

Samenvatting

In hoofdstuk 1 worden de onderzoeksvragen als volgt geformuleerd:

- 1 Welke kenmerken vertonen eenoudergezinnen in de huisartspraktijk?
- 2 Welk verband vertonen deze kenmerken met de frequentie van contact van leden van eenoudergezinnen met de huisarts en met de redenen voor bezoek aan de huisarts?
- 3 Zijn er verschillen tussen de frequentie van contact van leden van eenouder- en tweeoudergezinnen met de huisarts en tussen de redenen waarvoor leden van eenouder- en tweeoudergezinnen de huisarts bezoeken?

In hoofdstuk 2 wordt het gezin in een historische context geplaatst. De in onze maatschappij meest gebruikelijke samenlevingsvorm, het tweeoudergezin, bestaat in feite pas ongeveer twee eeuwen. Door sociale veranderingen kon het gezin zich uit het familieverband verzelfstandigen. Zo ontstond het kerngezin, waarin de man kostwinner is en het gezag vertegenwoordigt en de vrouw zorgt voor het huishouden en de opvoeding van de kinderen.

Door maatschappelijke ontwikkelingen traden demografische veranderingen op: daling van het aantal huwelijkssluitingen en van de huwelijksvruchtbaarheid en stijging van het aantal echtscheidingen en buitenechtelijke geboorten. Binnen het gezin werden de verhoudingen democratischer en ontstond meer ruimte voor affectie. De aard van de relaties in het gezin heeft grote invloed op de psychologische ontwikkeling van kinderen; de kwaliteit van de relaties is daarbij van meer belang dan wie de moeder- of vaderrol vervult.

Hoofdstuk 3 is gewijd aan de samenhang tussen levensgebeurtenissen, stress en ziekte en aan het verwerken van het verlies van de partner of van een ouder door de dood of door echtscheiding. Deze levensgebeurtenissen veroorzaken, waarschijnlijk door immunologische veranderingen, een verhoogde kans op ziekte en overlijden.

Na overlijden en echtscheiding maken de betrokkenen een verwerkingsproces door, waarin meestal verschillende stadia te herkennen zijn (protest, wanhoop en onthechting). De heftigheid van de emotionele reacties en de duur van de verwerking is afhankelijk van persoonlijkheidskenmerken en van de omstandigheden. Bij volwassenen is de ervaren steun uit de omgeving van grote invloed. Een onverwacht verlies blijkt moeilijk te verwerken. Bij kinderen is behalve het kunnen begrijpen van de situatie de wijze waarop de verzorgende ouder het kind kan opvangen van cruciale betekenis.

Volwassenen hebben na het verlies van de partner een verhoogd risico op de-

pressies, meer na echtscheiding dan na overlijden. Het sterfterisico is verhoogd, sterker bij mannen dan bij vrouwen; depressie, eenzaamheid en gezondheidsbedreigend gedrag zijn hierbij van invloed. Bij kinderen onder de vijf jaar en tussen de 10 en 15 jaar bestaat een verhoogde kans op psychiatrische morbiditeit.

In hoofdstuk 4 komt het eenoudergezin aan de orde. Onder een eenoudergezin wordt een huishouden verstaan, bestaande uit een vrouw of een man, momenteel niet samenlevend met een vaste partner, en haar of zijn thuiswonende kinderen, van wie ten minste één de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt.

Er zijn naar schatting ruim 150.000 eenoudergezinnen in ons land. Van deze gezinnen zijn ongeveer 10 procent ongehuwd, 20 procent verweduwd en 70 procent gescheiden; 90 procent zijn moedergezinnen en 10 procent vadergezinnen. Eenoudergezinnen tellen gemiddeld twee kinderen; ongehuwde moeders hebben meestal slechts één (jong) kind, verweduwd gezinnen zijn gemiddeld het grootst en hebben oudere kinderen. Van de ongehuwde moeders is tweederde deel bewust ongehuwd. Van de ongewenst ongehuwde moeders is een belangrijk deel verlaten.

De maatschappelijke positie van eenoudergezinnen wordt gekenmerkt door gebrek aan acceptatie. De financiële positie van veel eenoudergezinnen is slecht: meer dan de helft van de gezinnen is afhankelijk van een sociale uitkering; vaak moet naar een goedkopere woning worden verhuisd.

De problemen van eenoudergezinnen hangen zowel samen met de crisis die met het ontstaan van het eenoudergezin gepaard gaat als met de sociale omstandigheden; gezinnen kunnen hierdoor in een isolement geraken. Alleenstaande ouders hebben te kampen met eenzaamheid, onzekerheid en (vooral emotionele) overbelasting. Ook voor kinderen zijn eenzaamheid en onzekerheid problemen. De gevolgen voor kinderen zijn sterk afhankelijk van de interacties in het gezin, van de reacties en steun uit de omgeving en van de afwezigheid van de andere ouder. De afwezigheid van een ouder (meestal de vader) heeft minder ernstige gevolgen voor de persoonlijkheidsontwikkeling van een kind dan tot voor kort werd gedacht. De wijze waarop de verzorgende ouder de situatie hanteert en het kind opvangt is voor de persoonlijkheidsontwikkeling van het kind van doorslaggevend belang.

In hoofdstuk 5 worden opzet, voorbereiding en uitvoering van het onderzoek beschreven.

Het onderzoek bestaat uit twee delen: in de eerste plaats een schriftelijke enquête onder alle eenoudergezinnen in de praktijken van elf huisartsen, en in de tweede plaats de registratie van de redenen waarvoor ouders en kinderen uit eenoudergezinnen en gematchte tweoudergezinnen de huisarts raadplegen.

In de enquête wordt de alleenstaande ouders verzocht anoniem gegevens te verstrekken over de gezinsleden, over de reden van ontstaan van het eenoudergezin, over veranderingen in levensomstandigheden en gezondheid, en om vragenlijsten in te vullen over de ervaren gezondheid, eenzaamheid en depressie.

Aan de deelnemende huisartsen is gevraagd gedurende zes maanden alle rede-

nen voor bezoek van leden van eenouder- en controlegezinnen op registratiekaarten te vermelden en bovendien gegevens over de plaats, de episode en het initiatief tot het contact.

Voor het coderen van de redenen voor bezoek is gebruik gemaakt van de International Classification of Primary Care (ICPC).

In hoofdstuk 6 worden gegevens verstrekt over de deelnemende huisartsen en hun praktijken en over de groep eenoudergezinnen.

Van de elf deelnemende huisartsen zijn er vijf werkzaam in grote steden en zes in kleinere plaatsen. Twee huisartsen werken solistisch, zes werken in maatschapsverband en drie in gezondheidscentra.

De praktijken van de elf huisartsen tellen 229 eenoudergezinnen. Per praktijk loopt het aantal eenoudergezinnen uiteen van 3.0 tot 17.7 per 1000 ingeschreven patiënten. Van deze gezinnen zijn 10 procent ongehuwd, 20 procent verweduwd en 70 procent gescheiden; 90 procent zijn moedergezinnen en 10 procent vadergezinnen.

Hoofdstuk 7 bevat de resultaten van de schriftelijke enquête. De respons bedroeg 78 procent.

De groep enquêterespondenten bestaat uit 173 gezinnen: 9 (5 procent) ongehuwd, 38 (22 procent) verweduwd en 126 (73 procent) gescheiden; er zijn 152 (88 procent) moedergezinnen en 21 (12 procent) vadergezinnen. Er zijn 307 thuiswonende kinderen. De mediaan van de leeftijd ligt bij de ouders op 40 jaar, bij de kinderen op 13 jaar.

De financiële situatie van de meeste gezinnen is slechter dan voor het ontstaan van het eenoudergezin; bijna de helft van de gezinnen ontvangt een bijstandsuitkering; iets minder dan de helft van de ouders heeft betaald werk.

Ruim de helft van de ouders beoordeelt hun gezondheid als onveranderd, een kwart van de ouders (vooral verweduwden) beoordeelt hun gezondheid als verslechterd. Er is geen correlatie gevonden tussen de beoordeling van de eigen gezondheid en het onverwacht ontstaan van het eenoudergezin. De gezondheid van bijna 80 procent van de kinderen wordt door de ouders als onveranderd beoordeeld.

De scores op de vragenlijsten over de ervaren gezondheid (VOEG), eenzaamheid en depressie zijn gemiddeld hoog. Er bestaat een statistisch significante, positieve correlatie tussen de scores op deze meetinstrumenten. Er is geen correlatie gevonden tussen de hoogte van de scores en het geslacht of de leeftijd van de ouders, het type gezin, het onverwacht ontstaan van het eenoudergezin, de duur van de eenoudersituatie, het aantal thuiswonende kinderen en het ontvangen van een bijstandsuitkering. Er blijkt een statistisch significante, positieve correlatie te bestaan tussen de hoogte van de scores en het als verslechterd beoordelen van de eigen gezondheid. Bovendien bestaat er een significante, positieve correlatie tussen de scores op de eenzaamheids- en depressieschaal en het niet beschikken over betaalde arbeid.

Van de alleenstaande ouders is 70 procent als matig tot ernstig eenzaam te

beschouwen; bij 26 procent van de ouders kan een depressief syndroom worden vastgesteld.

In hoofdstuk 8 worden de frequentie van contact en de redenen voor bezoek in verband gebracht met de enquêteresultaten.

Er is geen correlatie gevonden tussen de frequentie van contact en het geslacht van de ouders, het type gezin, de score op de VOEG en de eenzaamheidsschaal. De mate van eenzaamheid lijkt dus geen invloed uit te oefenen op de frequentie van contact met de huisarts.

Ouders die de eigen gezondheid als verbeterd of onveranderd beoordelen, hebben significant vaker geen contact met de huisarts, vergeleken met ouders die de eigen gezondheid als verslechterd beoordelen.

Er bestaat een statistisch significante, positieve correlatie tussen de score op de depressieschaal en de contactfrequentie: hoe hoger de score op de depressieschaal, des te vaker is er contact met de huisarts geweest. Depressieve alleenstaande ouders hebben significant vaker contact met de huisarts dan niet-depressieve alleenstaande ouders en presenteren per contact gemiddeld meer klachten aan de huisarts. Bovendien presenteren de depressieve ouders verhoudingsgewijs meer psychische en sociale en minder lichamelijke klachten aan de huisarts dan niet-depressieve ouders; dit verschil is statistisch significant.

Kinderen hebben vaker dan ouders geen contact met de huisarts. Kinderen van wie de ouders de gezondheid als verslechterd beoordelen, hebben vaker dan andere kinderen wel contact met de huisarts; het gaat echter om kleine verschillen.

In hoofdstuk 9 worden de frequentie van contact en de bezoekrekenen van ouders en kinderen uit 188 eenoudergezinnen vergeleken met die van ouders en kinderen uit 188 gematchte tweeloudergezinnen.

Ouders van eenoudergezinnen bezoeken de huisarts iets vaker dan ouders van controlegezinnen, maar dit verschil is niet significant. Het aantal vervolcontacten van ouders van eenoudergezinnen met de huisarts is significant groter dan het aantal vervolcontacten van ouders van controlegezinnen; dit verschil kan niet worden verklaard door initiatieven van de huisartsen ten opzichte van de alleenstaande ouders. Ouders van eenoudergezinnen presenteren verhoudingsgewijs meer psychische en sociale klachten en minder lichamelijke klachten dan ouders van tweeloudergezinnen.

Ook de kinderen uit eenoudergezinnen bezoeken de huisarts iets frequenter dan de kinderen uit tweeloudergezinnen, zonder dat dit verschil significant is. Er zijn geen verschillen gevonden tussen de redenen voor bezoek van kinderen uit eenouder- en tweeloudergezinnen.

In hoofdstuk 10 wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen.

De kenmerken van eenoudergezinnen in de huisartspraktijk kunnen als volgt worden samengevat. Eenoudergezinnen zijn in meerderheid ontstaan door echtscheiding (70 procent) of verweduwing (20 procent); bij 90 procent gaat het om moedergezinnen; de leeftijd van de meeste ouders ligt rond de 40 jaar; de meeste

gezinnen tellen twee thuiswonende kinderen. Het grootste deel van de eenoudergezinnen heeft het financieel moeilijk. Een kwart van de alleenstaande ouders beschouwt de eigen gezondheid als slechter dan voor het ontstaan van het eenoudergezin. Van de alleenstaande ouders is 70 procent als eenzaam te beschouwen, terwijl bij 26 procent sprake is van een depressief syndroom.

Het verband tussen deze kenmerken en de frequentie van contact met de huisarts en de redenen voor bezoek is, dat ouders die de eigen gezondheid als gelijk gebleven of verbeterd beoordelen, vaker geen contact met de huisarts hebben gehad in de periode van het onderzoek dan de ouders die de eigen gezondheid als verslechterd beoordelen. Er is geen verband gevonden tussen de mate van eenzaamheid en de frequentie van contact met de huisarts. Naarmate de ouders hoger scoren op de depressieschaal, hebben zij vaker contact met de huisarts. Depressieve ouders presenteren naar verhouding meer psychische en sociale klachten en minder lichamelijke klachten aan de huisarts dan niet-depressieve ouders.

Er zijn geen statistisch significante verschillen gevonden tussen de frequentie van contact van ouders en van kinderen van eenouder- en tweeoudergezinnen. Wat betreft de bezoekredenen zijn er wel verschillen: ouders van eenoudergezinnen presenteren naar verhouding meer psychische en sociale klachten en minder lichamelijke klachten aan de huisarts dan ouders van tweeoudergezinnen. Bij de kinderen uit de twee typen gezinnen zijn geen verschillen in de redenen voor bezoek vastgesteld.

Hoofdstuk 11 bevat een beschouwing, waarin wordt gewezen op de maatschappelijke en gezondheidsproblemen van alleenstaande ouders. Het ontbreken van een partner, financiële moeilijkheden en het niet beschikken over werk kunnen de oorzaak zijn van sociale isolatie, eenzaamheid. Alleenstaande ouders hebben een verhoogd risico op depressies. Gezien het ontbreken van een verband met de omstandigheden is het waarschijnlijk, dat persoonlijkheidskenmerken bij het ontstaan van een depressief syndroom de belangrijkste determinanten zijn, en dat de verlieservaringen en/of de levensomstandigheden de aanleiding vormen tot het zich ontwikkelen van een depressief syndroom.

Voor huisartsen is het belangrijk te weten, dat alleenstaande ouders eenzaam zijn en een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een depressief syndroom, met name wanneer zij in het verleden depressies hebben doorgemaakt. Huisartsen behoren bekend te zijn met de wijze waarop volwassenen en kinderen een verlies verwerken en met het feit, dat ook bij scheiding een verliesverwerkingsproces plaatsvindt. De taak van de huisarts bij mensen die een verlies hebben geleden is vooral signalerend, anticiperend en ondersteunend.

Longitudinaal onderzoek in de huisartspraktijk is nodig om meer inzicht te verwerven in de klachten en ziekteverschijnselen van volwassenen en kinderen voor, tijdens en na een verlies, maar ook om meer inzicht te verwerven in de wijze waarop huisartsen met deze klachten omgaan.