

the diabetics neurological deviations of some importance can be found. They may occur among the features of a symmetrical sensory neuropathy or a less symmetrical motor neuropathy, both with a preferential localization in the legs. More deceptive are the vegetative disorders with loss of the vasomotor reflexes (consciousness disorders), nightly diarrhea and

impotence. Probably the neuropathy must be ascribed to a metabolic nerve-disorder, but the connection with diabetes remains obscure. No relation has been proved with the seriousness of the diabetes, nor with the efficacy of the therapy. Now and again the neuropathy manifests itself 1 to 4 weeks after a period of „stress”.

Over enige aspecten van de kankerbestrijding (cancer-control) in Nederland

DOOR DR. L. MEINSMA, DIRECTEUR BUREAU KANKERREGISTRATIE EN -VOORLICHTING

Het beleid van de Landelijke Organisatie voor de Kankerbestrijding (L.O.K.) is gericht op de doelstellingen, zoals deze zijn opgesomd in de statuten, namelijk het organiseren, coördineren en stimuleren van activiteiten op het gebied van de kankerbestrijding.

Behalve de bevordering van de kankerresearch, waarbij een onderscheid kan worden gemaakt tussen het fundamentele (laboratorium-) speurwerk en het klinische speurwerk (inclusief de kankerregistratie), en het streven naar optimale behandelingsmethodieken ten behoeve van de kankerpatiënten, mag van de L.O.K. worden verwacht, dat maatregelen worden beraamd en getroffen ten aanzien van de sociaalgeneeskundige aspecten, die ook de strijd tegen kanker te zien geeft. Het betreft hier zowel het scheppen van mogelijkheden voor iedere patiënt, ongeacht de woonplaats enzovoort, een optimale behandeling te kunnen ontvangen, alsook de bevordering van een vroege diagnostiek (weten wij altijd wat wij daarmee bedoelen?). Bovendien dient aandacht te worden gewijd aan de (na-)zorg van behandelde en ongeneeslijke kankerpatiënten en aan de mogelijkheden van revalidatie van sommige patiënten uit deze groep. Het aantal jaren, dat de kankerpatiënt in leven blijft, nadat de diagnose vaststaat, is bepaald niet de enige maatstaf voor de beoordeling van de ingestelde behandeling.

Niet in de laatste plaats dient de L.O.K. te streven naar verbreiding van de hedendaagse kennis omtrent preventieve mogelijkheden en verdere uitbreiding van deze preventieve of profylactische mogelijkheden. Hiermede hangt ten dele samen de taak van de L.O.K. op het gebied van de kankervoorlichting. Dit samenstel van maatregelen en voorzieningen wordt als regel met de term „cancer-control” aangeduid. Met deze term komt voorzichtiger tot uitdrukking, wat in onze taal wordt genoemd kankerbestrijding.

Het beleid van de L.O.K. wordt dus bepaald door de doelstellingen, die in de vorige paragraaf zijn opgesomd, maar het L.O.K.-beleid is afhankelijk van de financiële mogelijkheden. De fundamentele kankerresearch vindt in Nederland hoofdzakelijk plaats in het Antoni van Leeuwenhoekhuis te Amsterdam en daarnaast in de universiteiten. De programmering is afgestemd en berust op de verworven kennis en

wordt ook ten dele bepaald na internationaal overleg.

Voor een belangrijk deel wordt deze research gefinancierd door de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds. De Nederlandse Vereniging tot steun aan het Koningin Wilhelmina Fonds streeft door geldinzamelingsacties naar continuïteit in de subsidiepolitiek van de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds (K.W.F.). Het K.W.F. wordt inzake de besteding der geldmiddelen geadviseerd door een eigen adviescollege, alsmede door de L.O.K. (en haar Wetenschappelijke Raad voor de Kankerbestrijding). Aan de kankerresearch kwam tot dusverre het belangrijkste deel der inkomsten van het K.W.F. ten goede. Daarnaast werd, in een aantal gevallen samen met subsidies van het Departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van het Departement van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen en van enkele gemeenten, de realisatie van andere onderdelen van de strijd tegen deze ziekte mogelijk gemaakt (klinische research, Centrale Kankerregistratie, enzovoort).

In hoeverre de L.O.K. er in is geslaagd in de afgelopen jaren haar beleidsplannen te realiseren, kan blijken uit de L.O.K.-jaarverslagen (1954-1961), alsook uit de Jaarboeken voor kankeronderzoek en kankerbestrijding in Nederland, die worden uitgegeven door de Vereniging Het Nederlandsch Kanker Instituut met steun van de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds (1951-1961). De Jaarboeken zijn in de eerste plaats bedoeld om de resultaten van fundamentele en klinische research onder de aandacht van belangstellenden te brengen, de L.O.K.-jaarverslagen geven een indruk van de organisatie en het programma van de kankerbestrijding in Nederland. Daarnaast heeft de L.O.K. in afzonderlijke publikaties haar standpunt bekend gemaakt inzake belangrijke vraagstukken, zoals het streven naar concentratie in de behandeling van carcinoompatiënten (Eindrapport Concentratie Commissie van de L.O.K.) en het probleem Roken-Jeugd (Eindrapport L.O.K.-Voorlichtingscommissie Roken-Jeugd).

Uit een onderzoek naar de vijfjaarsoverlevingskansen voor kankerpatiënten (*Meinsma*) op basis van beschikbare gegevens in het archief van de Centrale Kanker Registratie zijn uitkomsten verkregen, die naar men mag aannemen in verschillende opzichten een antwoord geven op de vraag, wat

het lot is van een kankerpatiënt in Nederland. Van 14.539 patiënten was 31 procent na vijf jaar nog in leven. Voor de mannen bedroeg dit percentage 25, voor de vrouwen 37. Wanneer kanker van de huid buiten beschouwing bleef, dan waren deze percentages 16 respectievelijk 33. Deze bevinding, een duidelijke achterstand in de prognose van mannelijke kankerpatiënten ten opzichte van de vrouwelijke patiënten, is om verschillende redenen opmerkelijk. Zij vormen namelijk een verklaring voor de langzamerhand opvallende verschillen in sterfte van mannelijke en vrouwelijke kankerpatiënten (tabel 1).

Daarnaast blijkt, dat longkanker onder andere een zeer belangrijke invloed uitoefent op de overlevingspercentages van alle mannelijke kankerpatiënten (tabel 2).

Daarnaast vormen deze percentages, als het ware achteraf ten opzichte van het verschijnen van het zogenaamde Concentratie-rapport en het Rapport Roken-Jeugd, een bevestiging van de waarde van deze rapporten. Tevens vormen deze cijfers in verschillende opzichten een uitgangspunt van een „cancer-control“-programma voor Nederland.

Wanneer wij de primaire behandeling van nieuwe kankerpatiënten buiten beschouwing laten en

Tabel 1. Sterfte aan kanker in Nederland

Jaar	Mannen	Vrouwen	Percentage mannen meer dan vrouwen
1952	7392	7245	2,0
1953	7623	7225	5,5
1954	7975	7507	6,2
1955	8124	7396	9,8
1956	8398	7675	9,4
1957	8519	7666	11,1
1958	8950	7851	14,0
1959	9198	7874	16,8
1960	9696	8183	18,5
1961	10146	8242	23,1

zelfs voorbijgaan aan de voor zichzelf sprekende voordelen van concentratie van behandeling van zeldzamere vormen van kanker, dan doen zich enkele problemen voor, die in de eerste plaats een nadere beschouwing verdienen. Het betreft hier de houding van de bevolking ten aanzien van kanker, de houding van de arts ten opzichte van de behandelingsmogelijkheden voor de kankerpatiënten, de mogelijkheden voor een vroegtijdig ingestelde behandeling (vroeg diagnostiek), de nazorg en reva-

Tabel 2. Overzicht van de vijfjaars-behandelingsresultaten, bereikt bij patiënten geregistreerd in de periode 1953-1955 bij de Centrale Kanker Registratie

Lokalisatie	Aantal patiënten mannen	In leven na 5 jaar	„Gezuiverde overlevingspercentages“	Aantal patiënten vrouwen	In leven na 5 jaar	„Gezuiverde overlevingspercentages“
Lip	121	67	72 (83)*	5	5	0
Tong	80	26	42 (47)	51	19	46 (48)*
Slokdarm	149	5	4 (5)	71	0	0
Maag	983	82	10 (12)	530	34	8 (9)
Colon	315	43	17 (20)	375	83	27 (30)
Rectum	412	54	17 (20)	312	60	23 (26)
Pancreas	84	0	0	66	1	3 (3)
Neus	59	17	34 (37)	30	4	16 (20)
Larynx	201	70	41 (45)	15	7	51 (51)
Long	1350	66	5 (6)	119	6	6 (6)
Mamma				2181	744	38 (43)
Cervix uteri				1023	469	49 (53)
Corpus uteri				382	221	64 (69)
Ovarium				291	61	23 (26)
Prostaat	419	38	13 (17)			
Testis	103	38	39 (43)			
Penis	50	24	63 (67)			
Nier	90	13	16 (19)	88	12	16 (17)
Blaas	199	27	17 (19)	72	6	11 (13)
Huid (melanoom)	55	19	38 (43)	56	23	46 (49)
Huid	1146	653	75 (91)	684	389	73 (87)
Oog	20	15	79 (88)	29	19	70 (72)
Hersenen	211	23	11 (13)	153	36	24 (29)
Bot	86	13	17 (18)	49	9	19 (23)
Weke delen	50	19	41 (44)	34	9	29 (33)
Restgroep	833	122	17	907	151	19
Totaal	7016	1434	25	7523	2368	37

* De tussen haakjes geplaatste waarden zijn gevonden, als de uit het oog verloren patiënten buiten beschouwing blijven.

lidatie van behandelde patiënten, de zorg voor ongeneeslijke patiënten en tenslotte de validiteit van de behandelde patiënten. Deze vraagstukken, die alle onderling nauw samenhangen, zullen in de komende paragrafen ter sprake komen.

De kankervoorlichting heeft in Nederland nog niet een belangrijke positie kunnen innemen onder de maatregelen, die de „cancer-control” beogen. Dit is te betreuren omdat daardoor een evaluatie van de betekenis van deze voorlichting onmogelijk is. Zonder deze betekenis te overschatten mag worden aangenomen, dat voorlichting een reële poging ter vermindering van de kankervrees onder de Nederlandse bevolking betekent. De nu verkregen kennis omtrent genezingskansen voor kankerpatiënten kan worden benut om de leek een groter vertrouwen te schenken in de geneesmogelijkheden en dus in het kunnen van de Nederlandse arts. Deze voorlichtingscampagne zal dan niet behoeven te worden verweten dat de onwetendheid bij de bevolking wordt omgezet in kankervrees, maar kan wel resulteren in een vermindering van de kankervrees, die op basis van deze onwetendheid aanwezig is, met als gevolg, dat men eerder geneigd is medische hulp in te roepen bij afwijkingen of klachten, die op kanker zouden kunnen berusten. Op deze wijze kan de vroege diagnostiek worden bevorderd.

Een vergroting van de kennis omtrent het progressieve karakter van kwaadaardige nieuwvormingen samen met de wetenschap, dat beginnende gezwellen als regel gemakkelijker kunnen worden verwijderd, en vergroting van de kennis omtrent de nu al bestaande genezingskansen voor de kankerpatiënt (ondanks de onwetendheid en de bestaande kankervrees!) kan een verdere vergroting van die genezingskansen in de hand werken en behoort in elk geval te worden nagestreefd. Misschien mogen de betere genezingskansen voor de vrouwelijke kankerpatiënten ten dele worden toegeschreven aan het feit, dat zij in de afgelopen jaren toch meer aandacht hebben geschonken aan publikaties en lezingen over het kankervraagstuk. Dit zou dan als een rechtvaardiging kunnen worden beschouwd voor een intensivering van de kankervoorlichting als onmisbaar onderdeel van de algemene gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Nog om een andere reden is deze intensivering van belang. De organisatoren van de kankervoorlichting behoren zich ook te richten op hun opvoedende taak ten aanzien van de preventie van longkanker. In de afgelopen jaren hebben de pers en de radio in Nederland de twijfel aan de relatie tussen overmatig sigarettengebruik en longkanker gevoeld in plaats van verdrongen. Het is merkwaardig, dat de journalist en de reporter ten opzichte van dit aspect van de bevordering van de volksgezondheid zich zo weinig bewust zijn geweest van hun verantwoordelijkheid. Nog niet zolang geleden werd het Engelse rapport: „Roken en gezondheid” verdrongen uit het nieuws ten gunste van het in wezen veel onbelangrijker nieuws over het proces tussen de Consumentenbond en een sigaretten-importeur (ge-

lukkig hebben ruim zeventuizend artsen de brochure wel aangevraagd).

Het ligt in de bedoeling onder de jeugd van Nederland een actie te voeren, welke in eerste instantie is gericht tegen het roken. Deze actie, die jaarlijks zal worden herhaald, is ook bedoeld om daarmee indirect de ouders en andere opvoeders te bereiken. De sterftcijfers voor longkanker — in 1961 overleden bijna drieduizend mannen aan longkanker — vormen een harde noodzaak om zo spoedig mogelijk met deze actie te starten.

De beraamde maatregelen ten aanzien van de kankervoorlichting, zullen worden geëffectueerd in de komende maanden. Daarbij bestaat de hoop, dat in enkele jaren tijds een merkbare verandering zal kunnen worden vastgesteld in de houding van de bevolking. In hoeverre deze hoop zal worden bevestigd in eigen woonplaats, c.q. praktijk, medewerking van de artsen. Hun houding is bepalend voor de kans van slagen van de te ondernemen acties.

De huisarts is als regel de aangewezen persoon om in eigen woonplaats, c.q. praktijk, medewerking te verlenen aan voorlichtingsbijeenkomsten; bij voorkeur door zich beschikbaar te stellen als spreker tijdens zulke bijeenkomsten of wel door aanwezig te zijn in die bijeenkomsten, teneinde bepaalde vragen van de zijde van de toehoorders te beantwoorden. In de tweede plaats moet eigenlijk van de artsen en dus ook van de huisartsen worden verwacht, dat zij de actie tegen de rookgewoonten daadwerkelijk zullen steunen, zowel door eigen voorbeeld als door hun uitlatingen ten aanzien van deze materie, omdat hun houding medebepalend is voor de mate van succes van deze actie onder de jeugd. Daarbij is het van voordeel, dat althans een aantal huisartsen, schoolartsen en andere autoriteiten op dit gebied beschikbaar zijn voor een lezing in bijvoorbeeld middelbare scholen.

Het voordeel van enige jaren intensieve kankervoorlichting is vervolgens, dat met minder psychologische problemen de gerichte onderzoeken naar beginnende kankers kunnen worden geïntroduceerd. Het is thans volstrekt onmogelijk een systeem voor regelmatig thorax-onderzoek van de mannen van veertig jaar en ouder te introduceren, bij voorkeur in samenwerking met de instellingen, die het massa-onderzoek op tuberculose ter hand hebben genomen, omdat de speciale aandacht aldus gericht op deze bevolkingsgroep de vrees voor ontdekking van longkanker zou vergroten. De bedoeling van een dergelijke actie is echter juist een groter aantal mannen met longkanker voor curatieve behandeling in aanmerking te doen komen, dan nu mogelijk is (*tabel 2*).

Dit zelfde geldt in zeker opzicht voor vaginaal (cytologisch) onderzoek van de vrouwen. De Nederlandse bevolking is nog niet rijp voor deze werkelijk belangrijke maatregelen op het gebied van de „cancer-control”, omdat de voorlichting in de laatste jaren onvoldoende tot ontwikkeling is gekomen. Ook om deze reden is uitbreiding van een voorlichtingsprogramma op korte termijn noodzakelijk.

Nog in ander opzicht is de betekenis van een kankervoorlichtingsprogramma niet te onderschatten. De diagnose kanker en vooral de bekendmaking van deze diagnose aan de patiënt en naaste familie stuit terecht vaak op grote bezwaren. Op zichzelf is dit echter tegelijk een beletsel, om ook aan genezen patiënten achteraf mee te delen, van welke aard hun ziekte is geweest. Deze situatie is van invloed geweest op de gedachte, die bij velen leeft, dat kanker altijd dodelijk is. Meer begrip voor dit aspect van de behandeling, te kweken tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten, zal tot gevolg hebben, dat althans een groter aantal ex-patiënten het bewijs wil leveren, dat kanker niet een dodelijk verlopende ziekte behoeft te zijn.

De in de vorige alinea besproken kwestie is eigenlijk ook een onderdeel van de nazorg van de kankerpatiënten. De nazorg van deze patiënten is voor het belangrijkste deel toevertrouwd aan de huisarts en de wijkverpleegsters. Deze taak is een van de zwaarste taken, waarmee de huisarts is belast. Wanneer de nazorg in feite betekent de revalidatie van de patiënt na een curatieve behandeling, dan zal het in toenemende mate mogelijk zijn deze taak in samenwerking te verrichten met de revalidatieafdeling van het ziekenhuis, ook al onderscheidt deze vorm van revalidatie zich dikwijls in wezen van de revalidatie van geriatrische patiënten.

Van geheel andere aard is de nazorg van palliatief behandelde en de zorg van niet te behandelen patiënten, omdat het accent hierbij vooral op de verpleging, zowel lichamelijke als geestelijke verzorging, ligt. Het zal van nut zijn wanneer in de komende jaren dit aspect van de „cancer-control” nader kan worden bestudeerd door vertegenwoordigers van de L.O.K. en van de zijde van de huisartsen. Daarbij zal de verpleeginrichting voor chronisch zieken ongetwijfeld ter sprake komen, evenals de taak der kruisverenigingen.

In dit zelfde verband verdient de meting van de validiteit van behandelde patiënten nadere bestudering. In het begin van dit overzicht werd reeds geattendeerd op het feit, dat het aantal jaren, dat een patiënt, of groep patiënten, in leven blijft, niet de enige maatstaf is voor de beoordeling van de ingestelde behandeling. Wanneer deze overlevingstijd gelijk is aan een even lange periode van lijden, dan wordt de betekenis van de overlevingstijd in sterke mate problematisch. Het lijkt van groot belang, dat een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap dit vraagstuk in studie zou ne-

men teneinde het inzicht in deze problematiek te vergroten. Dit is niet alleen van belang voor de huisartsen maar ook voor de behandelende specialisten, alsmede voor een op dit punt zo effectief mogelijke „cancer-control”. De betrokken patiënten zullen met de bestudering van deze problemen rondom de validiteitsgraad na behandeling zeker gebaat kunnen zijn.

In dit overzicht is niet gestreefd naar een volledige bespreking van de diverse aspecten van een doelmatige „cancer-control” onder de huidige omstandigheden. De bedoeling was slechts de betekenis van de kankervoorlichting te schetsen ten opzichte van de andere onderdelen van de strijd tegen kanker. Het Nederlands Huisartsen Genootschap zal ook op dit terrein positie moeten kiezen.

Samenvatting. Na een uiteenzetting over de doelstellingen van de Landelijke Organisatie voor de Kankerbestrijding worden de verschillende sociaal-geneeskundige aspecten van de kankerbestrijding in Nederland besproken. Uit het betoog blijkt, dat de kankervoorlichting daarbij centraal behoort te worden gesteld, welke in Nederland tot dusverre echter onvoldoende ter hand is genomen. Kankervoorlichting zal bijvoorbeeld de introductie van andere maatregelen, zoals onderzoeken gericht op de vroeg-diagnostiek, vergemakkelijken. Medewerking van de huisartsen voor een onderzoek naar de validiteit van uit het ziekenhuis ontslagen kankerpatiënten zou gewenst zijn.

Summary. After explaining the aims of the National Organization in the Netherlands against cancer, various social-medical aspects of the struggle against cancer in the Netherlands are discussed. From this account it becomes evident that the spreading of information on cancer should be the major concern, which up to now however has not been taken up sufficiently in the Netherlands. Information on cancer will for example facilitate the introduction of other measures such as examinations directed towards early diagnosis.

The co-operation of the general practitioners in an investigation into the validity of cancer-patients dismissed from hospital would be desirable.

- Advies betreffende de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in Nederland, Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid (1962) nr 10.
- Concentratie in de kankerbestrijding (1962) Ons Ziekenhuis 24, 375.
- Eindrapport van de L.O.K.-Voorlichtingscommissie Roken-Jeugd (1962) K.W.F.-Nieuws nr 18.
- Jaarboek van Kankeronderzoek en Kankerbestrijding in Nederland, J. H. de Bussy, Amsterdam 1951 en volgende jaren.
- Jaarverslag van de Stichting Landelijke Organisatie voor de Kankerbestrijding, 1955 en volgende jaren.
- Meinsma, L., Vijfjaarsoverlevingscijfers na kankerbehandeling. H. J. Paris n.v., Amsterdam, 1963.
- W.H.O. Technical Report Series (1962) nr 251 Cancer Control, First Report of an Expert Committee.