

Samenvatting (Summary in Dutch)

Achtergrond

Dit proefschrift richt zich op de vraag in hoeverre er in Nederland verschillen in zorggebruik bestaan tussen de autochtone en allochtone bevolking. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de relatieve invloed van belangrijke determinanten van zorggebruik. Gezien het belang van de gezondheidszorg voor de gezondheid, is het noodzakelijk om inzicht te hebben in hoeverre etnische verschillen in zorggebruik een indicatie zijn voor toegankelijkheidsproblemen van gezondheidszorgvoorzieningen of meer een weerslag zijn van een verschillende behoefte aan zorg. Bij de start van dit onderzoek waren de meeste studies naar dit onderwerp in Nederland beschrijvend van aard en lokaal georiënteerd. In onze studie proberen we dit beeld aan te vullen met gegevens die verzameld zijn in een representatieve nationale context, namelijk de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

In deze Nationale Studie participeren 104 huisartsenpraktijken verdeeld over heel Nederland. De totale populatie van deze praktijken bestond uit 399.068 personen, waarvan 12.699 Nederlandssprekende mensen zijn geïnterviewd. Daarnaast zijn aanvullende interviews afgenomen bij 1339 personen met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse achtergrond. Dit proefschrift is grotendeels gebaseerd op data die afkomstig zijn uit de interviews.

Dit proefschrift beoogt bij te dragen aan wetenschappelijke kennis over etnische verschillen in zorggebruik door naast beschrijvende informatie ook theoretische vooruitgang te bewerkstelligen door mogelijke verklaringen voor verschillen in overweging te nemen. Vooruitgang in methodologisch opzicht wordt nagestreefd door het vergelijken van verschillende methodes van dataverzameling en door een systematische beoordeling van de internationale literatuur. In aanvulling op de wetenschappelijke relevantie probeert onze studie ook in praktische zin relevant te zijn voor huisartsen door belangrijke aspecten van kwaliteitsverbetering in kaart te brengen.

Alvorens af te sluiten met een discussie waarin de resultaten in overstijgende zin aan de orde komen, volgt eerst een samenvatting van de belangrijkste resultaten.

Etnische verschillen in zorggebruik

In hoofdstuk vier en vijf van dit proefschrift wordt aangetoond dat etnische verschillen in zorggebruik afhankelijk zijn van de etnische groep en het type zorgvoorziening. Uit ongecorrigeerde data over zorggebruik komt naar voren dat mensen met een allochtone achtergrond meer contact hebben gehad met de huisarts, medisch specialist en psychosociale hulpverleners, in vergelijking met de autochtone bevolking. Daarentegen was er met betrekking tot ziekenhuisopnames geen significant verschil. Het gebruiken van voorgeschreven medicatie en het gebruik van fysiotherapie en thuiszorg was daarentegen onder allochtonen lager dan onder autochtonen. Etnische verschillen in zorggebruik volgen dus geen consistent patroon hetgeen overeen komt met het beeld dat uit een systematische beoordeling van de internationale literatuur naar voren komt (hoofdstuk 2). Dit betekent dat er zowel nationaal als internationaal geen aanwijzingen zijn voor een algehele onder- of overconsumptie van eerstelijns zorg door allochtone groepen. Dit impliceert dat verschillen in zorggebruik dus bestudeerd moeten worden per type voorziening en voor allochtone groepen afzonderlijk.

Determinanten van etnische verschillen in zorggebruik

In aanvulling op het in kaart brengen van etnische verschillen in zorggebruik is in de hoofdstukken drie, vier, vijf en zeven speciale aandacht besteed aan de vraag in welke mate deze verschillen verklaard kunnen worden door sociaaldemografische variabelen, gezondheid, culturele variabelen en studiekenmerken.

Sociaaldemografische determinanten en gezondheid

In dit proefschrift zijn gezondheid, leeftijd, geslacht, urbanisatiegraad en sociaal-economische positie bestudeerd als mogelijke variabelen die de relatie tussen etniciteit en zorggebruik kunnen verklaren. In het algemeen

bleken verschillen in zorggebruik tussen de allochtone en de autochtone bevolking af te nemen na correctie voor sociaaldemografische kenmerken en gezondheid (hoofdstuk vier en vijf). Echter bleken, overeenstemmend met eerder onderzoek, etnische verschillen in zorggebruik maar gedeeltelijk toegeschreven te kunnen worden aan verschillen in deze variabelen. Allochtonen bezochten hun huisarts vaker dan de autochtone bevolking, maar opvallend was dat dit verschil met name aanwezig was onder mensen met een goede ervaren gezondheid (hoofdstuk 3).

In hoofdstuk vier is specifiek aandacht besteed aan de mate waarin etnische verschillen in zorggebruik samenhangen met de urbanisatiegraad van de woonomgeving. Uit de analyses bleek nauwelijks samenhang. Etnische verschillen in zorggebruik waren niet geconcentreerd in de steden en lijken derhalve onafhankelijk van problemen die samenhangen met de grote steden. Dit betekent dat beleid gericht op etnische verschillen in zorggebruik om een bredere aanpak vragen dan de context van de grote steden.

Een mogelijke verklaring voor het feit dat allochtonen meer contact hebben met de huisarts in vergelijking met de autochtone bevolking, zou kunnen zijn dat de huisartszorg voor allochtonen een substituut is voor de meer gespecialiseerdere zorg. Een analyse van afzonderlijk zorggebruik verschaft hier geen inzicht in, aangezien het dan niet mogelijk is om te onderscheiden of mensen alleen contact hebben gehad met hun huisarts of dat zij daarnaast ook gebruik maken van andere voorzieningen. In dit onderzoek wordt dit onderscheid wel gemaakt door in hoofdstuk vijf patronen van zorggebruik in kaart te brengen in aanvulling op afzonderlijk zorggebruik. Deze patronen hebben betrekking op het gebruik van verschillende voorzieningen gedurende een gegeven periode. Na correctie voor sociaaldemografische variabelen, urbanisatiegraad en gezondheidstoestand bleken verschillen in patronen van zorggebruik met name te bestaan voor mensen met een Marokkaanse, Turkse en Antilliaanse achtergrond. Marokkanen bleken minder gebruik te maken van combinaties van zorgvoorzieningen dan de andere allochtone groepen. Het algemene beeld dat naar voren komt uit onze studie suggereert dat behalve onder Surinamers, de kans op contact met een gezondheidszorgvoorziening gelijk is onder zowel allochtonen als autochtonen. In vergelijking met de andere allochtone groepen bleken Surinamers minder contact te hebben gehad met een zorgvoorziening. De analyse van patronen van zorggebruik geeft dus geen aanleiding te

veronderstellen dat de poortwachterfunctie van de huisarts in Nederland minder effectief functioneert onder zowel de allochtone als onder de autochtone bevolking.

Culturele determinanten

Zoals al eerder genoemd is, kunnen etnische verschillen in zorggebruik maar ten dele verklaard worden door verschillen in gezondheidstoestand en sociaaldemografische variabelen. De overgebleven variatie wordt vaak toegeschreven aan de invloed van culturele factoren. In hoofdstuk zeven van dit proefschrift wordt aan dit onderwerp aandacht besteed. De relatie tussen cultuurgebonden factoren en contact met de huisarts, medisch specialist en het gebruik van voorgeschreven medicatie staat hierbij centraal. Wanneer culturele factoren in gezondheidszorgonderzoek worden meegenomen is de aandacht meestal gericht op acculturatie. Acculturatie verwijst naar het socialisatieproces van een minderheidsgroep ten aanzien van het omgaan met een nieuwe cultuur qua taal, gedrag waarden en normen. In hoofdstuk 5 verwijst acculturatie naar de culturele afstand tussen allochtonen en autochtonen. De primaire hypothese is de verwachting dat naarmate allochtonen meer geaccultureerd zijn, het zorggebruik meer gaat lijken op dat van de autochtone bevolking. Doordat we vier verschillende allochtone groepen geïnccludeerd hebben in ons onderzoek, was het ook mogelijk om te bestuderen of de samenhang tussen zorggebruik en acculturatie tussen de afzonderlijk groepen homogeen is.

Om recht te doen aan het multi-dimensionele karakter van acculturatie zijn uiteenlopende indicatoren van acculturatie meegenomen. In aanvulling op proxie-indicatoren zoals lengte van verblijf en het behoren tot de eerste of de tweede generatie, zijn ook waarden en normen, informele sociale contacten met de autochtone bevolking, gebruik en beheersing van de Nederlandse taal en etnische identificatie in de analyses betrokken. Opvallend was dat etnische verschillen in zorggebruik blijven bestaan, zelfs nadat rekening was gehouden met acculturatie. Generatie was de belangrijkste indicator van acculturatie in het verklaren van etnische verschillen in zorggebruik. Geen steun werd gevonden voor de verwachting dat naarmate mensen langer in Nederland wonen verschillen in zorggebruik tussen allochtonen en de autochtone bevolking verdwijnen.

Studiekenmerken

Om meer zicht te krijgen op de mate waarin etnische verschillen in zorggebruik bestaan in westerse landen wordt in hoofdstuk 2 een systematisch overzicht gegeven van de internationale literatuur over verschillen in eerstelijns zorggebruik. Deze verschillen worden vervolgens gerelateerd aan de methodologische kwaliteit en kenmerken van de betrokken studies zoals steekproefgrootte en correctie voor confounders. De resultaten laten zien dat naarmate studies een betere methodologische kwaliteit hadden de kans op rapportage van significante verschillen toenam. Daarentegen waren de correctie voor confounders (met name gezondheid) en het in acht nemen van culturele verschillen en taalproblemen negatief gerelateerd aan de rapportage van significante verschillen. Deze resultaten benadrukken het belang van een zorgvuldige uitvoering van studies naar etnische verschillen in zorggebruik.

Studies uitgevoerd in de Verenigde Staten (VS) bleken vaker significante verschillen in zorggebruik tussen allochtonen en de autochtone bevolking te rapporteren dan studies uitgevoerd in andere landen. Dit suggereert dat resultaten van studies over etnische verschillen in zorggebruik uitgevoerd in de VS geen betrouwbare predictoren voor de Europese en de Canadese situatie zijn. Gegeven het relatieve zwakke eerstelijns zorgsysteem in de VS in vergelijking met de andere landen suggereren onze resultaten een associatie tussen etnische verschillen in zorggebruik en de mate van oriëntatie van een land richting de eerstelijns zorg. Mogelijk draagt een sterke positionering van de eerstelijns zorg in positieve zin bij aan de toegankelijkheid van de zorg voor potentieel kwetsbare groepen van de bevolking. Dit onderwerp dient in toekomstig onderzoek aandacht te krijgen aangezien ander onderzoek suggereert dat psychologische, culturele en sociaal-economische variabelen belangrijker zijn in de verklaring van etnische verschillen in zorggebruik dan kenmerken van het gezondheidszorgsysteem.

Aangezien ons onderzoek laat zien dat etnische verschillen in zorggebruik gerelateerd zijn aan kenmerken van studies, is in hoofdstuk acht van dit proefschrift de invloed van methode van dataverzameling nader onderzocht. Data die op verschillende manieren verkregen zijn, komen vaak niet overeen. In de literatuur wordt dit veelal gezien als een algemeen validiteitprobleem en in geval van onderzoek onder etnische minderheden meer specifiek als een cross-cultureel validiteitprobleem. In hoofdstuk acht

is onderzocht in hoeverre etnische verschillen in zorggebruik gebaseerd op zelfgerapporteerde data, overeenkomen met verschillen gebaseerd op het elektronische registratiesysteem van de huisarts. Hierbij staat voorgeschreven medicatie centraal. De resultaten lieten zien dat etnische verschillen in ontvangst en gebruik van voorgeschreven medicijnen afhankelijk waren van de dataverzamelmethode. Het relatief hoge percentage voorgeschreven medicijnen onder met name Turken en Marokkanen was niet terug te vinden in het zelfgerapporteerde gebruik. Dit lijkt niet alleen terug te voeren op een cross-cultureel validiteitprobleem, maar suggereert ook dat onder Turken en Marokkanen de therapietrouw ten aanzien van door de huisarts voorgeschreven medicijnen niet optimaal is.

Kwaliteit van zorg

Hoewel onze resultaten suggereren dat het feitelijk toegang verkrijgen tot de huisarts voor allochtonen niet problematisch is, kan dit niet automatisch doorgetrokken worden naar de kwaliteit van zorg die allochtonen ontvangen. Daarom wordt in hoofdstuk zeven van dit proefschrift aandacht besteed aan etnische verschillen in de ervaren kwaliteit van zorg. Uit de resultaten komt naar voren dat allochtonen niet verschillen van de autochtonen in de beoordeling van de kwaliteit van de geleverde zorg door de huisarts. Onderzocht is de samenhang tussen ervaren kwaliteit van zorg en het aantal allochtone patiënten in een huisartspraktijk. Hieruit kwam naar voren dat er geen indicaties zijn dat huisartsen die meer gewend zijn om om te gaan met een multiculturele patiëntengroep een betere kwaliteit van zorg leveren. Aspecten waar door alle groepen veel belang aan wordt gehecht zijn attitude-gerelateerd. Met name het belang van serieus genomen worden komt duidelijk naar voren. Belangrijke aspecten voor kwaliteitsverbetering binnen de allochtone groepen blijken de erkenning dat problemen in bepaalde allochtone groepen anders zijn, en interesse in de culturele achtergrond. Aandachtspunten voor verbetering van zorg die te maken hebben met de structurele aspecten zijn de wachttijd voor een afspraak met de huisarts of specialistische zorg en de gehorigheid van wachtkamers. Onder Marokkanen en Turken bleek met name dat meer aandacht voor taal-gerelateerde aspecten belangrijke handvatten voor kwaliteitsverbetering zijn. Informatiebrochures in de eigen taal en gebruik van een tolk zijn hier voorbeelden van, hoewel men kan discussiëren over de

vraag of dit de aangewezen middelen zijn om taal- en cultuurbarrières in de zorg te verminderen. Het inzetten van vertaalde brochures en tolken zou mogelijk isolatie van allochtone groepen in de hand kunnen werken en de prikkel tot integreren wegnemen. Echter, indien dit op correcte wijze en bij de juiste doelgroep gebruikt wordt, lijkt in de praktijk gezondheidsvoorlichting in de eigen taal juist in belangrijke mate bij te dragen aan de gezondheid, en daardoor aan het verminderen van isolement, en vergemakkelijkt de participatie in de samenleving. Het feit dat uit ons onderzoek blijkt dat allochtonen de huisarts vaker bezoeken, en met name degenen die een goede gezondheid ervaren, duidt mogelijk ook op een behoefte aan cultuurspecifieke voorlichting. Meer voorlichting over bijvoorbeeld zelfzorg zou in deze context nuttig kunnen zijn.

De resultaten in het hoofdstuk over kwaliteit van zorg onderstrepen het belang van aandacht voor communicatie en het opbouwen van een relatie met allochtone patiënten. Bewustwording van verschillen in gezondheidsrisico's en culturele beleving van ziekte en gezondheid zijn hierbij essentieel. De beleving van ziekte is in allochtone groepen soms ingebed in een complexe culturele, familiale en sociale context. De gedachte over gezondheid is bij allochtone patiënten soms wezenlijk anders dan die van de huisarts, hetgeen de kans op miscommunicatie groot maakt. Aandacht voor culturele verschillen zal een positief effect hebben op de therapietrouw en tevredenheid met de zorgverlening. Dit onderwerp verdient ook aandacht in het medisch onderwijs, iets wat in de praktijk nauwelijks het geval is, zowel in Nederland als in andere landen.

Discussie

Onze studie bevestigt het bestaan van etnische verschillen in zorggebruik. Deze verschillen hangen sterk samen met het type voorziening en de verschillen per etnische groep. Ons onderzoek geeft geen indicatie in hoeverre deze etnische verschillen in zorggebruik een onwenselijke situatie vertegenwoordigen. Met name de vraag in hoeverre etnische verschillen in zorggebruik allochtonen in een risicosituatie plaatsen voor een slechtere gezondheidstoestand moet in vervolgonderzoek aandacht krijgen. Aangezien een slechte gezondheidstoestand participatie in de samenleving belemmert is dit een belangrijk onderwerp. Door verschillen in gezond-

heidstoestand waar mogelijk te reduceren, kan de gezondheidszorg bijdragen aan de integratie van minderheden in Nederland. Gegeven het feit dat 60% van de kinderen die geboren worden in de grote steden momenteel een allochtone achtergrond heeft, is het belangrijk om aandacht blijven besteden aan etnische verschillen in zorggebruik. Het idee dat etnische verschillen in zorggebruik zullen verdwijnen doordat de tweede of derde generatie qua gezondheidstoestand en gezondheidsgedrag meer zal gaan lijken op de autochtone bevolking, lijkt op de korte termijn niet aannemelijk. In 2015 zal immers tweederde van de allochtonen nog steeds tot de eerste generatie behoren.

Een aantal methodologische kanttekeningen dienen te worden gemaakt. Ten eerste hebben de resultaten alleen betrekking op personen die 18 jaar of ouder zijn. Bovendien is alleen aandacht besteed aan de vier grootste groepen allochtonen die in Nederland woonachtig zijn. Gegeven de variatie in resultaten tussen de verschillende groepen is de generaliseerbaarheid van onze bevindingen naar andere allochtone groepen en naar kinderen onduidelijk. Daarnaast viel het niet binnen de doelstelling van ons onderzoek om de redenen van zorggebruik te bestuderen. Zorggebruik hangt af van de vraag of zorg nodig is voor lichamelijke problemen of geestelijke problemen. Ook de ernst van een aandoening beïnvloedt uiteraard de beslissing of al dan niet professionele hulp wordt gezocht. Het lijkt aannemelijk dat etnische verschillen in zorggebruik voor geestelijke problemen een ander patroon vormen dan voor lichamelijke problemen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat sommige allochtone groepen geneigd zijn om geestelijke problemen te somatiseren, hetgeen een mogelijke verklaring kan zijn voor het hebben van meer contact met de huisarts. Door het cross-culturele design van onze studie is het niet mogelijk om uitspraken te doen omtrent de onderliggende mechanismen die de etnische verschillen in zorggebruik kunnen verklaren. Het zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat de geneigdheid om een bepaald type zorg te gebruiken afhankelijk is van etniciteit. Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor het feit dat Marokkanen in het algemeen minder gebruik maken van zorgvoorzieningen dan de andere allochtone groepen. Dit vraagt om longitudinaal onderzoek.

Een ander punt van aandacht voor toekomstig onderzoek is de definitie van etniciteit. In ons onderzoek is etniciteit gebaseerd op de CBS-definitie die uitgaat van geboorteland. Deze definitie is breder dan in veel andere landen

gebruikelijk is, resulterend in een relatief grote groep allochtone inwoners in Nederland. De grote internationale variatie in de operationalisatie van etniciteit compliceert de vergelijkbaarheid tussen andere landen. Een ander punt dat uit ons onderzoek duidelijk naar voren komt is het belang van een zorgvuldig design van studies gericht op etnische verschillen in zorggebruik. Aandacht voor mogelijke taalproblemen en culturele verschillen dienen aandacht te krijgen in de voorbereiding van de dataverzameling. Er is een gebrek aan onderzoek dat aandacht besteedt aan het ontwikkelen en verbeteren van cross-culturele vragenlijsten teneinde de validiteit en betrouwbaarheid van onderzoeksresultaten te verhogen. Het ontwerp van de studies heeft ook onontkoombaar effect op de respons. Een lage respons is een bekend probleem onder allochtone groepen. Dit levert het gevaar op van mogelijk selectiviteit in de resultaten en compliceert de interpretatie. Het startpunt voor het ontwikkelen van een benadering die de kans op non-respons en selectiviteit minimaliseert is een zorgvuldige non-respons analyse. In ons onderzoek bleek de bereikbaarheid een belangrijke reden voor non-respons. Het ophogen van de contactfrequentie en het verlengen van de veldwerkperiode lijken veelbelovende middelen om non-respons vanwege deze reden tegen te gaan. Daarnaast bleek etnische matching tussen respondenten en interviewers voor sommige allochtone groepen een positief effect te hebben. Dit was met name het geval voor Marokkanen, terwijl onder Antillianen de respons juist omhoog ging als interviewers met een andere etnische achtergrond ingezet werden.