

VU Research Portal

Ouderenpsychiatrie en de Valeriuskliniek

Eikelenboom, P.

2010

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Eikelenboom, P. (2010). *Ouderenpsychiatrie en de Valeriuskliniek*.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Ouderenpsychiatrie en de Valeriuskliniek

prof. dr. P. Eikelenboom

Rede uitgesproken bij het afscheid van het ambt van hoogleraar Ouderenpsychiatrie aan de faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit Amsterdam/VU Medisch Centrum en hoogleraar Neuropsychiatrie aan de faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam/Academisch Medisch Centrum op woensdag 3 november 2010.

Mijnheer de rector, dames en heren,

Inleiding

Het was liefde op het eerste gezicht toen ik op 1 augustus 1978 mijn opleiding tot psychiater begon op de afdeling Neuropsychiatrie van de Valeriuskliniek. De afdeling waar ik na afronding van mijn specialisatie vanaf 1 januari 1983 tot aan vandaag als psychiater gewerkt heb. Het was dertig jaar geleden gangbaar in Amsterdam dat demente patiënten eerst ter klinische observatie werden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis voordat ze in een verpleeghuis werden geplaatst. In de Valeriuskliniek werden vooral patiënten met een vroeg beginnende dementie of met een complexe diagnostische vraagstelling opgenomen. Deze bijzondere positie had de afdeling te danken aan het werk van Frans Stam, die vanaf 1963-1977 hoogleraar Psychiatrie was in de Valeriuskliniek. Stam had een sterke interesse voor dementie en zijn onderzoek richtte zich op de relatie tussen het klinisch beeld en de neuropathologische bevindingen. Mede op grond van zijn baanbrekend werk werd het in toenemende mate mogelijk om de verschillende vormen van dementie op basis van klinische symptomen van elkaar te onderscheiden (1). Onder leiding van zijn opvolger, Willem van Tilburg, werd het dementieonderzoek verbreed: van moleculaire pathologie tot zorgonderzoek (2).

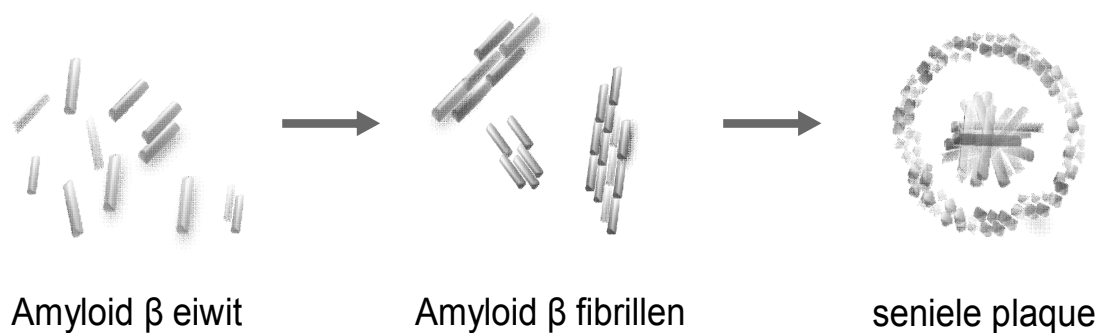
Onderzoek naar de diagnostiek

Voortbouwend op het werk van Stam verrichtten Cees Jonker en Chris Hooijer in begin jaren tachtig een promotieonderzoek naar de bijdrage van het hulponderzoek als CT-scan, EEG en neuropsychologisch onderzoek bij de diagnostiek van de ziekte van Alzheimer (3). Dit onderzoek was mogelijk omdat in die dagen ook de afdeling Neurologie nog in de

Valeriuskliniek was gevestigd en zo de enige kliniek in Nederland was die zowel een omvangrijke observatieafdeling voor dementie als voor die tijd unieke diagnostische faciliteiten herbergde. Dit soort onderzoek heeft sterk bijgedragen tot een betrouwbare klinische diagnostiek waarbij op grond van anamnese, klinische symptomatologie en aanvullend hulponderzoek vastgesteld kon worden of bij patiënten met geheugenklachten of andere cognitieve symptomen al of niet sprake is van een bepaald type dementie zoals de ziekte van Alzheimer. Deze verbeteringen in de diagnostiek maakten het vervolgens mogelijk om in prospectieve bevolkingstudies onderzoek te doen naar vroegdiagnostiek in de algemene bevolking. Vanuit de vakgroep psychiatrie zijn, in samenwerking met het EMGO instituut, op dit gebied twee grote bevolkingstudies verricht. Dit betekende een verschuiving binnen het onderzoek naar dementie van klinische studies bij opgenomen patiënten naar epidemiologisch onderzoek in bevolkingstudies. Deze wetenschappelijke ontwikkeling van het onderzoek naar dementie had grote implicaties voor de patiëntenzorg. Door de toegenomen kennis over een betrouwbare diagnostiek onder ambulante omstandigheden, nam de behoefte aan diagnostisch ingestelde klinische observatie afdelingen voor dementie sterk af en werden geheugenpoliklinieken opgericht. De intramuraal observatieafdelingen voor dementie verdwenen of kregen een andere bestemming. De afdeling Neuropsychiatrie van de Valeriuskliniek werd in de jaren negentig een opnameafdeling voor oudere psychiatrische patiënten. Het onderzoek van de afdeling richt zich thans, naast de aandacht voor bijzondere vormen van dementie in samenwerking met het Alzheimer centrum van VUMC, op de diagnostiek en de behandeling van ernstige depressies. Over dit onderzoek zult u straks meer horen in de oratie van collega Stek (4).

Onderzoek naar de pathogenese

De tweede onderzoekslijn naar dementie betreft het neuropathologisch onderzoek naar het ziekteproces bij de ziekte van Alzheimer. In de hersenen van overleden Alzheimerpatiënten zijn talloze microscopisch kleine pathologische structuurtjes aanwezig, seniele plaques genaamd, en die bestaan uit ophopingen van amyloidfibrillen. Onderzoek naar deze seniele plaques werd in de Valeriuskliniek al verricht in de jaren twintig van de vorige eeuw door de eerstbenoemde hoogleraar Psychiatrie, Leendert Bouman (5,6). Medio de jaren tachtig slaagden Amerikaanse onderzoekers erin de amyloidfibrillen te isoleren en karakteriseren en vonden dat de amyloidfibrillen bestonden uit aggregaten van een klein eiwit, A β genaamd. De jaren daarop werd vastgesteld dat in families waarbij de ziekte van Alzheimer dominant erfelijk wordt overgeërfd, de erfelijke mutaties direct verantwoordelijk waren voor de aanmaak van een A β eiwit met een verhoogde neiging tot aggregatie waardoor amyloidfibrillen worden gevormd en die van cruciale betekenis zijn voor de genese van de seniele plaque (zie figuur 1).

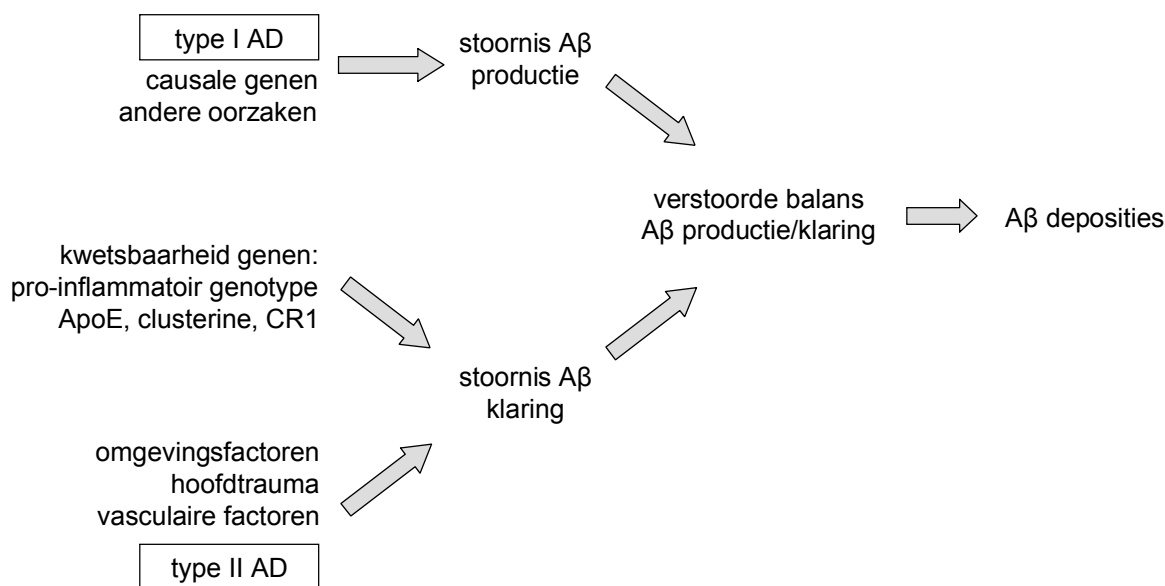


Figuur 1. Het amyloid- β eiwit en de vorming van de seniele plaque.

Deze bevindingen hebben ertoe geleid dat de amyloid-cascade theorie thans de dominante hypothese is bij het onderzoek naar de pathogenese van de ziekte van Alzheimer. Voor zijn onderzoek naar de rol van A β bij de pathogenese van de ziekte van Alzheimer heeft Dennis Selkoe, van de universiteit van Harvard, twee weken geleden een eredoctoraat aan de VU gekregen. Dat een stoornis in het A β metabolisme de primaire oorzaak is voor de ziekte Alzheimer is inmiddels algemeen geaccepteerd voor de zeldzame erfelijke vorm maar is niet bewezen voor de sporadische vorm van deze ziekte optredend op latere leeftijd.

Eveneens in de jaren tachtig vonden Annemieke Rozemuller, Frans Stam en ik dat de seniele plaques naast A β ook ontstekingsfactoren, zoals complementfactoren, en geactiveerde microglia (hersensmacrofagen) bevatten (8,9). Deze bevindingen pleiten ervoor dat de amyloidfibrillen ter plekke een lokale ontstekingsreactie kunnen oproepen. Uit ons vervolgonderzoek bleek dat deze ontstekingsfactoren niet uit de bloedbaan kwamen maar in de hersenen gemaakt kunnen worden. Zo wist Rob Veerhuis aan te tonen dat zowel gliacellen als neuronen complementfactoren kunnen produceren (10). Jeroen Hoozemans toonde aan dat de inflammatoire reactie al vroeg bij het ziekteproces betrokken is (11). Verschillende recente studies, onder andere van Eric van Exel en Rudi Westendorp, laten zien dat op latere leeftijd genetische factoren geassocieerd met ontstekingseiwitten een rol spelen bij de etiologie van de ziekte van Alzheimer (12). Wanneer we deze bevindingen samenvatten zijn er aanwijzingen voor heterogeniteit in de etiologie van de ziekte van Alzheimer en kunnen twee typen worden onderscheiden (zie figuur 2). Eén type waarbij de amyloidvorming het directe gevolg is van een primaire stoornis, berustend op een verhoogde productie van het A β eiwit en die vooral gezien wordt bij de vroeg optredende vorm van de ziekte van Alzheimer en een multifactorieel bepaald type optredend op latere leeftijd waarbij naast vasculaire factoren ook ontstekingsgerelateerde eiwitten zijn betrokken. Bij dit type is de amyloid stapeling een secundair gevolg van een stoornis in de normale afvoer van het A β eiwit vanuit de hersenen

naar de bloedbaan (13). Naast deze verschillen in de etiologie zijn volgens onderzoekers als Van Gool en anderen ook neuropathologisch en klinische argumenten voor een onderscheid bij de ziekte van Alzheimer in twee typen (14).



Figuur 2. Verschillen in de etiologie en de pathogenese voor de subtypen van de ziekte van Alzheimer

Onderzoek naar de zorg

De derde lijn van het dementieonderzoek is het zorgonderzoek dat medio jaren 80 werd opgezet onder leiding van Rose-Marie Dröes. De focus van dit onderzoek ligt op de vraag hoe mensen met dementie hun ziekte beleven, hoe zij de verliezen en veranderingen in hun leven het hoofd bieden, hoe de omgeving met de persoon met dementie omgaat en hoe je daar begeleiding aan kunt geven (15). De mensvisie van deze benadering sluit aan op het gedachtegoed van de antropologische psychiatrie, een stroming in Psychiatrie die populair was in het midden van de vorige eeuw en in Nederland werd uitgedragen vanuit de Valeriuskliniek echter zonder vertaling naar de dagelijkse praktijk. Toen de Valeriuskliniek in

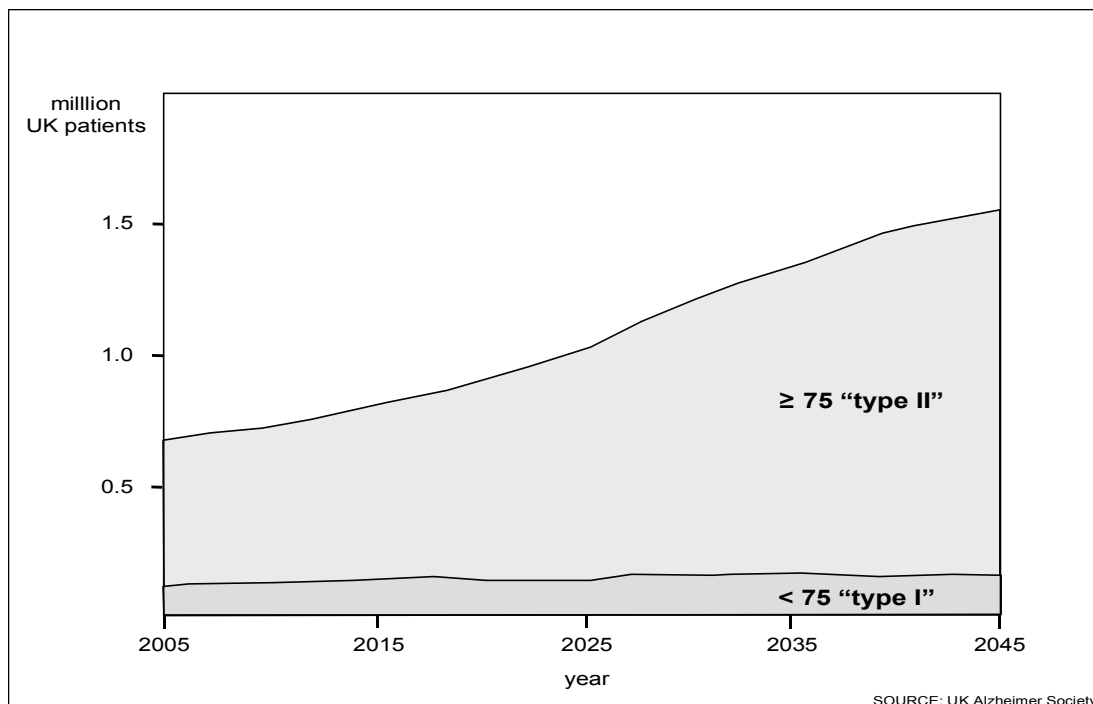
de jaren tachtig fuseerde en als zelfstandig instituut werd opgeheven bleef een klein kapitaal over waaruit de Stichting Valerius enkele jaren projecten financierde, zoals de ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Hiervan zijn er inmiddels 61 verspreid over het land en nog eens 24 in oprichting. Zo werd met terugwerkende kracht de pretenties van de antropologische psychiatrie veertig jaar later toch nog vanuit de Valeriuskliniek in de praktijk gebracht.

Stand van zaken: 1980 versus 2010

Wanneer we de stand van zaken nu vergelijken met dertig jaar geleden, moeten we constateren dat een effectieve therapie om de ziekte van Alzheimer te behandelen nog niet beschikbaar is. Wat wel ingrijpend is veranderd is de zorg bij dementie. In 1980 waren de ambulante mogelijkheden zeer beperkt en de professionele zorg was vooral intramuraal van aard en gericht op patiënten met een gevorderde vorm van dementie waarbij de thuissituatie was vastgelopen. Thans ligt het accent wat betreft diagnostiek en zorg vooral op het ambulante beleid bij patiënten met dementie. Door verbeteringen in de diagnostiek wordt gestreefd om in een vroeg stadium de ziekte vast te stellen, de consequenties van de ziekte voor het dagelijks leven in kaart te brengen, en familieleden actieve ondersteuning te bieden. Er is inmiddels een netwerk aan beschikbare ambulante voorzieningen gecreëerd, zoals de Alzheimer ontmoetingscentra. Het doel is om patiënten met een dementie zolang mogelijk in staat te stellen om thuis te blijven wonen. Deze verschuiving van intramuraal naar ambulante is mogelijk geworden door de sterke toename van onze kennis over diagnostiek en over de noodzakelijke zorg in de verschillende stadia van het ziektebeloop bij dementie. Van essentieel belang voor deze ontwikkeling zijn de inbreng en betrokkenheid van patiëntenbelangenorganisaties, zoals Alzheimer Nederland, geweest.

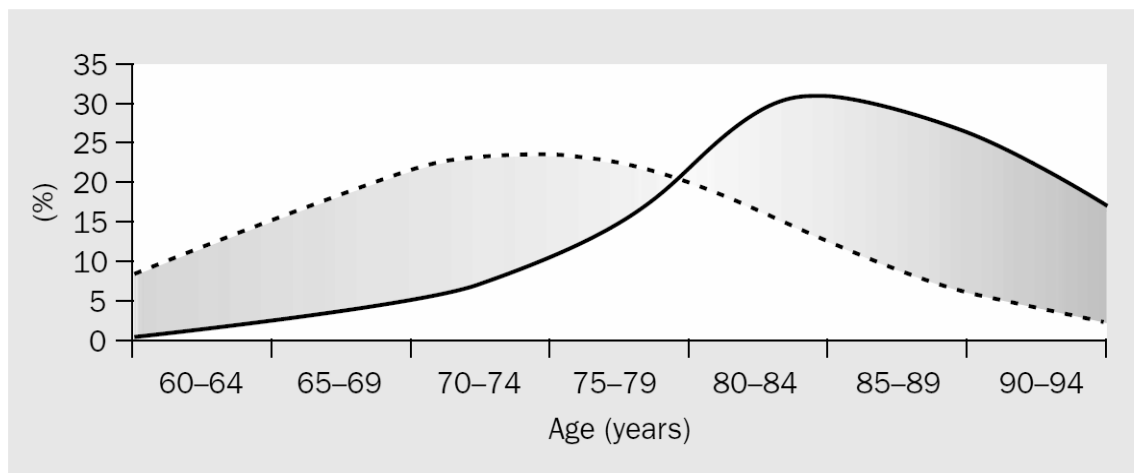
Neuropsychiatrie en de oudste Ouderen

Het is vandaag, op de dag af, dat de Valeriuskliniek honderd jaar geleden werd geopend. De meest voorkomende en gevreesde vorm van dementie was toen de dementia paralytica. Een door lues veroorzaakte hersenaandoening die gekenmerkt wordt door dementie en verlamningsverschijnselen. In een grote stad was dit rondom 1900 de diagnose bij ongeveer 10% van de patiënten bij opname in een psychiatrische kliniek. De piekprevalentie van dementia paralytica lag tussen 40-50 jaar, dus deze vorm van dementie kwam vooral voor bij mensen in de bloei van hun leven. Door de ontdekkingen van adequate therapie en behandeling in de eerste helft van de 20^{ste} eeuw is deze vorm van dementie thans uiterst zeldzaam. Nu, honderd jaar later is de meest voorkomende en breed gevreesde vorm van dementie, de ziekte van Alzheimer.



Figuur 3. Verwachte toename van de ziekte van Alzheimer

Deze ziekte wordt vooral gezien bij ouderen in hun laatste levensfase en de prevalentie boven de 85 jaar is 40%. De ziekte van Alzheimer is vooral een aandoening van de zeer ouderen. Verhoudingsgewijs zijn 80+ de sterkst groeiende leeftijdsgroep in de westerse samenleving. De verwachting dat de ziekte van Alzheimer de komende jaren spectaculair zal toenemen is dan ook gebaseerd op de sterke toename van deze leeftijdsgroep (zie figuur 3). Terwijl meer dan 90% van de patiënten met de ziekte van Alzheimer ouder is dan 75 jaar, ligt echter de gemiddelde leeftijd van de patiënten betrokken bij het wetenschappelijk onderzoek onder de 75 jaar (zie figuur 4). Deze scheve verdeling heeft grote implicaties voor de interpretatie en het toepassen van wetenschappelijke bevindingen wanneer, zoals we bespraken, essentiële verschillen bestaan tussen de vroege en laat ontstane vormen van de ziekte van Alzheimer (16).



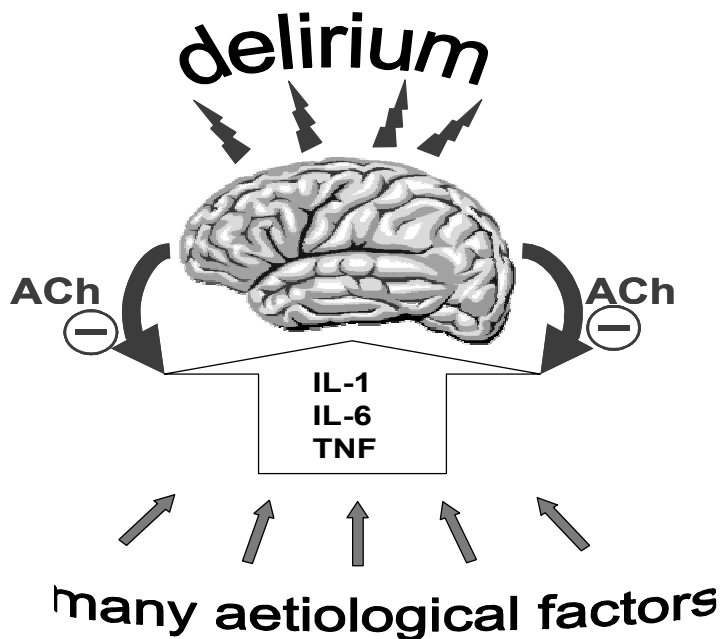
Figuur 4. Discrepancie in de leeftijd tussen de aantallen patiënten betrokken bij wetenschappelijk onderzoek (gestippelde lijn) en bij het voorkomen van de ziekte van Alzheimer in de bevolking (ononderbroken lijn).

Sinds 2002 ben ik naast mijn functie als hoogleraar Ouderenpsychiatrie aan de VU ook benoemd op de leerstoel Neuropsychiatrie bij de UvA en verbonden aan de afdeling Neurologie aan het AMC. Met Pim van Gool, hoogleraar Neurologie, hebben we ons vooral gericht op de neuropsychiatrische ziektebeelden bij de oudste ouderen. Naast het besproken onderzoek over dementie gaat onze interesse ook uit naar twee andere ziektebeelden; de depressie en het delier. Deze aandoeningen worden vaak gezien bij ouderen veelal in samenhang met andere chronische somatische ziekten.

Het delier wordt gekenmerkt door aan acute verwardheid als gevolg van een lichamelijke ziekte, operatie of als bijwerking van medicatie. Dit ziektebeeld komt bij ouderen vaak voor en dan vooral bij de oudste ouderen. Ongeveer 20% van de ouderen die opgenomen worden in een algemeen ziekenhuis krijgt een delier. In zijn proefschrift over de primaire preventie van delier bij ouderen beschrijft Kees Kalisvaar dat ongeveer 40% van de oudere patiënten na een heupoperatie tengevolge van een fractuur een delier doormaakte (17). In een vervolgstudie studie bij deze patiënten vonden Martin Kat en Jos de Jonghe dat na een postoperatief delier het risico op een dementie na 2 ½ jaar was verdubbeld (18). Uit een meta-analyse die recent door ons in de JAMA is gepubliceerd, blijkt dat wanneer oudere patiënten tijdens opname een delier doormaken, zij na het ontslag uit het ziekenhuis een verhoogd risico hebben op vervroegde sterfte, institutionele opname en dementie (19). Dit verhoogd risico na een delier is onafhankelijk van de leeftijd, comorbide lichamelijke ziekten en het premorbide cognitieve niveau. Het is bekend dat vooral patiënten met dementie erg kwetsbaar zijn voor een delier en dit leidde ons tot de volgende vraag. Waarom raakt een thuiswonende licht demente patiënte plotseling zo verward en krijgt ze angstige visuele hallucinaties bij een urineweginfectie?

Gebaseerd op het onderzoek dat we de afgelopen jaren hebben verricht naar de pathofysiologie van het delier, hebben wij de volgende verklaring op deze vraag onlangs in de Lancet gepubliceerd (15). Bij patiënten met een dementie wordt een laag-gradige

ontstekingsreactie gezien in de hersenen zoals eerder werd besproken. Wanneer deze patiënten een infectie krijgen, leidt dat tot extra productie van pro-inflammatoire cytokines in de hersenen terwijl dit niet het geval is bij personen zonder pre-existente pathologie in de hersenen. Het cholinerge neurotransmitter systeem heeft een remmend effect op de productie van pro-inflammatoire cytokinen. Echter bij patiënten met een dementie is de cholinerge neurotransmissie afgenomen. Bij dementie is er zodoende in de hersenen sprake van een chronisch bestaande dysbalans tussen, enerzijds, de productie van pro-inflammatoir cytokinen en, anderzijds, afname van het remmend effect van het cholinerge systeem op deze productie (16). Wanneer een demente patiënte een infectie krijgt, raakt deze al bestaande dysbalans acuut ernstig ontregeld met als gevolg een delier (zie figuur 5).



Figuur 5. De rol van ontstekingsfactoren en het cholinerge systeem bij de pathofysiologie van een delier bij patiënten met dementie.

Na onze publicatie hierover in de Lancet kwamen we er pas achter dat Van der Horst, hoogleraar Psychiatrie in de Valeriuskliniek van 1928-1963, in de jaren veertig een soortgelijke hypothese had beschreven voor psychosen bij lichamelijke ziekten, maar zijn werk over dit onderwerp was in totale vergetelheid geraakt (18). En zo zijn we vanuit het AMC via Van der Horst weer terug in de Valeriuskliniek.

De Valeriuskliniek

Ik heb de Valeriuskliniek met zijn rijke traditie op het gebied van klinisch psychiatrisch onderzoek altijd ervaren als een stimulerende omgeving te werken. Als student aan het eind van de jaren zestig door de colleges psychiatrie van Frans Stam en Martin Kuilman en als vakantieassistent in de zomer van 1972 op de opname afdeling bij Jaap Veldkamp, raakte ik met name geboeid door de ziektebeelden op het grensgebied van Neurologie en Psychiatrie. Van Martin Kuilman en Willem van Tilburg leerde ik op welke wijze de psychiatrische traditie van de kliniek deel uitmaakte van het rijke erfgoed van de Duitse psychiatrie van voor de WO II. Het was niet alleen de expliciet onderwezen kennis die me vormde maar ook de inrichting van het gebouw, de aanwezige faciliteiten, het boekenbestand van de bibliotheek, dit allemaal straalde nog steeds de sfeer uit van de eens nauwe verbondenheid tussen Neurologie en Psychiatrie. Het was als het ware of dit gedachtegoed, ook na het vertrek van de Neurologie en ingrijpende veranderingen binnen de Psychiatrie, nog steeds rondzweefde in het gebouw en zich opdrong wanneer ik probeerde mijn onderzoeksbevindingen op het gebied van de moleculaire pathologie van de ziekte van Alzheimer en het delier te beschrijven in relatie tot het klinisch beeld.

In het begin van mijn rede heb ik u, met als voorbeeld het onderzoek naar dementie, geschetst dat de onderzoekslijnen langlopend zijn en generaties van hoogleraren meegaan. Gezien het

huidig onderzoeksklimaat met zijn sterke top-down benadering wat betreft onderzoeksplanning, zou men kunnen denken aan een geslaagd en vooruitziend managementbeleid op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Niets is minder waar. Willem van Tilburg heeft terugblikkend op de afgelopen honderd jaar hierover geschreven dat het wetenschappelijk onderzoek in de Valeriuskliniek gekenmerkt werd door een klinisch - empirische traditie maar merkt hij met duidelijke instemming op, de uitvoering was altijd nogal anarchistisch van aard. Het was eerder een atmosfeer die inspirerend was, die medewerkers in sterke mate de vrijheid bood om, al naar gelang van hun capaciteiten en interesse, aan een onderzoekslijn deel te nemen en zo het bestaand onderzoek verder uit te bouwen of nieuwe onderzoeksgebieden aan toe te voegen. Voor een academische klinische afdeling is naast de patiëntenzorg, het onderwijs en het onderzoek van uitermate groot belang de opleiding van een nieuwe generatie die het roer kan overnemen. Men herkent aan de vruchten de boom. Eén vrucht wil ik hier noemen, volgend jaar zullen van de hoofden van de afdelingen Psychiatrie van de acht universitaire medische centra, drie opgeleid zijn in de Valeriuskliniek en aan de VU gepromoveerd op een onderwerp uit de ouderenpsychiatrie (19-21).

Binnenkort zal de Valeriuskliniek worden verlaten en vindt er verhuizing plaats naar een nieuw gebouw naast het VU ziekenhuis. Historisch gezien zal de Psychiatrie daarmee weer herenigd worden met de andere loten afkomstig uit de Valeriuskliniek: de afdeling Neurologie met het Alzheimer Centrum onder leiding van Philip Scheltens, de afdeling Neuropathologie, de afdeling Neuroradiologie en de door Frits Huyse opgebouwde Psychiatrisch Consultatieve Dienst. De Ouderenpsychiatrie zal zo in staat zijn om de bestaande contacten op het gebied van de academische patiëntenzorg, wetenschap en opleiding te intensiveren met haar vroegere huisgenoten. Honderd jaar geleden was deze samenwerking de basis voor een succesvolle

ontwikkeling van de Ouderenpsychiatrie en voor de komende eeuw, is dit fundament weer hersteld.

Dankwoord

Verskillende namen van mensen met wie ik de afgelopen jaren heb samengewerkt zijn al genoemd, dit niet alleen om ze zo te bedanken maar vooral om aan te geven hoe oorspronkelijk en belangrijk hun individuele bijdragen zijn geweest.

De leden van de vele Raden van Besturen over de afgelopen dertig jaar wil ik in de persoon van Sjoerd Zondervan, de laatste directeur van de destijds zelfstandige Valeriuskliniek, bedanken voor hun beleid om de Ouderenpsychiatrie als een belangrijk en essentieel onderdeel van de psychiatrie te beschouwen.

Beste Jan Willem Pijper, algemeen manager van het Ouderencircuit, je voorgangster Cneel Landheer, en Anneke Rippe, manager van de opnameafdeling Ouderenpsychiatrie, ik wil jullie bedanken voor de plezierige en constructieve samenwerking bij de opbouw van het Ouderencircuit.

De hoogleraren Ouderenpsychiatrie Thea Heeren, Roos van der Mast en Frans Verhey, jullie waren de afgelopen jaren mijn collega's aan de andere universiteiten. Ik wil jullie bedanken voor de gezamenlijke inspanning om de Ouderenpsychiatrie universitair te verankeren. De man-vrouw ratio bij ons was 1:1. Dit staat in een schril contrast met het nog steeds gesloten mannenbolwerk dat professoraal Nederland op het gebied van de volwassenenpsychiatrie vormt. Mijn commentaar wil ik beperken tot het simpel advies: goed voorbeeld doet volgen.

Beste Annemieke Rozemuller, jij was de eerste promovendus die ik begeleidde. Je hebt inmiddels een eigen succesvolle onderzoeksgroep. Van deze plaats wil ik je nogmaals feliciteren met je recente benoeming tot hoogleraar Neuropathologie.

Chris Meijer, Paul van der Valk en Wouter Kamhorst van de afdeling Pathologie wil ik bedanken voor hun gastvrijheid en steun in de afgelopen dertig jaar bij het onderzoek naar de pathogenese van de ziekte van Alzheimer.

Leerzaam voor mij zijn geweest de talrijke discussies met Onno Meijer van de faculteit Bewegingswetenschappen over het effect van ontstekingsfactoren bij chronische ziekten op de motoriek en het gedrag.

Beste Pim van Gool, hoogleraar Neurologie, wij hebben de afgelopen jaren nauw samengewerkt op het AMC. Jouw vermogen om gegevens uit het basaal onderzoek en de epidemiologie te verwerken in klinisch onderzoek is indrukwekkend en erg inspirerend. Dit vermogen was de basis voor ons gezamenlijk onderzoek naar de pathogenese en het klinisch beeld van delier en dementie bij de zeer ouderen.

Beste Rien Vermeulen en Jan Stam, hoogleraren Neurologie aan het AMC. De sterke verwevenheid van patiëntenzorg, klinisch onderzoek en specialistische opleiding is essentieel voor een universitaire afdeling. Hoe dit praktisch te organiseren en op stimulerende wijze uit te dragen is een kunst apart. Ik heb in dit opzicht veel van jullie geleerd.

Beste Didi Rhebergen, je hebt verstand van onderzoek en hart voor de patiëntenzorg. Ik ben er zeker van dat onder jouw leiding de opname afdeling Ouderenpsychiatrie een kweekvijver zal blijven voor nieuw talent.

Beste Max Stek, het is jouw verdienste dat de behandeling van ernstige depressies bij ouderen een academisch speerpunt is geworden van de Valeriuskliniek. Je gedrevenheid en je vermogen om anderen te motiveren hebben grote wervingskracht, het is nu eenmaal plezierig om met jou samen te werken. Ik ben dan ook zeer verheugd dat iemand met jouw capaciteiten mij als hoogleraar Ouderenpsychiatrie opvolgt.

Beste verpleegkundigen van de opname afdeling Ouderen, de patiënten die wij opnemen zijn vaak verward, voelen zich wanhopig, of worden door ernstige gedragstoornissen uitgestoten door de samenleving of de instellingen waar ze verblijven. Deze patiënten zijn juist daarom bij ons welkom. Uit onderzoek na ontslag blijken zowel patiënten als familie over het algemeen zeer tevreden te zijn over hun verblijf bij ons en vaak vermelden ze daarbij spontaan jullie inzet en betrokkenheid. Zelfs in tijden van ernstige tekorten aan verpleegkundigen hebben wij door jullie faam bij collega's al vele jaren weinig problemen om verpleegkundige vacatures in te vullen. Jullie zijn de werkelijke helden van de Valeriuskliniek.

Ik heb altijd met plezier gewerkt en dat komt mede door het thuisfront, Sophia en Merijn met hun brede en levendige interesse voor tal van gebieden. Sophia, jij bent met je humor en renaissance geest de spil hiervan.

Terugblikkend op mijn loopbaan hoop ik vooral dat ik het plezier om in de psychiatrie te werken heb kunnen overdragen aan een volgende generatie.

Ik dank al de aanwezigen voor hun komst en aandacht.

Literatuur

1. Eikelenboom, P., Walstra, G., & van Gool, P. (2003). Nederlands dementieonderzoek in de twintigste eeuw: de rol van Stam en Van Crevel. In: A. Hydra, M. Vemeulen, J van Gijn, P. Eikelenboom, Vernieuwingen in de neurologie: de rol van Hans van Crevel. Boom, Amsterdam, pp 50-61.
2. The playing captain. Liber amicorum voor Willem van Tilburg. De Tijdstroom, Utrecht, 2007.
3. Jonker, C., & Hooijer, C. (1985). Seniele dementia type Alzheimer. De betekenis van enkele gangbare diagnostische methoden in de psychiatrie. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.
4. Stek, M.L. (2010). Herfst in de hersenen, over stemmingsstoornissen en veroudering. Inaugurele rede, Vrije Universiteit.
5. Bouman, L (1925). Über die Entwicklung der Senilen Plaques. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. 94: 267-274.
6. Bouman, L. (1934) Senile plaques. Brain 57: 128-142.
7. Eikelenboom, P., & Stam, F.C. (1982). Immunoglobulins and complement factors in senile plaques. Acta Neuropathol (Berl) 57: 239-242.
8. Rozemuller, J.M., Eikelenboom, P., Stam, F.C., Beyreuther, K., & Masters, C.L. (1989). A4 protein in Alzheimer's disease: primary and secondary cellular events in extracellular amyloid deposition. J Neuropathol Exp. Neurol. 48: 674-691.
9. Veerhuis, R., Janssen, I., de Groot, C.J.A., van Muiswinkel, F.L., Hack, C.E., & Eikelenboom, P. (1999). Cytokines associates with amyloid plaques in Alzheimer's disease brain stimulate human glial and neuronal cell cultures to secrete early complement proteins, but not C1-inhibitor. Exp. Neurol. 160: 289-299.
10. Hoozemans J.J.M., Veerhuis, R., Rozemuller, J.M. & Eikelenboom, P. (2006). Neuroinflammation and regeneration in the early stages of Alzheimer's disease pathology. Int. J. Devl. Neurosci 24: 157-165.
11. Eikelenboom, P., & Van Gool, W.A. (2004). Neuroinflammatory perspectives on the two faces of Alzheimer's disease. J. Neural Transm. 111: 281-294.
12. Van Gool, W.A. & Eikelenboom, P. (2000). The two faces of Alzheimer's disease. J. Neurol. 247: 500-510.
13. Dröes, R.M. (2010). Omgaan met de gevolgen van dementie: het psychosociale perspectief. Inaugurele rede. Vrije Universiteit.
14. Schoenmaker, N. & van Gool W.A. (2004) The age gap between patients in clinical studies and in the general population: a pitfall for dementia research. Lancet Neurol. 3: 627-630.

15. Kalisvaart, C.J. (2005). Primary prevention of delirium in the elderly. Academisch proefschrift. Universiteit van Amsterdam.
16. Kat, M.G., de Jonghe J.M.F., van der Ploeg, van Gool W.A., Eikelenboom, P., & Kalisvaart K.J. (2008) Long-term cognitive outcome of delirium in elderly hip-surgery patients. A 2.5 years prospective matched controlled study. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 26: 1-8.
17. Witlox J., Eurelings L.S., de Jonghe, J.F.M, Kalisvaart, K.J., Eikelenboom, P. & Van Gool, W.A. (2010). Delirium in the elderly and the risk of post discharge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA* 304; 443-451.
18. Lemstra, A.W. (2008). Cholinergic deficiency and inflammation in cognitive dysfunction. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
19. Van Gool W.A., van de Beek, D., & Eikelenboom P. (2010). Systemic infection and delirium: when cytokines and acetylcholine collide. *Lancet* 375: 773-775.
20. Van der Horst L. (1946). De pathogenese van de symptomatische psychose. In: *Antropologische psychiatrie deel II.*, pp 322-349. Amsterdam, van Holkema & Warendorf N.V.
21. Beekman, A.T.F. (1996). Depression in later life: studies in the community. Academisch proefschrift. Vrije Universiteit.
22. Hoogendijk, W.J.G. (1998). Brain changes in depression; A combined clinical and post-mortem study in depressed patients with or without Alzheimer's or Parkinson's disease. Academisch proefschrift. Vrije Universiteit.
23. Schoevers, R. (2005). Epidemiology of late life depression: longitudinal findings from the Amsterdam study of elderly. Academisch proefschrift. Amsterdam, Vrije Universiteit.