

HEALTH STATUS REPORT 2019

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 2019 • Brussel • België
Depotnummer: D/2019/14.440/4

AUTEURS

FRANÇOISE RENARD • BRECHT DEVLEESSCHAUWER

•

IN SAMENWERKING MET

**LAURA ALBERT
SARAH BEL
ISABELLE MOYERSOEN
JEAN TAFFOREAU**

OPDRACHTGEVER

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).

DANKWOORD

Wij bedanken graag de volgende mensen voor het zorgvuldig nalezen van het rapport en voor hun gewaardeerd advies: Rana Charafeddine, Karin De Ridder, Sabine Driescens, Lydia Gisle, Johan Van der Heyden, en Stefanie Vandevijvere. Wij bedanken ook graag Tadek Krzywania voor zijn administratieve steun.

INHOUDSTAFEL

| | |
|--|-----------|
| SAMENVATTING | 7 |
| 1. INLEIDING | 9 |
| 1.1. CONTEXT | 9 |
| 1.2. INHOUD, MISSIE, DOELSTELLINGEN | 9 |
| 1.3. PRESENTATIE | 9 |
| 1.4. METHODEN | 10 |
| 1.5. VOORUITZICHTEN | 10 |
| 2. LEVENSV ERWACHTING EN LEVENSKWALITEIT | 11 |
| 2.1. LEVENSV ERWACHTING | 11 |
| 2.2. GEZONDE LEVENSV ERWACHTING | 12 |
| 2.3. SUBJECTIEVE GEZONDHEID | 13 |
| 2.4. GEZONDHEIDSGERELATEERDE LEVENSKWALITEIT | 15 |
| 3. STERFTE EN DOODSOORZAKEN | 17 |
| 3.1. STERFTECIJFER | 17 |
| 3.1.1. ALGEMENE STERFTE (ALLE LEEFTIJDEN) | 17 |
| 3.1.2. VROEGTIJDIGE STERFTE (VOOR DE LEEFTIJD VAN 75 JAAR) | 17 |
| 3.1.3. KINDERSTERFTE | 20 |
| 3.2. DOODSOORZAKEN | 21 |
| 3.2.1. OORZAKEN VAN ALGEMENE STERFTE (ALLE LEEFTIJDEN) | 21 |
| 3.2.2. OORZAKEN VAN VROEGTIJDIGE STERFTE (VOOR DE LEEFTIJD VAN 75 JAAR) | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 4. NIET-OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN | 25 |
| 4.1. GLOBAAL OVERZICHT | 25 |
| 4.2. GEESTELIJKE GEZONDHEID | 26 |
| 4.3. KANKER | 27 |
| 4.4. DIABETES | 28 |
| 5. GEZONDHEIDSDETERMINANTEN | 31 |
| 5.1. TABAKSGEBRUIK | 31 |
| 5.2. ALCOHOLGEBRUIK | 32 |
| 5.3. OBESITAS EN OVERGEWICHT | 34 |
| 5.4. VOEDINGSGEWOONTEN | 36 |
| 5.5. LICHAAMSBEWEGING | 37 |
| 6. SOCIAALECONOMISCHE ONGELIJKHEDEN IN GEZONDHEID | 39 |
| 6.1. ONGELIJKHEDEN IN LEVENSVRWACHTING EN LEVENSKWALITEIT | 39 |
| 6.2. ONGELIJKHEDEN IN STERFTE | 42 |
| 6.3. ONGELIJKHEDEN IN ZIEKTE | 43 |
| 6.4. ONGELIJKHEDEN IN GEZONDHEIDSDETERMINANTEN | 44 |
| REFERENTIES | 46 |

SAMENVATTING

De gezondheidstoestand in België is eerder goed, maar kent enkele aandachtspunten. De algemene resultaten verbergen belangrijke ongelijkheden, zowel op regionaal als op sociaaleconomisch vlak.

- Bijna 80% van de Belgen omschrijft hun gezondheid als goed tot zeer goed. België scoort hiermee beter dan het EU-15-gemiddelde.
- De levensverwachting in België is hoger dan ooit (81,4 jaar) en is de afgelopen decennia gestaag toegenomen. In lijn hiermee is er ook een afname van zowel de algemene sterfte als de vroegtijdige sterfte (i.e., sterfte voor de leeftijd van 75 jaar).
- De levensverwachting en vroegtijdige sterfte in België zijn echter minder goed dan in de andere EU-15-landen. Het zou nuttig zijn om de exacte oorzaken hiervan te onderzoeken.
- Er bestaan significante regionale verschillen voor bijna alle onderzochte indicatoren, waarbij gezondheid over het algemeen beter is in Vlaanderen dan in Brussel en Wallonië.
- Cardiovasculaire aandoeningen en kanker veroorzaken meer dan de helft van alle sterfgevallen.
- De belangrijkste oorzaken van sterfte vóór de leeftijd van 75 jaar zijn zelfmoord, longkanker en coronaire hartziekte bij mannen, en borstkanker, longkanker en zelfmoord bij vrouwen.
- Sterfte door coronaire hartziekte is aanzienlijk afgenomen. Sterfte door longkanker neemt af bij mannen, maar neemt toe bij vrouwen.
- Meer dan een op de vier volwassenen meldt een chronisch gezondheidsprobleem. De meest gemelde aandoeningen zijn lagerugpijn, hoge bloeddruk, hoog cholesterolgehalte, allergieën en artrose.
- De recente verslechtering van de indicatoren voor geestelijke gezondheid verdient verdere aandacht.
- Het aantal dagelijkse rokers is de afgelopen jaren afgenomen. Tabaksbestrijding moet echter een prioriteit blijven, vooral voor jongeren, vrouwen en de minst geschoolden.
- Het gemiddelde alcoholgebruik is hoog en met name het "hyperalcoholisatie"-gedrag is een probleem, vooral onder jonge mannen.
- De prevalentie van obesitas blijft toenemen in België, maar blijft iets onder het EU-15-gemiddelde.
- Het Belgische dieet wordt gekenmerkt door een onvoldoende consumptie van fruit, groenten, noten en zaden, melk, eieren en vis. Omgekeerd is er een overmatige consumptie van rood vlees, bewerkt vlees en suikerhoudende dranken.
- Het niveau van fysieke activiteit is te laag: slechts een op de drie volwassenen bereikt een niveau van lichaamsbeweging dat voldoende is om een gunstig effect op de gezondheid te hebben.
- Er blijven aanzienlijke sociaaleconomische ongelijkheden in de gezondheid bestaan, en voor sommige indicatoren neigen deze zelfs toe te nemen.

1. INLEIDING

1.1. CONTEXT

De Europese landen hebben zich door de ondertekening van het Tallinn-handvest in 2008 geëngageerd om hun gezondheidssystemen te verbeteren, onder meer door een transparante meting van de performantie ervan. Het project «Performantie van het Belgische Gezondheidssysteem (HSPA)» werd in 2010 gelanceerd, en is gebaseerd op een set van indicatoren die enerzijds een overzicht geven van de huidige situatie en anderzijds fungeren als waarschuwingssignaal. In 2016 vroeg de Federale Minister van Volksgezondheid om een aanvullend rapport over de gezondheidstoestand van de bevolking voor te bereiden – het zogenaamde «Health Status Report (HSR)». Door informatie te verstrekken over de behoeften in het domein van zowel de gezondheidszorg als de gezondheidstoestand, vullen beide rapporten elkaar aan in het ondersteunen van de besluitvorming en het vaststellen van prioriteiten en doelstellingen.

Het HSR-project werd toevertrouwd aan Sciensano, het Belgisch Instituut voor Gezondheid, dat deze eerste editie uitvoerde tussen september 2017 en januari 2019.

1.2. INHOUD, MISSIE, DOELSTELLINGEN

- Het HSR wil een globale visie bieden op de gezondheid van de Belgische bevolking en de belangrijkste trends ervan.
- Het rapport is vooral gericht op zij die betrokken zijn bij de ontwikkeling en implementatie van volksgezondheidsbeleid, beleidsmakers, veldwerkers en deskundigen.
- Het rapport is gebaseerd op een set van een beperkt aantal sleutelindicatoren (ongeveer dertig in deze eerste editie).
- Het rapport heeft voornamelijk een diagnostische functie, en doet hierdoor dienst als waarschuwingssignaal:
 - Door te vergelijken met andere Europese landen, door trends te analyseren, en door de resultaten te vergelijken met referentiewaarden (momenteel nog impliciet, maar later op basis van gedefinieerde gezondheidsdoelstellingen), worden gezondheidsnoden, of integendeel goede resultaten, blootgelegd.
 - Door de gegevens voor te stellen volgens geslacht, leeftijd, geografisch niveau of sociaaleconomisch niveau, worden bovendien gezondheidsnoden geïdentificeerd die specifiek zijn voor bepaalde gebieden of bevolkingsgroepen.
- Dit rapport heeft als doel beleidsbeslissingen te ondersteunen: de geïdentificeerde gezondheidsnoden moeten het mogelijk maken een reflectie op te zetten over prioriteiten en uit te voeren acties.
- De scope van het HSR betreft de levensverwachting en levenskwaliteit, sterfte, niet-overdraagbare aandoeningen, en gezondheidsdeterminanten. Er wordt ook een nadruk gelegd op sociaaleconomische ongelijkheden. De analyse van het gezondheidszorgsysteem, het gezondheidsaanbod en de zorgconsumptie maken geen deel uit van het HSR, maar maken het onderwerp uit van het “Performantie”-rapport.

1.3. PRESENTATIE

Het HSR is beschikbaar onder vorm van:

- Een website, die toegankelijk is via een gemeenschappelijke portaal voor het HSPA- en HSR-rapport: <https://www.gezondbelgie.be/>. De website laat toe de indicatoren regelmatig bij te werken zodra updates beschikbaar worden.
- Een downloadbaar rapport, dat een foto maakt van de gezondheidstoestand op een bepaald moment, en dat elke 3 jaar zal worden uitgebracht.

1.4. METHODEN

De aanpak voor de constructie van de set van gezondheidsindicatoren was als volgt:

- Er werd gekozen voor een selectie van een reeks sleutelindicatoren in plaats van een exhaustieve lijst van indicatoren. Hiervoor waren er verschillende redenen:
 - Nood aan een balans tussen de hoeveelheid informatie en de mogelijkheid tot verwerking ervan (dit in functie van de tijd en mankracht die beschikbaar was om de informatie bij te werken en te interpreteren zodat ze bruikbaar werd voor de beleidsmakers). Bij eventuele problemen met de beschikbare informatie, waren er vaak extra analyses nodig die buiten de scope van de HSR vielen, wat de werklust verder verhoogde.
 - Beperkingen in functie van beschikbaarheid en/of kwaliteit van gegevens.
 - Beperkingen in tijd voor de uitwerking van deze eerste editie. Sommige onderwerpen, zoals de overdraagbare aandoeningen, zijn niet behandeld kunnen worden in deze eerste editie, maar zullen in de volgende edities verder uitgewerkt worden.
- De selectie van indicatoren was geïnspireerd op indicatorenlijsten die gebruikt worden op het subnationale (gewesten, provincies) en internationale niveau [1,2].
- Voor het HSR werd gebruik gemaakt van informatie uit verschillende databronnen, met name de vitale statistieken en doodsoorzaken (Statbel), volkstellingen in combinatie met sterfte (Statbel), gezondheidsenquêtes (Sciensano), voedselconsumptiepeilingen (Sciensano), administratieve databases (IMA), en registergegevens (Kankerregister).
- Internationale vergelijkingen werden uitgevoerd met de landen van de toenmalige EU-15, aangezien deze landen dichter aansluiten bij de economische situatie in België dan de nieuwe EU-landen. Hierdoor zijn onze conclusies soms pessimistischer dan de conclusies van de EU- of OESO-rapporten, waar met alle EU- of OESO-landen vergeleken wordt.
- Tot slot werden ook bijkomende analyses uitgevoerd door het HSR-team, met name voor het bepalen van ongelijkheden in levensverwachting, gezonde levensverwachting, en sterfte.

1.5. VOORUITZICHTEN

- Als vervolg op deze eerste editie van het HSR wordt het HSR-project momenteel verlengd. Idealiter zou dit project moeten leiden tot een reguliere opvolging (monitoring) van de gezondheidstoestand, en dus een langdurig en structureel project moeten worden.
- Een doelstelling op middellange termijn voor het HSR zou daarom zijn om de vooruitgang in gezondheidstoestand op te volgen, met name op die gezondheidsgebieden waar specifieke doelstellingen zullen worden gedefinieerd.
- Indicatorwaarden zullen regelmatig bijgewerkt worden op de website zodra nieuwe gegevens beschikbaar worden.
- De scope van het HSR kan worden uitgebreid in volgende edities, met name door verdere uitbreiding van de indicatoren van ziekte en gezondheidsdeterminanten.

Verken het Health Status Report online via www.gezondbelgie.be

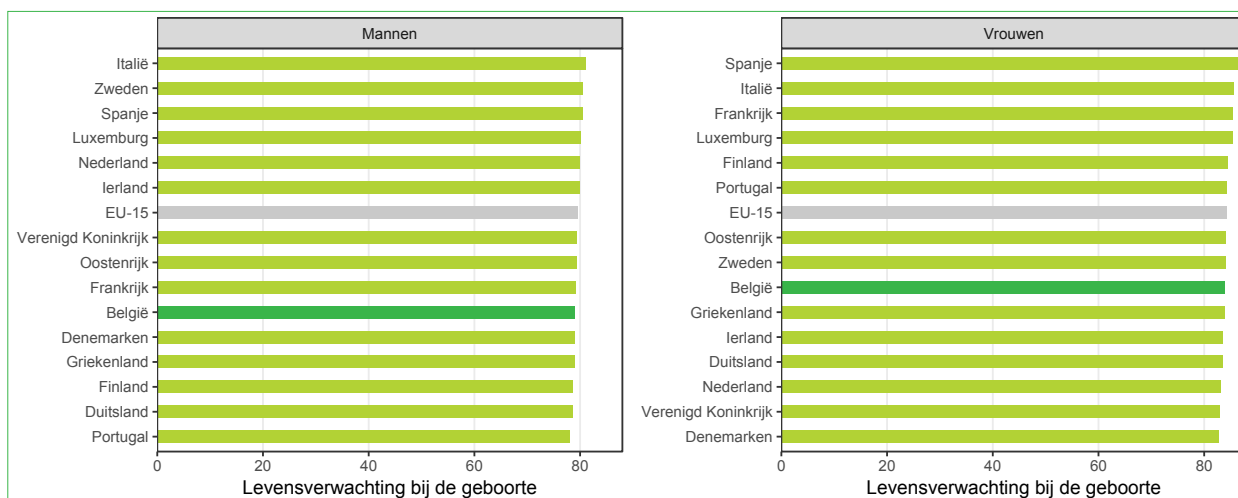
2. LEVENSV ERWACHTING EN LEVENSKWALITEIT

2.1. LEVENSV ERWACHTING

De levensverwachting bij de geboorte is het gemiddelde aantal jaren dat individuen, die in een bepaald jaar geboren zijn, zouden kunnen verwachten te leven als de huidige sterftcijfers stabiel zouden blijven. Het is een belangrijke indicator die de algemene gezondheidstoestand van een bevolking weergeeft. Het wordt vaak gebruikt om de gezondheid van verschillende bevolkingsgroepen met elkaar te vergelijken.

- In 2017 was de levensverwachting bij de geboorte in België 81,4 jaar. Er bestaat een belangrijke genderkloof, waarbij de levensverwachting van vrouwen (83,7) bijna 5 jaar hoger ligt dan die van mannen (79,0). Dit verschil wordt wel kleiner met de jaren.
- In vergelijking met de EU-15-landen, scoort België echter vrij slecht, met een levensverwachting die meer dan 2 jaar lager ligt dan de landen met de hoogste levensverwachting, en dit zowel voor mannen als voor vrouwen.
- De levensverwachting in 2017 was het hoogst in Vlaanderen (82,2), intermediair in Brussel (81,2), en het laagst in Wallonië (79,8).
- De levensverwachting in België is in de afgelopen decennia gestaag en snel toegenomen, maar deze toename is de laatste jaren minder uitgesproken. In 2015 daalde de levensverwachting zelfs, zoals in vele andere Europese landen, om nadien weer toe te nemen.
- De levensverwachting vertoont een belangrijke sociaaleconomische gradiënt [3], met een betere levensverwachting bij hoger opgeleiden. In 2011 was er bijvoorbeeld een verschil in levensverwachting op 25-jarige leeftijd tussen mensen met een diploma lager secundair onderwijs en mensen met een diploma hoger onderwijs, van 6,1 jaar voor mannen en 4,6 jaar voor vrouwen¹.

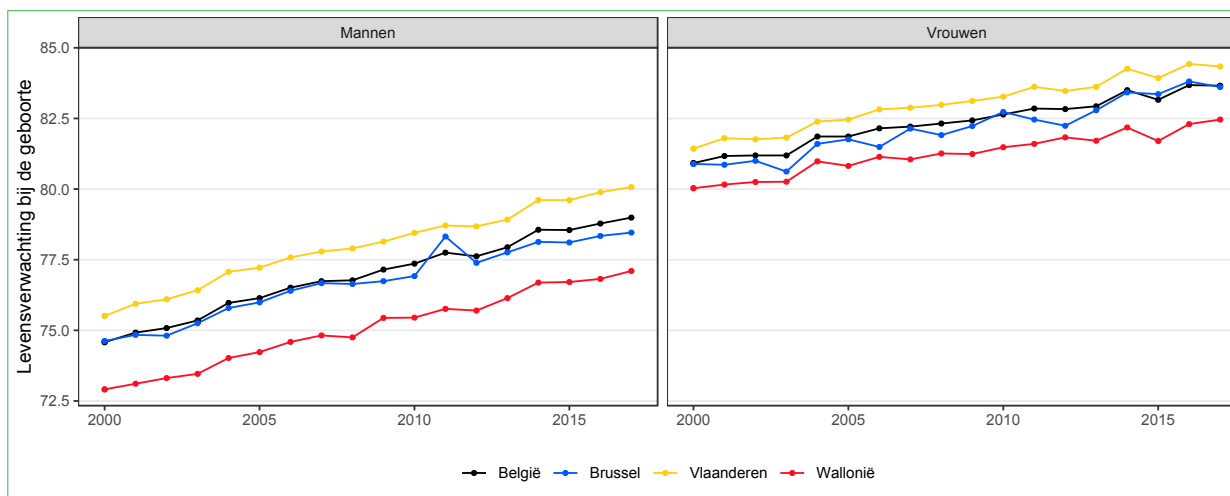
Figuur 1. Levensverwachting bij de geboorte volgens geslacht, EU-15-landen, 2016



Bron: OESO Gezondheidsdata

1 Bron: Eigen berekeningen op basis van de volkstelling 2011 gekoppeld aan het Rijksregister voor een opvolging van sterfte over een periode van 5 jaar

Figuur 2. Levensverwachting bij de geboorte volgens geslacht en gewest, België, 2000-2017



Bron: Statbel

2.2. GEZONDE LEVENSV ERWACHTING

Indicatoren voor gezonde levensverwachting combineren levensverwachting (het aantal te verwachten levensjaren) met levenskwaliteit (goede gezondheid). Ze meten het aantal jaren dat gemiddeld op een bepaalde leeftijd in goede gezondheid kan worden doorgebracht. Er zijn verschillende indicatoren voor gezonde levensverwachting, die overeenkomen met verschillende indicatoren voor een goede gezondheid. In dit rapport werd de «levensverwachting zonder beperking» (ook wel «gezonde levensjaren» genoemd) als indicator gekozen. Naast de gegevens over de levensverwachting zijn ook gegevens over de prevalentie van beperkingen nodig (meestal afkomstig uit enquêtes). De resultaten van internationale (Eurostat) of Belgische (resultaten per gewest) bronnen kunnen dus enigszins verschillen omdat ze op verschillende enquêtes gebaseerd zijn.

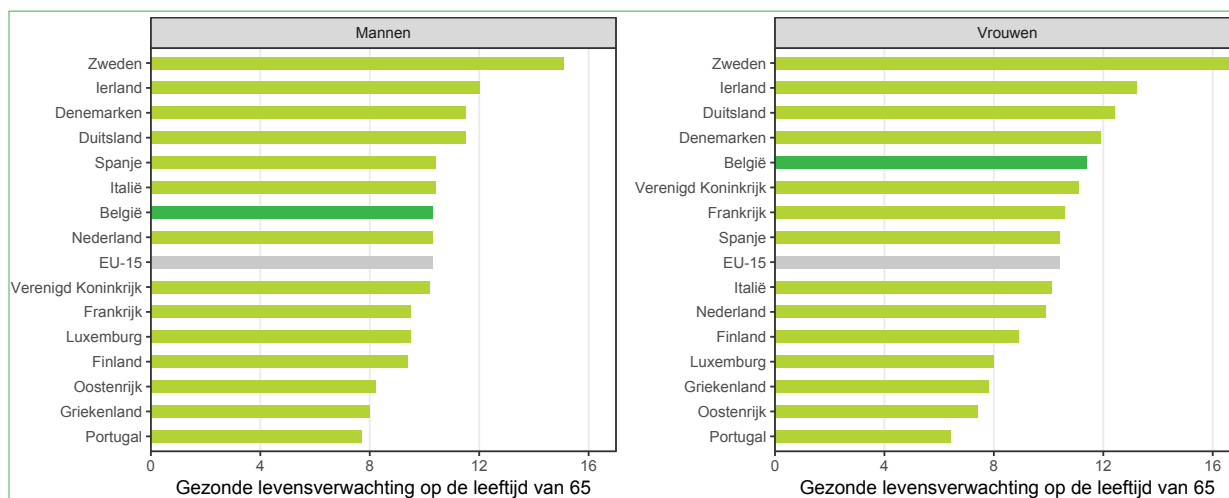
- In 2016 bedroeg de levensverwachting zonder beperking op 65-jarige leeftijd 10,3 jaar voor mannen en 11,4 jaar voor vrouwen².
- De levensverwachting zonder beperking op 65 jaar bij mannen komt overeen met die van het EU-15-gemiddelde, terwijl vrouwen zelfs hoger scoren dan het EU-15-gemiddelde.
- De levensverwachting zonder beperking op 65 jaar is hoger in Vlaanderen dan in Wallonië, met, in 2013, een verschil tussen de gewesten van 2,5 jaar voor mannen en 2,4 jaar voor vrouwen³.
- De levensverwachting zonder beperking op 65-jarige leeftijd is voor beide geslachten en in alle gewesten sinds 2001 toegenomen.
- De levensverwachting zonder beperking vertoont een typische sociaaleconomische gradiënt, met een toename in gezonde levensverwachting in functie van het opleidingsniveau [3]. In 2011 bedroeg het verschil in levensverwachting zonder beperking op 25 jaar tussen het hoogste en het laagste opleidingsniveau 10,4 jaar voor mannen en 13,5 jaar voor vrouwen⁴.

² Bron: Eurostat, op basis van sterftetabellen en de SILC-enquête

³ Bron: SPMA, op basis van sterftetabellen en de Belgische Gezondheidsenquête

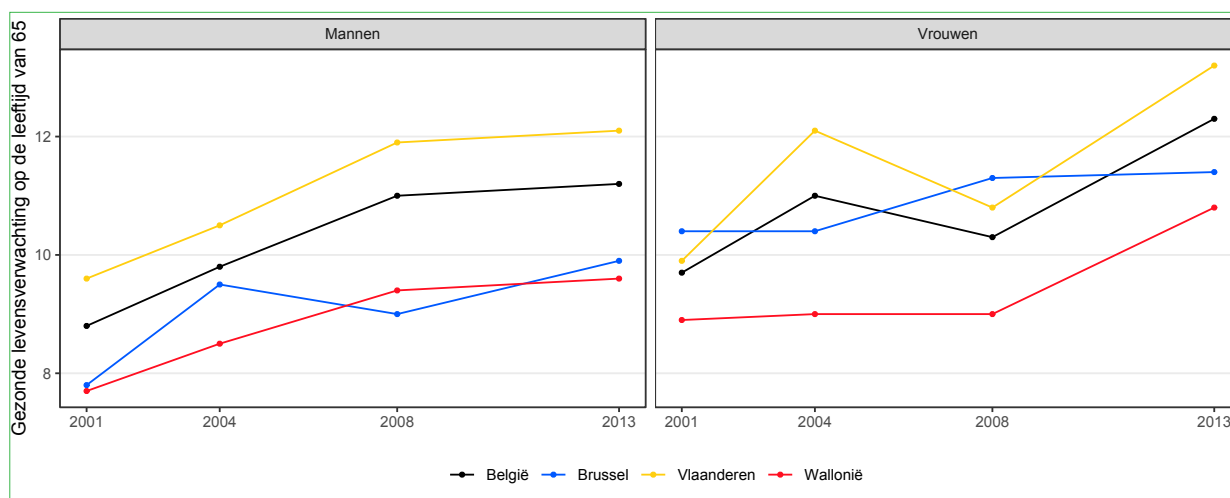
⁴ Bron: Eigen berekeningen op basis van de volkstelling 2011 gekoppeld aan het Rijksregister voor een opvolging van sterfte over een periode van 5 jaar

Figuur 3. Levensverwachting zonder beperking op 65-jarige leeftijd volgens geslacht, EU-15-landen, 2016



Bron: Eurostat

Figuur 4. Levensverwachting zonder beperking op 65-jarige leeftijd volgens geslacht en gewest, België, 2001-2013



Bron: SPMA, berekeningen op basis van sterftetabellen en de Belgische Gezondheidsenquêtes

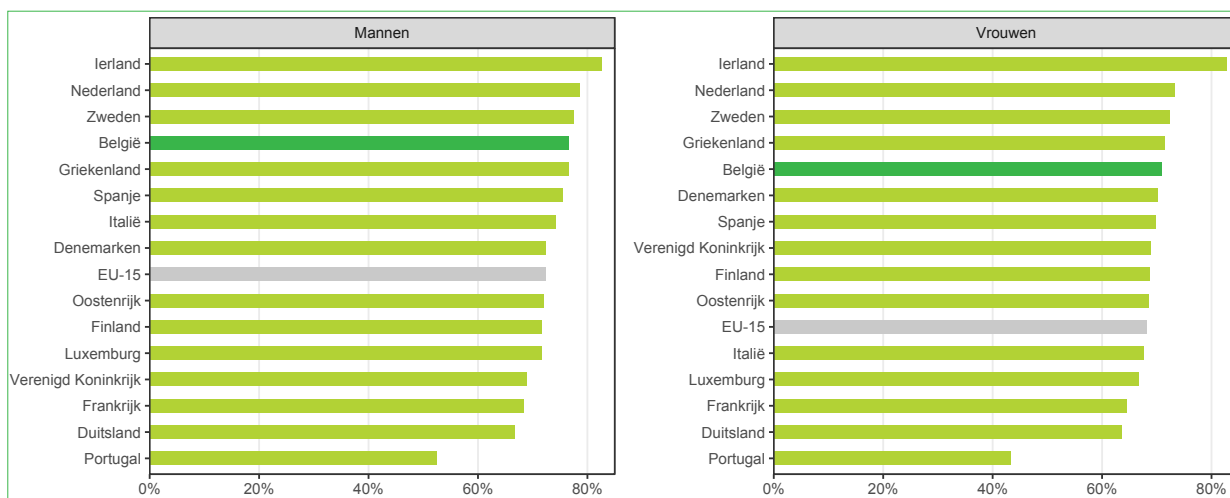
2.3. SUBJECTIEVE GEZONDHEID

De subjectieve gezondheid verwijst naar de persoonlijke beoordeling van de gezondheidstoestand van een individu. Er bestaat een sterk verband tussen de subjectieve gezondheid en de aanwezigheid van ziekte, het gebruik van gezondheidsdiensten, en sterfte.

- Meer dan driekwart van de Belgische bevolking beschouwt zijn gezondheid als goed tot zeer goed (op basis van gegevens van de Belgische Gezondheidsenquête 2013), wat België in een gunstige positie plaatst binnen de EU-15-landen.
- Mannen hebben een betere subjectieve gezondheid dan vrouwen, maar dit verschil neemt geleidelijk aan af.

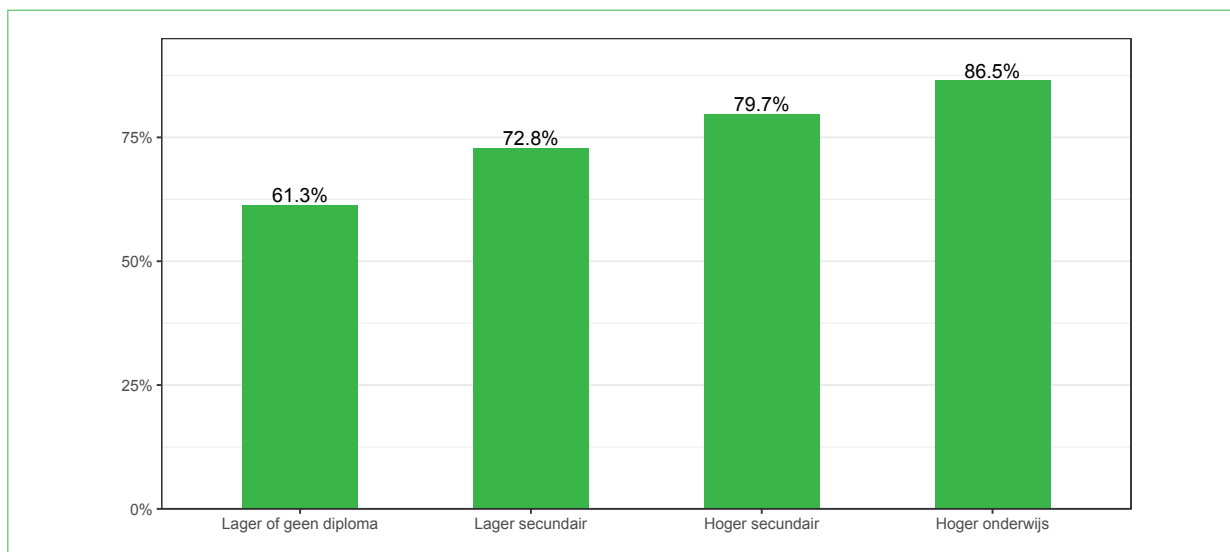
- In Vlaanderen geven meer mensen aan in goede gezondheid te verkeren dan in Wallonië of Brussel.
- Er bestaat een belangrijke sociaaleconomische gradiënt, waarbij mensen met een hoger opleidingsniveau een betere gezondheid rapporteren dan mensen met een lager opleidingsniveau.

Figuur 5. Percentage mensen dat hun gezondheid als goed of zeer goed beoordeelt, volgens geslacht, EU-15-landen, 2016



Bron: Eurostat

Figuur 6. Percentage mensen dat hun gezondheid als goed of zeer goed beoordeelt, volgens opleidingsniveau, België, 2013



Bron: Gezondheidsenquête, Sciensano, 2013

2.4. GEZONDHEIDSGERELATEERDE LEVENSKWALITEIT

Het doel van de indicator «Gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit» is het meten van het effect van de gezondheidstoestand op de levenskwaliteit. Dit concept werd voor het eerst opgenomen in de Belgische Gezondheidsenquête 2013, en dit aan de hand van de EQ-5D-score, die bestaat uit 5 dimensies: mobiliteit, zelfredzaamheid, dagelijkse activiteiten, pijn en ongemak, en angst en depressie. De waarden worden uitgedrukt op een schaal met twee ankerpunten, namelijk 0 (waarde die overeenkomt met de dood) en 1 (optimale gezondheidstoestand).

- In 2013 bedroeg de gemiddelde gezondheidsgerelateerde levenskwaliteitsscore (EQ-5D) voor België 0,81.
- De EQ-5D-score verschilt per gewest: in het Vlaamse Gewest (0,83) wordt een significant hogere EQ-5D-score waargenomen dan in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest (0,80) en het Waalse Gewest (0,78).
- De EQ-5D-score hangt sterk samen met het opleidingsniveau: de gemiddelde score is significant lager voor laagopgeleiden (0,67) dan voor hoogopgeleiden (0,85).

3. STERFTE EN DOODSOORZAKEN

Het sterftecijfer is een zeer interessante indicator van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking. Het geeft informatie over de belangrijkste doodsoorzaken en maakt het mogelijk de frequentie van deze doodsoorzaken te vergelijken tussen verschillende populaties (na standaardisatie om verschillen in leeftijdsopbouw te neutraliseren). De analyse van doodsoorzaken maakt het mogelijk de doodsoorzaken niet enkel in te delen op basis van hun frequentie, maar ook op basis van hun ziektelast in termen van verloren levensjaren. Als zodanig dragen analyses van sterfte, en van vroegtijdige sterfte in het bijzonder, bij tot het bepalen van prioriteiten op het gebied van de volksgezondheid. De analyse van trends in sterfte en doodsoorzaken levert ook informatie op over de evolutie van risicofactoren en van de impact van volksgezondheidsmaatregelen.

3.1. STERFTECIJFER

3.1.1. Algemene sterfte (alle leeftijden)

- In België schommelde het aantal sterfgevallen de laatste 15 jaar tussen de 100.000 en 110.000 per jaar.
- Het bruto sterftecijfer⁵ schommelt rond de 1.000 overlijdens per 100.000 per jaar, en is ongeveer gelijk voor beide geslachten.
- Hoewel het aantal sterfgevallen in de loop van de tijd relatief stabiel gebleven is, sterven de mensen vandaag gemiddeld op een latere leeftijd dan voorheen. Hierdoor is het voor leeftijd gestandaardiseerd sterftecijfer⁶ in 15 jaar tijd met 19% gedaald: van 1123 per 100.000 in 2001 tot 906 per 100.000 in 2015⁷.
- Het voor leeftijd gestandaardiseerd sterftecijfer is 49% hoger voor mannen dan voor vrouwen (respectievelijk 1118 en 748 sterfgevallen per 100.000 in 2015).
- Het voor leeftijd gestandaardiseerd sterftecijfer is hoger in Wallonië (+22%) en Brussel (+8%) dan in Vlaanderen.

3.1.2. Vroegtijdige sterfte (voor de leeftijd van 75 jaar)

- De vroegtijdige sterfte wordt hier berekend op basis van het aantal overlijdens vóór de leeftijd van 75 jaar. In 2015 vonden 34.353 overlijdens plaats vóór de leeftijd van 75 jaar, wat neerkomt op 31% van alle sterfgevallen.
- De vroegtijdige sterfte is tussen 2001 en 2015 met 22% gedaald.

5 Het bruto sterftecijfer is het aantal sterfgevallen in een jaar gedeeld door het totale aantal inwoners halverwege het jaar. Het is zeer moeilijk om conclusies te trekken over de gezondheidstoestand van de bevolking aan de hand van bruto sterftecijfers: veel ongunstige gebeurtenissen, zoals sterfte, nemen toe met de leeftijd. In oudere populaties zullen deze gebeurtenissen vaker voorkomen dan in jongere populaties omwille van de leeftijdsopbouw, eerder dan omwille van een slechtere gezondheidstoestand.

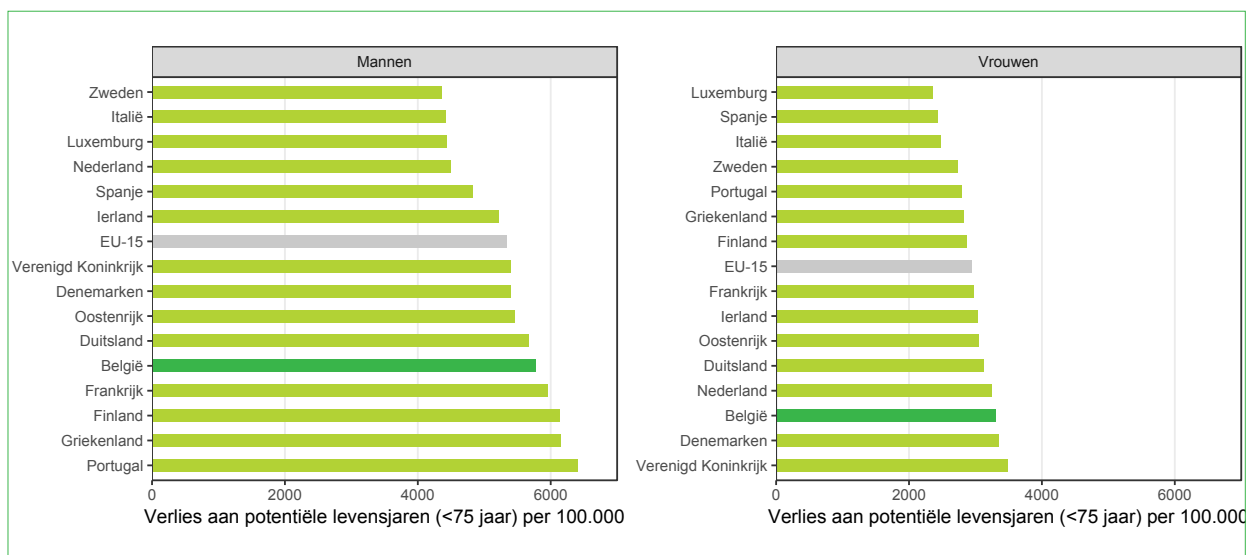
6 Wanneer men de sterftecijfers tussen bevolkingsgroepen wil vergelijken om conclusies te kunnen trekken over hun gezondheid, is een standaardisatie volgens leeftijd noodzakelijk. Hierbij wordt aan de populaties die men wenst te vergelijken de leeftijdsstructuur van een gekozen referentiepopulatie toegewezen, bijvoorbeeld het gemiddelde van de te vergelijken populaties.

7 Met de Belgische bevolking van 2010 als referentie.

3. STERFTE EN DOODSOORZAKEN

- Het vroegtijdig sterftecijfer is bij mannen 1,7 keer hoger dan bij vrouwen. Het verschil tussen de geslachten is dus meer uitgesproken bij de vroegtijdige sterfte dan bij de algemene sterfte.
- De vroegtijdige sterfte vertoont aanzienlijke regionale verschillen met respectievelijk 40% en 19% meer vroegtijdige overlijdens in Wallonië en Brussel ten opzichte van Vlaanderen.
- De vroegtijdige sterfte vertoont een daling in de loop van de tijd maar met een behoud van de regionale verschillen.
- Tussen de districten worden nog grotere verschillen waargenomen dan tussen de gewesten, met tot 80% meer vroegtijdige overlijdens bij mannen in de districten met de hoogste vroegtijdige sterftecijfers (West-Henegouwen en Charleroi) en het district met het laagste vroegtijdig sterftecijfer (Maaseik).
- België scoort op het vlak van vroegtijdige sterfte slecht in vergelijking met de andere EU-15-landen.

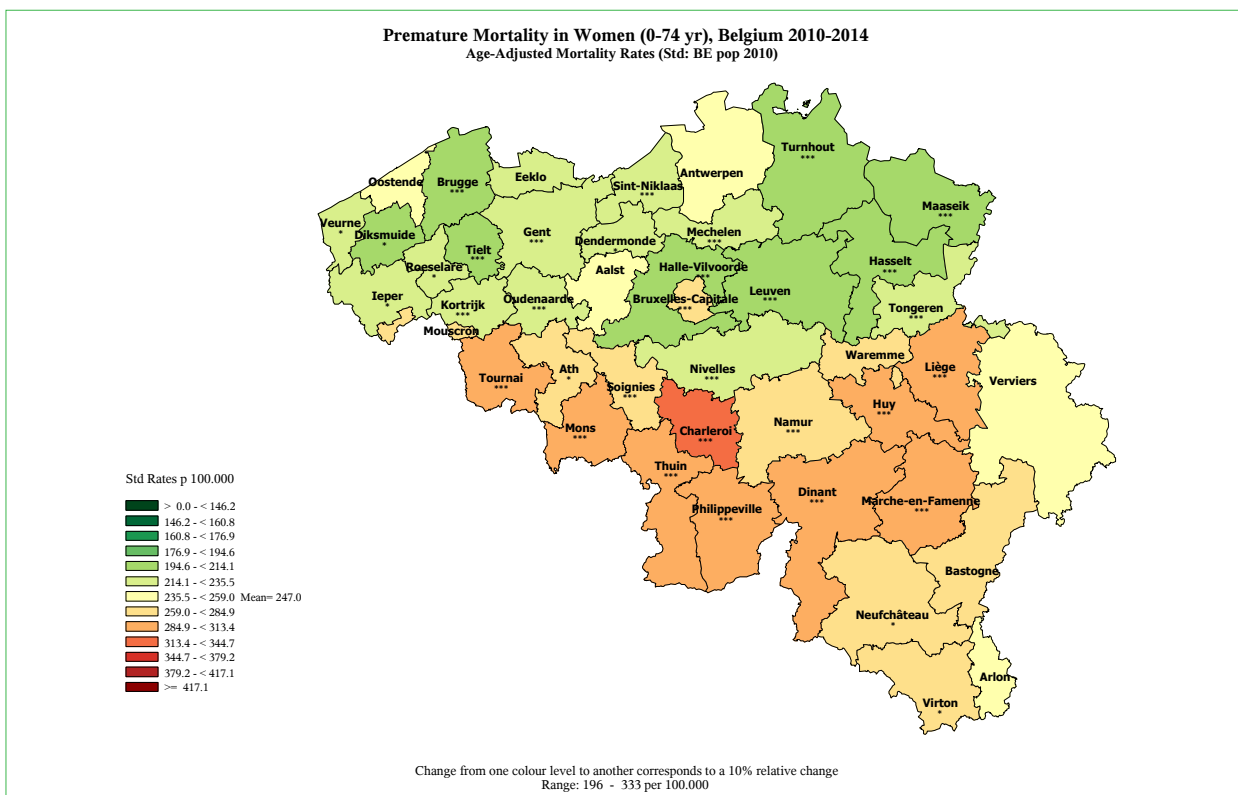
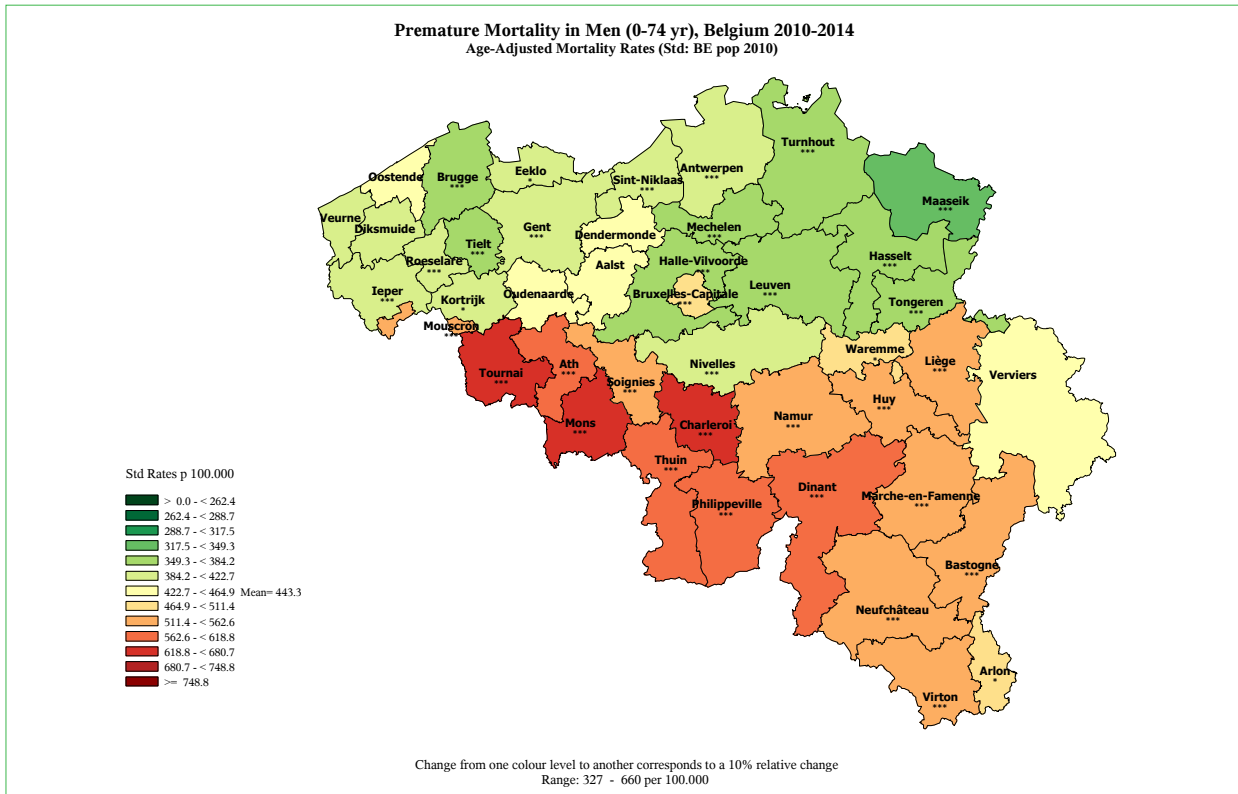
Figuur 7. Verlies aan potentiële levensjaren (0-75) per 100.000 volgens geslacht, EU-15-landen, 2015 of het dichtstbijzijnde jaar



Bron: Eigen berekeningen op basis van de overlijdensstatistieken van de Wereldgezondheidsorganisatie

3. STERFTE EN DOODSOORZAKEN

Figuur 8. Vroegtijdige sterfte (vóór de leeftijd van 75 jaar), voor leeftijd gestandaardiseerd sterftecijfer per 100.000, volgens geslacht en district, België, 2010-2014



Bron: Eigen berekeningen op basis van het databestand sterftcertificaten van Statbel, met de Belgische bevolking van 2010 als referentie

3.1.3. Kindersterfte

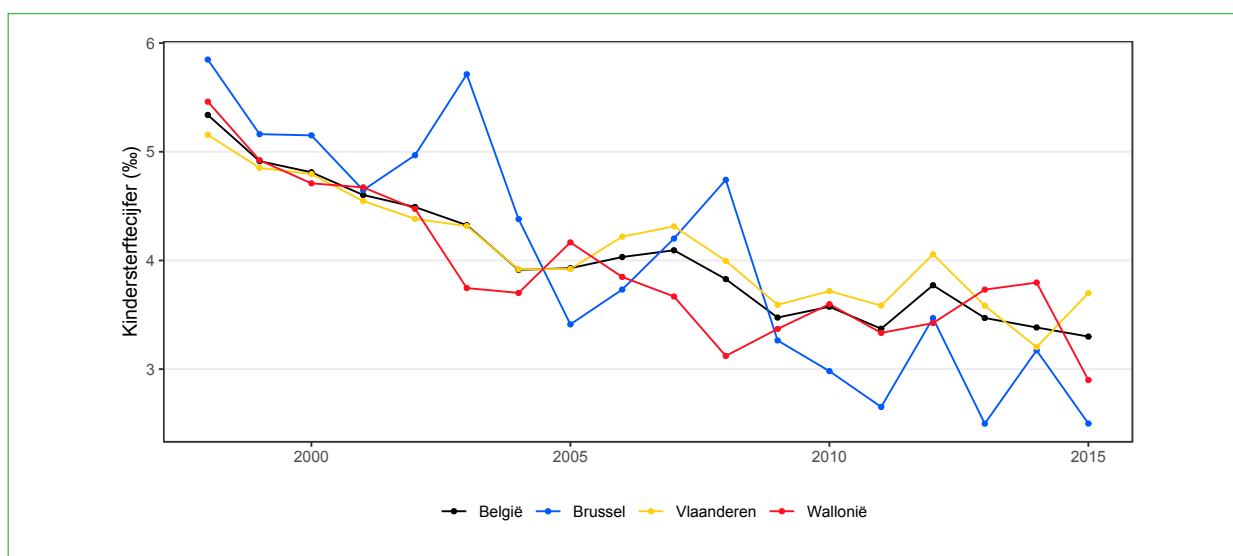
- In 2015 bedroeg de kindersterfte 3,3 per duizend levendgeborenen.
- Dit percentage ligt dicht bij het gemiddelde van de EU-15-landen.
- De kindersterfte is de laatste decennia sterk gedaald in België. Tussen 2001 en 2015 is het met 30% gedaald.
- De huidige kindersterftcijfers en -tendensen zijn vrij gelijkaardig in de drie gewesten, met schommelingen die te klein zijn om conclusies te kunnen formuleren rond regionale verschillen.

Figuur 9. Kindersterftcijfer in de EU-15-landen, 2015



Bron: Eurostat

Figuur 10. Kindersterftcijfer volgens gewest, België, 1998-2015



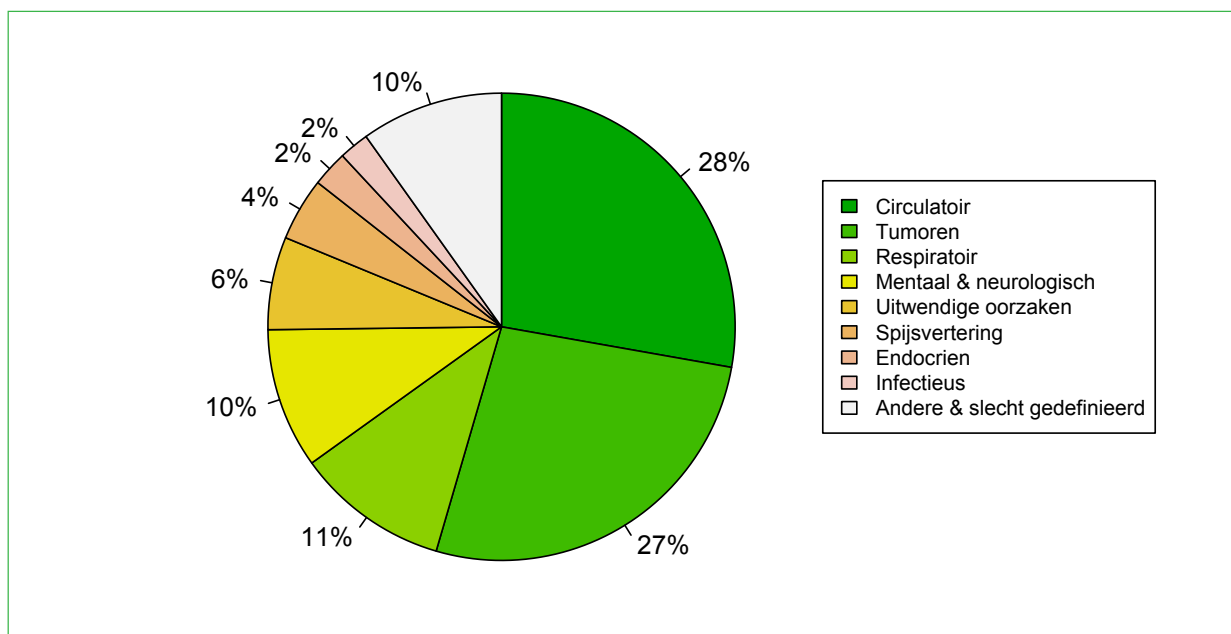
Bron: Statbel

3.2. DOODSOORZAKEN

3.2.1. Oorzaken van algemene sterfte (alle leeftijden)

- De meest voorkomende doodsoorzaken zijn hart- en vaatziekten (28%) en nieuwvormingen⁸ (27%), die samen verantwoordelijk zijn voor meer dan de helft van alle overlijdens.
- Daarna volgen ademhalingsziekten (11%) en psychische en neurologische aandoeningen (10%), met, in het bijzonder, inbegrip van dementie.
- De “uitwendige” of niet-natuurlijke doodsoorzaken (ongevallen, zelfmoorden en moorden), vertegenwoordigen 6% van alle sterfgevallen.
- Het aantal overlijdens ten gevolge van hart- en vaatziekten is in de loop van de tijd aanzienlijk afgenomen en dit zowel bij mannen als bij vrouwen. Dit is voornamelijk te wijten aan een verminderde sterfte ten gevolge van coronaire hartaandoeningen (hartaanvallen). Deze afname wordt ook wel de “cardiovasculaire revolutie” genoemd en is te danken aan verbeterde therapieën, de betere behandeling van metabole risicofactoren, effectievere noodinterventies en gedragsveranderingen (zoals verminderd tabaksgebruik).
- Het relatieve belang van doodsoorzaken is in de loop van de tijd veranderd: bij mannen bijvoorbeeld hebben nieuwvormingen geleidelijk aan hart- en vaatziekten overtroffen als belangrijkste doodsoorzaak.

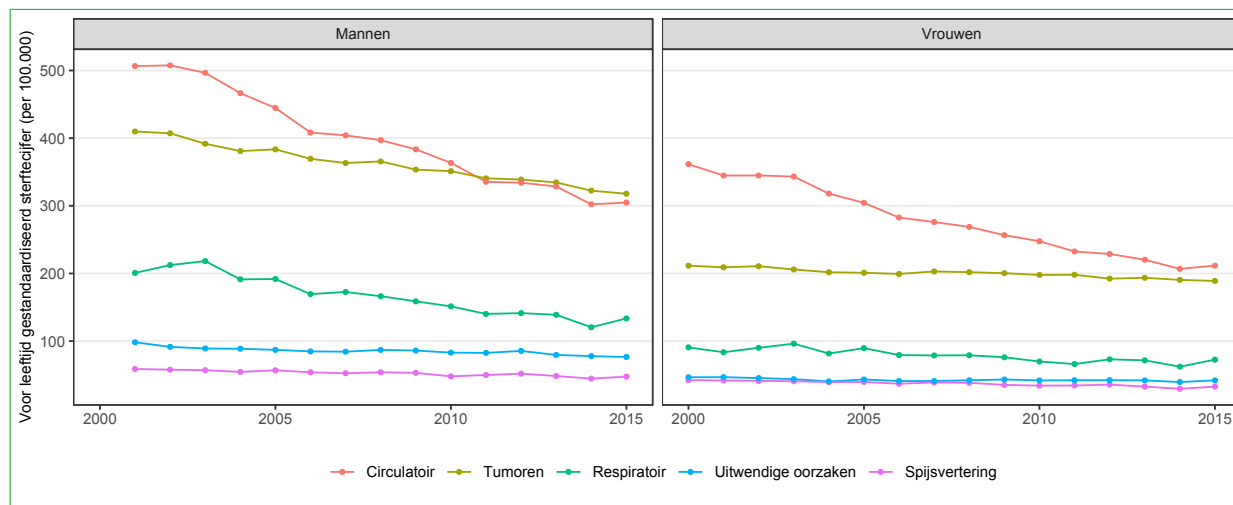
Figuur 11. Proportionele verdeling van doodsoorzaken volgens ICD-10-hoofdstuk, België, 2015



Bron: Eigen berekeningen op basis van het databestand sterftcertificaten van Statbel

⁸ Nieuwvormingen (of tumoren) omvatten zowel de kwaadaardige tumoren (kankers), goedaardige tumoren, als de tumoren van intermediaire maligniteit; meer dan 95% van de nieuwvormingen die verantwoordelijk zijn voor sterfte zijn kankers.

Figuur 12. Voor leeftijd gestandaardiseerd sterftecijfer (per 100.000) volgens geslacht en doodsoorzaak, België, 2001-2015



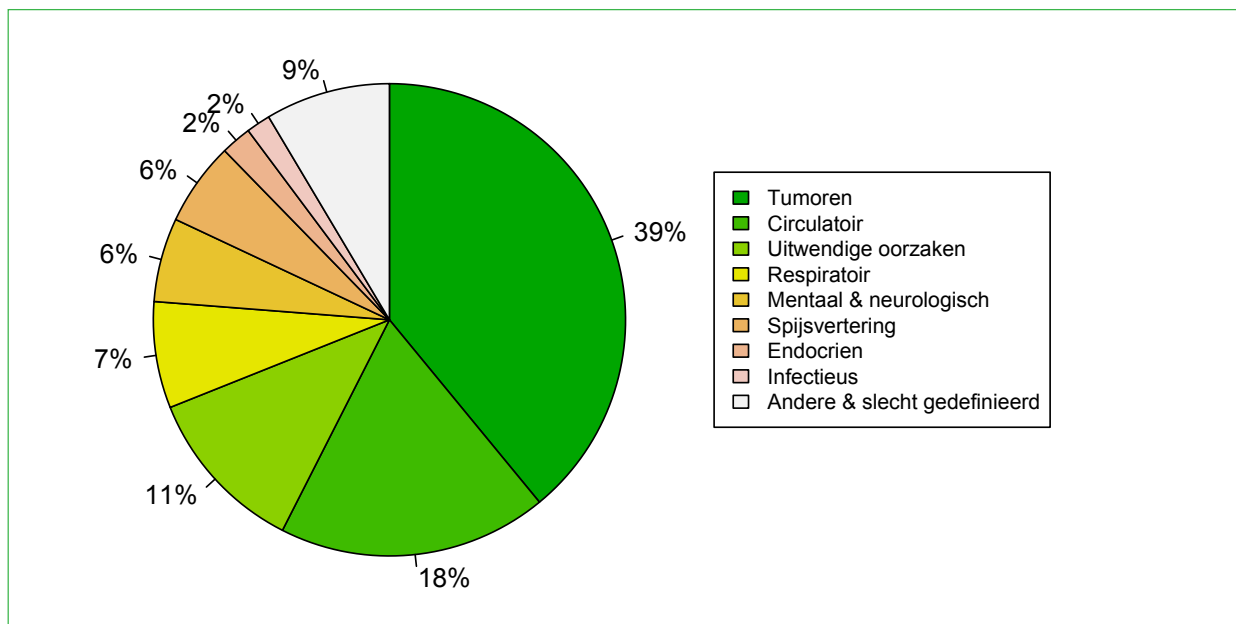
Bron: Eigen berekeningen op basis van het databestand sterftecertificaten van Statbel

3.2.2. Oorzaken van vroegtijdige sterfte (voor de leeftijd van 75 jaar)

- Nieuwvormingen zijn voor beide geslachten met voorsprong de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte (vóór 75 jaar).
- De belangrijkste doodsoorzaken van vroegtijdige sterfte, uitgedrukt als potentieel verloren levensjaren, zijn:
 - zelfmoord, longkanker en coronaire hartziekte, bij mannen; en
 - borstkanker, longkanker en zelfmoord, bij vrouwen.
- De meeste van de belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte zijn in de loop van de tijd afgenomen. Zo is bijvoorbeeld de vroegtijdige sterfte door coronaire hartziekte bij beide geslachten samen met meer dan 50% gedaald tussen 2001 en 2005. Een belangrijke uitzondering op deze trend is de vroegtijdige sterfte bij vrouwen ten gevolge van longkanker, die, behalve in Brussel, aanzienlijk is toegenomen.
- Voor 5 van de 6 belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte bij mannen ligt het sterftecijfer beduidend hoger in Wallonië dan in Vlaanderen. De verhouding van de vroegtijdig sterftecijfers van Wallonië ten opzichte van Vlaanderen is bijzonder hoog voor coronaire hartziekte en chronische obstructieve longziekten of COPD (1,6 voor beide oorzaken). Voor colorectale kanker is het vroegtijdig sterftecijfer daarentegen hoger in Vlaanderen dan in Wallonië, maar dit verschil is niet significant.
- De verschillen in vroegtijdige sterfte bij mannen tussen Brussel en Vlaanderen zijn gematigder. De verhouding tussen Brussel en Vlaanderen is het hoogst (1,4) voor cerebrovasculaire ziekten.
- Ook voor vrouwen is het vroegtijdig sterftecijfer voor het merendeel van de belangrijkste doodsoorzaken hoger in Wallonië dan in Vlaanderen. De hoogste verhoudingen voor vroegtijdige sterfte worden waargenomen voor COPD (1,9) en coronaire hartziekte (1,7).
- Ook voor vrouwen zijn de verschillen in vroegtijdige sterfte tussen Brussel en Vlaanderen gematigder. De verhouding tussen Brussel en Vlaanderen is het hoogst voor COPD (1,6) en voor cerebrovasculaire ziekten (1,5).
- De vroegtijdige sterftecijfers voor borstkanker zijn daarentegen vergelijkbaar in alle drie de gewesten.

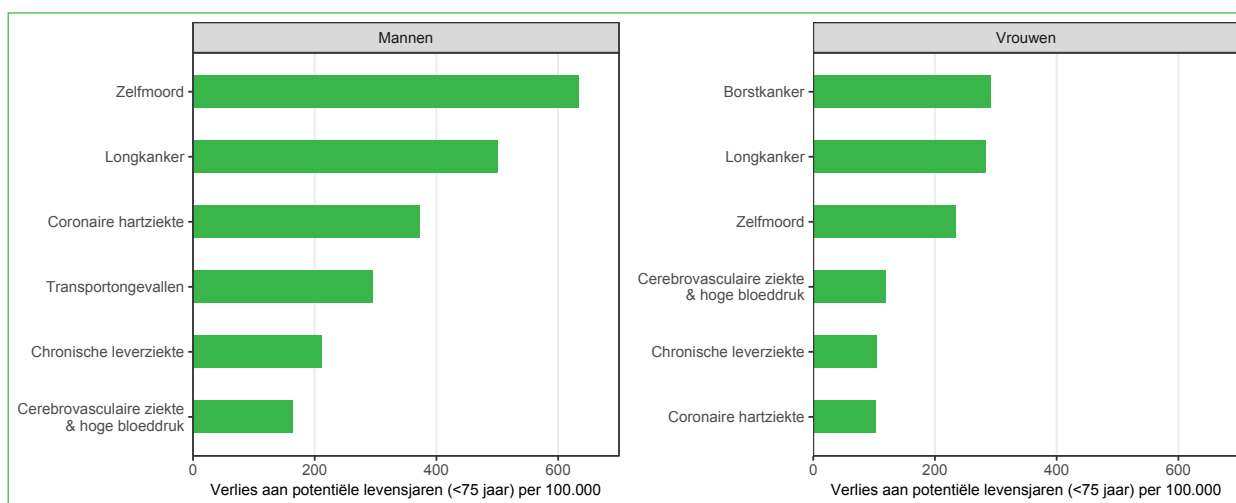
3. STERFTE EN DOODSOORZAKEN

Figuur 13. Proportionele verdeling van de doodsoorzaken van vroegtijdige sterfte (vóór 75 jaar) volgens ICD-10-hoofdstuk, België, 2015



Bron: Eigen berekeningen op basis van het databestand sterftcertificaten van Statbel

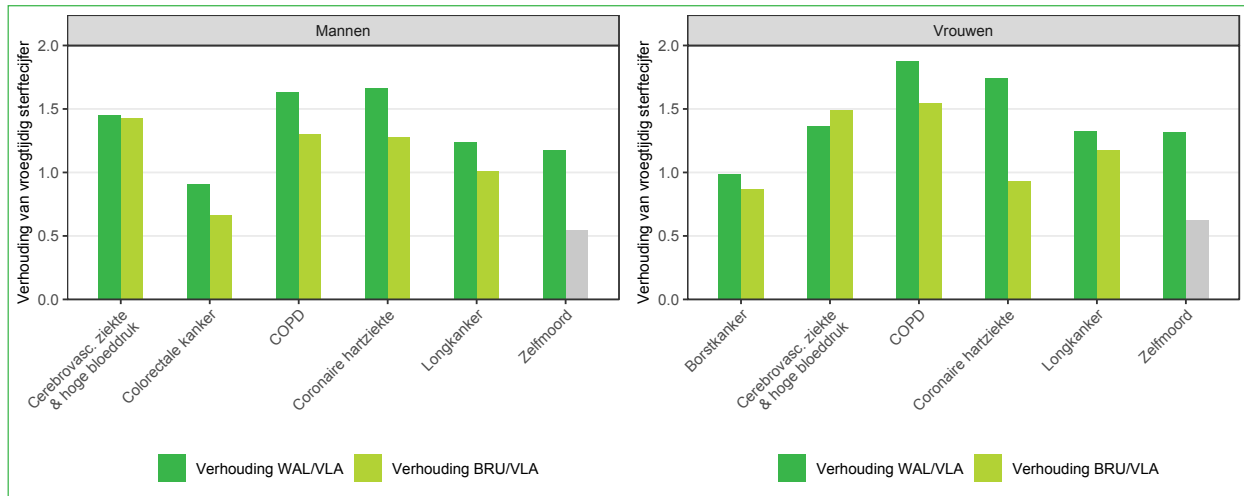
Figuur 14. De 6 belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte (vóór 75 jaar) op basis van potentieel verloren levensjaren (PYLL) volgens geslacht, België, 2015



Bron: Eigen berekeningen op basis van het databestand sterftcertificaten van Statbel

3. STERFTE EN DOODSOORZAKEN

Figuur 15. Verhoudingen van vroegtijdige sterfte voor de 6 belangrijkste doodsoorzaken: ratio Wallonië versus Vlaanderen en Brussel versus Vlaanderen, volgens geslacht, België, 2015



Bron: Eigen berekeningen op basis van het databestand sterftcertificaten van Statbel. Zelfmoordcijfers in Brussel zijn niet te interpreteren door de vertraging in de bevestiging van zelfmoordcijfers.

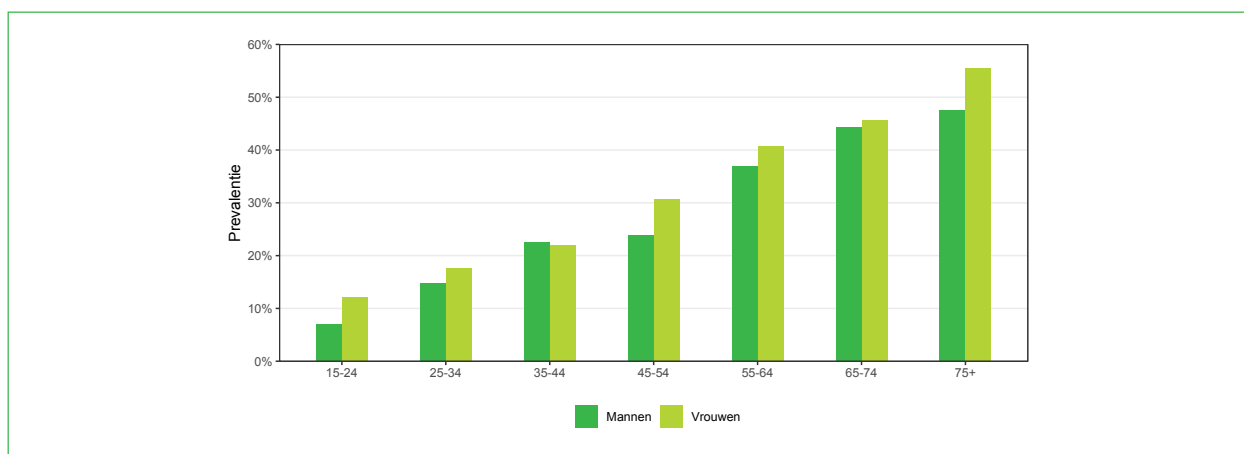
4. NIET-OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN

4.1. GLOBAAL OVERZICHT

Niet-overdraagbare aandoeningen zijn gezondheidsproblemen die niet worden veroorzaakt door infectieuze agentia en die vaak chronisch van aard zijn. Ze zijn veruit de belangrijkste oorzaken van (vroegtijdige) sterfte en hebben vaak ook een belangrijke impact op de levenskwaliteit. De Belgische Gezondheidsenquête bevat vragen rond het voorkomen van chronische gezondheidsproblemen in het algemeen en van 36 specifieke niet-overdraagbare aandoeningen (<http://www.gezondheidsenquête.be>). De laatste beschikbare resultaten zijn die van de Gezondheidsenquête 2013. De resultaten van de Gezondheidsenquête 2018 zullen geïntegreerd worden in onze website eens beschikbaar.

- Meer dan een op de vier Belgen meldt dat ze leven met een niet-overdraagbare aandoening.
- De kans op het melden van deze aandoeningen is hoger voor vrouwen dan voor mannen en neemt sterk toe met de leeftijd.
- Door vergrijzing is de prevalentie van niet-overdraagbare aandoeningen in de loop van de tijd toegenomen. De prevalentie van hoge bloeddruk, osteoartritis, diabetes en schildklieraandoeningen blijkt echter ook toe te nemen zelfs na correctie voor leeftijd⁹.
- Niet-overdraagbare aandoeningen komen over het algemeen vaker voor bij personen met een lager opleidingsniveau.
- De vijf meest gemelde niet-overdraagbare aandoeningen zijn lagerugklachten, hoog cholesterolgehalte in bloed, hoge bloeddruk, artrose, en allergieën.

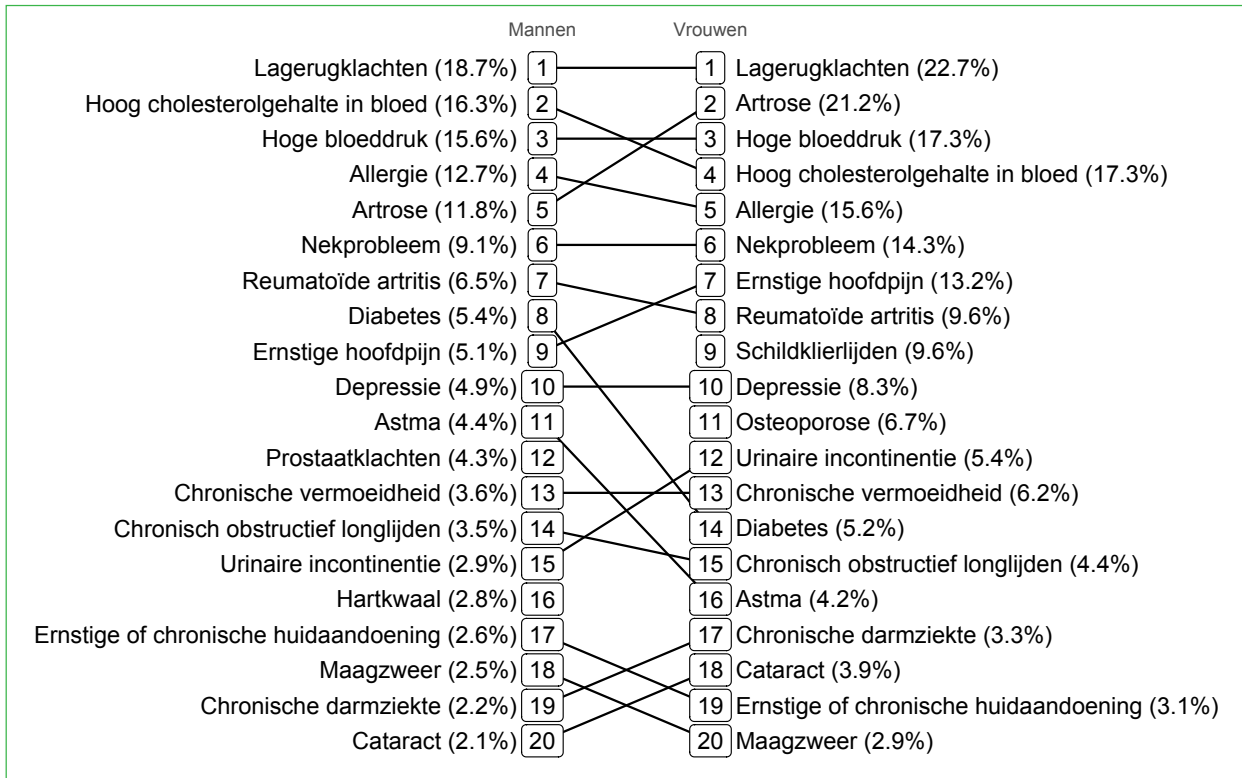
Figuur 16. Zelfgerapporteerde prevalentie (≥15 jaar) van niet-overdraagbare aandoeningen volgens leeftijd en geslacht, België, 2013



Bron: Gezondheidsenquête, Sciensano, 2013

⁹ Om rekening te houden met verschillen in leeftijdsstructuur tussen regio's of veranderingen in de loop van de tijd, wordt een correctie voor leeftijd toegepast. Om deze correctie door te voeren, worden de prevalenties herrekend door de leeftijdsstructuur van een referentiepopulatie op te leggen (hier, België 2013).

Figuur 17. Prevalentie van 20 meest gerapporteerde niet-overdraagbare ziekten bij mannen en vrouwen 15 jaar en ouder, België, 2013



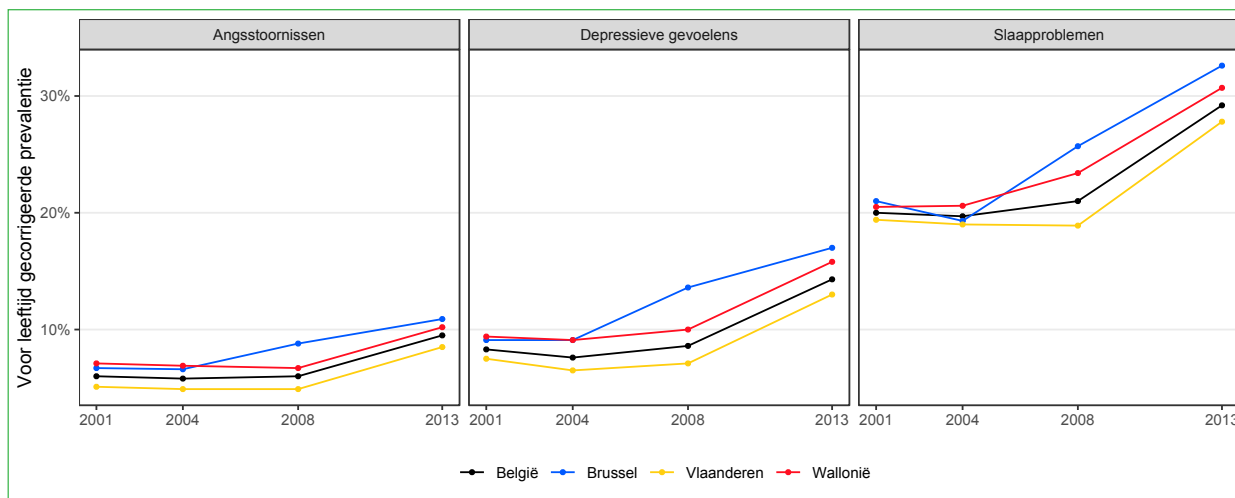
Bron: Gezondheidsenquête, Sciensano, 2013

4.2. GEESTELIJKE GEZONDHEID

Geestelijke gezondheid verwijst naar het emotionele en psychologische welbevinden van het individu. De Belgische Gezondheidsenquête is een van de belangrijkste bronnen van systematische gegevens over psychische parameters in de algemene bevolking van 15 jaar of ouder. De Gezondheidsenquête bevat onder meer vragen rond specifieke psychische problemen, zelfmoordgedachten en -pogingen, en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen.

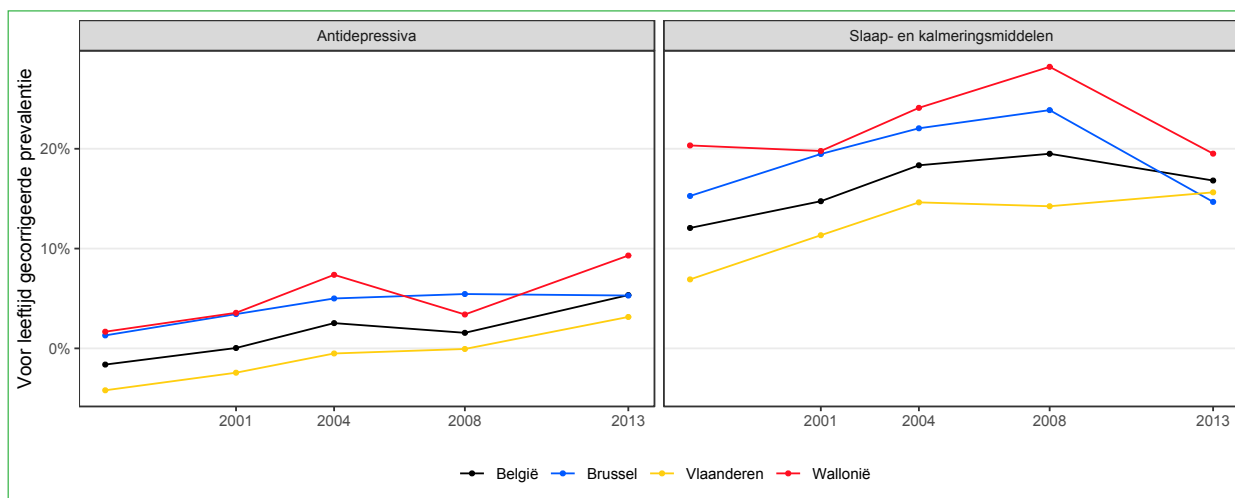
- Veel indicatoren van geestelijke gezondheid en emotioneel welbevinden wijzen op een verslechtering van deze omstandigheden in de Belgische bevolking tussen 2008 en 2013.
- Specifiek heeft het percentage mensen met depressieve gevoelens, angststoornissen en/of ernstige slaapproblemen de laatste tijd een sterke toename gekend, vooral bij vrouwen in de leeftijdsgroep van 15-24 jaar.
- Het gebruik van antidepressiva blijft toenemen, terwijl er voor het gebruik van slaappillen en verdovende middelen een kentering zichtbaar is.
- Emotionele stoornissen, suïcidale gedragingen en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen zijn over het algemeen minder frequent in het Vlaamse Gewest dan in de andere twee gewesten van het land, en komen vaker voor bij lager opgeleiden dan bij hoger opgeleiden.

Figuur 18. Prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen volgens gewest, België, 2001-2013



Bron: Eigen berekeningen op basis van de Gezondheidsenquête, Sciensano, 2013

Figuur 19. Gebruik van psychotrope geneesmiddelen volgens gewest, België, 1997-2013



Bron: Eigen berekeningen op basis van de Gezondheidsenquête, Sciensano, 2013

4.3. KANKER

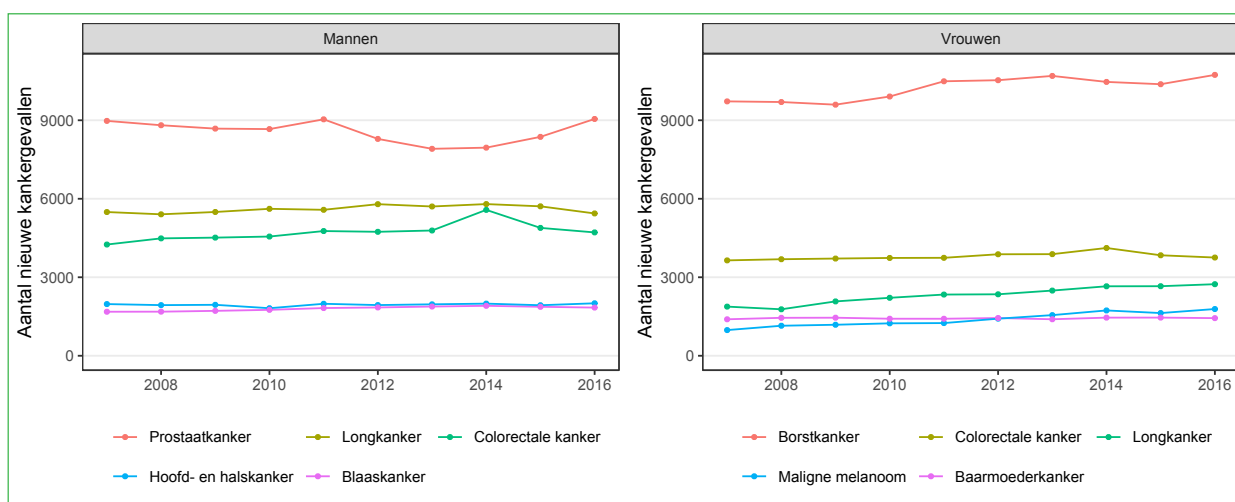
Gegevens over alle nieuwe kankerdiagnoses in België en de opvolging ervan worden verzameld door het Belgische kankerregister: <https://kankerregister.org>.

- In 2016 werden 68.216 nieuwe diagnoses van kanker (exclusief niet-melanoom huidkanker) gemaakt, waaronder 36.243 nieuwe gevallen bij mannen en 31.973 nieuwe gevallen bij vrouwen.
- Door vergrijzing van de bevolking is het aantal nieuwe kankerdiagnoses de afgelopen tien jaar toegenomen voor zowel mannen als vrouwen. Na correctie voor leeftijd nam de incidentie enkel

toe voor vrouwen in het Vlaamse en Waalse Gewest.

- Hoewel kanker relatief vaker voorkomt in het Vlaamse Gewest, is de voor de leeftijd gecorrigeerde incidentie het hoogst in het Waalse Gewest.
- In 2016 waren prostaat-, long- en colorectale kanker bij mannen, en borst-, colorectale en longkanker bij vrouwen, de vaakst gediagnosticeerde kankers.
- In de afgelopen 10 jaar is de incidentie van longkanker bij vrouwen met bijna 50% gestegen.

Figuur 20. Incidentie van de vijf vaakst gediagnosticeerde kankers in België (exclusief niet-melanoom huidkanker) volgens geslacht, België, 1997-2013



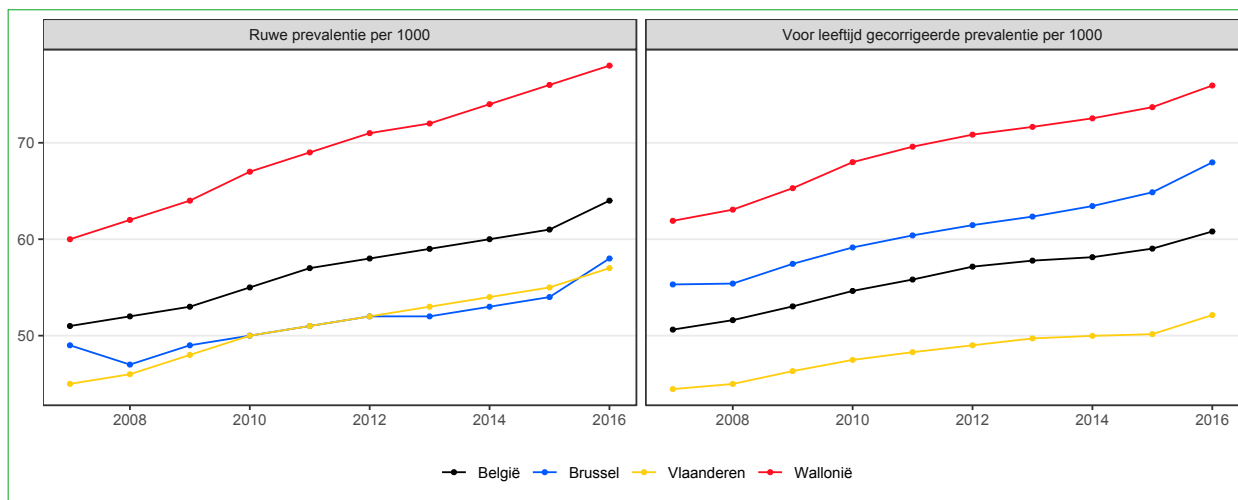
Bron: Belgisch Kankerregister

4.4. DIABETES

Nationaal representatieve gegevens over de prevalentie van diabetes in België zijn beschikbaar via het Inter-Mutualistisch Agentschap (<http://atlas.ima-aim.be/databanken>). Hierbij worden rechthebbenden met afleveringen van antidiabetica of met naar diabetes verwijzende nomenclatuur beschouwd als diabetespatiënten.

- In 2016 had 6,4% van de Belgische bevolking diabetes, of zo'n 720.000 mensen.
- De prevalentie van diabetes neemt toe als gevolg van zowel de vergrijzing van de bevolking als door een daadwerkelijke toename van het risico op het ontwikkelen van diabetes.
- Het risico op diabetes is hoger in het Waalse en Brusselse Hoofdstedelijke Gewest dan in het Vlaamse Gewest, en is hoger voor personen met een lager inkomen.

Figuur 21. Prevalentie van diabetes per 1000 personen volgens gewest, België, 2007-2016



Bron: IMA-Atlas

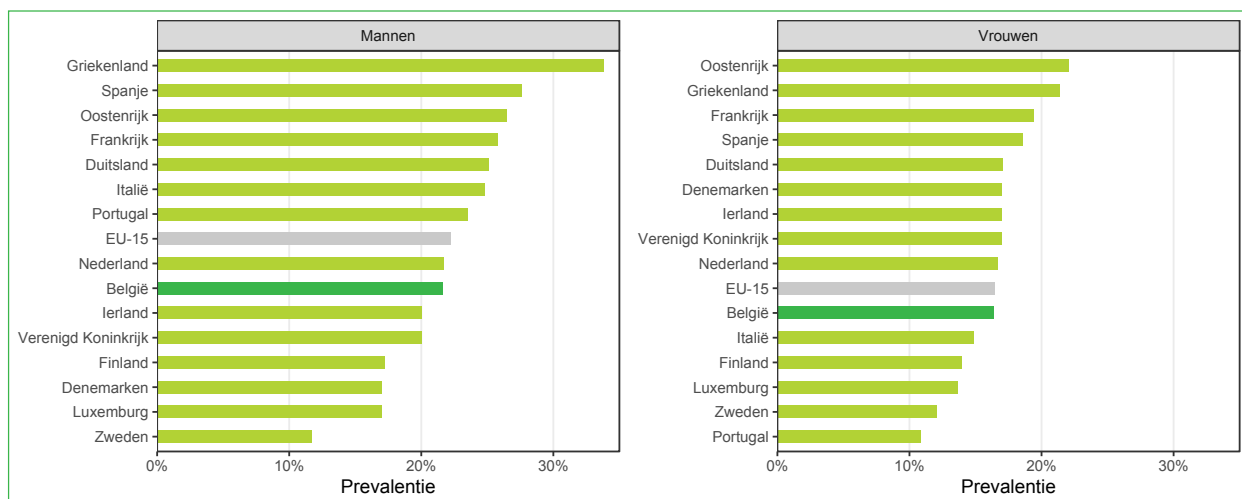
5. GEZONDHEIDSDETERMINANTEN

5.1. TABAKSGEBRUIK

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie doodt tabak jaarlijks meer dan 6 miljoen rokers. Tabak is ook verantwoordelijk voor hart- en vaatziekten en verschillende soorten kanker. De tabaksepidemie, die in de ontwikkelde landen zijn hoogtepunt bereikte in de jaren zestig en zeventig, neemt wel af, maar dit gebeurt nog te langzaam [4].

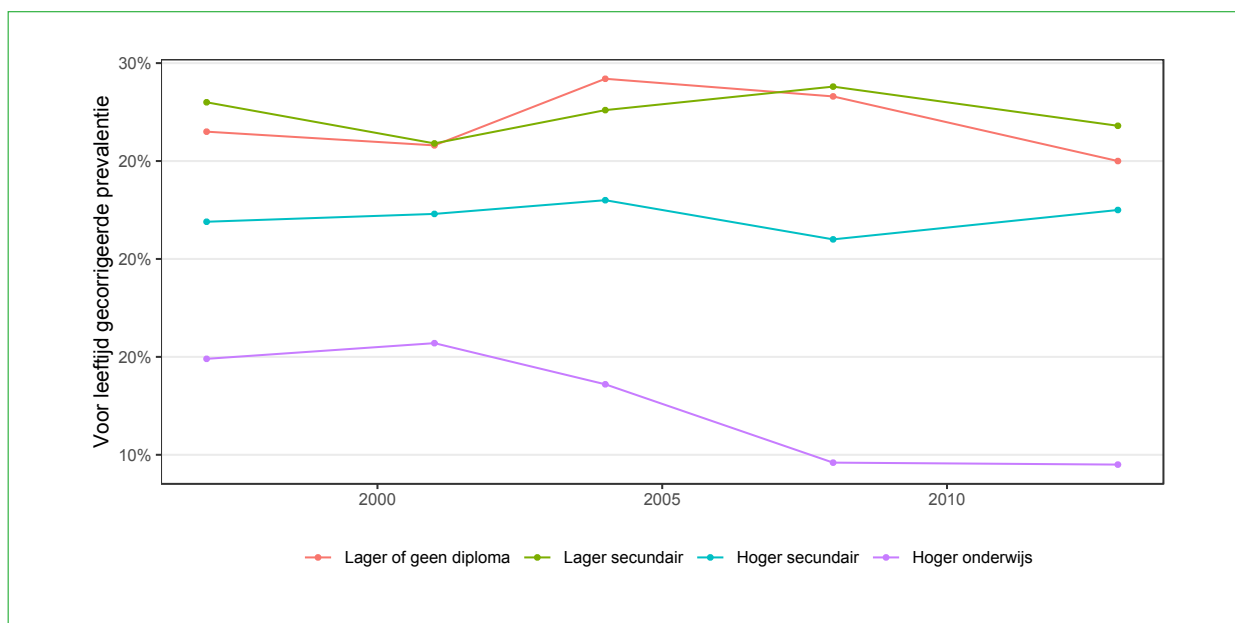
- Het aantal rokers in België is de laatste 15 jaar gedaald, maar blijft nog steeds te hoog.
- In 2013 bedroeg het totale percentage rokers 23% en het percentage dagelijkse rokers ongeveer 19%, wat vergelijkbaar is met de gemiddelde prevalentie van de EU-15-landen.
- Het percentage dagelijkse rokers is nog steeds groter bij mannen dan bij vrouwen (respectievelijk 22% en 16%), maar het verschil tussen mannen en vrouwen wordt kleiner.
- Roken begint tijdens de adolescentie: 17% van de 15-24-jarigen rookt dagelijks; in deze leeftijdsgroep wordt nu vaker gerookt door jonge vrouwen dan door jonge mannen.
- Dagelijks roken komt iets minder vaak voor in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel.
- Er zijn aanzienlijke sociaaleconomische verschillen in het gebruik van tabak: het percentage dagelijkse rokers is 2,5 keer zo hoog bij de laagst opgeleiden dan bij de hoogst opgeleiden. De daling van de prevalentie van dagelijkse rokers wordt vooral waargenomen bij de hoogst opgeleide mensen.
- De WHO beveelt controlestrategieën aan die verschillende maatregelen combineren. In België dienen de preventiemaatregelen zich voornamelijk te richten op jongeren, vrouwen en laagopgeleiden.

Figuur 22. Prevalentie dagelijkse rokers volgens geslacht, EU-15-landen, 2014 of dichtstbijzijnde jaar



Bron: Eurostat

Figuur 23. Evolutie van het aandeel dagelijkse rokers volgens opleidingsniveau, België, 1997-2013



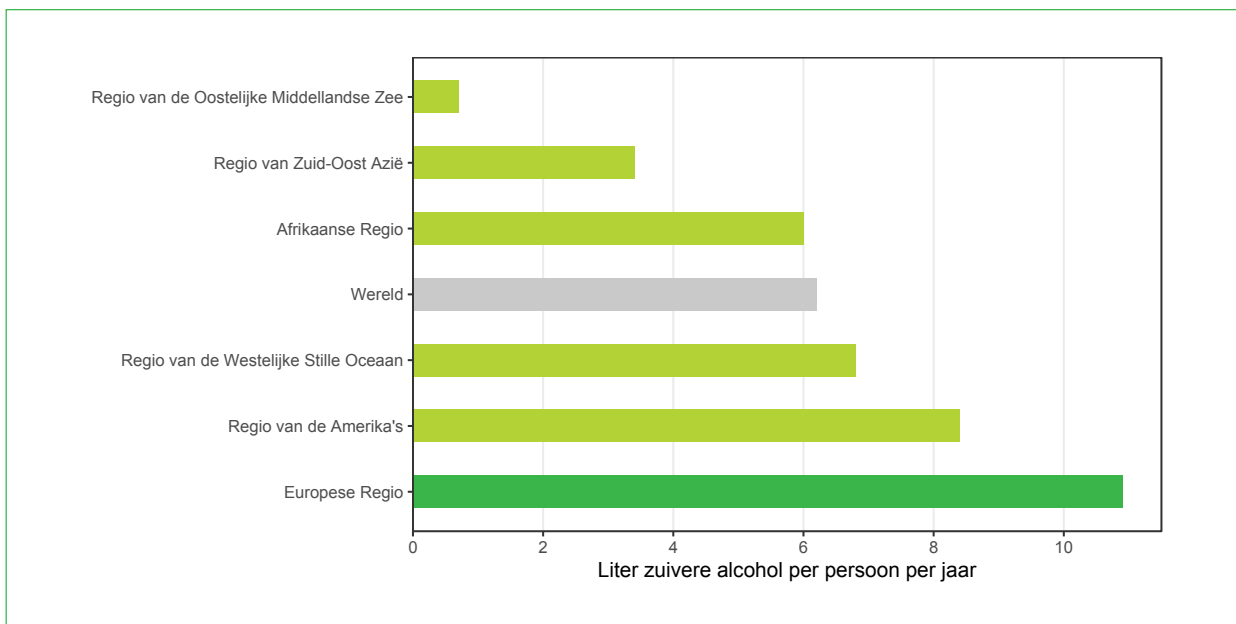
Bron: Eigen berekeningen op basis van de Gezondheidsenquête, Sciensano, 1997-2013

5.2. ALCOHOLGEBRUIK

Overmatig alcoholgebruik wordt geassocieerd met de ontwikkeling van verschillende belangrijke niet-overdraagbare aandoeningen zoals levercirrose, bepaalde kankers, hart- en vaatziekten, psychische stoornissen en gedragsproblemen waaronder alcoholverslaving, evenals trauma's als gevolg van geweld en verkeersongevallen. De Wereldgezondheidsorganisatie schat dat 5 tot 6% van alle sterfgevallen te wijten zijn aan alcoholgebruik [5].

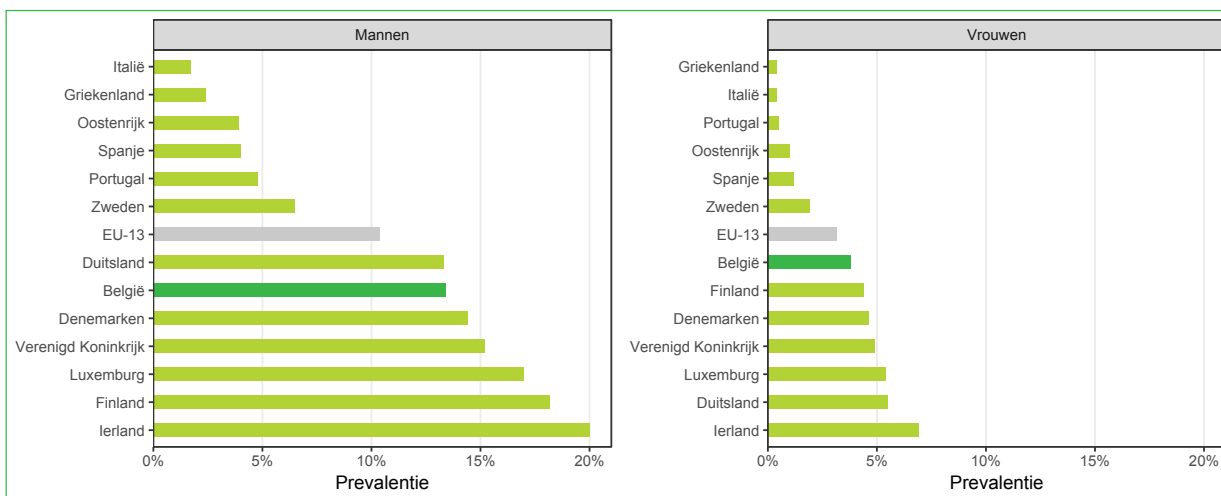
- De alcoholconsumptie in België is te hoog. Met een gemiddeld jaarlijks verbruik van 11 liter zuivere alcohol per inwoner per jaar ligt België dicht bij het Europese gemiddelde en behoort daarmee tot de landen met een hoge alcoholgerelateerde ziektelast.
- In 2013 gaf 7% van de volwassen mannen (15 jaar en ouder) en 4% van de vrouwen een "overmatig alcoholgebruik" aan, d.w.z. een overmatig gebruik over de gehele week (meer dan 21 glazen alcohol per week voor mannen en meer dan 14 glazen alcohol per week voor vrouwen).
- Bij mannen wordt een dalende trend waargenomen in overmatige alcoholconsumptie sinds 1997, terwijl de frequentie van overmatige alcoholconsumptie bij vrouwen onveranderd blijft.
- Overmatige alcoholconsumptie bij mannen komt vaker voor bij laagopgeleiden, terwijl het bij vrouwen net vaker voorkomt bij hoogopgeleiden.
- Meer dan 8% van de volwassenen (15 jaar en ouder) gaf aan minstens één keer per week een minimum van 6 alcoholische dranken (> 60 g ethanol) bij eenzelfde gelegenheid te consumeren ("hyperalcoholisatie" genoemd). Dit percentage overschrijdt het Europese gemiddelde.
- Wekelijkse hyperalcoholisatie komt 4 keer vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.
- De frequentie van wekelijkse hyperalcoholisatie bedraagt 20% bij jonge mannen (15-24 jaar) en is dus bijzonder zorgwekkend. Jongeren zijn bijgevolg een belangrijke doelgroep voor alcoholpreventiestrategieën.

Figuur 24. Alcoholconsumptie wereldwijd, in liters zuivere alcohol per capita (volwassene), volgens regio



Bron: Global Status Report on Alcohol and Health 2014 (World Health Organization, 2014)

Figuur 25. Percentage volwassenen (15 jaar en ouder) met minstens 1 episode van hyperalcoholisatie per week, volgens geslacht, voor 13 EU-15-landen, 2014 of dichtstbijzijnde jaar



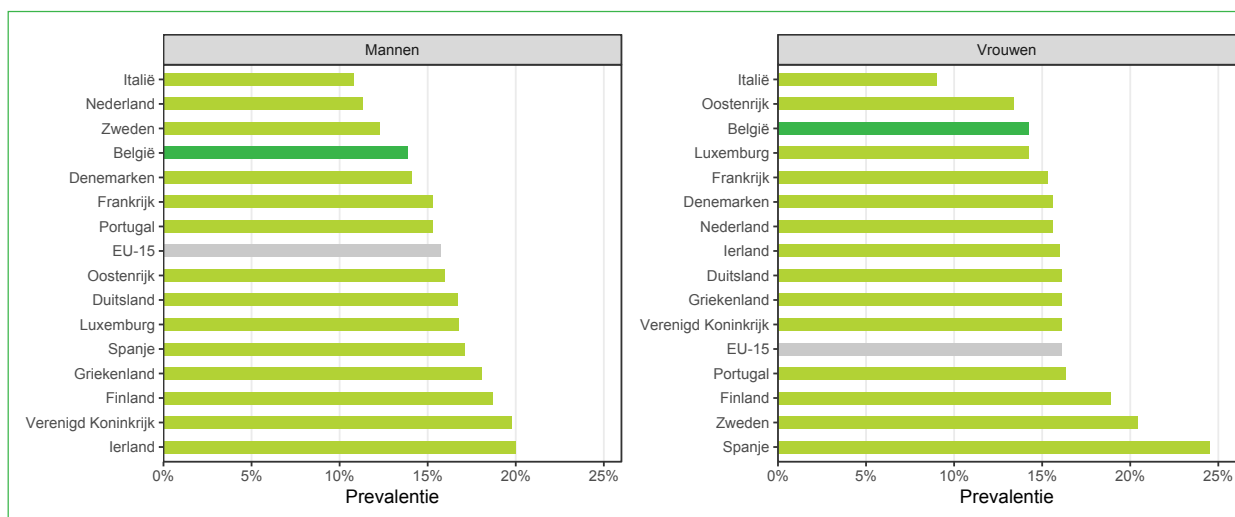
Bron: Eurostat

5.3. OBESITAS EN OVERGEWICHT

Overgewicht, en met name obesitas, is een belangrijke risicofactor voor chronische ziekten zoals diabetes, hart- en vaatziekten en sommige kankers. Overgewicht is een veel voorkomend probleem in België net als in de meeste geïndustrialiseerde landen.

- Volgens de Belgische Gezondheidsenquête had in 2013 ongeveer de helft van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) overgewicht (BMI¹⁰ ≥ 25) en 14% obesitas (BMI ≥ 30). Dit percentage is iets lager dan het EU-15-gemiddelde.
- De prevalentie van obesitas is, vooral bij mannen, hoger in Wallonië dan in de andere gewesten.
- De prevalentie van obesitas in België is sinds 1997 toegenomen, maar deze trend heeft zich recent gestabiliseerd met uitzondering van mannen in Wallonië.
- Obesitas is sterk gerelateerd met de sociaaleconomische status, waarbij de prevalentie van obesitas veel hoger ligt bij laagopgeleiden dan hoger opgeleiden.
- Volgens de "Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)"-enquête had, in 2014, 14% van de adolescenten overgewicht (inclusief obesitas). Overgewicht komt vaker voor bij jongens, iets vaker in het Franstalige deel van het land, en vaker in gezinnen met een laag inkomen.

Figuur 26. Prevalentie van obesitas bij volwassenen volgens geslacht, EU-15-landen, 2014 of dichtstbijzijnde jaar



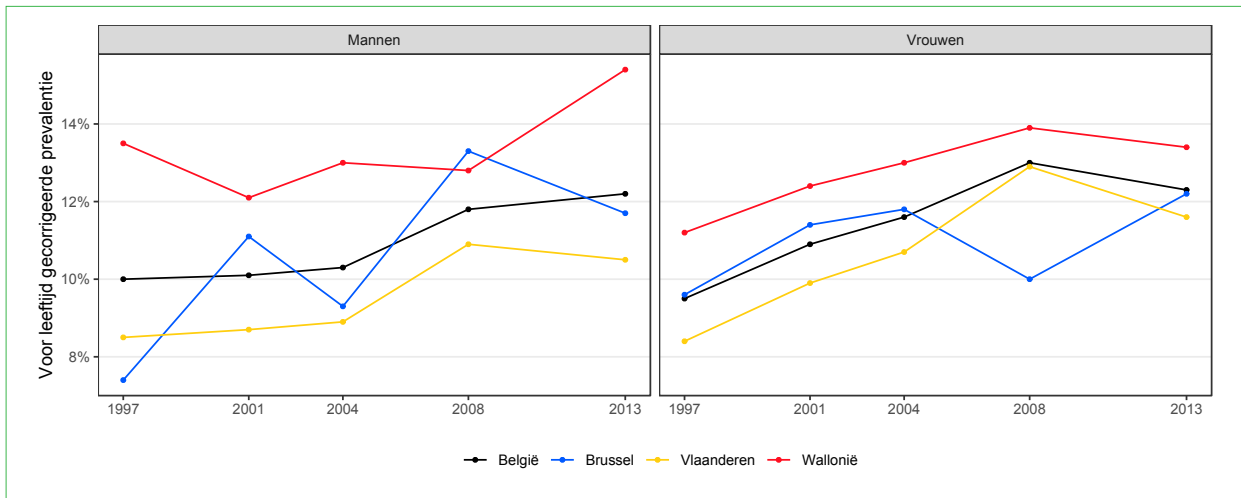
Bron: Eurostat

10 De Body Mass Index (BMI) is een indicator van gewichtstoestand, berekend door het gewicht te delen door het

$$\text{kwadraat van de lengte: } \text{BMI} = \frac{\text{Gewicht}(kg)}{\text{Lengte}(m)^2}$$

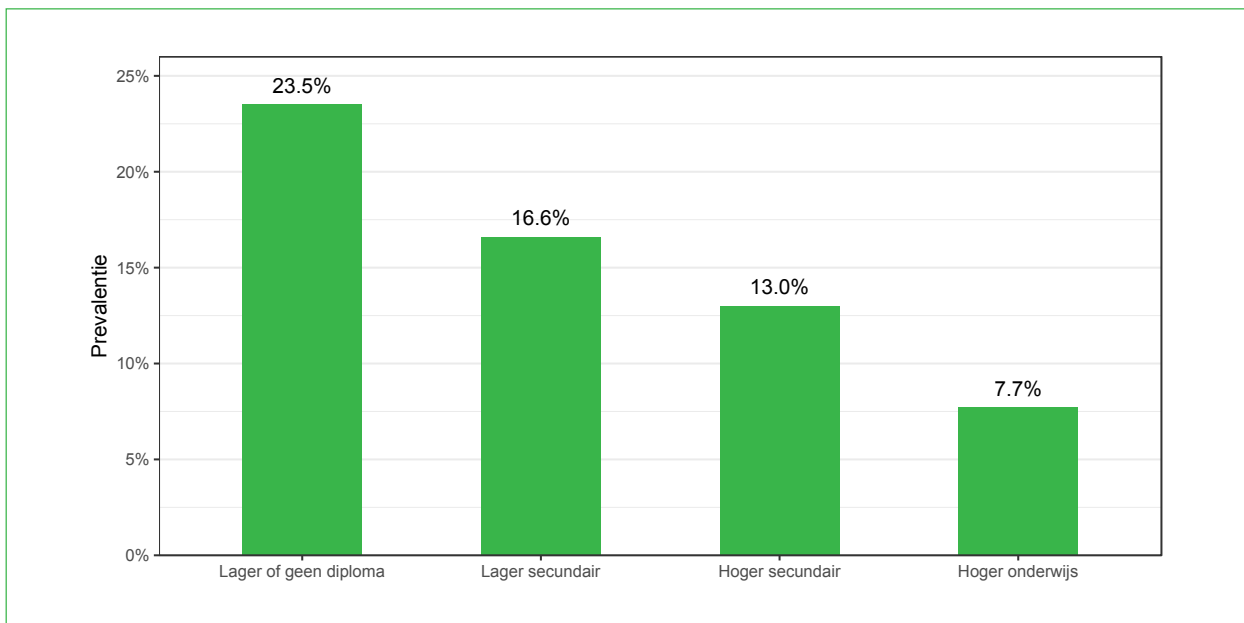
5. GEZONDHEIDSDETERMINANTEN

Figuur 27. Prevalentie van obesitas volgens geslacht en gewest, België, 1997-2013



Bron: Eigen berekeningen op basis van de Gezondheidsenquête, Sciensano, 1997-2013

Figuur 28. Prevalentie van obesitas volgens opleidingsniveau, België, 2013



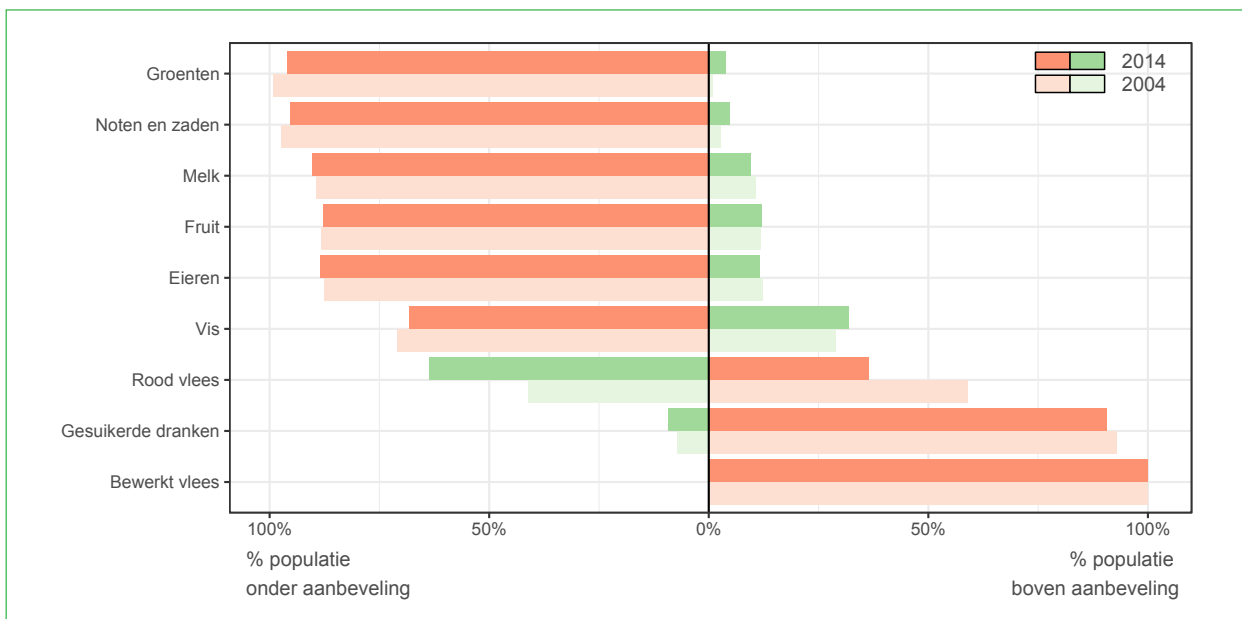
Bron: Eigen berekeningen op basis van de Gezondheidsenquête, Sciensano, 1997-2013

5.4. VOEDINGSGEWOONTEN

Een slecht voedingspatroon bevordert obesitas en is een risicofactor voor tal van niet-overdraagbare aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes en bepaalde kankers. De informatie over de eetgewoonten in België zijn afkomstig van de Voedselconsumptiepeiling van 2014 [6], die vergeleken werden met nationale [7,8] en internationale [9] voedingsadviezen.

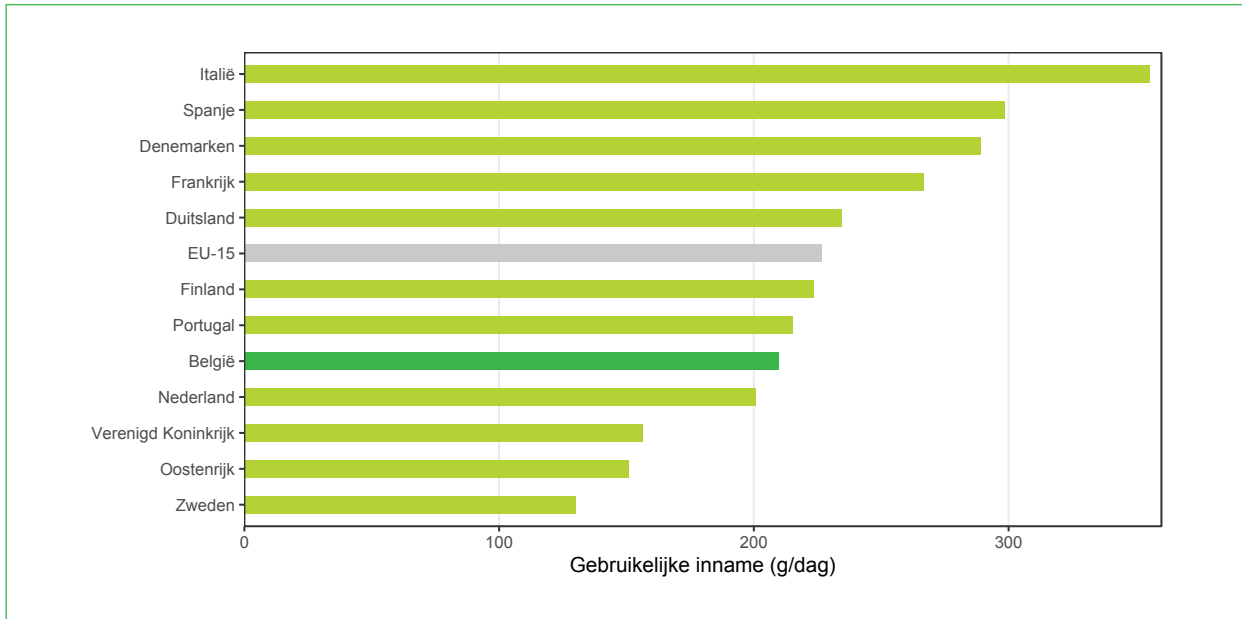
- Het Belgische voedingspatroon wordt gekenmerkt door een overmatige consumptie van rood vlees, bereid vlees en gesuikerde dranken, en door een onvoldoende consumptie van fruit en groenten, melk, eieren, vis en noten en zaden. Slechts 14% van de mensen volgt de aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie om minstens 400 g fruit en groenten per dag te consumeren.
- Jongeren, en vooral adolescenten, consumeren minder fruit en groenten dan het Europese gemiddelde.
- Meer dan 90% van de bevolking consumeert meer gesuikerde dranken dan het aanbevolen maximum.
- In Vlaanderen is het voedingspatroon doorgaans iets beter dan in Wallonië.
- De voedingsgewoonten worden sterk beïnvloed door de sociaaleconomische status: hoger opgeleiden consumeren meer fruit en groenten en minder gesuikerde dranken dan lager opgeleiden.
- Ultra-bewerkte voedingsmiddelen, samengesteld uit voornamelijk industriële ingrediënten, verhogen het risico op obesitas en hoge bloeddruk, en dienen zoveel mogelijk vermeden te worden [10]. In België is de consumptie van ultra-bewerkte voedingsmiddelen vrij hoog en bedraagt het 30% van de totale geconsumeerde energie.
- De afgelopen 10 jaar zijn de voedingsgewoonten slechts licht verbeterd.

Figuur 29. Percentage van de bevolking met een consumptieniveau boven of onder de voedingsaanbevelingen, per voedingsgroep en per jaar, België, 2004 en 2014



Bron: Voedselconsumptiepeiling, Sciensano, 2004-2014

Figuur 30. Gemiddelde gebruikelijke consumptie van groenten en fruit (in gram per dag) bij adolescenten (10-17 jaar), EU-15-landen



Bron: EFSA Comprehensive Food Consumption Database

5.5. LICHAAMSBEWEGING

Een gebrek aan lichaamsbeweging is een belangrijke risicofactor voor een reeks van niet-overdraagbare aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, kanker en diabetes. Bovendien kan regelmatige lichaamsbeweging, boven een bepaalde grenswaarde, aanzienlijke voordelen hebben voor de gezondheid («gezondheidsbevorderende lichaamsbeweging»).

- In België wordt te weinig lichaamsactiviteit beoefend: slechts twee derde van de volwassenen (18-64 jaar) beoefenen minstens een “minimumniveau” van fysieke activiteit (volgens de IPAQ-drempe¹¹).
- Slechts een op de drie volwassenen bereikt een niveau van lichaamsbeweging dat voldoende is om een gunstig effect op de gezondheid te hebben (zoals gedefinieerd door de IPAQ).
- Mannen zijn veel actiever dan vrouwen. Ze beoefenen bijna twee keer zo vaak als vrouwen een gezondheidsbevorderende lichaamsbeweging (respectievelijk 39% en 21%).
- Walen zijn minder fysiek actief dan de mensen uit de andere gewesten; Brusselse vrouwen zijn actiever zijn dan de vrouwen uit de andere gewesten.
- Er werden geen duidelijke sociaaleconomische verschillen waargenomen op het gebied van lichaamsbeweging.

¹¹ International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) 2004, korte versie. <https://sites.google.com/site/theipaq/>

6. SOCIAALECONOMISCHE ONGELIJKHEDEN IN GEZONDHEID

Sociaaleconomische ongelijkheden in gezondheid worden waargenomen in alle geïndustrialiseerde samenlevingen, en dit voor alle aspecten van de gezondheid, gaande van gezondheidsdeterminanten tot sterfte [11,12]. Het aanpakken van gezondheidsongelijkheden is een prioriteit voor zowel de Wereldgezondheidsorganisatie [13], de Europese Unie [14], als voor België [15–17].

Dit rapport geeft een overzicht van de gezondheidsongelijkheden in België op basis van meerdere databronnen: volkstellingen in combinatie met sterfte, gezondheidsenquêtes en voedselconsumptiepeilingen. Het opleidingsniveau (gegroepeerd in 3 of 4 niveaus volgens databeschikbaarheid) werd gebruikt als indicator van maatschappelijke positie.

Verschillende maatstaven van ongelijkheid werden berekend: verschillen tussen de hoogste en de laagste opleidingsniveaus (absolute en relatieve verschillen) enerzijds, en berekeningen van ongelijkheid over de volledige populatie heen, anderzijds [18] (meer details in het vak aan het einde van dit hoofdstuk).

6.1. ONGELIJKHEDEN IN LEVENSV ERWACHTING EN LEVENSKWALITEIT

- Mensen met een hoger opleidingsniveau leven langer. In 2011 bedroeg het verschil in levensverwachting op 25-jarige leeftijd tussen het hoogste en laagste opleidingsniveau (m.a.w., de “absolute ongelijkheid”) 6,1 jaar voor mannen en 4,6 jaar voor vrouwen.
- De ongelijkheid in levensverwachting op 30-jarige leeftijd ligt in België iets lager dan het OESO-gemiddelde voor mannen en is vergelijkbaar met het OESO-gemiddelde voor vrouwen. Anderzijds, als we enkel met de EU-15-landen vergelijken, scoort België niet goed wat betreft ongelijkheden in levensverwachting en is het een van de landen waar de ongelijkheden het hoogst zijn: voor mannen kent België de derde hoogste ongelijkheid (na Frankrijk en Oostenrijk) en voor vrouwen zelfs de tweede hoogste (na Nederland).
- Ongelijkheden in levensverwachting in België zijn niet afgenomen met de tijd, integendeel: het verschil in levensverwachting op 25-jarige leeftijd tussen het hoogste en laagste opleidingsniveau is, tussen 2001 en 2011, met 17% gestegen voor mannen en met 22% voor vrouwen.
- Naast het verschil in levensverwachting tussen de hoogste en laagste opleidingsniveaus, werd een index van ongelijkheid over de gehele bevolking berekend (de zogenaamde samengestelde ongelijkheidsindex of “composite index of inequality”, CII). Deze laatste nam toe, maar meer gematigd dan het verschil tussen de hoogste en laagste opleidingsniveaus: tussen 2001 en 2011 bedroeg de toename 7% (wat een toename van ongelijkheid betekent), maar alleen voor mannen.
- Mensen met een hoger opleidingsniveau leven ook langer in goede gezondheid. Het verschil in levensverwachting zonder beperking op 25-jarige leeftijd tussen het hoogste en het laagste opleidingsniveau bedroeg 10,5 jaar voor mannen en 13,4 jaar voor vrouwen.
- Bij mannen is, tussen 2001 en 2011, de levensverwachting zonder beperking op 25-jarige leeftijd toegenomen voor het hoogste opleidingsniveau, maar stabiel gebleven voor de andere opleidingsniveaus. Bij vrouwen is het zelfs scherp gedaald voor het laagste opleidingsniveau.
- De ongelijkheid in levensverwachting zonder beperking is daarom in de loop van de tijd groter geworden in beide geslachten, en dit zowel op basis van het verschil tussen de meest extreme opleidingsniveaus als op basis van de samengestelde ongelijkheidsindex.
- Laaggeschoolden schatten hun gezondheid bijna drie keer zo vaak matig tot slecht in dan mensen met een hoog opleidingsniveau.

- Het percentage mensen dat hun gezondheid matig tot slecht inschat zou met 6 procentpunten dalen als er geen ongelijkheden waren, wat overeenkomt met een verbetering van 31%.

Tabel 1. Levensverwachting (op 25-jarige leeftijd), levensverwachting zonder beperking (op 25-jarige leeftijd), en ervaren gezondheid, volgens geslacht en opleidingsniveau (absolute en relatieve verschillen), België, 2011/2013

| Indicator | Geslacht | Laagste opleidingsniveau | Hoogste opleidingsniveau | Absoluut verschil | Relatief verschil | CII absoluut ^c | PAF ^d |
|---|----------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|------------------|
| Levensverwachting op 25-jarige leeftijd ^a | Mannen | 51,7 | 57,8 | -6,1 | - | 3,4 | - |
| | Vrouwen | 57,3 | 61,9 | -4,6 | - | 2,4 | - |
| Levensverwachting zonder beperking op 25-jarige leeftijd ^a | Mannen | 37,0 | 47,5 | -10,5 | - | 6,0 | - |
| | Vrouwen | 35,5 | 49,0 | -13,4 | - | 7,2 | - |
| Ervaren gezondheid matig tot slecht (% ≥ 15 jaar) ^b | Beide | 38,7% | 13,5% | 25,2% | 2,87 | - | 31,1% |

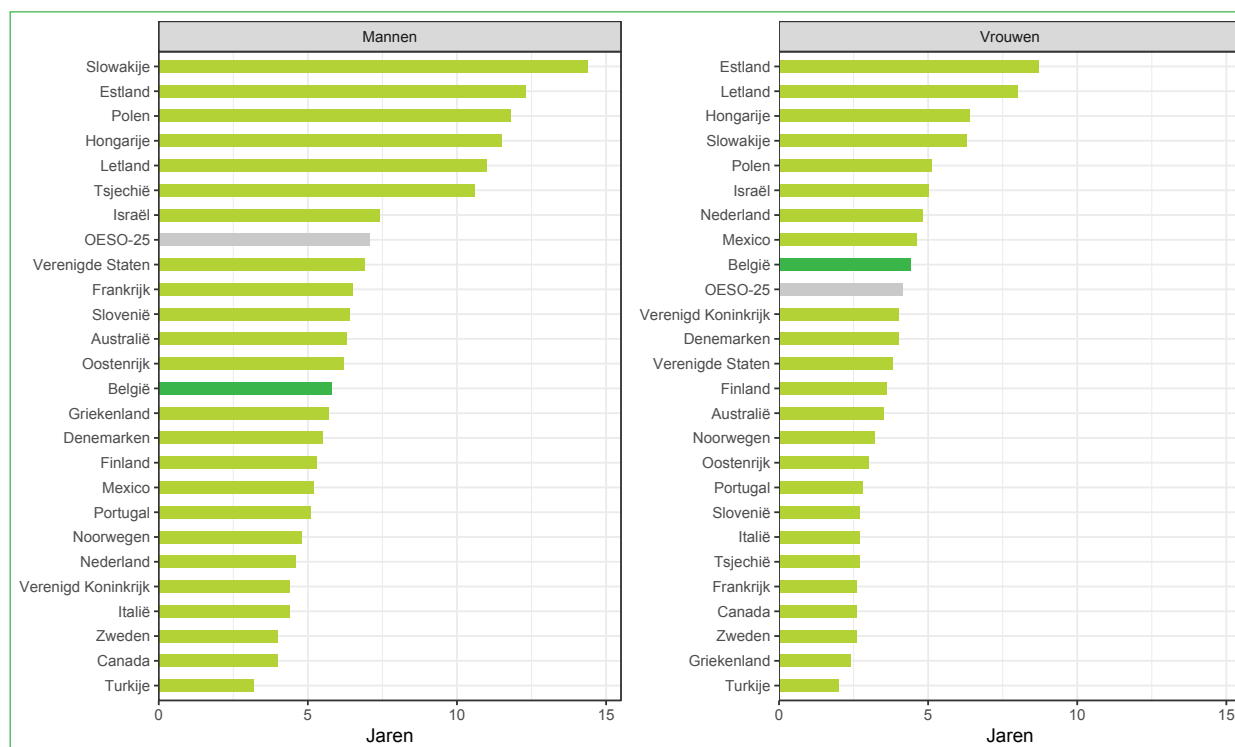
a. Eigen berekeningen op basis van de volkstelling 2011 gekoppeld aan het Rijksregister voor een opvolging van sterfte over een periode van 5 jaar, met 3 opleidingsniveaus

b. Eigen berekeningen op basis van de Gezondheidsenquête 2013, met 4 opleidingsniveaus

c. CII absoluut: maatstaf van absolute ongelijkheid over de volledige populatie heen

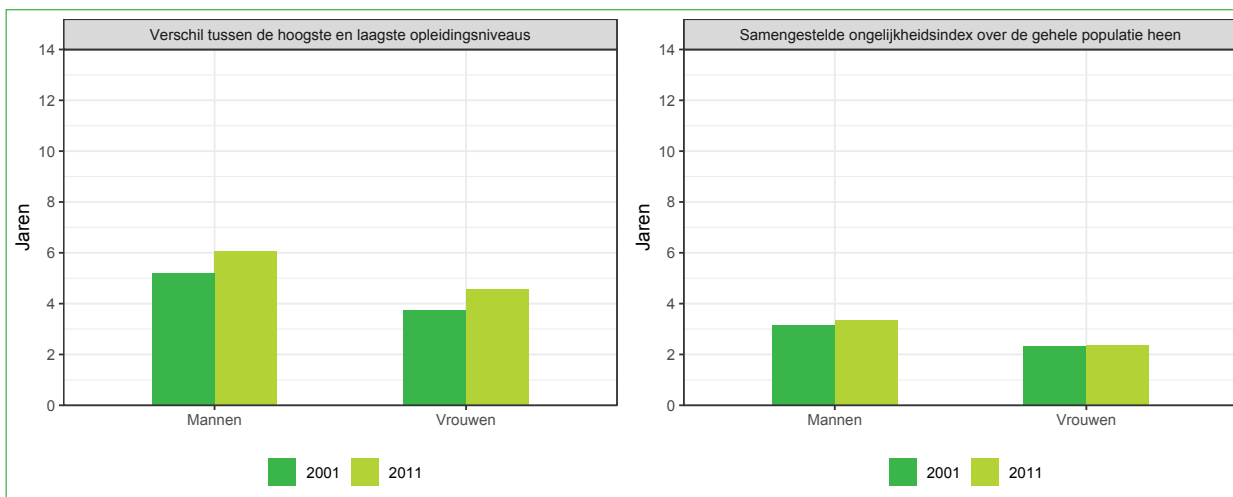
d. PAF: maatstaf van relatieve ongelijkheid over de volledige populatie heen.

Figuur 31. Ongelijkheid in levensverwachting op 30-jarige leeftijd volgens geslacht, voor 25 OESO-landen, 2010-2015



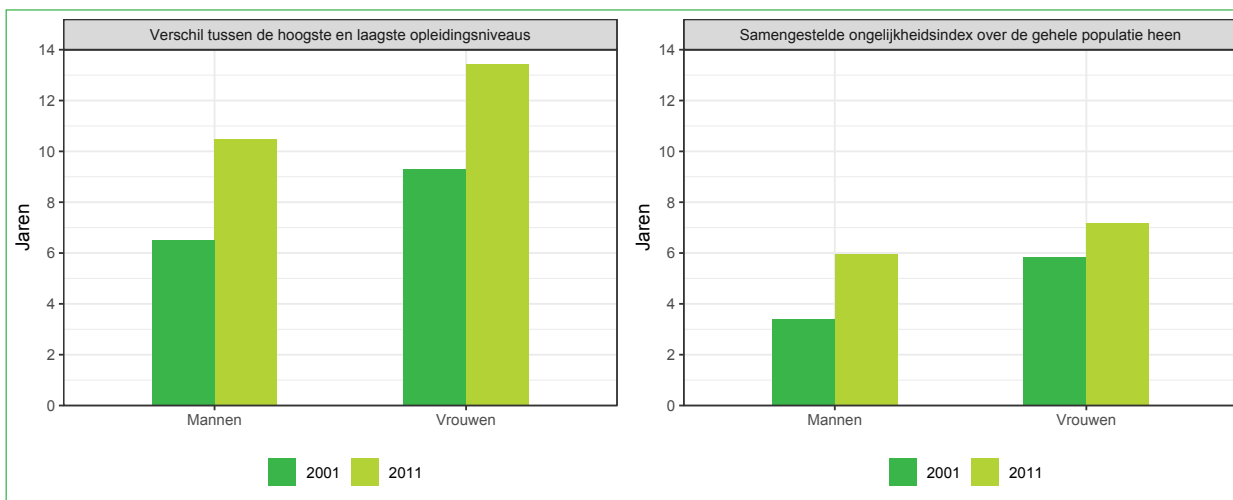
Bron: OESO, met correctie voor België (berekening op basis van de volkstelling 2001 gekoppeld aan het Rijksregister voor een opvolging van sterfte over een periode van 5 jaar)

Figuur 32. Levensverwachting op 25-jarige leeftijd. Verschil (in jaren) tussen de hoogste en laagste opleidingsniveaus, en samengestelde ongelijkheidsindex over de gehele populatie heen, volgens geslacht, België, 2001 en 2011



Bron: Eigen berekeningen op basis van de volkstellingen 2001 en 2011 gekoppeld aan het Rijksregister voor een opvolging van sterfte over een periode van 5 jaar

Figuur 33. Levensverwachting zonder beperking op 25-jarige leeftijd. Verschil (in jaren) tussen de hoogste en laagste opleidingsniveaus, en samengestelde ongelijkheidsindex over de gehele populatie heen, volgens geslacht, België, 2001 en 2011



Bron: Eigen berekeningen op basis van, enerzijds, de volkstellingen 2001 en 2011 gekoppeld aan het Rijksregister voor een opvolging van sterfte over een periode van 5 jaar, en anderzijds, de Belgische Gezondheidsenquête

6.2. ONGELIJKHEDEN IN STERFTE

De analyse van ongelijkheid in sterfte is gebaseerd op oude gegevens (volkstellingen 1991 en 2001). Onze resultaten zijn gebaseerd op de volkstelling 2001 en hebben alleen betrekking op vroegtijdige sterfte (voor de leeftijd van 75 jaar).

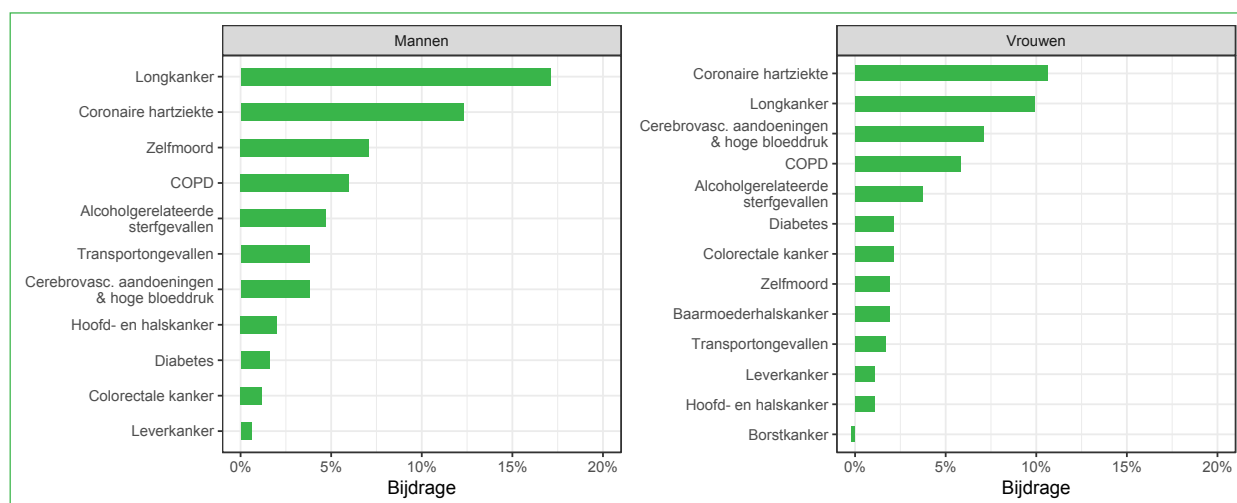
- Mensen met een lager opleidingsniveau hebben een hoger vroegtijdig sterftecijfer. Mannen en vrouwen met het laagste opleidingsniveau hebben respectievelijk 1,9 en 1,6 keer meer kans om te overlijden vóór de leeftijd van 75 dan mannen en vrouwen met het hoogste opleidingsniveau.
- De oorzaken van vroegtijdige sterfte die het meest bijdragen tot sociale ongelijkheden in sterfte, zijn longkanker, coronaire hartziekte, zelfmoord en chronische obstructieve longziekten bij mannen, en coronaire hartziekte, longkanker, cerebrovasculaire ziekten en chronische obstructieve longziekten bij vrouwen.
- De meeste oorzaken van vroegtijdige sterfte die bijdragen aan ongelijkheid in sterfte, zijn sterk verbonden met roken. Dit suggereert dat acties die specifiek gericht zijn op het verminderen van roken onder minder bevoordeelde sociale klassen, de ongelijkheid in vroegtijdige sterfte sterk zouden kunnen doen verminderen.

Tabel 2. Ongelijkheden in vroegtijdige sterfte (<75 jaar), per geslacht, België, 2001

| Indicator | Geslacht | Laagste opleidingsniveau | Hoogste opleidingsniveau | Absoluut verschil | Relatief verschil | PAF |
|--|----------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|-------|
| Voor leeftijd gestandaardiseerd vroegtijdig sterftecijfer (alle oorzaken), per 100.000 | Mannen | 595,3 | 316,4 | 278,9 | 1,88 | 38,1% |
| | Vrouwen | 304,8 | 191,3 | 113,5 | 1,59 | 29,2% |

Bron: Eigen berekeningen op basis van de volkstelling 2001 gekoppeld aan het Rijksregister voor een opvolging van sterfte over een periode van 5 jaar

Figuur 34. Bijdrage (%) van de belangrijkste doodsoorzaken aan ongelijkheden in vroegtijdige sterfte (<75 jaar), gemeten aan de hand van de toerekenbare fractie voor de bevolking ("population attributable fraction", PAF), volgens geslacht, België, 2001



Bron: Eigen berekeningen op basis van de volkstelling 2001 gekoppeld aan het Rijksregister voor een opvolging van sterfte over een periode van 5 jaar [19]

6.3. ONGELIJKHEDEN IN ZIEKTE

- Mensen met het laagste opleidingsniveau melden 1,5 tot 2 keer vaker te lijden aan chronische ziekten dan mensen met het hoogste opleidingsniveau.
- De absolute ongelijkheden zijn het grootst voor de prevalentie van het melden van minstens één chronische ziekte, voor de prevalentie van multimorbiditeit¹², en voor de prevalentie van artrose (met verschillende tussen de 9 en 13 procentpunten).
- De relatieve ongelijkheden (verhouding van de prevalentie voor de hoogste versus de laagste opleidingsniveaus) zijn het hoog voor multimorbiditeit (1,9) en diabetes (1,8).
- De relatieve ongelijkheden zijn nog hoger voor de drie onderzochte geestelijke gezondheidsproblemen (depressie, angst- en slaapproblemen), met prevalentieverhoudingen rond de 3 voor depressie en angststoornissen.
- Voor deze drie geestelijke gezondheidsproblemen zijn absolute ongelijkheden ook belangrijk en bereiken ze 15 procentpunten. De laatste zijn in de loop van de tijd ook toegenomen.
- Ongelijkheden (absoluut en relatief) in het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn ook belangrijk.

Tabel 3. Sociaaleconomische ongelijkheden voor bepaalde zelfgerapporteerde niet-overdraagbare aandoeningen, België, 2013

| Indicator | Laagste opleidingsniveau | Hoogste opleidingsniveau | Absoluut verschil | Relatief verschil | PAF |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|-------|
| Fysieke gezondheid | | | | | |
| Chronische ziekte | 36,3% | 22,9% | 13,4% | 1,59 | 13,6% |
| Multimorbiditeit | 21,9% | 11,6% | 10,3% | 1,89 | 15,8% |
| Diabetes | 7,7% | 4,2% | 3,5% | 1,84 | 22,9% |
| Artrose | 23,0% | 14,1% | 9,0% | 1,64 | 17,3% |
| Hoge bloeddruk | 21,3% | 14,9% | 6,5% | 1,44 | 11,3% |
| Schildklierlijden | 7,8% | 4,6% | 3,2% | 1,69 | 21,4% |
| Geestelijke gezondheid | | | | | |
| Depressieve gevoelens | 26,6% | 9,8% | 16,8% | 2,71 | 31,5% |
| Angststoornissen | 21,3% | 6,7% | 14,6% | 3,18 | 29,5% |
| Slaapproblemen | 40,8% | 25,7% | 15,1% | 1,59 | 12,0% |
| Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen | 20,0% | 10,1% | 10,0% | 1,99 | 24,9% |
| Zelfmoordgedachten (voorbij 12 maanden) | 5,5% | 3,9% | 1,6% | 1,41 | 17,0% |

Bron: Eigen berekeningen op basis van de Belgische Gezondheidsenquête 2013

¹² Multimorbiditeit betekent het melden van ten minste twee niet-overdraagbare aandoeningen die opgenomen zijn in de vragenlijst van de Belgische Gezondheidsenquête.

6.4. ONGELIJKHEDEN IN GEZONDHEIDSDETERMINANTEN

- Ongelijkheden in roken zijn belangrijk: er is een absoluut verschil van 15 procentpunten in het aandeel van de dagelijkse rokers tussen het laagste en het hoogste opleidingsniveau; de relatieve verhouding in prevalenties bedraagt 2,6.
- De ongelijkheden in rookgedrag zijn in de loop van de tijd toegenomen: alleen mensen met het hoogste opleidingsniveau hebben hun rookgedrag gewijzigd, met een afname van het aandeel dagelijkse rokers tot gevolg, terwijl dit ongewijzigd is gebleven bij mensen met een lager opleidingsniveau.
- Ongelijkheden zijn nog groter voor de prevalentie van obesitas, met een prevalentieverhouding van 3.
- Tussen 2008 en 2013 zijn de absolute en relatieve ongelijkheden voor obesitas bij mannen aanzienlijk toegenomen. Bij vrouwen is alleen de absolute ongelijkheid in de loop van de tijd toegenomen.
- Slechte eetgewoonten komen vaker voor bij mensen met een lager opleidingsniveau.
- Slechts 6% van de laagst geschoolden voldoet aan de aanbeveling voor groenten en fruit (400 g per dag), vergeleken met 22% van de hoogst opgeleide mensen. Dat is een absoluut verschil van 16 procentpunten en een prevalentieverhouding van 0,27, wat betekent dat mensen met het laagste opleidingsniveau 4 keer minder vaak de aanbevolen hoeveelheid bereiken.
- De consumptie van gesuikerde dranken is 2,5 keer hoger in het laagste opleidingsniveau.
- De significante ongelijkheden voor deze gezondheidsdeterminanten leiden tot significante toerekenbare fracties voor de bevolking (PAF's): dit betekent dat er een significante verbetering van de risicofactoren voor gezondheid, en dus ook van de gezondheid, zou optreden op het niveau van de bevolking, als iedereen de waargenomen waarde in de meest begunstigde groep zou bereiken.
- Wat betreft alcoholgebruik, zijn ongelijkheden niet systematisch tijdens de verschillende gezondheidsenquêtes. In 2013 kwam overmatige alcoholconsumptie vaker voor bij laagopgeleide dan hoogopgeleide mannen, terwijl het tegenovergestelde waar was voor vrouwen. Deze trends waren echter niet significant.
- Op basis van de onderzochte indicatoren (IPAQ-indicatoren) werd geen systematische ongelijkheid gevonden voor fysieke activiteit.

Tabel 4. Sociaaleconomische ongelijkheden voor bepaalde levensstijlen en gezondheidsdeterminanten, België, 2013/2014

| Indicator | Laagste opleidingsniveau | Hoogste opleidingsniveau | Absoluut verschil | Relatief verschil | PAF |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|-------|
| Dagelijks roken (% ≥15 jaar) | 25,0% | 9,5% | 15,5% | 2,63 | 45,1% |
| Obesitas (% ≥18 jaar, BMI ≥ 30) | 23,5% | 7,7% | 15,8% | 3,05 | 37,4% |
| Consumptie van fruit en groenten (g/dag) | 210 | 300 | -90 | - | - |
| Consumptie van fruit en groenten (% ≥ 400 g/dag) | 6,0% | 22,4% | -16,4% | 0,27 | 61,2% |
| Consumptie van gesuikerde dranken (g/dag) | 227,3 | 89,5 | 137,8 | - | - |

Bron: Eigen berekeningen op basis van de Belgische Gezondheidsenquête 2013 en de Belgische Voedselconsumptiepeiling 2014

Een blik op maatstaven van ongelijkheid

Er bestaan verschillende maatstaven om sociaaleconomische ongelijkheden in gezondheid te meten. De belangrijkste verschillen betreffen hun absolute of relatieve aard en hun reikwijdte. Absolute ongelijkheden vertegenwoordigen het verschil tussen de gezondheidsresultaten van de vergeleken sociale groepen, terwijl de relatieve verschillen de verhouding uitdrukken tussen de gezondheidswaarden van de vergeleken sociale groepen. Beide soorten maatstaven brengen belangrijke informatie over. Verdere kunnen (absolute en relatieve) maatstaven verschillen in reikwijdte: sommige maatstaven vergelijken slechts twee groepen, terwijl andere de ongelijkheid over de gehele populatie heen proberen te meten.

In dit rapport zijn de volgende maatstaven berekend:

- Absoluut verschil: waarde in het laagste opleidingsniveau – waarde in het hoogste opleidingsniveau
- Relatief verschil: waarde in het laagste opleidingsniveau / waarde in het hoogste opleidingsniveau
- Samengestelde ongelijkheidsindex (“composite index of inequality”, CII), absoluut: dit is een maatstaf op populatieniveau die meet wat men in absolute waarde zou kunnen winnen als er geen ongelijkheid was, in een scenario waarin alle bevolkingsgroepen het gezondheidsniveau zouden hebben van de meest bevoordeelde groep. De CII is de som van de verschillen tussen elke groep en de groep met het hoogste opleidingsniveau, gewogen naar de grootte (aantal individuen) van de groepen.
- Toerekenbare fractie voor de bevolking (“population attributable fraction”, PAF): deze maatstaf meet wat er, in percentage van de gemiddelde waarde, gewonnen zou kunnen worden als er geen ongelijkheid was, in een scenario waarin alle bevolkingsgroepen het gezondheidsniveau zouden hebben van de meest bevoordeelde groep.

Wat betekenen de trends in absolute of relatieve ongelijkheden?

Absolute en relatieve ongelijkheden kunnen op verschillende manieren evolueren, wat de interpretatie van trends kan bemoeilijken [20].

Bijvoorbeeld voor een indicator van slechte gezondheid (zoals de prevalentie van depressieve gevoelens) die verslechtert over de tijd (in prevalentie toeneemt), betekent een verhoging van de absolute ongelijkheid dat de indicator meer is verslechterd bij mensen met een laag opleidingsniveau dan bij degenen met een hoog opleidingsniveau. Als de relatieve ongelijkheid in de loop van de tijd stabiel blijft (zoals het geval is voor depressieve gevoelens), betekent dit dat de toename evenredig is in alle vergeleken sociale groepen. Daarentegen, als ook de relatieve ongelijkheid toeneemt, betekent dit dat de extra toename van slechte gezondheid in de laagopgeleide groep zo belangrijk is dat niet alleen het verschil toeneemt in absolute waarde, maar ook in percentage (zoals het geval is voor obesitas bij mannen).

REFERENTIES

1. Verschuuren M, Achterberg PW, Gijssen R, Harbers MM, Vijge E, Wilk EA, Kramers PGN (2012). ECHI Indicator Development and Documentation - Joint action for ECHIM final Report Part II. RIVM. 287 p.
2. OECD (10-11-2017). Health at a Glance 2017
3. Renard F, Devleeschauwer B, Van Oyen H, Gadeyne S, Deboosere P (2019). 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 77:6
4. WHO (2018). Tobacco. Key Facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
5. WHO (2018). Alcohol. Key Facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
6. De Ridder K, Bel S, Brocatus L, Ost C, Teppers E (2017). Samenvatting van de resultaten. In: Tafforeau J (ed.). Voedselconsumptiepeiling 2014-2015. WIV-ISP, Brussel, 2016
7. Vanhauwaert E (2012). De actieve voedingsdriehoek: een praktische voedings- en beweeggids. 1-108
8. Lebacqz T, Ost C (2014). Recommandations alimentaires; https://fcs.wiv-isp.be/nl/https://fcs.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/FRANS/Rapport%204/2_intro_FR_finaal.pdf. In: Enquête de consommation alimentaire 2014
9. WHO (2019). Healthy diet: key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
10. Vandevijvere S, De Ridder K, Fiolet T, Bel S, Tafforeau J (2018). Consumption of ultra-processed food products and diet quality among children, adolescents and adults in Belgium. European Journal of Nutrition 1-12
11. Mackenbach J (2006). Health inequalities: Europe in profile. Expert Report commissioned by the EU
12. Feinstein JS (1993). The relationship between socioeconomic status and health : A review of the literature. The Milbank Quarterly 71: 279-294
13. WHO Commission on Social Determinants on Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO. 256 p.
14. Executive Agency for Health and Consumer (2007). Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013. European Commission
15. Gouvernement wallon (2017). Plan prévention et promotion de la santé en Wallonie. Partie 1: définition des priorités en santé. Namur: 105 p.
16. Vlaamse overheid (2017). Vlaamse Actieplan Geestelijke Gezondheid, Strategisch plan 2017-2019
17. (2013). 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
18. Mackenbach JP, Kunst AE (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. Soc Sci Med 44: 757-771
19. Renard F, Gadeyne S, Devleeschauwer B, Tafforeau J, Deboosere P (2017). Trends in educational inequalities in premature mortality in Belgium between the 1990s and the 2000s: the contribution of specific causes of death. J Epidemiol Community Health 71: 371-380
20. Mackenbach JP, Kulhanova I, Artnik B, Bopp M, Borrell C, Clemens T, Costa G, Dibben C, Kalediene R, Lundberg O, Martikainen P, Menvielle G, Ostergren O, Prochorskas R, Rodriguez-Sanz M, Strand BH, Looman CW, de Gelder R (2016). Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. BMJ 353: i1732

CONTACT

hsr@sciensano.be

MEER INFO

Bezoek onze website
www.gezondbelgie.be



Sciensano • Juliette Wytsmanstraat 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: Myriam Sneyers, Algemeen directeur • Juliette Wytsmanstraat 14 • 1050 Brussel • België • D/2019/14.440/4