

FOCUS NR. 76

Waar leeft men het langst in het Brussels Gewest?

Analyse van de levensverwachting

DENNIS MATHYSEN (OBSERVATORIUM VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN VAN BRUSSEL-HOOFDSTAD),
NILS SCHNITZLER, ISALINE WERTZ

In 2023 bedroeg de levensverwachting bij de geboorte in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 82,2 jaar. Maar wat betekent dat getal precies? En waar in het Brussels Gewest leeft men het langst?

Inleiding

Levensverwachting is een kernindicator voor de algemene gezondheid van een bevolking: ze vat in één cijfer samen **hoe oud mensen gemiddeld worden** als de sterftেকansen van vandaag voor elke leeftijd gelijk zouden blijven gedurende hun hele leven. Net zoals cijfers over lichaamslengte ons iets vertellen over de verschillen tussen landen –Nederlanders zijn gemiddeld groter dan Belgen bijvoorbeeld– laat de levensverwachting zien hoe gunstig of ongunstig de gezondheidstoestand binnen een bepaalde populatie is.

Deze Focus zoomt in op de levensverwachting bij de geboorte, berekend voor de periode 2017-2023 (met uitzondering van het jaar 2020, → *kader 1*). Die berekeningen gebeuren met de bevolkings- en sterftecijfers van het Belgisch statistiekbureau (Statbel) op basis van het Rijksregister (RR).¹ De Focus vergelijkt de resultaten, voor mannen en vrouwen enerzijds en macrozones² anderzijds, binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Deze aanpak biedt zicht op de interne verschillen én verschaft meer inzicht in de potentiële onderliggende factoren die die variatie verklaren.

Na kort de drie Belgische gewesten te vergelijken, gaat deze Focus uitgebreider in op de berekening van de levensverwachting bij de geboorte, met als doel de voordelen en de aandachtspunten

van deze indicator te identificeren. Vervolgens tracht deze Focus deze vragen te beantwoorden:

- › Waar in het Brussels Gewest leven mensen langer als we uitgaan van de huidige sterftেকansen?
- › En welk verschil bestaat er tussen de levensverwachting van vrouwen en mannen in het Gewest?

Hoe verhoudt het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zich tot de andere twee Belgische gewesten?

Deze Focus behandelt de verschillen qua levensverwachting bij de geboorte binnen het Brussels Gewest. Een vergelijking met de andere gewesten is evenwel nuttig voor wat context. Tussen de drie Belgische gewesten blijven de verschillen in levensverwachting opmerkelijk stabiel: Vlaanderen staat stevast bovenaan, Wallonië onderaan en Brussel houdt het midden. In 2023 bedroeg de levensverwachting bij de geboorte 82,2 jaar in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, tegenover 83,2 jaar in Vlaanderen en 80,6 jaar in Wallonië (Statbel, 2024). In de laatste 50 jaar hebben alle gewesten er circa tien levensjaren bijgewonnen op vlak van levensverwachting (*ibidem*). Dat heeft voornamelijk

te maken met betere medische behandelingen en een daling van risicogedragingen (zoals roken). De rangorde – Vlaanderen eerst, Brussel tweede, Wallonië derde – blijft al een halve eeuw onveranderd, wat wijst op consistente regionale verschillen in leefomstandigheden en sociaaleconomische kansen.



1. De keuze voor de periode 2017-2023, zonder 2020

Deze Focus beschouwt de levensverwachting bij de geboorte op een infragewestelijke schaal. Het relatief lage aantal inwoners en overlijdens op die schaal maakt dat kleine toevalligheden de berekening van de levensverwachting sterk kunnen beïnvloeden. Cijfers van meerdere jaren groeperen, zorgt ervoor dat een dergelijke invloed tot het minimum beperkt blijft.

Deze Focus gebruikt de meest recente beschikbare cijfers (periode 2017-2023), maar laat het eerste jaar van de covidpandemie (2020) buiten beschouwing. De zeer hoge sterfte in dat jaar geeft namelijk een vertekend beeld van algemene trends en evoluties in de levensverwachting van het Brussels Gewest. In 2020 bedroeg de oversterfte in het Gewest 20 % (Perspective, 2022). Dat betekent dat er 20 % meer overlijdens waren dan verwacht op basis van eerdere jaren.

Het jaar 2020 vormt dus geen geschikte basis om de levensverwachting te schatten. Vóór en na 2020 stemt het aantal overlijdens wel overeen met de verwachtingen. De gegevens van die andere jaren zijn dus relevanter voor het inschatten van tendensen of evoluties.

De levensverwachting interpreteren: opletten geblazen!

De levensverwachting zegt iets over een bevolking in haar geheel

Levensverwachting fungeert als **barometer voor de algemene gezondheid** van een samenleving: hoe hoger de levensverwachting, hoe minder mensen op jonge leeftijd overlijden en/of hoe vaker mensen ziekten op latere leeftijden overleven en hoe gunstiger de leefomstandigheden in brede zin dus zijn. Voor het berekenen van de levensverwachting wordt het principe van een **hypothetische generatie** gehanteerd. Het uitgangspunt is dat een pasgeborene zijn hele leven lang de sterftekanalen ervaart die in zijn geboortear jaar gelden, zodat de berekeningen leeftijdsspecifieke sterftekanalen kunnen samenballen tot één helder getal.

Levensverwachting is een **conjuncturele indicator**, die sterk afhangt van gebeurtenissen die de sterfte of de bevolkingssamenstelling beïnvloeden. Voorbeelden daarvan zijn met name oorlogen of pandemieën. Om te vermijden dat dergelijke uitzonderlijke gebeurtenissen de resultaten beïnvloeden, behandelt deze Focus de periode 2017-2023, zonder 2020 (→ [kader 1](#)).

De levensverwachting is een momentopname, geen voorspelling

Levensverwachting oogt als een glashelder en veelzeggend getal, maar het is en blijft een statistisch **gemiddelde voor een fictieve generatie**: je past de sterftekanalen van één meetperiode toe op een denkbeeldige groep pasgeborenen (→ [kader 2](#) voor de berekeningswijze). Dat betekent twee dingen.

Ten eerste is de levensverwachting een **momentopname**: zodra sterftekanalen dalen of stijgen (denk aan medische doorbraken of verschuivende leefstijlpatronen) verandert ook de feitelijke levensverwachting. Voor de hypothetische generatie gebruik je echter de sterftekanalen van één vaste periode: in deze Focus de sterftekanalen voor 2017-2023 (zonder 2020).

Het is belangrijk te benadrukken dat kinderen die vandaag geboren worden naar alle waarschijnlijkheid een hogere gemiddelde overlijdensleeftijd zullen bereiken dan verwacht bij hun geboorte. Zij zullen namelijk gedurende hun hele leven kunnen blijven genieten van een voortdurende medische vooruitgang en van verbeterende levensomstandigheden.

Bovendien kan ook migratie het beeld kleuren; een instroom van jonge, gezonde mensen³ of een uitstroom van kwetsbare ouderen (bijvoorbeeld door te verhuizen naar een woonzorgcentrum in een andere gemeente) verandert de gemiddelde levensduur zonder dat de gezondheid van de blijvende bevolking noodzakelijk verbetert.

Ten tweede is het **geen individuele voorspelling**: niemand “kent” zijn eigen levensverwachting.

Voor jou als individu mag je de levensverwachting niet gebruiken

Voor jezelf als individu mag je de levensverwachting niet gebruiken, net zoals je je eigen lengte niet kan afleiden uit de gemiddelde lengte van de inwoners van je land. Grote groepen mensen kan je wel met elkaar vergelijken:

- › “Belgen zijn gemiddeld kleiner dan Nederlanders.”
- › “De levensverwachting van vrouwen is hoger dan die van mannen.”

Dat betekent uiteraard niet dat elke Belg kleiner is dan alle Nederlanders. En je kan uit de gemiddelde lengte niet afleiden hoe groot je zelf bent. Zo is het ook met levensverwachting. Over jezelf of over enig ander individu in de bevolking kan je er geen informatie uit winnen. Maar over de bevolking in haar geheel kan je wél iets zeggen. In die zin is levensverwachting, net zoals de gemiddelde lengte, een nuttige en relevante indicator.

Levensverwachting zegt niets over levenskwaliteit

Een hogere levensverwachting zegt op zichzelf niets over de levenskwaliteit van de extra gewonnen jaren. Om dat onderscheid wél zichtbaar te maken, moet je naar de indicator “levensverwachting in goede gezondheid” kijken. Die becijfert hoeveel jaren men gemiddeld in goede gezondheid doorbrengt en hoeveel in een toestand van ziekte of beperkingen. Een uitgebreide bespreking van deze indicator valt echter buiten de scope van deze Focus.



2. Hoe bereken je de levensverwachting bij de geboorte?

De levensverwachting is het gemiddelde aantal geleefde jaren van een hypothetische groep personen. Hieronder staan de belangrijkste elementen die je voor een berekening van de levensverwachting bij de geboorte nodig hebt. Je kan de levensverwachting echter ook berekenen voor elke andere leeftijd: bijvoorbeeld de levensverwachting op 10 jaar, 23 jaar of 64 jaar. De levensverwachting “in goede gezondheid” is een andere indicator met een andere berekeningswijze (zie *Levensverwachting zegt niets over levenskwaliteit*).

Sterftekansen

Eén element vormen de zogenaamde **sterftekansen** van de Brusselse mannen en vrouwen in een bepaalde tijdspanne. Dat kan in principe een willekeurige tijdspanne zijn. Gebruikelijk zijn bijvoorbeeld één jaar (zoals 2023) of een periode van enkele jaren (zoals 2017-2019). De sterftekansen bereken je voor elke leeftijd en per geslacht als volgt:

$$\frac{\text{aantal overlijdens}}{\text{totaal aantal personen}}$$

Voorbeeld. Heb je een groep van 100 60-jarige mannen en sterft er daarvan één? Dan bedraagt de sterftekans voor mannen van 60 jaar: $1 / 100 = 1\%$.

Hypothetische generatie

Vervolgens neem je een hypothetische generatie van **100 000 pasgeborenen**. Die generatie volg je tot alle (fictieve) personen overleden zijn. Je berekent via de bijhorende sterftekansen voor elke leeftijd en per geslacht

- › hoeveel (fictieve) personen overlijden op die leeftijd en
- › hoeveel (fictieve) “overlevenden” doorstromen naar de volgende leeftijd.

Dit proces herhaal je tot je volledige hypothetische generatie overleden is (maximum 104 jaar in deze Focus).

Voorbeeld. Stel

- › dat 100 vrouwen van de hypothetische generatie 85 jaar worden, en
- › dat de sterftekans van 85-jarige vrouwen 10 % bedraagt.

Dan overlijden er precies 10 (fictieve) vrouwen op 85-jarige leeftijd, en alle andere 90 (fictieve) vrouwen worden 86.

Aantal geleefde jaren

Een laatste benodigd element is het aantal geleefde jaren van de individuen in onze hypothetische generatie. Maar: hoe bepaal je dat (fictieve) aantal? Daarvoor kijk je naar de leeftijd die de individuen hebben bereikt. Bij die leeftijd tel je een half jaar op. Dat is zo gek nog niet, zoals het onderstaande voorbeeld tracht te verduidelijken.

Voorbeeld. Stel dat een 50-jarige overlijdt. Dan neem je voor deze persoon 50 en een half jaar. Waarom dat halve jaar? Omdat je niet weet wanneer deze fictieve persoon overleden is: vlak na haar verjaardag? Vlak voor haar 51-ste? Of ergens tussenin? In een grotere groep 50-jarigen zullen alle gevallen wel voorkomen: verschillende personen zullen kort na hun verjaardag overleden zijn. Daarvoor moet je ongeveer 50 jaar rekenen. Maar andere personen overlijden kort voor hun (volgende) verjaardag. En daarvoor moet je bijna 51 jaar rekenen. Je mag dus veronderstellen dat de mensen die 50 werden gemiddeld 50,5 jaar geleefd hebben.

Aan de slag!

Nu heb je de belangrijkste elementen voor de berekening van de levensverwachting bij de geboorte, dus het gemiddelde aantal geleefde jaren voor de hypothetische generatie:

$$\frac{\text{som van alle (fictief) geleefde jaren}}{\text{aantal personen in de hypothetische generatie, dus 100 000}}$$

Voorbeeld. Je beschouwt een hypothetische generatie van 100 000 personen. Je telt alle geleefde jaren bij elkaar op en komt uit op 7 800 000 jaar. Dan bedraagt de levensverwachting $7\,800\,000 / 100\,000 = 78$ jaar.

De levensverwachting van vrouwen is hoger dan die van mannen

De levensverwachting van vrouwen is in het hele Brusselse Gewest hoger dan die van mannen. Deze genderkloof is consistent aanwezig in elke gemeente en in alle macrozones van het Gewest. Op de kaarten (2) en (3) die de levensverwachting per macrozone visualiseren springt het direct in het oog dat de klasse die de hoogste mannelijke levensverwachtingen groepeerde (80,1–81,6 jaar) zelfs onder de laagste klasse bij vrouwen (81,9–82,9 jaar) blijft.

Geografische variatie in genderverschillen

Op gewestelijk niveau bedraagt het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen 4,9 jaar—mannen worden gemiddeld 79,0 jaar, vrouwen 83,9 jaar. Die kloof varieert echter lokaal. In Sint-Lambrechts-Woluwe is het verschil met 3,1 jaar het kleinst (84,6 jaar bij vrouwen tegenover 81,5 jaar bij mannen). Sint-Gillis vertoont het grootste verschil: vrouwen bereiken er gemiddeld 83,8 jaar, tegenover slechts 77,7 jaar voor mannen, een kloof van 6,1 jaar (Tabel 1). Zulke spreiding wijst op een samenspel van gezondheidsdeterminanten die geografisch, sociaal en economisch ongelijk verdeeld zijn.

Het Brussels Gewest is niet uniek in dit opzicht, maar volgt een wereldwijde tendens: volgens de *UN World Population Prospects 2024*⁴ hebben vrouwen in alle 193 lidstaten een hogere levensverwachting dan mannen. Sinds de jaren 1980 neemt de genderkloof in veel westerse landen (inclusief België en het Brussels Gewest⁵) wel langzaam af. Dit wordt voornamelijk verklaard door dalend tabaksgebruik en vermindering van zware alcoholconsumptie onder mannen. Toch bedroeg het verschil in 2023 in de OESO gemiddeld nog steeds ongeveer vijf jaar (OECD, 2023).

① LEVENSV ERWACHTING BIJ DE GEBOORTE PER GESLACHT EN GEMEENTE (2017-2023, ZONDER 2020)

Gemeente	Mannen	Vrouwen
Anderlecht	77,6	82,2
Oudergem	80,3	85,8
Sint-Agatha-Berchem	79,0	84,2
Brussel	78,5	83,2
Etterbeek	79,3	84,6
Evere	78,6	82,5
Vorst	79,4	84,0
Ganshoren	78,8	84,4
Elsene	79,9	85,3
Jette	78,6	83,1
Koekelberg	78,2	83,3
Sint-Jans-Molenbeek	77,9	82,5
Sint-Gillis	77,7	83,8
Sint-Joost-ten-Node	77,1	81,8
Schaarbeek	78,3	83,9
Ukkel	80,8	85,3
Watermaal-Bosvoorde	78,7	84,1
Sint-Lambrechts-Woluwe	81,5	84,6
Sint-Pieters-Woluwe	82,1	86,7
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	79,0	83,9

Bron: Statbel (RR), berekeningen BISA

Verklarende factoren

Dat er een kloof in levensverwachting bestaat tussen mannen en vrouwen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is geen nieuw inzicht. De cijfers in deze Focus bevestigen een historische en wereldwijde trend. Het is interessant te begrijpen ‘waarom’ deze genderverschillen zo consistent zijn.

Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen wordt verklaard door gedragsmatige, sociale en structurele factoren. Hieronder staan enkele mogelijke verklaringen die worden aangestipt in de wetenschappelijke literatuur aangaande dit thema. Belangrijk: deze verschillende factoren zijn onderling verbonden en alhoewel ze allemaal de levensverwachting beïnvloeden, zijn ze niet noodzakelijk even belangrijk.

› **Leefstijl en risicogedrag.** In alle OESO-landen –België inbegrepen– roken en drinken mannen vaker en intensiever dan vrouwen, consumeren zij calorierijker voedsel en hebben zij gemiddeld een hogere BMI (OECD, 2024). Die patronen vergroten hun risico op chronische fataal verlopende aandoeningen als hart- en vaatziekten, longkanker en leverziekten.

› **Externe oorzaken.** Jonge mannen sterven vaker door verkeersongevallen, arbeidsongevallen, geweld en suïcide (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2024). Die extra sterfte op jongere leeftijden laat de mannelijke levensverwachting sterker dalen dan de vrouwelijke.

› **Gendernormen.** Culturele opvattingen over ‘mannelijkheid’ moedigen roken, alcoholmisbruik, risicovol gedrag en het negeren van gezondheidsklachten aan (World Health Organization, 2025). Hierdoor worden ziektes later gediagnosticeerd en is de ziekte last zwaarder.

› **Beroepsrisico's.** Mannen zijn oververtegenwoordigd in fysiek veeleisende of gevaarlijke sectoren zoals bouw, transport en veiligheidsdiensten, wat bijkomende sterfterisico's oplevert.

› **Zorggebruik.** Mannen zoeken minder vaak preventieve of curatieve zorg op. Vrouwen komen door reproductieve gezondheid vaker in contact met zorgverleners, waardoor risicofactoren eerder worden opgespoord en behandeld (Dattani & Rodés-Guirao, 2023).

› **Genetische verschillen.** De genetische verschillen tussen mannen en vrouwen kunnen eveneens een deel van het verschil qua levensverwachting verklaren. Vrouwen ervaren bijvoorbeeld bepaalde immunologische voordelen ten aanzien van mannen. Ze maken over het algemeen meer antilichamen aan (bv. Libert *et al.*, 2010).

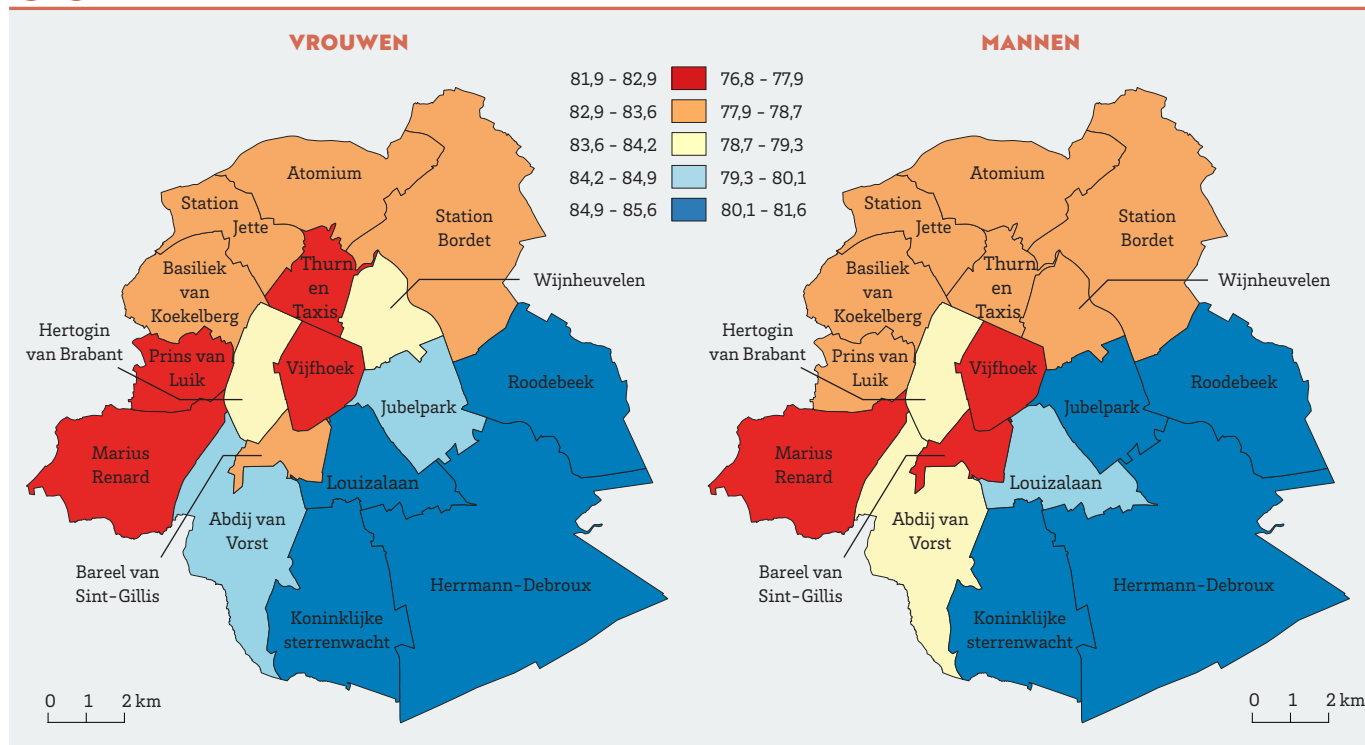
De hogere levensverwachting bij de geboorte van vrouwen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is algemeen geldend, maar het verschil met de mannen is niet overal even groot. Dit is een weerspiegeling van een complexe wisselwerking van genderrollen, gedrag en sociaal-economische context. Gericht preventie- en gezondheidsbeleid—met aandacht voor risicogedrag, toegang tot zorg en de leefomstandigheden in kwetsbare buurten—blijft cruciaal om de man-vrouwkloof in levensverwachting te verkleinen.

De levensverwachting bij de geboorte is het hoogst in het zuidoosten

In het zuidoosten van het Brussels Gewest is de levensverwachting bij de geboorte het hoogst. Op een kaart met de macrozones wordt dat duidelijk. Maar als je de gemeenten beschouwt, krijg je een gelijkaardig beeld (Tabel ①).

Zowel voor de vrouwen, als voor de mannen springen vijf macrozones in het oog op **Kaarten ②** en **③**: Jubelpark, Louizalaan, Roodebeek, Herrmann-Debroux en Koninklijke sterrenwacht. Voor de vrouwen komt daar nog Abdij van Vorst bij. Koninklijke sterrenwacht kent de hoogste levensverwachting van het hele gewest: 85,6 jaar voor vrouwen. Roodebeek heeft de hoogste levensverwachting voor mannen, namelijk 81,6 jaar.

In die zuidoostelijke macrozones ligt de levensverwachting zowel voor mannen, als voor vrouwen tussen 80 à 85 jaar. Dat is hoger dan het gewestelijk cijfer. Op de kaart wordt dat aangegeven met een lichtblauwe (enigszins hoger) of blauwe kleur (hoger). De levensverwachting in de lichtgele zones zit dicht bij de gewestelijke levensverwachting (mannen: 79 jaar; vrouwen: 83,9 jaar). De oranje en rode zones kennen een lagere levensverwachting.



Bron: Statbel (RR), berekeningen BISA

Noot: In Kaart 2 (vrouwen) en Kaart 3 (mannen) zijn de klassen verschillend.

De macrozones die er het slechtste voor staan bij de vrouwen zijn de Vijfhoek, Thurn & Taxis, Marius Renard en Prins van Luik. Marius Renard heeft de laagste levensverwachting bij de vrouwen: 81,9 jaar, of twee jaar onder de levensverwachting voor vrouwen in heel het Brussels Gewest (83,9 jaar). Dat is wel nog steeds hoger dan de hoogste levensverwachting bij de mannen: 81,6 jaar in de macrozone Roodebeek. De hoogste levensverwachting voor vrouwen vind je in Koninklijke sterrenwacht, waar ze 85,6 jaar bedraagt. Het verschil tussen de kleinste en de grootste levensverwachting bij de vrouwen is dus 3,7 jaar.

Bij de mannen is de situatie gelijkaardig – zij het dat alle levensverwachtingen lager liggen dan bij de vrouwen (zie hierboven). Vijfhoek, Marius Renard en Bareel van Sint-Gillis hebben de laagste levensverwachtingen bij de mannen. De Vijfhoek scoort het slechtst: daar ligt de levensverwachting van 76,8 jaar ruim 2 jaar lager dan die van mannen in heel het Brussels Gewest (79 jaar). Ze is ook bijna 5 jaar lager dan in Roodebeek – de macrozone met de hoogste levensverwachting bij de geboorte van mannen in het gewest: 81,6 jaar.

De bovenstaande geografie geeft een algemeen beeld van het Brussels Gewest. Het is evenwel belangrijk om te beseffen dat er binnen de macrozones ook verschillen bestaan. In bepaalde wijken van dezelfde macrozone is de levensverwachting bijvoorbeeld hoger of lager, dan in andere. Daar gaat deze Focus niet verder op in.

Mogelijke verklaringen

Welke verklaringen kunnen er zijn voor deze verschillen in levensverwachting? De levensverwachting is een maat voor de gezondheid van een bevolking. Hoe gezonder die bevolking gemiddeld is, hoe langer ze gemiddeld zal leven. Factoren die de gezondheid beïnvloeden, beïnvloeden dus ook de levensverwachting in de macrozones.

Socio-economische positie

Je opleiding, werk, inkomen en sociale netwerk maken deel uit van je socio-economische status. Er is sprake van een **sociale gradiënt**: hoe beter je er socio-economisch voor staat, hoe beter doorgaans je gezondheid is (bv. Otavova, 2024). Dat geldt zeker ook voor het Brussels Gewest. Twee voorbeelden:

› Brusselaars met een lagere socio-economische positie zijn systematisch vaker in behandeling voor **diabetes**, dan Brusselaars in hogere posities (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2019, p. 19).

› **Arbeidsongeschiktheid** komt bijna dubbel zo vaak voor bij de laagste o.v. de hoogste socio-economische posities (*ibidem*).

Onderzoekers vermoeden dat er verschillende mechanismen (kunnen) spelen, die elkaar aanvullen (de onderstaande opsomming is deels gebaseerd op Otavova, 2024 en Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2019):

› **Socio-economische status beïnvloedt gezondheid.**

Voorbeeld: wie beter opgeleid is

- heeft meer kennis over gezondheid
- kan gezondheidsinformatie beter begrijpen
- heeft een beter algemeen probleemoplossend vermogen
- leeft en werkt doorgaans in betere omstandigheden

› **Gezondheid beïnvloedt socio-economische status.**

Voorbeeld: een slechte gezondheid verhoogt het risico dat

- een kind minder goed presteert op school
- een volwassene meer moeite heeft met werken, waardoor ook welvaartsopbouw moeilijker is

› **Andere factoren beïnvloeden zowel gezondheid, als socio-economische status.**

Voorbeeld: wie gediscrimineerd wordt

- lijdt mogelijk onder verhoogde stress, onafhankelijk van de

werksituatie

- heeft geen toegang tot jobs die passen bij zijn of haar opleidingsniveau, zelfs wanneer zijn of haar gezondheidstoestand goed is

Reeds vóór de geboorte wordt ieder van ons blootgesteld aan verschillende factoren die positief of negatief inwerken op onze gezondheid. Doorheen het leven stapelen die blootstellingen en hun effecten zich op. Personen in een socio-economisch zwakkere positie zijn meer blootgesteld aan nadelige factoren, zoals gebrekkige huisvesting (schimmelproblemen, buurtlawaai) of slechte werkomstandigheden (verhoogde blootstelling aan schadelijke stoffen). Tegelijkertijd beschikken ze over minder beschermende middelen, zoals gezondheidskennis of geld voor medische controles (vgl. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2019, hoofdstuk 4.1.2). Gemeenten en macrozones van het Brussels Gewest waar minder gegoede burgers wonen, kennen doorgaans dus een lagere levensverwachting. Waar rijkere inwoners wonen, zoals in het zuidoostelijke kwadrant, is de levensverwachting doorgaans hoger. Als je voldoende geld hebt, kan je ook makkelijker kiezen in welke buurt je gaat wonen.

Leefmilieu

Verder bepaalt ook je leefmilieu je gezondheid. Vergelijk bijvoorbeeld twee fictieve woonbuurten.

- Woonbuurt A: hoge luchtvervuiling, hoge geluidsoverlast, weinig groen, weinig sportinfrastructuur.
- Woonbuurt B: lage luchtvervuiling, lage geluidsoverlast, veel groen, voldoende sportinfrastructuur.

Waar is de levensverwachting wellicht het hoogst? Dat hangt ook af van andere factoren, zoals het rookgedrag van de inwoners. Maar doorgaans verwacht je in woonbuurt B een hogere levensverwachting, dan in woonbuurt A.

Gedrag en gezondheidssysteem

Tot slot kan gezondheidsgedrag de geografische verschillen ook mee verklaren. Het gezondheidsgedrag van mensen met een lagere socio-economische positie verschilt van dat van mensen met een hogere socio-economische positie. Zo roken mensen die leven in grotere bestaansonzekerheid bijvoorbeeld meer (mee) (zie bv. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2019).

Ook de manier waarop het gezondheidssysteem georganiseerd is, heeft invloed op het gezondheidsgedrag. Mensen die moeilijk rondkomen stellen medische zorgen vaak uit, omdat ze de kosten niet kunnen dragen (operaties, tandzorg of de aankoop van een bril of lenzen...). Mensen die leven in grotere bestaansonzekerheid maken ook minder gebruik van preventieve gezondheidszorg, zoals bepaalde kankerscreenings of griepvaccinaties.

Conclusie

Levensverwachting oogt als een heldere maat voor volksgezondheid, maar het blijft een statistisch construct: we passen de sterftekansen van één waarnemingsperiode toe op een hypothetische generatie en negeren zo mogelijke toekomstige veranderingen in geneeskundige verzorging, levensstijl, gedrag of migratie. Bovendien kunnen achter geaggregeerde cijfers verschillen binnen gemeenten en tussen bevolkingsgroepen schuilgaan. Wie levensverwachting interpreteert, moet die beperkingen dus altijd voor ogen houden.

De cijfers in deze Focus bevestigen in eerste instantie nogmaals de **verwachte genderkloof** in levensverwachting: voor vrouwen bestaat er een gewestelijk surplus van bijna vijf jaar. Gedrags- en omgevingsfactoren die mannen disproportioneel treffen – roken, alcohol, risicovol verkeer, minder preventieve zorg, grotere beroepsrisico's – verklaren het grootste deel van die marge. Het vrouwelijke 'voordeel' is echter niet uniform; het schommelt van 3,1 jaar in het welvarende Sint-Lambrechts-Woluwe tot 6,1 jaar in het sociaaleconomisch kwetsbaardere Sint-Gillis.

Verder vertoont er zich een uitgesproken **geografische gradiënt**. De zuidoostelijke macrozones rond Hermann-Debroux, Roodebeek en Koninklijke Sterrenwacht scoren het hoogst: zowel mannen als vrouwen hebben in die macrozones levensverwachtingen bij de geboorte die ruim boven de gewestgemiddelden liggen, wat samenhangt met gunstigere leefomstandigheden, hogere inkomens en betere toegang tot groene ruimtes. Aan de andere kant van het spectrum hebben Vijfhoek, Bareel van Sint-Gillis en Marius Renard de laagste levensverwachtingen, vooral bij mannen. Hier cumuleert sociale achterstelling met omgevingsstressors zoals luchtvervuiling en verkeersdrukke.

Ten slotte blijkt de kloof tussen mannen en vrouwen gevoelig voor die sociaal-ruimtelijke context. Waar het inkomen stijgt en de leefomgeving verbetert, winnen mannen relatief meer levensjaren en krimpt het verschil. Waar armoede en omgevingsrisico's overheersen, is de kloof dan weer breder. Gerichte preventie – rookstop, verkeersveiligheid, toegankelijke eerstelijnszorg, verminderen van beroepsrisico's – en een beleid dat sociale ongelijkheid en woonkwaliteit verbetert, zijn daarom mogelijke pistes om op in te zetten.

Bibliografie

- ANON, 2025. *Healthy Immigrant Effect - an overview*. ScienceDirect | Topics [online]. 2025. [Geraadpleegd op 26 mei 2025].
- DATTANI SALONI & RODÉS-GUIRAO LUCAS, 2023. *Why do women live longer than men?* Our World in Data.
- ERMANS THOMAS, 2023. *De macrozones. Een statistische opdeling van het Brusselse grondgebied voor analyse op een intermediaire schaal tussen de wijken en het Gewest*. Cahier van het BISA, nr.II. Brussel: Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse (BISA).
- LIBERT Claude, DEJAGER Lien & PINHEIRO Iris, 2010. *The X chromosome in immune functions: when a chromosome makes the difference*. Nature Reviews Immunology. Vol. 10, n° 8, pp. 594-604.
- OBSERVATORIUM VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN VAN BRUSSEL-HOOFDSTAD, 2019. *Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- OBSERVATORIUM VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN VAN BRUSSEL-HOOFDSTAD, 2024. *Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2024*. Brussel: Vivalis.brussels.
- OECD, 2023. *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Health at a Glance. Parijs: OECD Publishing.
- OECD, 2024. *Society at a Glance 2024: OECD Social Indicators*. Society at a Glance. Parijs: OECD Publishing.

- OTAVOVA MARTINA, 2024. *Multiple Deprivation and Health Inequalities in Belgium*. Doctoral thesis. Louvain-la-Neuve / Hasselt: UCLouvain / UHasselt.
- PERSPECTIVE, 2022. *Sociaal-economische, territoriale en ecologische diagnose van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest na de COVID-19-pandemie*. Brussel: perspective.brussels.
- STATBEL, 2024. *Sterftetafels en levensverwachting*. [online]. 9 juli 2024. [Geraadpleegd op 13 juni 2025].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025. *Gender and health*. [online]. 2025. [Geraadpleegd op 26 mei 2025].

Noten

1. Personen die niet in het Rijksregister staan, zoals asielzoekers of sans-papiers, komen dus niet voor in de berekeningen.
2. Een macrozone is een deel van het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest dat verschillende wijken met gelijkaardige kenmerken omvat. Denk bijvoorbeeld aan huisvesting, bevolking of economische activiteiten. De macrozones staan het toe om de grote stedelijke dynamieken in het Brussels Gewest te analyseren, zonder zich te beperken tot de administratieve gemeentegrenzen (Ermans, 2023).
3. Zie het "gezonde migranteffect" (ANON., 2025).
4. Raadpleegbaar via <https://population.un.org/wpp/>.
5. Voor het Brussels Gewest zie Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2024).

WETENSCHAPPELIJKE COÖRDINATIE

Astrid Romain

LEESCOMITÉ

Olivier Gillis, Peter Verduyck (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad)

Em. prof. Patrick Deboosere (Vrije Universiteit Brussel, Wetenschappelijke Raad van het BISA)

Xavier Dehaibe, Olivier Poupaert (BISA)

VERANTWOORDELIJKE UITGEEFSTER

Astrid Romain - BISA

©2025 Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Alle rechten voorbehouden.