

TUSSEN LOONSTROOK EN ZIEKBED

Hoe hoger het inkomen, hoe minder ziekenhuisopnamen

Het CBS onderzocht de samenhang tussen het inkomen en het aantal ziekenhuisopnamen.

Mensen uit hoge inkomensgroepen worden minder vaak opgenomen, is de niet heel verrassende uitslag van hun statistische exercitie. Er zijn echter ook uitzonderingen.

opleiding zijn niet beschikbaar van de hele bevolking. Inkomen is echter een goed alternatief. Deze gegevens zijn wel landelijk beschikbaar.

Het is overigens niet zozeer het inkomen dat bepaalt of iemand in het ziekenhuis wordt opgenomen als wel dat mensen die meer verdienen vaak beter op de hoogte zijn van het verband tussen leefstijl en gezondheid. Daardoor leven ze gezonder en worden ze ook minder opgenomen. Aan de andere kant kunnen mensen als gevolg van chronische aandoeningen of lichamelijke beperkingen een lager inkomen hebben gekregen, waardoor er sprake is van een omgekeerd causaal verband. Verder is het mogelijk dat mensen van een bepaalde sociaaleconomische klasse sneller of vaker

een beroep doen op medische voorzieningen vanwege een bepaalde gezondheidssituatie. Het gegeven dat een lagere sociaaleconomische status uiteindelijk leidt tot een slechtere gezondheid (en tot meer gebruik van medische voorzieningen), wordt vaak als het belangrijkste achterliggende mechanisme beschouwd van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

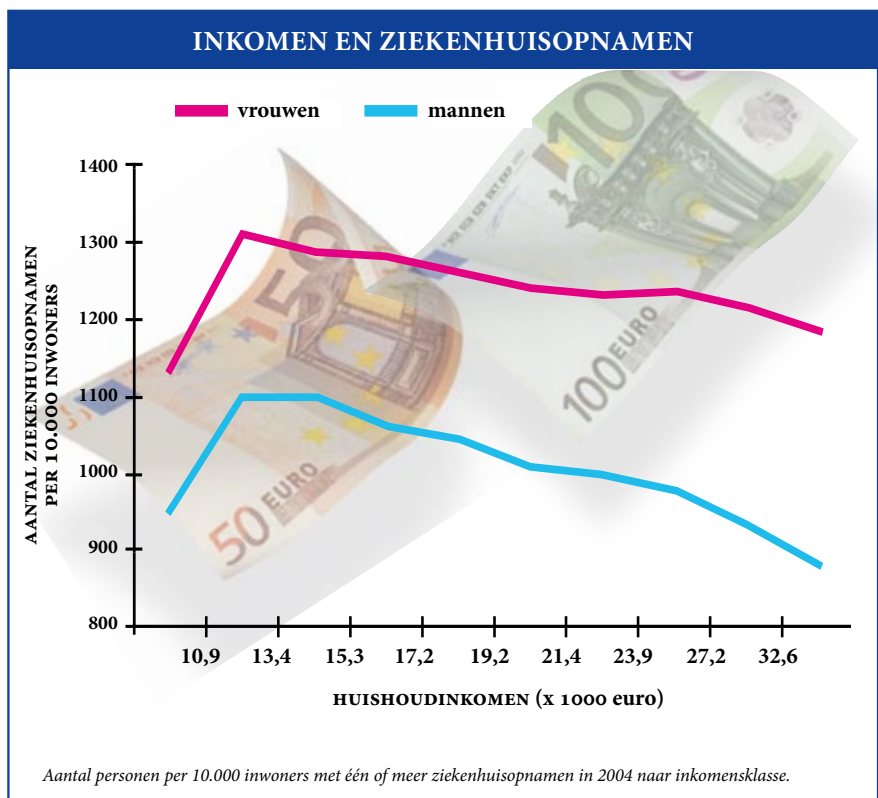
INKOMENS

De inkomens zijn voor de analyse opgedeeld in tien klassen. Gemeten is het aantal personen per 10.000 inwoners dat in een jaar één of meer klinische of dagopnamen voor een bepaalde primaire diagnose heeft gehad. Hierbij is binnen de onderzochte inkomens- >>

GERARD VERWEIJ

Mensen met een hoge sociaaleconomische status zijn doorgaans gezonder dan mensen met een lage status. Ze doen minder vaak een beroep op de huisarts en maken sneller gebruik van preventieve voorzieningen. Tot voor kort waren landelijke cijfers over de samenhang tussen ziekenhuisopnamen en sociaaleconomische status niet beschikbaar. Inmiddels is het CBS in staat om inkomensgegevens van de bevolking te koppelen aan de diagnosegegevens uit de Landelijke Medische Registratie (LMR). Hierdoor is het mogelijk om de samenhang tussen ziekenhuisopnamen en inkomen nader te onderzoeken.

Opleiding wordt beschouwd als de meest geschikte indicator voor de sociaaleconomische status. Maar gegevens over





<< klassen gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsverdeling. De samenhang tussen ziekenhuisopnamen en inkomen is onderzocht voor 1997 en 2004.

Zowel voor mannen als voor vrouwen geldt: hoe hoger het inkomen, hoe minder ziekenhuisopnamen (zie *figuur*). Deze samenhang is bij mannen sterker dan bij vrouwen. In 2004 gold voor mannen uit de hoogste inkomensklasse dat ze 20 procent minder ziekenhuisopnamen hadden dan mannen uit de op één na laagste inkomensklasse. Bij vrouwen was het verschil 10 procent. Vrouwen worden wel vaker opgenomen dan mannen.

De laagste inkomensklasse wijkt af van de trend. Uit onderzoek is gebleken dat de samenstelling van deze groep enigszins afwijkt van de andere lage inkomensklassen doordat er meer personen in zitten met een relatief goede gezondheid en met een goede woonsituatie. Dit kan een van de redenen zijn van het relatief lage aantal ziekenhuisopnamen in deze groep.

PSYCHISCHE STOORNISSEN

In 2004 bleek voor de meeste ziekten dat mensen met de laagste inkomens (significant) vaker in het ziekenhuis worden opgenomen dan degenen met de hoogste inkomens. Deze samenhang is het sterkst bij psychische stoornissen (zie *tabel*). Mannen en vrouwen uit de laagste inko-

menklassen hebben respectievelijk 95 en 70 procent meer ziekenhuisopnamen voor deze aandoeningen dan mensen uit de hoogste inkomensklassen.

Vooral bij persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen en depressie zijn de verschillen groot. De negatieve samenhang tussen inkomen en ziekenhuisopnamen voor psychische stoornissen heeft wellicht te maken met het (on)vermogen om met problemen om te gaan. Anderzijds kunnen de psychische problemen zelf, meer nog dan somatische klachten, de oorzaak zijn van een lager inkomen.

GEBITSAFWIJINGEN

Ook bij gebitsafwijkingen is er een sterk negatieve samenhang tussen inkomen en ziekenhuisopname. Uit eerder onderzoek is gebleken dat ongeveer 70 procent van

tandarts en hebben daardoor een beter verzorgd gebit. Recent onderzoek wijst uit dat kinderen uit lage sociaaleconomische klassen minder vaak poetsen, later naar de tandarts gaan en meer snoepen. Ze hebben het hoogste percentage niet-gave gebitten.

ZWANGERSCHAP

Er bestaan ook positieve samenhangen tussen inkomen en ziekenhuisopnamen. Zo worden vrouwen uit de hogere inkomensklassen ruim 50 procent meer in het ziekenhuis opgenomen voor complicaties rond zwangerschap, bevalling en kraambed dan vrouwen uit de lagere inkomensklassen. Bij 70 procent van de opnamen betreft het complicaties in de antenatale periode. Ongeveer 20 procent hangt samen met complicaties bij de bevalling.

Deze positieve samenhang tussen inkomen en ziekenhuisopnamen is mogelijk toe te schrijven aan uitsluit van de zwangerschap door vrouwen met een hoge sociaaleconomische status. Hierdoor doen zij frequenter een beroep op fertilisatiebehandelingen en zwangerschapszorg.

Ook onder kinderen van ouders uit de hogere inkomensklassen is het aantal ziekenhuisopnamen in de perinatale periode groter.

In 2004 zijn meer mannen uit de hogere dan uit de lagere inkomensklassen voor prostaatcarcinoom in het ziekenhuis opgenomen. Deze positieve samenhang is ten opzichte van 1997 sterk toegenomen. Toen waren er voor deze aandoening nog nauwelijks verschillen in opnamen naar inkomen. De toename bij de hogere inkomensklassen hangt wellicht samen met een hoger gebruik van diagnostische testen (prostaatspecifiek antigeen-test). Hoewel voor deze eenvoudige bloedtesten geen ziekenhuisopname nodig is, kan

Hoger opgeleiden gaan meer en vaker naar de tandarts

de gebitsafwijkingen betrekking heeft op dagopnamen vanwege (ernstige) tandcariës. Dat de opnamen bij een toenemend inkomen afnemen, hangt mogelijk samen met leefstijl en preventief gedrag. Hoger opgeleiden gaan meer en vaker naar de

het eventuele vervolgtraject wel leiden tot ziekenhuisopname. Uit recent onderzoek van het CBS blijkt dat de laatste jaren het aantal PSA-testen onder mannen van veertig jaar en ouder sterk is toegenomen. De meeste tests worden

uitgevoerd bij mannen uit de hoogste inkomensklassen.

ALCOHOLGEBRUIK

Mensen uit lagere sociaal-economische klassen hebben veelal een minder gezonde leefstijl. Ze vertonen riskanter gedrag, maken minder gebruik van preventieve gezondheidszorg en wonen vaker in een minder gunstige woonomgeving. (Denk aan dicht op elkaar

gebouwde, vaak vochtige huizen in oude stadswijken met weinig groen.)

Bij een aantal kankersoorten waarvoor leefstijlfactoren zoals roken, alcoholgebruik en overgewicht een risicofactor zijn, is inderdaad een duidelijke negatieve samenhang tussen inkomen en ziekenhuisopname gevonden. Het betreft bij mannen kanker van lip, mondholte en farynx, maagkanker en longkanker. Ook voor slokdarmkanker is er een negatieve

samenhang met leefstijl. Deze correlatie is echter niet significant. Door verschillen in leefstijl tussen inkomensklassen waren er ook bij dikke- en endeldarmkanker prevalentieverschillen per inkomensgroep te verwachten. Dit is echter niet het geval. Bij mannen was er in 2004 zelfs sprake van een positief verband tussen dikke- en endeldarmkanker en inkomen.

Bij vrouwen geldt alleen bij longkanker en baarmoederhalskanker >>

DIAGNOSEN EN INKOMEN

	MANNEN		VROUWEN	
	inkomensklassen		inkomensklassen	
	LAAG	HOOG	LAAG	HOOG
DIAGNOSEN TOTAAL	1050,5	933,9	1244,4	1210,2
- kwaadaardige nieuwvormingen	56,6	55,4 ¹⁾	61,3	57,9
- kanker van lip, mondholte, farynx	2,2	0,9	0,9	0,7 ¹⁾
- slokdarmkanker	1,6	1,3 ¹⁾	0,5	0,4 ¹⁾
- maagkanker	2,2	1,4	1,2	1,0 ¹⁾
- dikkedarm- en endeldarmkanker	6,4	7,6	6,7	6,5 ¹⁾
- longkanker	10,0	6,6	4,9	3,2
- prostaatcancer	5,4	8,3		
- borstkanker			16,7	16,7 ¹⁾
- baarmoederhalskanker			1,4	0,8
PSYCHISCHE STOORNISSEN	16,6	8,5	17,5	10,3
- stemmingsstoornissen	3,2	1,7	4,7	2,7
- depressie	2,0	1,0	3,3	1,9
- schizofrenie	1,3	0,2	0,4	0,1 ¹⁾
- angststoornissen	0,8	0,2	0,8	0,3
- persoonlijkheidsstoornissen	0,5	0,1	1,4	0,4
ZIEKTEN VAN HART- EN VAATSTELSEL	161,4	139,9	132,9	108,1
- hartfalen	15,4	9,5	15,6	9,6
- coronaire hartziekten	60,8	49,2	32,4	23,3
- perifere arterieel vaatlijden	20,6	14,4	11,6	6,7
- beroerte	22,2	18,9	20,1	17,7
GEBITSAFWIJKINGEN	8,2	2,3	6,4	2,1
COMPLICATIES VAN ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMBED			136,8	209,0
AANDOENINGEN IN DE PERINATALE PERIODE	35,6	43,6	30,5	37,5

1) Geen statistisch significant verschil tussen lage (laagste drie) en hoge (hoogste drie) inkomensklassen. Bron: Prismant, CBS.

Personen met één of meer ziekenhuisopnamen per 10.000 inwoners, naar inkomen en geslacht in 2004.



een significant negatief verband met inkomen. Mogelijk dat bij baarmoederhalskanker vrouwen uit de hogere inkomensklassen vaker of sneller gebruikmaken van preventieve screeningsmogelijkheden. Uit enquêteonderzoek van het CBS blijkt dat laagopgeleide vrouwen minder vaak een uitstrijkje laten maken. Bij ziekenhuisopnamen vanwege borstkanker zijn er geen verschillen naar inkomen.

Ook bij hart- en vaatziekten is er een duidelijke (negatieve) samenhang met inkomen. Het gaat onder meer om coronaire hartziekten, hartfalen en beroerte. Bij deze aandoeningen speelt leefstijl eveneens een rol. Ook bij perifere arterieel vaatlijden is er een significante negatieve samenhang met het inkomen. Hier is een eventuele relatie met leefstijl minder duidelijk. Bij enkele vaatziekten binnen deze groep speelt leefstijl een rol, bij andere niet.

REGISTRATIE

Een van de doelstellingen van overheidsbeleid is het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Als de cijfers van 2004 worden vergeleken met die van 1997, blijkt echter dat de

verschillen in ziekenhuisopnamen naar inkomen tussen 1997 en 2004 nauwelijks zijn veranderd. Onderzoeken naar de prevalentie van ziekten bij ziekenhuispatiënten zijn alleen mogelijk met een integrale, uniforme diagnoseregistratie van ziekenhuisopnamen, zoals de *International Classification of Diseases (ICD)* in de LMR. De huidige registratie in de diagnose-behandelingcombinaties (DBC's) is echter niet bruikbaar voor de gezondheidsstatistiek. Continuering van de ICD-codering in de ziekenhuizen is daarom onontbeerlijk voor zowel nationale als internationaal vergelijkende statistieken over ziekenhuiszorg. ■

ir. G.C.G. Verweij,
statistisch onderzoeker, Gezondheid en Zorg, Centraal Bureau voor de Statistiek

Correspondentieadres: gvry@cbs.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Dit artikel is een samenvatting van het onlangs door G.C.G. Verweij en A. de Bruin gepubliceerde artikel 'Verschillen in ziekenhuisopnamen naar inkomen' in: *Gezondheid en zorg in cijfers 2006* (redactie O. van Hilten en A.M.H.M. Mares, CBS, 2006), zie www.cbs.nl.

SAMENVATTING

- Mensen uit lagere inkomensklassen hebben naar verhouding meer ziekenhuisopnamen.
- De negatieve samenhang tussen inkomen en ziekenhuisopnamen is het sterkst bij psychische aandoeningen.
- Ook bij een aantal ziekten waarbij leefstijlfactoren een rol spelen, zoals hart- en vaatziekten, bepaalde vormen van kanker en gebitsafwijkingen wordt een negatieve samenhang met inkomen gevonden.
- Niet voor alle ziekten geldt een negatieve samenhang tussen inkomen en opnamen. Bij prostaatkanker en complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed bestaat een positieve samenhang.
- Op grond van de resultaten voor 1997 en 2004 blijken de verschillen in ziekenhuisopnamen naar inkomen niet te zijn afgenomen.

Het volledige artikel, inclusief literatuurlijst, vindt u op www.medischcontact.nl/dezeweek.



PRAKTIJKPERIKEL

Rijbewijskeuring



Als huisarts doe ik regelmatig rijbewijskeuringen. Nu moest mijn eigen vrachtwagenrijbewijs worden vernieuwd. Hiervoor moest ik door een bedrijfsarts worden gekeurd. Een huisarts mag dit niet doen.

Gewapend met een flesje urine en een formulier meldde ik me bij de arbodienst. Ik was heel benieuwd wat mij voor 70 euro te wachten stond. Ik vraag er zelf 35 euro voor en verricht dan een volledig lichamenlijk en neurologisch onderzoek.

De bedrijfsarts, die niet wist dat ik arts ben, vroeg mij plaats te nemen. Op indringende wijze vroeg hij of ik echt wel gezond was en of ik geen medicijnen slikte. Hierna moest ik het boordknoepje van mijn overhemd losmaken

zodat hij mijn hart kon beluisteren. Eén keer luisteren was voldoende om alle eventuele souffles op te sporen. Vervolgens werd de bloeddruk opgemeten en moest ik gaan staan. De topneusproef deed ik zonder haperen. De oogvolgbeweging werd alleen naar links uitgevoerd. Op hemianopsie werd niet getest. De keurende arts vond dat ik de testen prima had uitgevoerd. Blijkbaar verwacht hij in een vrachtwagen geen verkeer van rechts en hoef ik dus niet naar rechts te kunnen kijken.

Na onderzoek van visus en urine was ik binnen zeven minuten klaar. De 70 euro verdween in een schoendoos. Een rekening kreeg ik niet.

Ik doe meer voor minder. En nu maar hopen dat alle door hem gekeurde kandidaten wel naar rechts kunnen kijken. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signalementen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.