

# Psychiatrische problematiek bij zelfstandig wonende ouderen en verzorgingstehuisbewoners

door A. Bosma

## Samenvatting

Vanaf 1986 werd in Eindhoven een onderzoek ingesteld naar de lichamelijke gezondheid, de geestelijke gezondheid en het welbevinden van zelfstandig wonende ouderen en verzorgingstehuisbewoners in de leeftijd van 65 tot en met 75 jaar. Centraal in dit project stond het onderzoeken van de geestelijke gezondheidstoestand. Hierover wordt in deze bijdrage gerapporteerd. Na de beschrijving van de vraagstellingen en de onderzoeksgroepen komen de gebruikte meetinstrumenten, het Diagnostisch Interview Schema en de Symptom Checklist, aan de orde. Daarbij bespreekt de auteur de gevolgde screeningsprocedure en de resultaten ervan. Ten slotte volgt de presentatie van enkele bevindingen. Het gaat hierbij om de prevalentie van recente en niet recente psychiatrische problematiek bij zelfstandig wonende ouderen en verzorgingstehuisbewoners. De totale prevalentie wordt gespecificeerd naar de meest voorkomende stoornissen; depressies en fobieën. Aan het voorkomen van cognitieve problematiek en suicidegedachten c.q. suicidepogingen wordt afzonderlijk aandacht besteed.

## Inleiding

In het kader van het gezondheidsbeleid voor ouderen in Eindhoven werd van begin 1986 tot einde 1987 de gezondheidssituatie van oudere inwoners onderzocht. Daarbij zijn drie aspecten van gezondheid onderscheiden: de lichamelijke gezondheid, het welbevinden en de geestelijke gezondheid. Over dit laatste aspect gaat dit artikel. Hierin komt de opzet van het onderzoek aan de orde en worden enkele resultaten beschreven. De bevindingen zijn gebaseerd op gegevens uit gestructureerde interviews met twee groepen aselect gekozen mensen in de leeftijd van 65 t/m 75 jaar. Om psychiatrische problematiek te kunnen identificeren, maakten wij gebruik van de Symptom Checklist (SCL-90) en een gestandaardiseerd psychiatrisch interview, het zogenaamde Diagnostisch Interview Schema (DIS).

### De vraagstellingen

Een gedeelte van de algemene probleemstelling betrof de geestelijke gezondheid (zie Bosma 1988). Met betrekking tot dit aspect van gezondheid wilden wij de volgende vragen beantwoorden.

- Bij hoeveel mensen was gedurende het laatste half jaar sprake van een classificeerbaar psychiatrisch syndroom?
- Hoeveel mensen hebben ooit in hun leven een psychiatrische stoornis doorgemaakt?
- Wat is/was de aard van de stoornis; welke syndromen komen relatief vaak voor?
- Hoe is de psychiatrische morbiditeit verdeeld, met andere woorden: welke zijn de demografische en socio-economische kenmerken van mensen met en mensen zonder een (bepaald) psychiatrisch syndroom?
- Bestaat er een samenhang tussen het voorkomen van problemen op het terrein van de geestelijke gezondheid, de lichamelijke gezondheid en het welbevinden?

De aard van de vraagstellingen duidt erop dat ons een beschrijvend, exploratief onderzoek voor ogen stond. Gezien de doelstelling, het traceren van risicogroepen en mogelijke risicofactoren, en het feit dat nog maar weinig bekend is over de geestelijke gezondheid van ouderen, leek ons deze benadering haalbaar.

### De onderzoeksgroep

De populatie die hier wordt beschreven bestond uit een aselechte steekproef van zelfstandig wonenden ( $n=328$ ) en een aselechte steekproef van verzorgingstehuisbewoners ( $n=92$ ). De woonsituatie van deze twee groepen duidt op een verschil in autonomie, en naar wij aannemen, ook op verschillen in gezondheid. De bruto steekproef van verzorgingstehuisbewoners bestond uit 134 mensen (uit een totaal van 174). Hiervan konden 92 personen daadwerkelijk worden geïnterviewd, waardoor de uitval neerkomt op 31%. Van de zelfstandig wonenden werden 490 uitgenodigd voor deelname (uit een totaal van 15534). Aan deze uitnodiging gaven 328 mensen gehoor, hetgeen een uitval betekent van 33%.

De vraag in hoeverre selectiviteit in de uitval de representativiteit beïnvloedt, is niet afdoende te beantwoorden. Duidelijk is wel dat in de verzorgingstehuizen 36% van de totale uitval niet aan het onderzoek kon deelnemen omdat de lichamelijke en/of mentale conditie dit onmogelijk maakte, de helft van de uitval was te wijten aan weigeringen. Bij zelfstandig wonenden bestond het grootste deel van de uitval uit weigeringen (79%). De verschillen in de redenen voor niet-deelname tussen de populaties blijken na  $\chi^2$ -toetsing significant ( $p \leq 0,05$ ).

Naar leeftijd en geslacht is de representatie van respondenten bevredigend, zoals tabel 1 laat zien.

Tabel 1: De procentuele verdeling naar leeftijd en geslacht in de totale (moeder)populaties, de steekproeven en de ondervraagde populaties

	verz. tehuis			zelfst. w.		
	tot.	steekpr.	ondervr.	tot.	steekpr.	ondervr.
man	26%	23%	27%	42%	42%	42%
vrouw	74%	77%	73%	58%	58%	58%
65 t/m 70j.	25%	26%	28%	60%	58%	64%
71 t/m 75j.	75%	74%	72%	40%	42%	36%

Er is sprake van een geringe ondervertegenwoordiging in de oudere leeftijdsgroep. Een wegingsprocedure gaf aan dat dit geen effect had op de resultaten.

Uit tabel 1 is verder op te maken dat verzorgingstehuisbewoners en zelfstandig wonende ouderen van elkaar verschillen naar leeftijd en geslacht. Naast een lagere gemiddelde leeftijd en een kleiner verschil tussen het percentage mannen en vrouwen, onderscheiden zelfstandig wonenden zich door een geringer percentage verweeduwen (29% vs. 42%) en een hogere proportie mensen met een middelbaar of hoger beroepsniveau (56% vs. 35%).

### De meetinstrumenten

Voor het meten van de geestelijke gezondheid zijn twee meetinstrumenten gebruikt; het zogenaamde Diagnostisch Interview Schema (DIS) en de Symptom Checklist (SCL-90). Het eerste is een gestandaardiseerd psychiatrisch interview, het tweede een zelfbeoordelingslijst van 90 klachten. Over beide is de laatste jaren het nodige gepubliceerd, ook in dit tijdschrift, zodat wij kunnen volstaan met een korte toelichting. Voor verdere informatie over het DIS verwijzen wij naar de publikaties van Dingemans e.a. (1986) en Bosma e.a. (1988), de SCL-90 is beschreven door Arrindell en Ettema (1981, 1986).

Het *Diagnostisch Interview Schema (DIS)* is te beschouwen als een nauwkeurige operationalisatie van as 1, de klinische beelden, uit de DSM-III. Dit gestandaardiseerd psychiatrisch interview, dat werd ontwikkeld door Robins e.a. (1981), heeft internationaal toepassing gevonden. Het is onder andere gebruikt in een zeer omvangrijk psychiatrisch epidemiologisch onderzoek in de Verenigde Staten (Eaton en Kessler 1985).

Het DIS is echter niet het enige bruikbare psychiatrisch interview. Na een nauwkeurige afweging van de alternatieven hebben wij uiteindelijk voor dit meetinstrument gekozen. De argumenten daarvoor

hadden te maken met de hanteerbaarheid van het interview en de mogelijkheid tot vergelijking van resultaten. Voor ons was verder van belang dat bepaalde secties uit de vragenlijst kunnen worden weggelaten zonder dat daarmee de betrouwbaarheid wordt aangetast. Bovendien beantwoordde het interview aan de voorwaarde dat het bruikbaar moest zijn voor het vaststellen van psychiatrische problemen bij mensen die ouder zijn dan 65 jaar (Weissman e. a. 1985; Bland e. a. 1988).

De *Symptom Checklist* (SCL-90), het tweede meetinstrument dat wij gebruikten om inzicht te krijgen in de geestelijke gezondheidstoestand, is een zelfbeoordelingslijst. Deze bestaat uit 90 klachten die verwijzen naar acht, in klinisch opzicht relevante psychopathologische dimensies. De scores op alle klachten samen geven een indicatie voor de aanwezigheid van psychopathologie. Er zijn twee redenen aan te geven waarom naast het DIS de SCL-90 in het onderzoek werd betrokken.

1. Op basis van aan de DSM-III ontleende criteria met betrekking tot de aard en ernst van symptomen kan via het DIS worden vastgesteld of er sprake is van een classificeerbare psychiatrische stoornis. Deze criteria zijn, terecht, nogal streng. Dit betekent dat een breed spectrum van zogenaamde randpsychiatrische problematiek niet wordt geclassificeerd. Met behulp van SCL-90 zouden deze problemen ontdekt en naar hun aard geïdentificeerd kunnen worden.

2. De tweede reden is gebaseerd op de volgende redenering. Men kan aannemen dat, naarmate de score op de SCL-90 hoger is (dus wanneer er meer en ernstiger klachten zijn), de kans groter wordt dat er sprake is van een stoornis in psychiatrische zin. Het gebruik van een uitgebreid, tijdrovend psychiatrisch interview zou beperkt moeten blijven tot respondenten bij wie de kans het grootst is een classificeerbare psychiatrische stoornis te kunnen bepalen. Het motief om de interviewtijd zo effectief mogelijk te gebruiken (met het oog op de belasting van respondent, interviewer en onderzoeksbudget) heeft geleid tot een screeningsprocedure met de SCL-90 als screeningsinstrument.

### **De mogelijkheid van screening op psychiatrische stoornissen**

Op basis van 181 interviews waarin zowel het DIS als de SCL-90 werden afgenomen, is voor elke score op de SCL-90 nagegaan hoeveel mensen volgens het DIS als een case konden worden geclassificeerd. Bij een SCL-score van 110 begon de kans op het vinden van classificeerbare psychiatrische problematiek toe te nemen. Boven deze score vonden wij 78% van de 'DIS-cases'. Ofschoon discriminantanalyse uitwees dat bij een grenswaarde van 119 op de SCL-90 sprake zou zijn van een optimale verhouding tussen specificiteit (terecht niet-geclassificeerden) en sensitiviteit (terecht wel-geclassificeerden), hebben wij de veiligere grenswaarde van 110 aangehouden. Weliswaar zouden dan

meer diagnostische interviews onterecht worden afgenomen, maar daartegenover stond dat in plaats van 41% (bij score 110) slechts 22% van de aanwezige psychiatrische problematiek zou worden gemist. Anders gezegd: aangezien ongeveer 40% boven de drempelwaarde (110) scoort, moesten wij dus bij 40% van de onderzoekspopulatie een DIS afnemen om 78% van de classificeerbare psychiatrische cases te vinden. De onderstaande tabel geeft een beeld van het percentage cases en niet-cases boven en beneden de drempelwaarde van 110.

Tabel 2: Percentage cases boven en beneden de criteriumscore op de SCL-90

DSM-III case	SCL-score		totaal
	< 110	110 ≥	
nee	66%	34%	100%
ja	22%	78%	100%

In de praktijk van het interview werd de screeningsprocedure als volgt uitgevoerd. De interviewers berekenden na afname van de SCL-90 de totaalscore. Was deze lager dan 110, dan werd ter plaatse de beslissing genomen geen DIS af te nemen. Alleen de secties uit het DIS die tabaksafhankelijkheid en cognitieve functiestoornissen meten, werden altijd afgenomen.

## Resultaten

In de groep verzorgingstehuisbewoners vonden wij een prevalentie van recente psychiatrische problematiek die meer dan twee maal zo hoog is als bij zelfstandig wonenden. Voor recente problematiek gold een referentieperiode van 6 maanden voorafgaand aan het interview. Ook het percentage mensen dat ooit tijdens hun leven een psychiatrische stoornis had doorgemaakt was bijna twee maal zo hoog in de verzorgingstehuispopulatie (zie tabel 3). De bevinding dat, volgens het DIS, in de verzorgingstehuizen relatief meer mensen te kampen hebben met psychiatrische problematiek, komt ook tot uitdrukking in de gemiddelde score op de SCL-90. Verzorgingstehuisbewoners hebben een significant hogere gemiddelde score dan zelfstandig wonenden, hetgeen duidt op meer en/of ernstiger problematiek. De scores zijn respectievelijk 135 en 110,5.

Ook in diagnostisch opzicht bestaan verschillen tussen verzorgingstehuisbewoners en zelfstandig wonenden. In tabel 3 staan naast de totale prevalentie ook de prevalentiecijfers van de meest voorkomende stoornissen, namelijk fobieën en depressies, vermeld.

Psychiatrische problemen zijn niet toevallig verdeeld binnen de onderscheiden populaties. Wij vonden steeds hogere prevalenties bij

Tabel 3: De subpopulatie naar aard van de psychiatrische problematiek

populatie		fobie	depress.	comb.	ov. diagn.	tot. cases
verz. huis (n = 64)	rec.	4,7%	10,9%	4,7%	3,1%	23,4%
	nrec.	3,1%	1,6%	--	1,6%	6,3%
zelfst. w. (n = 316)	rec.	3,5%	4,1%	1,6%	0,3%	9,5%
	nrec.	1,6%	1,3%	0,3%	0,3%	3,5%

Toelichting: rec. = recente cases; nrec. = niet recente cases, dus life time prevalentie; comb. = samengaan van depressie en fobie; ov. diagn. = alle mogelijke andere diagnoses samen met uitzondering van cognitieve stoornissen

vrouwen, alleenstaanden, mensen met een lager beroepsniveau en bij degenen die zeiden ernstige financiële problemen te hebben. Ondervraagden met deze kenmerken hadden, conform onze verwachtingen, ook een hogere score op de SCL-90. Ter illustratie is hieronder de prevalentie van recente psychiatrische problematiek (alle diagnoses samen) en depressies gerubriceerd naar de genoemde demografische en socio-economische kenmerken van zelfstandig wonende ouderen. Ook de gemiddelde scores op de SCL-90 zijn in deze tabel opgenomen.

Tabel 4: De relatie tussen geestelijke gezondheidsproblemen en enkele demografische en socio-economische kenmerken van zelfstandig wonenden

	recente psych. probl. (DIS-DSM-III)		$\bar{x}$ psychopath. score (SCL-90)
	totaal	depressie	
vrouwen	11%	6%	113
mannen	7%	3%	107
alleenstaand	14%	10%	114
samenwonend	7%	3%	108
laag beroepsniveau	12%	6%	111
hoog beroepsniveau	3%	3%	106
financiële problemen	13%	7%	117
geen financiële problemen	8%	4%	108

Naar aanleiding van deze bevindingen valt op te merken dat zij aansluiten bij bevindingen zoals vermeld in de onderzoeksliteratuur. Met name het alleenstaand zijn en het behoren tot een lagere sociaal-economische klasse, blijken steeds opnieuw gecorreleerd te zijn met psychiatrische problematiek. De relatie met geslacht is echter niet eenduidig. Het echtpaar Dohrenwend attendeerde daar in 1974 reeds op. Sommige onderzoekers vinden wel verschillen naar sekse, andere niet. Dat in een

aantal onderzoeken een hogere prevalentie bij vrouwen gevonden werd (o.a. Goldberg 1976; Marks e.a. 1979; Bebbington e.a. 1981), kan niet zonder meer als een bevestiging van biologische verklaringsprincipes gelden. In tegendeel, er is de laatste jaren meer evidentie gekomen voor het feit dat sociale factoren, samenhangend met de positie en rol van de vrouw, van veel grotere invloed zijn. Illustratief hiervoor zijn de bevindingen van Jorm (1987), die een kwantitatieve analyse van onderzoeksliteratuur over geslachtsverschillen bij depressies maakte, en de onderzoeksresultaten van Wilhelm en Parker (1989). Dichter bij huis, in het Nijmeegs Regioproject, vond Hodiamont (1986), wat de totale prevalentie betreft, geen verschillen tussen mannen en vrouwen. Zijn bevindingen sluiten aan bij die van Henderson e.a. (1981). Om op basis van ons materiaal een iets scherper zicht te krijgen op de gevonden verschillen naar geslacht, zijn enkele andere factoren in de analyse betrokken. Wij vonden dat bij recente en niet-recente cases samen sekseverschillen niet beïnvloed werden door leeftijd, financiële situatie en samenlevingsvorm (alleen of samenwonend). Dit geldt echter niet voor het beroepsniveau. Alleen in de lagere beroepsniveaus was de psychiatrische prevalentie van vrouwen hoger dan die van mannen. Eenzelfde analyse, maar dan toegespitst op recente psychiatrische problematiek, leverde een ander beeld op. Hier vonden wij alleen in de leeftijdsgroep 65 t/m 70 jaar, in de categorie met financiële problemen en bij alleenstaanden hogere prevalenties bij vrouwen. De verschillen naar geslacht worden dus gespecificeerd door sociale kenmerken.

### **Cognitieve functiestoornissen**

Bij het opsporen van cognitieve functiestoornissen maakten wij gebruik van de Mini Mental State Exam (MMS), die in het DIS is opgenomen (Folstein 1975). De maximumscore op deze screeningslijst is 30. Een score van 0-17 goede antwoorden indiceert ernstige cognitieve problemen. Van milde cognitieve stoornissen wordt gesproken bij een score van 18-23 goede antwoorden. De verschillen tussen beide populaties blijken nogal groot te zijn. Zo is het percentage mensen met ernstige cognitieve functiestoornissen bij de onderzochte verzorgingstehuisbewoners 10 maal zo hoog als het geval is bij zelfstandig wonenden (respectievelijk 10% en 1%). Ook milde problematiek werd in de eerste groep veel vaker gevonden (10% vs. 5%).

### **Suïcidaliteit**

De laatste jaren neemt het aantal zelfdodingen onder oudere mensen toe. In 1988 was het suïcidecijfer van mensen ouder dan 65 in Eindhoven 2 per 10.000 mensen in deze leeftijd. Bij de populatie tussen 10 en 45 jaar was dit net niet 1 per 10.000. De cijfers van geslaagde (en beken-

de) suïcides zijn via bevolkingsstatistieken te achterhalen. Veel minder is bekend over suïcideneigingen en suïcidepogingen bij ouderen. Om deze reden hebben wij de antwoorden op vier voor deze problematiek relevante vragen nader geanalyseerd. In de sectie van het DIS die symptomen van depressie navraagt, zijn vragen opgenomen met betrekking tot preoccupatie met de dood, zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen. Gevraagd wordt naar suïcideproblematiek die zich ooit tijdens het leven heeft voorgedaan. In tabel 5 zijn de bevestigende antwoorden per subpopulatie procentueel vermeld.

Tabel 5: Preoccupatie met de dood en suïcidaliteit; het percentage bevestigende antwoorden per subpopulatie

subpopulatie	denken over dood	dood willen gaan	zelfm. gedachten	zelfm. poging
verz. huis (n=65)	32%	21%	15%	5%
zelfst. w. (n=226)	28%	7%	5%	3%

Preoccupatie met de dood, zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen vonden wij in beide populaties meer bij vrouwen en alleenstaanden. Tevens komen bij zelfstandig wonenden zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen meer voor in de oudere leeftijdscategorie en bij mensen die problemen hebben met hun financiën.

In de SCL-90 zijn twee vragen opgenomen die betrekking hebben op gedachten rond sterven en suïcidaliteit. In tegenstelling tot het DIS gaat het hier om recente problemen (gedachten waarvan men de laatste week last heeft gehad). Bij de verzorgingstehuisbewoners werd 16% gedurende de week voorafgaand aan het interview 'nogal, tamelijk veel of heel erg' gehinderd door gedachten aan de dood terwijl 3% last had van zelfmoordgedachten. Bij zelfstandig wonenden waren deze percentages respectievelijk 7% en 0%.

Mensen die last hebben (gehad) van suïcidegedachten en/of ooit een poging ondernomen hebben, scoren gemiddeld hoger op de SCL-90. (Bij zelfstandig wonenden gaat het bij elk item om een significant hogere score.) Bovendien is er sprake van een significante samenhang tussen het voorkomen van psychiatrische problematiek (recente en niet recente) en het voorkomen van zelfmoordgedachten en -pogingen.

### Ten slotte

De resultaten van het DIS wijzen erop dat er zowel tussen als binnen de onderzochte groepen een grote ongelijkheid bestaat in de verdeling



van psychiatrische stoornissen. Deze verschillen reflecteren op het niveau van deelpopulaties hogere en lagere risico's op psychiatrische problematiek. In de klassieke epidemiologische benadering is het definiëren van risicogroepen een eerste noodzakelijke stap voor het ontwerpen van een preventief beleid en het legitimeren van de wenselijkheid en richting van preventieprogramma's. Het komt ons voor dat naast gegevens over 'wat voorkomt bij wie en waarom', de bescherming en bevordering van de geestelijke gezondheid op collectief niveau ook gediend is met antwoorden op de vraag 'wie krijgt wat niet en waarom niet?'

Bij ouderen komen gezondheidsproblemen van verschillende aard soms gelijktijdig voor, men spreekt in dit verband wel van multimorbiditeit. Het is aannemelijk dat naarmate meer problemen in combinatie voorkomen de behoefte aan hulp toeneemt en een grotere mate van afhankelijkheid dreigt. Om zicht te krijgen op de relatie tussen psychiatrische problematiek en andere gezondheidsproblemen hebben wij ook de lichamelijke gezondheidstoestand en het welbevinden gemeenten. Het feit dat wij bij 50% van de psychiatrische cases zowel lichamelijke gezondheidsproblemen als een laag niveau van welbevinden vaststelden en dat bij 38% psychiatrische problematiek voorkwam in combinatie met hetzij lichamelijke problemen hetzij met problemen in welbevinden, wijst heel duidelijk in de richting van multimorbiditeit. Het is van belang dat daarmee zowel in curatie als in preventie ernstig rekening wordt gehouden.

Onderzoek in de psychiatrie is erbij gediend wanneer in verschillende onderzoeken dezelfde gevaldefinities en methoden voor case-finding worden gebruikt. De DIS-DSM-III-combinatie lijkt hiervoor geschikt. Onderzoekers die met behulp van dit meetinstrumentarium de geestelijke gezondheid van ouderen onderzochten, rapporteren ongeveer dezelfde prevalentiecijfers. Zo vond Weissman *et al.* (1985) terwijl Blands onderzoek onder 65-plussers in Edmonton (Canada) resulteerde in een prevalentie van 10,9% (Bland *et al.* 1988). In het Eindhovens onderzoek was de prevalentie van diagnoseerbare psychiatrische aandoeningen onder zelfstandig wonenden 10,4% (deze prevalenties zijn inclusief ernstige cognitieve problematiek). Deze overeenstemming contrasteert nogal met de grote variatie die onderzoeken van de laatste 25 jaar laten zien; hierin lopen, mede als gevolg van verschillen in meetmethoden en psychopathologische criteria, prevalentiecijfers uiteen van 26% tot 10%.

Naast inhoudelijke en technische aspecten wordt de geschiktheid van het DIS voor epidemiologisch onderzoek ook bepaald door de hanteerbaarheid. Wat dit betreft zijn wij tevreden met onze keuze. Het DIS kan zonder problemen in 1 à 1,5 uur afgenomen worden door 'leken'. Voorwaarde is wel dat zij adequaat zijn getraind en dat er tijdens

het veldwerk regelmatig intervisie en supervisie plaatsvindt. Het is van belang gebleken dat tijdens deze bijeenkomsten zowel aandacht wordt besteed aan de technische als aan de emotionele aspecten van dit interview.

## Literatuur

- Arrindell, W.A., en H. Ettema (1981), Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symptom Checklist (SCL-90); gegevens gebaseerd op een fobische en een normale populatie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie* 36, 77-108.
- Arrindell, W.A., en H. Ettema (1986), *Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Bebbington, P., J. Hurry, C. Tennant, E. Sturt en J.K. Wing (1981), Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine* 11, 561-579.
- Bland, R.C., S.C. Newman en H. Orn (1988), Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. *Acta Psychiatr. Scand.* 77, 57-63.
- Bosma, A., P.P.G. Hodiament, V.C.N. van Alem en J.C.C.M. van Corven (1988), Classificeren in de psychiatrie: Het Diagnostisch Interview Schema (DIS). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 3, 284-298.
- Bosma, A. (1988), *De gezondheid van mensen in de derde levensfase; een onderzoek naar lichamelijke en psychische aspecten*. GGD Eindhoven.
- Dingemans, P., H. van Engeland, J.H. Dijkhuis en J. Bleeker (1985), De Diagnostische Interview Schedule (DIS). *Tijdschrift voor psychiatrie* 27, 341-360.
- Dohrenwend, B.P., en B.S. Dohrenwend (1974), Social and cultural influences on psychopathology. *Annual Review of Psychology* 25, 417-452.
- Eaton, W.W., en L.G. Kessler (red.) (1985), *Epidemiologic fieldmethods in psychiatry. The NIMH epidemiologic Catchment Area Program*. Academic Press Inc., Londen.
- Folstein, M.F., S.E. Folstein en P.R. McHugh (1975), Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12, 189-198.
- Goldberg, D.P. (1972), *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press, Londen.
- Henderson, S., D.G. Byrne en P. Duncan-Jones (1981), *Neurosis and the social environment*. Academic Press Australia, Sidney.
- Hodiament, P.P.G. (1986), *Het zoeken van zieke zielen*. Ac. Proefschrift, ISG-publikatie nr. 16, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Jorm, A.F. (1987), Sex and age differences in depression: a quantitative synthesis of published research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 21, 46-53.
- Robins, L.N., J.E. Helzer, J. Croughan, J.B.W. Williams en R. Spitzer (1981), *The NIMH Diagnostic Interview Schedule: version III*. National Institute of Mental Health.
- Weissman, M.M., J.K. Meyers, G.L. Tischler, C.E. Holzer, P.J. Leaf, H. Orvaschel en J.A. Brody (1985), Psychiatric disorders (DSM-III) and cognitive impairment among the elderly in a US urban community. *Acta Psychiatr. Scand.* 71, 366-379.
- Wilhelm, K., en G. Parker (1989), Is sex necessarily a risk factor to depression? *Psychological medicine* 19, 401-413.

### **Summary: Psychiatric disorders among elderly in a Dutch town; results of a community survey**

Health policy for the elderly needs information about the health condition of this population. For providing the necessary epidemiological data a health survey on the local level was set up. In this survey mental health counted as a crucial variable. The author describes the prevalence, nature and distribution of psychiatric problems in two different elderly populations. Cases were identified according to DSM-III-criteria by means of the Diagnostic Interview Schedule.

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het gemeentebestuur van Eindhoven en werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het Praeventiefonds. Graag bedank ik drs. V. van Alem, drs. J. van Corven, dr. P. Hodiamont en de heer C.A. Vermeulen, arts, voor hun commentaar en aanvullingen.

*A.M.M. Bosma*, socioloog en psychotherapeut, is hoofd van de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de GGD-Eindhoven. Correspondentieadres: GGD-Eindhoven, Postbus 2357, 5600 CJ Eindhoven.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 10-10-'89.

**De v.z.w. Provinciaaloot der Broeders van Liefde wenst voor haar Psychiatrisch Centrum Ziekeren te Sint-Truiden over te gaan tot de aanwerving van**

## **een voltijds geneesheer-psychiater (m/v)**

### **Voorwaarden:**

- interesse voor verslavingsproblemen en resocialisatieprocessen, waar- onder Beschut Wonen;
- christelijk geïnspireerd;
- bereid zijn zich in de regio te vestigen.

Kandidaturen met uitgebreid curriculum vitae en recente pasfoto dienen vòòr 31 maart 1990 gericht te worden aan

**Br. dr. René Stockman  
Stropstraat 119  
9000 - GENT**