OECD Health Statistics (gebaseerd op EU-SILC)

sciensano



4. STERFTE EN DOODSOORZAKEN

4.1 ALGEMENE STERFTE (ALLE LEEFTIJDEN)

4.1.1 Alle oorzaken

- In 2020 piekte het aantal doden in België met meer dan 127.000 doden omwille van de COVID 19 crisis, wat neerkomt op een toename van 17% vergeleken met de 10 voorgaande jaren. De voor leeftijd gecorrigeerde sterfte bedroeg 1051,2 per 100.000 inwoners in 2020.
- In 2019 vielen er bijna 109.000 doden, of 949 per 100.000 inwoners. De sterfte steeg licht tussen 2000 en 2019 omwille van een toename in de bevolkingsaantallen en vergrijzing. De voor leeftijd gecorrigeerde sterfte daalde met 31% van 1.588 in 2000 naar 1.099 per 100.000 inwoners in 2019 bij mannen en met 22% van 922 in 2000 naar 733 per 100.000 inwoners bij vrouwen.

4.1.2 Per oorzaak

- Gegevens over doodsoorzaken zijn momenteel beschikbaar tot 2018. In 2018 waren de drie voornaamste doodsoorzaken bij mannen coronaire hartziekte, longkanker en cerebrovasculaire aandoeningen (inclusief verhoogde bloeddruk). Bij vrouwen waren de drie voornaamste doodsoorzaken dementie (inclusief vasculaire dementie en Alzheimer), cerebrovasculaire aandoeningen (inclusief verhoogde bloeddruk) en coronaire hartziekte.

4.2 VROEGTIJDIGE STERFTE (JONGER DAN 75 JAAR)

4.2.1 Alle oorzaken

- De voor leeftijd gecorrigeerde vroegtijdige sterfte (hier gedefinieerd als sterfte vóór de leeftijd van 75 jaar) is tussen 2000 en 2019 met 31% afgenomen voor beide geslacht.
- In 2019, de voor leeftijd gecorrigeerde vroegtijdige sterfte is 70% hoger bij mannen (415 per 100.000) vergeleken met vrouwen en is 38% hoger in Wallonië en 16% hoger in Brussel vergeleken met Vlaanderen.
- In 2020, het eerste jaar met COVID 19, is de voor leeftijd gecorrigeerde vroegtijdige sterfte met 10% gestegen voor mannen en met 5% voor vrouwen ten opzichte van 2019.
- Gewestelijke verschillen in vroegtijdige sterfte zijn toegenomen in 2020 door een verschil in vroegtijdige oversterfte tussen de verschillende regio's. Vlaanderen scoort hierbij beter ten opzichte van:
 - ▶ Wallonië: +56% bij mannen en +45% bij vrouwen
 - ▶ Brussel: +38% bij mannen en +26% bij vrouwen

4.2.2 Per oorzaak

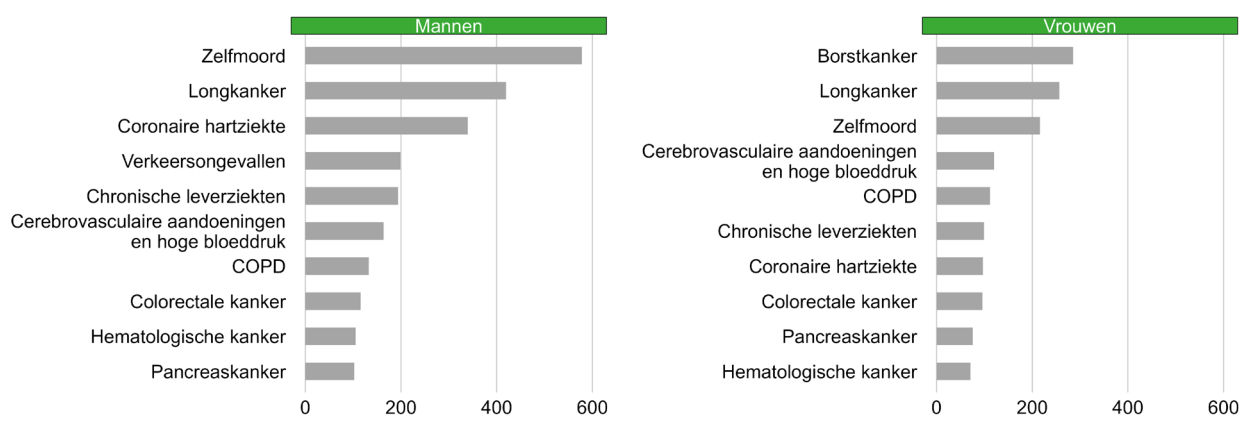
- Doodsoorzaken zijn momenteel beschikbaar tot 2018. De oorzaken van vroegtijdige sterfte (vóór de leeftijd van 75) met de hoogste impact in termen van verloren levensjaren, zijn als volgt:
 - ▶ Zelfmoord, longkanker en coronaire hartziekten bij mannen
 - ▶ Borstkanker, longkanker en cerebrovasculaire aandoeningen bij vrouwen
- Voor de meeste aandoeningen zijn de vroegtijdige sterftcijfers tussen 2000 en 2018 gedaald. Dit is met name het geval voor coronaire hartziekte en verkeersongevallen, die bij beide geslachten met meer



dan 50% zijn afgenomen. Uitzonderingen op deze algemene tendens zijn longkanker en chronische obstructief longlijden (COPD) bij vrouwen, die gestaag toenamen en daarna stabiliseerden.

- Gewestelijke verschillen in vroegtijdige sterfte naar oorzaak worden waargenomen met hogere vroegtijdige sterfte in Wallonië en Brussel dan in Vlaanderen. De oorzaken die het meest bijdragen aan het verschil tussen Wallonië en Vlaanderen zijn coronaire hartziekte, longkanker, en chronische leveraandoeningen bij mannen; en longkanker, COPD en coronaire hartziekte bij vrouwen. De oorzaken die het meest bijdragen tot het verschil tussen Brussel en Vlaanderen zijn coronaire hartziekte, cerebrovasculaire aandoeningen, en COPD bij mannen; en COPD, coronaire hartziekte, en chronische leveraandoeningen bij vrouwen.

Figuur 3. Rangorde van de belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte, per geslacht, volgens voor leeftijd gecorrigeerd (*) verloren potentiële levensjaren, België, 2018



Bron: Eigen berekeningen gebaseerd op de doodsoorzaken database, Statbel

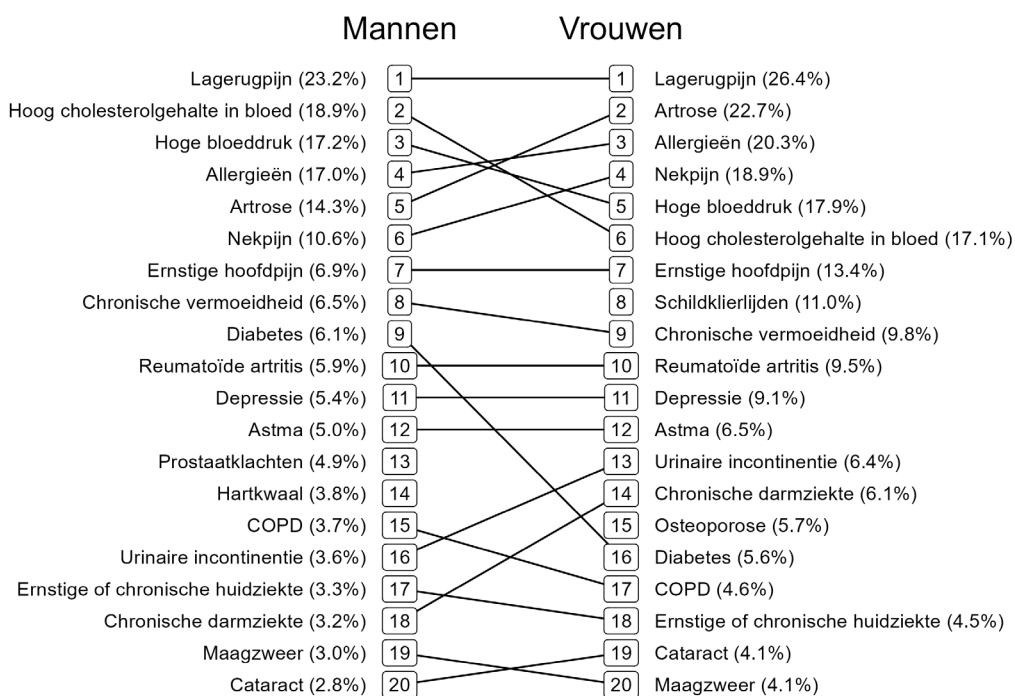


5. NIET-OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN

5.1 ZELFGERAPORTEERDE NIET-OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN, OVERZICHT

- In 2018 meldde 29% van de Belgen van 15 jaar en ouder dat ze leefden met een chronische ziekte ¹. Dit percentage neemt sterk toe met de leeftijd: 44% van de bevolking ouder dan 75 jaar meldt dat ze leven met een chronische ziekte [3].
- De prevalentie van chronische ziekten is hoger bij vrouwen (31%) vergeleken met mannen (27%).
- De meest gemelde chronische ziekten zijn lagerugpijn, hoge bloeddruk, allergie, artrose, hoog cholesterolgehalte in het bloed, en nekpijn. De prevalentie van de meest voorkomende chronische ziekten is tussen 1997 en 2018 toegenomen (ook NA voor leeftijd correctie).
- De prevalentie van multimorbiditeit (de melding van ten minste 2 van volgende chronische aandoeningen: chronische longaandoeningen, hartaandoeningen, hypertensie, diabetes, kanker en artropathie) is sinds 1997 aanzienlijk toegenomen, vooral vanwege de veroudering van de bevolking.
- Personen met een lager opleidingsniveau lijden vaker aan chronische ziekten.

Figuur 4. Prevalentie van 20 meest gerapporteerde chronische ziekten bij mannen en vrouwen 15 jaar en ouder, België, 2018



Bron: Gezondheidsenquête, Sciensano



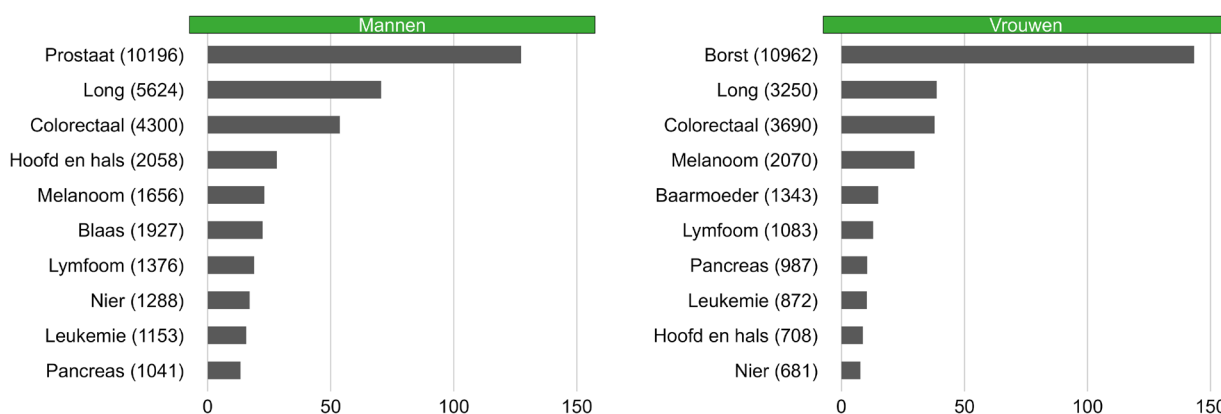
¹ Meest niet-overdraagbare aandoeningen zijn chronische aandoeningen zodat deze termen vaak door elkaar worden gebruikt (ondanks hun kleine verschil)



5.2 KANKER

- In 2019 werden 71.651 nieuwe diagnoses van kanker gesteld, waaronder 38.572 nieuwe gevallen bij mannen en 33.079 bij vrouwen. De meest voorkomende vormen van kanker waren prostaat-, long- en colorectale kanker bij mannen en borst-, colorectale en longkanker bij vrouwen [4].
- De voor leeftijd gestandaardiseerde incidentiecijfers zijn het hoogst in het Waalse Gewest.
- Sinds 2006 is het aantal nieuwe kankerdiagnoses voor zowel mannen als vrouwen toegenomen, mede door de vergrijzing van de bevolking. Na correctie voor leeftijd namen de incidentiecijfers echter alleen toe bij vrouwen.
- Sinds 2006 is de voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie van longkanker bij vrouwen met 63% gestegen, terwijl deze bij mannen met 16% is gedaald. In dezelfde periode is de leeftijd gestandaardiseerde incidentie van melanoom met 130% toegenomen bij mannen en 100% bij vrouwen.

Figuur 5. 10 meest voorkomen kankers gediagnosticeerd, per geslacht, België, 2019*



Bron: Belgisch kankerregister

sciensano

* Hoofd- en nek kanker = C00 tot C14 en C30 tot C32, Colon- en rectumkanker = C18 tot C20, Lymfoom C80 en C82 tot C86 en Bloedkanker = C91 tot C95

5.3 CORONAIRE HARTZIEKTE

Angina pectoris

- In 2018 meldde 3,8% van de 65+ers te lijden aan angina pectoris. De prevalentie was eveneens hoger bij mannen.
- Tussen 2008 en 2018 is het percentage mensen van 65 jaar en ouder dat aan angina pectoris lijdt, gedaald in de drie gewesten, bij beide geslachten, en meer bij vrouwen dan bij mannen.

Myocardial infarct

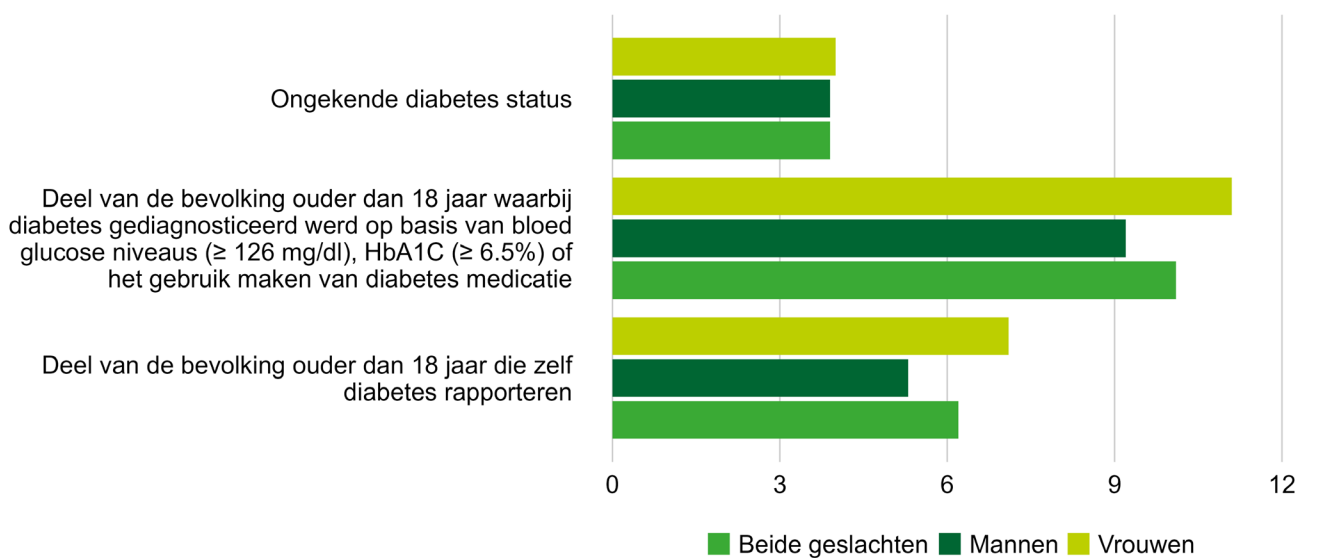
- In 2017 werd het aantal mensen bij wie een acuut myocardinfarct (AMI) werd vastgesteld, geschat op 20.253 in België (178 gevallen per 100.000 inwoners). Onder hen was 67,4% man. De incidentie van AMI neemt toe met de leeftijd en is hoger bij mannen in alle leeftijdsgroepen.
- In 2017 was bij beide geslachten het voor leeftijd gecorrigeerde incidentiecijfer van myocardinfarct hoger in Wallonië, gevolgd door Vlaanderen en Brussel.
- Tussen 2008 en 2017 (2015 niet inbegrepen) is de voor leeftijd gecorrigeerde incidentie van een hartinfarct bij beide geslachten afgenomen.



5.4 DIABETES

- In 2018 had 6,3% van de Belgische bevolking een gekende diabetesdiagnose (IMA data). Meer dan een op de drie mensen met diabetes weet echter niet dat ze de ziekte hebben, waardoor de geschatte werkelijke prevalentie van diabetes 10% bedraagt (Health examination survey, BELHES) [5].
- De prevalentie van diabetes neemt in de loop van de tijd toe als gevolg van zowel de vergrijzing van de bevolking als een toename van het risico van diabetes.
- De prevalentie van diabetes is hoger in Wallonië en Brussel dan in Vlaanderen, en is hoger bij personen met een lagere sociaaleconomische status. Sociaaleconomische verschillen in de prevalentie van diabetes worden vooral gevonden bij de prevalentie van niet-gekende of onvoldoende gecontroleerde diabetes.

Figuur 6. Prevalentie van diabetes en kennis van diabetes-status in België, 2018



Bron: Gezondheidsonderzoek, Sciensano

sciensano

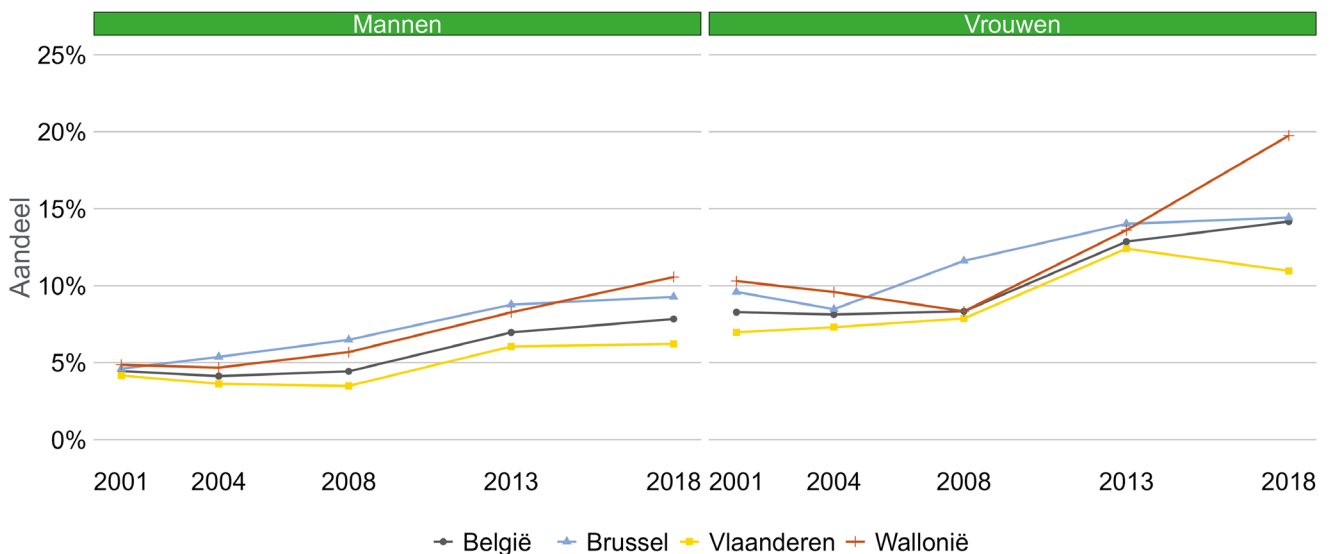


6. GEESTELIJKE GEZONDHEID

6.1 ANGST EN DEPRESSIE

- In 2018 had ongeveer één op de tien personen een angststoornis en/of een depressieve stoornis [6]. De geestelijke gezondheid verslechterde nog tijdens de crisis (zie hoofdstuk COVID-19).
- Uit eerdere enquêtes blijkt dat zowel angststoornissen als depressieve stoornissen tussen 2008 en 2013 ernstig waren toegenomen; in 2018 bleef de prevalentie van angststoornissen even hoog als in 2013, en nam ze in Wallonië zelfs toe, terwijl de prevalentie van depressieve stoornissen daalde in vergelijking met 2013.
- Angst en depressie komen vaker voor bij vrouwen.
- Over het algemeen laten de indicatoren voor geestelijke gezondheid in het Vlaamse Gewest een betere situatie zien dan in de twee andere gewesten.
- Geestelijke gezondheid verschilt ook per opleidingsniveau: psychische stoornissen komen vaker voor in de laagst opgeleide groep dan in de hoogst opgeleide groep.

Figuur 7. Prevalentie van angststoornissen, per geslacht en gewesten, België, 2001-2018



Bron: Eigen berekeningen op basis van de Gezondheidsenquête, Sciensano



6.2 ZELFMOORDGEDRAG

- Suïcidaal gedrag (gedachten, pogingen en daadwerkelijke zelfmoorden) vormen een belangrijk probleem voor de volksgezondheid en de samenleving in België.

Zelfmoordgedachten en pogingen

- In 2018 had 4,3% van de bevolking de afgelopen 12 maanden zelfmoord overwogen, en 0,2% had effectief geprobeerd zelfmoord te plegen.
- Vrouwen en mensen van middelbare leeftijd lopen meer risico. Zelfmoordgedachten en pogingen komen vaker voor bij lager opgeleide mensen dan bij hoger opgeleide mensen.
- Suïcidale gedachten en pogingen namen toe tijdens de COVID-19-crisis (zie hoofdstuk "Impact van COVID-19").

Zelfmoord

- In 2018 werden 1795 zelfdodingen geregistreerd. De hoogste aantallen werden gevonden in de leeftijdsgroep van 45-64 jaar.
- Zelfmoord is verantwoordelijk voor een groot deel aan verloren levensjaren bij mannen jonger dan 75 jaar. Zelfmoord is de belangrijkste doodsoorzaak onder jongeren. In de leeftijdsgroep van 15-24 jaar was 30% van de sterfgevallen onder mannen en 21% van de sterfgevallen onder vrouwen het gevolg van zelfmoord.



7. OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN

7.1 GRIEP EN VIRAAL SYNDROOM

- Gemiddeld worden in België jaarlijks ongeveer 500.000 mensen getroffen door griepachtige aandoeningen, d.w.z. ongeveer 5% van de totale bevolking. Ongeveer 50-60% van deze gevallen zijn echte griepgevallen.
- Hoewel het griepaal syndroom in de meeste gevallen een goedaardige ziekte is, vereist ongeveer 2% tot 3% van de griepgevallen ziekenhuisopname. Van de gehospitaliseerde gevallen ontwikkelt 13% ernstige complicaties, die bij 6% van de gehospitaliseerde gevallen zelfs fataal zijn; meer dan 80% van deze sterfgevallen komt doorgaans echter voor bij mensen van 65 jaar en ouder.
- De Belgische griep epidemie van het seizoen 2018-19 duurde 8 weken, wat gemiddeld was in vergelijking met voorgaande seizoenen. Naar schatting 506.000 Belgen raadpleegden hun huisarts voor griepachtige symptomen. De ernstindicatoren gaven aan dat deze griep epidemie niet ernstiger was dan de voorgaande griepseizoenen.
- In de winter van 2019-2020 was er een vrij milde, 8 weken durende griep epidemie die eindigde in de week van 9 maart. Het einde van de griep epidemie viel samen met het begin van de COVID-19-epidemie. Tussen april 2020 en oktober 2021 werden bijna geen bevestigde griep infecties meer waargenomen, maar sinds oktober 2021 neemt het aantal griep diagnoses weer langzaam toe.

7.2 TUBERCULOSE

- België is een laagincidentieland voor tuberculose, met 8,5 nieuwe gevallen per 100.000 inwoners in 2019 (n=968) en in 2018 (n=981). Het incidentie is sinds 2010 vrij stabiel gebleven.
- De incidentie van tuberculose is hoger bij mannen, ongeacht leeftijd, gewest of nationaliteit.
- Er zijn belangrijke geografische verschillen: in 2019 was de incidentie 4,8 keer hoger in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in vergelijking met Wallonië en Vlaanderen, waar de incidentie vergelijkbaar was. Grote steden meldden meer gevallen, wat mogelijk verband houdt met een hogere concentratie van risicogroepen. Brussel was de stad met de hoogste incidentie.
- In 2019, deed zich 55,9% van de tuberculose-gevallen zich voor onder mensen die de Belgische nationaliteit niet hadden. Dit aandeel was hoger in Brussel (65,9%) vergeleken met Wallonië (52,2%) en Vlaanderen (49,5%).

7.3 HIV

HIV infecties

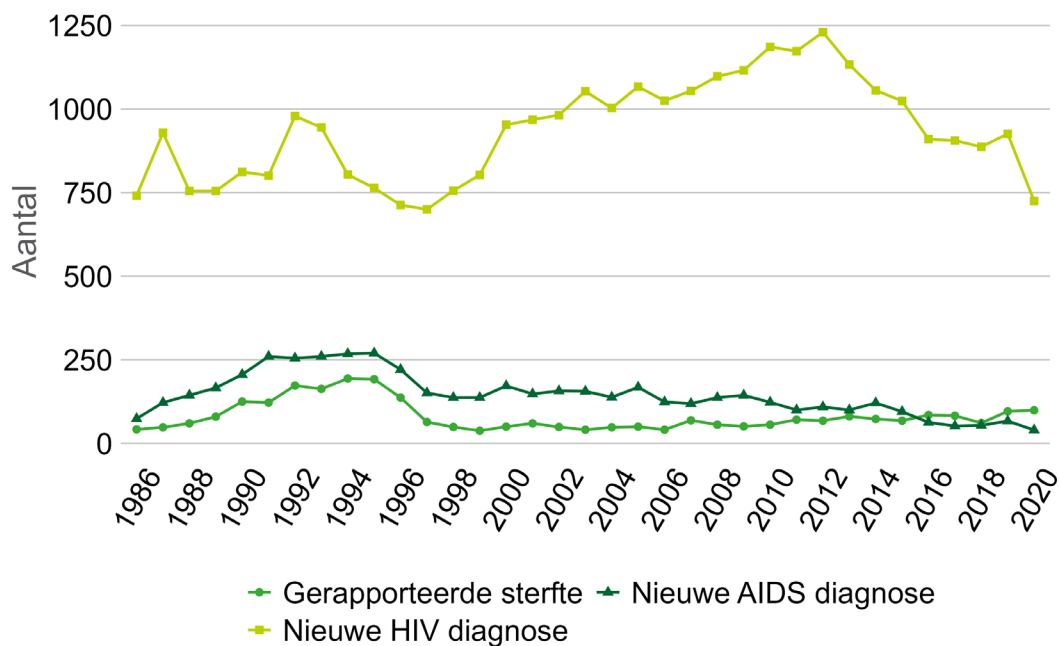
- Ondanks een belangrijk daling sinds 2012, blijft het aantal nieuwe HIV diagnoses hoog met 725 nieuwe diagnoses in België in 2020 [7].
- 69.4% van de nieuwe HIV diagnoses werden gesteld bij mannen en de meeste diagnoses vonden plaats in de leeftijdsgroep van 25 tot en met 49 jaar.
- Het aantal nieuwe HIV diagnoses is hoger in Brussel in vergelijking met andere gewesten.
- De HIV epidemie slat voornamelijk toe in de groep van mannen die seks hebben met mannen (welke voornamelijk de Belgische of een Europese nationaliteit hebben) en mensen die het virus opgelopen hebben via heteroseksueel contact (welke voornamelijk afkomstig zijn uit Sub-Sahara-Afrika).



AIDS

Het aantal nieuwe gevallen met AIDS was 882 in 2020. Deze aantallen zijn sterk afgenomen in 1995-1996, wanneer er een behandeling beschikbaar kwam.

Figuur 8. Aantal nieuwe gemelde hiv-diagnoses, aids-diagnoses, en hiv-sterfgevallen, België, 1986-2020



*sterfte in een gegeven jaar is gerelateerd aan AIDS gevallen in het jaar voordien

Bron: Epidemiologie van AIDS en HIV-infectie

sciensano



8. COVID-19

8.1 COVID-19 SURVEILLANCE, LINKS

Epidemiologische informatie kan teruggevonden worden op de Sciensano website en in verschillende rapporten:

- ▶ EPISTAT [pagina](#) (dagelijkse updates van figuren over testen, infecties, hospitalisaties, sterfte en vaccinatie).
- ▶ Sciensano COVID [pagina](#), waar alle epidemiologische rapporten beschikbaar zijn.

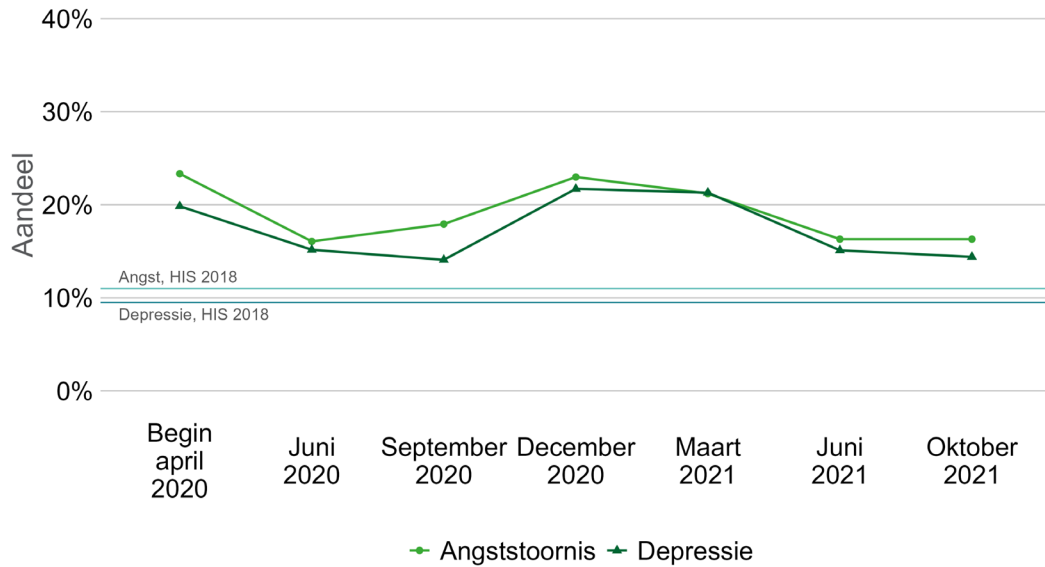
8.2 IMPACT VAN COVID-19

De COVID-19-gezondheidsenquêtes hebben een verscheidenheid aan informatie verzameld om te beoordelen hoe de Belgische bevolking de coronaviruscrisis in 2020 en 2021 heeft ervaren:

- De geestelijke gezondheid is sinds het begin van de COVID-19-crisis sterk verslechterd, zoals blijkt uit de toename van angst, depressie, zelfmoordgedachten en -pogingen [6], [8]–[15].
- Angst- en depressiestoornissen waren bijzonder hoog in de bevolking tussen april 2020 en maart 2021, vooral bij jongeren (18-29 jaar). De enquêtes van juni en oktober 2021 toonden enige verbetering ten opzichte van de vorige enquêtes. De toestand van mentale gezondheid in Juni en Oktober 2021 is verbeterd ten opzichte van de toestand in voorgaande bevragingen, maar is nog steeds slechter vergeleken met de situatie in 2018. Levenstevredenheid is ook verbeterd en slechts 14% van de populatie rapporteerde een verlaagde levenstevredenheid in Oktober 2021, wat dichterbij ligt bij het in 2018 waargenomen niveau (12%).
- Zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen zijn onder de bevolking toegenomen sinds 2018. In Juni 2021, een op de zes jongeren (18-29 jaar) meldde de afgelopen 12 maanden aan zelfmoord te hebben gedacht.
- Gebrekkige sociale steun werd vaak gerapporteerd sinds het begin van de crisis. In oktober 2021, was er verbetering aangezien slechts 19% van de populatie gebrekkige sociale ondersteuning rapporteerde. Dit aantal is echter nog steeds verhoogd in vergelijking met de gerapporteerde 16% in 2018.
- Lockdowns hadden een impact op de toegang tot gezondheidszorg en thuiszorg, maar de impact was veel kleiner tijdens de tweede lockdown.
- In 2020, ongeveer 20% van de bevolking zag hun financiële situatie tijdens de crisis verslechteren. Ongeveer 10% van de bevolking was bang dat ze voedsel tekort zouden komen voordat ze meer zouden kunnen kopen.



Figuur 9. Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat angst- of depressiestoornissen vertoont in de COVID-19-gezondheidsenquêtes 2020-21, in vergelijking met de Gezondheidsenquête 2018, België, 2021



Bron: COVID-19 Gezondheidsenquêtes en Gezondheidsenquête

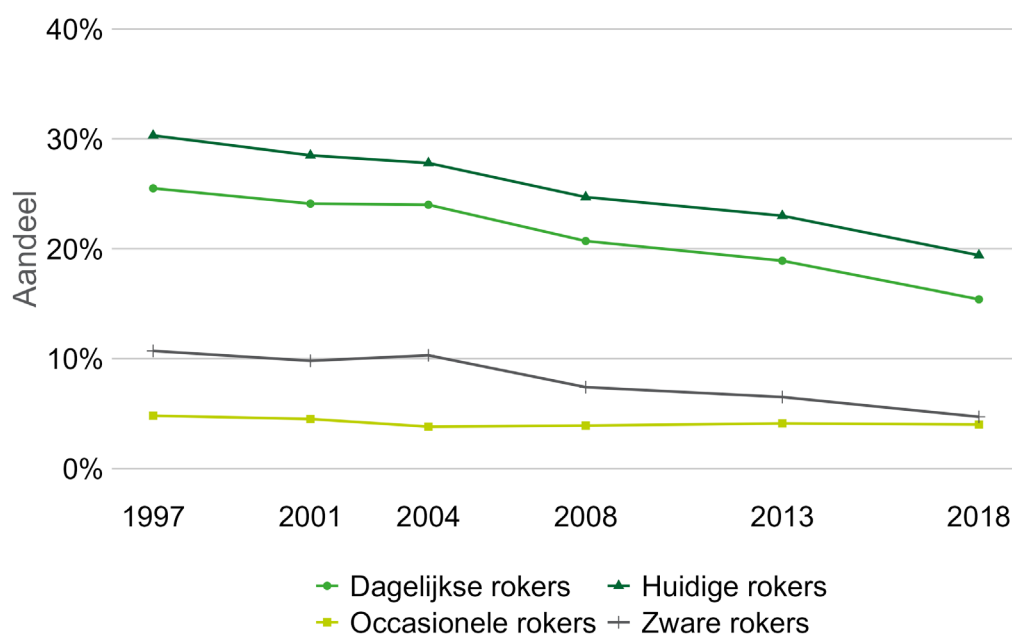


9. DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID

9.1 TABAKSGEBRUIK

- In 2018 rookte 15% van de Belgische bevolking dagelijks, wat lager is dan het EU-15-gemiddelde. Het aandeel dagelijkse rokers is hoger bij mannen (18%) dan bij vrouwen (12%), en hoger in Wallonië (18%) dan in Brussel (16%) en Vlaanderen (13%) [16].
- De prevalentie van dagelijks roken is tussen 1997 en 2018 met 40% afgenomen. In 2018 rookten minder jongeren (15-24 jaar) dagelijks (11% versus 17% in 2013).
- De sociaaleconomische verschillen in rookgedrag zijn groot: het aandeel dagelijkse rokers en gebruikers van elektronische sigaretten is veel kleiner bij hoger opgeleiden dan bij lager opgeleiden.
- 4,1% van de bevolking was in 2018 regelmatig gebruiker van e-sigaretten in België.

Figuur 10. Type rokers in de populatie 15 jaar en ouder, België, 1997-2018



Bron: Gezondheidsenquête, Sciensano

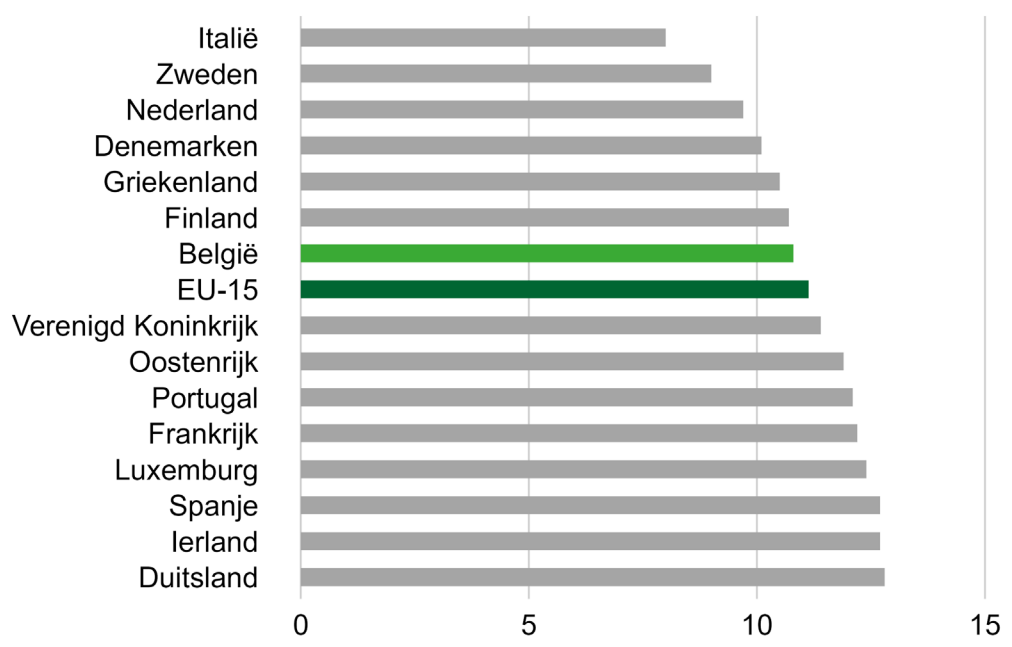
sciensano



9.2 ALCOHOLGEBRUIK

- Europese landen hebben het hoogste alcoholgebruik ter wereld. Het gemiddelde verbruik van pure alcohol in België is 10.8 liter per persoon per jaar in 2019, een daling ten opzichte van 2016; de consumptie van pure alcohol is nu lager in België dan het gemiddelde van de EU-15 (11,1 liter) [17].
- In 2018 meldt 7,4% van de mannen en 4,3% van de vrouwen (15 jaar en ouder) een overmatig alcoholgebruik (gedefinieerd als meer dan 21 of meer dan 14 glazen per week voor respectievelijk mannen en vrouwen). Deze prevalentie is in de loop van de tijd afgenomen.
- Wekelijks episode van hyperalcoholisatie, consumptie van ten minste 6 glazen alcohol bij één gelegenheid, wordt gemeld door 7,6% van de mensen (15+), maar bereikt 10% bij jongeren (15-24 jaar). Ook voldeed een op de tien jongeren aan de criteria voor “problematisch alcoholgebruik” (zoals gedefinieerd door het CAGE-instrument) in de afgelopen 12 maanden.

Figuur 11. Totaal alcoholverbruik (gemeten en niet-gemeten verbruik) per persoon (in liter pure alcohol) in de bevolking van 15 jaar en ouder, volgens land van residentie, Europa, 2019



Bron: WHO/GISAH



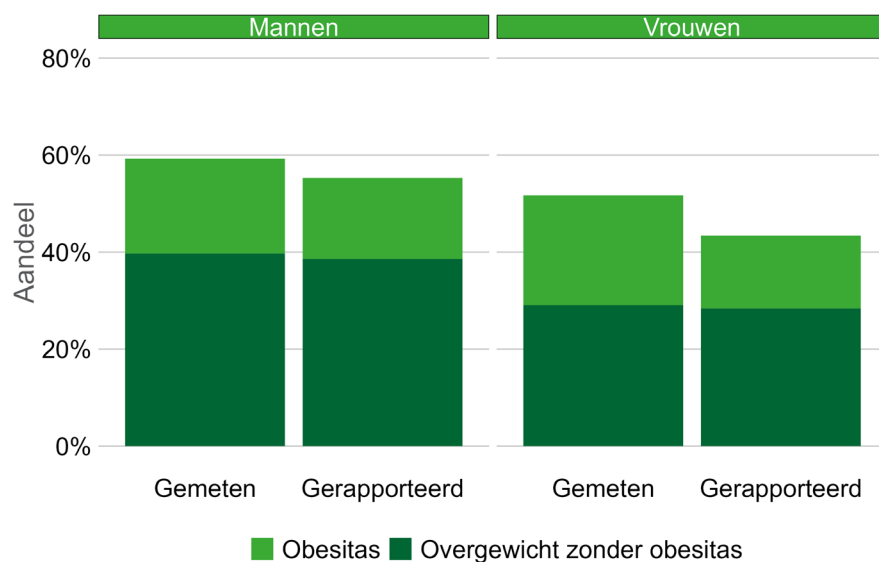
9.3 GEWICHTSTOESTAND

- In 2018 had bijna de helft (49%) van de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder overgewicht (BMI ≥ 25) en was 16% zwaarlijvig (BMI ≥ 30) op basis van subjectieve lengte en gewicht uit de Belgische gezondheidsenquête [18].
- Objectieve metingen van lengte en gewicht (uit het Belgische gezondheidsonderzoek) laten zelfs nog hogere cijfers zien: maar liefst 55% van de volwassen bevolking lijdt aan overgewicht en 21% aan obesitas [5].
- De prevalenties van overgewicht en obesitas zijn hoger in Wallonië dan in de andere gewesten.
- Zowel overgewicht als obesitas hangen sterk samen met de sociaaleconomische status, met een veel hogere prevalentie onder mensen met een lager opleidingsniveau.



- Overgewicht en obesitas zijn sterk toegenomen tussen 1997 en 2013 en nadien gestabiliseerd.
- In 2018 was onder adolescenten de prevalentie van overgewicht (inclusief obesitas) ongeveer 15% binnen de HBSC studie [19].

Figuur 12. Zelfgerapporteerde en gemeten prevalentie van overgewicht en obesitas in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder, volgens geslacht, België, 2018



Bron: Gezondheidsenquête en gezondheidsonderzoek, Sciensano



9.4 VOEDINGSGEWOONTEN

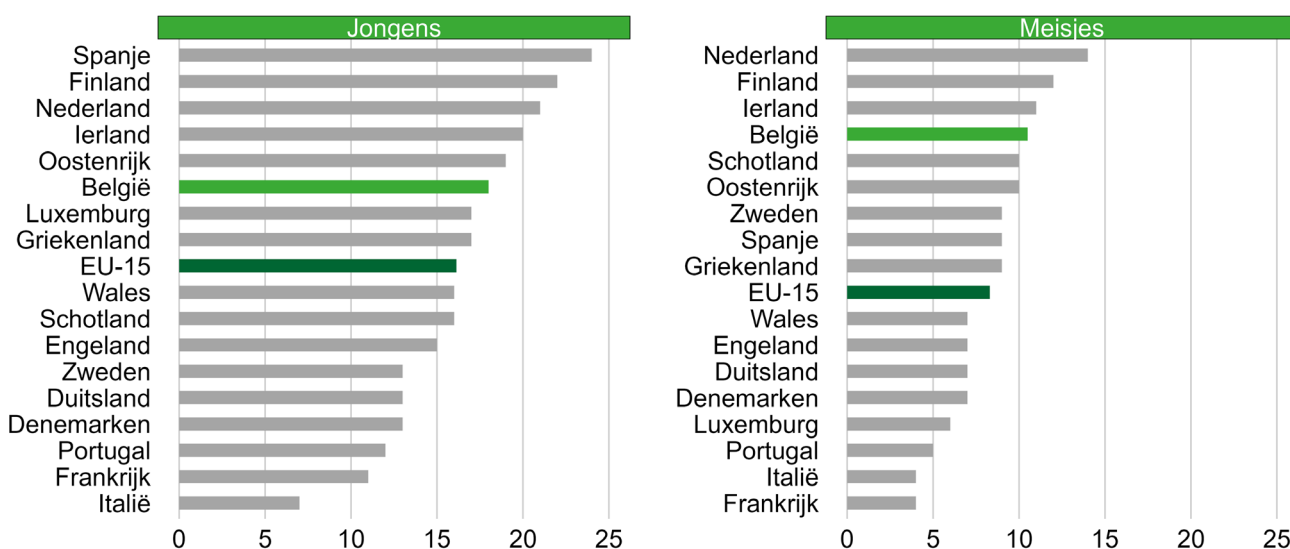
- Het Belgisch voedingspatroon wordt gekenmerkt door een excessieve consumptie van rood vlees, bereid vlees en gesuikerde dranken, en door een onvoldoende consumptie van fruit, groenten, noten en zaden, melk, eieren en vis [20], [21].
- Het voedingspatroon is slechts weinig veranderd in de tijd.
- In 2018 consumeerde slechts 12,7% van de bevolking van 6 jaar en ouder de dagelijks aanbevolen hoeveelheid groenten en fruit (minimaal 5 porties) [18]. In Brussel (13,3% van de mannen en 19,2% van de vrouwen) en Wallonië (12,5% en 18,0%) voldoen meer mensen aan de aanbevelingen voor de dagelijkse consumptie van groenten en fruit dan in Vlaanderen (8,7% en 14,7%).
- Vrouwen, ouderen, mensen met een tertiaire opleiding en mensen die in Brussel wonen, hebben betere voedingsgewoonten.

9.5 LICHAAMSBEWEGING

- In 2018 voldeed minder dan een derde (30%) van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) aan de aanbevelingen van de WHO om gedurende de week ten minste 150 minuten aan matige intensiteit aerobe fysieke activiteit te doen.
- Meer mannen (36%) dan vrouwen (25%) voldoen aan de WHO aanbeveling.
- Inwoners van Vlaanderen (37%) en mensen met tertiair opleidingsniveau (38%) voldoen vaker aan de aanbevelingen.
- Bij kinderen van 11 tot 18 jaar voldoen 20% of jongens en 13% of meisjes aan de aanbevelingen van de WHO om ten minste 60 minuten per dag matig tot intensief lichamelijk actief te zijn [19].



Figuur 13. Aandeel jongens van 15 jaar dat ten minste 60 minuten matige tot intensieve fysieke activiteit uitvoert per dag, volgens de EU-15 landen*, 2018



Bron: HBS International report



* Het aandeel voor België is het ongewogen gemiddelde van de resultaten voor de federatie Wallonië-Brussel en de Vlaamse gemeenschap.

9.6 GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN

- Een derde van de bevolking van 15 jaar en ouder (33%) heeft een laag niveau van gezondheidsvaardigheden, wat betekent dat ze niet over voldoende vaardigheden beschikken om beslissingen te nemen over hun gezondheid [22].
- Lagere niveaus van gezondheidsvaardigheden komen vaker in Brussel en Wallonië (resp. 38% en 36%) dan in Vlaanderen (29%).
- Mensen met een slechte gezondheid, ouderen en lager opgeleiden hebben lagere gezondheidsvaardigheden; met andere woorden, mensen die meer behoefte hebben aan gezondheidszorg en gezondheidsbevordering, zijn degenen die het minst profiteren van dergelijke interventies.



10. SOCIAALECONOMISCHE GEZONDHEIDSONGELIJKHEDEN

10.1 ACHTERGROND

Sociaaleconomische (SE) ongelijkheden in gezondheid verwijzen naar systematische gezondheidsverschillen tussen SE-groepen, meestal ten nadele van de groepen die lager op de sociale ladder staan. Het aanpakken van gezondheidsongelijkheden is een prioriteit voor de Wereldgezondheidsorganisatie [23], de Europese Unie [24] en voor België [25]–[27]. In de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens van 1948 wordt gezondheid genoemd als onderdeel van het recht op een toereikende levensstandaard (artikel 25) en dit moet gelden voor alle SE-groepen [28]. Om de vooruitgang bij het verminderen van gezondheidsongelijkheden te evalueren, is het belangrijk om deze te meten en op te volgen [29], [30].

In dit hoofdstuk worden ongelijkheden beschreven voor het hele spectrum van gezondheidsindicatoren, gaande van gezondheidsdeterminanten tot mortaliteit.

Hierbij werd gebruik gemaakt van gegevens uit verschillende studies [31]–[34], waarbij de SE indicatoren verschillen naargelang de studies. Meestal werd het opleidingsniveau gebruikt als sociaaleconomische variabele, onderverdeeld in 3 niveaus (laag, midden, hoog). Daarnaast werd er ook gebruik gemaakt van een samengestelde score van ongelijkheid (gegroepeerd in vier gelijke groepen (kwartielen) op basis van opleidingsniveau, sociaal-professionele categorie en huisvestingskenmerken) of van het inkomensniveau gegroepeerd in vijf groepen (quintielen). Aanvullende methodologische details zijn beschikbaar op onze website.

De gezondheidsindicatoren worden eerst uitgesplitst in de verschillende categorieën van de SE-indicator, waarna de volgende ongelijkheidsindices zijn berekend (als een verschil in voorkomen van de aandoening):

- Absolute ongelijkheden zijn berekend op basis van het absolute verschil in voor leeftijd gecorrigeerde cijfers tussen de hoogste en laagste categorie voor levensverwachting (in jaren) en gezonde levensverwachting.
- Relatieve ongelijkheden zijn berekend op basis van het relatieve verschil in voor leeftijd gecorrigeerde cijfers tussen de hoogste en laagste SE groep.
- De toerekenbare fractie voor de bevolking (population attributable fraction, PAF): deze meet wat er, in percentage van de gemiddelde waarde, gewonnen zou kunnen worden als iedereen het gezondheidsniveau van de hoogst opgeleide groep zou hebben. De PAF is een gezondheid indicator die geïnterpreteerd kan worden op het niveau van de bevolking.

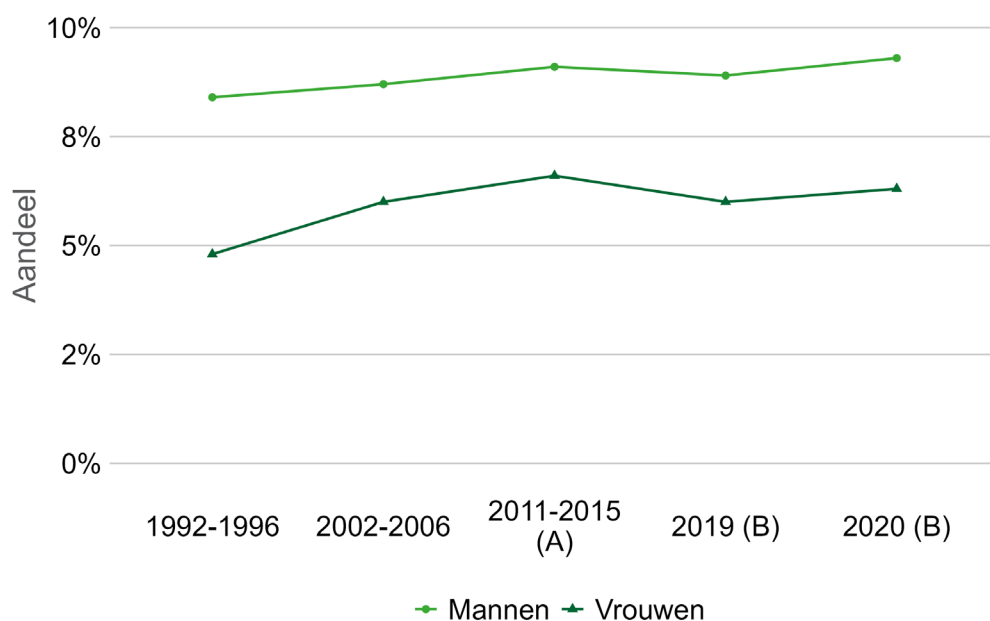
10.2 RESULTEN

10.2.1 Sociaaleconomische ongelijkheden op het gebied van levensverwachting, gezonde levensverwachting, en levenskwaliteit

- Mensen met een hogere sociaaleconomische status (SES) leven langer. Het verschil in levensverwachting bij de geboorte tussen de hoogste en de laagste SE-groep (op basis van het verschil tussen het laatste en het eerste kwartiel van de samengestelde SE-score) bedroeg in 2020 9,3 jaar voor mannen en 6,3 jaar voor vrouwen. De verschillen in levensverwachting zijn tot 2011 toegenomen en zijn daarna op een hoog niveau gebleven [31], [32].



Figuur 14. Evolutie van de verschillen in levensverwachting bij de geboorte tussen het eerste en het laatste kwartiel van de samengestelde sociaaleconomische scores, per geslacht, België, 1992-2020



Bron: (a) Aerden et al. + (b) Bourguignon et al.



- Mensen met een hogere SES hebben ook een langere gezonde levensverwachting. De kloof in gezonde levensverwachting op 25 jaar tussen het hoogste en het laagste opleidingsniveau bedroeg in 2011-2015 10,5 jaar voor mannen en 13,4 jaar voor vrouwen. Deze kloof neemt toe over de tijd en is tussen 2001-2005 en 2011-2015 toegenomen met 4,0 jaar bij mannen en 4,1 jaar bij vrouwen [34].
- De subjectieve gezondheid vertoont grote ongelijkheden: mensen met een laag opleidingsniveau beoordelen hun gezondheid 2,2 keer zo vaak als 'minder dan goed' (35%) in vergelijking met hoogopgeleiden (16%), gecorrigeerd voor leeftijd. De subjectieve gezondheidsongelijkheden zijn toegenomen tot 2013, waarna ze gestabiliseerd zijn.

10.2.2 Sociaaleconomische ongelijkheden op het gebied van sterfte

- Tussen 2015 en 2019 was er een verband tussen sterfte en sociaaleconomische ongelijkheid op basis van inkomen, opleiding, woonkenmerken, socio-professionele status en de samengestelde indicator.
- Het effect van de eerste golf tijdens de COVID-19-pandemie (maart tot en met juni 2020) op de ongelijkheid in sterfte varieerde naar leeftijd [33]:
 - ▶ Bij personen met een leeftijd tussen 40-64 jaar zijn de ongelijkheden in sterftcijfers op basis van inkomensgroep stabiel gebleven in vergelijking met de cijfers vóór de eerste golf van de COVID-19-pandemie.
 - ▶ Bij personen met een leeftijd hoger dan 65 jaar zijn de sterftcijfers toegenomen met de hoogste toenames in de meest kwetsbare groepen, waardoor de ongelijkheden in sterfte ook verder toegenomen zijn.
- Uit een eerdere studie bleek dat de specifieke aandoeningen die het meest bijdroegen tot de ongelijkheid in sterfte bij mannen onder de 75 jaar longkanker, ischemische hartziekten, zelfmoord en chronische obstructieve longziekten (COPD) waren. Bij vrouwen zijn er vooral ongelijkheden bij ischemische hartziekten, longkanker, cerebrovasculaire aandoeningen en COPD [34].



10.2.3 Sociaaleconomische ongelijkheden op het gebied van niet-overdraagbare ziekten

- In 2018 bleef de ongelijkheid bij het voorkomen van één chronische aandoening gecorrigeerd voor leeftijd beperkt. Daarentegen waren de ongelijkheden in voorkomen van multi-morbiditeit (meerdere aandoeningen tegelijk) veel groter. Personen met een lager opleidingsniveau lijken meer vatbaar om simultaan verschillende gezondheidsproblemen te ervaren. De ongelijkheden binnen chronische aandoeningen schommelde over de tijd. Hoewel ze nog steeds belangrijk zijn, lijken ze in 2018 afgenomen te zijn in vergelijking met 2013.
- In 2018 waren er ook ongelijkheden voor specifieke chronische aandoeningen, zoals artrose, hoge bloeddruk, urine-incontinentie (bij 65-plussers), migraineachtige hoofdpijn, COPD bij 65-plussers, diabetes, astma en acuut myocardinfarct (AMI) bij 65-plussers.
- Voor de meeste specifieke aandoeningen zijn de ongelijkheden in 2018 niet toegenomen of zelfs licht gedaald. Voor diabetes en COPD lijken ongelijkheden reeds sinds 2008 licht te zijn gedaald; voor astma werd sinds 2013 een daling vastgesteld. Een toename van de SE-ongelijkheden tussen 2013 en 2018 werd alleen waargenomen voor migraineachtige hoofdpijn.

10.2.4 Sociaaleconomische ongelijkheden op het gebied van de geestelijke gezondheid

- In 2018 waren de SE-ongelijkheden op het gebied van geestelijke gezondheid groter dan die op het gebied van lichamelijke gezondheid, met een relatief verschil van 2.
- Tussen 2008 en 2013 zijn de absolute ongelijkheden in angst en depressie sterk toegenomen, waarna ze gestabiliseerd zijn op een hogere waarde tussen 2013 en 2018, wat een zorgwekkende evolutie is. Tussen 2013 en 2018 zijn de relatieve ongelijkheden op het gebied van depressie zelfs verder toegenomen.

10.2.5 Sociaaleconomische ongelijkheden in gezondheidsdeterminanten

- In België werden in 2018 sterke SE-ongelijkheden vastgesteld voor een waaiër aan gezondheidsdeterminanten.
- Mensen met een lager opleidingsniveau hebben ongeveer drie keer meer kans om dagelijks te roken, twee keer meer kans op obesitas (uitgedrukt als een BMI \geq 30) en op dagelijkse consumenten van suikerhoudende dranken in vergelijking met hoogopgeleiden.
- Mensen met een lager opleidingsniveau hebben ook twee keer minder kans om voldoende fruit/groenten te eten of voldoende lichaamsbeweging te hebben.
- Voor alcoholconsumptie zijn er geen duidelijke sociaaleconomische ongelijkheden.
- Tussen 1997 en 2018 is de ongelijkheid op het gebied van dagelijks roken toegenomen [16], terwijl er geen duidelijke trend werd waargenomen voor de ongelijkheid op het gebied van de andere onderzochte gezondheidsdeterminanten.



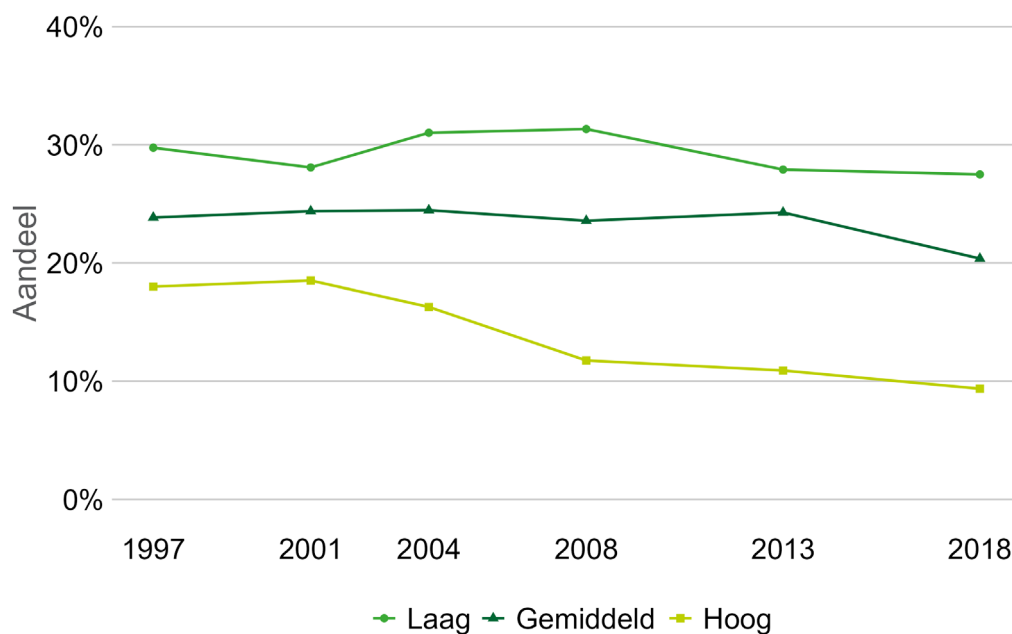
Tabel 1. Socioeconomische ongelijkheden in bepaalde gezondheidsdeterminanten, België, 2018

	Laagste opleidingsniveau	Hoogste opleidingsniveau	Absolute verschil	Relatief verschil	PAF
Dagelijks roken (% bevolking \geq 15 jr)	27,5%	9,4%	18,1%*	2,9*	37,5%*
Obesitas (% bevolking \geq 18 jr, BMI \geq 30)	22,0%	12,0%	10,0%*	1,8*	22,7%*
Minstens 150 min aan matige tot stevige fysieke beweging per week (% personen \geq 18 jaar)	18,8%	38,5%	-19,7%*	0,5*	-23,9%*
Dagelijkse consumptie van 5 porties groenten en fruit (% personen \geq 6 jaar)	8,2%	16,6%	-8,4%*	0,5*	-33,5%*
Dagelijkse consumptie van gesuikerde dranken (% alle leeftijden)	29,3%	13,9%	15,4%*	2,1*	31,5%*

Bron: Eigen berekeningen op basis van de Gezondheidsenquête, Sciensano

* statistisch verschillende van 0% voor absolute verschillen en PAF, en statistisch verschillende van 1 voor relatieve verschillen ($p < 0,05$).

Figuur 15. Aantal dagelijkse rokers binnen de groep van 15+ jarigen, per opleidingsniveau, België, 1997-2018



Bron: Eigen berekeningen op basis van de Gezondheidsenquête

sciensano



11. REFERENTIES

- [1] "Tables de mortalité et espérance de vie | Statbel." <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie> (accessed Nov. 27, 2019).
- [2] OECD, OECD.Stat Database. 2019. [Online]. Available: https://stats.oecd.org/#_ga=2.135674995.33742445.1559638170-248919753.1553861555
- [3] J. Van der Heyden and R. Charafeddine, "Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques," Sciensano, Brussels, D/2019/14.440/27. [Online]. Available: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/MA_FR_2018.pdf.
- [4] Belgian Cancer Registry, "Belgian Cancer Registry — Number of invasive tumours by primary site, age group, sex and year." https://kankerregister.org/Statistiques_tableaux%20annuelle (accessed Jan. 19, 2022).
- [5] J. Van der Heyden et al., "Enquête de Santé par Examen Belge 2018," Belgian Health Examination Survey (BELHES). Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2018.aspx.
- [6] L. Gisle, "Enquête de Santé 2018, Santé mentale," Jan. 2020. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2018.aspx.
- [7] J. Deblonde, M. De Rouck, M. Montourcy, B. Serrien, and D. Van Beckhoven, "Epidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2020.," sciensano.be, Nov. 29, 2021. <https://www.sciensano.be/fr/biblio/epidemiologie-du-sida-et-de-linfection-a-vih-en-belgique-situation-au-31-decembre-2020> (accessed Jan. 19, 2022).
- [8] R. Charafeddine et al., "Première enquête de santé COVID-19: résultats préliminaires," Text. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: <https://www.sciensano.be/en/biblio/premiere-enquete-de-sante-covid-19-resultats-preliminaires>
- [9] L. Gisle, E. Braekman, R. Charafeddine, S. Demarest, S. Drieskens, and L. Hermans, "Deuxième enquête de santé COVID-19 : Résultats préliminaires," Text, 05 2020. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: <https://www.sciensano.be/en/biblio/deuxieme-enquete-de-sante-covid-19-resultats-preliminaires>
- [10] R. Charafeddine et al., "Troisième enquête de santé COVID-19: Résultats préliminaires," Text. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: <https://www.sciensano.be/en/biblio/troisieme-enquete-de-sante-covid-19-resultats-preliminaires>
- [11] E. Braekman et al., "Quatrième Enquête de santé COVID-19. Résultats préliminaires | sciensano.be." Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: <https://www.sciensano.be/en/biblio/quatrieme-enquete-de-sante-covid-19-resultats-preliminaires>
- [12] F. Berete et al., "Cinquième enquête de santé COVID-19: résultats préliminaires," Text. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: <https://www.sciensano.be/en/biblio/cinquieme-enquete-de-sante-coivd-19-resultats-preliminaires>
- [13] F. Berete et al., "Sixième enquête de santé COVID-19: résultats préliminaires," Text. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: <https://www.sciensano.be/en/biblio/sixieme-enquete-de-sante-covid-19-resultats-preliminaires>
- [14] F. Berete et al., "Septième enquête de santé COVID-19: résultats préliminaires," Sciensano, 2021. doi: [10.25608/HT7A-8923](https://doi.org/10.25608/HT7A-8923).
- [15] L. Gisle et al., "Huitième enquête de santé COVID-19. Résultats préliminaires," Sciensano, 2021. doi: [10.25608/HQY9-M065](https://doi.org/10.25608/HQY9-M065).
- [16] L. Gisle, "Enquête de Santé 2018, Consommation de tabac," Oct. 2019. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2018.aspx
- [17] GISAH, "GHO | Total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)," WHO. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1029SDG3?lang=en> (accessed Dec. 06, 2021).
- [18] S. Drieskens, "Enquête de Santé 2018, Etat nutritionnel," Oct. 2019. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2018.aspx
- [19] J. Inchley, D. Currie, S. Budisavljevic, T. Torsheim, A. Jastad, and A. Cosma, "Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe



REFERENTIES

- and Canada. International report. Volume 2. Key data," WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2020. Accessed: Jun. 15, 2020. [Online]. Available: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc/publications/2020/spotlight-on-adolescent-health-and-well-being.-findings-from-the-20172018-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-survey-in-europe-and-canada.-international-report.-volume-2.-key-data>
- [20] S. Drieskens and R. Charafeddine, "Enquête de santé 2018 : Habitudes nutritionnelles," Sciensano, Bruxelles, Belgique, D/2019/14.440/64, Oct. 2019. [Online]. Available: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NH_FR_2018.pdf
- [21] Sciensano, "Website of the Belgian National Food Consumption survey 2014. <https://fcs.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>," Sciensano, 2019.
- [22] R. Charafeddine, S. Demarest, and F. Berete, "Enquête de santé 2018: Littérature en santé," Sciensano, Bruxelles, Belgique, D/2019/14.440.72, 2020. [Online]. Available: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/HL_FR_2018.pdf
- [23] WHO Commission on Social Determinants on Health, "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health," WHO, Geneva, 2008.
- [24] Executive Agency for Health and Consumer, Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013. European Commission, 2007.
- [25] Vlaamse overheid, Vlaamse Actieplan Geestelijke Gezondheid, Strategisch plan 2017-2019. 2017.
- [26] Gouvernement wallon, Plan prévention et promotion de la santé en Wallonie. Partie 1: définition des priorités en santé. Namur, 2017.
- [27] "Arrêté royal du 18 juillet 2013 portant fixation de la vision stratégique fédérale à long terme de développement durable: http://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-18-juillet-2013_n2013011468.html," Moniteur Belge, p., Oct. 2013.
- [28] United Nations, "Universal Declaration of Human Rights," United Nations, 1948. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights> (accessed Jan. 10, 2022).
- [29] P. A. Braveman, "Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework," J. Health Popul. Nutr., vol. 21, no. 3, pp. 181–192, Sep. 2003.
- [30] J. D. Maeseneer and S. Willems, "Terugdringen Sociale Gezondheidskloof: van concept naar politieke implementatie," Ghent University, Gent, 2021.
- [31] M. Bourguignon et al., "Variations spatiales et sociodémographiques de mortalité de 2020-2021 en Belgique. L'effet de la pandémie Covid-19, Document de travail 27," Centre de recherche en démographie, Louvain-la-Neuve, Sep. 2021.
- [32] K. V. Aerden et al., "Causes of health and mortality inequalities in Belgium: multiple dimensions, multiple causes.," p. 106.
- [33] A. Decoster, T. Minten, and J. Spinnewijn, "The Income Gradient in Mortality during the Covid-19 Crisis: Evidence from Belgium," J Econ Inequal, vol. 19, no. 3, pp. 551–570, Sep. 2021, doi: 10.1007/s10888-021-09505-7.
- [34] F. Renard, B. Devleeschauwer, H. Van Oyen, S. Gadeyne, and P. Deboosere, "Evolution of educational inequalities in life and health expectancies at 25 years in Belgium between 2001 and 2011: a census-based study," Arch Public Health, vol. 77, no. 6, p., 2019.



CONTACT

hsr@sciensano.be

MEER INFO

<https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand>

Sciensano • Juliette Wytzmanstraat 14 • 1050 Brussel • België
T +32 2 642 51 11 • T pers +32 2 642 54 20 • info@sciensano.be • www.sciensano.be

Verantwoordelijke uitgever Christian Léonard, Algemeen directeur • Juliette Wytzmanstraat 14 • 1050 Brussel • België