

8 Zorggebruik

E. Uiters (WODC), A. Bus (CBS), R. Verheij (NIVEL)

De instroom van mensen uit andere culturen en gebieden is niet onopgemerkt gebleven in de gezondheidszorg. Zorgverleners hebben te maken gekregen met voorheen weinig voorkomende ziekten, andere zorgbehoeften en andere verwachtingen van de zorg (Harmsen, 2003). Onderzoek laat zien dat er gezondheidsverschillen bestaan tussen allochtonen en autochtonen. Zo is er sprake van een hogere zuigelingensterfte onder allochtonen en rapporteren allochtonen zelf een slechtere gezondheidstoestand dan autochtonen (van der Lucht en Foets, 2005). Op andere punten is de gezondheidstoestand van allochtonen daarentegen juist beter dan die van de autochtonen. Zo leven Marokkaanse mannen langer dan autochtone mannen en hebben Marokkanen ook minder hart- en vaatziekten (De Hollander et al., 2006).

Verschillen in gezondheid brengen verschillen in zorgbehoefte met zich mee, vandaar dat de gezondheidstoestand een belangrijke voorspeller van zorggebruik is. Uit onderzoek komt naar voren dat niet alleen de gezondheidstoestand van allochtonen verschilt van die van autochtonen, maar dat dit ook geldt voor zorggebruik. De richting van deze verschillen in zorggebruik hangt samen met het type zorgvoorziening en de betreffende herkomstgroep (Stronks, Ravelli en Reijneveld, 2001; Foets, van der Lucht en Droomers, 2005; Verweij et al., 2004). Gezondheidsverschillen blijken echter maar ten dele de verschillen in zorggebruik te kunnen verklaren, want ook als rekening wordt gehouden met verschillen in gezondheidstoestand blijven namelijk verschillen in zorggebruik tussen allochtonen en de autochtonen bestaan. Verschillen in zorggebruik tussen herkomstgroepen zijn het gevolg van een ingewikkeld samenspel van factoren. Het gebruik dat allochtonen van de gezondheidszorg maken hangt naast gezondheid ook af van ziektegedrag, dat sterk bepaald wordt door de kennis van en opvattingen over (oorzaken van) ziekten. Ook verschillende opvattingen over zelfzorg en mantelzorg en de kennis over en de bekendheid met de verschillende zorgvoorzieningen kunnen de oorzaak zijn van verschillen in zorggebruik tussen bevolkingsgroepen. Andere belangrijke elementen die een rol kunnen spelen zijn bijvoorbeeld de culturele achtergrond, het sociale netwerk, de sociaal-economische positie en het migratieproces als zodanig (Weide, 1998). De rol van al deze factoren kan veranderen tijdens het verblijf in Nederland doordat men in contact komt met de Nederlandse cultuur. Verwacht wordt dat naarmate allochtonen meer geïntegreerd zijn in de samenleving, hun zorgbehoefte, ziektegedrag en kennis van de gezondheidszorg meer op die van de autochtonen gaat lijken (Weide, 1998). Dat allochtone ouderen bijvoorbeeld relatief weinig gebruik maken van de thuiszorg kan te maken hebben met opvattingen over de vanzelfsprekendheid van het verlenen van mantelzorg door de (eigen) kinderen in sommige culturen. Echter, het integratieproces dat hun kinderen doormaken kan ertoe leiden dat het verlenen van dergelijke mantelzorg minder vanzelfsprekend wordt, waardoor in de toekomst het beroep op de thuiszorg gaat toenemen (Stronks, 1998).

In deze Integratiekaart gaan we in op het beschrijven van verschillen in *contacten met de huisarts* tussen herkomstgroepen. De huisarts fungeert in Nederland als poortwachter voor tweedelijnszorg en is verantwoordelijk voor de behandeling van het grootste deel van de zorgvragen: 94% van de zorgvragen handelt de huisarts alleen af. Voor deze Integratiekaart zijn gegevens over 2003 gebruikt. De gepresenteerde gegevens zijn voorlopig van aard. In de onderzoekspopulatie zijn in verhouding minder allochtonen aanwezig dan in de hele Nederlandse bevolking.

In dit hoofdstuk staan de volgende vragen centraal:

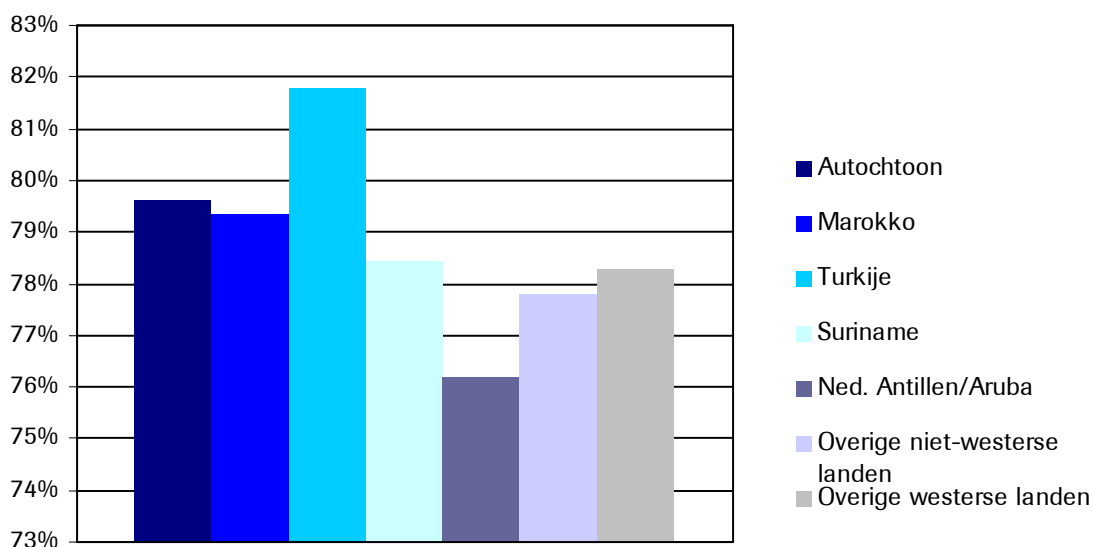
- In welke mate komen patiënten van verschillende herkomstgroepen in contact met de huisarts?
- In hoeverre hangen de verschillen tussen herkomstgroepen in contacten met de huisarts samen met leeftijd en geslacht?

Om de bovenstaande vragen te kunnen beantwoorden wordt gebruik gemaakt van gegevens die verzameld zijn in het kader van het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Dit is een landelijk representatief netwerk van 85 geautomatiseerde huisartspraktijken met bijna 350.000 ingeschreven patiënten. Deze huisartsen verzamelen op continue basis gegevens over aandoeningen, aantallen contacten, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen (Verheij et al. 2006). In verband met het relatief kleine aandeel van allochtone ouderen, hebben de onderstaande gegevens alleen betrekking op mensen tot 55 jaar.

8.1 Contacten met de huisarts

Figuur 8.1 geeft per herkomstgroep het percentage mensen weer dat ten minste één contact heeft gehad met de huisarts in 2003. Dit blijkt het geval te zijn voor het overgrote deel van de bevolking. De contactpercentages verschillen niet veel per herkomstgroep. Van de Antillianen heeft het kleinste percentage mensen contact met de huisarts gehad (76%) en van de Turken met 82% het grootste percentage.

Figuur 8.1 Contacten met de huisarts naar herkomstgroepering, 2003 (%)



Bron: LINH, SSB

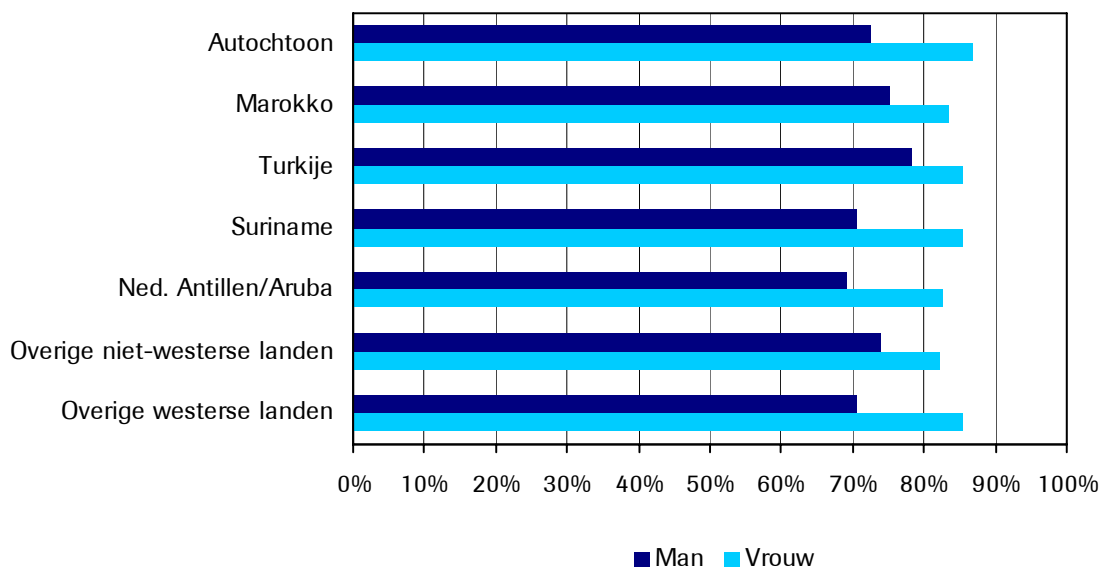
8.1.1 Leeftijd

Leeftijd hangt samen met gezondheid. Naarmate mensen ouder worden neemt de kans op gezondheidsklachten toe en daarmee ook het beroep dat gedaan wordt op de gezondheidszorg. De vraag is echter of deze toename in alle herkomstgroepen hetzelfde patroon laat zien per leeftijdscategorie. Uit figuur 8.2 valt af te leiden dat het aantal mensen dat in een jaar contact heeft met de huisartspraktijk toeneemt naarmate men ouder wordt. Dit geldt voor alle herkomstgroepen.

8.1.2 Geslacht

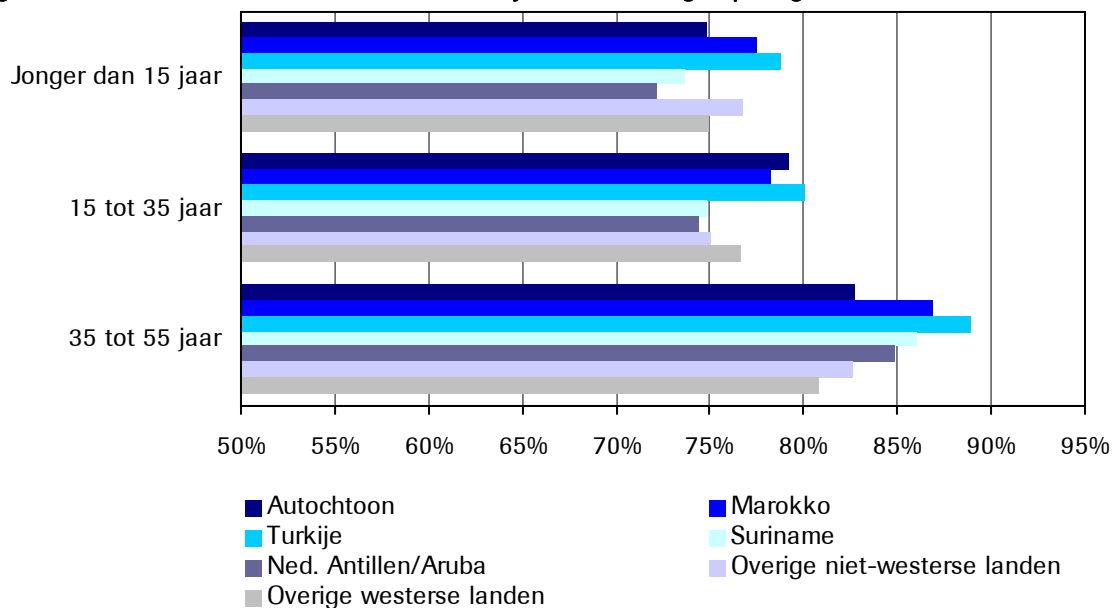
Vrouwen en mannen verschillen in zorggebruik. Onderzoek wijst uit dat (de kans op) het zorggebruik onder vrouwen hoger is dan onder mannen (Andersen, 1995). De vraag is in hoeverre deze sekseverschillen in contacten met de huisarts ook bij herkomstgroepen te zien zijn. Figuur 8.3 geeft per herkomstgroep een overzicht van het percentage mannen en vrouwen dat in 2003 contact heeft gehad met de huisarts. In alle herkomstgroepen hebben meer vrouwen dan mannen contact gehad met de huisarts. In het algemeen lijken verschillen tussen de herkomstgroepen zich niet zozeer voor te doen bij vrouwen, maar meer bij mannen. De verschillen in zorggebruik tussen mannen en vrouwen zijn het kleinst bij Turken, Marokkanen en overige niet westerse landen.

Figuur 8.3 Contact met de huisarts naar geslacht en herkomstgroepering, 2003 (%)



Bron: LINH, SSB

Figuur 8.2 Contact met de huisarts naar leeftijd en herkomstgroepering, 2003 (%)



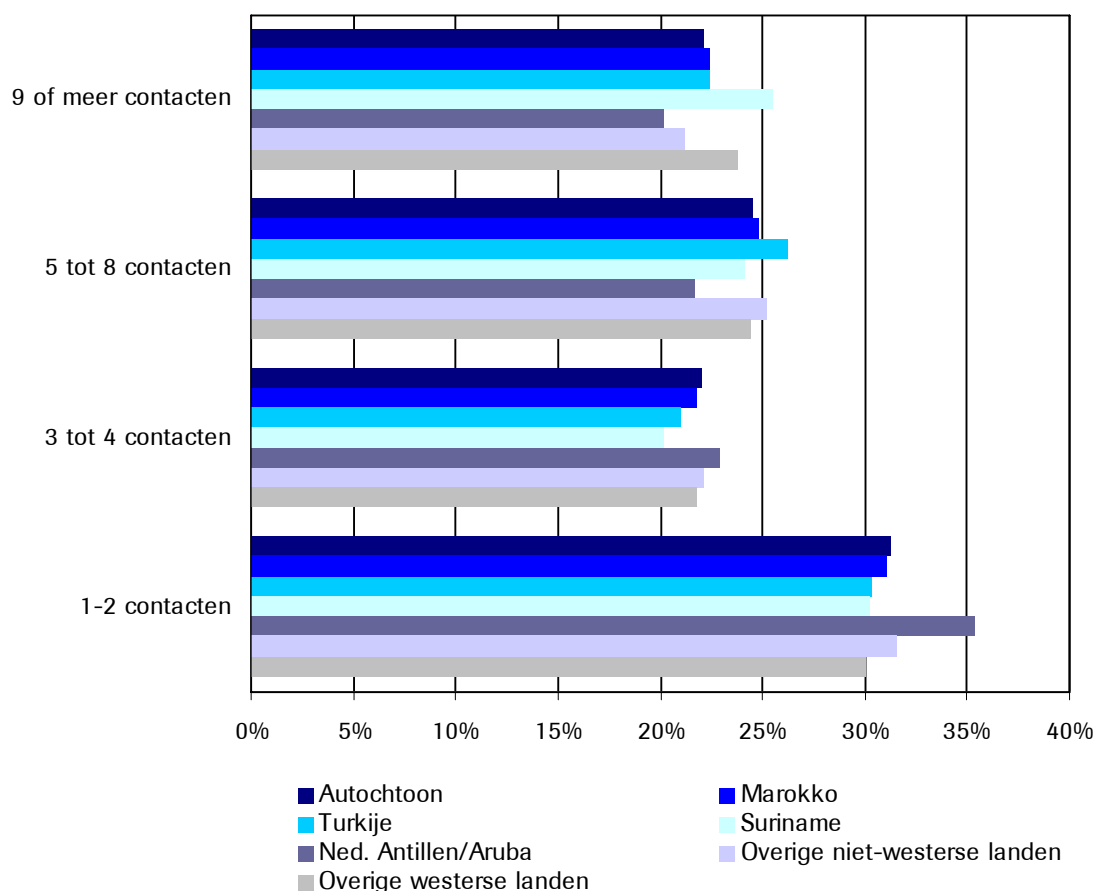
Bron: LINH, SSB

8.2 Aantal contacten met de huisarts

Behalve naar het aandeel mensen dat contact heeft gehad met de huisarts is het ook zinvol om te kijken naar verschillen in contactfrequentie tussen degenen die contact hebben gehad met de huisarts. Vaak wordt namelijk verondersteld dat allochtonen vaker naar de huisarts gaan in vergelijking met de autochtone bevolking. Dit zou bijvoorbeeld te maken kunnen hebben met communicatieproblemen tussen de huisarts en allochtone patiënten en een lager beroep op zelfzorg bij alledaagse aandoeningen onder allochtonen (Bruijnzeels, 2001). Figuur 8.4 geeft een overzicht van de verschillen in contactfrequentie met de huisarts. Antillianen hebben een relatief lage contactfrequentie, 35% heeft één a twee contacten gehad in 2003, terwijl dit percentage onder Turken en Surinamers rond de 30% ligt. In de hogere contactfrequenties (negen of meer contacten met de huisarts) is het aandeel Antillianen relatief laag (20%) tegenover 25% bij Surinamers.

Wanneer gecorrigeerd wordt voor de verschillen in leeftijdsopbouw tussen de allochtone en autochtonen, blijkt dat van de groep die in 2003 ten minste één contact met de huisarts heeft gehad, Marokkanen, Turken, Surinamers en overige niet-westerse allochtonen een iets hogere contactfrequentie hadden dan autochtonen.

Figuur 8.4 Frequentie van huisartscontacten naar herkomstgroepering, 2003 (%)



Bron: LINH, SSB

8.3 Samenvatting

- Allochtonen en autochtonen verschillen weinig wat betreft het aandeel mensen dat contact met de huisarts heeft gehad. Ook het aantal keren dat er contact is geweest met de huisarts verschilt nauwelijks tussen de herkomstgroepen.
- Wanneer gecorrigeerd wordt voor verschillen in de leeftijdsopbouw blijkt dat, in vergelijking met autochtonen, minder allochtonen ten minste één contact met de huisarts hebben gehad in 2003. Daarentegen, binnen de groep die in 2003 ten minste één contact met de huisarts heeft gehad, hebben allochtonen een iets hogere contactfrequentie dan autochtonen.
- Vergeleken met autochtonen had in 2003 een relatief groot percentage Turken contact met de huisarts.
- In alle herkomstgroepen hebben meer vrouwen contact gehad met de huisarts dan mannen. Bij de mannen is het contactpercentage het hoogst onder Turken en Marokkanen. Bij de vrouwen onder Turken, Surinamers en autochtonen.