

Gezondheidsenquête 2018 - De brug slaan tussen cijfers en praktijk: zullen we samen aan de slag gaan?

Kristien Van der Elst, Sigrid Vancorenland, Astrid Luypaert (Studiedienst)

Samenvatting

In 2018 werden 11.611 inwoners van België bevraagd over hun gezondheid in de nationale Gezondheidsenquête. Drie kwart (77%) van de Belgische bevolking schat zijn gezondheidstoestand goed in. Dit is een stabiel gegeven sinds de eerste gezondheidsenquête in 1997. Een hogere leeftijd en een lagere opleiding gaan hand in hand met een slechtere zelf gerapporteerde gezondheidstoestand. Het aandeel van personen met chronische aandoeningen (29%) en multimorbiditeit (15%) daarentegen stijgt wel over de tijd heen. En ook de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit gaat erop achteruit. Een meerderheid van de 65-plussers (60%) heeft een risico op kwetsbaarheid of is kwetsbaar en aldus minder weerbaar tegen problemen waarmee ze geconfronteerd worden. Preventie bij deze risicogroepen is belangrijk om toekomstige chronische aandoeningen en multimorbiditeit tegen te gaan.

Nieuw in 2018 is een nationaal gezondheidsonderzoek, waar bij 1.184 personen objectieve metingen over de gezondheid verzameld werden. De vergelijking tussen deze objectieve metingen met de zelf gerapporteerde gegevens uit de gezondheidsenquête tonen aan dat één op vijf een te hoge bloeddruk heeft en één op twee een te hoog cholesterol gehalte hebben zonder dit zelf te beseffen. Dit zijn nochtans belangrijke risicofactoren voor de ontwikkeling van hart-en vaatziekten en diabetes.

Op vlak van levensstijl, een bepalende factor voor gezondheid, is de evolutie niet zo gunstig. Het probleem van overgewicht neemt toe en treft al de helft van de Belgische bevolking. Door onze manier van leven bewegen we te weinig en zitten we teveel neer. Hoewel het aantal rokers nog steeds daalt, zitten problematisch alcoholgebruik en drugsgebruik wel in stijgende lijn.

Er wordt goed gescreend op cardiovasculaire risicofactoren en diabetes. Op vlak van andere screeningsprogramma's is er nog ruimte voor verbetering, met een bijzondere aandacht voor de lager opgeleiden. Eén op drie Belgen beschikt over onvoldoende gezondheidsvaardigheden en is dus niet in staat informatie over gezondheid op te zoeken, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen. Net de groepen die hier het meest nood aan hebben – oudere personen, lager opgeleiden en personen met een slechtere gezondheidstoestand – scoren het laagst op gezondheidsvaardigheden.

De gezondheidsenquête 2018 heeft weer een schat aan waardevolle informatie opgeleverd over de gezondheid van de Belg. Aan ons als gezondheidsfonds om hiermee aan de slag te gaan. De uitdagingen zijn divers. Het gaat zowel om betrouwbare informatie aanbieden als om op een collectieve en individuele manier levensomstandigheden die de gezondheid schaden om te buigen. Nog meer bewustmaking rond bepaalde risicofactoren als hoge bloeddruk en hoge cholesterol. Mensen begeleiden om tot een betere levenskwaliteit te komen. Maar het gaat ook om gezondheid in een breder kader te plaatsen en door 'health in all policies' toe te passen. Want werken aan gezondheid is ook een verhaal van een waardig inkomen, een degelijke huisvesting, En steeds voor ogen houden dat niet iedereen zijn behoeften en noden hetzelfde zijn en er naast een collectieve, ook een individuele aanpak nodig is.

Sleutelwoorden: *Gezondheidsenquête, nationaal gezondheidsonderzoek, gezondheidsfonds, chronische aandoeningen, kwetsbaarheid, levensstijl, screening, gezondheidsvaardigheden, levenskwaliteit*

1. De gezondheidsenquête: doelstelling, methodologie en link met gezondheidsfonds

In 2018 werd voor de 6^{de} keer de gezondheidsenquête georganiseerd. Eerdere edities van de gezondheidsenquête vonden plaats in 1997, 2001, 2004, 2008 en 2013. De opdrachtgevers van deze nationale enquête zijn de ministers bevoegd voor volksgezondheid op federaal, gewestelijk en gemeenschapsniveau. Sciensano, het vroegere Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, stond opnieuw in voor de organisatie en Statbel voerde het veldwerk uit. In totaal werden tussen 8 januari en 31 december 2018 11.611 personen aan huis bevroegd: 4.296 personen in het Vlaams Gewest, 3.099 personen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 3.288 in het Waals Gewest en 928 in de Duitstalige gemeenschap.

Nieuw is de organisatie van een nationaal gezondheidsonderzoek in 2018 en 2019 bij 1.184 personen die deelnamen aan de gezondheidsenquête 2018. Hierdoor werden voor het eerst ook objectieve metingen over gezondheidsproblemen verzameld: het meten van de bloeddruk, bepaling van het gewicht, de lengte en de buikomtrek en het bepalen van cholesterol en suiker in het bloed (figuur 1). Dankzij de combinatie van de zelf-gerapporteerde informatie en de objectieve metingen kan voor het eerst worden nagegaan in welke mate de bevolking er zich bewust van is dat ze bepaalde gezondheidsproblemen hebben.

Deze grootschalige nationale enquête levert een brede waaier aan gezondheidsinformatie op vanuit het standpunt van de personen zelf. We krijgen ook waardevolle inzichten in het gebruik en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de socio-economische ongelijkheid in gezondheid. Dit zijn met andere woorden dankbare en noodzakelijke gegevens om een beleid te realiseren gebaseerd op de werkelijke noden van de bevolking dat gericht is op de verbetering van de volksgezondheid.

De rapporten gebaseerd op de gezondheidsenquête 2018 zijn online toegankelijk¹.

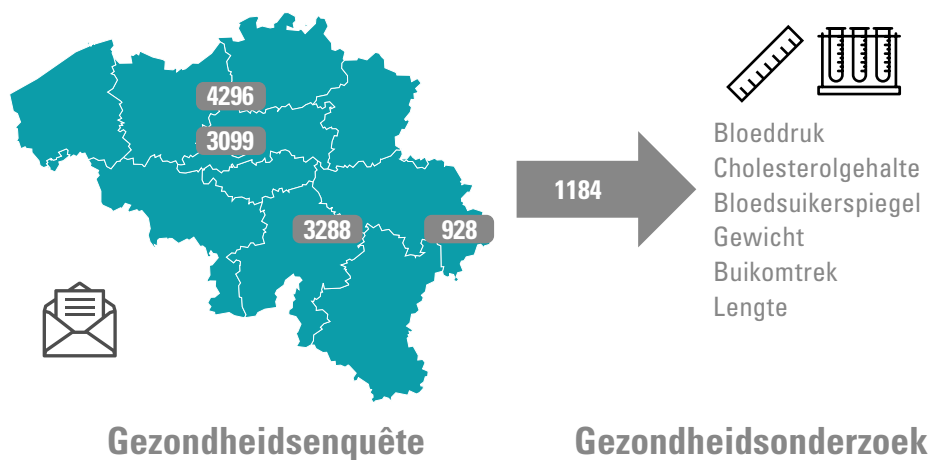
We bespreken in dit artikel de volgende thema's:

- Gezondheid en kwaliteit van leven
- Levensstijl
- Kennis over gezondheid en gezondheidspreventie
- Geestelijke gezondheid
- Gezondheidsonderzoek

Drie rapporten waren nog in opmaak tijdens het schrijven van dit artikel en worden hier niet besproken: gebruik van gezondheidsdiensten, gezondheid en maatschappij, mondgezondheid.

Ook voor CM als gezondheidsfonds is de gezondheidsenquête een belangrijke bron van informatie. Het geeft een indicatie van waar we als betrouwbare gezondheidspartner voor leden en niet-leden mee aan de slag kunnen gaan. Hierna zullen we eerst inzoomen op enkele opmerkelijke gegevens van de ge-

Figuur 1: 11.611 Belgen namen deel aan de Gezondheidsenquête. In 2018 werden voor het eerst de zelfgerapporteerde gegevens van 1.184 deelnemers gekoppeld aan objectieve gezondheidsparameters in het eerste nationale gezondheidsonderzoek.



1. <https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Rapporten.aspx>

zondheidsenquête 2018. Nadien vertalen we deze cijfers naar het perspectief van CM als Gezondheidsfonds.

CM als gezondheidsfonds werkt vanuit een brede kijk op gezondheid, waarbij het haar leden middelen en diensten aanreikt om hen te helpen een zo kwaliteitsvol mogelijk leven te leiden.

CM blijft een ziekenfonds om, in uitvoering van de ziekteverzekering, financieel en met hartelijke en excellente dienstverlening tussen te komen in geval onze leden ziek worden en zorg nodig hebben. Alleen willen we ook zorgen dat ze niet ziek worden, door hen instrumenten en handvaten te geven om hun gezondheid en welzijn te kunnen bevorderen, om hen daarbij te ondersteunen en door de maatschappelijke omgeving zodanig te beïnvloeden dat het gezonde alternatief het goedkoopste en het gemakkelijkste wordt.

We willen dat op volgende manieren doen:

- pro-actief: nog voor mensen weten dat ze eventueel een probleem hebben, hen al in de mogelijkheid stellen dat op te vangen. Mensen ont-zorgen.
- Preventief: ook investeren in activiteiten om mensen levenskwaliteit te bieden en hen langer gezond te houden.
- coöperatief: Mensen zoveel mogelijk zelf laten doen en beslissen, hen geen handelingen en keuzes afnemen indien dat niet nodig is. Samen met hen op zoek gaan wat de beste oplossing zou zijn voor hun probleem en wie daarbij kan helpen.

Tenslotte is gezondheid per definitie een collectief probleem. Een gezond individu kan enkel functioneren in een optimale gezondheidsbevorderende (fysieke, sociale, economische en politieke) omgeving. Concreet: je kunt zelf heel veel moeite doen om gezond te eten en voldoende te bewegen. Maar als er aan de overkant van de straat een fabriek ongezonde lucht loost, dan kun je daar als individu weinig aan veranderen. Daarom wil we als gezondheidsfonds wegen op alle niveaus. En zo ook van gezondheidszorg een zaak van ons allemaal maken.

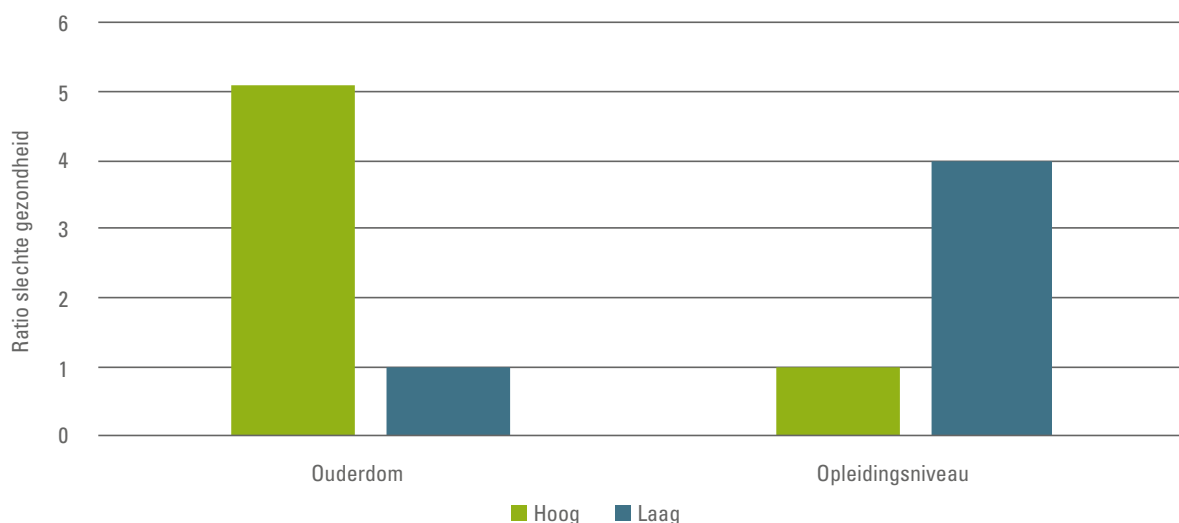
2. Resultaten

2.1. Gezondheid en kwaliteit van leven

Hoe beoordeelt de Belg zijn gezondheid?

'Hoe is uw gezondheidstoestand in het algemeen?'. Op deze eenvoudige vraag antwoordde in 2018 77% van de bevolking goed tot zeer goed. Opmerkelijk is dat de manier waarop de Belgen hun gezondheid zelf inschatten hetzelfde is gebleven sinds de eerste gezondheidsenquête in 1997, ondanks de toename van het aantal personen met (meerdere) chronische aandoeningen en het groter aandeel van de hogere leeftijdscategorieën. Niet onverwacht wordt een slechte gezondheid wel in grotere mate ervaren naarmate men ouder wordt: 41,7% bij de oudste leeftijdscategorie (75-plussers) tegenover 8,2% bij de jongste leeftijdscategorie (15-24-jarigen). Niet alleen ouderdom bepaalt hoe je je gezondheid ervaart, maar ook je

Figuur 2: Slechte gezondheid
Ouderdom en opleidingsniveau zijn bepalend voor een zelfgerapporteerde slechte gezondheid
(ouderdom hoog = 75-plussers, ouderdom laag = 15-24-jarigen)



opleidingsniveau. Als je laag opgeleid bent, is de kans dat je een slechte gezondheid ervaart tot vier keer groter dan wanneer je hoog opgeleid bent (figuur 2).

Welke chronische aandoeningen worden vooral gemeld?

In de gezondheidsenquête werd ook gepeild naar de prevalentie van 38 chronische ziekten en aandoeningen. In 2018 geeft 29,3% aan een langdurige ziekte te hebben, wat weinig verschilt met 5 jaar geleden (28,6%). Toch is dit het hoogste percentage sinds de eerste bevraging in 2001 (25,1%). Het aantal Belgen met multimorbiditeit² neemt ook stelselmatig toe per enquête, met bijna een verdubbeling sinds de eerste meting in 1997 (8,9% ten opzichte van 15,2% in 2018). Inwoners van het Brussels Gewest rapporteren in mindere mate verscheidene chronische aandoeningen en multimorbiditeit dan inwoners in Vlaanderen en Wallonië.

Meer en meer mensen rapporteren dat ze lijden aan vaak voorkomende chronische aandoeningen. Zo geeft een kwart van de Belgische bevolking aan (23,2% van de mannen, 26,4% van de vrouwen) dat ze lage rugproblemen hebben (figuur 3). Bij mannen wordt de top 3 van meest gerapporteerde chronische aandoeningen aangevuld met verhoogd cholesterolgehalte in het bloed (18,9%) en een hoge bloeddruk (17,2%). Het aandeel Belgische mannen met deze risicofactoren voor het ontwikkelen van cardiovasculaire gezondheidsproblemen neemt toe in de tijd, waarbij mannen tussen 40 en 64 jaar een belangrijke risicogroep vormen.

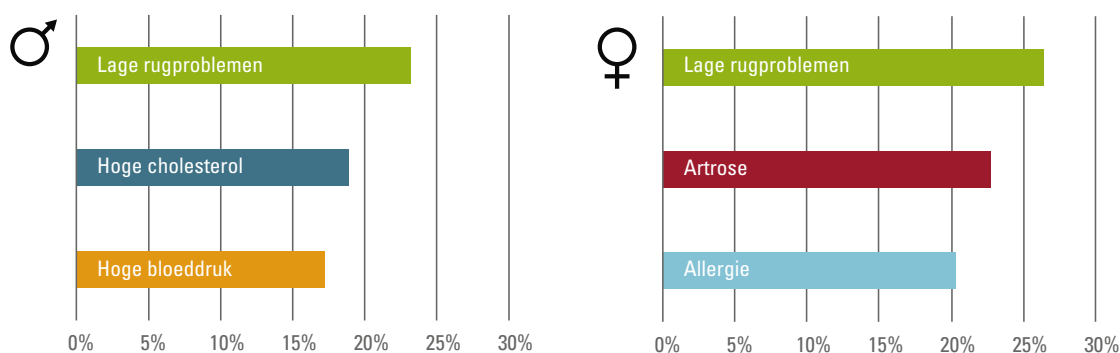
Bij vrouwen wordt de top 3 van meest voorkomende chronische aandoeningen vervolledigd door artrose (22,7%) en allergie (20,3%). Maar ook een hoge bloeddruk is een belangrijk gezondheidsprobleem bij vrouwen (17,9%).

Hoewel globaal gezien de top 3 tussen mannen en vrouwen verschillend is, is de top 3 van chronische aandoeningen voor 65-plussers hetzelfde voor beide geslachten, namelijk verhoogde cholesterol, verhoogde bloeddruk en artrose.

Het percentage mensen dat leeft met diabetes is meer dan verdubbeld sinds de eerste gezondheidsenquête (2,7% in 1997 naar 5,9% in 2018). Men meet een significante stijging van het aantal mensen met astma en allergie (+4,3% en +4,7%, respectievelijk) ten opzichte van de resultaten in 2013.

Tenslotte is het aantal mensen dat te kampen heeft gehad met een depressie³ licht toegenomen de afgelopen 10 jaar (6% van de Belgen in 2008 ten opzichte van 7,4% in 2018). Risicogroepen zijn de 45-64 jarigen (hoogste prevalentie met 9,2%) en de laagst opgeleiden (dubbel zo vaak als bij de hoogst opgeleiden). Een laatste opmerkelijk resultaat is de nooit eerder geziene piek van langdurige vermoeidheid⁴ (8,2%). Vooral vrouwen tussen 45-54 jaar rapporteren dit gezondheidsprobleem.

Figuur 3: Top 3 van zelf-gerapporteerde chronische aandoeningen bij Belgische mannen (links) en vrouwen (rechts)



2. Multimorbiditeit: gedefinieerd als de aanwezigheid van minstens twee van de volgende zes chronische aandoeningen: hartziekte, chronische longziekte, diabetes, kanker, artritis en/of artrose en hypertensie.
3. Depressie: Het betreft meer bepaald een ernstige somberheid of depressie voor een periode van minstens 2 weken gedurende het afgelopen jaar.
4. Langdurige vermoeidheid: Langdurige vermoeidheid voor een periode van minstens 3 maanden.

Hoe bepalend is gezondheid voor de gezondheidsgelateerde levenskwaliteit?

In de gezondheidsenquête wordt de gezondheidsgelateerde levenskwaliteit⁵ in kaart gebracht. Deze term wordt gebruikt voor onderzoek naar kwaliteit van leven dat zich beperkt tot de effecten op de gezondheidsstatus. Er wordt dus geen rekening gehouden met alle dimensies van kwaliteit van leven, maar beperkt zich tot deze die door ziekte en/of de behandeling ervan kunnen worden gewijzigd. Dit stelt ons in staat om niet alleen rekening te houden met de aan- of afwezigheid van ziekten, maar ook met de gevolgen van deze ziekten voor de kwaliteit van het leven. De gezondheidsgelateerde levenskwaliteit wordt beoordeeld volgens 5 dimensies: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. De gezondheidsgelateerde levenskwaliteit wordt gescoord tussen 0 en 1, waarbij 1 de hoogst mogelijke score is.

De gezondheidsgelateerde levenskwaliteit daalt significant tussen 2013 (0,81) en 2018 (0,79). De meest gerapporteerde problemen zijn deze verbonden met de dimensies pijn/ongemak (56,2%) en angst/depressie (31,5%). Deze zijn significant gestegen sinds 2013: pijn of ongemak (50,1%) en angst of depressie (26,5%).

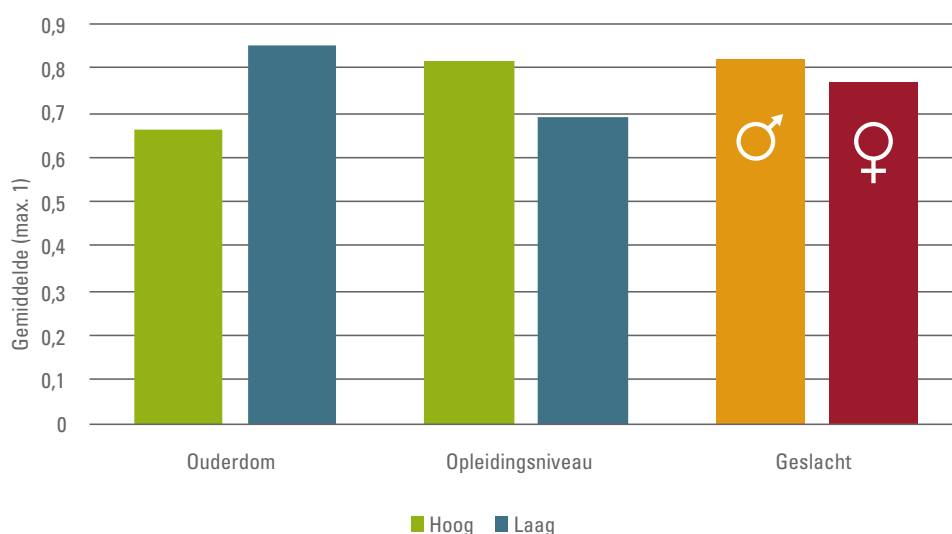
Vrouwen (0,77) scoren hun levenskwaliteit lager dan mannen (0,82). Vrouwen ervaren voor alle onderzochte dimensies significant meer problemen dan mannen, behalve voor wat betreft de dimensie zelfzorg.

De levenskwaliteit daalt met de leeftijd (0,85 voor 15-24 jarigen tegenover 0,66 voor 75 plussers). Voor alle dimensies neemt het aandeel van gemelde problemen toe met de leeftijd, maar er zijn verschillen per dimensie.

- Problemen met de mobiliteit verviervoudigen met de leeftijd (van 9,1% bij 15-24 jarigen naar 53,1% bij 75 plussers).
- Problemen met zelfzorg nemen globaal gezien toe vanaf 75 jaar.
- Problemen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten nemen bij vrouwen toe vanaf 35 jaar. Bij mannen wordt een toename van deze problemen gerapporteerd vanaf 75 jaar.
- Hoe ouder men is, hoe meer pijn/ongemak men rapporteert (74,1% van de 75-plussers). Echter, meer dan 1 op 3 jongeren (37,7% van de 15-24 jarigen) rapporteert ook al pijn/ongemak.
- Depressie/angst neemt significant toe bij vrouwen van middelbare leeftijd. Bij mannen wordt er echter een significante daling gezien van depressie/angst vanaf de pensioenge-rechtigde leeftijd.

Tot slot neemt de levenskwaliteit toe, wanneer men hoger opgeleid is: van 0,69 voor de personen met de laagste opleiding naar 0,82 voor mensen met een diploma hoger onderwijs. Voor alle dimensies worden meer problemen vastgesteld die de levenskwaliteit negatief beïnvloeden bij wie lager opgeleid is (figuur 4).

Figuur 4: Levenskwaliteit
75-plussers, mensen met een laag opleidingsniveau en vrouwen rapporteren een significant lagere gezondheidsgelateerde levenskwaliteit (ouderdom hoog – 75-plus, ouderdom laag – 15-24-jarigen)



5. In 2018 werd een gestandaardiseerde levenskwaliteitsschaal in de gezondheidsenquête opgenomen. Het gaat om een eenvoudige en snelle vragenlijst die toelaat om de kwaliteit van leven te beoordelen volgens vijf dimensies: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. Aan de hand van vragen voor elk van de vijf dimensies is het mogelijk om een score te berekenen die een maat is voor gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven. Een hogere score komt overeen met een hogere kwaliteit van leven. De maximum score is 1.

Hoe gaat het met de oudere populatie anno 2018?

Mensen worden steeds ouder en het aandeel ouderen ten opzichte van de totale Belgische bevolking zal de komende jaren alleen maar toenemen. In 2018 werd voor het eerst informatie verzameld over kwetsbaarheid bij 65-plussers⁶. Dit is belangrijk omdat de mate van kwetsbaarheid een goede voorspeller blijkt te zijn voor ernstige gezondheidsproblemen. In de gezondheidsenquête wordt kwetsbaarheid omschreven als 'een gebrek aan fysiologische reserve dat er toe leidt dat ouderen minder weerbaar zijn tegen problemen waarmee ze geconfronteerd worden'. 1 op 3 (37,3%) van de 65-plussers heeft een verhoogde kans op ouderdomsgerelateerde kwetsbaarheid (pre-frail), en 1 op 5 (22,8%) blijkt kwetsbaar te zijn⁷. Kwetsbaarheid kan beschouwd worden als een voorstadium van ernstige gezondheidsproblemen, maar is ook omkeerbaar. Preventie en vroegtijdige detectie van kwetsbaarheid kunnen er toe bijdragen dat belangrijke problemen die geassocieerd zijn met de vergrijzing, zoals chronische ziekten en multimorbiditeit, polyfarmacie en druk op de gezondheidszorg kunnen worden teruggedrongen. Kwetsbaarheid komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, neemt toe met de leeftijd en is hoger bij laagopgeleiden. Kwetsbaarheid bij ouderen komt significant meer voor in het Brussels Gewest (28,1%) tegenover het Vlaams Gewest (21,5%).

1 op 3 van de 65-plussers geeft aan dat ze beperkt zijn in alledaagse activiteiten en een kwart is beperkt bij huishoude-

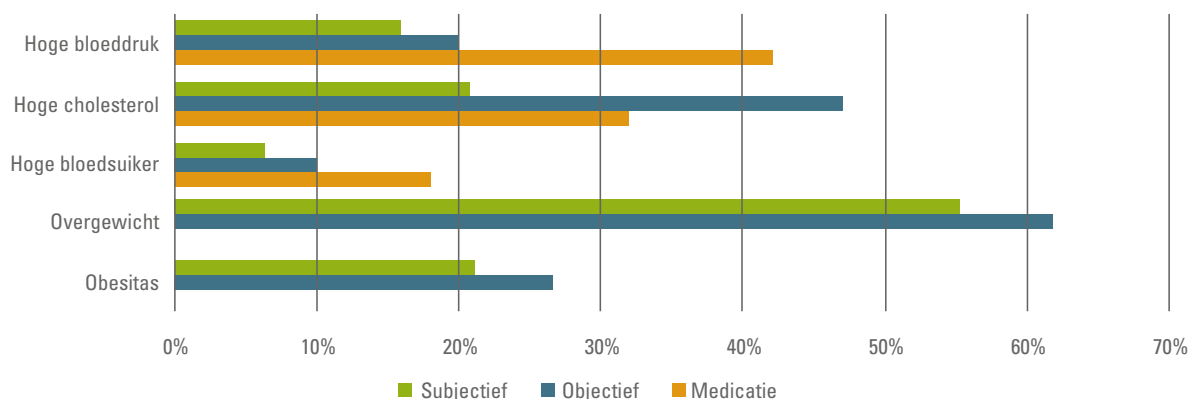
lijke activiteiten omwille van hun gezondheid. Hoewel 1 op 5 vragende partij is om hulp te ontvangen bij deze activiteiten, wordt deze momenteel niet geboden. Desondanks daalt wel het aantal ouderen met beperkingen in de bevolking, wat pleit voor het verder uitbouwen van professionele zorg, mantelzorg maar ook zelfmanagement van deze doelgroep.

Daarnaast blijft de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder een risicogroep. Chronische ziekten of aandoeningen nemen toe met de leeftijd en ook multimorbiditeit neemt sterk toe met de leeftijd (aanwezig bij 37,9% van de 65-plussers). Depressie werd gerapporteerd door 8,2% van de 75-plussers.

2.2. Gezondheidsonderzoek

Vermits zelfrapportering een subjectieve manier is om gezondheid te meten, werd in 2018 ook een gezondheidsonderzoek aan de gezondheidsenquête gekoppeld, waarin een paar objectieve metingen werden verzameld. Dit gezondheidsonderzoek werd uitgevoerd bij 1.184 personen die deelnamen aan de gezondheidsenquête 2018. Parameters zoals bloeddruk, gewicht, lengte, buikomtrek, cholesterolgehalte en suiker in het bloed werden gemeten volgens de Europese richtlijnen. Wanneer de objectieve metingen uit het gezondheidsonderzoek vergeleken worden met de zelf-rapportage van deze personen uit de gezondheidsenquête, merken we enkele opvallende zaken op (figuur 5).

Figuur 5: Belgen zijn zich niet altijd bewust van gezondheidsproblemen en medicatie is vaak onvoldoende om objectieve parameters onder controle te houden. Subjectief = zelfrapportage in gezondheidsenquête. Objectief = op basis van gezondheidsonderzoek. Medicatie = % Belgen dat ondanks het nemen van medicatie voor het specifieke gezondheidsprobleem geen gecontroleerde bloedwaarden heeft.



- In 2018 werd in de gezondheidsenquête voor het eerst een instrument opgenomen om kwetsbaarheid bij ouderen te meten. Vijf dimensies worden geëvalueerd: gebrek aan energie, verminderde eetlust, zwakke spierkracht, afname van de loopsnelheid en een gebrek aan lichaamsbeweging. Op basis van informatie over deze vijf dimensies is het mogelijk om het niveau van kwetsbaarheid van een persoon te bepalen.
- Een persoon wordt als kwetsbaar gedefinieerd als minstens drie van deze vijf criteria aanwezig zijn. De intermediaire toestand, pre-frailty, komt overeen met de aanwezigheid van één of twee criteria en betekent een groter risico om kwetsbaar te worden.
- Een te hoge bloeddruk = systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg of diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg

- **Een te hoge bloeddruk**⁸: 15,9% geeft aan een hoge bloeddruk te hebben. Dit percentage is lager dan het percentage personen dat een gemeten hoge bloeddruk heeft (20,0%). Dit betekent dus dat heel wat personen met een hoge bloeddruk zich daar niet van bewust zijn.

Als hier ook de personen bijgeteld worden met een normale bloeddruk, maar die geneesmiddelen voor hoge bloeddruk nemen (de potentieel hoge bloeddruk), dan heeft één op drie (32,8%) een hoge of potentieel hoge bloeddruk. Ook hier is het bewustzijn van dit gezondheidsprobleem eerder laag, want slechts 44,9% van hen rapporteert een hoge bloeddruk.

Slechts 58% van de personen die medicatie neemt voor een te hoge bloeddruk heeft een normale bloeddrukwaarde.

- **Een te hoog cholesterolgehalte**⁹: één op vijf verklaart een te hoog cholesterolgehalte te hebben (20,8%). Bijna de helft van de personen (47%) heeft een te hoge gemeten cholesterolwaarde. Ook hier weer zijn er heel wat personen die zich niet bewust zijn van hun te hoge cholesterolwaarden in het bloed.

Als hier ook de personen bijgeteld worden met een normaal cholesterolgehalte, maar die geneesmiddelen voor hoge cholesterol nemen (de potentieel hoge cholesterol), dan heeft 58,3% een hoge of potentieel hoge cholesterol. Slechts 1 op 3 personen van hen rapporteert een hoge cholesterol.

Bij slechts 68% van alle gebruikers van cholesterolverlagende medicatie (statines) leidt dit tot een optimaal cholesterolgehalte (<190mg/dl) in het serum.

- **Een te hoge bloedsuikerspiegel en diabetes**¹⁰: 6,2% rapporteert aan diabetes te lijden. Uit het gezondheidsonderzoek blijkt dat 1 op 10 personen diabetes heeft. Bij dit onderzoek werd geen onderscheid gemaakt tussen diabetes type 1 en type 2. 1 op 3 personen met diabetes is zich hier niet van bewust. 5% van de bevolking heeft een ongekende of slecht gecontroleerde vorm van diabetes.

Slechts 82% van de personen die medicatie gebruiken voor hun diabetes heeft een gecontroleerde bloedsuikerspiegel.

- Een **on gezond lichaamsgewicht**: uit het gezondheidsonderzoek blijkt dat 55,4% van de personen overgewicht heeft en 21,2% obees is (op basis van objectief gemeten lengte en gewicht). Uit deze objectieve metingen blijkt dat overgewicht en obesitas een groter probleem is dan op

basis van de zelfrapportage vermoed werd. Het percentage personen met overgewicht en obesitas ligt respectievelijk 6,4% en 5,4% hoger. Dit komt omdat de personen in de zelfrapportage hun gewicht onderschatten en hun lengte overschatten, waardoor de BMI waarden lager uitvallen.

Uit de vergelijking van de objectieve metingen (gezondheidsonderzoek) en de zelfrapportage (gezondheidsenquête) blijkt dat niet iedereen zich ervan bewust is dat men een verhoogde bloeddruk heeft of dat de cholesterolwaarden in het bloed te hoog zijn. Het is echter wel belangrijk om zich bewust te zijn van deze verstoorde waarden, zodat men gericht en pro-actief het risico op bijvoorbeeld de ontwikkeling van hart- en vaatziekten en diabetes kan verkleinen. Want ook al hebben deze gezondheidsproblemen aanvankelijk weinig of geen symptomen, op langere termijn kunnen ze wel belangrijke consequenties hebben.

2.3. Levensstijl

Levensstijl is een naast biologische factoren, omgeving en voorzieningen van de gezondheidszorg een belangrijke gezondheidsdeterminant¹¹. Informatie over levensstijl is interessant omdat wetenschappelijk onderzoek dit linkt aan het ontstaan of in stand houden van bepaalde aandoeningen (bv. hart- en vaatziekten, diabetes type 2, bepaalde kankers) en zelfs vroegtijdige sterfte. Levensstijl is dus een bepalende factor voor gezondheid en kan je voor een deel zelf in handen nemen. Toch zien we via de gezondheidsenquête dat de Belgen de laatste jaren globaal gezien niet gezonder gaan leven zijn. Hieronder focussen we op de cijfers rond lichaamsgewicht, beweging en zitgedrag, voeding, roken, alcohol- en druggebruik en seksuele gezondheid. Voor levensstijl is een weinig positieve trend te bemerken in de afgelopen edities van de gezondheidsenquête en komen er verschillende risicogroepen naar voren.

Het probleem van overgewicht en obesitas blijft stijgen

Ons lichaamsgewicht wordt naast onze genetische achtergrond en socio-economische status ook bepaald door onze levensstijl. Wanneer men overgewicht (BMI¹² van 25 of meer) of obesitas (BMI van 30 of meer) heeft, moet er een alarmbel afgaan. In de eerste enquête in 1997 was de gemiddelde BMI van de Belgen 24,5, terwijl dit in 2018 gestegen is naar 25,5. In 2018 geeft bijna de helft (49,3%) van de volwassen bevolking aan overgewicht te hebben en 15,9% rapporteert obesi-

9. Bij het gezondheidsonderzoek werden zowel het gemiddeld totaal serum cholesterol, gemiddeld HDL-cholesterol, gemiddeld non-HDL-cholesterol en de gemiddelde verhouding totaal/HDL-cholesterol bepaald. In dit artikel spreken we van een te hoge cholesterol wanneer de totale serum cholesterol hoger is dan 190mg/dl.

10. Diabetes gedefinieerd als nuchtere bloedsuikerspiegel ≥ 126 mg/dl of geglycosyleerd hemoglobine (HbA1C) $\geq 6,5\%$ of gebruik van diabetesmedicatie (zelfgerapporteerd)

11. Gezondheid wordt beïnvloed door verschillende soorten factoren, we noemen ze gezondheidsdeterminanten. Het Health Field Concept (Lalonde, 1974) vat deze in 4 categorieën samen: biologische factoren, voorzieningen in gezondheidszorg, leefstijl en omgeving. www.gezondleven.be, geraadpleegd op 15 april 2020

12. BMI: Body Mass Index (kg/m²): wordt berekend door het gewicht in kg te delen door de lengte in meter tot het kwadraat.

tas. Twintig jaar geleden rapporteerde 41,3% overgewicht en 10,8% obesitas. Over het algemeen hebben mensen die lager geschoold zijn, meer kans om overgewicht te ontwikkelen. Zo heeft in de groep van de laagst opgeleiden bijna twee op drie (61,8%) volwassenen overgewicht en lijdt meer dan een kwart (21,8%) aan obesitas. Je kans op overgewicht stijgt ook naarmate je ouder wordt. Twee op drie van de mannen van middelbare leeftijd (45-74 jaar) rapporteren overgewicht.

Ondanks dat ouderdom het risico op overgewicht doet toenemen, zien we ook een tendens tot overgewicht bij jongeren tussen 2 tot 17 jaar. 20% van hen heeft overgewicht en 6% heeft obesitas, percentages die zo goed als constant zijn gebleven over de verschillende enquêtējaren (figuur 6). Opvallend zijn de hoge prevalentiecijfers voor peuters en kleuters tussen 2 en 4 jaar rond overgewicht (24,4%) en obesitas (11,7%). Extra aandacht moet geschonken worden aan de bijkomende kwetsbaarheid die jongeren uit laag opgeleide gezinnen ervaren. 40,5% van de jongeren uit laag opgeleide gezinnen hebben overgewicht en 14% obesitas, waarbij jongeren uit hoog opgeleide gezinnen bijna 4 keer minder kans lopen (12,9% en 2,9%, respectievelijk).

Onze levensstijl is te sedentair

In de editie van 2018 zijn meer gegevens verzameld over lichaamsbeweging en voor het eerst ook over zitgedrag. De Wereldgezondheidsorganisatie beveelt aan om wekelijks minstens 150 minuten matig intensief te bewegen. De conclusie is ... we bewegen te weinig op regelmatige basis en we zitten te veel neer, zowel op het werk als in de vrije tijd. Buiten de werkuren, haalt ongeveer 1 op 3 (30,1%) van de volwassen bevolking de aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie. Als we de totale beweging bekijken (inclusief werkgerelateerd), dan beweegt 55,8% van

de Belgen voldoende voor een goede gezondheid.

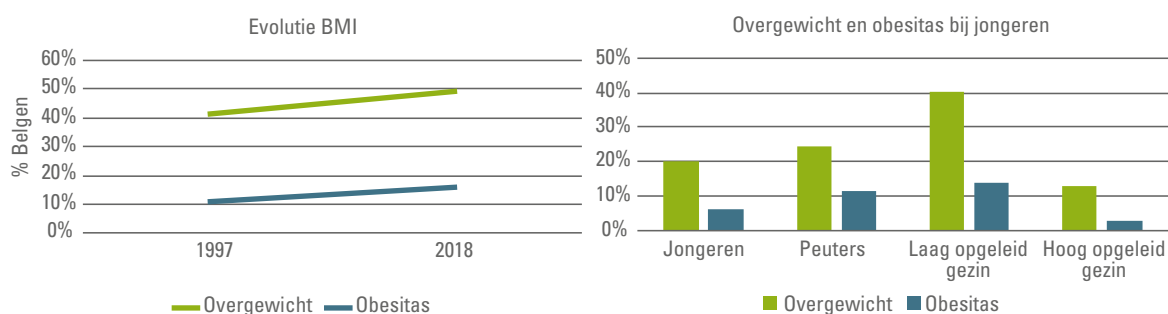
Mannen (60,2%) en hoger opgeleiden (58,4%) scoren dan weer beter dan het gemiddelde qua beweging. Ook jongeren van 18-24 jaar (59,3%) blijken gemiddeld meer te bewegen, mede omdat ze ten opzichte van de andere leeftijdscategorieën het vaakst wandelen en fietsen om zich te verplaatsen. Maar wat betreft sedentair gedrag, doen jongeren en hoger opgeleiden het juist minder goed. Ook voor 75-plussers is dit een aandachtspunt, zij zitten gemiddeld 6,7 uur per dag. Gemiddeld zit de Belg 5,8 uur neer per dag.

Uit de gezondheidsenquête blijkt dat bijna 1 op 3 (28,8%) Belgen van 15 jaar en ouder een gezondheidsrisico loopt door een gebrek aan lichaamsbeweging in de vrije tijd. Dit cijfer blijft min of meer stabiel sinds 2004. Maar alarmerend is dat bijna 65% van de vrouwen van 75 jaar en ouder een gezondheidsrisico loopt door een gebrek aan beweging. En dit risico neemt ook sterk toe met een dalend opleidingsniveau (van 18,9% bij de hoogst geschoolden naar 53,8% bij de laagst geschoolden).

Gezonde voeding blijft een uitdaging

Ook de aanbevelingen voor het dagelijks eten van groenten, fruit, calciumrijke producten en een ontbijt zijn een uitdaging voor de Belgen. Al doen vrouwen, de oudere populatie en mensen die hoog opgeleid zijn het hier beter. Jongeren en mensen die lager opgeleid zijn hebben meer moeite om deze aanbevelingen in de praktijk om te zetten. Wel zien we dat sinds de eerste meting in 2013, er minder gesuikerde frisdranken worden gedronken (25,5% in 2013 en 20,4% in 2018) en minder zoete en zoute snacks worden gegeten (41,6% in 2013 en 38,3% in 2018). Zoomen we wat meer in op deze resultaten, dan zien we wel dat vooral jongvolwassenen gesuikerde frisdranken drinken (bijna 30% in de leeftijdsgroep 15-34 jaar)

Figuur 6: Meer dan de helft van de Belgen rapporteert overgewicht of obesitas in 2018 (links). De prevalentie van overgewicht en obesitas is hoog bij jongeren, waarbij diegene uit een laag opgeleid gezin extra kwetsbaar zijn (rechts) (jongeren = 2-17 jaar, peuters = 2-4 jaar, 'laag/hoog opgeleid gezin' = jongeren uit een laag/hoog opgeleid gezin)



en dat bijna de helft van de kinderen (48,9%) dagelijks zoete en zoute snacks eten (figuur 7).

Voor het eerst werd gevraagd naar voedselallergie en -intoleranties. Bijna 1 op tien (9,0%) van de Belgen geeft dit aan te hebben, waarvan dit bij 5,2% werd vastgesteld door een arts.

Minder rokers, maar geen daling problematisch alcoholgebruik en stijging drugsgebruik

Zowel alcohol, roken als drugsgebruik zijn wereldwijd erkend als risicogedrag voor talrijke gezondheidsproblemen, ziekten en zelfs vroegtijdig overlijden.

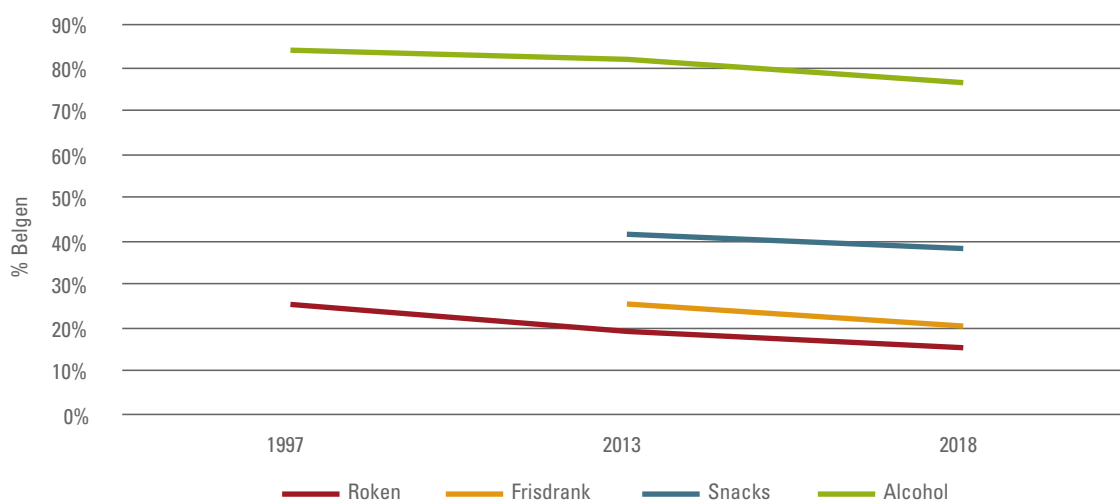
Maar de gezondheidsenquête brengt goed nieuws, nog nooit waren er zo weinig dagelijkse rokers in België (15,4%) dan in 2018. Dit is een daling met 3,5% ten opzichte van 2013 en zelfs met 10% ten opzichte van 1997. 73,5% van de rokers ondernam daarbij een rookstopoging in 2018. Ook binnen de groep van 15-24 jarigen zien we een daling van het aantal rokers (15% vs. 22%) en dagelijkse rokers (11% vs. 17%) vergeleken met de cijfers uit 2013. De grootste vooruitgang wordt gezien in het Vlaams gewest. Maar het kan nog beter. Willen we voorkomen dat mensen beginnen te roken, dan moeten we vooral inzetten op jongeren tussen 16 en 18 jaar, de leeftijd wanneer het vaakst de eerste sigaret wordt gerookt. Hoe lager men opgeleid is, hoe groter de kans dat men rookt. Niet

enkel de klassieke sigaret werd bestudeerd, ook het gebruik van de e-sigaret werd in 2018 voor de eerste keer onder de loep genomen. Zo blijkt 15,5% van de Belgen deze elektrische sigaret al uitgeprobeerd te hebben, waarbij 1,4% van de Belgen dagelijkse gebruiker is. Dubbel zoveel mannen maken gebruik van een e-sigaret dan vrouwen (5,6% versus 2,7%). Bijna 9 op 10 'dampers' rookte alvorens men de e-sigaret gebruikte, hoewel 1 op 3 15-24 jarigen nog nooit had gerookt toen men de e-sigaret ging gebruiken. Diegene die starten met de e-sigaret hebben de perceptie hiermee het stoppen met roken te vergemakkelijken of te kunnen verminderen met het traditioneel roken (figuur 7).

Wat betreft alcoholgebruik zijn de belangrijkste boodschappen dat het gebruik van alcohol bij de algemene bevolking vermindert (84,1% in 1997 naar 76,6% in 2018). We starten wel iets vroeger met onze eerste alcoholconsumptie, namelijk gemiddeld op 17,7 jaar. Het alcoholgebruik met de grootste gezondheidsrisico's, namelijk hyperalcoholisatie¹³ en piekdrinken¹⁴, neemt echter niet af en komt vooral voor bij jongeren en mannen. Steeds meer Belgen vinden hun alcoholgebruik problematisch, zo gaf 15% van de Belgen in 2018 aan dat men een alcoholprobleem heeft (gehad), hoewel dit in 2001 6,6% was (figuur 7).

Wat betreft druggebruik zien we in 2018 een toename sinds 2013. Met 22,6% Belgen (15 -64 jaar) die ooit cannabis hebben gebruikt, is dit een stijging met 7,6% ten opzichte van 2013

Figuur 7: Zowel het percentage Belgen dat dagelijks rookt, alcohol- en gesuikerde frisdrank drinkt als zoete/zoute snacks eet, is gedaald doorheen de jaren



13. Hyperalcoholisatie: het drinken van minstens 6 glazen alcohol bij eenzelfde gelegenheid.

14. Piekdrinken = 'binge drinken': het drinken van minstens 4 glazen alcohol bij vrouwen en 6 glazen alcohol bij mannen in minder dan 2 uur.

en zelfs een verdubbeling sinds 2001. En ook het gebruik van een andere drug dan cannabis stijgt van 3,6% in 2013 naar 9% van de Belgen (15-64 jaar) in 2018. Cocaine (1,5%) en ecstasy (1,2%) zijn na cannabis de meest gebruikte drugs. Het aantal gebruikers is ook gestegen ten opzichte van 2013 (respectievelijk 0,5% en 0,3%). Druggebruik komt vaker voor bij jongeren van 15-24 jaar en mannen tussen 15 en 34 jaar, zij vormen dan ook een belangrijke doelgroep voor voorlichting en preventie. Druggebruik komt voor op alle treden van de sociale ladder. In het Brussels gewest komt het gebruik van drugs het meest voor.

Seksueel risicogedrag

Het risicogedrag omtrent seksuele gezondheid werd onder andere bepaald door na te gaan hoeveel Belgen een SOA-screenings-test lieten uitvoeren. 7,8% gaf aan dit de laatste 12 maand gedaan te hebben en 38,4% liet ooit al zo'n test uitvoeren. De gezondheidsenquête heeft twee subgroepen geïdentificeerd die meer vatbaar zijn voor seksueel risicogedrag: jongeren en personen met een laag opleidingsniveau. Jongeren omdat zij meerdere sekspartners hebben gehad het afgelopen jaar. Personen met een laag opleidingsniveau omdat zij minder vaak anticonceptie gebruiken, vaker geslachtsgemeenschap hebben voor de leeftijd van 15 jaar en meerdere sekspartners hebben gehad het afgelopen jaar. In het Brusselse gewest worden het minste vaak voorbehoedsmiddelen gebruikt en wordt er frequenter gebruikt gemaakt van de morning-after pil.

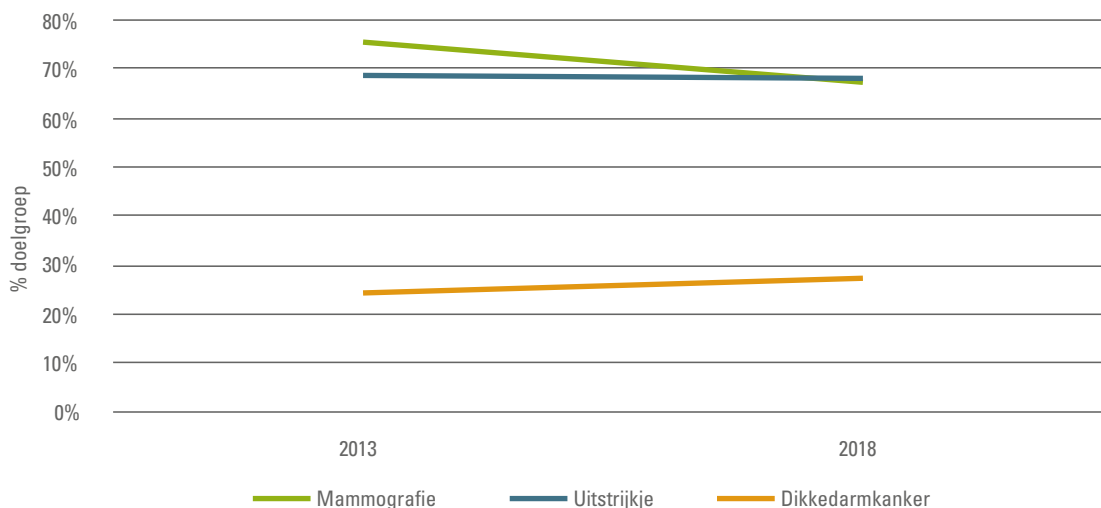
2.4. Preventieve kennis en praktijken

Preventiecampagnes bereiken niet iedereen

In welke mate doet de Belg mee aan vroegtijdige opsporing van gezondheidsproblemen? In 2018 zien we voor de screening van cardiovasculaire risicofactoren en diabetes positieve cijfers. Voor bloeddrukmeting (91,3%) en ook voor bloedcholesterol (74,8%) en bloedsuikergehalte (70,2%) is er een lichte toename van het aantal Belgen dat deze metingen liet uitvoeren sinds 2013. Wat betreft de vroegtijdige opsporing van kanker in de doelgroepen, zien we minder mammografieën (67,3% in 2018 en 75,5% in 2013) en uitstrijkjes (68,1% in 2018 en 68,7% in 2013), maar meer opsporing voor dikkedarmkanker (27,3% in 2018 en 24,3% in 2013) (figuur 8). Voor dit laatste is een belangrijke bemerking dat er duidelijke gewestelijke verschillen zijn. Zo is een verdrievoudiging van de screening naar dikkedarmkanker waar te nemen in het Vlaams gewest in 5 jaar tijd. Dit is voornamelijk door het aanbieden van een gratis screening voor risicopersonen via het Vlaams Bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker. Ondanks deze belangrijke tendens, blijkt het niet evident om iedereen uit de doelgroep te bereiken. Zo valt zelfs 1 op 2 personen voor de screening naar dikke darmkanker uit de boot. Het blijft daarbij bijzonder moeilijk om mensen die laag opgeleid zijn deel te laten nemen aan deze vroegtijdige opsporingscampagnes.

Ook de vaccinatiegraad blijft een belangrijk werkpunt de komende jaren. Iets minder dan de helft (46,2%) van de risicopersonen liet zich vaccineren tegen de griep het afgelopen griepseizoen. Ook voor pneumokokken (8,6%) en het humaan

Figuur 8: Screening - De Belg laat zich algemeen goed screenen, hoewel men een daling ziet in het % vrouwen dat deelneemt aan mammografieonderzoek en een uitstrijkje laat nemen. De opsporing naar dikke darmkanker neemt wel toe, mede dankzij het Vlaams bevolkingsonderzoek.



papillomavirus (26,4%) ligt de vaccinatiegraad bij de risicogroepen laag. Ook hier zien we gewestelijke verschillen.

Gezondheidsvaardigheden niet bij iedereen voldoende

Het niveau van gezondheidsvaardigheden¹⁵ speelt een belangrijke rol in het omgaan met de eigen gezondheid en gezondheidspreventie. Een goed niveau van deze vaardigheden is nodig om gezondheidsinformatie te kunnen identificeren, te begrijpen, te evalueren en te gebruiken. In 2018 krijgen we hier voor het eerst een kijk op. Eén op drie Belgen (33,4%) geeft zelf aan over beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden te beschikken¹⁶. Wat we zeker moeten onthouden is dat het net de kwetsbare groepen zijn die over minder gezondheidsvaardigheden beschikken. Willen we de gezondheid van de Belg verbeteren kunnen we het best inzetten op die doelgroepen die hier het meest bij gebaat zijn, zoals personen uit oudere leeftijdsgroepen, mensen die een lager opleidingsniveau hebben, Belgen die een slechte subjectieve gezondheid rapporteren of multimorbiditeit hebben. Ook op het niveau van gezondheidsvaardigheden zijn er gewestelijke verschillen, waarbij in het Waals gewest het vaakst een onvoldoende niveau van gezondheidsvaardigheden wordt aangegeven (37,3%).

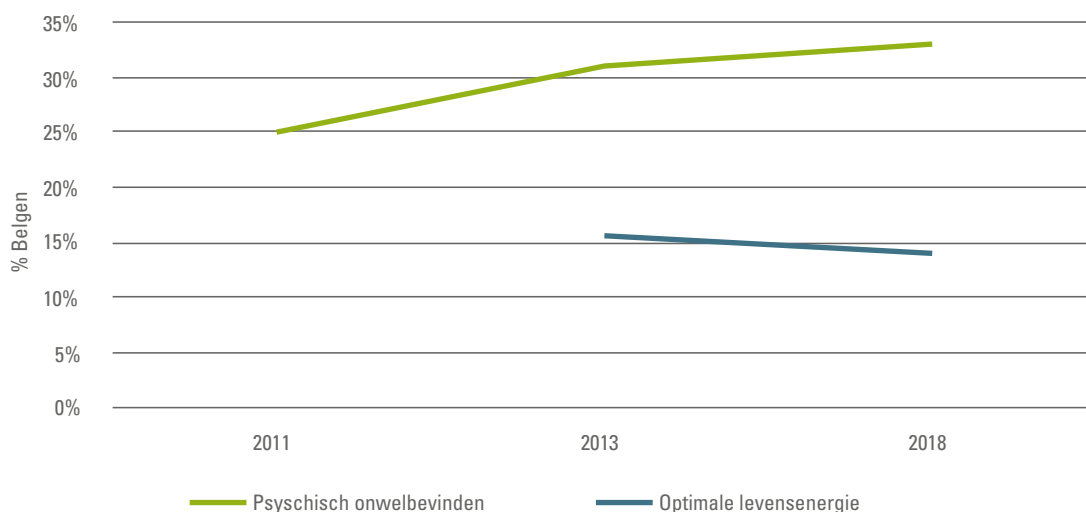
2.5. Geestelijke gezondheid en welzijn

Hoe voelt de Belg zich in zijn vel?

Gemiddeld geeft de Belg 7,4 op 10 (10 = meest tevreden) voor tevredenheid over het leven. In de gezondheidsenquête van 2013 gaven de cijfers aan dat het minder goed ging met de geestelijke gezondheid van de Belgen. Er werden meer psychische problemen aangegeven en ook de prevalentie van emotionele problemen steeg sterk tussen 2008 en 2013. Ook nam het gebruik van antidepressiva geleidelijk aan toe.

Globaal kan gesteld worden dat het psychisch welbevinden en het niveau van levensenergie het afgelopen decennium afgenomen zijn in vergelijking met de jaren 2001-2008 (figuur 9). In 2018 zien we een verdere daling van het psychisch welbevinden. In 2018 gaf 33% van de Belgen aan psychisch onwelbevinden te ervaren, waar dat in 2011 slechts een kwart van de bevolking was. Het belangrijkste kantelmoment in toename van onwelbevinden zien we in de periode van 2013 tot 2018. Slechts 14% van de Belgen bereikt in 2018 de optimale energiedrempel (versus 15,6% in 2013). Wie lager opgeleid is, heeft een hoger risico om zich psychisch onwel te voelen, om geen optimale levensenergie te ervaren en om minder tevreden te zijn met het leven. Dit gaat ook op voor de vrouwen, in vergelijking met de mannen.

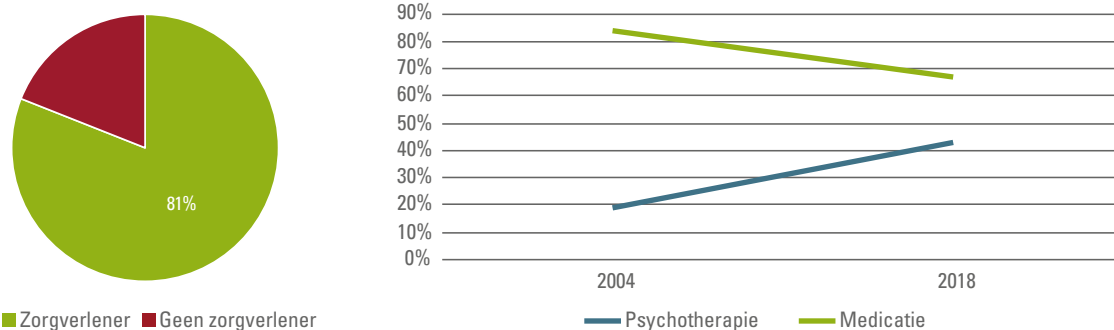
Figuur 9: Geestelijke gezondheid - Doorheen de tijd zien we een toename van het psychisch onwelbevinden van de Belgen. De optimale levensenergie is gedaald ten opzichte van de rapportering 2013.



15. Een uitgebreide blik op dit thema vind je terug in dit nummer van CM Informatie.

16. Om het niveau van gezondheidsvaardigheden te meten, werd gebruik gemaakt van de korte, 6 items versie van de HKS-EU-Q. De HLS-EU-Q6 omvat items die de drie domeinen van gezondheidsvaardigheden evalueren (gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering) telkenmale met de vier volgende dimensies: het verwerven en verkrijgen van consistente informatie met betrekking tot gezondheid, het begrijpen van deze informatie, het evalueren en beoordelen van deze informatie en het toepassen en concreet gebruiken van deze informatie

Figuur 10: Behandeling depressie: 4 op de 5 Belgen met depressieve klachten raadpleegt een zorgverlener (links). Een combinatie van psychotherapie en medicatie wordt gebruikt ter behandeling, waarbij psychotherapie de laatste jaren aan belang wint en medicamenteuze behandeling daalt (rechts).



Voor alle psychische aandoeningen die in de gezondheid-senquôte aan bod komen (depressie, angst, eetstoornissen, zelfmoordgedachten of -pogingen) neemt de prevalentie licht af na de behoorlijke toename tussen 2008 en 2013, al zijn de cijfers nog steeds op een hoogtepunt. Over het algemeen kent het Vlaamse Gewest een lagere prevalentie omtrent psychische aandoeningen. Grotendeels zijn het meer vrouwen dan mannen die aangeven hiermee te maken te hebben en ook hier zijn er sociale ongelijkheden in het nadeel van personen met een lagere opleiding.

Hoe evolueert het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen en antidepressiva?

Het gebruik van antidepressiva bij de Belgische bevolking blijft stabiel ten opzichte van 2013 (7,6%). Het aantal personen dat slaap- en kalmeermiddelen neemt, daalt van 14,3% in 2008 naar 12,4% in 2018. Meer vrouwen (vooral 45-plussers) dan mannen gebruiken antidepressiva en slaap- en kalmeermedicatie. Het gebruik van deze medicatie neemt toe met de leeftijd (75-plussers als belangrijke gebruiksgroep) en ook mensen die lager geschoold zijn doen hier meer beroep op.

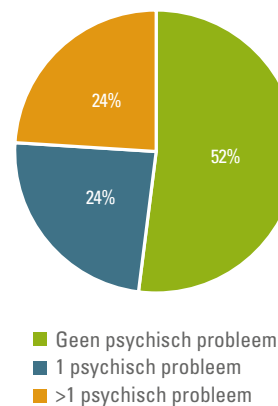
Voor de personen die aangaven het afgelopen jaar een depressie te hebben gehad, geeft de meerderheid (81%) aan hiervoor een zorgverlener te hebben geraadpleegd (figuur 10). Om depressie aan te pakken, doen we steeds meer beroep op psychotherapie (43% van de patiënten in 2018 tegenover 19% in 2004) en minder op geneesmiddelen (67% versus 84%, respectievelijk). Het gebruik van psychotherapie neemt af met de leeftijd en neemt toe naarmate het opleidingsniveau stijgt. Het gebruik van zorg bij een depressie ligt in het Waalse gewest hoger: of het nu om de raadpleging van een zorgverlener gaat

(91,8%), om het gebruik van medicatie (74,5%) of het volgen van psychotherapie (51,4%).

Hoe zit het bij de jongere generatie?

In 2018 werd in de gezondheid-senquôte voor het eerst informatie verzameld over geestelijke gezondheid bij kinderen en adolescenten van 2 tot 18 jaar¹⁷. Iets meer dan de helft van de kinderen/jongeren (52%) heeft geen ernstige psychische

Figuur 11: Psychische problemen bij jongeren – Meer dan de helft van de jongeren (2-18 jaar) ervaart geen ernstige psychische problemen. Voor een kwart van de jongeren werd 1 ernstig psychisch probleem gerapporteerd en de overige 24% rapporteerde meer dan 1 ernstig psychisch probleem.



17. De vragenlijst werd in het geval van jonge kinderen door één van de ouders beantwoord ("proxy" bevraging). De vragenlijst werd in het geval van jongeren van 15 tot 18 jaar door henzelf beantwoord.

problemen, ongeveer een kwart (24%) heeft één van deze problemen en een kwart (24%) heeft er meer dan één (figuur 11). Wanneer wordt uitgegaan van het strikte criterium van een vermoedelijke pathologie, dan heeft 70% geen ernstige psychische problemen. De meest gerapporteerde problemen zijn relatiestoornissen met leeftijdsgenoten (20%), emotionele stoornissen (19%), en gedragsstoornissen (18%). Bijna alle problemen hebben de neiging om af te nemen met de leeftijd. Vanaf de leeftijd van 15-18 jaar ervaren meisjes meer emotionele problemen. Een hoger opleidingsniveau van de ouders is een beschermende factor voor de psychische problemen bij kinderen en jongeren.

3. Bespreking

3.1. Wat zeggen de resultaten?

In dit artikel kwam een waaier aan cijfers en informatie over de volksgezondheid in België aan bod. Hoe kunnen we deze cijfers nu interpreteren?

Allereerst, de gezondheidsenquête is gebaseerd op gegevens die door de mensen zelf werden gerapporteerd. Dit is belangrijk om in het achterhoofd te houden bij het interpreteren van de gegevens, zoals rond prevalentie van chronische aandoeningen. Deze zelf-rapportage geeft ons wel unieke informatie over hoe de bevolking zelf kijkt naar hun gezondheid en wat hun werkelijke gezondheidsnoden zijn en dit op een bijzonder grote schaal. Vermits de methodiek over de jaren heen identiek is voor de gezondheidsenquête, kunnen er evoluties in kaart worden gebracht. De gezondheidsenquête is dus bijzonder waardevol om samen aan de slag te gaan rond gezondheid.

3.2. Een belangrijke rol is weggelegd voor het gezondheidsfonds!

Zonder in detail in te gaan op alle bevindingen, kunnen we zeggen dat het meer dan ooit nodig is om hier met een gezondheidsfonds blik naar te kijken. We willen onze leden meer levenskwaliteit bieden door betrouwbare partner te zijn in hun brede blik op gezondheid. Hierbij willen we het liefst proactief, preventief en coöperatief aan de slag gaan. Om deze rol optimaal te benutten moeten we ons des te meer laten leiden door de cijfers die de Belgen ons geven via onder meer de gezondheidsenquête en de wetenschappelijke conclusies die we hieruit kunnen trekken. Laat ons starten met enkele factoren die we via een gezonde leefstijl kunnen aanpakken, zoals voedingsgewoonten, omgaan met stress, of beweging en sedentair gedrag. Globaal blijft de levensstijl van de Belgen ook in 2018 doorwegen op de gezondheid en op determi-

nanten die aan de basis liggen van verscheidene chronische aandoeningen. De gezondheidsenquête leert ons dat er voor het eerst meer Belgen met overgewicht zijn dan met een gezond gewicht. Hierdoor kunnen we voorspellen dat het aantal personen met diabetes type 2 de komende jaren verder zal toenemen. Ook het feit dat we algemeen minder bewegen en meer stilzitten resulteert momenteel in gezondheidsrisico's voor velen. We zien dat het aantal personen met 1 of zelfs meerdere chronische aandoeningen zoals lage rugpijn, een te hoge bloeddruk en cholesterol en diabetes, verder toeneemt. Maar ook aandoeningen die niet automatisch gelinkt worden aan leefstijl of de vergrijzing zijn aan een opmars bezig, zoals allergie en astma. De redenen daarvoor zijn divers. Zowel genetische factoren liggen hiervoor aan de basis, maar ook de invloed van de omgeving is aanwezig. En hoewel deze aandoeningen niet automatisch gelinkt zijn aan leefstijl, is geweten dat roken, obesitas, ... ziekten zoals astma in de hand kunnen werken.¹⁸ Ook de geestelijke gezondheid van de Belgen gaat er niet op vooruit. De signalen van mentaal onwelbevinden, langdurige vermoeidheid, pijn, gevoelens van angst en depressie, beïnvloeden allen de ervaren levenskwaliteit. Mentale gezondheid verdient op alle leeftijden meer aandacht, dus ook bij kinderen/jongeren en bij ouderen. Kennis over gezondheid en participeren aan gezondheidspreventie moet beter. De bevolking ondersteunen, adviseren en begeleiden bij gezondheid is dus meer dan welkom en nodig. Hier liggen dus veel kansen voor preventie en opportuniteiten voor CM als Gezondheidsfonds. Door trajecten op maat aan te bieden, waarbij onze leden individueel of in groep empowered worden om met hun gezondheid aan de slag te gaan zijn alvast een stap in de juiste richting. Hierbij worden de meest kwetsbaren onder ons, die vaak uit de boot blijken te vallen als het op gezondheid aankomt, niet vergeten. Onze Gezondheidsbevordering jaarthema's 2020 zijn alvast goed gekozen en plaatsen gezondheid in zijn brede context: vaccinatie, geestelijke gezondheid, diabetes type 2, fijn stof, ...

Een interessant gegeven is dat voor de eerste keer objectieve metingen werden verzameld bij een deel van de respondenten van de gezondheidsenquête 2018. Opmerkelijk is dat een te hoge bloeddruk, een te hoog cholesterolgehalte en de prevalentie van (of risico op) diabetes en overgewicht/obesitas in hogere mate objectief werd waargenomen dan wat de bevolking zelf rapporteerde in de enquête. Deze discrepantie geeft aan dat gezondheidsrisico's en -problemen bij de bevolking niet altijd gekend zijn of de mate van bewustzijn hiervan eerder laag is.

Eveneens nieuw in de gezondheidsenquête zijn de cijfers voor gezondheidsvaardigheden. 1 op 3 Belgen scoren laag als het op gezondheidsvaardigheden aankomt. Daarenboven blijken net die groepen die het meeste geholpen zouden zijn met meer gezondheidsvaardigheden, lager te scoren. Zowel ouderen, mensen met een moeilijke sociale context of chronische

18. https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epinl/crospnl/asthme_nl.pdf

aandoeningen zouden meer levenskwaliteit kunnen ervaren wanneer zij een hoger niveau aan gezondheidsvaardigheden kunnen bereiken. Hier kunnen we als gezondheidsfonds een belangrijke rol in spelen. Dit kunnen we doen door individueel of in groep in te zetten op onze burgers. Maar dat is maar een deeltje van de puzzel. Willen we echt een verschil maken, dan moeten we verder durven gaan en gezondheid niet louter als iets individueel zien, maar ook binnen de omgeving van dat individu plaatsen. Die omgeving kan zowel direct (sociale interacties, eenzaamheid, milieu, ...) als indirect (sociaal-cultureel, economisch, politiek, ...) meespelen. Als Gezondheidsfonds is het echter niet ons uitgangspunt om elke dag, de “perfecte gezondheid” na te streven. Maar vanuit het health in all policies principe willen we wel stap voor stap keuzes maken die binnen dit samenspel van verschillende factoren (individueel én collectief) de gezondheid van de Belgen bevordert. Hierbij zien we gezondheid als een middel om de sociale, fysieke en emotionele uitdaging van het leven aan te gaan. Het vermogen om je aan te passen (veerkracht) en de burger centraal zetten vanuit gelijkwaardigheid zijn hierbij cruciaal. We zijn ons ervan bewust dat niet iedereen de behoefte heeft om actief aan zijn gezondheid te werken. Als Gezondheidsfonds kunnen we wel een verschil maken door ons nog meer ‘health literacy friendly’ te organiseren¹⁹, bijvoorbeeld op vlak van het aanbieden van begrijpbare informatie en mensen helpen de weg te vinden in het doolhof van gezondheidsadviezen. Ook de sociale interacties vanuit onze vrijwilligerswerking zijn hierbij bijzonder waardevol. Maar even goed door onze leden te begeleiden om deze informatie toe te passen in de praktijk en effectief over te gaan tot gedragsverandering. Je kan wel weten dat meer bewegen en een gezond gewicht beter zijn voor je gezondheid. Maar hoe verander je die vastgeroeste gewoontes? Hoe verander je voedingsgewoontes naar een gezond patroon dat je in je leven integreert? Hoe begin je aan meer bewegen? Hoe praat ik met iemand die mentale problemen heeft? Hier kunnen we als gezondheidsfonds een actieve bijdrage leveren.

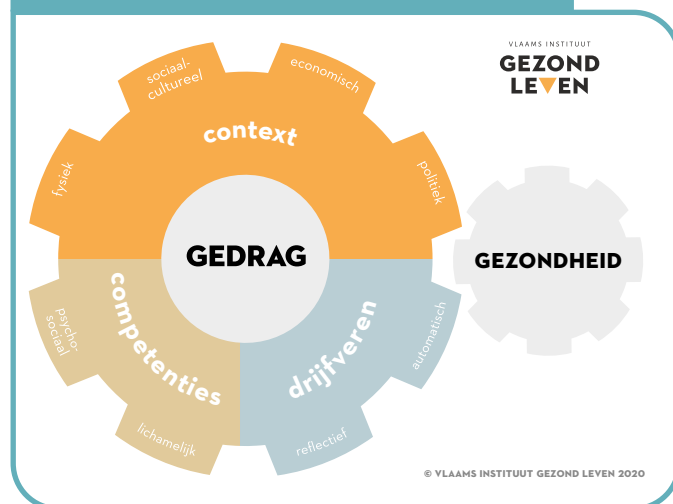
Waarom is gezondheidsbevorderend gedrag zo’n uitdaging?

We bevinden ons in een tijdperk waar we volop worden blootgesteld aan informatie over gezondheid en waar we overladen worden met goed bedoelde gezondheidsadviezen. Technologie zoals wearables laat ons toe om onze gezondheid op de voet te volgen. Het is echter niet omdat we iets weten, dat we automatisch gezondheidsbevorderend gedrag stellen. Dan begeben we ons op het terrein van de gedragswetenschappen. Om gezondheidsbevorderend gedrag te stellen, heb je naast kennis ook vaardigheden en drijfveren nodig. Deze stellen je in staat en motiveren je om gedrag te stellen of te veranderen. Hoewel we vaak tot meer in staat zijn dan wat we zelf denken, heeft het individu niet alles zelf in handen. De context of om-

geving waarin we leven, wonen en werken bepaalt ook mee de gezonde of ongezondere keuzes die we maken. Willen we echt dat ons gedrag verandert, dan zetten we het best in op drie voorwaarden: voldoende competenties, sterke en duurzame drijfveren en een context waarin het gedrag of de gedragsverandering haalbaar is of zelfs gestimuleerd wordt (figuur 12).²⁰

Figuur 12: Gedragswiel

© Vlaams Instituut Gezond Leven



Desondanks we vaak tot meer in staat zijn dan wat we zelf denken, heeft het individu niet alles zelf in handen. De omgeving waarin we leven, wonen en werken bepaalt ook mee de gezonde of ongezondere keuzes die we maken. Vandaar dat CM zal blijven ijveren voor ‘health in all policies’, omdat gezondheidsproblemen hand in hand samen gaan met maatschappelijke uitdagingen zoals armoede, huisvesting, publieke dienstverlening, ouderenzorg²¹. Het individu kan nooit alleen verantwoordelijk worden gesteld voor de gezondheidskeuzes die hij/zij al dan niet neemt. Het is moeilijk om de ‘juiste’ gezondheidskeuzes te maken als men bijvoorbeeld moet rondkomen met een inkomen dat onder de armoedegrens ligt. Als roken een manier is om met de stress om te gaan van ruzie binnen het gezin. Als preventieve onderzoeken naar kanker wel gratis zijn, maar de assumptie dat kanker een onbehandelbare ziekte is je ervan weerhoudt om je te laten screenen. Of je zoutarm moet eten voor je chronische nierziekte, maar de overheid geen maatregelen neemt om het zoutgehalte in onze maaltijden te beperken. Er is dus een grootschalige en gezamenlijke inspanning van verschillende actoren vereist om een verschil te maken op vlak van gezondheid voor de samenleving.

Daarnaast, kennis alleen is onvoldoende om gewoontes te veranderen en gezond gedrag te stellen. Denk maar aan het

19. Rondia K, Adriaenssens J, Van Den Broucke S, Kohn L. Gezondheidsgeletterdheid: welke lessen trekken uit de ervaring van andere landen? KCE Reports 322A. 2019.

20. <https://www.gezondleven.be/gezond-leven-gezonde-omgeving/gedragsdeterminanten>, geraadpleegd op 20 april 2020.

21. Van Hootegem G & Dessers E. Onbezorgd. Naar een geïntegreerd gezondheidssysteem. 2017. Acco; Leuven.

stoppen met roken²². Misschien kijken we nog te vaak louter vanuit het biomedische perspectief en hopen we dat vooral geneesmiddelen onze gezondheid zullen verbeteren²³? Al blijkt uit het eerste gezondheidsonderzoek dat voor de vaak voorkomende risicofactoren voor het ontwikkelen van chronische aandoeningen (hoge bloeddruk, hoge cholesterol, hoge bloedsuikerspiegels) bij een belangrijk aandeel van de mensen de medicatie niet het gewenste effect heeft. Therapietrouw speelt hierin zeker een rol. Daarnaast is het ook belangrijk te beseffen dat medicatie de chronische aandoening wel onder controle kan houden, maar dat vaak een gezonde levensstijl (al dan niet gecombineerd met medicijnen) substantieel kan bijdragen tot verbetering van de objectieve gezondheidsparameters en de zelf ervaren gezondheid. Wanneer we onze leden actief kunnen op weg helpen naar een gezonde levensstijl, dragen we vanzelfsprekend bij aan hun gezondheid en zullen op termijn de kosten voor zorgconsumptie lager (kunnen) liggen.

Limieten van een algemeen onderzoek om gezondheidsproblemen aan te pakken

CM wil er zijn voor iedereen, en in het bijzonder voor de meest kwetsbaren. Maar wie zijn deze mensen? Kwetsbaarheid laat zich niet zo eenduidig definiëren. Uit de gezondheidsenquête blijkt dat voor wie onderaan de sociaal-economische ladder staat, er na 20 jaar nog geen vooruitgang is geboekt. De nood is dus groot aan het opzetten en evalueren van acties die de socio-economische ongelijkheden aanpakken²⁴. Ook ouderen (65-plussers) behoren tot de meer kwetsbaren onder de Belgen. Vermits onze levensverwachting globaal toeneemt, zal ook deze groep de komende jaren alleen maar groter worden. Onze rol als gezondheidsfonds pro-actief opnemen, en bijdragen tot gezondheid in de brede betekenis van het woord, wordt ook bij deze groep een extra uitdaging. Maar bijvoorbeeld ook personen die arbeidsongeschikt of werkloos zijn behoren tot een risicogroep, omdat dit onder andere invloed heeft op de financiële gezondheid en zingeving.

Hoe kunnen we er zijn voor iedereen? Een mogelijke strategie is te vertrekken vanuit de behoeftegestuurde aanpak, een strategie die vertrekt vanuit een specifieke vraag of behoefte en dus focust op de werkelijke noden van een specifieke groep²⁵. Een vraaggestuurd, persoonsgericht zorgmodel wordt tevens gepromoot op beleidsniveau²⁶. Dit laat ruimte voor een gepersonaliseerde en dus meer doeltreffende en doelmatige aanpak dan de 'one size fits all' aanpak. Want niet iedere Belg

heeft dezelfde behoeften op vlak van gezondheidsbevordering en gezondheidszorg en acties op het populatieniveau zullen gemiddeld wel een effect hebben, maar hierdoor weet je niet of groepen met het gezondheidsrisico echt bereikt worden. In dit artikel kon je een diversiteit aan risicogroepen terugvinden, want het zijn niet enkel de meest kwetsbare groepen of chronisch zieken die advies en coaching nodig hebben. Durven speciëren is vooruitgaan, al zal het een uitdaging zijn om de risicogroepen te identificeren en prioriteiten te selecteren. Wat kan helpen om acties meer gericht en pro-actief te maken is data-gericht werken en specifiek ook op regionaal en lokaal niveau aanwezig zijn. Goede acties in de ene regio zijn immers niet noodzakelijk goede acties in een andere regio, al kunnen de bouwstenen wel gelijklopend zijn. Ook participatie zal ons helpen om noden te identificeren: samenwerking met de leden, met het terrein en met experts in gezondheid en in domeinen die gelinkt zijn aan gezondheid.

4. Besluit

De gezondheidsenquête 2018 heeft weer een schat aan waardevolle informatie opgeleverd over de gezondheid van de Belg. Aan ons als gezondheidsfonds om hiermee aan de slag te gaan. De uitdagingen zijn divers. Het gaat zowel om betrouwbare informatie aanbieden en de mensen actief op weg helpen om deze informatie om te zetten in een gezonde levensstijl. Nog meer bewustmaking rond bepaalde risicofactoren als hoge bloeddruk en hoge cholesterol en mentaal welbevinden. Mensen begeleiden om tot een betere levenskwaliteit te komen. Maar het gaat ook om gezondheid in een breder kader te plaatsen door 'health in all policies' want werken aan gezondheid is ook een verhaal van een waardig inkomen, een degelijke huisvesting, En steeds voor ogen houden dat niet iedereen zijn behoeften en noden hetzelfde zijn en er een individuele aanpak nodig is, waarbij de kracht van de omgeving niet mag vergeten worden.

Gezondheid is dus een werkwoord. Het vraagt kwaliteit, solidariteit en duurzaamheid. Voortdurende bewustheid, aandacht, reflectie, aanpassing, volharding, maar ook correcte en begrijpbare informatie, coaching en partnership zijn cruciaal. De juiste instrumenten op de juiste moment aan de juiste personen, aangemoedigd op individueel en collectief niveau. Op die manier bouwen we samen vastberaden aan meer levenskwaliteit voor iedereen.

22. Williams DM & Rhodes RE. The confounded self-efficacy construct: conceptual analysis and recommendations for future research. *Health Psychol Rev.* 2016 Jun;10(2):113-28.

23. Deschepper R. Je levensstijl als medicijn. Zo word en blijf je gezond. 2019. Lannoo, Tielt.

24. Van der Heyden J, Charafeddine R, Demarest S, Drieskens S, Nguyen D, Tafforeau J, Gisle L, Braekman E, Berete F. Gezondheidsenquête 2018: gezondheid en kwaliteit van leven. Samenvatting van de resultaten. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/33.

25. Rondia K, Adriaenssens J, Van Den Broucke S, Kohn L. Gezondheidsgeletterdheid: welke lessen trekken uit de ervaring van andere landen? *KCE Reports* 322A. 2019.

26. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid-overzicht>, geraadpleegd op 23 maart 2020.