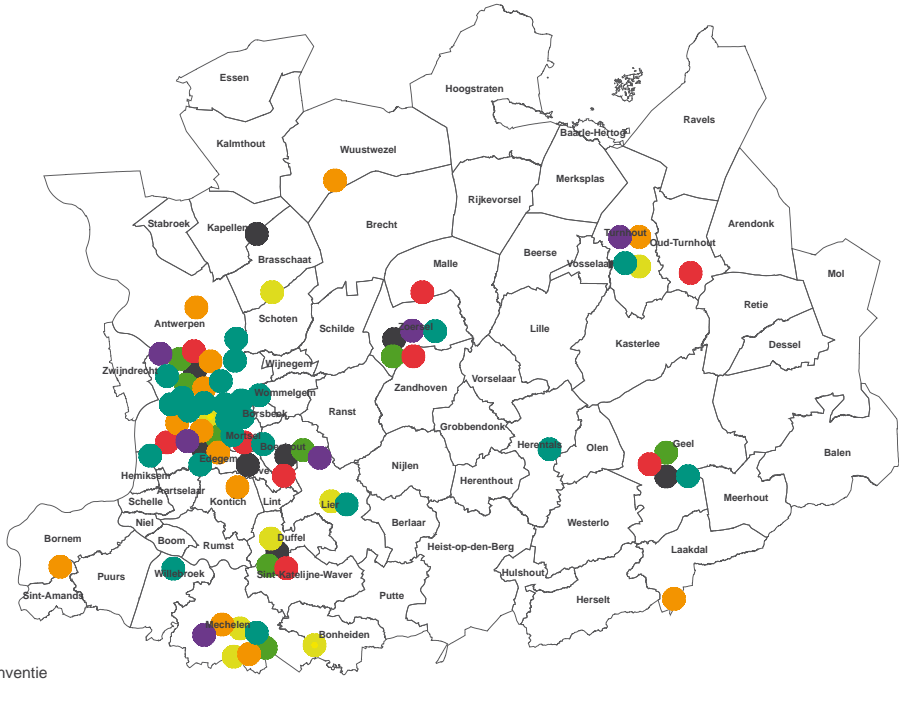



222 **Bron:** jaarverslag Overlegplatform Geestelijke Gezondheid
 Provincie Antwerpen, OOGPA vzw, 2007



Deze toename is onder meer te verklaren door het aantal illegale verblijvers en geregulariseerde personen die in toenemende mate een beroep doen op psychosociale hulpverlening en geestelijke gezondheidszorg. Ook in de geestelijke gezondheidszorg valt het effect van de vergrijzing én de vergroening op. Steeds meer jongeren resp. vijftenzestigplussers kampen met psychische problemen. Er is zeker nood aan bijkomend en aangepast aanbod geestelijke gezondheidszorg voor jong en oud¹²⁹, al blijft ook dat “Kurieren am Symptom”.

De voorzieningen voor geestelijke gezondheid zijn erg ongelijkmatig verdeeld in

¹²⁹ http://www.zorg-en-gezondheid.be/infomoment_ggz/



224 de provincie Antwerpen. Zo merken we een belangrijke clustering rond het stedelijke gebied van Antwerpen en de randgemeenten errond. In Turnhout en Mechelen is de tendens gelijklopend. In de randgemeenten van de regio Kempen en Mechelen daarentegen zijn er nauwelijks centra voor geestelijke gezondheidszorg. Dit kan deels worden verklaard en verantwoord door de hogere prevalentie van psychische problemen in stedelijke gebieden.

2.5.5.7 Palliatieve zorg

“Palliatieve zorg is de zorg die start wanneer iemand een levensbedreigende ziekte heeft en hiervan niet meer kan genezen en behandeling van de ziekte (=palliatieve therapie), nog wel tijdelijk gebeurt of reeds gestaakt is omwille van ineffectiviteit of zinloosheid”¹³⁰. In tegenstelling tot vroegere opvattingen over leven en dood, ligt bij palliatieve zorg het accent op comfortzorg en op het creëren van de nog resterende ruimte om te “leven”. Artsen streven ernaar kwaliteit van leven toe te voegen aan de dagen, in plaats van dagen aan het leven. De kerntaak van de palliatieve zorg is het creëren van een palliatieve zorgcultuur: De kwetsbaar-

¹³⁰ Palliatief Support Team UZ Leuven (I. Bossuyt et alii), *Palliatieve zorg in de praktijk: zakboekje voor hulpverleners*, Leuven, Acco, 12.

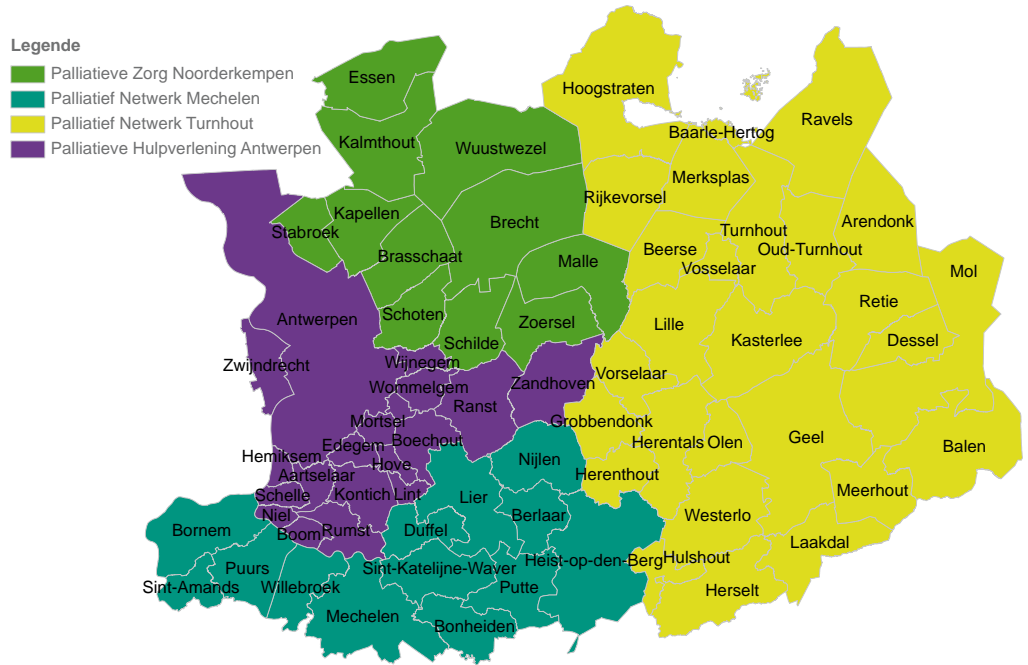
heid en de sterfelijkheid van de mens kunnen zo opnieuw de noodzakelijke aandacht krijgen in onze samenleving. Een terminale patiënt moet, vanuit een aandachtshouding voor zijn totale persoon, kunnen rekenen op vier soorten zorg: lichamelijke (controle van de pijn en andere klachten), psychische (omgaan met gevoelens en emoties), sociale (aandacht voor de familie) en spirituele (zingeving en eventueel geloofsvragen). De levenskwaliteit van de patiënt en van zijn/haar familie is het ultieme doel. Helaas start palliatieve zorg vaak veel te laat, soms zelfs pas als het stervensproces van de patiënt al begonnen is¹³¹. “Palliatieve zorg” betreft zorg voor alle patiënten met een aandoening in de terminale fase en is uiteraard niet enkel voorbehouden voor patiënten met een terminale vorm van kanker. Deze vorm van verpleging, waar zorg aan de patiënt centraal staat, zou best meer en meer als norm dienen voor alle zorgverleners.

225

¹³¹ *Palliatieve zorg: vaak al nodig voor de terminale levensfase*, persbericht van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 22/10/2009. Zie ook: *Organisatie van de palliatieve zorg in België*, KCE reports 115A, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Brussel, 2009.

Bron: Dienst Welzijn en Gezondheid provincie Antwerpen

Palliatieve netwerken provincie Antwerpen



Sinds 1996 erkent en subsidieert de Vlaamse overheid palliatieve netwerken¹³². In de provincie Antwerpen zijn 4 palliatieve netwerken actief: Palliatief Hulpverlening Antwerpen, het Palliatief Netwerk Arrondissement Turnhout, het Palliatief Netwerk Mechelen en het Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen. Een netwerk palliatieve zorg is een overkoepelend samenwerkingsverband

¹³² <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=54>

228 tussen vertegenwoordigers van eerstelijns hulpverleners, organisaties, instellingen, verenigingen en diensten, gericht op palliatieve zorg. Zij vergaderen over hun kernopdrachten op palliatieve zorg. Zij vergaderen over hun kernopdrachten zoals het informeren en sensibiliseren van de bevolking, de mogelijkheden van palliatieve opvang, het bevorderen van de deskundigheid van alle betrokken hulpverleners en vrijwilligers. Ze coördineren en ondersteunen acties die bijdragen tot de uitbouw van een provinciale, palliatieve zorgcultuur.

2.5.5.9 Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen

De kennis en expertise over palliatieve zorg werd in Vlaanderen samengebracht en gebundeld in de vzw Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Kwaliteitsvolle palliatieve zorgverlening uitbouwen, is haar belangrijkste doel. De vereniging bestaat uit de vertegenwoordigers van de 15 palliatieve netwerken in Vlaanderen en uit het palliatieve werkveld zoals de thuiszorg, de woonzorgcentra en de ziekenhuizen¹³³.

2.5.5.10 Dagcentra voor palliatieve verzorging

Net zoals bij dagopvang voor ouderen, bestaat er voor pal-

¹³³ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=20100>

liatieve personen ook een gespecialiseerde mogelijkheid tot dagopvang. Een dergelijk dagcentrum maakt het voor een aantal mensen met een levensbedreigende aandoening via aangepaste, gespecialiseerde zorg mogelijk om thuis te blijven wonen. Zo kan het dagcentrum tegemoet komen aan de wens van terminaal zieke patiënten om thuis te sterven. Via uiteenlopende activiteiten en sociale contacten proberen ze zo het psychologisch welbevinden van de persoon te verhogen en de mantelzorg te verlichten. Binnen een experimenteel project financierde het RIZIV een beperkt aantal palliatieve dagcentra tussen 2002 en 2005. Tot en met 31 december 2008 werden er vijf erkende dagcentra gefinancierd op basis van een beperkt budget van het RIZIV¹³⁴. De verdere besluitvorming over het al dan niet erkennen, normeren en financieren van palliatieve dagcentra is een taak van de nieuwe regering.

229

¹³⁴ Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu 2008 Evaluatierapport Palliatieve Zorg. Te raadplegen via: http://mailsystem.palliatief.be/accounts/15/attachments/rapporten/fed_evaluatieceel_mai_2008_rapport_2008_nl.pdf. Zie ook: Wet- en regelgeving over de palliatieve zorg in Vlaanderen, <http://mailsystem.palliatief.be/accounts/15/attachments/Publicaties/regelgeving.pdf>, 5p. Verder: G. Snackaert, Een wettelijk kader, Provinciaal Domein Welzijn, Thema Palliatieve Netwerken, 4de jaargang, nr.11, december 2009, 16.

230 2.5.5.1 I Palliatieve Zorg Eenheden in de ziekenhuizen (PZE)

Palliatieve Zorg Eenheden zijn bestemd voor palliatieve patiënten die niet langer thuis verzorgd kunnen worden. Dankzij het aangepaste zorgaanbod kunnen ze op een aangepaste manier worden opgevangen in een ziekenhuis. Op een eenheid biedt men een totaalzorg in een huiselijke omgeving, afgestemd op de individuele noden van de patiënt (en diens familie). Bijna alle Palliatieve Zorg Eenheden bevinden zich binnen de muren van een ziekenhuis, slechts enkelen daarbuiten. Afhankelijk van de medische toestand van de patiënt, kunnen ze worden bijgestaan door een palliatief supportteam. Het heeft als belangrijkste taak om de terugkeer van de patiënt naar zijn thuisomgeving, als hij dat wenst, mogelijk te maken. Daarnaast ondersteunt en adviseert het Palliatief Supportteam de zorgverleners die direct verantwoordelijk zijn voor de medische en verpleegkundige zorg aan hun patiënt. Als tweede type zorgstructuur werd in alle ziekenhuizen de mogelijkheid van een palliatieve functie ontwikkeld om specifieke verzorging te bieden aan palliatieve patiënten die niet in een palliatieve zorgenheid verblijven. Ook de rust- en verzorgingstehuizen beschikken over een gelijkaardige voorziening.

2.6 Klemtonen van het welzijnsbeleid van de provincie Antwerpen

231

Sinds enkele decennia draagt de provincie Antwerpen op belangrijke en doelgerichte wijze bij tot de verbetering van de lichamelijke gezondheid en het sociaal welbevinden van haar inwoners. Het eigen beleid dat ze in die geest uitstippelde, vertrekt vanuit de specifieke rol van een intermediair bestuur en werkt complementair aan het lokale gezondheidsbeleid van de gemeenten en aan de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. In die zin beschikt ze over de ruimte om waardevolle projecten de nodige rijpingstijd te geven en goede praktijken snel te detecteren. Voor het voorzieningenbeleid van de provincie Antwerpen zijn een aantal kernopdrachten toegekend: netwerkvorming, impulsbeleid en planning¹³⁵. Dankzij haar unieke, territoriale specificiteit kan de provincie als geen ander inspelen op hiaten in de welzijns- en gezondheidszorg, op nieuwe noden en op vernieuwende initiatieven. Bovendien profileert de provincie Antwerpen zich als actieve initiatiefnemer voor het tot stand brengen van bovenlokale netwerking. In de sector gekende voorbeelden zijn: een forum voor lokale besturen,

¹³⁵ *Legislatuurnota Welzijn en Gezondheid 2007-2012*, provincie Antwerpen, 9.

232 semi-publieke en private actoren. Ook het regionaal welzijnsoverleg, het lokaal ouderenbeleid en het gehandicaptenbeleid, worden rechtstreeks ondersteund door de provincie. Tot slot zorgt de provincie voor een ondersteuning van het planningsproces. Op regelmatige basis levert ze concrete, actuele data aan voor o.a. de centrale wachtlijstwerking in de gehandicaptensector, seniorenvoorzieningen en de sociale kaart¹³⁶. Tegelijk kan en wil de provincie een forum zijn waar nagedacht kan worden over allerlei nieuwe initiatieven die de gezondheidszorg aanbelangen. Tegelijk kan ze een beleidsondersteunende rol spelen, waarbij de brug wordt geslagen tussen het federale en het Vlaamse beleid enerzijds en de noden van mensen anderzijds.

¹³⁶ Uit het bestuursakkoord Welzijn blijkt verder dat “Het bevorderen van welzijn een actieve, brede en positieve optie is. Wij denken vooruit om de problemen op te lossen voor ze zich voordoen. Door onze gerichtheid om meerwaarde te leveren voor ‘grotere structuren’ zoals gemeentebesturen, OCMW’s en private centra creëren we meer welzijn voor de man in de straat. Door ouderen en kansarmen via directe participatie bij onze besluitvorming te betrekken krijgen zij een eigen stem. Onze aanpak trekt de kaart van de diversiteit; een groep kent vele deelgroepen die allemaal een specifieke benadering vereisen.” Daarnaast streeft de provincie ernaar om een logistiek, communicatief, zorgzaam en creatief welzijnsplatform te zijn. Het Team Zorg voegt daar nog een bijkomende strategische doelstelling aan toe, namelijk ‘Kansen verhogen’ voor diegenen die minder mogelijkheden of een ongelijke toegang tot welzijn hebben.

Eén van de belangrijkste realisaties van het provinciebestuur is de oprichting van twee toonaangevende, provinciale centra: het Provinciaal Instituut voor Hygiëne (PIH) en het Provinciaal Centrum voor de Opsporing van Metabole Aandoeningen (PCMA). Het PIH verwierf bekendheid door kankerpreventie, drinkwater- en voedselonderzoek en hygiëne in grootkeukens. Het PCMA verwierf bekendheid met het onderzoek van de hieplrik. Het vergaarde niet alleen een enorme en onvervangbare bron aan kennis. Door de vroegtijdige opsporing én bijgevolg goede behandeling van kindjes met een metabole aandoening kunnen zware handicaps worden vermeden. Verder verleent het provinciebestuur haar medewerking aan de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (zie supra), het Antwerps Kanker Informatie- en Ontmoetingscentrum (AIKO), het Oncologisch Centrum Antwerpen (OCA), de vzw Sana De Mick en haar projecten voor MS-patiënten en de Gezond Leven Gezondheidsdoelstellingen. Een unieke partner van het lokale bestuur om lokale gezondheidsprojecten te ontwikkelen en te implementeren met het oog op een integraal gezondheidsbeleid, is het LOGO ofwel Lokaal GezondheidsOverleg. 233

234 Maar ook van haar inwoners verwacht de provincie een actieve inbreng bij de realisatie van haar ultieme doelstelling: een geestelijk én lichamelijk gezonde(r) Antwerpen. Zo willen we evolueren naar een Antwerpse samenleving waarin burgers er niet enkel een gezonde levensstijl op na houden voor zichzelf en hun kinderen (gezonde voeding, voldoende bewegen en participeren aan preventiecampagnes) maar bovendien op verantwoorde wijze hun medeburgers de eerste hulp kunnen toedienen na een ongeval of bv. bij een hartstilstand, in afwachting van de komst van de hulpdiensten. O.m. gezondheidsopleidingen van het korte type, een jongerenwerking, jeugdkampen zoals het Rode Kruis ze aanbiedt, dragen daar substantieel toe bij. Tegelijkertijd willen we ook voorzien in het materiaal om effectieve hulpverlening in de praktijk mogelijk te maken. De aanwezigheid van automatisch, uitwendige defibrillatoren op openbare plaatsen en op het werk, kan zo leiden tot een vermindering van hersenbeschadiging of overlijden door hartstilstanden.

Snel en efficiënt ingrijpen door de basisreanimatie toe te passen, doet de overlevingskansen van het slachtoffer met maar liefst 80% toenemen¹³⁷.

235

Defibrillatoren moeten officieel worden geregistreerd bij de FOD Volksgezondheid. In de provincie zijn 219 AED-toestellen officieel geregistreerd, verspreid over 45 gemeenten. Het merendeel daarvan bevindt zich in voertuigen (133 toestellen versus 86 niet in voertuigen). Meestal is er een link met een medische structuur (EHBO-lokaal, ziekenhuis, RVT – 16 toestellen) of een interventiedienst (145 toestellen). Van deze 145 toestellen zijn er 43 bij het Rode Kruis en 30 bij het Vlaamse Kruis geregistreerd. Deze toestellen zijn niet allemaal voorbehouden voor de provincie Antwerpen. De huidige registratie heeft vooral betrekking op de volledig geautomatiseerde toestellen. Diensten, ingeschakeld in het 100-systeem en de ziekenhuizen (100-ambulances en MUG- en PIT-voertuigen) hebben vaak andere toestellen die momenteel niet geregistreerd zijn.

¹³⁷ Zie hiervoor het wetsvoorstel: *Voorstel van resolutie teneinde het aantal fatale hartstilstanden op publieke plaatsen te reduceren met behulp van automatische uitwendige defibrillatoren (AED) (4-1670)*, ingediend op 24/02/2010 door Lieve Van Ermen, Wouter Beke, Marleen Temmerman en Louis Ide, te raadplegen op: <http://www.senate.be/www/?Mival=/publications/viewPubDoc&TID=67116160&LANG=nl>.

236 Enkele opvallende feiten in de databank van de FOD Volksgezondheid: 10 politievoertuigen zijn uitgerust met een AED-toestel. Deze behoren allemaal tot dezelfde politiekezone (Balen-Nijlen). Bij de brandweer geldt dat vooral daar waar een 100-ambulance aanwezig is, er ook een AED-toestel staat (24 versus 4 waar geen 100-erkenning is). Op 51 plaatsen in 38 gemeenten staan defibrillatoren op vaste plaatsen. Ze staan vooral in grote bedrijven (38) en/of sportcentra (9). Kortom, er is nog een grote inspanning nodig om AED-toestellen te plaatsen op plaatsen die 24/7 voor het publiek toegankelijk zijn én m.n. daar waar het grootste risico zich voordoet. Enkel in Schoten, Grobendonk en Mortsel werd een toestel geregistreerd, dat ophangt aan het gemeentehuis. Ook hier kan en zal de provincie een belangrijke, coördinerende en informerende rol spelen.

2.6.1 Het welzijnsbeleid op Vlaams en federaal niveau en de patiëntenorganisaties

Ook vanuit de Vlaamse overheid wordt aandacht besteed aan de collectieve en individuele verantwoordelijkheid inzake gezondheidszorg. Zo beoogt artikel 3 uit het Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid “een

verbetering van de volksgezondheid, meer bepaald het behalen van gezondheidswinst op Vlaams bevolkingsniveau, om zo te kunnen bijdragen tot een verhoging van de levenskwaliteit”. Volgens artikel 8 van het decreet heeft “iedere persoon, binnen het toepassingsgebied van dit decreet, een individuele verantwoordelijkheid ten opzichte van zijn eigen gezondheid (heeft), door de daden die hij vrijwillig en bewust stelt of nalaat te stellen, ook ten opzichte van de gezondheid van zijn medemens. Deze verantwoordelijkheid omvat het in acht nemen van veiligheidsvoorschriften, het aannemen van een gezonde leefstijl en het nemen van andere voorzorgsmaatregelen die haalbaar en doeltreffend zijn om ziekten en aandoeningen bij de mens te voorkomen.”¹³⁸ Initieel formuleerde de Vlaamse overheid vijf doelstellingen die als leidraad dienen voor de preventieve acties van gezondheidswerkers. In 2002 werd hieraan nog een zesde doelstelling toegevoegd. De Vlaamse overheid werkt terecht met specifieke en meetbare gezondheidsdoelstellingen:

1. Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door tegen het jaar 2015 het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terug te dringen met 10 procent en dit

¹³⁸ <http://www.juriwel.be/smartsite.net?id=10177>

238 *zowel voor mannen als voor vrouwen.*

2. *De consumptie van vetrijke voeding moet op significante wijze gedaald zijn ten voordele van de consumptie van vetarme en vezelrijke voeding.*
3. *De borstkankerscreening bij vrouwen moet doelmatiger verlopen. De participatiegraad aan screenings bij de doelgroep van 50-69 jarigen moet toenemen tot 80 procent. Zo kunnen meer kankers vroegtijdig worden opgespoord en gebeuren er zo weinig mogelijk overbodige onderzoeken.*
4. *Het aantal dodelijke ongevallen in de privésfeer en in het verkeer moet dalen met 20 procent.*
5. *De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000¹³⁹.*
6. *De preventie van infectieziekten moet op significante wijze worden verbeterd door het verhogen van de vaccinatiegraad voor aandoeningen als griep, tetanos, difterie, mazelen, bof en rubella.*

¹³⁹ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=5368>

Het is mede de taak en opdracht van de provincie Antwerpen om bij te dragen tot de effectieve realisatie van deze zeer terechte doelstellingen.

Daarnaast werd in 2009 de *Vlaamse Gezondheidsdoelstelling voeding en beweging* goedgekeurd door de Vlaamse Regering. Met die hoofddoelstelling in het achterhoofd wil Vlaanderen een belangrijke gezondheidswinst realiseren door het aantal mensen dat voldoende fysiek actief is, evenwichtig eet en een gezond gewicht nastreeft aanzienlijk te doen toenemen. Voor de actieve bevolking betekent dit ook een terugdringen van het ziekteverzuim. Voor de realisatie van die doelstellingen, werd een actieplan opgesteld. Om deze opdrachten in de praktijk te brengen, werd op Vlaams niveau voorzien in de oprichting van een aantal concrete initiatieven. Zo legt het Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie en Ziektepreventie (ViGeZ, het vroegere ViG) zich toe op de thema's tabak, gezonde voeding, gezond bewegen en ongevallenpreventie. Het zorgt ervoor dat specifieke doelgroepen¹⁴⁰ zoals het onderwijs, de werkomgeving, kansarmen en lokale gemeenschappen via gerichte informatieverbreiding toegang hebben tot degelijke informatie m.b.t. preventie.

¹⁴⁰ <http://www.juriwel.be/smartsite.net?id=10177>

239

240 De Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) verleent gezondheidsadvies aan de Vlaamse regering en het Vlaams Parlement en toetst de beleidsontwikkelingen aan de gezondheidsstatus van de bevolking. Daarnaast evalueert de VGR het aanbod van de verzorgingsvoorzieningen en formuleert ze voorstellen voor de verdere ontwikkeling ervan¹⁴¹.

Ook op het federale niveau zorgen een zevental beleidsondersteunende (onderzoeks)instanties voor de uitvoering van het gezondheidszorgbeleid (RIZIV, de Federale Overheidsdienst voor Volksgezondheid, de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, het Kenniscentrum Gezondheidszorg (KCE), het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV), het Geneesmiddelenagentschap en het Voedselagentschap). Zij doen dit o.m. op basis van gezondheidsanalyses en publiceren regelmatig.

Een nieuwe speler die zich de laatste jaren sterk engageert op het vlak van gezondheidszorg is de Europese Unie. Waar gezondheidszorg gedurende lange periode de exclusieve bevoegdheid bleef van de EU-lidstaten, begint de Unie sinds enige tijd in toenemende mate sturend op te treden. Ze

¹⁴¹ <http://wvg.vlaanderen.be/vgr/>

ontwikkelde daartoe een EU-strategie voor gezondheid, die op 23 oktober 2007 onder de titel 'Samen werken aan gezondheid: een EU-strategie voor 2008-2013' werd aangenomen¹⁴². Dit actieplan bevat 3 doelstellingen die de Europese Commissie samen met de lidstaten tegen 2013 wil bereiken. Het gaat daarbij om het bevorderen van een goede gezondheid in een vergrijsd Europa, het beschermen van burgers tegen gezondheidsbedreigingen en het ondersteunen van dynamische gezondheidssystemen en nieuwe technologieën. In oktober 2007 keurden de Europese lidstaten ook een nieuw volksgezondheidsprogramma voor de periode 2008-2013 goed. Het "Health Programme" is het belangrijkste instrument om het gezondheidsbeleid op Europees niveau uit te voeren. Aangezien de EU het instrument van het "actieplan" hanteert, zet ze vooral – terecht – ambities uit zonder afbreuk¹⁴³ te doen aan de grote verantwoordelijkheid van de lidstaten in deze. Kennelijk gaat ook de EU er – terecht – van uit dat een sterke economie gezonde, fitte mensen veronderstelt! Maar hoe fit en gezond zijn we in de provincie Antwerpen?

¹⁴² <http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Beleid/Internationaal/EU-gezondheidsstrategie%202008-2013.pdf>

¹⁴³ http://europa.eu/pol/health/index_nl.htm. Zie ook: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/EU.aspx>



3. Gezondheids- scan van de provincie Antwerpen



Eric De Mildt, UZA Magazine













A. Cijfermateriaal

Methodologische kanttekeningen

257

Gezondheidsgegevens voor de provincie Antwerpen bij mekaar sprokkelen is geen sinecure. Dat is niet zozeer te wijten aan de ontoegankelijkheid of de geringe beschikbaarheid van Vlaamse gezondheidsgegevens. Het heeft veeleer te maken met de onoverzichtelijkheid van de verschillende, individuele gezondheidsdatabanken en het gebrek aan samenhang ertussen. De federale, Vlaamse en regionale beleidsniveaus hebben kennelijk niet de gewoonte om hun beleidsondersteunende rapporten en studies over gezondheidsgegevens¹⁴⁴ structureel met elkaar uit te wisselen of ze in een centrale database op te slaan. Nochtans werd in 2000 het “protocol van 29 maart” afgesloten met als doel een efficiënte uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen alle overheidsniveaus mogelijk te maken. Het belangrijkste uitgangspunt voor dit akkoord was ambitieus en heel correct: enkel goede, overzichtelijke informatie kan het voeren van een goed gezondheidsbeleid garanderen. In 2006 stelde

¹⁴⁴ Afkomstig van het Nationaal Instituut voor Statistiek, het Rijksregister, de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, het Riziv, Morbidat, etc.

258 men vast dat de afspraken van het protocol niet werden gerealiseerd. De complexe bevoegdheidsverdeling tussen het federale, gemeenschap resp. gewestniveau bleek het voornaamste obstakel voor een gecoördineerd databeleid. In België en Vlaanderen ontbreekt het aan een conceptueel datakwaliteitsplan waarin doelstellingen worden vastgelegd en een geïntegreerd, juridisch kader garanties biedt op een transparante dataverzameling en efficiënte kwaliteitsbewaking¹⁴⁵. Buitenlandse, goede voorbeelden tonen dat het ook anders kan. Een goede datastrategie zou toelaten om de huidige blinde vlekken in het gezondheidszorggegevens op termijn kunnen weg te werken. Zo ontbreekt het momenteel aan gegevens over de extramurale gezondheidszorg. Over de psychiatrie bestaat amper cijfermateriaal. Ook over de woonzorgcentra is het cijfermateriaal schaars. Ook is er weinig bekend over de gebruikte technologie in de gezondheidszorg.

Net als vorig jaar moeten we rekening houden met ontoereikende en versnipperde data. Een genuanceerde en volledige gezondheidsschets van onze provincie optekenen, is

¹⁴⁵ S. Van De Sande *et alii*, *Inventaris van databanken gezondheidszorg*, KCA reports 30A, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Brussel, 2006, 25p.

daardoor quasi onmogelijk. Het Steunpunt Sociale Planning van het departement Welzijn doet al geruime tijd wat het kan om de overvloed aan informatie bruikbaar, communiceerbaar maar vooral fijnmazig te houden. Daarnaast is het vragende partij om de ontsluiting van gezondheidsgegevens, afkomstig van verschillende administraties, overzichtelijker weer te geven om zo tot een veel preciezer beeld te komen van de gezondheidssituatie van de inwoners van de provincie¹⁴⁶.

In wat volgt, doen we - op basis van een zo correct mogelijke inschatting en afweging - beroep op enkele van die informatiebronnen, aangevuld met de gegevens van de Nationale Gezondheidsenquête 2008, de provinciale gegevens van de Jongeren en Gezondheidsstudie uit 2006, het Belgische Kankerregister en een zelf opgezette schriftelijke enquête bij jongeren en jongvolwassenen over de vooralsnog (on)bekende gevolgen van gehoorschade. Daarnaast namen we ook in een aantal rust- en verzorgingstehuizen verspreid over onze provincie een reeks mondelinge enquêtes af waarin werd gepeild naar gezondheidsklachten, aandoeningen, de kwaliteit van de verleende fysieke en

¹⁴⁶ Nota Steunpunt Sociale Planning (SSP) Provincie Antwerpen, 4p.

260 psychologische zorg en het welbevinden bij de rusthuisbewoners. Tot slot vergelijken we onze vaststellingen met de eerste, grootschalige gezondheidsenquête binnen onze provincie uit 1995-1996¹⁴⁷. We maken hiervoor vanzelfsprekend gebruik van de meest recente, beschikbare cijfers en grafieken voor zover ze bij de verschillende instellingen bekend zijn.

¹⁴⁷ E. Eggerickx et alii, *Hoe voelt u zich? Resultaten en toelichting van de gezondheidsenquête in de provincie Antwerpen*, Provinciaal Instituut voor Hygiëne, Antwerpen, 1997, 189p.

Invasieve tumoren: Incidentie per geslacht en regio, 2006

Mannen	Totaal	CR	ESR	WSR	CRI
België	31.640	615,1	508,4	352,0	34,7
Vlaanderen	19.698	657,1	515,4	355,5	34,9
Antwerpen	5.248	629,4	492,8	338,4	33,2
Vrouwen	Totaal	CR	ESR	WSR	CRI
België	26.062	485,5	370,9	272,2	26,3
Vlaanderen	15.189	493,0	367,4	269,1	25,9
Antwerpen	4.252	497,5	373,4	273,3	26,4

CR: crude rate of bruto -incidentie (n/100.000 persoonsjaren)

ESR en WSR: voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie gebruik makend van Europese en Wereld standaardpopulatie (n/100.000 persoonsjaren)

CRI: Cumulatief Risico voor 0-74 jaar (procent)

3.1 Aandoeningen en ziektes

3.1.1. Kankers

In 2006 werden er in de provincie Antwerpen, volgens gegevens van het Belgische Kankerregister, 9500 nieuwe diagnoses van kanker gesteld en dat bij respectievelijk 5248 mannen en 4252 vrouwen¹⁴⁸. Op een totaal bevolkingsaantal van 1.688.493 inwoners (situatie in 2006)¹⁴⁹ werd bij 0,56 % van de Antwerpse bevolking d.i. bij 1 op 180 inwoners de diagnose kanker gesteld. Wanneer we die cijfers vergelijken met de cijfers voor Vlaanderen en België, valt één vierde ofwel 27,23% van het totale aantal Vlaamse kankerdiagnoses in de provincie Antwerpen.

Bron: Stichting Kankerregister

¹⁴⁸ Belgische Kankerregister, *Kankerincidentie in de provincie Antwerpen*, 6p.

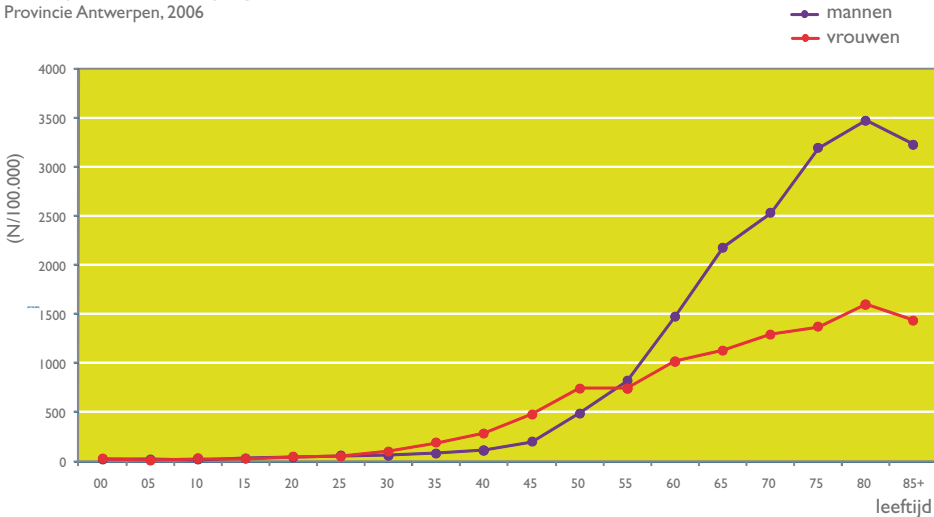
¹⁴⁹ <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/woonplaats/index.jsp>.

262 Onderstaande tabel geeft aan dat het risico voor het ontwikkelen van kanker op vooral jonge leeftijd binnen onze provincie hoger ligt bij vrouwen dan bij mannen. De belangrijkste verklaring hiervoor is de aanwezigheid van kwaadaardige melanomen, borstkanker en gynaecologische tumoren. Vanaf de leeftijd van 50 jaar zien we dat de incidentie bij mannen sterk stijgt.

Bron: Stichting Kankerregister

Invasieve tumoren (excl. non-melanoma):

Leeftijdsspecifieke incidentie per geslacht, Provincie Antwerpen, 2006



Op 65-jarige leeftijd is het risico in deze doelgroep reeds tweemaal hoger dan het risico bij vrouwen uit dezelfde leeftijdscategorie, wat bij hen vooral te wijten is aan prostaat- en longkanker.

De meest frequente tumoren in de provincie zijn geslacht- en leeftijdgebonden, zoals blijkt uit het onderstaande overzicht. Bij kinderen van 0 tot 14 jaar is leukemie (27%) de belangrijkste tumor. Bij adolescenten en jongvolwassenen is dit prostaatkanker voor mannen (32%) en huid- en borstkanker (beiden 15%) bij vrouwen. Nergens ter wereld komt meer borstkanker voor dan in België. Deskundigen spreken steeds vaker van een welvaartsziekte. Ze wijzen daarbij onder meer op de invloed van een ongezonde levensstijl, foute voeding, onvoldoende beweging en het uitstellen van de kinderwens. Naast erfelijke factoren en milieuverontreiniging werkt overgewicht o.m. ook borstkanker in de hand.

264 Kortom: onze levensstijl aanpassen, helpt kanker voorkomen!¹⁵⁰

¹⁵⁰ V. Beel, *Borstkanker is een welvaartsziekte*, artikel uit De Standaard van 11/08/2010, 6-7. Volgens het WKOF/WCRF zou zowat 30% van de meest voorkomende kankers te voorkomen zijn als we onze westerse levensstijl wat meer op die van andere continenten zouden afstemmen. In Azië en Afrika is bv. minder sprake van borstkanker, niet alleen omdat men daar minder registreert of aan preventieve screening doet, maar ook en vooral omdat vrouwen in die landen hun kinderen vaker en langer de borst geven. Bovendien drinken ze minder alcohol dan westerse vrouwen en kampen ze veel minder met overgewicht. Maar ook andere, gunstige factoren zoals de jonge leeftijd waarop ze hun eerste kind baren en een grotere kroost helpen borstkanker mee voorkomen.

Vanaf de leeftijd van 45 jaar zijn prostaat-, borst-, long- en dikke darmkanker de meest voorkomende tumoren. Het Provinciaal Instituut voor Hygiëne ondersteunt en stimuleert preventieactiviteiten die gericht zijn op al deze vormen van kanker. Zo organiseert ze sinds 1995 de baarmoederhalscreening voor alle vrouwen tussen 25 en 64 jaar aan de hand van gerichte mailings, folders en affiches. Vroegopsporing door middel van een driejaarlijks uitstrijkje kan namelijk het ontstaan van baarmoederhalskanker voorkomen of de

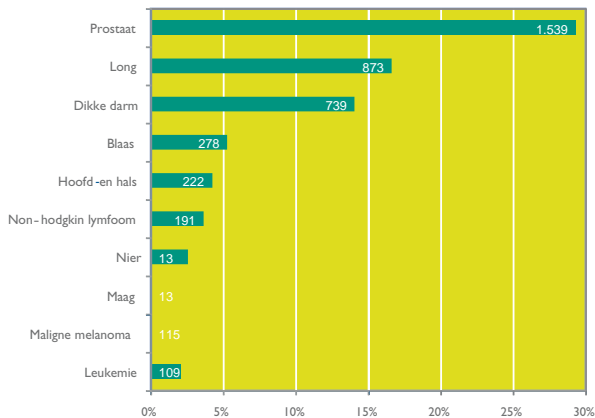
De meest frequente invasieve tumoren per geslacht en leeftijdscategorie, provincie Antwerpen

Antwerpen	1	2	3	4	5
0 14	M+V Leukemie (27%)	Bot (12%)	Non-Hodgkin lymfoom (12%)	Hersenen (10%)	Weke weefsels (4%)
15 29	M Testis (32%)	Hodgkin lymfoom (15%)	Maligne melanoom (11%)	Dikke darm (8%)	Weke weefsels (6%)
	V Maligne Melanoom (15%)	Borst (15%)	Hodgkin lymfoom (14%)	Hersenen (8%)	Thyroid (8%)
30 44	M Testis (16%)	Maligne melanoom (13%)	Dikke darm (10%)	Non-Hodgkin lymfoom (9%)	Hersenen (7%)
	V Borst (48%)	Maligne Melanoom (13%)	Baarmoederhals (7%)	Dikke darm (6%)	Non-Hodgkin lymfoom (4%)
45 59	M Prostaat (28%)	Long (17%)	Dikke darm (10%)	Hoofd en hals (9%)	Non-Hodgkin lymfoom (5%)
	V Borst (50%)	Long (9%)	Dikke darm (6%)	Baarmoederlichaam (5%)	Ovarium (4%)
60 74	M Prostaat (34%)	Long (18%)	Dikke darm (14%)	Blaas (5%)	Hoofd en hals (5%)
	V Borst (32%)	Dikke darm (14%)	Long (9%)	Baarmoederlichaam (8%)	Non-Hodgkinlymfoom (4%)
75+	M Prostaat (28%)	Dikke darm (18%)	Long (16%)	Blaas (8%)	Maag (4%)
	V Borst (26%)	Dikke darm (24%)	Long (6%)	Baarmoederlichaam (5%)	Ovarium (4%)

266 kansen op genezing substantieel verhogen. In tegenstelling tot gerichte campagnes in de media die baarmoederhalsvaccinatie tijdens de adolescentie massaal aanmoedigen, blijkt deze preventiemethode in de praktijk even of zelfs nog efficiënter te zijn dan inenting¹⁵¹. Toch blijft vaccinatie op jonge leeftijd een efficiënt wapen in de strijd tegen deze kanker.

¹⁵¹ http://www.cancer.be/index.php?option=com_content&task=view&id=5424&Itemid=5796&lang=nl Zie ook: <http://knack.news.be/nl/actualiteit/nieuws/belgie/terugbetaling-vaccins-de-reacties/article-1194677910510.htm#>

**De 10 meest frequent voorkomende
invasieve tumoren bij mannen,
Antwerpen, 2006**

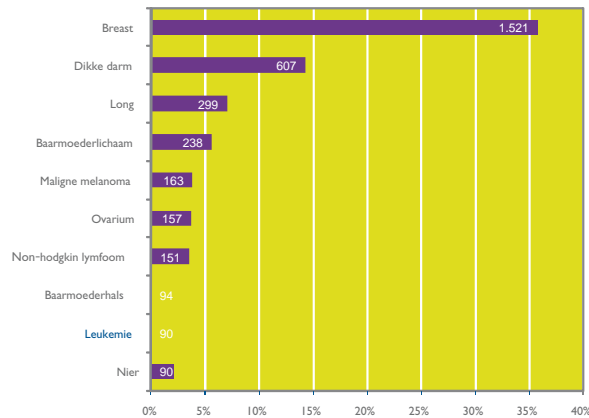


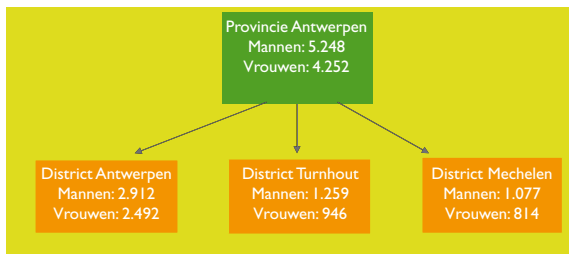
Daarnaast plaatst het Instituut de preventieve screeningsmogelijkheden voor de opsporing van prostaatkanker bij mannen en borstkanker bij vrouwen mee in de kijker¹⁵².

Bron: Stichting Kankerregister

¹⁵² <http://www.provant.be/welzijn/gezondheid/kanker/>. Zie ook: http://www.provant.be/binaries/rapport%20BMH%2009_tcm7-105839.pdf voor het jaarverslag van 2009.

**De 10 meest frequent voorkomende
invasieve tumoren bij vrouwen,
Antwerpen, 2006**





Bron: Stichting Kankerregister

In absolute aantallen wordt iets meer dan de helft van alle tumoren in de provincie Antwerpen gediagnosticeerd in de Antwerpse regio. De overige tumoren zijn quasi gelijk verdeeld over de arrondissementen Mechelen en Kempen.

Niet enkel de incidentiecijfers zijn belangrijk bij de registratie van kankers. Zo is het, in het licht van deze rede, ook belangrijk na te gaan welke vormen van kanker meer voorkomen en na te gaan of er enige correlatie bestaat met een gewijzigde en/of ongezonde levensstijl. In Vlaanderen is de stijging van het aantal borst- en prostaatkankers vooral toe te schrijven aan veel betere screeningspraktijken waardoor kankers beter en sneller worden opgespoord. Voor longkanker en bepaalde types hoofdhalskanker is er ook een opvallende evolutie merkbaar: het aantal diagnoses bij mannen daalt terwijl het aantal vrouwen met deze

tabaksgerelateerde kankers stijgt. Vrouwen nemen kennelijk en helaas het slechte rookgedrag over van mannen¹⁵³. Naast erfelijke factoren¹⁵⁴, kunnen ook een aantal externe factoren mee aanleiding geven tot het ontstaan van de ziekte. Roken, langdurig en overmatig alcoholverbruik, te weinig lichaamsbeweging, blootstelling aan chemische stoffen, virussen, hormonen en een hoge dosis radioactieve straling, kunnen elk op hun manier verantwoordelijk zijn voor een potentiële ontwikkeling van de ziekte. De keuze voor een gezonde levensstijl en goede gezondheidskeuzes o.m. op het vlak van preventie, kunnen wel degelijk mee het verschil maken.

¹⁵³ *Eén op de vier Belgen rookt*, artikel uit De Standaard van 18 mei 2010.

¹⁵⁴ Zo is de kans op het ontwikkelen van borstkanker anderhalf tot drie keer groter voor vrouwen wiens moeder of zus ooit borstkanker hadden. Wetenschappers hebben al een aantal 'genen' ontdekt, die zeer veel voorkomen bij patiënten met zulke tumoren. Een berucht voorbeeld is een fout op het BRCA1-gen, dat bij sommige vrouwen voorkomt (bij minder dan één procent van alle vrouwen in Vlaanderen, of in vijf tot tien procent van de vrouwen die borstkanker krijgen). De fout in het gen is overdraagbaar op de kinderen en geeft een heel hoog risico op borstkanker. Maar niet alle vrouwen met de fout op het gen ontwikkelen de ziekte ook effectief. Dat wijst er ook op dat het steeds een combinatie van factoren is die kanker veroorzaakt.

270 Eenmaal de diagnose kanker wordt gesteld, is het belangrijk dat- in functie van de behandelingswijze (chirurgische ingreep, bestraling en chemotherapie of een combinatie- ook wordt gewerkt aan de psychologische omkadering van de patiënt. Volgens het 'Charter van de psychosociale rechten van de kankerpatiënt'¹⁵⁵, heeft elke kankerpatiënt recht op kwaliteitsvolle, psychosociale zorg. Uiteraard geldt dit voor alle patiënten, niet alleen voor patiënten met kanker in een terminale fase. Uit onderzoek van het jaarlijkse rapport van de Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK) en hun sociale dienst, blijkt dat psychische en sociale omkadering van de kankerpatiënten sterk afhangt van de diagnose en van het ziekenhuis waar zij terechtkomen¹⁵⁶. De voorbije jaren nam de overheid verscheidene maatregelen om de psychosociale kankerzorg personeelsmatig uit te breiden. Sinds 2001 beschikken alle Vlaamse ziekenhuizen

¹⁵⁵ H. Verhaegen, *Charter van de psychosociale rechten van de (ex-) kankerpatiënt*, Brussel, Vlaamse Liga tegen Kanker, Brussel, 2007.

¹⁵⁶ W. Rommel, De organisatie van de psychosociale zorg in acht Vlaamse ziekenhuizen in: Een kritische kijk op het kankerbeleid: Onderzoeksrapport 2009, Vlaamse Liga tegen Kanker, Brussel, 2009, 6. Het Nationaal Kankerplan 2008-2010 tot slot, omvat 32 initiatieven en voorziet in extra middelen voor psychosociale ondersteuning, Te raadplegen via: http://www.v2.iridiumkankernetwerk.be/Generic/Document/29122151511718_Nationaal_Kankerplan_Dr_Van_den_Bogaert_291118.pdf

verplicht over een palliatief supportteam (PST) dat bestaat uit een gespecialiseerde arts, een verpleegkundige en een psycholoog. In 2003 kwam daar een verplicht psychosociaal supportteam bij, zodat een psycholoog, een sociaal werker of sociaal verpleegkundige en een psychiater de patiënt gedurende de behandeling bijstaan.

Met de oprichting van de palliatieve netwerken in de regio's Antwerpen, Turnhout, Mechelen en Noorderkempen, doet de provincie Antwerpen een extra inspanning. Zo bevordert ze de deskundigheid van specialisten. Ze legde fundamenteën voor een provinciale, palliatieve zorgcultuur (zie supra).

3.1.2 Diabetes

Diabetes wordt veroorzaakt door een verstoring van de glucosetofwisseling dat het lichaam van energie voorziet.

272 De ziekte bestaat in verschillende vormen¹⁵⁷. Veel artsen zijn het er over eens dat diabetes type 2 een verdoken, chronische aandoening is die bij veel patiënten op de achtergrond sluimert met weinig alarmerende symptomen¹⁵⁸, alvorens ze echt uitbreekt en zware schade aanricht. Diabetes is de eerste oorzaak van blindheid bij volwassenen tussen 20 en 74 jaar en de belangrijkste oorzaak voor nierinsufficiënties. De ziekte verkort de levensverwachting met 11,6 jaar voor mannen en 14,3 jaar voor vrouwen. Ze kost tussen 10 % en

¹⁵⁷ We onderscheiden hierbij diabetes type-1 of insulineafhankelijke diabetes die vooral kinderen en jongvolwassenen treft en een auto-immuunziekte is waartegen preventie geen krachtig wapen is. Volgens het Belgische Diabetesregister zijn er in België ongeveer 10 nieuwe type 1-patiënten jonger dan 40 jaar per 100.000 inwoners en per jaar wat vergelijkbaar is met het aantal in de ons omringende landen. Ook bij kleuters en heel jonge kinderen neemt dit type spectaculair toe. Daarnaast is type 2-diabetes, de meest voorkomende vorm vanaf +/- 40 jaar en wordt deze variant ook wel 'vette diabetes' genoemd. 80% van dit type diabetes is in de praktijk te wijten aan overgewicht. Net omdat 1 op 2 mannen lijdt aan overgewicht tegenover 1 op 3 vrouwen, is er ook een evidente link met het aantal diabetici voor beide geslachten: de ziekte komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Deze laatste groep biedt zich – vooral ook om esthetische redenen doorgaans sneller aan bij een diëtiste voor een behandeling om overtollige kilo's kwijt te raken. Daarnaast bestaat ook zwangerschapsdiabetes die in de meeste gevallen van tijdelijke en dus voorbijgaande aard is. Zwangerschapsdiabetes is wel een voorspeller van de ontwikkeling van diabetes type 2 op latere leeftijd.

¹⁵⁸ Die kunnen van uiteenlopende aard zijn: een onverzadigbaar hongeren dorstgevoel, gewichtsverlies, overdreven vermoeidheid en slecht genezende huidinfecties en littekens, maar ook gezichtsstoornissen en krampen in de benen kunnen leiden tot de diagnose 'diabetes'.

15 % van onze gezondheidszorguitgaven. Elk jaar komen er in België steeds meer diabetespatiënten bij die ook almaar jonger zijn: in 2007 waren dat circa 2070 nieuwe gevallen van type 1-diabetes waarvan 1180 patiënten jonger waren dan 14 jaar: 890 patiënten zijn tussen 15 en 39 jaar op het moment van de diagnose. Daarboven op komen er jaarlijks 23 500 nieuwe type 2-diabetespatiënten of ouderdomsdiabetici bij¹⁵⁹. Deze variant verschilt sterk naargelang de socio-economische en etnische samenstelling van de bevolking maar staat ook in direct verband tot overgewicht. Zo zien we bij de Turkse en Marokkaanse bevolkingsgroepen in ons land een sterke stijging van het aantal diabetesgevallen, wat vooral te wijten is aan de overmatige consumptie van suiker:

Specialisten schatten het aantal patiënten uit beide diabetes-categorieën tegen 2025 op 9,7% ofwel 1 op 10 volwassen Belgen. Het gaat daarbij zowel om de gekende als de niet-geregistreerde gevallen. De helft van deze groep, loopt allicht zonder diagnose rond. 6,4% van de volwassen bevolking situeert zich in de "grijze zone" van het "prediabetes"-stadium.

¹⁵⁹ Volgens de cijfers van de Vlaamse diabetesvereniging, te raadplegen via: <http://www.diabetes.be/3/83/overdiabetes/diabeteswereldwijd.aspx>. Verder ook: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/diabetes.aspx>

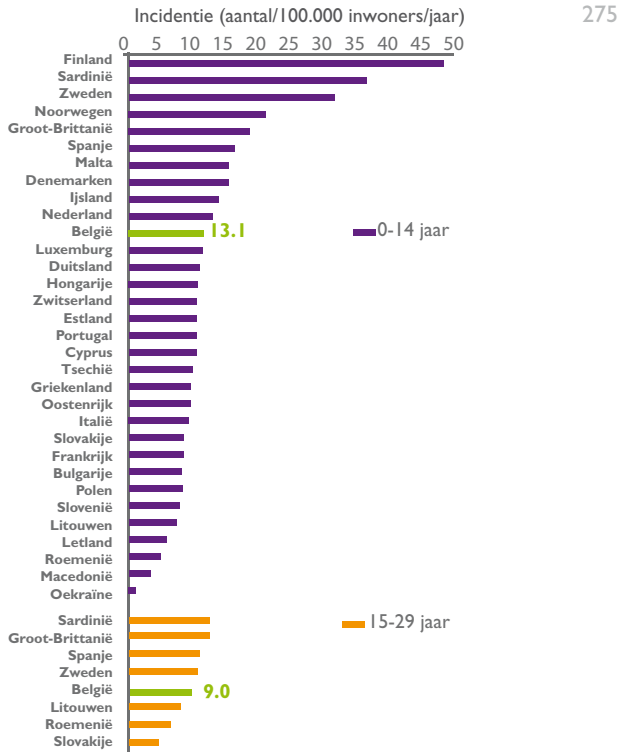
274 Die groep loopt een aanzienlijk risico om op relatief korte termijn diabetes te ontwikkelen. Nemen we alle cijfers samen, dan blijkt dat in 2007 1 miljoen Belgen te hoge bloedsuikerwaarden hadden en dus in aanmerking kwamen voor preventie en behandeling van diabetes of daaraan verwante complicaties¹⁶⁰. Na diagnose is deze chronische ziekte perfect beheersbaar en leefbaar op voorwaarde dat de ziekte tijdig wordt opgespoord, de patiënt voldoende wordt geïnformeerd en in samenspraak met de arts wordt gekozen voor de meest aangewezen behandeling¹⁶¹. De ziekte kan ook steeds meer rekenen op politieke aandacht, zo bleek uit een recent geopperd idee voor de aanstelling van een diabetescommissaris¹⁶².

Tabel: Aantal nieuwe patiënten per jaar en per 100,000 inwoners in Europa voor kinderen jonger dan 15 jaar en jonge volwassenen (15-29 jaar)

¹⁶⁰ E. Wouters, *Ongelijke wapens in de strijd tegen diabetes: Een kwantitatief onderzoek naar de weerslag van de maatschappelijke positie op het leven met chronische ziekte*, PSW-paper 2006/4, Sociologie, UA, Antwerpen, 35p.

¹⁶¹ *Diabetes de baas dankzij educatie*, Magazine UZA, nr. 78, oktober 2009, Te raadplegen via: <http://www.maguza.be/zorg/p/artikel/diabetes-de-baas-dankzij-educatie>

¹⁶² <http://www.cdenvsenaat.be/index.php?id=28&nid=1626>



Bron: Belgisch Diabetes Register

276 Het belang van preventie met goede voedingstips en vroegtijdige screening o.m. door de huisarts zijn erg groot. Dit vergt heel concrete, goede én vooral volgehouden sensibilisatie door ouders, scholen én de overheid. Helaas leidt misleidende reclame voor zogenaamd “gezonde voeding” op televisie (in het bijzonder voor en na kinderprogramma’s), in kranten, magazines en folders van grootwarenhuizen ervoor dat we de ‘strijd tegen de preventie’ volop aan het verliezen zijn¹⁶³.

¹⁶³ 10 year follow up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. The Lancet, Volume 374, Issue 9702, p. 1677 - 1686, 14 November 2009. Zie ook: David M. Nathan *et alii*, Navigating the choices for Diabetes Prevention in: The New England Journal of Medicine, 3p.

Echt gezonde initiatieven van scholen, bedrijven, lokale overheden... worden al te vaak ondermijnd door de consumptie van als gezond aangeprezen vet- en calorierijke producten en snacks zoals ontbijtkoeken, zeer zoete ontbijtgranen en gesuikerde zuivelproducten - die overgewicht en per definitie ook diabetes in de hand werken¹⁶⁴. Het zou van sociaal verantwoord ondernemen getuigen mochten bedrijven die dergelijke producten op de markt brengen elke vorm van misleidende reclame staken en/of mensen minstens correct informeren over de immense hoeveelheid calorieën die deze producten bevatten¹⁶⁵. Deze producten echt gezonder maken door een drastische verlaging van het suiker- en vetgehalte is vanzelfsprekend nog beter.

¹⁶⁴ Overigens, minder (onverzadigd) vet eten blijkt niet voldoende. Ook koolhydraten, snelle suikers uit snoep, frisdrank of zelfs lightproducten, werken obesitas in de hand, net als te weinig beweging. Maar ook bepaalde virussen zouden de vetcellen doen groeien, aldus dokter Luc Van Gaal, hoofd van de dienst endocrinologie, diabetologie en metabolisme aan het UZA en professor aan het UA. Daarnaast bestaat er ook een theorie rond de zogenaamde ‘endocriene disruptors’. Dat zijn toxische stoffen en hormonen waarmee we in contact komen en die een invloed blijken te hebben op het metabolisme en het vetcelgedrag. Zelfs het klimaat zou het vetcelgedrag beïnvloeden. ‘Niet hopen op een wonderpil’ in: Magazine UZA, nr. 74, oktober 2008.

¹⁶⁵ Bijv. door de voedingswaarde van 100gr product uit te drukken in het aantal appels dat ermee overeenkomt. Zo komt de consumptie van 1 koffiekoek die al gauw 625 calorieën bevat overeen met ca 12 appels.

278 De 65ste Geneeskundige Dagen van de Universiteit Antwerpen met als centrale thema: '*Obesitas en aanverwante pathologie*' die plaatsvonden in september; beklemtoonden met verve het verband tussen o.m. de consumptie van vet- en suikerrijke producten en de prevalentie en incidentie van diabetes en obesitas. Herhaling is de beste leermeester. Daarom plant de provincie Antwerpen dit najaar een diabetesinformatie- en voorlichtingsdag in samenwerking met o.a. prof. Dr. Van Gaal.

Ook het nut van zomerkampen voor diabetici, het succes van organisaties zoals *Weight Watchers* of kleine initiatieven van bedrijven op het vlak van gezondheid en een bijbehorend consequent eetpatroon bewijzen het belang van samenhangigheid en een volgehouden inspanning in de collectieve strijd tegen de ziekte. Overigens, algemene preventie alleen volstaat niet om de bevolking voldoende te informeren over diabetes. Ook een gedeeltelijke terugbetaling van de vooralsnog hoge kosten van een eerste diëtistenadvies en intakegesprek voor mensen die kampen met zwaarlijvigheid, zijn wenselijk.

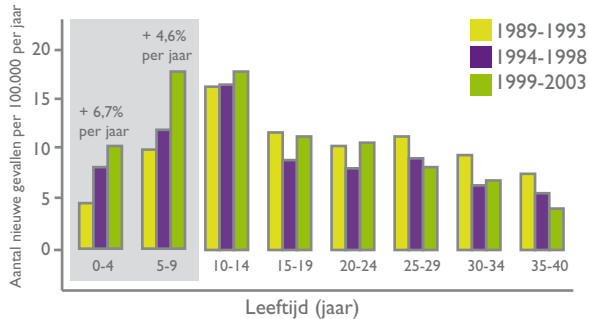
Voor de laatste jaren merken we niet alleen dat de incidentie van type 1 diabetes bij kinderen jonger dan 15 jaar (vooral bij kinderen onder de 10 jaar) stijgt, maar treedt de ziekte ook steeds vroeger op, zoals blijkt uit volgende tabel.

De toename in incidentie bij kinderen is ook voornamelijk beperkt tot jongens jonger dan 10 jaar, zoals blijkt uit onderstaande tabel waar ze oploopt tot 8.2% stijging per jaar ($p = 0.001$)¹⁶⁶.

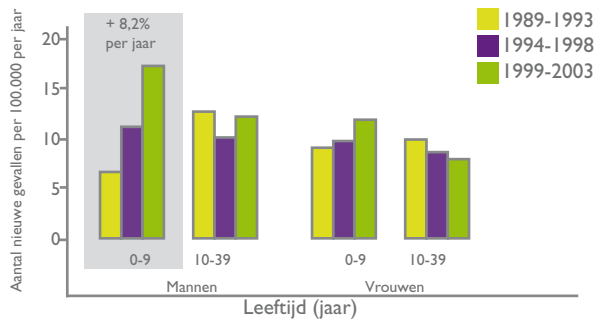
279

¹⁶⁶ I. Weets, L. Van Gaal et alii, The age at diagnosis of type 1 diabetes continues to decrease in Belgian boys but not in girls: a 15-year survey in: *Diabetes/Metabolism research and reviews*, 2007, 23, 637-643..

Evolutie van de incidentie over een 15-jaar observatieperiode (1989-2003) naargelang de leeftijd bij diagnose



Evolutie van de incidentie over een 15-jaar observatieperiode (1983-2003) naargelang de leeftijd bij diagnose en geslacht



Bron: Belgisch Diabetes Register

282 Voor recente diabetescijfers uit onze provincie Antwerpen doen we een beroep op de Nationale Gezondheidsenquête van 2008, die is gebaseerd op cross-sectioneel onderzoek eerder dan op opvolgingsonderzoek¹⁶⁷. Bij de mannelijke bevolking zien we dat voor de leeftijdsgroep tussen 40 en 60 jaar diabetes sterk toeneemt, met een incidentiegraad van 4,6% op een totaal van 156 bevroegde personen. Bij vrouwen uit dezelfde leeftijdscategorie lag de incidentie in 2008 nog hoger, namelijk op 5,1% op een totaal van 151 respondenten. Tussen 60 en 80 jaar nam het aantal diabetici voor beide geslachten tussen 1997 en 2008 toe met een totaal van 8,8% op 233 bevroegden voor die laatste periode. De grootste stijging doet zich echter voor in de daaropvolgende leeftijdscategorie tussen 80 en 100 jaar. Mannen uit onze provincie lijden overwegend meer aan diabetes dan vrouwen, met respectievelijk 15,6% en 13,2%.

Bron: Interactieve analyse op basis van gegevens van de Nationale Gezondheidsenquête 1997-2001-2004-2008

¹⁶⁷ Ze biedt niet alleen een goed overzicht van de gezondheid van onze provincie naar jaartal, leeftijd en geslacht, maar heeft als grote voordeel dat de onderlinge samenhang van verschillende gezondheidsaspecten aan de hand van één databestand kan worden bestudeerd. Bovendien zegt een gezondheidsenquête -in tegenstelling tot medische registratiesystemen- ook iets over de grote meerderheid gezonde mensen.

Percentage van de bevolking dat leed aan diabetes gedurende de laatste 12 maanden Provincie Antwerpen, België 1997-2001-2004-2008

Leeftijd tussen 20 en 40 jaar (Type 1)

Leeftijd tussen 40 en 60 jaar (Type 2)

Leeftijd tussen 60 en 80 jaar (Type 2)

BEIDE GESLACHTEN – LEEFTIJD TUSSEN 20 EN 40 JAAR (TYPE 1)												
	1997			2001			2004			2008		
	prevalentie		n ^(*)	prevalentie		n ^(*)	prevalentie		n ^(*)	prevalentie		n ^(*)
	ja	nee		ja	nee		ja	nee		ja	nee	
man	100	161		100	176	3.6	96.4	125	0.5	99.5	153	
vrouw	100	155		100	180	0.9	99.1	138	.	100	141	
totaal	100	316		100	356	2.3	97.7	263	0.2	99.8	294	

BEIDE GESLACHTEN – LEEFTIJD TUSSEN 40 EN 60 JAAR (TYPE 2)												
	1997			2001			2004			2008		
	prevalentie		n ^(*)	prevalentie		n ^(*)	prevalentie		n ^(*)	prevalentie		n ^(*)
	ja	nee		ja	nee		ja	nee		ja	nee	
man	2.8	97.2	121	1.9	98.1	192	3.8	96.2	166	4.6	95.4	156
vrouw	3.1	96.9	131	1.1	98.9	196	2.8	97.2	167	5.1	94.9	151
totaal	2.9	97.1	252	1.5	98.5	388	3.3	96.7	333	4.8	95.2	307

BEIDE GESLACHTEN – LEEFTIJD TUSSEN 60 EN 80 JAAR (TYPE 2)												
	1997			2001			2004			2008		
	prevalentie		n ^(*)	prevalentie		n ^(*)	prevalentie		n ^(*)	prevalentie		n ^(*)
	ja	nee		ja	nee		ja	nee		ja	nee	
man	8.0	92.0	88	9.9	90.1	141	7.8	92.2	140	9.5	90.5	116
vrouw	2.4	97.6	88	9.5	90.5	135	11.7	88.3	141	8.1	91.9	117
totaal	5.3	94.7	176	9.7	90.3	276	9.8	90.2	281	8.8	91.2	233

BEIDE GESLACHTEN – LEEFTIJD TUSSEN 80 EN 100 JAAR (TYPE 2)												
	1997			2001			2004			2008		
	prevalentie		n ^(*)	prevalentie		n ^(*)	prevalentie		n ^(*)	prevalentie		n ^(*)
	ja	nee		ja	nee		ja	nee		ja	nee	
man	20.8	79.2	12	4.5	95.5	26	7.0	93.0	43	15.6	84.4	65
vrouw	2.1	97.9	18	14.7	85.3	22	18.5	81.5	83	13.2	86.8	103
totaal	7.5	92.5	30	10.3	89.7	48	14.4	85.6	126	14.1	85.9	168

Percentage van de bevolking dat leed aan diabetes gedurende de laatste 12 maanden Provincie Antwerpen, België 1997-2001-2004-2008

Leeftijd tussen 80 en 100 jaar (Type 2)

3.1.3 Obesitas

Obesitas of zwaarlijvigheid is een chronische 'ziekte' die ontstaat wanneer gedurende een lange tijd meer energie (calorieën) wordt opgenomen dan verbruikt. Het gaat om een 'ziekte' die pandemische vormen aanneemt. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zal overgewicht in 2015 waarschijnlijk het meest omvangrijke medisch probleem zijn. In 2005 kampten wereldwijd 1,6 miljard mensen ouder dan 15 jaar met overgewicht. 400 miljoen volwassenen waren zonder meer obees. Tegen 2015 zullen die cijfers oplopen tot 2,3 miljard resp. 700 miljoen. Obesitas is inmiddels een gezondheidsprobleem dat groter is dan het probleem van ondervoeding en infectieziekten¹⁶⁸. Het is de belangrijkste oorzaak van een belangrijk aantal complicaties en comorbiditeiten zoals diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, CVA, galstenen, levercirrhose en orthopedische klachten.

Dé belangrijkste reden voor het ontstaan van chronische zwaarlijvigheid is ons sterk gewijzigde eet- en leefpatroon. Gezond eten leek immers nooit eerder zo ingewikkeld.

¹⁶⁸ <http://www.who.int/topics/obesity/en/>. Zie ook: M. Vervaeet, Eetstoornissen en eetproblemen bij adolescenten in: N. Moyson & E. Roofthoof, Van eetlust naar eetlust: eetproblemen van babyleeftijd tot volwassenheid, 93-150.

286 Ondanks de overvloed aan betaalbare, gezonde voeding geven maar liefst vier op de tien Belgen toe moeite te hebben met gezond eten. Dat gezins-, dag- en maaltijdstructuren die voorbij decennia behoorlijk zijn veranderd, is daaraan uiteraard niet vreemd. Een van de gevolgen is een forse stijging van het calorieverbruik door de consumptie van vetrijke snacks en fastfood.

Dat bevestigden ook de resultaten en conclusies van de laatste Nationale Gezondheidsenquête 2008. Daaruit blijkt dat de gemiddelde volwassen Belg een Body Mass Index heeft van 25,3 en dus kampt met beginnend overgewicht. Verontrustend daarbij is dat sinds de eerste Gezondheidsenquête uit 1997 zowel de gemiddelde BMI als het percentage overgewicht bij volwassen Belgen gestegen is met 6%. In 1997 was 41% van de bevragede volwassenen al te zwaar; bij de daaropvolgende edities van het onderzoek in 2001 en 2004 was dat telkens 44% en in 2008 uiteindelijk 47%. Bij 33% van de Belgen ligt de BMI-waarde tussen de 25 en de 30 en bij 14% ligt deze hoger dan 30. Die laatste groep is

zonder meer obees of echt zwaarlijvig¹⁶⁹. Meer mannen dan vrouwen kampen met overgewicht. Nog doorslaggevend dan de factor geslacht is het opleidingsniveau. Bijna zes op de tien laaggeschoolden kampt met overgewicht. Nochtans wijst een recente studie over bewegingsleer op het feit dat studenten die naar de universiteit trekken, tijdens hun eerste academiejaar plots veel minder sporten of bewegen. Ook het toenemende alcoholgebruik speelt hierbij een belangrijke rol. Gemiddeld komen eerstejaarsstudenten daardoor zo'n 3,5 kilo bij.¹⁷⁰

Voor provinciale cijfers over obesitas doen we opnieuw een beroep op een interactieve analyse van diezelfde Nationale Gezondheidsenquête die de evolutie voor de jaartallen 1997-2001-2004 en 2008 in kaart brengt. Bij zowel mannen (4,3%) als vrouwen (7,2 %) zien we dat in de leeftijdscategorie van 20 tot 40 jaar de basis wordt gelegd voor acuut overge-

¹⁶⁹ <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epin/index4.htm>. Zie ook: http://www.belgium.be/nl/nieuws/2010/news_gezondheidsenquête-2008-rapport-1.jsp en: J. Desloover, *We worden almaar dikker*, artikel uit De Standaard van 17/03/2010. Een interessante website over obesitas met relevante, wetenschappelijke artikels vind je bij Obesity: a research journal, te raadplegen via: <http://www.nature.com/oby/journal/v14/n7/abs/oby2006142a.html>

¹⁷⁰ *Vrijheid, blijheid maakt studenten dikker*, artikel uit De Standaard van 04/08/2010.

288 wicht op latere leeftijd. In de daaropvolgende leeftijdsgroep van 40 tot 60 jaar merken we een geleidelijke stijging van het obesitascijfer tussen 1997 en 2008. Vooral bij de mannelijke bevolking uit onze provincie gaat het om een stijging van 5% (17,9%) in vergelijking met 2004 (12,9%). Tussen 60 en 80 jaar zien we bij mannen een daling (van 17,9 naar 15,1 % tegenover respectievelijk 139 en 114 respondenten) en bij vrouwen een stijging (van 23,4 % naar 25,9% tegenover respectievelijk 138 en 111 respondenten) een stijging van het percentage personen dat kampt met acute zwaarlijvigheid, een evolutie die zich in de volgende leeftijdscategorie voor beide geslachten gestaag zal verderzetten. Tussen 80 en 100 jaar zijn het enkel mannen (van 11,3 naar 15,1%) uit onze provincie die tussen 2004 en 2008 meer lijden aan obesitas. In vergelijking met de gezondheidsenquête van 1995-1996, betekent dit een toename van het aantal zwaarlijvigen voor alle leeftijdscategorieën en alle geslachten¹⁷¹.

Bron: Interactieve analyse op basis van gegevens van de Nationale Gezondheidsenquête 1997-2001-2004-2008

¹⁷¹ E. Eggerickx et alii, o.c., p. 140-141.

Percentage van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) die als obees wordt beschouwd (BMI >= 30)

Beide geslachten- alle leeftijdsgroepen

Provincie Antwerpen, België 1997-2001-2004-2008

		LEEFTIJD TUSSEN 20 EN 40 JAAR											
		1997		2001		2004		2008					
		obesitas bij volwassenen (BMI>=30)		obesitas bij volwassenen (BMI>=30)		obesitas bij volwassenen (BMI>=30)		obesitas bij volwassenen (BMI>=30)					
		ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee				
		n(%)		n(%)		n(%)		n(%)					
man		93.5	6.5	160	95.3	4.7	171	97.2	2.8	123	95.7	4.3	152
vrouw		97.0	3.0	154	95.4	4.6	175	93.0	7.0	135	92.8	7.2	138
totaal		95.1	4.9	314	95.3	4.7	346	95.2	4.8	258	94.3	5.7	290

		LEEFTIJD TUSSEN 40 EN 60 JAAR											
		1997		2001		2004		2008					
		obesitas bij volwassenen (BMI>=30)		obesitas bij volwassenen (BMI>=30)		obesitas bij volwassenen (BMI>=30)		obesitas bij volwassenen (BMI>=30)					
		ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee				
		n(%)		n(%)		n(%)		n(%)					
man		83.5	16.5	121	86.3	13.7	194	87.1	12.9	165	82.1	17.9	152
vrouw		86.1	13.9	125	86.2	13.8	192	86.1	13.9	166	87.0	13.0	149
totaal		84.8	15.2	246	86.3	13.7	386	86.6	13.4	331	84.6	15.4	301

		LEEFTIJD TUSSEN 60 EN 80 JAAR											
		1997		2001		2004		2008					
		obesitas bij volwassenen (BMI>=30)		obesitas bij volwassenen (BMI>=30)		obesitas bij volwassenen (BMI>=30)		obesitas bij volwassenen (BMI>=30)					
		ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee				
		n(%)		n(%)		n(%)		n(%)					
man		87.7	12.3	87	83.7	16.3	143	82.1	17.9	139	84.9	15.1	114
vrouw		87.1	12.9	88	81.5	18.5	134	76.6	23.4	138	74.1	25.9	111
totaal		87.4	12.6	175	82.5	17.5	277	79.3	20.7	277	79.3	20.7	225

LEEFTIJD TUSSEN 80 EN 100 JAAR													
		1997			2001			2004			2008		
		obesitas bij volwassenen (BMI>=30)		n ^(*)	obesitas bij volwassenen (BMI>=30)		n ^(*)	obesitas bij volwassenen (BMI>=30)		n ^(*)	obesitas bij volwassenen (BMI>=30)		n ^(*)
		ja	nee		ja	nee		ja	nee		ja	nee	
man		100	12	100	.	25	88.7	11.3	41	84.9	15.1	64	
vrouw		100	17	91.3	8.7	14	80.1	19.9	68	81.0	19.0	81	
totaal		100	29	96.2	3.8	39	83.4	16.6	109	82.6	17.4	145	

Ook (jonge) kinderen ontsnappen niet aan obesitas: ruim 18% van de Belgische jongeren tussen twee en zeventien jaar lijdt al aan overgewicht. Het probleem is het meest acuut bij de vijf- tot negenjarigen. In de adolescentie stijgt de fysiologische nood aan bijkomende voedingsstoffen, maar die wordt door het voedingsgedrag van jongeren niet altijd evenwichtig ingevuld, wat kan leiden tot risico's op korte en op lange termijn. Ook hier geldt "goed begonnen is half gewonnen". Wie als kind al te zwaar is, loopt later heel veel kans om dat als volwassene ook te zijn. Obesitas tijdens de kinderjaren is niet alleen een fysieke last en voorbode voor een groter risico op ziekte en mortaliteit, het weegt ook emotioneel en psychisch zwaar. Immers, obese kinderen worden vaker uitgesloten door hun leeftijdsgenoten.

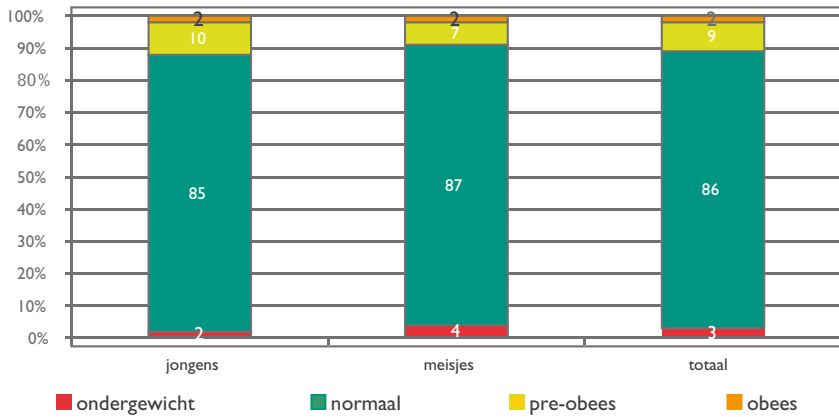
Hierdoor ontwikkelen ze een lager zelfbeeld en meer psychosociale stress, met vaak een nog grotere voedselinname tot gevolg. Deze kinderen radicaal op dieet zetten is geen goed idee. Hen aansporen, al dan niet tijdens speciale vakantiekampen, tot een gezondere levensstijl met voldoende aandacht voor beweging, gezonde voeding en genieten met z'n voor maat¹⁷², des te meer:

Dankzij de grootschalige studie "Jongeren en Gezondheid" van de Universiteit Gent uit 2006, beschikken we ook over obesitascijfers voor de jongeren uit onze provincie. 11 154 Vlaamse leerlingen van het vijfde leerjaar tot en met het zesde jaar secundair onderwijs waarvan 2406 leerlingen uit de provincie Antwerpen¹⁷³, werden hiervoor bevraagd.

¹⁷² R. Goris, 'Zet hen vooral niet op dieet', artikel uit De Standaard van 18/03/2010, 6-7. Zie ook: L. Niesten en G. Bruwier, Aanbeveling obesitas bij kinderen in: *Huisarts Nu*, mei 2008, 37(4), 189-204.

¹⁷³ L. Maes en C. Vereecken, Studie 'Jongeren en gezondheid', te raadplegen op: www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be. De jongeren werden daarbij in 4 leeftijdsgroepen ingedeeld, van 11 tot 18 jaar. Hierbij kwamen zowel leerlingen van het ASO, BSO als het TSO aan bod. Voor het onderdeel 'obesitas', werd aan de jongeren gevraagd hun lengte en gewicht te noteren, waaruit vervolgens de BMI-waarden werden berekend. Daarnaast peilde de studie naar de consumptiefrequentie van een aantal belangrijke voedingsmiddelen zoals groenten, fruit, frisdrank,...

292 Uit de resultaten blijkt dat de voedingsrichtlijn van minimum twee stukken fruit per dag in onze provincie wordt gevolgd door 13% van deze jongeren. Meisjes volgen deze regel iets meer dan jongens (respectievelijk 15% en 11%). 34% van de Antwerpse jongeren beweert dagelijks minstens 1 stuk fruit te eten. Ook hier komt het onderscheid tussen meisjes (40%) en jongens (28%) zeer sterk naar voren. De richtlijn inzake de groentenconsumptie wordt in min of meer gelijklopende mate opgevolgd. Meer dan de helft van de



Bron: Studie: 'Jongeren en gezondheid', 2006, cijfers provincie Antwerpen, leeftijdscategorie van 11 tot 18 jaar.

293 jongeren zegt dagelijks minstens 1 portie groenten te eten (62% van de meisjes en 49% van de jongens). Hoewel onze Antwerpse jongeren zich in 2006 veeleer voorbeeldige leerlingen mochten noemen voor hun groenten- en fruitconsumptie blijkt er in de praktijk meer nodig om de overtoollige kilo's kwijt te raken¹⁷⁴. Het terugdringen van de consumptie van frisdranken- die ook in kaart werd gebracht- is hier niet vreemd aan: maar liefst 42% van de jongeren dronk ze in 2006 dagelijks en dat gebeurde meer bij jongens(43%) dan bij meisjes (36%).

Deze grafiek toont het percentage obesitas bij jongeren binnen de provincie Antwerpen in 2006 op basis van de eerder geschetste steekproef. Hieruit blijkt dat 2,3% van de jongens en 2,3% van de meisjes obees zijn en dat 10,5% van de jongens en 7,3% van de meisjes risico lopen om op termijn obees te worden. Jongeren afkomstig uit het TSO en BSO zijn overwegend zwaarder dan hun collega-scholieren uit het ASO.

¹⁷⁴ J. Desloover, *Meer fruit en groenten, en toch meer kilo's*, artikel uit De Standaard van 19/05/2010, 8.

294 Uit het jaarverslag van “Het Kind in Vlaanderen 2008”, dat zich voor zijn studie rond overgewicht baseerde op de “Vlaamse groeicurven” en specifiek focuste op alle Vlaamse kinderen en jongeren tussen 2 en 12 jaar tijdens de periode 2002-2003, kwamen volgende cijfers naar voren: 11,2% van de jongens lijdt aan overgewicht en 2,5% aan obesitas.¹⁷⁵ Bij de Vlaamse meisjes lag dit cijfer voor die periode iets hoger, namelijk op 15,2% resp. 3,4%. De vergelijking met bovenstaande, provinciale cijfers is, ongeacht de gewijzigde focus, een goede indicatie voor het obesitasniveau binnen onze provincie. We stellen vast dat -op basis van geënquêteerde cijfers uit 2006 - jongeren tussen 2 en 12 jaar zich op het vlak van obesitas onder het Vlaamse gemiddelde zouden situeren. Gelet op de aard van de steekproef, moeten we evenwel aannemen dat de cijfers van *Kind en Gezin* betrouwbaarder zijn dan die van het Gentse onderzoek, waaraan een eerder beperkte – niet verder geobjectiverde – bevraging ten grondslag ligt.

Bron: Jaarverslag “Het Kind in Vlaanderen 2008”, leeftijdscategorie van 2 tot 12 jaar

¹⁷⁵ Jaarverslag: *Het kind in Vlaanderen 2008*, Kind en Gezin, Brussel, 198p.

Plaatsen we deze cijfers in Europees perspectief dan situeert Vlaanderen zich met 14,8% overgewicht en 3,4% obesitas (gebaseerd op cijfers m.b.t. jongens en meisjes van 6 tot 12 jaar, omdat deze gegevens beschikbaar zijn voor alle landen van de EU-15 landen) in de middenmoot. De aandoening varieert daarbij van 12% (Nederland) tot 36% (Italië)¹⁷⁶.

¹⁷⁶ Ibid., 179.

	Jongens	Meisjes
Overgewicht	11,2	15,2
Obesitas	2,5	3,4
Vlaanderen	14,8	
België	18,0	
Aangrenzende landen		
Duitsland	16,0	
Frankrijk	19,0	
Nederland	12,0	
Noordse landen		
Denemarken	15,0	
Zweden	18,0	
Mediterrane landen		
Griekenland	31,0	
Italië	36,0	
Spanje	34,0	
Verenigd Koninkrijk	20,0	

Prevalentie van overgewicht en obesitas bij 2- tot 12-jarigen in Vlaanderen gebaseerd op grensvoorwaarden van de International Obesity Task Force - 2002-2003 (percentage)

296 Met die resultaten in het achterhoofd kunnen we niet genoeg blijven hameren op het belang van een gezond en evenwichtig voedingspatroon met voldoende groenten en fruit, zonder al te veel suikers en slechte vetten, zeker en vooral bij peuters, kleuters en jongeren. Hier is in de eerste plaats een zeer belangrijke taak weggelegd voor ouders én jongeren. Maar ook voor bedrijven en organisaties en beleidsmakers op alle niveaus. Ook onze provincie draagt daartoe een belangrijk steentje bij. De provincie Antwerpen sensibiliseert alvast via het Lokaal GezondheidsOverleg. Voorts zet de provincie in op gezonde voeding op school met het Tutti Frutti-project¹⁷⁷, drinkwaterfonteinjes, kookcursussen voor kansarmen, dienstverlening aan talrijke gezondheids- en welzijnsraden, scholen, etc¹⁷⁸. In navolging van de stad Gent zouden we minstens één veggiedag per week en waarom niet, ook een frisdrank- en snoepvrije dag per week in het leven kunnen roepen. Om o.m. ook jongeren aan te zetten tot meer bewegen, werd de Fitbus

¹⁷⁷ http://www.fruit-op-school.be/home/het_project. Zie ook: "Eten moet er voor kinderen leuk uitzien en hapklaar zijn": scholen vinden gezonde brooddozen voor kleuters steeds belangrijker, artikel uit *Gazet van Antwerpen* van 11/05/2010, 5.

¹⁷⁸ <http://www.provant.be/welzijn/gezondheid/>

in het leven geroepen¹⁷⁹. Antwerpen hecht veel belang aan sportbeoefening voor de gezondheid maar gelooft ook in de opvoedende en sociale waarde van sport, als krachtig wapen in de strijd tegen zwaarlijvigheid.

Ook in het preventieve gezondheidsbeleid van de Vlaamse overheid zijn gezonde voeding en beweging de centrale sleutelwoorden. Het Vlaams parlement keurde op respectievelijk 24 juli en 12 november 2009 de gezondheidsdoelstelling rond voeding en beweging goed, alsook het bijhorende actieplan voor de periode 2009-2015. Daarmee wil ze de Vlamingen aanzetten tot gezonde eet- en bewegingsgewoonten om zo een gezond gewicht te behouden en overgewicht te voorkomen. Die doelstelling probeert ze in de praktijk te brengen door een aantal concrete projecten¹⁸⁰. Begin maart werd ook een akkoord afgesloten met Fevia, de beroepsfederatie van de voedingsindustrie om

¹⁷⁹ http://www.provant.be/vrije_tijd/sport/jeugd/sportfonds_cami/sensibiliserende_eve/fitbus/.

¹⁸⁰ Het Tutti Frutti-project (het stimuleren van fruitconsumptie bij de jeugd) vermeldde we reeds eerder, maar ook *Fitte School, 10 000 stappen Vlaanderen* (met als doel de volwassen bevolking actiever door het leven te laten gaan) en *Viasano* (uitbouwen van preventiecampagnes tegen zwaarlijvigheid bij kinderen en het cardiovasculair risico bij volwassenen).

298 gezonde voeding op het werk en op school te promoten¹⁸¹. De vraag blijft of deze maatregelen en projecten zullen volstaan om de bevolking binnen Vlaanderen en onze provincie een gezonder geweten te schoppen. Breed inzicht in het persoonlijk en maatschappelijk belang van een gezonde levensstijl én voeding kan helpen: hoe scherper het gewicht, hoe groter doorgaans het zelfvertrouwen. Blijven volhouden is de boodschap... nu de resultaten nog.

3.1.4 Hepatitis C

In België zijn – naar schatting – 70 000 tot 80 000 mensen besmet met hepatitis C- een ontsteking van de lever die wordt veroorzaakt door het hepatitis C-virus (HCV)¹⁸². Meer dan de helft is zich daar allicht niet eens van bewust. Daarin schuilt net het venijn van het HCV waardoor de besmetting meestal ongemerkt verloopt. De ziekte wordt niet zonder reden een “stille sluipmoordenaar” genoemd. Patiënten komen daarom vaak pas bij de leverarts in een stadium waarbij ze al een vergevorderde vorm van levercelkanker

¹⁸¹ <http://www.healthclaims.be/UPLOADS/nieuwsberichten/26665/Kabinet%20Vandeuren%20%20persmededelingdf.pdf>

¹⁸² C. Rigolle, *Hepatitis C in België: tijd voor actie!*, 14p.

hebben die te wijten is aan een chronische infectie met hepatitis C. Vaak is het dan te laat voor een genezende behandeling waardoor onnodig veel mensen sterven aan de gevolgen van de infectie. In 2005 kregen 303 Belgen waarvan 213 mannen en 90 vrouwen de diagnose, hepatitis C. Voor Vlaanderen ging het om 166 diagnoses voor 114 mannen en 52 vrouwen. In Vlaanderen stierven in 2006 72 mannen en 41 vrouwen aan leverkanker; aldus de Statistiek van doodsoorzaken van het Vlaams Agentschap voor Gezondheid en Zorg¹⁸³.

Hepatitis C is gelukkig minder besmettelijk dan hepatitis B. Mits patiënten goed worden begeleid en de juiste therapie snel wordt opgestart, is ze bovendien perfect geneesbaar in 50 tot 80% van de gevallen.

Een besmetting met het virus gebeurde in het verleden vaak via transfusie met besmet bloed, iets wat sinds 1990 in ons land gelukkig uiterst zeldzaam is geworden. De belangrijkste vorm van besmetting op dit moment blijft intraveneus druggebruik en met name het delen van besmette naalden, verantwoordelijk voor circa 60% van de nieuwe

¹⁸³ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/statistiek-doodsoorzaken.aspx>

Absolute incidentiecijfers leverkanker (2005)

Mannen	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
Totaal aantal	287	166	28	93
1. Carcinoma	272	157	28	87
1.1. Hepatocellulair carcinoma	213	114	24	75
1.2. Niet-hepatocellulair carcinoma	59	43	4	12
2. Non-carcinoma	15	9	-	6
Vrouwen	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
Totaal aantal	161	89	23	49
1. Carcinoma	143	81	21	41
1.1. Hepatocellulair carcinoma	90	52	11	27
1.2. Niet-hepatocellulair carcinoma	53	29	10	14
2. Non-carcinoma	18	8	2	8

Leeftijdgestandaardiseerde incidentie-cijfers (ESR)

leverkanker (2005) (aantal nieuwe diagnoses van leverkanker per 100.000, gestandaardiseerd naar leeftijd op basis van de Europese standaardpopulatie)

Mannen	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
Totaal aantal	4,6	4,5	5,4	4,8
1. Carcinoma	4,4	4,2	5,4	4,5
1.1. Hepatocellulair carcinoma	3,5	3,1	4,7	3,9
1.2. Niet-hepatocellulair carcinoma	0,9	1,1	0,6	0,6
2. Non-carcinoma	0,2	0,3	-	0,3
Vrouwen	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
Totaal aantal	2,2	2,0	3,5	2,2
1. Carcinoma	2,0	1,8	3,1	1,9
1.1. Hepatocellulair carcinoma	1,2	1,2	1,6	1,2
1.2. Niet-hepatocellulair carcinoma	0,7	0,7	1,6	0,7
2. Non-carcinoma	0,2	0,2	0,3	0,3

diagnoses¹⁸⁴. Hierdoor verzwijgen veel patiënten de ziekte voor hun omgeving. Andere oorzaken van besmetting zijn het plaatsen van tatoeages, body piercings en acupunctuur. Hepatitis C mag dan wel geen SOA zijn zoals hiv, toch blijft de kans op seksuele overdracht wel bestaande. Daarom raden artsen vaak af om scheermateriaal en tandenborstels te delen met een hepatitis C-patiënt want die kunnen gecontamineerd zijn met besmet bloed. Daarnaast zijn er evenveel gevallen van hepatitis C waarvoor geen aanwijsbare oorzaak bekend is. Tot voor kort moest het aantal gevallen van hepatitis C per provincie verplicht worden gemeld bij de afdeling Toezicht Volksgezondheid¹⁸⁵. Sinds 2009 behoort hepatitis C niet meer tot deze lijst van verplicht te melden infectieziekten waardoor de houvast in de incidentiecijfers ook wegvalt. Het laatste verplichte meldingsoverzicht vermeldt immers dat er voor de periode 2008 slechts 7 gevallen per 100 000 inwoners bekend waren van de aandoening, wat uiteraard een schromelijk onderschatting is¹⁸⁶.

¹⁸⁴ C. Rigolle, o.c., 55.

¹⁸⁵ In het kader van het preventiedecreet en het Besluit van de Vlaamse Regering en het Ministerieel Besluit van 19 juni 2009.

¹⁸⁶ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/subMenuTabulation.aspx?id=15892&terms=hepatitis+c>

Arrondissement	2005	2006	2007	2008
Brussel	56,6	57,6	53,5	45,0
N totaal	570,0	587,0	552,0	472,0

Arrondissement	2005	2006	2007	2008
Antwerpen	16,8	15,3	15,5	16,9
Mechelen	1,3	1,3	3,8	3,1
Turnhout	6,7	4,8	3,5	2,1
Halle-Vilvoorde	8,2	6,2	7,1	6,0
Leuven	1,7	1,5	1,1	2,1
Brugge	1,1	2,9	1,5	1,1
Diksmuide	0,0	0,0	2,1	2,0
Ieper	1,0	0,0	0,0	1,9
Kortrijk	1,1	0,0	2,5	15,1
Oostende	2,7	3,4	2,0	2,0
Roeselare	2,1	0,0	4,2	9,7
Tielt	3,4	0,0	3,4	0,0
Veurne	0,0	3,4	3,4	0,0
Aalst	3,4	1,9	6,0	9,3
Dendermonde	1,1	0,0	1,1	1,6
Eeklo	0,0	0,0	2,5	0,0
Gent	0,6	1,2	2,9	1,4
Oudenaarde	0,0	2,6	2,6	1,7
St.-Niklaas	3,5	5,2	2,6	1,3
Hasselt	7,9	8,4	8,0	7,7
Maaseik	3,6	2,6	3,9	3,9
Tongeren	6,8	5,7	5,7	6,7
Vlaanderen	5,6	5,0	5,6	6,3
N totaal	337,0	304,0	344,0	386,0

Arrondissement	2005	2006	2007	2008
Nivelles	9,9	4,6	8,4	4,6
Ath	5,0	0,0	4,9	3,6
Charleroi	3,1	1,9	1,2	1,4
Mons	5,2	2,4	6,8	0,4
Mouscron	4,3	0,0	1,4	0,0
Soignies	7,9	3,9	5,0	2,2
Thuin	4,8	2,0	2,7	6,7
Tournai	7,1	0,7	1,4	0,0
Huy	0,0	0,0	0,0	0,0
Liège	0,7	1,0	0,5	0,8
Verviers	3,3	1,5	3,3	2,2
Waremme	1,4	0,0	2,7	0,0
Arlon	3,7	1,8	0,0	0,0
Bastogne	2,4	2,3	0,0	0,0
Marche-en-Fam.	1,9	0,0	0,0	0,0
Neufchâteau	17,5	3,5	0,0	0,0
Virton	8,0	0,0	0,0	1,9
Dinant	0,0	0,0	7,7	7,6
Namur	5,5	1,0	5,8	4,4
Philippeville	1,6	1,6	4,7	3,1
Wallonie	4,4	1,8	3,3	2,2
N totaal	149	60	115	76

Arrondissement	2005	2006	2007	2008
Onbekend				
N totaal	96	81	78	46

België	11,0	9,8	10,3	9,2
N totaal	1152	1032	1089	980

Volgende tabel en kaartje geven de incidentie per arrondissement zowel numeriek als schematisch weer, op basis van de laatste verplichte registratieperiodes (tot 2008)¹⁸⁷.

Bron: Netwerk van laboratoria voor microbiologie

¹⁸⁷ Voor meer info: http://www.wiv-isp.be/epidemie/epin/plabnl/plabannl/08_052n_v.pdf.