

# Een kind met een gezondheidsprobleem: meer gezondheidsproblemen bij de ouders?

FG. VAN DER HORST  
J.F.M. METSEMAKERS  
H.F.J.M. CREBOLDER  
G.H.L.M. FRANSSEN

**Bij 5943 gezinnen uit 15 huisartspraktijken die zijn aangesloten bij het Registratienet Huisartspraktijken (RNH) van de Rijksuniversiteit Limburg, is onderzocht in hoeverre er verschillen bestaan in het aantal gezondheidsproblemen tussen ouders van een kind met een gezondheidsprobleem en ouders van een kind zonder een gezondheidsprobleem. Voorts is de invloed van de sociaal-economische status (SES) en de gezinsgrootte daarop nagegaan. Er blijken meer gezondheidsproblemen te zijn bij ouders van kinderen met een gezondheidsprobleem. Dat blijkt ook het geval, wanneer wordt gecontroleerd voor SES en gezinsgrootte. Het aantal gezondheidsproblemen daalt, naarmate de SES van de ouders stijgt en het aantal kinderen per gezin toeneemt. Dit geldt zowel voor ouders van kinderen met een gezondheidsprobleem als voor ouders van kinderen zonder een gezondheidsprobleem.**

**Van der Horst FG, Metsemakers JFM, Crebolder HFJM, Franssen GHLM. Een kind met een gezondheidsprobleem: meer gezondheidsproblemen bij de ouders? Huisarts Wet 1992; 35(13): 503-6.**

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Dr. FG. van der Horst, medisch socioloog; J.F.M. Metsemakers, huisarts; Prof. dr. H.F.J.M. Crebolder, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; Drs. G.H.L.M. Franssen, medisch socioloog, Medisch en Maatschappelijk Informatiecentrum (MEMIC).

Correspondentie: Dr. FG. van der Horst.

## Inleiding

Uit onderzoek van *Van Eijk* komt naar voren dat een langdurige of chronische ziekte in combinatie met een inadequaat probleem-oplossend vermogen leidt tot een toename van klachten bij de overige gezinsleden (*figuur*). Bovendien zou een adequaat probleem-oplossend vermogen ongelijk verdeeld zijn over de verschillende sociaal-economische strata en over de onderscheiden gezinsgrootten: hogere strata en grotere gezinnen hebben een groter probleem-oplossend vermogen. Het geringere probleem-oplossend vermogen in de lagere strata zou op zichzelf al van invloed zijn op een grotere vatbaarheid voor ziekten. Deze mensen zouden, in tegenstelling tot de hogere strata, ziekte meer ervaren als 'bij het leven horend'. Daarnaast zouden bij een kind met een chronische aandoening in kleinere gezinnen meer gezondheidsproblemen voorkomen dan in grotere gezinnen.<sup>1</sup>

In dit onderzoek gaat het ons niet, zoals bij *Van Eijk*, om *alle* aan de huisarts gepresenteerde klachten, maar alleen om de – subjectief beleefde en/of objectief vastgestelde – min of meer *ernstige* klachten of problemen. Doel van het onderzoek is, na te gaan in hoeverre de aanwezigheid van een kind met een (chronisch of langdurig) gezondheidsprobleem samenhangt met het voorkomen van gezondheidsproblemen bij de ouders. Het is een transversaal onderzoek, geïnspireerd vanuit het causale perspectief dat in de *figuur* is weergegeven.

De vraagstelling luidt:

- Bestaat er een verschil in het aantal gezondheidsproblemen tussen ouders met een kind met een gezondheidsprobleem, en ouders met een kind zonder een gezondheidsprobleem?
- Hangt het aantal problemen van ouders met een kind met een gezondheidsprobleem samen met hun sociaal-economische status en de gezinsgrootte?

## Methode

Het onderzoek kan worden aangemerkt als een retrospectief cohortonderzoek, waarbij gebruik is gemaakt van de gegevens van 15 huisartspraktijken die zijn aangesloten

bij het Registratienet Huisartspraktijken (RNH) van de Rijksuniversiteit Limburg.<sup>2</sup> De belangrijkste doelstelling van het RNH is het opzetten van een geautomatiseerd huisartsgeneeskundig steekproefbestand met een beperkte set geanonimiseerde achtergrondgegevens en een volledige probleemlijst van elke geregistreerde patiënt. Als een gezondheidsprobleem wordt beschouwd datgene waarvoor nader onderzoek of handelen door werkers in de geneeskundige zorg nodig is, of iets dat het lichamelijk of geestelijk welzijn van de patiënt kan verminderen of heeft vermindert.<sup>2</sup> Een dergelijk gezondheidsprobleem wordt als symptoom of diagnose in de probleemlijst opgenomen, indien het chronisch (>6 maanden bestaand), permanent of recidiverend (>3 keer per jaar) is. Afhankelijk van de aandacht die de huisarts aan een probleem moet besteden, wordt het als 'actief' of 'inactief' beschouwd.

In dit onderzoek gaat het om actieve problemen, die meer aandacht behoeven dan inactieve problemen. Bij de benoeming worden de criteria van de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2-defined) gehanteerd.<sup>3</sup> De codering vindt plaats volgens de International Classification of Primary Care (ICPC).<sup>4</sup>

De onderzoekspopulatie bestaat uit gezinnen of woonverbanden met minstens één ouder en één of meer kinderen <18 jaar. Deze gezinnen zijn verdeeld in twee categorieën:

- gezinnen met één of meer kinderen met één of meer gezondheidsproblemen (probleem-categorie);
- gezinnen met één of meer kinderen zonder een gezondheidsprobleem (controle-categorie).

De sociaal-economische status (SES) is vastgesteld op basis van de gemiddelde opleiding van de ouder(s);<sup>5</sup> hierbij is de volgende driedeling gehanteerd:

- laag: lager algemeen en beroepsonderwijs;
- midden: middelbaar algemeen en beroepsonderwijs plus voortgezet algemeen onderwijs;
- hoog: hoger algemeen beroepsonderwijs plus universiteit.

Met betrekking tot de gezinsgrootte is on-

derscheid gemaakt tussen 1 kind, 2 kinderen en  $\geq 3$  kinderen.

Koppeling van de gegevens van de patiënten en de gezinssamenstelling was mogelijk via de woonverbandnummers. Bij een klein deel van de gezinnen was het niet mogelijk voor alle ouders vast te stellen of het om een vader en/of moeder ging, dan wel om bijvoorbeeld een inwonende broer of zus van één van hen. Om niet het risico te lopen ten onrechte ouders uit het bestand te schrappen, hebben we in 15 procent van de gevallen meer (meestal drie) ouders in de analyse betrokken.

Om de invloed van de achtergrondvariabelen op het aantal gezondheidsproblemen te achterhalen, hebben we gebruik gemaakt van 'elaboratie'.<sup>6,7</sup> De statistische analyse is uitgevoerd met behulp van de Student T-test voor ongepaarde waarnemingen.

## Resultaten

### Algemeen

Het bestand van het Registratienet Huisartspraktijken telde per 1 maart 1992 5943 gezinnen met één of meer kinderen <18 jaar:

- 3095 gezinnen in de probleem-categorie, met in totaal 3952 kinderen en 6161 actieve problemen (gemiddeld 1,6).
- 2848 gezinnen in de controle-categorie, met in totaal 5814 kinderen.

De ouders in de probleem-categorie en die in de controle-categorie verschilden niet naar leeftijd, sociaal-economische status, burgerlijke staat en woonverband.

### Wel of geen verschil?

Uit tabel 1 blijkt dat gezondheidsproblemen vaker werden aangetroffen in grotere gezinnen. Tussen gezondheidsproblemen en sociaal-economische status bestond hooguit een zwak verband (tabel 2). Overigens was de sociaal-economische status in 10 procent van de gevallen niet bekend.

### Relatie met SES en gezinsgrootte?

Uit tabel 3 kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- ouders met kinderen met gezondheidsproblemen hebben zelf gemiddeld meer gezondheidsproblemen dan ouders met

**Tabel 1** Gezinnen met kinderen met en zonder actieve gezondheidsproblemen naar gezinsgrootte. Percentages.

Aantal kinderen	Met n=3095	Zonder n=2848	Totaal n=5943
1	38	61	50
2	48	32	40
$\geq 3$	14	7	10

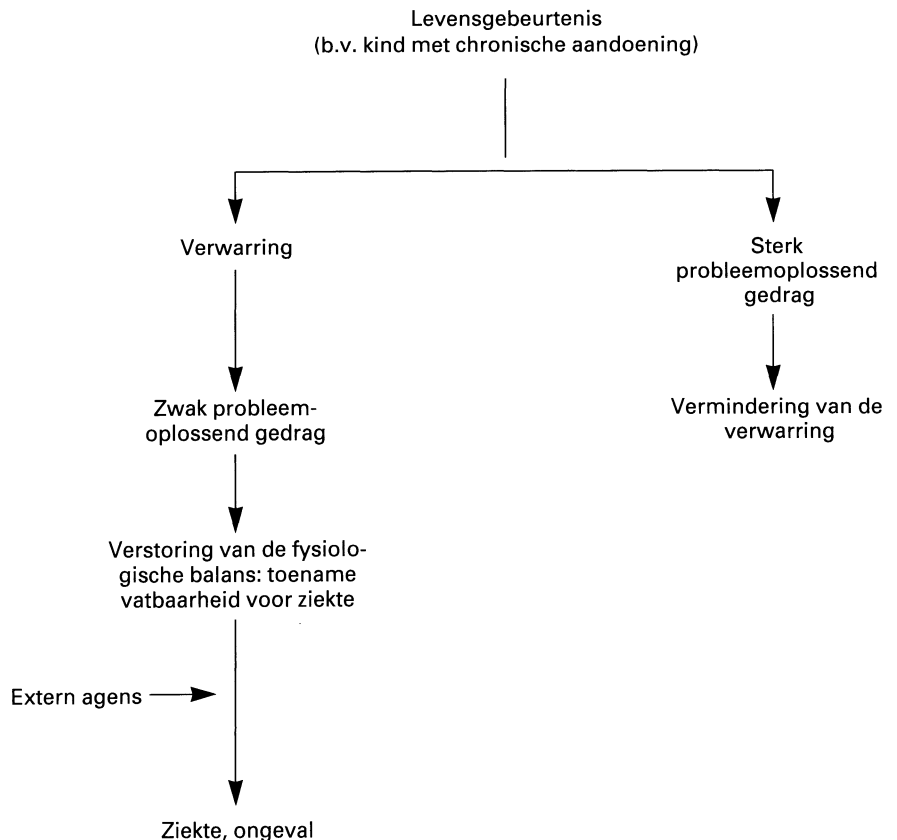
Chi-kwadraat = 315,62;  $p < 0,001$ ,  $df=2$ .

**Tabel 2** Gezinnen met kinderen met en zonder actieve gezondheidsproblemen naar sociaal-economische status. Percentages.

SES	Met n=2877	Zonder n=2450	Totaal n=5327
Laag	40	37	39
Midden	46	49	47
Hoog	14	14	14

Chi-kwadraat = 5,30;  $p=0,07$ ,  $df=2$ .

**Figuur** Ontstaan van ziekten in gezinnen.



**Tabel 3** Gemiddeld aantal gezondheidsproblemen van ouders met en ouders zonder een kind met een gezondheidsprobleem.

	Met	Zonder	Vershil
Totale populatie	3,3	2,2	1,2
1 kind	3,6	2,3	1,4
2 kinderen	3,2	2,1	1,2
≥3 kinderen	2,9	1,8	1,1
SES laag	3,9	2,8	1,0
SES midden	3,5	2,4	1,2
SES hoog	2,9	2,1	0,8

De berekeningen zijn uitgevoerd met twee decimalen, waarna afronding heeft plaatsgevonden. Voor alle verschillen geldt  $p < 0,001$ .

**Tabel 4** Gemiddeld aantal gezondheidsproblemen van ouders met en ouders zonder een kind met een gezondheidsprobleem, gedifferentieerd naar sociaal-economische status en gezinsgrootte.

	Met	Zonder	Vershil
<i>SES laag</i>			
1 kind	4,2	3,1	1,1*
2 kinderen	3,6	2,3	1,3*
≥3 kinderen	3,5	2,1	1,4*
<i>SES midden</i>			
1 kind	4,1	2,6	1,6*
2 kinderen	3,3	2,1	1,2*
≥3 kinderen	2,9	2,0	0,9*
<i>SES hoog</i>			
1 kind	3,1	2,1	1,0†
2 kinderen	3,0	2,0	1,0*
≥3 kinderen	2,4	1,5	0,9†

De berekeningen zijn uitgevoerd met twee decimalen, waarna afronding heeft plaatsgevonden. \*  $p < 0,001$ ; †  $p < 0,01$ .

**Tabel 5** De meest voorkomende actieve gezondheidsproblemen bij alle kinderen <18 jaar ( $n=9766$ ).

Cluster	ICPC-codes	Aantal	Prevalentie*
Bovenste luchtwegen (incl. KNO)	R97, H72, H71 R90, R74, H74	829	85
Onderste luchtwegen	R96, R91	709	73
Eczeem/allergie	S87, A12	739	76
Ontwikkelingsstoornissen	P24, P22, N19	228	23
Bewegingsapparaat	L82, L98	178	18
Ogen	F95, F91	162	17
Wratten	S03	71	7
Hart	K81	68	7
Gehoor	H86	66	7
Totaal		3050	313

\* Het gaat hier om puntprevalenties: alle op het moment van de steekproeftrekking als actief geregistreerde problemen, inclusief de in voorgaande jaren geregistreerde gegevens.

kinderen zonder gezondheidsproblemen; dit geldt ook bij differentiëring naar gezinsgrootte en sociaal-economische status;

- naarmate het aantal kinderen per gezin toeneemt, daalt het gemiddeld aantal problemen in beide categorieën; hetzelfde geldt met betrekking tot de sociaal-economische status.

Dit beeld wordt bevestigd door *tabel 4*. In de gezinnen met een hoge SES met drie of meer kinderen zonder problemen hebben de ouders de minste problemen. Het omgekeerde vinden we in de gezinnen met een lage SES met één kind met problemen. Stijging van het aantal kinderen gaat gepaard met een groter wordend verschil tussen beide categorieën.

*Tabel 5* heeft betrekking op de helft van alle actieve gezondheidsproblemen bij kinderen. Herhaling van onze analyses voor deze (clusters van) aandoeningen leverde een overeenkomstig patroon op.

## Beschouwing

Ouders met een kind met een gezondheidsprobleem hebben meer bij de huisarts geregistreerde gezondheidsproblemen dan ouders zonder een kind met een gezondheidsprobleem. Omdat de 'drie-oudergezinnen' in gelijke mate verdeeld blijken over de probleem- en controle-categorie, mogen we aannemen dat de resultaten hierdoor niet zijn beïnvloed.

Wanneer we de sociaal-economische status en de gezinsgrootte erbij betrekken, blijkt dit verschil nog steeds te bestaan. We vinden een algehele 'invloed' van SES op het aantal gezondheidsproblemen van ouders: hoe hoger de SES van ouders in de probleem- en de controle-categorie, des te kleiner het aantal gezondheidsproblemen van ouders. Dit patroon vinden we ook terug bij *Van den Bosch*.<sup>8</sup> Er is geen reden om aan te nemen dat de resultaten worden vertekend door het ontbreken van gegevens over de SES bij 10 procent van de gezinnen: er is geen sprake van een systematische uitval.

De gezinsgrootte heeft eenzelfde effect op problemen van ouders in beide categorieën: hoe groter het aantal kinderen, des

kleiner het gemiddeld aantal problemen. Deze bevindingen komen overeen met die van Van Eijk.<sup>1</sup>

Het is opvallend dat in de sociale midden- en hoge laag het verschil tussen de probleem- en de controle-categorie in het gemiddeld aantal problemen daalt, naarmate de SES hoger is en het gemiddeld aantal kinderen stijgt; opvallender echter is dat dit verschil binnen de laagste SES stijgt met de toename van het aantal kinderen. Voor dit fenomeen hebben we geen verklaring.

Ons onderzoek leverde aanwijzingen op dat de aard van de problemen er niet toe doet. Ook volgens de literatuur zou de belasting van de ouders niet zozeer samenhangen met de aard en de ernst van de ziekte van het kind, als wel met de gezinsorganisatie;<sup>9</sup> deze zou dan gezien kunnen worden als een indicator van 'coping resources'. Hoewel we tot nu toe uitsluitend in termen van *samenhang* hebben geschreven, suggereren we met ons model (*figuur*) een *causale* samenhang: probleem-oplossend gedrag zou het achterliggende mechanisme zijn. Er kan echter ook sprake zijn van een erfelijke aanleg voor bepaalde gezondheidsproblemen; dat geldt bijvoorbeeld voor het overgrote deel van de luchtwegaandoeningen en eczeem/allergie.

Vervolgonderzoek is gewenst naar de volgende vragen:

- wat is de aard van de extra problematiek bij de ouders;
- in hoeverre gaan problemen bij kinderen vooraf aan toename van problemen bij de ouders;

- in welke mate speelt de door de ouders gepercipieerde ernst van problemen bij kinderen en het probleem-oplossend vermogen van deze ouders hierbij een rol?

#### Dankbetuiging

De medische studenten drs. J.C. Schuur, drs. C.G. Zijlstra en drs. J.M.J.M. Beckers hebben belangrijke bijdragen geleverd.

#### Literatuur

- <sup>1</sup> Van Eijk JThM. Levensgebeurtenissen en ziekte [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1979.
- <sup>2</sup> Höppener P, Knottnerus JA, Metsemakers JFM, et al. Het Registratienet Huisartspraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg. Huisarts Wet 1990; 33: 66-9.
- <sup>3</sup> ICHPPC-2 (International Classification of Health Problems in Primary Care). Oxford: Oxford University Press, 1979.
- <sup>4</sup> Lamberts M, Wood M, eds. International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1987.
- <sup>5</sup> Subcommissie sociaal-economische status: voor een standaardoperationalisatie van sociaal-economische status voor epidemiologisch en sociaal-medisch onderzoek. Deel 6 van de Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen. December 1990.
- <sup>6</sup> Seegers JH, Hagenaars JAP. Sociologische onderzoeksmethoden: technieken van causale analyse. Assen: Van Gorcum, 1980.
- <sup>7</sup> Sturmans F. Epidemiologie: theorie, methoden en toepassing. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1986.
- <sup>8</sup> Van den Bosch WJHM. Epidemiologische aspecten van morbiditeit bij kinderen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1992.

- <sup>9</sup> Shapiro J. Family reactions and coping strategies in response to the physically ill or handicapped child. A review. Soc Sc Med 1983, 17: 913-31. ■

#### Abstract

**Van der Horst FG, Metsemakers JFM, Crebolder HFJM, Franssen GHLM. A child with a health problem: more health problems in the parents? Huisarts Wet 1992; 35(13): 505-8.**

A group of 5943 families listed in 15 practices that are affiliated with the 'Registration Network Family Practices' (RNH) of the University of Limburg, was examined as to possible differences in the amount of health problems in parents of a child with a health problem and parents of a child without a health problem. Furthermore, the influence of socio-economic status (SES) and family size on the amount of health problems in the parents was investigated. There appear to be more health problems in parents of children with a health problem. This also proves to be the case when the data are controlled for SES and family size. The amount of health problems declines as the parents' SES rises and the amount of children per family increases. This applies to both parents of children with a health problem and parents of children without a health problem.

**Key words** Child; Family practice; Health problem.

**Correspondence** Dr. F.G. van der Horst, Department of General Practice, University of Limburg, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.