
Gaat zorggebruik in het land van herkomst onder oudere Turkse en Marokkaanse migranten gepaard met minder zorggebruik in Nederland? Een combinatie van HELIUS-data met Achmea registratiedata

Auteurs: Aydin Şekercan, Marieke B. Snijder, R. J. G. Peters, Karien Stronks

Samenvatting

Een substantieel deel van alle Nederlanders met een Turkse en Marokkaanse achtergrond (respectievelijk 21 % en 10 %) maakt gebruik van de gezondheidszorg in hun land van herkomst wanneer zij daar voor korte of langere tijd verblijven. Als dit ertoe leidt dat zij zorg mijden in de periode dat zij in Nederland zijn, dan zou het bezoeken van een arts in het land van herkomst een bedreiging kunnen zijn voor de continuïteit van zorg. Na koppeling van data van de HELIUS (HEalthy Life in an Urban Setting) studie aan zorgverzekeraarsdata, hebben wij de relatie tussen zorggebruik in het land van herkomst en zorggebruik in Nederland in de periode 2010–2015 onderzocht, onder Nederlanders met een Turkse of Marokkaanse achtergrond van 55 jaar en ouder, gecorrigeerd voor gezondheidsstatus als een indicator voor zorgbehoefte. In tegenstelling tot onze hypothese gebruiken Nederlanders met een Turkse en Marokkaanse achtergrond die gezondheidszorg in het land van herkomst gebruiken, in Nederland meer zorg dan degenen die geen gebruik maken van zorg in Turkije of Marokko. Onze resultaten geven daarom geen aanleiding om te denken dat het vermijden van zorg in Nederland een probleem vormt voor deze groep oudere migranten.

Is healthcare consumption in the country of origin among Moroccan and Turkish migrants of older age (55+) associated with less use of care in the Netherlands?

Abstract

A substantial part of all Dutch people of Turkish and Moroccan origin use healthcare in the country of origin when travelling to their country of origin for a shorter or longer period of time (21% and 10%, respectively). If using care in the country of origin leads to avoidance of care in the Netherlands, this could threaten the continuity of care. We linked data of the HELIUS study to health insurance data. We examined the relationship between healthcare utilisation in the country of origin and the Netherlands, in the period of 2010–2015, adjusting for health status as an indicator of need. Contrary to our expectations, Dutch people of Turkish or Moroccan origin using healthcare consumption in the country of origin utilise more care in the Netherlands than individuals that do not utilize healthcare in the country of origin. Thus, our results do not provide any indication for avoidance of healthcare in the Netherlands among this group of older migrants in the Netherlands.

Kernwoorden: etniciteit, grensoverschrijdend zorggebruik, medisch toerisme, toegankelijkheid

Keywords: Accessibility, Cross-border care, Ethnicity, Medical tourism

Inleiding

In Nederland is 12 % van de bevolking oorspronkelijk afkomstig uit laag en midden-inkomenslanden, bestaande uit eerste generatie migranten en hun kinderen [¹]. Het grootste deel van de eerste generatie migranten van Turkse (17 % van de

169.000) en Marokkaanse achtergrond (24 % van de 190.000) is inmiddels 55 jaar of ouder [¹]. Deze groep oudere migranten verdient extra aandacht vanwege hun slechtere gezondheidsstatus en verminderde zelfredzaamheid binnen het Nederlandse zorgsysteem in vergelijking met de jongere eerste generatie en tweede generatie migranten [¹, ²]. Zij hebben gemiddeld meer dan vier chronische ziekten, meer dan twee derde is laagopgeleid en meer dan 90 % ondervindt taalbarrières [¹, ²].

Een substantieel deel van alle Nederlanders met een Turkse en Marokkaanse achtergrond (respectievelijk 21 % en 10 %) maakt gebruik van de gezondheidszorg in respectievelijk Turkije en Marokko wanneer zij voor korte of langere tijd in het land van herkomst verblijven [⁴]. Dit betreft vooral bezoek aan een medisch specialist op de polikliniek vlakbij hun eigen verblijfplaats, waarbij veelal aanvullend onderzoek plaatsvindt [⁴, ⁵]. Transnationale zorg is een fenomeen wat kenmerkend is voor migranten die regelmatig tussen het land van herkomst en het land van verblijf heen en weer reizen. Er is echter maar weinig literatuur beschikbaar over dit fenomeen. Zo zijn de mogelijke effecten van zorggebruik in het land van herkomst op de gezondheid van migranten en op het gebruik van gezondheidszorg in Nederland vrijwel onbekend. Om deze effecten te onderzoeken, zijn data nodig uit beide landen en voldoende informatie over de gezondheid en zorgbehoefte van patiënten. Koppeling van de Achmea Health Database aan de HELIUS (Healthy Life in an Urban Setting) studie biedt ons de unieke mogelijkheid om de relatie tussen zorggebruik in het land van herkomst en zorggebruik in Nederland onder Nederlandse 55-plussers met een Turkse of Marokkaanse achtergrond te onderzoeken.

Als het zorggebruik in het land van herkomst ertoe leidt dat deze migranten zorg mijden wanneer zij in Nederland verblijven, dan kan dit leiden tot problemen in de continuïteit van de zorg voor deze patiënten. Bijvoorbeeld omdat zij een bezoek aan een arts uitstellen totdat ze weer in Turkije of Marokko zijn of omdat ze pas weer contact hebben met de huisarts in Nederland als er complicaties ontstaan na een behandeling in het land van herkomst of na bijwerkingen door interactie met medicatie.

In een kwalitatief onderzoek onder Nederlanders met een Turkse achtergrond die op het punt stonden zorg te gebruiken in Turkije [⁵] bleek dat de geïnterviewde deelnemers hun bezoek aan de huisarts voor nieuwe, niet-acute klachten in Nederland uitstelden, vanwege eerder ervaren barrières in de Nederlandse huisartsenzorg. Voorbeelden van barrières die werden genoemd waren weigering of uitstel van verwijzing naar de tweede lijn, mismatch in verwachtingen over aanvullend onderzoek en het beperken tot het voorschrijven van pijnstillers. Eenmaal in Turkije bleek dat zij veelal opportunistische redenen hadden om in Turkije een arts te bezoeken: er deed zich een mogelijkheid voor die zij wilden benutten, geholpen door hun lokale sociale netwerk. Tevens bleken hun eigen gezondheidsopvattingen (opvattingen over gezondheid en ziekte en over wat goede zorg is) een belangrijke motivatie om op dat moment in Turkije een arts te raadplegen. Ze verwezen daarbij onder meer naar de wens voor specialistische zorg (expertise) die ze in Nederland niet konden krijgen.

Onze hypothese luidt dan ook dat Nederlanders met een Turkse of Marokkaanse achtergrond die zorg gebruiken in het land van herkomst, minder zorg gebruiken in Nederland in vergelijking met Nederlanders met een Turkse of Marokkaanse achtergrond die geen zorg in het land van herkomst gebruiken. Om deze hypothese te toetsen, hebben wij de relatie onderzocht tussen zorggebruik in het land van herkomst enerzijds en de frequentie van het bezoeken van huisartsen-, paramedische en specialistisch medische zorg in Nederland anderzijds, onder Nederlandse 55-plussers met een Turkse of Marokkaanse achtergrond. Daarna hebben wij, om het zorggebruik in het land van herkomst en de relatie met zorggebruik in Nederland te kunnen duiden, geanalyseerd hoe diegenen die gebruik maken van zorg in het land van herkomst zich verhouden tot de Nederlandse samenleving en het Nederlandse zorgsysteem (taalvaardigheid, etnische identiteit en tevredenheid met de huisarts).

Data en methode

De HELIUS studie

De HELIUS studie is een multi-etnische cohort studie die plaatsvindt in Amsterdam. Het doel, de opzet en de methoden zijn eerder uitgebreid beschreven [², ³]. In het kort: baseline gegevens zijn verzameld tussen 2011–2015 onder bijna 25.000 deelnemers met een Nederlandse, Surinaamse, Ghanese, Turkse en Marokkaanse achtergrond. Potentiële deelnemers tussen de 18–70 jaar zijn op basis van toeval, gestratificeerd naar etniciteit, geselecteerd uit het gemeentelijke basisregister van Amsterdam. Zij ontvingen een schriftelijke uitnodiging (en een eventuele herinnering na twee weken) met informatie over het

onderzoek en een antwoordkaart. 55 % van de genodigden is bereikt door middel van de antwoordkaart of middels een bezoek aan huis door een interviewer met dezelfde etnische achtergrond. Van de bereikte deelnemers wilde 50 % deelnemen, waardoor de totale respons uitkwam op 28 % van de oorspronkelijke steekproef. Non-response analyses laten zien dat de deelnemers en niet-deelnemers niet veel van elkaar verschilden wat betreft sociaaleconomische variabelen [2]. Gegevens zijn verzameld door middel van een schriftelijke vragenlijst (online of op papier in te vullen), een lichamelijk onderzoek en aanvullend laboratoriumonderzoek. Deelnemers die niet zelf de vragenlijst konden invullen kregen hulp van een interviewer met dezelfde etnische achtergrond en dezelfde taal sprekend. De HELIUS studie is goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het AMC en alle deelnemers hebben schriftelijk toestemming gegeven voor de studie.

Selectie van deelnemers

Van 22.165 deelnemers waren data beschikbaar van zowel de vragenlijst als het lichamelijk onderzoek. Tijdens het lichamelijk onderzoek is aan alle deelnemers toestemming gevraagd om hun medische gegevens op te vragen en voor onderzoek te gebruiken. 90 % van de 22.165 deelnemers gaf deze toestemming (19.895) en 78 % van hen (15.461) kon gekoppeld worden aan de Achmea Health Database. Om de privacy te waarborgen, is een derde onafhankelijke partij ingeschakeld om de koppeling te verrichten en identificeerbare gegevens te verwijderen alvorens de gekoppelde data terug te sturen. Uit de gekoppelde data hebben wij een selectie gemaakt van alle deelnemers van 55 jaar en ouder met een Turkse ($n = 359$) en Marokkaanse ($n = 522$) achtergrond. Alle deelnemers behoren tot de eerste generatie: zij, en minimaal een van hun ouders, zijn geboren in respectievelijk Turkije en Marokko [6].

Zorggebruik in Nederland

De Achmea Health Database bevat alle informatie over de soort zorg die is gebruikt in Nederland en de frequentie daarvan. Op basis van deze data konden wij het gebruik van huisartsen-, paramedische en medisch specialistische zorg in verschillende variabelen uitdrukken. Zo hebben wij het totaal aantal contacten per jaar met de huisarts berekend, alsook het gemiddelde aantal contacten met de huisarts over de periode 2010–2015. Daarnaast hebben wij een dichotome variabele aangemaakt, waarin een deelnemer wél of geen contact had met de huisarts in de periode 2010–2015. Tot slot hebben wij vastgesteld of een deelnemer een frequent bezoeker is van huisartsenzorg in de periode 2010–2015, gebaseerd op de methode van Smits et al. [7]. Bij deze methode hebben wij alle deelnemers met Turkse en Marokkaanse achtergrond uit HELIUS (18–70 jaar) genomen om per leeftijdsgroep de afkapwaarde voor frequent bezoeker te berekenen. In de methode van Smits et al. worden deelnemers in vier leeftijdsgroepen onderverdeeld (18–30, 31–44, 45–60 en 61+ jaar) en binnen elke leeftijdsgroep wordt de top 10 % van contacten met de huisarts gelabeld als frequent bezoeker. Wij hebben per etniciteit en geslacht voor één jaar (2010–2015) in elke leeftijdsgroep de top 10 % van contacten met de huisarts berekend en alle deelnemers die daaraan voldoen als frequent bezoeker gelabeld. Indien een deelnemer in één van de jaren (2010–2015) was gelabeld als frequent bezoeker, dan kreeg men deze label voor de periode 2010–2015. Dezelfde methodiek werd toegepast voor paramedische en medisch specialistische zorg.

Zorggebruik in het land van herkomst

De Achmea Health Database bevat tevens alle buitenlandse zorgkosten die zijn gedeclareerd bij Achmea. Die informatie is gebruikt om een categoriale variabele te maken met drie categorieën van gedeclareerde zorggebruik in het land van herkomst in de periode 2010–2015: (0) geen zorggebruik in het land van herkomst, (1) éénmalig zorggebruik in het land van herkomst, (2) frequent zorggebruik in het land van herkomst. Daarnaast hebben wij in de HELIUS studie voor een deel van de deelnemers (namelijk de deelnemers die op het moment van inclusie in HELIUS aangaven in de afgelopen 12 maanden zorg in land van herkomst te hebben gebruikt; 149 van de 522 deelnemers met een Turkse achtergrond en 104 van de 359 deelnemers met een Marokkaanse achtergrond) informatie over de redenen van het zorggebruik in het land van herkomst in de afgelopen 12 maanden: second opinion, (toename) klachten, ontevredenheid over de Nederlandse zorg, wachtlijst vermijding, reguliere check-up. Het was mogelijk om meerdere antwoorden aan te kruisen.

Sociaaldemografische kenmerken en gezondheidstoestand

Deze data zijn verkregen uit de HELIUS studie. De volgende sociaaldemografische variabelen zijn meegenomen in de analyse: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau. Burgerlijke staat is gecategoriseerd in vijf groepen: (1) getrouwd of geregistreerd partnerschap, (2) samenwonend, (3) ongehuwd, (4) gescheiden, (5) verweduwd. Opleidingsniveau is vastgesteld

aan de hand van de hoogst genoten opleiding afgerond met een diploma, in Nederland of in het land van herkomst, en onderverdeeld in vier groepen: (1) geen onderwijs of alleen lager onderwijs, (2) lager voortgezet onderwijs of lager beroepsonderwijs, (3) middelbaar beroepsonderwijs of middelbaar/hoger voortgezet onderwijs, (4) hoger beroepsonderwijs of universiteit.

Algemene fysieke en mentale gezondheid, gemeten met de Short Form Survey 12 (SF-12) [8, 9] en het aantal chronische condities, zijn gebruikt als indicator voor de zorgbehoefte van de deelnemers. De SF-12 vergelijkt zowel de algemene mentale (MCS) als fysieke gezondheid (PCS) van een individu met de algemene bevolking (MCS en PCS, range 0–100). Eerder onderzoek heeft aangetoond dat beide componenten van de SF-12 ook in de Turkse en Marokkaanse groepen te onderscheiden zijn [10]. Het aantal chronische condities (range 0–21) is berekend door gebruik te maken van een vragenlijst in de HELIUS studie die 21 chronische ziekten bevraagd, gebaseerd op de Amsterdamse Gezondheidsmonitor [11].

Mogelijke mediërende variabelen

Nederlandse taalvaardigheid, etnische identiteit en tevredenheid met de huisarts zijn meegenomen om de positie in de Nederlandse samenleving, de zelfredzaamheid binnen en de afstand tot het Nederlandse huisartsenzorg aan te duiden.

Moeite met de Nederlandse taal is een dichotome variabele (0 = nee, 1 = ja) gebaseerd op twee vragen over moeite met lezen en spreken in het Nederlands. Indien op één van de vragen met 'ja' is geantwoord, dan is moeite met de Nederlandse taal gescoord als 'ja'. Etnische identiteit is vastgesteld aan de hand van twee vragen: "ik voel mij Nederlands" en "ik voel mij Turks/Marokkaans", met de antwoordopties: (1) helemaal oneens, (2) beetje oneens, (3) neutraal, (4) beetje eens en (5) helemaal eens. Beide vragen zijn als 'ja' gescoord indien de deelnemer neutraal, beetje of helemaal eens antwoordde. Indien men zich Nederlands en Turks/Marokkaans voelde (dus op beide vragen 'ja' scoorde), dan werd men geclassificeerd als 'geïntegreerd'. Indien men zich Nederlands voelde maar niet Turks/Marokkaans, dan werd men geclassificeerd als 'geassimileerd'. Indien men zich niet Nederlands voelde maar wel Turks/Marokkaans, dan werd men geclassificeerd als 'gesepareerd'. Tot slot, als beide vragen met nee werden beantwoord, dan werd men geclassificeerd als 'gemarginaliseerd'. Tevredenheid met de huisarts is gecategoriseerd in vijf groepen: (1) ontevreden, (2) matig tevreden, (3) redelijk tevreden, (4) duidelijk tevreden, (5) zeer tevreden.

Statistische analyses

Descriptieve analyses zijn uitgevoerd om de baseline karakteristieken en zorggebruik per etnische groep te beschrijven. Vervolgens zijn univariabele en multivariabele logistische regressieanalyses uitgevoerd om de relatie tussen zorggebruik in het land van herkomst (% ja) en zorggebruik in Nederland (frequent bezoeker van huisartsen-, paramedisch, of medisch specialistische zorg (% ja)) te schatten, uitgedrukt in odds ratios (ORs). We begonnen met een model gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau (model I). In model II voegden wij de zorgbehoefte van deelnemers (SF-12, aantal chronische condities) toe, in model III taalvaardigheid en etnische identiteit en tot slot in model IV tevredenheid met de huisarts. De analyses zijn uitgevoerd met behulp van IBM SPSS statistics, versie 25 [12].

Resultaten

Karakteristieken van de studie populatie

De gemiddelde leeftijd was 60 jaar en 57 % van de Turkse en 53 % van de Marokkaanse deelnemers was vrouw (tab. 1). Meer dan twee derde van alle deelnemers was getrouwd, had geen of alleen lager onderwijs gevolgd en bijna 90 % van alle deelnemers ondervond moeite met de Nederlandse taal. De Marokkaanse groep was meer 'geïntegreerd' dan de Turkse groep, die voor meer dan 40 % als 'gesepareerd' kon worden geclassificeerd. Zorggebruik in het land van herkomst was aanzienlijk hoger in de Turkse groep in vergelijking met de Marokkaanse groep. Bij het zorggebruik in Nederland valt op dat vrijwel iedereen de huisarts bezocht (>95 %) en dat meer dan een derde van alle deelnemers als frequent bezoeker van huisartsen, paramedische zorg en medisch specialistische zorg gelabeld kon worden.

Tabel 1 Sociaaldemografische kenmerken, gezondheidssituatie en het gebruik van zorg van oudere (55+) migranten met een Turkse en Marokkaanse achtergrond

	Turks	Marokkaans
--	-------	------------

Aantal participanten (n)	522	359
Leeftijd, gemiddelde (SD)	60,3 (4,17)*	59,7 (4,09)*
Geslacht (% vrouw)	56,5	52,6
Burgerlijke staat (%)		
– Getrouwd of geregistreerd partnerschap	69,8*	77,9*
– Samenwonend	2,5*	0,8*
– Ongehuwd	1,1*	1,2*
– Gescheiden	15,6*	13,7*
– Verweduwd	10,9*	6,5*
Opleidingsniveau (%)		
– Geen onderwijs of alleen lager onderwijs	66,6*	76,1*
– Lager voortgezet onderwijs of lager beroepsonderwijs	16,7*	11,2*
– Middelbaar beroepsonderwijs of middelbaar/hoger voortgezet onderwijs	11,0*	10,2*
– Hoger beroepsonderwijs of universiteit	5,7*	2,5*
SF-12 MCS, range 0–100, gemiddelde (SD)	44,8 (10,7)*	42,2 (12,3)*
SF-12 PCS, range 0–100, gemiddelde (SD)	38,3 (11,0)	38,9 (11,7)
Aantal zelf gerapporteerde chronische ziekten, range 0–21, mediaan (interkwartielafstand)	6 (3–9)*	4 (2–7)*
Moeite met de Nederlandse taal (% ja)	89,6*	92,2*
Etnische identiteit (%)		
– Integratie	48,8*	66,8*
– Assimilatie	4,1*	2,3*
– Separatie	42,1*	28,7*
– Marginalisatie	5,0*	1,2*
Tevredenheid met de huisarts (%)		
– Ontevreden	2,4	3,5
– Matig ontevreden	10,0	8,2
– Redelijk tevreden	29,5	23,6
– Duidelijk tevreden	26,3	29,3
– Zeer tevreden	31,9	35,5
Gebruik van zorg in het land van herkomst in de periode 2010–2015 (%)		
– Niet	41,2*	64,2*
– Éénmalig	39,3*	27,8*
– Frequent	19,5*	8,0*
<i>Zorggebruik in Nederland in de periode 2010–2015</i>		

Gebruik van huisartsen zorg in de periode 2010–2015 (%)	96,4	97,5
Gebruik van paramedische zorg in de periode 2010–2015 (%)	74,1	76,2
Gebruik van medisch specialistische zorg in de periode 2010–2015 (%)	89,1	88,9
Frequent bezoeker van huisartsenzorg (%)	33,7	34,5
Frequent bezoeker van paramedische zorg (%)	35,4	34,3
Frequent bezoeker van medisch specialistische zorg (%)	51,9	46,2

* *Significant verschillend tussen de twee groepen ($p < 0,05$)*

Tab. 2 laat zien dat de reden voor zorggebruik in het land van herkomst vergelijkbaar was in de Turkse en Marokkaanse groepen onder de deelnemers die rapporteerden in de afgelopen 12 maanden zorg in het land van herkomst gebruikt te hebben. De voornaamste redenen voor zorggebruik waren gerelateerd aan klachten die in Turkije of Marokko optraden of verergerden. Daarnaast noemde de helft van de deelnemers een negatieve ervaring met het Nederlandse zorgsysteem (second opinion en ontevredenheid met de zorg) als reden voor zorggebruik in het land van herkomst.

Tabel 2 Redenen voor zorggebruik in het land van herkomst door oudere (55+) migranten met een Turkse en Marokkaanse achtergrond

	Turks	Marokkaans
Aantal participanten, <i>n</i>	149	104
Redenen (%) ^a		
– Ik kreeg klachten tijdens mijn verblijf	29 (27,1)*	18 (21,7)*
– Mijn klachten werden erger tijdens mijn verblijf	48 (44,9)*	43 (51,8)*
– Vanwege periodiek consult	5 (4,7)	4 (4,8)
– Om wachtlijsten te vermijden	2 (1,9)	2 (2,4)
– Om medicijnen te kopen die niet in Nederland zijn	2 (1,9)	0
– Vanwege een second opinion (ik was niet zeker over de diagnose of wilde dat bevestigen)	33 (30,8)*	15 (18,1)*
– Ik was ontevreden met de zorg in Nederland	24 (22,4)*	19 (22,9)*
– Om medicijnen te kopen die ik in Nederland niet voorgeschreven krijg door de arts	3 (2,8)	1 (1,2)
– Andere redenen	3 (2,8)	2 (2,4)

* *Significant verschillend tussen de twee groepen ($p < 0,05$)*

^a *Meerdere antwoorden mogelijk*

Relatie tussen zorggebruik in het land van herkomst en zorggebruik in Nederland

Binnen de Turkse groep was er geen verband tussen éénmalig zorggebruik in het land van herkomst en frequent bezoeker zijn van huisartsen- en paramedische zorg in Nederland, zowel voor als na correcties (tab. 3, modellen I tot en met IV). Er was wel een positief verband tussen éénmalig zorggebruik in Turkije en het zijn van frequent bezoeker van medisch specialistische zorg, maar dit verdween na correctie voor zorgbehoefte (model II). Daarentegen was er wel een consistent, positief verband tussen frequent zorggebruik in Turkije en het zijn van frequent bezoeker van zowel huisartsen-, als paramedische en medisch

specialistische zorg in Nederland ten opzichte van degenen zonder zorggebruik in Turkije. Dit verband bleef bestaan na correctie voor alle variabelen (model IV).

Tabel 3 Relatie tussen zorggebruik in het land van herkomst en zorggebruik in Nederland door oudere (55+) migranten met een Turkse en Marokkaanse achtergrond uitgedrukt in odds ratio's

				Model I	Model II	Model III	Model IV
<i>Deelnemers van Turkse achtergrond, n = 359</i>							
		<i>Frequent bezoeker van huisartsenzorg in Nederland (n)</i>					
		Nee	Ja				
Gedeclareerd	Nee	109	39				
zorggebruik in het land van herkomst	Éénmalig	95	46	1,20 (0,67–2,15)	1,00 (0,54–1,85)	0,93 (0,50–1,73)	0,90 (0,48–1,69)
	Frequent	31	39	3,37 (1,68–6,75)	2,40 (1,15–4,98)	2,21 (1,04–4,71)	2,24 (1,03–4,84)
		<i>Frequent bezoeker van paramedische zorg in Nederland (n)</i>					
		Nee	Ja				
Gedeclareerd	Nee	107	41				
zorggebruik in het land van herkomst	Éénmalig	96	45	1,42 (0,79–2,56)	1,22 (0,66–2,24)	1,23 (0,63–2,28)	1,17 (0,63–2,19)
	Frequent	33	37	3,48 (1,72–7,05)	2,58 (1,23–5,37)	2,80 (1,31–5,98)	2,82 (1,31–6,09)
		<i>Frequent bezoeker van medisch specialistische zorg in Nederland (n)</i>					
		Nee	Ja				
Gedeclareerd	Nee	98	50				
zorggebruik in het land van herkomst	Éénmalig	66	75	1,87 (1,07–3,27)	1,72 (0,97–3,04)	1,70 (0,95–3,07)	1,72 (0,95–3,11)
	Frequent	29	166	2,66 (1,35–5,26)	2,09 (1,03–4,24)	2,27 (1,09–4,75)	2,29 (1,09–4,84)
<i>Deelnemers van Marokkaanse achtergrond, n = 522</i>							
		<i>Frequent bezoeker van huisartsenzorg in Nederland (n)</i>					
		Nee	Ja				
Gedeclareerd	Nee	248	87				
zorggebruik in het land van herkomst	Éénmalig	81	64	2,44 (1,52–3,93)	2,34 (1,43–3,82)	2,51 (1,52–4,14)	2,54 (1,53–4,23)
	Frequent	17	25	4,37 (2,06–9,24)	3,31 (1,52–7,20)	3,61 (1,63–8,00)	3,61 (1,61–8,12)
		<i>Frequent bezoeker van paramedische zorg in Nederland (n)</i>					
		Nee	Ja				

Gedeclareerd	Nee	236	99				
zorggebruik in het land van herkomst	Éénmalig	77	68	2,04 (1,28–3,26)	1,98 (1,23–3,19)	1,94 (1,20–3,14)	1,89 (1,16–3,09)
	Frequent	24	18	2,16 (1,04–4,49)	1,86 (0,87–3,99)	1,75 (0,81–3,77)	1,52 (0,70–3,34)
		<i>Frequent bezoeker van medisch specialistische zorg in Nederland (n)</i>					
		Nee	Ja				
Gedeclareerd	Nee	192	143				
zorggebruik in het land van herkomst	Éénmalig	48	97	3,00 (1,84–4,88)	2,92 (1,77–4,83)	3,02 (1,82–5,03)	3,03 (1,80–5,08)
	Frequent	11	31	4,80 (2,11–10,96)	3,96 (1,68–9,34)	4,32 (1,80–10,35)	4,23 (1,74–10,27)

Model I: gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau

Model II: Model I gecorrigeerd voor gezondheidsstatus (SF-12 MCS, SF-12 PCS en aantal chronische ziekten)

Model III: Model II gecorrigeerd voor Nederlandse taalvaardigheid en etnische identiteit

Model IV: Model III gecorrigeerd voor tevredenheid met de huisarts

Binnen de Marokkaanse groep was er een positief verband zowel in personen die één keer als personen die frequent zorg gebruikten in Marokko ten opzichte van degenen die geen zorg in Marokko gebruikten, om frequent bezoeker te zijn van zowel huisartsen-, als paramedische en medisch specialistische zorg in Nederland, na correctie voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau (model I). Dit verband bleef bestaan na correctie voor gezondheidsstatus (model II), taalvaardigheid en etnische identiteit (model III) en tevredenheid met de huisarts (model IV); alleen voor de paramedische zorg waren de positieve verbanden niet meer statistisch significant.

Discussie

Ons onderzoek is een eerste stap om het mogelijke effect van transnationale zorg binnen de groep van eerste generatie migranten van Turkse en Marokkaanse afkomst in de context van de Nederlandse gezondheidszorg te evalueren. Naar ons weten is dit het eerste onderzoek waarbij data van een gezondheidsonderzoek is gekoppeld met data van een zorgverzekeraar voor dit doeleinde. Onze studie toont aan dat er een positieve relatie is tussen de zorg in het land van herkomst en zorg in het land van verblijf, gecorrigeerd voor onder andere zorgbehoefte.

Meer specifiek laten onze resultaten zien dat oudere Nederlanders met een Marokkaanse achtergrond die in 2010–2015 éénmalig of frequent zorg in Marokko gebruikten vaker frequenter bezoeker zijn van huisartsen- en medisch specialistische zorg dan degenen die geen zorg in Marokko gebruikten. Onder oudere Nederlanders met een Turkse achtergrond vonden een vergelijkbaar verband, maar zagen we dit alleen met frequent zorggebruik in Turkije (en niet met eenmalig zorggebruik) ten opzichte van degenen die geen zorg in Turkije gebruikten.

Hiermee is onze hypothese dat zorggebruik in het land van herkomst mogelijk leidt tot zorgmijding in Nederland, verworpen.

De Turkse en Marokkaanse groep vertonen verschillen in hun positie in de Nederlandse samenleving, de zelfredzaamheid binnen en de afstand tot het Nederlandse maatschappij. In de Turkse groep valt op dat zij een afstand ervaren tot de Nederlandse samenleving (40 % van de deelnemers werd als ‘gesepareerd’ geclassificeerd) en beschikken over een lage zelfredzaamheid door lage Nederlandse taalvaardigheid en opleiding. Dit past goed in het patroon van een relatief hoog zorggebruik in Turkije. In de Marokkaanse groep is er minder ‘separatie’ ondanks een gelijkwaardig laag niveau van zelfredzaamheid door lage Nederlandse taalvaardigheid en opleiding. Dit kan mogelijk deels verklaren waarom hun zorggebruik in het land van herkomst lager is dan onder de Turkse groep.

Nadat in het statistische model rekening was gehouden met verschillen in de taalvaardigheid in het Nederlands, de mate waarin men zich met de Nederlandse samenleving identificeerde (etnische identiteit) en tevredenheid met de huisarts, was er

nog steeds een verband te zien tussen zorggebruik in het land van herkomst en het zijn van frequent bezoeker van de Nederlandse zorg. Anders gezegd: de factoren die wij in beschouwing hebben genomen vormen geen verklaring voor het hoge zorggebruik in Nederland onder diegenen die ook in het land van herkomst vaker zorg gebruiken.

Wat zijn dan mogelijke verklaringen voor het feit dat oudere migranten van Turkse en Marokkaanse afkomst die frequent gebruik maken van de Nederlandse zorg, hetzelfde patroon laten zien in het land van herkomst? Wij vermoeden dat achter dit fenomeen een bepaald type patiënt schuil gaat: een patiënt die snel geneigd is een arts te bezoeken in het geval van klachten en bij wie de zorg die geleverd wordt niet goed aansluit bij de ervaren zorgbehoefte [4]. Als dit klopt, dan zou dit betekenen dat de eigen gezondheidsopvattingen over gezondheid, ziekte en over wat goede zorg is de voornaamste aanknopingspunten kunnen zijn voor onderzoek naar verandering in de frequentie van zorggebruik.

Sterke punten en beperkingen

De sterke kanten van de studie zijn de grote groepen deelnemers die door het HELIUS onderzoek zijn verzameld en het hoge percentage van gekoppelde deelnemers aan de Achmea Health Database. Wij menen dat hierdoor de geschatte relaties voldoende power bevatten voor generaliseerbaarheid van de resultaten.

Een mogelijke beperking van de studie is dat de Achmea Health Database geen informatie bevat over niet gedeclareerde zorg. De verwachting is echter dat dit een laag percentage is vanwege het feit dat Nederlandse zorgverzekeraars via een bemiddelingsbureau (EuroCross) de zorg in het land van herkomst vergoeden indien het noodzakelijke zorg betreft (onduidelijk hoe dit wordt gedefinieerd, per casus wordt dit bekeken). Daarnaast missen wij informatie over de duur van verblijf in het land van herkomst en het aantal keren dat men naar het land van herkomst gaat. Het zou een deel van het zorggebruik kunnen verklaren indien men langer of vaker in het land van herkomst verblijft.

Relevantie en vervolgonderzoek

Onze resultaten zijn relevant voor alle Westerse landen met een ouder wordende groep migranten. Onze resultaten laten zien dat deelnemers die regelmatig zorg gebruiken in het land van herkomst, ook vaker als frequent bezoeker van de Nederlandse zorg kunnen worden gelabeld. Meer aanvullend onderzoek is nodig om te begrijpen wat de gezondheidsopvattingen (opvattingen over gezondheid, ziekte en wat goede zorg is) van deze groep zijn en op welke manier deze aanknopingspunten kunnen zijn voor het terugdringen van zorggebruik. Daarnaast kan onderzoek naar de veilige overdracht van medische gegevens en het voorkomen van onnodig herhaling (en kans op schade) van diagnostiek na terugkomst vanuit het land van verblijf de zorg voor dit type patiënt verbeteren.

In de praktijk kan de huisarts een centrale rol spelen bij deze groep patiënten, aangezien de huisarts op basis van frequent bezoek, leeftijd en etniciteit goed kan vaststellen welke patiënten dit zijn. Het biedt de kans om de sterke wens tot second opinion in het land van herkomst en ontevredenheid met de Nederlandse zorg bespreekbaar te maken door de bovengenoemde gezondheidsopvattingen uit te vragen en om zo aanknopingspunten te vinden om de zorg voor deze type patiënt passend te maken. Door het onderwerp te bespreken, kan de arts-patiënt relatie verbeteren en de veiligheid van de zorg worden bevorderd.

Conclusie

Zorggebruik in het land van herkomst onder Nederlanders met een Marokkaanse en Turkse achtergrond boven de 55 jaar komt veelvuldig voor. Ons onderzoek laat zien dat de mensen die vaker zorg gebruiken in het land van herkomst, ook vaker frequent bezoeker zijn van huisartsen-, paramedische of medisch specialistische zorg in Nederland. De huisarts kan een centrale rol spelen, als eerste contactpersoon van het Nederlandse zorgsysteem, om dit patroon bij individuele patiënten te bespreken. Vervolgonderzoek naar de gezondheidsopvattingen van Turkse en Marokkaanse ouderen die geregeld zorg gebruiken in het land van herkomst is nodig om frequent zorggebruik in Nederland en land van herkomst te verklaren.

Dankbetuiging

Wij bedanken de organisatie van HELIUS voor de dataverzameling en al haar deelnemers voor de deelname.

Auteurs

Aydin Şekercan

Sociale Geneeskunde & Cardiologie,

Amsterdam UMC locatie AMC,

Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam, Nederland

e-mail: a.sekercan@amc.uva.nl

Marieke B. Snijder

Sociale Geneeskunde & Klinische Epidemiologie, Biostatistiek

en Bio-informatica, Amsterdam UMC locatie AMC,

Amsterdam

R. J. G. Peters

Cardiologie, Amsterdam UMC locatie AMC, Amsterdam

Karien Stronks

Sociale Geneeskunde, Amsterdam UMC locatie AMC,

Amsterdam

Literatuurlijst

1. Nederland in cijfers. 2018.
2. Snijder MB, Galenkamp H, Prins M, Derks EM, Peters RJG, Zwinderman AH. Cohort profile: the Healthy Life in an Urban Setting (HELIUS) study in Amsterdam, The Netherlands. *BMJ Open*. 2017;7(12):e017873-10.1136/bmjopen-2017-017873
3. Stronks K, Snijder MB, Peters RJ, Prins M, Schene AH, Zwinderman AH. Unravelling the impact of ethnicity on health in Europe: the HELIUS study. *BMC Public Health*. 2013;13402-10.1186/1471-2458-13-402
4. Sekercan A, Lamkaddem M, Snijder MB, Peters RJ, Essink-Bot ML. Healthcare consumption by ethnic minority people in their country of origin. *Eur J Public Health*. 2014;-10.1093/eurpub/cku205
5. Sekercan A, Woudstra AJ, Peters RJG, Lamkaddem M, Akgun S, Essink-Bot ML. Dutch citizens of Turkish origin who utilize healthcare services in Turkey: a qualitative study on motives and contextual factors. *BMC Health Serv. Res.* 2018;18(1):289-10.1186/s12913-018-3026-9
6. CBS. Begrippen. <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen?tab=p#id=persoon-met-een-migratieachtergrond>. Geraadpleegd op: 8 aug 2018.
7. Smits FT, Brouwer HJ, Zwinderman AH, Mohrs J, Smeets HM, Bosmans JE. Morbidity and doctor characteristics only partly explain the substantial healthcare expenditures of frequent attenders: a record linkage study between patient data and reimbursements data. *BMC Fam. Pract.* 2013;14138-10.1186/1471-2296-14-138
8. Ware J, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34(3):220-233. 10.1097/00005650-199603000-00003
9. Burdine JN, Felix MR, Abel AL, Wiltraut CJ, Musselman YJ. The SF-12 as a population health measure: an exploratory examination of potential for application. *Health Serv Res*. 2000;35(4):885-904.
10. Galenkamp H, Stronks K, Mokkink LB, Derks EM. Measurement invariance of the SF-12 among different demographic groups: the HELIUS study. *PLoS ONE*. 2018;13(9):e0203483-10.1371/journal.pone.0203483
11. Gemeente Amsterdam; 2018.
12. IBM; 2017.