

De RoSa-factsheets maken u wegwijs in het gelijke kansenlandschap in Vlaanderen. Telkens wordt er op een bepaald terrein nagegaan wat de situatie is. Zowel bredere thema's als meer specifieke krijgen aandacht, naargelang de relevantie en/of beschikbaarheid van informatie en het voorhanden zijn van cijfermateriaal. Bedoeling is niet zozeer volledigheid te bieden maar wel op een overzichtelijke en toegankelijke manier de positie van de vrouw in Vlaanderen te schetsen. RoSa is sinds 1978 in Vlaanderen hét adres voor informatie en documentatie over gelijke kansen, emancipatie en vrouwenstudies in binnen- en buitenland.

Nr. 8 • maart 2001

## “Vrouwen worden ziek, mannen sterven”

Genderspecifieke aspecten van gezondheid en gezondheidszorg.

De medische wereld is zich al jaren bewust van de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen. Medische statistieken zijn meestal opgesplitst naar geslacht. Dit betekent echter niet dat de gezondheidszorg op maat van zowel mannen als vrouwen gesneden is.

Vrouwenstudiesonderzoek<sup>1</sup> wijst erop dat sekseverschillen in ziekte en gezondheid door allerlei factoren beïnvloed wordt. Niet alleen *ervaren* mannen en vrouwen gezondheid op een andere manier, er wordt ook anders *gereageerd* op klachten van mannen dan wel vrouwen, identieke klachten blijken tot verschillende *diagnoses* te leiden.

Met andere woorden, de manier waarop met gezondheid wordt omgegaan is in sterke mate bepaald door de sekse waartoe men behoort én de beelden en vooroordelen die hiermee gepaard gaan.

Aan de andere kant is sekseverschil alleen niet doorslaggevend. Onderzoek wijst uit dat allerlei factoren een rol spelen: opleidingsniveau en sociaal-economische situatie zijn daarbij de belangrijkste.

### Hoe komen gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen tot stand?

Vrouwen leven langer dan mannen. Ze voelen zich echter minder gezond. Bepaalde ziektes komen meer voor bij mannen of bij vrouwen. Vrouwen gaan meer bij de dokter langs. Hoe komen deze verschillen tot stand?

Het antwoord op deze vraag is niet eenduidig. Drie soorten onderzoeken lichten een tip van de sluier.

Een eerste soort onderzoek neemt de *gezondheidsverschillen* tussen mannen en vrouwen als uitgangspunt. Dergelijk onderzoek brengt bijvoorbeeld aan het licht dat oudere vrouwen vaak lijden aan osteoporose. Deze vaststelling geeft dan aanleiding tot een specifiek beleid: er wordt onderzoek verricht naar de invloed van de menopauze op de botten, dit wordt op zijn beurt vertaald in een gerichte preventie.

<sup>1</sup> Cfr. Inge Baart, 'Echo's van de diagnose, sekseverschillen in ziekte en gezondheid.'

Ten tweede wordt er onderzoek verricht naar *de specifieke factoren die de gezondheid van vrouwen vormgeven*. Dit soort onderzoek kijkt naar de manier waarop de geneeskunde gezondheidsproblemen van vrouwen benadert. Neem bijvoorbeeld medicalisatie: is wat geneeskunde 'ziek' noemt wel altijd ziek? Soms wordt er ten onrechte een medische diagnose gesteld bij vrouwen. Onderzoek wijst op onnodige ingrepen bij bevallingen, vaginisme en baarmoederklachten (Schoon 1990).

Ook het omgekeerde komt vaak voor: bepaalde klachten worden afgedaan als 'vrouwenklachten' en krijgen geen volwaardige plaats in de medische diagnose. Denk bijvoorbeeld aan de wetenschappelijke bias tegenover pms (premenstrueel spanningsyndroom) en de overgang.

Een derde type onderzoekt *welke processen zich afspelen als een probleem tot een diagnose leidt*. De geneeskundige wereld ging er lang van uit dat de verklaring voor sekseverschillen in gezondheid te vinden was in biologische en psychologische verschillen tussen mannen en vrouwen. Onder druk van vrouwenbeweging en vrouwenstudies, groeide echter het inzicht dat verschillen tussen mannen en vrouwen vaak van sociaal-culturele aard zijn en dat deze verschillen niet zonder gevolgen zijn voor de gezondheid. Denk bijvoorbeeld aan gezondheidsproblemen die volgen uit de dubbele belasting van veel buitenhuiswerkende vrouwen.

Ook de manier waarop medische kennis tot stand komt dient onderzocht: welke rol spelen beelden van mannelijkheid en vrouwelijkheid daarin?

De resultaten van deze onderzoeken geven meer inzicht in de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen. Gewapend met deze kennis kan het gezondheidsbeleid verfijnd worden zodat het beantwoordt aan de specifieke noden per sekse. Idealiter zou een aangepast gezondheidsbeleid moeten resulteren in het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen.

## De cijfers

In wat volgt gaan we dieper in op een aantal genderspecifieke gezondheidsverschillen die duidelijk uit de medische statistieken naar voren komen en van daaruit aanleiding hebben gegeven tot genderspecifiek onderzoek en beleid. We zetten met andere woorden een aantal resultaten van het eerste soort onderzoek op een rij.

Het gaat hier hoofdzakelijk om de situatie in Vlaanderen, er werd gezocht naar de meest recente cijfers die beschikbaar waren.

## Algemeen

### LEVENSV ERWACHTING

De levensverwachting neemt elk jaar toe. Vrouwen leven gemiddeld langer dan mannen. In 1997 werd de Vlaamse vrouw gemiddeld 81 jaar, de Vlaamse man werd 75 jaar.

Gezien vrouwen langer leven dan mannen zijn verouderingsproblemen ook meer uitgesproken voor vrouwen.

## Evolutie van de levensverwachting, bij mannen en vrouwen, per leeftijd, Vlaanderen 1976 -1998

	0 jaar		65 jaar		75 jaar	
	M	V	M	V	M	V
1976	69.5	75.2	12.7	15.7	7.6	8.9
1982	71.1	77.3	13.3	17.0	7.9	9.9
1990	73.4	79.6	14.4	18.5	8.4	11.0
1993	74.0	80.2	14.9	19.0	8.7	11.3
1998	75.8	81.6	15.9	20.0	9.4	12.1

Bron: Vrind '99

### SUBJECTIEVE GEZONDHEID

Hoewel de Vlaming zich gemiddeld goed in zijn vel voelt (80%), voelen vrouwen zich doorgaans minder gezond dan mannen. Opvallend genoeg speelt het opleidingsniveau een grote rol bij het ervaren van de gezondheid: meisjes uit het BSO voelen zich het minst gezond.

In 1998 zei 78.0 % van de Vlaamse vrouwen zich goed tot zeer goed te voelen, van de Vlaamse mannen voelde 81.6 % zich kiplekker. Aan de andere kant van het spectrum voelde 3.7% van de vrouwen en 3.0% van de mannen zich slecht tot zeer slecht.

### PSYCHISCH WELBEVINDEN

Vrouwen blijken zich ook psychisch minder goed te voelen dan mannen: ze hebben doorgaans meer last van gemakkelijk wenen, nood aan bevestiging, slaapproblemen, schuldgevoelens en prikkelbaarheid. In 1998 had 10.8 % vrouwen regelmatig of vaak psychische klachten, terwijl 7.2% mannen hiermee te kampen hadden.

## Tienermoeders

### SITUATIE

#### Aantal geboorten in Vlaanderen per leeftijdscategorie

Jaar	Min vijftienjarigen	Vijftien tot negentien
1994	13	3.054
1995	13	2.961
1996	1	1.306
1997	4	1.298
1998	4	1.251
1999	6	1.303

Bron: cgso, aangevuld (kind en gezin)

Een min vijftienjarige moeder is alvast heel uitzonderlijk in Vlaanderen. Het aantal tienermoeders is de laatste jaren gedaald.

## DUIDING

Onderzoek wijst uit dat tienermoederschap niet per definitie ongewenst is. *Bewust jong moederschap* blijkt steeds vaker voor te komen in sociaal lagere milieus en ook in allochtone milieus waar de gemiddelde leeftijd van de moeder bij de geboorte van het eerste kind lager ligt dan in ons land gebruikelijk is.

Doorslaggevende factor bij *ongewenste zwangerschappen* is het **anticonceptiegedrag**. Er wordt **slordig omgesprongen** met anticonceptie of men heeft een **gebrekkige kennis** ervan. Tienermoeders maken aanzienlijk minder gebruik van de meest betrouwbare vormen van anticonceptie, zoals de pil of het spiraaltje. Daarnaast komen een (falend) condoomgebruik en natuurlijke anticonceptie methodes meer voor dan bij de gemiddelde bevolking.

De kans op tienerzwangerschap wordt verhoogd door twee trends: ten eerste wordt de vruchtbaarheid van jongeren steeds groter: de kans om tijdens een onbeschermd coïtus bevrucht te worden is bij jongeren 25 tot 30%. Ten tweede vindt de eerste geslachtsgemeenschap op steeds jongere leeftijd plaats.

## PREVENTIE

Onderzoek wijst op de noodzaak van een goede en tijdige (!) seksuele en relationele voorlichting. Hierin spelen zowel de ouders, de school als andere externen een fundamentele rol. Daarnaast moeten de vormen van anticonceptie voldoende beschikbaar zijn en dienen de voorzieningen voor zwangerschapsonderbrekingen voldoende bekend en bereikbaar te zijn.<sup>2</sup>

## Abortus

4

## SITUATIE

Abortus is sedert de wet van 3 april 1990 legaal in België. Sindsdien worden er regelmatig evaluatierapporten opgesteld. Dit betekent dat er vanaf 1993 min of meer betrouwbaar cijfermateriaal voorhanden is, terwijl daarvoor weinig exacte cijfers bekend waren.

### Aantal zwangerschapsafbrekingen in België per leeftijdscategorie, 1993-1999

Leeftijd	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
10-14 jaar	35	48	41	37	46	58	33
15-19 jaar	1.250	1.336	1.520	1.790	1.744	1.781	1.989
20-24 jaar	2.643	2.763	2.801	3.042	2.897	2.854	3.118
25-29 jaar	2.506	2.584	2.610	2.961	2.860	2.750	2.861
30-34 jaar	2.105	2.140	2.257	2.544	2.425	2.324	2.387
35-39 jaar	1.368	1.361	1.473	1.645	1.672	1.601	1.715
40-44 jaar	391	447	483	552	575	584	576
45-49 jaar	34	42	39	49	34	44	54
Onbekend/50+	48	16	19	8	13	3	1
<b>Totaal</b>	<b>10.380</b>	<b>10.737</b>	<b>11.243</b>	<b>12.628</b>	<b>12.266</b>	<b>11.999</b>	<b>12.734</b>

Bron: cgso

<sup>2</sup> Het onderdeel 'Tienermoeders' is gebaseerd op *Tienermoeders in België, Feiten*. CGSO Trefpunt, Denkstation over seks & relaties.

Sedert de registratie lijken de absolute cijfers enorm gestegen. Dit moet echter enigszins genuanceerd worden. Binnen deze cijfers moet het aantal zwangerschapafbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in het buitenland afgetrokken worden, en omgekeerd moeten de in Nederland uitgevoerde abortussen op Belgische vrouwen worden bijgeteld. Rekening houdend met deze gegevens en met laattijdige registraties komt men tot een meer genuanceerd beeld:

Jaar	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Totaal	13.474	13.215	13.398	14.533	13.857	13.582	13.937

Bron: cgso

Deze cijfers geven desondanks een stijgende trend weer. De meeste abortussen komen voor in de leeftijdscategorie 20 tot 24 jaar. Zorgwekkende is vooral de stijging in de categorie min twintig. Sedert het begin van de registratie is het aantal abortusingrepen binnen deze leeftijdscategorie gestegen met 3.5%.

In 1999 was de gemiddelde leeftijd van abortuscliëntes 27.2 jaar. Van het totale aantal was 15.8% jonger dan 20, 46% was tussen 20 en 29 jaar, 32.2% tussen 30 en 39 jaar. Slechts 6% was ouder dan 40.

#### D U I D I N G

Het **anticonceptiegedrag** van abortuscliëntes verschilt grondig van dat van de gemiddelde bevolking<sup>3</sup>. Het aantal vrouwen dat geen anticonceptie gebruikt ligt ontstellend hoog. Voor 1999 gelden volgende cijfers:

- \* 40.91% gebruikt geen enkele vorm van anticonceptie,
- \* 26.75 % gebruikt de pil,
- \* 16.09 % gebruikt condoom,
- \* 13.56 % vertrouwt op periodieke onthouding of coïtus interruptus,
- \* In 0.43 % van de gevallen is de man of vrouw gesteriliseerd
- \* 1.29% gebruikt een spiraaltje.

Bij de min twintigjarigen ligt het percentage vrouwen dat geen anticonceptie gebruikt nog hoger, namelijk 45.93 %.

Verschillende **redenen** worden aangegeven voor het afbreken van de zwangerschap. Meestal gaat het om een combinatie van verschillende factoren. De motivering is in de periode van 1993 tot 1999 grotendeels gelijk gebleven. De belangrijkste toename vinden we in de categorie vrouwen die zich te jong voelen voor het moederschap (een stijging van 4.3%) De belangrijkste redenen zijn (percentages van 1999):

- \* relationele of familiale redenen (22.2 %)
- \* financiële of materiële redenen (16.2 %)
- \* momenteel geen kinderwens (12.1 %)
- \* vrouw voelt zich te jong (11.5 %)
- \* voltooid gezin (10.2 %)
- \* studies (8.5 %)

<sup>3</sup> Gemiddeld neemt de helft van alle Vlaamse vrouwen in de reproductieve leeftijd de pil, slechts 2% van de vrouwen gebruikt geen anticonceptie.

- \* lichamelijke gezondheid van moeder/kind is in gevaar (4.9 %)
- \* andere (4.5 %)
- \* alleenstaand (4.3 %)
- \* vrouw voelt zich te oud (3.1 %)
- \* politiek vluchteling (1.7 %)
- \* verkrachting of incest (0.2 %)

## PREVENTIE

Vooraf binnen de categorie van de min twintigjarigen is het aantal abortusingrepen snel aan het stijgen. Deze groep blijkt bovendien slordig om te springen met anticonceptie. Opnieuw is een grondige seksuele voorlichting aan de orde.

Sensibiliseringscampagnes leggen sterk de nadruk op SOA en AIDS<sup>4</sup> en te weinig op het risico op zwangerschap. Het dubbel anticonceptiegebruik van pil plus condoom dient meer gepromoot te worden.

Verder moeten de verschillende vormen van anticonceptie makkelijk verkrijgbaar zijn.<sup>5</sup>

## Eetstoornissen

### SITUATIE

Een te laag gewicht is bijna een exclusief vrouwelijk probleem: 16 % van de Vlaamse vrouwen heeft er mee te kampen. Eetstoornissen zoals anorexia en boulimie komen ook veel vaker voor bij vrouwen (95% van de gevallen) dan bij mannen.

Medisch gezien is er sprake van ondergewicht indien de Body Mass Index (BMI) lager ligt dan 20, bij een normaal gewicht ligt de BMI tussen 20 en 25, bij een BMI hoger dan 25 is er sprake van overgewicht.

#### BMI bij Vlaamse vrouwen per leeftijd (%), 1998

	BMI < 18	BMI 18-20	BMI 20-25	BMI 25-27	BMI 27-30	BMI > 30
< 25 j	10.7	26.4	49.2	7.0	2.9	3.7
25-34 j	4.9	16.5	54.5	10.0	7.0	7.0
35-44 j	2.0	14.6	59.6	9.7	7.9	6.2
45-54 j	1.0	5.4	55.7	15.4	13.1	9.4
55-64 j	0.0	5.8	44.4	16.4	20.0	13.3
65 +	2.0	6.1	36.0	21.6	21.0	13.3

Bron: Vrind 1999

Vooraf meisjes jonger dan 25 kampen met ondergewicht. Een aanzienlijk aantal wil dit ondergewicht onderhouden met anorexia en/ of boulimie tot gevolg.

Ruim de helft van de Vlaamse meisjes tussen 11 en 18 jaar vindt zichzelf te dik. 9% van de meisjes is aan het diëten en nog eens 36% vindt dat ze toch zouden moeten vermageren. (Vrind 1999)

<sup>4</sup> Denk bijvoorbeeld aan de 'Zet hem op' campagne.

<sup>5</sup> Het onderdeel 'Abortus' is gebaseerd op *Abortus in België, Feiten*. CGSO Trefpunt, Denkstation over seks & relaties.

## DUIDING

**Oorzaken** van eetstoornissen zijn niet eenduidig. Meestal gaat het om een complexe combinatie van culturele, sociale, psychologische en biologische factoren. Eetstoornissen komen voor bij alle lagen van de bevolking. Factoren die vaak terugkomen in diverse studies zijn<sup>6</sup>:

- \* culturele nadruk op slankheid
- \* persoonlijkheidsfactoren zoals weinig zelfvertrouwen
- \* problematische verhoudingen in het gezin
- \* biologische aanlegfactoren zoals aanleg voor vetzucht of aanleg voor een affectieve persoonlijkheidsstoornis.

Meisjes die een eetstoornis ontwikkelen komen in de eerste plaats uit die groep meisjes die een paar kilo wil kwijtraken. Zij onderscheiden zich van de 'doorsnee afslankers' door hun **motivering** om te vermageren. Zij willen in de eerste plaats meer *zelfvertrouwen* krijgen, geaccepteerd worden door hun omgeving. Het gaat bij deze groep vaak niet om *te dik zijn*, maar om zich *te dik voelen*. Een derde verschil is dat deze meisjes geen grenzen stellen bij het dieet of deze *grenzen* steeds maar verleggen.

Eetstoornissen kunnen ernstige lichamelijke, psychische en sociale **gevolgen** hebben. Twee tot tien procent van de gevallen heeft de dood tot gevolg, naar schatting een derde door zelfmoord en twee derde door de lichamelijke complicaties.

Eetstoornissen op jonge leeftijd kunnen leiden tot groeiachterstand en op latere leeftijd tot osteoporose en onvruchtbaarheid. Hoe sneller wordt ingegrepen, hoe groter de kans op herstel.

## PREVENTIE

Om te voldoen aan sociale en culturele normen, brengen meisjes en vrouwen hun gezondheid in gevaar. Preventie moet vooral gericht zijn op jonge meisjes en het bijsturen van het cultureel schoonheidsideaal. Zowel ouders, school als andere externen spelen een rol.

## Osteoporose

### SITUATIE

Osteoporose is een ziekte waarbij de beenderen in het lichaam broos worden. Belangrijkste gevolgen hiervan zijn de verhoogde kans op botbreuk en het inzakken van de wervels van de ruggengraat.

Onze botten bereiken een maximum aan densiteit tussen twintig en dertig jaar. Vanaf veertig jaar zal de minerale botdensiteit dalen. Voor vrouwen treedt er tijdens de menopauze een bijkomend verlies van botdensiteit op naast de leeftijdsgebonden afname. (postmenopauzale osteoporose). De diagnose van osteoporose wordt gesteld wanneer de minerale botdensiteit (BMI<sup>7</sup>) onvoldoende is op minstens drie plaatsen in het lichaam.

<sup>6</sup> Jeugd en eetstoornissen, onderwijs- en voorlichtingsmateriaal voor het basis- en voortgezet onderwijs, [www.eetstoornis.be](http://www.eetstoornis.be)

<sup>7</sup> 'Bone Mineral Density'

Cijfers:

- \* Aantal osteoporosepatiënten  
In 1997 leed 3% van de Belgische mannen en 15% van de Belgische vrouwen van 65 jaar of ouder aan osteoporose.
- \* Frequentie heupfracturen  
2 % van de vrouwen tussen 85 en 89 jaar, meer dan 2,5 % van de vrouwen ouder dan 90 jaar. Die situatie is ongeveer gelijklopend voor mannen, maar dan met een leeftijdsverschil van 6 tot 7 jaar ouder.
- \* Frequentie wervelfracturen  
De frequentie van wervelfracturen valt moeilijker te bepalen. Deze fracturen worden vaak niet eens gediagnosticeerd. Belgische cijfers zijn niet bekend. Om toch een beeld te schetsen: In Nederland heeft 40 tot 60 % van de vrouwen ouder dan 75 jaar een compressiefractuur ter hoogte van de wervels.  
(Bron: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid)

Het staat vast dat het aantal osteoporosegebonden fracturen toeneemt en zal blijven toenemen. Deze stijging heeft vooral een demografische oorzaak, namelijk de vergrijzing van de bevolking. Toch moet het mogelijk zijn om deze noodzakelijke toename te compenseren door een betere preventieve en curatieve aanpak.

#### D U I D I N G

De **gevolgen** van osteoporose vragen specifieke aandacht van het gezondheidsbeleid. Heupfracturen hebben de zwaarste gevolgen: 10 tot 20% sterfgevallen, slechts 20 tot 60% herwint zijn vroegere onafhankelijkheid, 15 tot 25% verblijft voortaan in een instelling en 25 tot 35% keert naar huis terug maar blijft hulpbehoevend. Deze cijfers gelden voor mannen en vrouwen. De absolute cijfers voor vrouwen liggen steeds hoger, gezien het feit dat ze gemiddeld eerder aan osteoporose lijden, en gemiddeld op latere leeftijd sterven dan mannen.

Wervelfracturen leiden in 10% van de gevallen tot ziekenhuisopname, maar ook de thuisbehandeling kan immobilisatie tot gevolg hebben. Wervelfracturen zijn bovendien zeer pijnlijk en doen de levenskwaliteit slinken.

**Oorzaken** van osteoporose liggen onder meer in voeding en erfelijke aanleg. De botdensiteit wordt verder negatief beïnvloed door roken, alcohol en sommige medicijnen. Ook het leefmilieu speelt een rol (aanwezigheid van trappen, sociaal isolement,...).

#### P R E V E N T I E

De kans op osteoporose kan verkleind worden door **een gezonde leefstijl**: regelmatige lichaamsbeweging vanaf jonge leeftijd, verstandig gebruik van tabak en alcohol, gezonde voeding (calcium en vitamine D). Informatie hierrond moet algemene kennis worden. Menopauzaal botverlies kan worden tegengegaan door een **substitutiehormonen-behandeling**. De voor- en nadelen van een dergelijke behandeling dienen per geval bekeken te worden door huisarts of gynaecoloog.

Een **standaardopvolging** kan de kans op traumatische valpartijen verkleinen. Gezichts- en gehoorsvermogen, evenwicht en coördinatie van bewegingen, alcoholconsumptie en inname van geneesmiddelen moeten regelmatig gecontroleerd worden. Daarnaast moeten de aandoeningen die de kans op valpartij verhogen opgespoord worden.

## Borstkanker

### SITUATIE

Borstkanker is de meest voorkomende kanker bij de vrouw.

Een derde van de kwaadaardige tumoren bij vrouwen bevindt zich ter hoogte van de borststreek.

Bij één vrouw op duizend werd een borstkanker vastgesteld.

Van de 74-jarigen heeft bijna één vrouw op twaalf borstkanker.

### Incidentiecijfers borstkanker bij vrouwen, Vlaanderen 1995

Absolute aantallen	3.192
% van alle tumoren*	33.67
Bruto-incidentie (/100.000)	107.34
ASR** (wereld) (/100.000)	70.44
ASR (europa) (/100.000)	95.13
Cumulatieve incidentie 0 – 64 jaar (%)	5.54
Cumulatieve incidentie 0 – 74 jaar (%)	7.76

\* non-melanoma huidtumoren niet inbegrepen

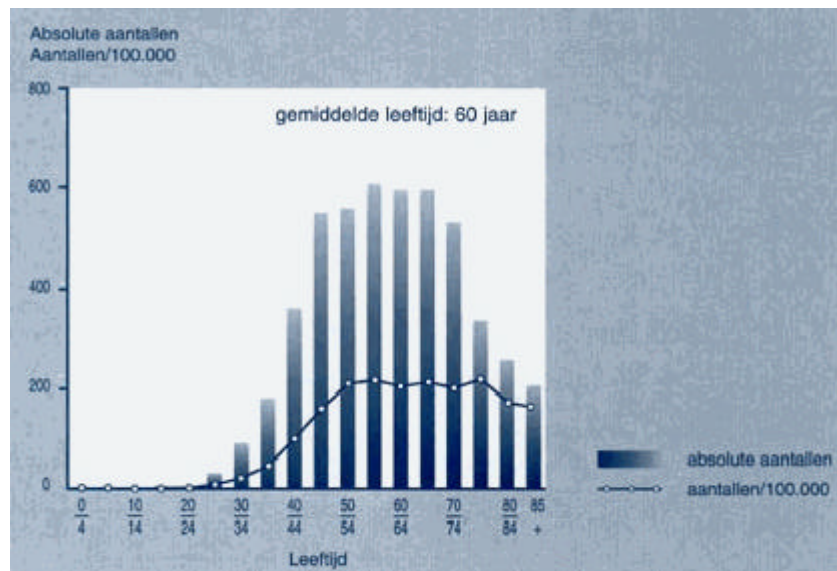
\*\* leeftijdsgestandaardiseerde incidentiecijfers

Bron: Nationaal Kankerregister

Borstkanker komt meer voor bij oudere vrouwen. Van de nieuw geregistreerde gevallen is 76% ouder dan 50 jaar.

### Leeftijdspecifieke cijfers ,België, 1995

Bron: Nationaal kankerregister



De gemiddelde leeftijd waarop de diagnose wordt gesteld is 60 jaar. Eén vierde is jonger dan 49 en één vierde is ouder dan 70 jaar.

## D U I D I N G

Het risico op borstkanker wordt bepaald door verschillende factoren:

- \* Erfelijkheid: moeder of zuster, hoofdzakelijk van belang bij premenopausaal diagnose
- \* Verhoogd risico door cumulatieve blootstelling aan oestrogenen:
  - vroegtijdig optreden van eerste maandstonden
  - eerste voldragen zwangerschap na 30 jaar
  - nullipariteit<sup>8</sup>
  - laattijdige menopauze
- \* Hormonen:
  - hormonale substitutietherapie: vermoedelijk licht verhoogd risico bij langdurig gebruik
  - orale contraceptie: licht verhoogd risico bij jongere vrouwen indien zij reeds op jonge leeftijd orale contraceptiva innamen.
- \* Voeding: licht verhoogd risico bij postmenopausale vrouwen die kampen met overwicht.
- \* Bestraling: verhoogd risico indien blootstelling aan ioniserende straling op jonge leeftijd

Er zijn geen duidelijke aanwijzingen dat roken tot een verhoogd risico zou leiden. Voor alcohol is een licht verhoogd risico vastgesteld, maar niet consistent.

## P R E V E N T I E

- \* Primaire preventie  
Preventie van zwaarlijvigheid zou de kans op postmenopausale borstkanker beperken
- \* Secundaire preventie  
Drie mogelijke onderzoeken zijn belangrijk voor de tijdige detectie van borstkanker: de mammografie, lichamelijk onderzoek door een arts en het borstzelfonderzoek. Enkel de regelmatig uitgevoerde mammografie heeft de mortaliteit effectief gereduceerd. Ideaal is een georganiseerde, systematische screening om de 18 à 24 maanden voor alle vrouwen vanaf 50 jaar. In 2001 kunnen Vlaamse vrouwen zich gratis laten screenen. Dit initiatief zou tweejaarlijks georganiseerd worden door overheid.

Bij vrouwen jonger dan 50 is een mammografisch onderzoek niet noodzakelijk aangewezen. Wel raadt men aan om reeds vanaf jongere leeftijd (30 jaar) regelmatig te onderzoeken: maandelijks een borstzelfonderzoek en jaarlijks een lichamelijk onderzoek.

## Bronnen

- Administratie planning en statistiek, Vrind: *Vlaamse regionale indicatoren, 1999*. Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 1999.
- Baart Ingrid, Echo's van de diagnose. In: Alkeline van Lenning (red), *Inzichten uit vrouwenstudies: uitdagingen voor beleidsmakers*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, 1995.
- CGSO Trefpunt, Denkstation over seks & relaties, *Abortus in België, 2000*, [www.cgso.be](http://www.cgso.be)
- CGSO Trefpunt, Denkstation over seks & relaties, *Tienermoeders in België, 2000*. [www.cgso.be](http://www.cgso.be)

---

<sup>8</sup> geen enkel kind gebaard.

- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid-Louis Pasteur, *Osteoporose en Heupfracturen*, [www.iph.fgov.be/epidemiomorbidity/](http://www.iph.fgov.be/epidemiomorbidity/)
- [www.eetstoornis.be](http://www.eetstoornis.be)
- [www.kankerregister.org](http://www.kankerregister.org)
- [www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren](http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren)

**Samenstelling - Mieke Maerten**