

Inkomen als sociaaleconomische indicator van medisch zorggebruik bij ouderen

Marleen Wingen en Ferdij Otten

In dit artikel zijn, naast opleiding, drie operationalisaties van inkomen onderzocht op hun onderscheidend vermogen met betrekking tot medisch zorggebruik bij ouderen. Een langdurig laag inkomen blijkt daarvan de meest bruikbare indicator om bij ouderen sociaaleconomische verschillen in medisch zorggebruik zichtbaar te maken. Het jaarlijks besteedbare huishoudensinkomen en ook het cumulatieve besteedbare huishoudensinkomen over een periode van vier jaar hebben relatief weinig toegevoegde waarde. Opleiding speelt als indicator geen enkele rol. De analyses laten zien dat meer ouderen met een langdurig laag inkomen naar de specialist en naar de fysiotherapeut gaan dan ouderen met een betere inkomenspositie. Dit verband blijft ook bestaan als rekening wordt gehouden met verschillen in gezondheid.

1. Inleiding

In de meeste Westerse landen bestaan sociaaleconomische verschillen in sterfte en gezondheid. Mensen met een lage positie op de maatschappelijke ladder hebben vaker een slechte gezondheid dan mensen met een hogere positie (Mackenbach en Stronks, 2004). In Nederland zijn er aanwijzingen dat vanaf de jaren tachtig de sociaaleconomische gezondheidsverschillen groter zijn geworden (Dalstra et al., 2002). Het is van belang om ontwikkelingen in sociaaleconomische gezondheidsverschillen te blijven beschrijven, om na te gaan of deze verschillen verder toenemen, stabiliseren of juist afnemen. Ook is er behoefte aan onderzoek naar gezondheidsverschillen bij die bevolkingsgroepen en gezondheidsaspecten waar de problemen het grootst zijn (Kunst, 2007). Een belangrijke groep is de oudere bevolking. Ouderen hebben een minder goede gezondheid dan jongeren en dit gaat samen met een hoger zorggebruik (Swinkels, 2006; Wingen en Otten, 2007). Europees onderzoek laat zien dat sociaaleconomische verschillen in sterfte en gezondheid ook op hogere leeftijd aanwezig zijn, ofschoon de verschillen afnemen naarmate men ouder wordt (Huisman et al. 2003, 2004). Gegevens over sociaaleconomische gezondheidsverschillen bij de oudere Nederlandse bevolking zijn naar verhouding schaars.

In onderzoek naar gezondheidsverschillen in Nederland wordt merendeels gebruik gemaakt van opleiding als indicator voor sociaaleconomische status (SES). Mensen met een lage opleiding beoordelen hun eigen gezondheid vaker als minder goed (Otten, 2005). Ook hebben mensen met een lagere opleiding vaker gezondheidsklachten en langdurige aandoeningen. Uit onderzoek komt eveneens naar voren dat lager opgeleiden vaker gebruik maken van medische zorg dan hoger opgeleiden. Dit onderscheid neemt fors af als rekening wordt gehouden met aspecten van gezondheid. Dit betekent dat verschillen in zorggebruik grotendeels voortko-

men uit verschillen in gezondheid (Lindert et al. 2004; Kunst et al., 2007). Naast een samenhang tussen zorggebruik en opleiding bestaat er ook een samenhang tussen zorggebruik en huishoudensinkomen (Kunst et al., 2007).

In het algemeen wordt inkomen minder vaak gebruikt als sociaaleconomische indicator. Dit komt doordat inkomensgegevens vaak ontbreken in enquête-onderzoek, maar ook doordat opleiding veelal grotere gradiënten laat zien dan inkomen (Otten, 2005). Dit neemt niet weg dat inkomen als een belangrijke indicator van sociaaleconomische status te beschouwen is en dat het van belang is om deze factor in de beschrijving van sociaaleconomische gezondheidsverschillen mee te nemen. In een rapport gewijd aan de ontwikkeling en toepassing van sociaaleconomische indicatoren wordt aanbevolen om inkomen over een periode van meerdere jaren te gebruiken als sociaaleconomische indicator. Ook het al dan niet moeten rondkomen van een inkomen rond of onder de armoedegrens kan wellicht een goede maat voor SES zijn (Kunst et al., 2005).

Dit artikel rapporteert over specifieke vormen van zorggebruik in relatie tot welvaartsindicatoren bij ouderen. Verscheidene operationalisaties van inkomen zijn gebruikt als indicator voor SES. Zowel het jaarlijkse besteedbare huishoudensinkomen als het besteedbare huishoudensinkomen over een periode van vier jaar wordt onderzocht op zijn discriminerend vermogen ten opzichte van medisch zorggebruik. Tevens wordt onderzocht of het al dan niet eenmalig of voor meerdere jaren moeten rondkomen van een inkomen onder de lage-inkomensgrens een voorspellende waarde heeft. Op deze manier wordt duidelijk welke sociaaleconomische indicator het sterkste onderscheidende vermogen heeft in verschillen in medisch zorggebruik bij ouderen. Steeds is ook nagegaan of, en in hoeverre, de desbetreffende welvaartsindicator een toegevoegde waarde op opleiding heeft. Medisch zorggebruik omvat in dit artikel het beroep op de huisarts, de medisch specialist en de fysiotherapeut.

2. Doelpopulatie, data en analyse

2.1 Steekproef

De resultaten zijn gebaseerd op gegevens uit het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS). Het doel van POLS is het op continue basis leveren van coherente informatie over de verschillende aspecten van de leefsituatie van de Nederlandse bevolking in particuliere huishoudens als geheel, maar ook voor afzonderlijke bevolkingsgroepen daarbinnen.

De doelpopulatie van POLS is de in Nederland woonachtige bevolking van 0 jaar en ouder in particuliere huishoudens. POLS is gebaseerd op een personensteekproef uit de

Gemeentelijke Basisadministratie persoonsgegevens. Personen die wonen in instellingen en tehuizen zijn niet benaderd voor deelname aan het onderzoek. De beoogde steekproefomvang voor de module 'Gezondheid' bedroeg in 2006 netto 10 duizend personen van 0 jaar en ouder.

Deze gegevens zijn verrijkt met inkomensgegevens uit beschikbare integrale fiscale bronnen. Gegevens over de doelgroep van 55- tot 80-jarigen over de jaren 2004, 2005 en 2006 uit POLS zijn samengevoegd tot één bestand. Op deze wijze is informatie beschikbaar gekomen over bijna 7,5 duizend ouderen.

2.2 Indicatoren voor sociaaleconomische status

De gegevens over de respondenten in POLS zijn verrijkt met de volgende inkomensgegevens. Aan iedere respondent in de POLS-onderzoeksjaren 2004 en 2005 zijn zowel het bijbehorende besteedbare huishoudensinkomen van het betreffende jaar als de besteedbare huishoudensinkomens van de drie voorafgaande jaren gekoppeld. Aan de respondenten van het POLS-onderzoeksjaar 2006 zijn de bijbehorende besteedbare huishoudensinkomens van 2002, 2003, 2004 en 2005 gekoppeld. Het besteedbare inkomen van het huishouden betreft het saldo van alle ontvangen inkomsten van de leden van het huishouden en de afgedragen inkomstenbelasting en sociale premies. Het totale inkomen is vervolgens gecorrigeerd voor omvang en leeftijd van de leden van het huishouden. Dit gestandaardiseerde inkomen is vervolgens toegekend aan de POLS-respondent. De gestandaardiseerde huishoudensinkomens zijn ingedeeld in kwintielen. De eerste inkomensgroep is gevormd uit de 20 procent personen met de laagste inkomens. De vijfde inkomensgroep bestaat uit de 20 procent personen met de hoogste inkomens.

Het gestandaardiseerde huishoudensinkomen in kwintielen van het lopende onderzoekjaar is de eerste operationalisatie van de sociaaleconomische status gebaseerd op welvaartsmetingen. Hiernaast zijn nog twee andere operationalisaties gebruikt waarbij ook de inkomensgegevens van de drie voorafgaande jaren zijn meegenomen. De tweede operationalisatie is het vierjaars cumulatieve inkomen. Dit is de som van het gestandaardiseerde besteedbare huishoudensinkomen over de vier achtereenvolgende jaren, eveneens opgedeeld in kwintielen. Bij de derde operationalisatie zijn de jaarlijkse inkomens ingedeeld op basis van de lage-inkomensgrens. De lage-inkomensgrens is een vast koopkrachtbedrag gecorrigeerd voor inflatie. In prijzen van 2005 ligt de grens op 10459 euro. Personen met een koopkracht onder 10459 euro zijn personen met een laag inkomen. Deze personen lopen risico op armoede. Personen behorende tot een huishouden met een koopkracht van 10459 euro of meer hebben geen laag inkomen (Bos, 2006). Op basis van de jaarlijkse inkomens is een classificatie gemaakt in langdurig laag inkomen (voor vier jaar), incidenteel laag inkomen of geen langdurig laag inkomen en geen incidenteel laag inkomen in het onderzoekjaar.

Zoals aangegeven is in de analyse ook gebruik gemaakt van gegevens over het voltooide opleidingsniveau van de

onderzoekspersoon. Het opleidingsniveau is ingedeeld in vier groepen: lager onderwijs; lager beroepsonderwijs, lager voortgezet onderwijs inclusief mavo en vwo3; hoger voortgezet onderwijs, inclusief havo, vwo en mbo; en hoger onderwijs, waaronder hbo en universiteit.

2.3 Medisch zorggebruik

Het medisch zorggebruik is gebaseerd op het beroep dat men heeft gedaan op de huisarts, de medisch specialist en de fysiotherapeut. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen geen en ten minste één keer per jaar contact met de desbetreffende hulpverlener.

Bezoeken aan een huisarts, visites van een huisarts en telefonische consulten vallen onder contacten met de huisarts. Onder contact met de fysiotherapeut vallen alle bezoeken aan een fysiotherapeut, exclusief de contacten tijdens een ziekenhuisopname. Dit geldt tevens voor contact met de specialist. Poliklinische behandelingen, eerste hulp en het maken van foto's worden echter wel meegerekend.

2.4 Analyse

De samenhang tussen de drie vormen van zorggebruik en SES is onderzocht met behulp van logistische regressie-analyse. De odds ratio geeft een verhouding van conditionele kansverhoudingen weer. Is de verdeling erg scheef (veel mensen hebben contact met een zorgverlener), dan vertegenwoordigen de odds ratio's bij benadering de relatieve kansverhouding in het hebben van contact met een van de zorgverleners. Is de verdeling niet scheef, dan geven de odds ratio's geen relatieve maar conditionele kansverhoudingen weer. De referentiecategorie is steeds 'geen contact' met respectievelijk de huisarts en de medisch specialist en de fysiotherapeut. Een odds ratio hoger dan 1 duidt op een positief verband, ofwel een grotere kans om contact te hebben. Een odds ratio tussen 0 en 1 duidt op een negatief verband.

Alvorens de resultaten van de multivariate analyse te presenteren, worden eerst de percentages weergegeven. De multivariate analyses zijn in drie stappen uitgevoerd. In de eerste analysestap is alleen gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. In de tweede analysestap wordt tevens gecorrigeerd voor opleiding, om te bepalen of er, onafhankelijk van opleiding, daadwerkelijk een verband bestaat tussen de verschillende operationalisaties van inkomen en de vormen van zorg. Daarbij is ook onderzocht of de combinatie van opleiding en inkomen (de interactie) een toegevoegde voorspellende waarde heeft. In de derde stap wordt aanvullend gecorrigeerd voor het al dan niet hebben van ernstige ziekten. Onder ernstige ziekten wordt verstaan het hebben of gehad hebben van een of meer van de volgende ziekten: suikerziekte, beroerte, hersenbloeding of herseninfarct, hartinfarct of hartaandoening, een vorm van kanker. Op deze wijze wordt nagegaan of een eventueel verband tussen de operationalisaties van inkomen en de vormen van zorg kan worden verklaard door een slechte gezondheid.

3. Resultaten

3.1 Verschillen in beroep op zorg

Contact met huisarts, specialist en fysiotherapeut naar SES

De ongecorrigeerde percentages laten een verband zien tussen (cumulatief) huishoudensinkomen en respectievelijk de huisarts en de specialist. Hoe lager het inkomen, hoe meer ouderen de huisarts en specialist raadplegen. Bijna 60 procent van de ouderen met een (cumulatief) huishoudensinkomen in het laagste kwintiel raadpleegde de specialist, in tegenstelling tot ongeveer de helft van de ouderen met een (cumulatief) huishoudensinkomen in het hoogste kwintiel. Ook tussen opleiding en de huisarts en tussen opleiding en de specialist bestaan verbanden. Hoe lager de opleiding, hoe meer ouderen de twee zorgverleners raadpleegden. Opleiding was niet gerelateerd aan contact met de fysiotherapeut in een jaar (*grafiek*).

Tussen langdurig laag inkomen en contact met de specialist en de fysiotherapeut bestaat ook een verband. Van de ouderen met een langdurig laag inkomen ging 65 procent naar de specialist en van de ouderen boven de lage-inkomensgrens ging 56 procent. Het aandeel ouderen met een langdurig laag inkomen dat de fysiotherapeut consulteerde, was hoger (32 procent) dan het aandeel ouderen zonder een langdurig laag en incidenteel laag inkomen (23 procent).

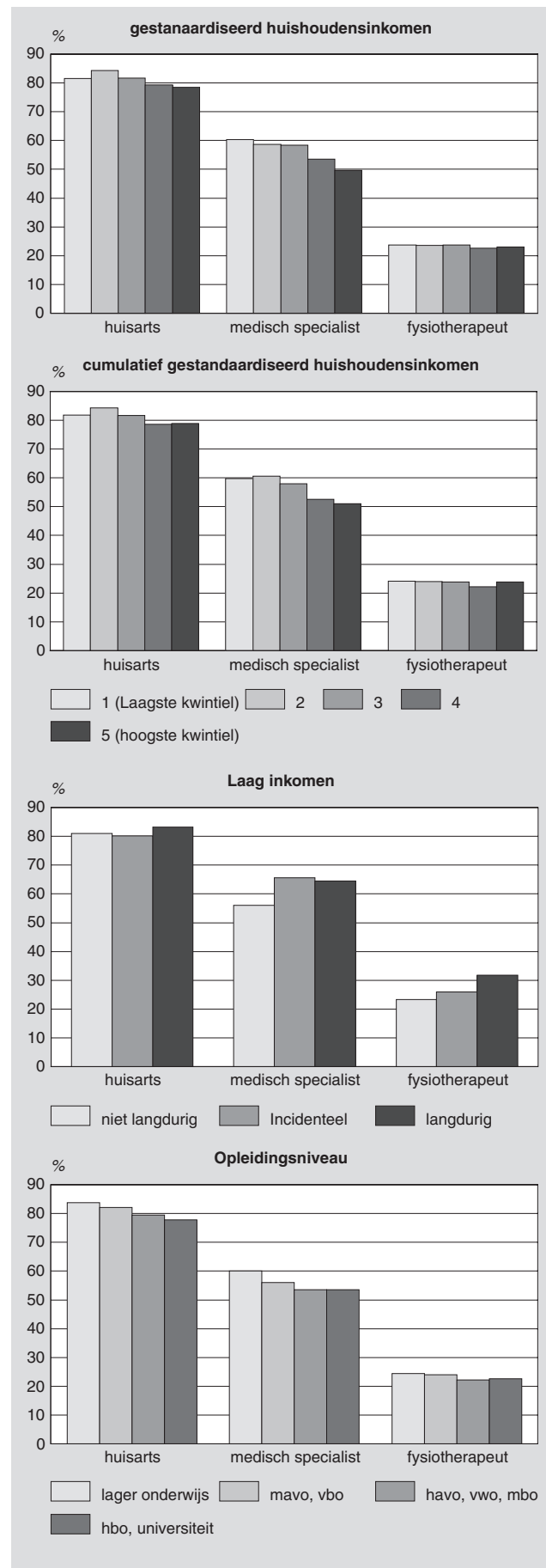
Uitkomsten multivariate analyses

Na correctie voor leeftijd en geslacht (analysestap I) blijft het verband bestaan zowel tussen (cumulatief) inkomen en contact met de medisch specialist als tussen langdurig laag inkomen en contact met de specialist en de fysiotherapeut (staten 1–3). Het verband tussen (cumulatief) huishoudensinkomen en contact met de huisarts is verdwenen. Een groter aandeel ouderen heeft contact met de specialist naarmate ze een lager inkomen hebben. Ook gingen meer ouderen met een langdurig laag inkomen naar de specialist en de fysiotherapeut.

In analysestap II wordt naast leeftijd en geslacht ook rekening gehouden met het opleidingsniveau. Het verband tussen contact met de medisch specialist en (cumulatief) inkomen blijft ook dan bestaan. Ook hebben meer ouderen met een langdurig laag inkomen na de additionele correctie voor opleiding contact met de specialist en de fysiotherapeut dan ouderen die geen langdurig laag en geen incidenteel laag inkomen hadden.

In analysestap III wordt onderzocht wat de invloed is van ernstige ziekten op het verband tussen SES en het doen van een beroep op zorg. De sociaaleconomische verschillen die na correctie voor leeftijd, geslacht en opleiding nog aanwezig zijn, verdwijnen nagenoeg geheel na rekening te hebben gehouden met het voorkomen van ernstige ziekten. Zo is er geen verband meer tussen contact met de medisch specialist en (cumulatief) inkomen. Dit betekent dat bij een gelijke gezondheid het aandeel dat naar de specialist gaat vergelijkbaar groot is voor ouderen met een lager en ouderen met een hoger inkomen.

Ouderen van 55-79 jaar naar contact met huisarts, medisch specialist en fysiotherapeut gedurende een jaar, opleidingsniveau en inkomen (ongecorrigeerd), 2004-2006



Interessant is dat de verschillen die worden geconstateerd met langdurig laag inkomen als maat voor SES, wel blijven bestaan. De mate van gezondheid, hier omschreven als het wel of niet hebben van een of meer ernstige ziekten, is niet van invloed op de verschillen. Het aandeel ouderen met een langdurig laag inkomen dat naar de specialist en naar de fysiotherapeut gaat, blijft groter dan het aandeel ouderen dat niet onder de lage-inkomensgrens leeft.

3.2 Inkomen versus opleiding als indicatoren van SES bij ouderen

In dit artikel zijn specificaties van inkomen onderzocht in hun onderscheidend vermogen ten aanzien van medisch zorggebruik. Het gestandaardiseerd huishoudensinkomen ingedeeld in kwintielgroepen is een geschikte sociaaleconomische indicator. Cumulatief gestandaardiseerd huishoudensinkomen blijkt weinig toegevoegde onderscheidende waarde te hebben op de jaarlijkse inkomensmeting. De verbanden die naar voren komen, zijn voor beide indicatoren vrijwel gelijk. Langdurig laag inkomen blijkt zeker ook een bruikbare indicator voor SES bij ouderen.

Uit de resultaten komt naar voren dat inkomen beter discrimineert in het doen van een beroep op zorg dan opleiding. Er bestaat weinig verband tussen opleiding en de drie vormen van zorg als rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijd en geslacht. Alleen als niet wordt gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, is er een relatie te zien tussen opleiding en contact met de huisarts en de specialist. Het verschil tussen de uiterste waarden is groter wanneer het contact met de specialist wordt afgezet tegen inkomen dan wanneer het contact met de specialist wordt afgezet tegen opleiding.

Inkomen veroorzaakt geen onderscheid in het raadplegen

van de hulpverleners binnen verschillende opleidingscategorieën. Een laag inkomen in combinatie met een lage opleiding heeft bij ouderen niet tot gevolg dat er een groter beroep wordt gedaan op de onderscheiden vormen van zorg. Van een statistische interactie tussen opleiding en inkomen ten aanzien van de drie vormen van zorg is dus geen sprake.

4. Conclusie

Meer ouderen die voor langere tijd met een inkomen onder de lage-inkomensgrens moeten leven, gaan naar de specialist en de fysiotherapeut. Dit verband blijft ook bestaan als rekening wordt gehouden met verschillen in opleiding en gezondheid. Een groter aandeel ouderen met een lager (meerjarig) huishoudensinkomen gaat naar de specialist. Hierbij speelt de gezondheid echter een rol. Als rekening wordt gehouden met het hebben van een of meer ernstige ziekten, gaan evenveel ouderen met een lager inkomen naar de specialist als met een hoger inkomen. Een verband tussen het raadplegen van de huisarts en (meerjarig) huishoudensinkomen is ook aanwezig, maar verdwijnt als rekening wordt gehouden met leeftijd en geslacht.

Drie specificaties van inkomen zijn onderzocht als indicatoren van SES bij ouderen. Het onderscheidend vermogen van gestandaardiseerd huishoudensinkomen, al dan niet over meerdere jaren, is beperkt. Wat betreft de hier gehanteerde drie specifieke operationalisaties van zorggebruik lijkt het een minder bruikbare indicator voor de beschrijving van sociaaleconomische verschillen bij ouderen. De inkomensspecificatie die een onderverdeling maakt in het al dan niet moeten rondkomen van een langdurig laag inkomen, lijkt wel een geschikte maat voor het beschrijven van deze verschillen. Het onderscheidend vermogen van deze

Staat 1
Ouderen van 55–79 jaar naar contact met de huisarts gedurende een jaar, opleidingsniveau en inkomen (odds ratio's)

	Analysestep I		Analysestep II		Analysestep III	
	OR	95% BI	OR	95% BI	OR	95% BI
Opleidingsniveau						
Lager onderwijs	1,14	0,95–1,37				
Mavo, vbo	1,19	1,00–1,43*				
Havo, vwo,mbo	1,08	0,91–1,28				
Hbo, universiteit (ref.)	1,00					
Huishoudensinkomen in kwintielen						
1 (laagste kwintiel)	0,97	0,81–1,17	0,95	0,78–1,17	0,92	0,75–1,14
2	1,24	1,02–1,51*	1,21	0,98–1,50	1,08	0,87–1,33
3	1,13	0,93–1,36	1,10	0,90–1,34	1,06	0,86–1,30
4	1,01	0,93–1,36	0,98	0,82–1,19	0,93	0,77–1,13
5 (hoogste kwintiel) ref.	1,00		1,00		1,00	
Cumulatief huishoudensinkomen in kwintielen						
1 (laagste kwintiel)	0,94	0,54–1,29	0,91	0,74–1,13	0,89	0,70–1,12
2	1,23	1,01–1,51*	1,19	0,96–1,49	1,05	0,83–1,33
3	1,08	0,89–1,31	1,04	0,85–1,28	0,97	0,78–1,21
4	0,94	0,78–1,13	0,91	0,76–1,10	0,85	0,69–1,04
5 (hoogste kwintiel) ref.	1,00		1,00		1,00	
Laag inkomen						
Niet langdurig (ref.)	1,00		1,00		1,00	
Incidenteel	0,83	0,54–1,29	0,81	0,52–1,25	0,90	0,56–1,47
Langdurig	1,24	0,75–2,06	1,23	0,74–2,05	1,55	0,84–2,88

Analysestep I : gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Analysestep II : gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleiding.

Analysestep III: gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en ernstige ziekten.

*p <0,05

Staat 2

Ouderen van 55–79 jaar naar contact met de medisch specialist gedurende een jaar, opleidingsniveau en inkomen (odds ratio's)

	Analysestap I		Analysestap II		Analysestap III	
	OR	95% BI	OR	95% BI	OR	95% BI
Opleidingsniveau						
Lager onderwijs	1,07	0,92–1,24				
Mavo, vbo	1,03	0,89–1,19				
Havo, vwo,mbo	0,97	0,84–1,12				
Hbo, universiteit (ref.)	1,00					
Huishoudensinkomen in kwintielen						
1 (laagste kwintiel)	1,31	1,13–1,53*	1,36	1,15–1,61*	1,31	1,08–1,58*
2	1,22	1,05–1,43*	1,26	1,07–1,49*	1,19	0,98–1,43
3	1,24	1,07–1,44*	1,29	1,10–1,51*	1,26	1,05–1,50*
4	1,13	0,98–1,32*	1,16	0,99–1,35	1,15	0,97–1,36
5 (hoogste kwintiel) ref.	1,00		1,00		1,00	
Cumulatief huishoudensinkomen in kwintielen						
1 (laagste kwintiel)	1,19	1,02–1,39*	1,22	1,03–1,45*	1,21	1,00–1,47
2	1,23	1,05–1,43*	1,26	1,06–1,50*	1,18	0,97–1,43
3	1,19	1,07–1,44*	1,23	1,04–1,44*	1,19	0,99–1,42
4	1,03	0,89–1,20	1,05	0,90–1,23	1,04	0,88–1,24
5 (hoogste kwintiel) ref.	1,00		1,00		1,00	
Laag inkomen						
Niet langdurig (ref.)	1,00		1,00		1,00	
Incidenteel	1,33	0,92–1,93	1,29	0,89–1,88	1,36	0,90–2,06
Langdurig	1,81	1,21–2,70*	1,79	1,20–2,68*	2,03	1,26–3,27*

Analysestap I : gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Analysestap II : gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleiding.

Analysestap III: gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en ernstige ziekten.

*p <0,05

indeling in inkomen blijft in twee van de drie gehanteerde operationalisaties van zorggebruik nadrukkelijk overeind, ook na correctie voor relevante covariabelen. Opleiding blijkt echter een minder geschikte indicator bij ouderen. Het onderscheidend vermogen van opleiding in de drie vormen van zorggebruik was telkens kleiner dan dat van de verschillende operationalisaties van inkomen. Voor de hele bevolking bleek opleiding overigens wel de meest geëigende sociaaleconomische indicator. Huishoudensinkomen

kwam als indicator op de tweede plaats (Otten et al., 2005). Wel werd hierbij de ervaren gezondheid gebruikt om gezondheidsverschillen te beschrijven, en niet het zorggebruik.

Eerder onderzoek naar sociaaleconomische gezondheidsverschillen in de hele bevolking laat een hoger zorggebruik zien door laagopgeleiden (Van der Meer et al., 1996; Lindert et al., 2004; Kunst et al., 2007). In tegenstelling tot

Staat 3

Ouderen van 55–79 jaar naar contact met de fysiotherapeut gedurende een jaar, opleidingsniveau en inkomen (odds ratio's)

	Analysestap I		Analysestap II		Analysestap III	
	OR	95% BI	OR	95% BI	OR	95% BI
Opleidingsniveau						
Lager onderwijs	0,94	0,79–1,12				
Mavo, vbo	0,91	0,77–1,08				
Havo, vwo,mbo	0,92	0,78–1,09				
Hbo, universiteit (ref.)	1,00					
Huishoudensinkomen in kwintielen						
1 (laagste kwintiel)	0,99	0,83–1,19	1,03	0,85–1,25	1,08	0,87–1,34
2	0,96	0,80–1,15	0,99	0,82–1,21	1,05	0,85–1,30
3	0,99	0,83–1,19	1,03	0,85–1,24	1,04	0,85–1,27
4	1,03	0,86–1,23	1,05	0,88–1,26	1,12	0,93–1,36
5 (hoogste kwintiel) ref.	1,00		1,00		1,00	
Cumulatief huishoudensinkomen in kwintielen						
1 (laagste kwintiel)	0,95	0,80–1,14	0,99	0,82–1,21	1,11	0,89–1,38
2	0,94	0,79–1,13	0,99	0,81–1,20	1,01	0,82–1,26
3	0,98	0,82–1,18	1,02	0,84–1,23	1,08	0,88–1,32
4	0,95	0,79–1,13	0,97	0,81–1,17	1,02	0,84–1,24
5 (hoogste kwintiel) ref.	1,00		1,00		1,00	
Laag inkomen						
Niet langdurig (ref.)	1,00		1,00		1,00	
Incidenteel	1,09	0,73–1,63	1,12	0,75–1,67	1,18	0,76–1,81
Langdurig	1,66	1,11–2,47*	1,69	1,13–2,52*	1,58	1,00–2,49*

Analysestap I : gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Analysestap II : gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleiding.

Analysestap III: gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en ernstige ziekten.

*p <0,05

de resultaten van het huidige onderzoek is in genoemd onderzoek geen of juist een tegengesteld verband aangetoond met contact met de medisch specialist, ook na rekening te hebben gehouden met gezondheid. Ook werd in eerder onderzoek de huisarts vaker geraadpleegd, zowel naarmate de opleiding (Van der Meer et al. 1996; Lindert et al., 2004; Kunst et al., 2007) als het huishoudensinkomen (Kunst et al., 2007) lager was. Dit laatste verband verdween na rekening te hebben gehouden met gezondheid. De uitkomsten suggereren dat de sociaaleconomische verschillen in het raadplegen van medische zorgverleners, en in het bijzonder het raadplegen van de specialist, voor de subgroep ouderen aanzienlijk afwijken van die van de hele bevolking.

In dit artikel is ingegaan op de relatie met enkele vormen van zorggebruik bij ouderen. Vaak wordt de subjectieve maat 'ervaren gezondheid' gebruikt om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te kunnen beschrijven. De verbanden tussen indicatoren van SES en medisch zorggebruik zijn minder duidelijk dan de verbanden tussen de indicatoren van SES en de ervaren gezondheid. Wellicht dat objectievere maten, waaronder het beroep op zorg, minder duidelijke verbanden laten zien.

In vervolgonderzoek zal worden ingaan op andere gezondheidsmaten in relatie tot sociaaleconomische verschillen bij ouderen. Daarbij zal wederom gebruik worden gemaakt van de drie operationalisaties van inkomen als indicator van SES, waarbij de nadrukkelijke aandacht zal uitgaan naar het onderscheidend vermogen van langdurig laag inkomen. Als blijkt dat de inkomensoperationalisaties ook bij andere gezondheidsmaten vergelijkbaar discrimineren, ligt het voor de hand om het langdurig laag inkomen in de toekomst als een van de centrale indelingsvariabelen te gebruiken om sociaaleconomische verschillen in gezondheid en zorg zichtbaar te maken. Mochten ook de beide andere inkomensoperationalisaties goed discrimineren, dan blijven deze indelingen uiteraard ook hun operationele waarde behouden.

Tot dusver is het alleen mogelijk gebleken om welvaart in termen van inkomen te definiëren. Een andere maat die vooral ook bij ouderen als welvaartsindicator gebruikt zou moeten worden, is het vermogen (saldo van bezittingen en schulden). De op handen zijnde afronding van de ontwikkelwerkzaamheden voor een nieuwe vermogensstatistiek maakt het binnenkort mogelijk om ook de vermogenpositie als indicator te onderzoeken. Op deze wijze kan een omvattende beschrijving worden gegeven van de relatie tussen SES en gezondheid.

Literatuur

Bos, W., 2006, Armoede-indicatoren. Armoedebericht 2006. CBS/SCP, Voorburg/Den Haag.

Dalstra, J.A.A., A.E. Kunst, J.J.M. Geurts, F.J.M. Frenken en J.P. Mackenbach, 2002, Trends on socioeconomic health inequalities in the Netherlands, 1981–1999. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56, blz. 927–934.

Huisman, M., A.E. Kunst, O. Andersen, M. Bopp, J.K. Borgan, C. Borrell, G. Costa et al., 2004, Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58, blz. 468–475.

Huisman, M., A.E. Kunst en J.P. Mackenbach, 2003, Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science and Medicine* 57, blz. 861–873.

Kunst, A., 2007, Sociaal-economische verschillen in sterfte en gezondheid in Nederland. *Bevolkingstrends* 55(1), blz. 34–44.

Kunst, A.E., J.A. Dalstra, B. Bos, J.P. Mackenbach, F.W.J. Otten en J.J. Geurts, 2005, Ontwikkeling en toepassing van indicatoren van sociaal-economische status binnen het Gezondheidsstatistisch Bestand. CBS/Erasmus MC, Voorburg.

Kunst, A.E., W.J. Meering, N. Varenik, J.J. Polder en J.P. Mackenbach, 2007, Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. RIVM/Erasmus MC, Bilthoven.

Lindert, H. van, M. Droomers en G.P. Westert, 2004, Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. NIVEL/RIVM, Utrecht/Bilthoven.

Mackenbach, J.P. en K. Stronks, 2004, The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health* 3(11), blz. 1–7.

Meer, J.B.W. van der, J. van den Bos en J.P. Mackenbach, 1996, Socioeconomic differences in the utilization of health services in a Dutch population: the contribution of health status. *Health Policy* 37(1), blz. 1–18.

Otten, F.W.J., J.A.A. Dalstra, J.J.M. Geurts en A.E. Kunst, 2005, Inkomensongelijkheid en gezondheidsverschillen. *Gezondheid en zorg in cijfers*. CBS, Voorburg/Heerlen.

Swinkels, H., 2006, Trends in gezondheid, zorggebruik en leefstijl. 25 jaar CBS-gezondheidsenquêtes. *Gezondheid en zorg in cijfers*. CBS, Voorburg/Heerlen.

Wingen, M. en F. Otten, 2007, Trends in consultaties huisarts, specialist en fysiotherapeut door ouderen. *Bevolkingstrends* 55(4), blz. 84–91.