

een gunstig symptoom. De universiteit begeeft zich verder buiten haar muren en krijgt meer oog voor de klinische geneeskunde buiten het ziekenhuis. Dit zal niet alleen de huisarts, maar ook de universiteit ongetwijfeld tot groot voordeel kun-

nen strekken. Een dergelijke ontwikkeling is zowel uit theoretisch als uit praktisch oogpunt zelfs van groot belang te achten voor de ontplooiing van de gehele gezondheidszorg in Nederland.

F. J. A. Huygen

Kankerpatiënten in de huisartspraktijk; verslag van enkele voornaamste bevindingen bij een onderzoek naar de frequentie van en de zorg rondom deze patiënten

DOOR DR. L. MEINSMA EN MR. GH. ZAIN

Inleiding. De Centrale Kanker Registratie (C.K.R.) in Nederland streeft naar de bepaling van het aantal nieuwe kankerpatiënten, dat jaarlijks in Nederland wordt ontdekt (de zogenaamde „incidence”). Zij maakt met behulp van deze gegevens het geografisch-pathologisch onderzoek mogelijk. Daartoe wordt, op basis van vrijwilligheid, aan de medische staven van ziekenhuizen alsook aan andere specialisten verzocht van iedere nieuwe patiënt een aantal gegevens ter beschikking te stellen van het Bureau C.K.R. te Amsterdam. Behalve voor het epidemiologische onderzoek, bieden de verzamelde gegevens andere mogelijkheden, mede omdat aan de registratie een „follow-up”-onderzoek is gekoppeld. Daardoor is het bijvoorbeeld mogelijk het inzicht te verdiepen in de overlevings-tijden voor de verschillende vormen van kanker. Deze gegevens zijn een maatstaf voor de behandelingsmogelijkheden voor die vormen van kanker. Zij kunnen tevens dienen als basis voor vergelijking met overeenkomstige gegevens uit andere landen (Meinsma, 1963, 1965). Zo heeft de Centrale Kanker Registratie reeds een nuttige bijdrage geleverd aan de kankerbestrijding.

Door de medewerking van specialisten aan de Centrale Kanker Registratie komen reeds thans voldoende gegevens beschikbaar voor de bestudering van diverse vraagstellingen. Vanzelfsprekend zijn niet voor elk detail-onderzoek gegevens van alle nieuwe patiënten nodig. In 1964 werden bij de C.K.R. bijna 20000 nieuwe gevallen van kanker geregistreerd, inclusief een aantal dubbele registraties, dat wil zeggen patiënten die via twee ziekenhuizen zijn aangemeld. De patiënten waren opgenomen in 140 verschillende ziekenhuizen, die tezamen 67 procent van de beschikbare bedden capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen vormden. Om deze reden kan voor 1964 niet worden gesproken van een „complete” registratie; een deel van de nieuwe kankerpatiënten kon niet worden geregistreerd, maar, zoals reeds werd opgemerkt, dit is voor bepaalde detailonderzoekingen geen conditio sine qua non. De eerder genoemde „incidence” kan toch op verschillende

wijzen worden benaderd. Door namelijk gebruik te maken van de kankersterftecijfers die elk jaar door het Centraal Bureau voor de Statistiek worden gepubliceerd, alsook van de sterftecijfers die door de „follow-up”-dienst van de C.K.R. bekend worden, samen met de vijfjaars-overlevingscijfers waarover de C.K.R. beschikt, is het mogelijk een schatting te maken van het aantal nieuwe kankerpatiënten, dat jaarlijks in Nederland wordt gesignaleerd. Op basis van deze gegevens uit het jaar 1960 is de „completeheid” van de Centrale Kanker Registratie op ongeveer 55 procent geschat voor het jaar 1960. Dit percentage stijgt geleidelijk.

Met de op deze wijze benaderde „incidence” wordt geen indruk verkregen van het aantal patiënten, dat niet in een ziekenhuis wordt opgenomen. Daarnaast hebben de behandeling en verzorging van de kankerpatiënten een aantal sociaal-geneeskundige aspecten, dat een nadere bestudering wenselijk maakt. Zowel de Stichting Landelijke Organisatie voor de Kankerbestrijding, alsook de huisartsen, hebben belang bij een onderzoek naar de omstandigheden, welke de kankerpatiënt tot één van de moeilijkste problemen in de algemene huisartspraktijk maken.

Opzet van het onderzoek. Met betrekking tot de bovengenoemde problemen zijn met het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) en daarna met het bestuur van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek uit het N.H.G., besprekingen gevoerd over een onderzoek van het Bureau C.K.R. samen met een aantal in dit vraagstuk geïnteresseerde huisartsen. Deze besprekingen waren gewijd aan de volgende doelstellingen:

- 1 Een poging tot bepaling van het jaarlijkse aantal nieuwe patiënten met een kwaadaardige nieuwvorming (inclusief de kwaadaardige *systeemziekten*) in de praktijken van de medewerkende huisartsen.
- 2 Het verzamelen van gegevens over de factoren, die ziekenhuisopneming van sommige patiënten

Model I

Kodenummer arts:

Initialen patiënt(e): Geboortedatum: Geslacht: man / vrouw.
Adres patiënt(e):
Burgerlijke staat: ongeh. / geh. (voor maal) / gesch. / wed(n).
Is patiënt(e) één van tweeling: ja / neen (eventueel gegevens van andere helft van tweeling toevoegen)
Grootte van het gezin: (pers.); aantal (eigen) kinderen: (eventueel uit meer dan 1 huwelijk).
Oefen(t) (de) patiënt(e) een beroep uit? Ja / neen.
Zo ja, welk en in welke functie:
Zo neen, wat is (was) beroep en functie van echtgenoot, c.q. vader, c.q. gezinshoofd:

Wanneer is het vermoeden op kanker bij U gerezen:
Op welke datum riep patiënt(e) voor het eerst geneeskundige hulp met betrekking tot deze aandoening in:
Of werd de afwijking bij toeval ontdekt: ja / neen (eventueel datum:ë.....)
Is de hulp van een specialist ingeroepen? ja / neen.
Zo ja, welke is dan de naam van de specialist:
Woonplaats: Specialisme:
Patiënt(e) is opgenomen geweest in ziekenhuis:
te:..... van: tot: (datum).
a. Voor observatie / voor heelkundige / radiotherapeutische / medikamenteuze behandeling.
b. De behandeling is in opzet kuratief / palliatief geweest.
Patiënt(e) werd niet in een ziekenhuis opgenomen:
A. Specialistische behandeling:
a. heelkundig / radiotherapeutisch / chemotherapeutisch.
b. de behandeling is in opzet kuratief / palliatief geweest.
B. Specialistisch konsult, doch behandeling niet mogelijk.
(reden:)

Z.O.Z.

Wanneer is de (definitieve) diagnose gesteld: (datum).
Hoe luidde deze diagnose:
Deze diagnose berust op:
pathologisch-anatomisch onderzoek
operatie-bevindingen
röntgen-diagnostiek
cytodiagnostiek
andere bevindingen (zo ja, welke):
.....
(primaire lokalisatie en uitbreiding gezwel eventueel bijtekenen):

Patiënt(e) is tijdens de ziekenhuis-opneming overleden: ja / neen.
Zo ja, model 1a (hieronder) invullen en samen met deze kaart verzenden.
Zo neen, de volgende gegevens vermelden, s.v.p.:

Patiënt(e) kent de aard van zijn / haar aandoening: ja / neen / vermoedelijk wel / vermoedelijk niet / onbekend.
Naaste familie kent de aard van de aandoening patiënt(e): ja / neen / vermoedelijk wel / onbekend.
Patiënte is (na ontslag uit ziekenhuis) naar huis gegaan / naar rusthuis, verpleeghuis vertrokken / tijdelijk naar familie gegaan.
Blijft patiënt(e) onder controle van specialist: ja / neen.
Blijft patiënt(e) onder controle van huisarts: ja / neen.

Opmerkingen (o.a. vroegere ziekten):
.....
.....

N.B. Dit gedeelte van de kaart wordt ingevuld en verzonden naar Bureau C.K.R., de Lairessestraat 33, Amsterdam-Z., wanneer de diagnose kanker voldoende vaststaat, dus bijv. na ontslag van patiënt(e) uit, of na overlijden in ziekenhuis.

Datum:

Model Ia

Kodenummer arts:

Dit deel van de kaart wordt alleen naar het bureau C.K.R., de Laïressestraat 33, Amsterdam-Zuid gezonden, als patiënt(e) is overleden, zo mogelijk na invulling van de wettelijk verplichte overlijdens-verklaring.

Initialen patiënt(e): Geboortedatum: Geslacht: man / vrouw
Adres patiënt(e):

Patiënt(e) is overleden op (datum). Tijdens ziekenhuisopneming: ja / neen.
Doodsoorzaak:
Andere ziekten, van invloed op het overlijden:
Andere aanwezige ziekten, niet van invloed op het overlijden:

Patiënt(e) is overleden: thuis ja / neen.
in ziekenhuis (naam en plaats:).
in rusthuis (naam en plaats:).
elders (waar):

Patiënt(e) is na eerste ziekenhuisopneming nog weer opgenomen geweest:
bijzonderheden:

Z.O.Z.

Patiënt(e) is onder controle van specialist gebleven tot: (datum),
(realen beëindiging controle specialist:).

Patiënt(e) werd (na ontslag uit ziekenhuis) behandeld met:
cytostatica / zo ja, welke:
andere medicamenten (pijnstillend, enz.):

Gegevens omtrent validiteit van patiënt(e) sinds eerste aanmelding, c.q. sinds laatste verstrekking follow-up gegevens:.....
(bijv. patiënt(e) werkte: voor 100% / 50% / licht / niet, doch was mobiel).

Patiënt(e) staakte zijn / haar arbeid op: / is bedlegerig sinds:.....

Heeft patiënt(e) speciale verzorging gehad: ja / neen.
Zo ja, geschiedde deze verzorging dan door huisgenoten / wijkverpleegster / partikulier verpleegster / anderen (welke:).

Verdere gegevens omtrent ziektebeloop (uitbreiding proces enz.):

Opmerkingen:

Datum:

Model II

Kodenummer arts:

Zeer Geachte Collega, Op (datum) ontvingen wij inlichtingen omtrent de ziekte van..... (initialen patiënt(e); wonende te (adres). Wij verzoeken U vriendelijk onderstaande vragen omtrent het verdere ziektebeloop van betrokkene te beantwoorden en deze kaart aan het Bureau C.K.R. terug te sturen.

(Ingeval patiënt(e) is overleden verzoeken wij U het onderste deel van de gele kaart (Model IA) in te vullen en mee te sturen). Amsterdam, Hoogachtend, Dr. L. Meinsma

- 1 Patiënt(e) is (na eerste ziekenhuisopneming van..... tot) (opnieuw) opgenomen geweest vantot en van..... tot wegens (aard klachten therapie enz.):
2 Patiënt(e) is niet meer opgenomen geweest doch bleef onder controle van specialist (naam): te: ja/nee. Uitslag laatste controlebezoek: Reden beëindiging van deze controle:
3 Indien patiënt(e) de aard van zijn/haar aandoening niet of vermoedelijk niet kende op het tijdstip van de eerste aanmelding, is hij/zij thans wel op de hoogte? ja/nee / vermoedelijk wel / vermoedelijk niet / onbekend. Idem: is familie (nu) op de hoogte? ja/nee
4 Gegevens omtrent medicamenteuze therapie a. cytostaticum (naam preparaat en dosering): b. andere middelen (pijnstillende e.a.):
5 Verdere inlichtingen omtrent ziektebeloop (uitbreiding proces etc.):
6 Validiteit (bijzonderheden): (bijv. patiënt(e) werkt: voor 100% / 50% / licht / niet doch mobiel)
7 Patiënt(e) staakte arbeid op: is bedlegerig sinds:
8 Patiënt(e) heeft verzorging nodig: ja/nee van huisgenoten / wijkverpleegster / part. verpleegster / anderen (welke:)
9 Verdere bijzonderheden (eventueel ook achterzijde gebruiken):
Datum

verhinderen respectievelijk ongewenst of overbodig maken. Met name is het van belang na te gaan, op welke wijze de diagnose kanker in deze gevallen wordt gesteld, zulks vooral met het oog op de waarde van de overlijdensverklaringen.

3 Het verzamelen van gegevens omtrent de „doctor's delay” (dat wil zeggen, de tijd, die verloopt tussen het eerste bezoek aan de huisarts en het tijdstip van de definitieve diagnose), alsmede over de omstandigheden, waaronder de patiënt leeft na behandeling, casu quo, na observatie, al of niet in het ziekenhuis; in dit verband zijn gegevens omtrent de „validiteit” en de levensduur van deze patiënten eveneens van betekenis.

Op basis van deze doelstellingen werden de volgende regelingen getroffen:

a Iedere medewerkende huisarts zou omstreeks 1 september 1964 een aantal registratiekaarten (Model I en Ia) ontvangen. Voor iedere nieuwe patiënt moest de eerste helft (Model I) van een kaart na het stellen van de diagnose worden

gestuurd naar het Bureau Centrale Kanker Registratie.

b De huisarts diende het tweede gedeelte (Model Ia) van de kaart bij het overlijden van een aldus geregistreerde kankerpatiënt te verzenden. (Dit gold ook in geval de patiënt elders (bijvoorbeeld in een ziekenhuis) overleed of overlijdt). In sommige gevallen werden derhalve beide delen van de kaart tegelijk naar het bureau C.K.R. verzonden.

c Maximaal driemaal ontving de medewerkende huisarts tot dusverre een Model II („follow-up”-gegevens) voor de volgens het Bureau C.K.R. in leven zijnde kankerpatiënten. Deze formulieren worden tot ultimo 1970 elk jaar in maart en september verzonden. Zij worden, zo mogelijk onmiddellijk, door de huisartsen ingevuld en teruggestuurd aan het Bureau C.K.R.

d Het onderzoek ving aan op 1 september 1964 en omvatte alle patiënten, bij wie tussen 1 september 1964 en 1 januari 1966 kanker werd gediagnostiseerd.

De medewerking van huisartsen. Op een desbetreffende oproep, die niet werd herhaald, verklaarden aanvankelijk 1985 huisartsen zich bereid de op basis van de doelstellingen van het onderzoek noodzakelijk geachte gegevens te verstrekken (Model I, registratiekaart; Model Ia, bericht van overlijden; Model II, „follow-up”-gegevens). Deze opmerkelijke bereidheid tot medewerking was niet alleen verrassend gezien de extra arbeid die voor de huisartsen was verbonden aan deze medewerking, maar leidde eveneens tot organisatorische problemen, gezien de omvangrijke administratie op het bureau van de C.K.R.. Gelukkig was de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds bereid de extra kosten van het onderzoek te dragen.

Uit *tabel 1* (kolom 4) blijkt, dat 625 huisartsen (31 procent) zich tijdens het onderzoek om verschillende redenen moesten terugtrekken of dat zij geen gegevens instuurden, zodat 1360 huisartsen (29 procent van alle huisartsen in Nederland) tenslotte aan het onderzoek effectief medewerking hebben verleend. Procentueel was de deelneming van huisartsen in Drente, Overijssel, Gelderland en Limburg het hoogst en in Zeeland en 's-Gravenhage het laagst (kolom 5 van tabel I). Van de 1360 huisartsen verstrekten 1091 collega's gegevens omtrent de grootte van hun praktijk en van het aantal jaren dat zij huisarts waren. In *tabel 2* is daarvan een overzicht gegeven.

Gegevens over de frequentie van het aantal patiënten. Door een tweetal mededelingen (*Meisma en Zain*) werden de medewerkende huisartsen tijdens het onderzoek van enkele gegevens omtrent het aantal patiënten op de hoogte gehouden. Wij bedoelen met het aantal patiënten het optreden

van nieuwe gevallen („incidence”) gedurende de periode 1 september 1964 tot 1 januari 1966. Daarbij was de datum, waarop de diagnose werd gesteld, bepalend voor het feit dat enkele geregistreerde patiënten buiten de onderzoeksperiode bleven.

Reeds eerder werd vastgesteld, dat de registratie van kankerpatiënten in ziekenhuizen niet toereikend is voor een volledige „incidence”-bepaling, noch voor de onderlinge verhouding der orgaanlokalisaties. In de eerste plaats werken niet alle ziekenhuisstaven mede aan deze kankerregistratie, terwijl sommige patiënten, bij wie kanker wordt vastgesteld of althans klinisch wordt vermoed, niet in een ziekenhuis worden opgenomen. Toch vormen de bevindingen van de C.K.R. een basis van vergelijking met de uitkomsten van de enquête bij huisartsen. Daarbij moet wel worden bedacht, dat de selectie in de medewerking aan de C.K.R. een belangrijke rol kan spelen. Immers wanneer theoretisch uitsluitend radiologen en radiotherapeuten kanker zouden registreren, dan zijn uitsluitend radiotherapeutisch behandelbare vormen van kanker te verwachten, terwijl de uitsluitende medewerking van chirurgen een totaal andere serie kankerpatiënten zou opleveren. De indruk bestaat, dat de radiotherapeutische afdelingen van de medewerkende ziekenhuizen procentueel de verdeling naar lokalisatie van het primaire gezwel van de geregistreerde patiënten beïnvloeden bij de C.K.R.

Een tweede vergelijkingsbasis vormen de doods-oorzaken-statistieken van het Centraal Bureau voor de Statistiek (C.B.S.) te 's-Gravenhage. De bezwaren tegen deze vergelijking zijn onmiddellijk duidelijk, namelijk de sterftcijfers vertonen een procentueel sterkere representatie van die vormen

Tabel 1. Aan het onderzoek medewerkende huisartsen.

Gebied (1)	Aantal gevestigde huisartsen per 1 januari 1962 (2)	Aantal aanvan- kelijk medewer- kende huisartsen (3)	Tijdens enquête terug- getrokken of geen gegevens ingestuurd (4)	Aantal medewer- kende huisartsen pe: 31 december 1965 met percentages van totaal (kolom 2) (5)
Groningen	214	91	35 (38%)*	56 (26%)
Friesland	214	97	44 (45%)	53 (25%)
Drente	127	62	17 (27%)	45 (35%)
Overijssel	292	130	35 (27%)	95 (33%)
Gelderland	517	243	78 (32%)	164 (32%)
Utrecht	322	123	40 (33%)	84 (26%)
Noord-Holland	913	409	132 (32%)	278 (30%)
Waarvan Amsterdam	388	161	49 (30%)	111 (29%)
Zuid-Holland	1119	450	128 (28%)	322 (29%)
Waarvan Den Haag	294	80	28 (35%)	52 (18%)
Waarvan Rotterdam	253	99	34 (34%)	65 (26%)
Zeeland	128	44	24 (55%)	19 (16%)
Noord Brabant	496	206	62 (30%)	144 (29%)
Limburg	298	130	30 (23%)	100 (34%)
Nederland (inclusief polders)	4649	1985	625 (31%)	1360 (29%)

* Percentage huisartsen, dat zich tijdens het onderzoek terugtrok.

van kanker, die de slechtste prognoses hebben. In dit verband moeten de vijfjaars-overlevingspercentages van kankerpatiënten worden genoemd. De desbetreffende gegevens voor Nederland (Meisma, 1963, 1965) hebben betrekking op kankerpatiënten, die in ziekenhuizen zijn opgenomen geweest. Zij geven vermoedelijk een gunstiger beeld dan de werkelijkheid. Toch bieden deze thans beschikbare gegevens een mogelijkheid de kankersterftecijfers van het C.B.S. op betere wijze te interpreteren.

Naast deze bronnen van informatie moeten dus de uitkomsten van dit huisartsenonderzoek worden geplaatst. Daarop moet een correctie worden toegepast, aangezien zestien maanden werd geregistreerd in plaats van twaalf maanden. Een telling van het aantal patiënten per huisarts is de nauwkeurigste bepaling van de kanker-, „incidence”, mits alle patiënten ook werkelijk worden geregistreerd en mits alle huisartsen deze telling uitvoeren, casu quo mits bekend is welk percentage van de bevolking door het aan het onderzoek medewerking verlenende deel van de huisartsen wordt gerepresenteerd. Uit een desbetreffende berekening is gebleken, dat de 1360 huisartsen, die aan het onderhavige onderzoek meewerkten, aan circa 30 procent van de Nederlandse bevolking diensten verleenden.

De vraag rijst, of dit deel der bevolking tevens een zogenaamde „random sample” is. Wij beschikken uiteraard niet over de bevolkingsopbouw in de praktijken van de huisartsen maar wij konden vaststellen, dat de gemiddelde tijdsduur, gedurende welke de betrokken huisartsen reeds waren gevestigd 14,0 jaar bedroeg (tabel 2). Wij hebben de indruk, op basis van een berekening met behulp van gegevens uit het Geneeskundig Jaarboek (*Van der Ent*), dat dit gemiddelde enkele jaren onder het gemiddelde van alle huisartsen tezamen ligt. Daarbij zou men kunnen veronderstellen, dat de praktijksamenstelling wat de leeftijdsopbouw van de zieken betreft, enigszins samenhangt met de leeftijd van de huisarts in die zin, dat jongere mensen over het algemeen jongere huisartsen kiezen. Deze factor bepaalt ten dele eveneens de uitkomsten van het onderzoek.

In tabel 3 is een overzicht samengesteld (in kolom 3) van het aantal geregistreerde patiënten, waarbij een vergelijking is gemaakt met de telling van kankerpatiënten door middel van de C.K.R. (1964) (kolom 4) en met de sterfte ten gevolge van kanker volgens de C.B.S.-gegevens (1964) (kolom 2). Achter de aantallen patiënten, verdeeld naar de belangrijkste vormen van kanker waaraan zij lijden of leden, zijn de percentages vermeld ten opzichte van het totaal. Deze percentages hebben slechts een oriënterende betekenis, met name wat betreft de C.K.R.- en C.B.S.-gegevens, aangezien frequentieverschillen door geringere procentuele verschillen kunnen worden gemaskeerd.

Uit de totaal-cijfers vermeld in kolom 3 van

Tabel 2. Gegevens inzake het aantal jaren praktijk, de grootte van de praktijk en het gemiddeld aantal patiënten per praktijk van de medewerkende huisartsen aan het C.K.R./N.H.G.-onderzoek (voor zover gegevens verstrekt zijn), per provincie en van Nederland.

Gebied	Gemiddelde aantal jaren praktijk van medewerkende huisartsen	Percentage van totaal met 3000 of meer zielen	Gemiddelde aantal kankerpatiënten per jaar door huisartsen geregistreerd
(1)	(2)	(3)	(4)
Groningen	13,0	14,0	4,8
Friesland	14,6	18,6	4,6
Drente	14,6	40,5	4,1
Overijssel	13,7	46,3	4,2
Gelderland	14,8	36,4	3,8
Utrecht	15,4	35,7	3,5
Noord-Holland			
(zonder Amsterdam)	14,8	29,5	4,4
Amsterdam	14,4	30,7	4,2
Zuid-Holland (zonder			
Den Haag en Rotterdam) .	13,2	39,9	4,1
Den Haag	15,6	28,6	4,7
Rotterdam	14,8	53,3	6,0
Zeeland	15,8	17,6	5,5
Noord Brabant	12,9	52,1	3,8
Limburg	11,1	57,3	4,4
Nederland	14,0	38,1	4,2

tabel 3 moet, gezien de noodzakelijke correcties, grof-benaderend worden afgeleid, dat op basis van deze enquête de kanker-, „incidence” voor Nederland bepaald zou kunnen worden op: $\frac{12}{16} \times \frac{100}{30}$

$$\times 4064 = 10160 \text{ mannen en op } \frac{12}{16} \times \frac{100}{30} \times 3588 =$$

8970 vrouwen. Deze vormen tezamen ruim 19.000 nieuwe gevallen van kanker per jaar, met andere woorden, de „incidence-rate” zou 158 kankerpatiënten per 100000 inwoners moeten bedragen.

Deze uitkomst is om verschillende redenen aanvechtbaar. In de eerste plaats blijkt uit tabel 3 (kolom 2), dat in Nederland in 1964 meer mannen en vrouwen aan kanker overleden dan het berekende aantal nieuwe gevallen, dat thans is gevonden. Gezien de gevonden vijfjaars-overlevingspercentages voor mannelijke en vrouwelijke kankerpatiënten, te weten respectievelijk 19 en 32 procent, zou op basis van de sterftecijfers 1964 een „incidence” voor kanker moeten worden gevonden van ruim 15000 gevallen bij mannen en ruim 14000 gevallen bij vrouwen, met andere woorden, circa 33 procent meer dan bij de huisartsen-enquête werd gevonden.

Voor een verklaring van de huidige bevindingen kan men aan drie invloeden denken. De mogelijkheid bestaat, dat de huisartsen toch, ondanks regelmatige aansporingen, niet alle nieuwe patiënten hebben geregistreerd. De controlelijst, welke alle medewerkende huisartsen in december 1965 ontvingen, werd door vele collega's benut om aanvullende gegevens in te zenden, maar ons

Tabel 3. Vergelijking van de registratie van gezwellen (C.K.R.: 1964; C.K.R./N.H.G.: 1964-1965) met de C.B.S.-sterftecijfers 1964 (tevens in percentages van totaal).

(1)	Sterfte volgens C.B.S. 1964, casu quo in procenten van totaal		Aantal patiënten C.K.R./N.H.G. 1964/1965 casu quo in procenten van totaal		Aantal patiënten C.K.R. 1964, casu quo in procenten van totaal	
	(2) Mannen	Vrouwen	(3) Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Mondholte en pharynx	125 (1,1%)	69 (0,7%)	97 (2,4%)	40 (1,1%)	287 (4,0%)	103 (1,6%)
Oesophagus	219 (1,8%)	112 (1,2%)	46 (1,1%)	19 (0,5%)	120 (1,7%)	69 (1,1%)
Maag	2163 (17,4%)	1367 (14,1%)	520 (12,8%)	307 (8,6%)	727 (10,1%)	407 (6,2%)
Dunne darm, duodenum, dikke darm	838 (6,7%)	1004 (10,4%)	254 (6,2%)	283 (7,9%)	360 (5,0%)	465 (7,1%)
Rectum	513 (4,1%)	371 (3,8%)	194 (4,8%)	138 (3,8%)	313 (4,4%)	269 (4,1%)
Pancreas	483 (3,9%)	331 (3,4%)	124 (3,1%)	72 (2,0%)	130 (1,8%)	106 (1,6%)
Larynx	119 (1,0%)	21 (0,2%)	80 (2,0%)	12 (0,3%)	220 (3,1%)	22 (0,3%)
Trachea, bronchus, long	2621 (21,1%)	183 (1,9%)	1090 (26,8%)	45 (1,3%)	1909 (26,5%)	118 (1,8%)
Borstklier	18 (0,1%)	1957 (20,2%)	4 (0,1%)	1005 (28,0%)	20 (0,3%)	1990 (30,3%)
Cervix uteri		378 (3,9%)		274 (7,6%)		371 (5,6%)
Corpus uteri		387 (4,0%)		198 (5,5%)		392 (6,0%)
Ovarium		594 (6,1%)		171 (4,8%)		311 (4,7%)
Prostaat	1072 (8,6%)		316 (7,8%)		537 (7,5%)	
Testis	76 (0,6%)		58 (1,4%)		95 (1,3%)	
Nier	238 (1,9%)	151 (1,6%)	81 (2,0%)	39 (1,1%)	140 (1,9%)	104 (1,6%)
Blaas	439 (3,5%)	168 (1,7%)	138 (3,4%)	46 (1,3%)	373 (5,2%)	124 (1,9%)
Huid (inclusief maligne melanoom)	94 (0,8%)	99 (1,0%)	365 (9,0%)	237 (6,6%)	758 (10,5%)	575 (8,8%)
Bot en bindweefsel	135 (1,1%)	99 (1,0%)	43 (1,1%)	38 (1,1%)	81 (1,1%)	84 (1,3%)
Restgroep	2280 (18,3%)	1712 (17,7%)	425 (10,4%)	506 (14,1%)	543 (7,5%)	663 (10,1%)
Hematopoïetisch stelsel	612 (4,9%)	477 (4,9%)	135 (3,3%)	78 (2,2%)	242 (3,4%)	170 (2,6%)
Lymfoïde stelsel, mycosis fungoides	373 (3,0%)	218 (2,2%)	94 (2,3%)	80 (2,2%)	251 (3,5%)	162 (2,5%)
waarvan: Morbus Hodgkin	155 (1,2%)	73 (0,8%)	44 (1,1%)	35 (1,0%)	89 (1,2%)	65 (1,0%)
Totaal aantal patiënten casu quo overledenen	12418	9698	4064	3588	7195	6570

is uiteraard onbekend in hoeverre sommige collega's deze lijst zonder controle hunnerzijds aan ons hebben geretourneerd. Deze mogelijkheid, dus een onvolledige registratie van het aantal kankerpatiënten in sommige praktijken, kan derhalve niet worden geconcretiseerd. Opvallend is dat in de verschillende gebieden een verschillend aantal patiënten per huisarts werd gevonden (tabel 2).

Ongetwijfeld is een overlevingsduur van vijf jaar niet gelijk aan genezing van de desbetreffende patiënten en hoewel wij nog niet over overlevingspercentages na bijvoorbeeld tien jaar kunnen beschikken moet toch worden verwacht, dat deze lager zullen liggen dan de overlevingspercentages na vijf jaar, althans voor enkele vormen van kanker (bijvoorbeeld kanker van de borstklieren).

Tenslotte moet worden gedacht aan de mogelijkheid van „overdiagnosing”* bij de registratie van kankerpatiënten en bij de opstelling van overlijdensverklaringen van een aantal patiënten. Een benadering van deze uitermate lastige problematiek

* Met deze Engelse term wordt bedoeld dat in de overlijdenspapieren de diagnose kanker, met name maagkanker, wellicht als verlegenheids-diagnose te vaak werd vermeld.

is enigszins mogelijk door de gegevens vermeld in tabel 4. In deze tabel is het percentage patiënten vermeld, dat in een ziekenhuis is opgenomen geweest en de aantallen patiënten, die thuis zijn gebleven (geen behandeling casu quo symptomatische behandeling), bij wie specialistisch consult plaatsvond of die poliklinisch werden behandeld. Voorts werd een verdeling naar geslacht en naar leeftijd (onder en boven 65 jaar) aangebracht. Uit deze tabel blijkt, dat slechts enkele patiënten uitsluitend door de huisarts zijn gezien.

Uit andere gegevens blijkt, dat de diagnose kanker met niet bekende primaire zetel, in het onderhavige onderzoek 164-maal bij mannelijke patiënten en 175-maal bij vrouwelijke patiënten werd gesteld. Daarbij werd de diagnose bij de mannen in 54 procent histologisch geverifieerd en bij de vrouwen in 53 procent. Deze beide series gegevens zouden op maximaal enkele procenten „overdiagnosing” kunnen wijzen op het totaal van de ongeveer 7600 in het huisartsenonderzoek betrokken patiënten. Deze indruk wordt versterkt door tabel 5, waarin onder andere is vermeld, hoe vaak de diagnose door pathologisch-anatomisch onderzoek, of door operatie-bevindingen werd bevestigd. Dit was het geval bij 70 procent van de

Tabel 4. Overzicht van het aantal patiënten, dat voor zover vermeld, al of niet in een ziekenhuis werd opgenomen. De patiënten werden verdeeld naar geslacht en leeftijd.

Kanker uitgaande van	Patiënten jonger dan 65 jaar								Patiënten van 65 jaar of ouder							
	Opgenomen patiënten in percentages van het totaal		Aantal „thuisblijvers”						Opgenomen patiënten in percentages van het totaal		Aantal „thuisblijvers”					
			Geen behandeling		Alleen consult van specialist		Poliklinische of specialistische behandeling				Geen behandeling		Alleen consult van specialist		Poliklinische of specialistische behandeling	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V		
Slokdarm	92	100			1				86	77	1				4	
Maag	100	98			1	1			87	85	7	8	23	18	11	5
Colon	99	100			1			1	97	93	1	7	2	2	1	2
Rectum	97	98			1	1	1		94	96	3		2	2	2	1
Pancreas	100	100							99	88		2	1	2		1
Larynx	69	100					12		61	80			1		13	1
Longen	95	100			10		18		82	82	4	1	45	3	40	
Borstklier	100	97		1				15	100	87		10				19
Cervix uteri		98						4		100			13			
Corpus uteri		100								100						1
Ovarium		100								99						1
Prostaat	74						12		80		2		2		46	
Testis	100								86		1					
Penis	83						2		90						1	
Nier	100	100							91	100			2		1	
Blaas	98	90				1	1	1	95	92	1		2	1	2	2
Huid	22	13	1		1		93	52	21	18	1	3			165	105
Botten	100	100							100	100						
Morbus Hodgkin	89	79					4	7	71	100					2	
Morbus Kahler	100	80						1	89	92			2			1
Leukemie	95	100					3		89	90					4	2

Tabel 5. Verificatie van de diagnose bij kankerpatiënten in de huisartspraktijk.

Kanker uitgaande van:	Pathologisch anatomisch onderzoek verricht.		Operatiebevindingen		Alleen röntgenonderzoek		Ander klinisch onderzoek		Onbekend, niet vermeld	
			M	V	M	V	M	V	M	V
	Mannen	Vrouwen								
Slokdarm	26 (57%)	10 (53%)	4	1	11	7	5	1		
Maag	249 (48%)	152 (50%)	103	60	142	70	23	20	3	4
Colon	153 (62%)	181 (66%)	56	53	24	21	9	18	3	3
Rectum	150 (77%)	104 (76%)	21	15	3		19	17	1	1
Pancreas	55 (44%)	26 (36%)	57	31	3	2	9	12		1
Larynx	73 (91%)	12 (100%)			1		6			
Longen	791 (73%)	33 (73%)	20		239	10	18	1	18	1
Borstklier	4 (100%)	884 (88%)		27		11		68		13
Cervix uteri		259 (95%)		1				10		2
Corpus uteri		193 (98%)		1				2		1
Ovarium		148 (87%)		13		2		7		
Prostaat	177 (56%)		8		31		94		4	
Testis	56 (97%)						2			
Penis	20 (91%)				1		1			
Nier	66 (81%)	34 (87%)	6	1	7	2	1		1	
Blaas	114 (83%)	39 (85%)	10	1	1	1	11	5	2	
Huid	276 (80%)	145 (74%)	4	3		1	60	45	3	1
Botten	18 (90%)	11 (79%)		1	2	2				
Morbus Hodgkin	43 (98%)	34 (97%)			1	1				
Morbus Kahler	24 (86%)	16 (89%)			3	1	1	1		
Leukemie	100 (94%)	58 (97%)	1				1	1	4	1
Alle vormen van kanker	2836 (70%)	2816 (79%)								

mannelijke, en 79 procent der vrouwelijke patiënten.

Deze bronnen van gegevens ontbreken ons ten aanzien van de sterftecijfers. Wel is bekend, dat 45 procent van de mannelijke en vrouwelijke kankerpatiënten in een ziekenhuis overlijdt. ** Wij wisten reeds, dat de ziekenhuisregistratie in Friesland, 's-Gravenhage en Rotterdam (C.K.R.) een duidelijk achterblijven van het aantal nieuwe patiënten met maagkanker te zien geeft in vergelijking met de C.B.S.-sterftecijfers voor maagkanker in de betrokken gebieden. Een en ander kan niet worden verklaard door de geleidelijk afnemende maagkankerfrequentie in de loop der jaren. Hoewel geen concrete aanwijzingen bestaan voor de „overdiagnosing” van maagkanker in de sterftestatistiek, moeten wij, op basis van literatuurgegevens, toch met deze mogelijkheid rekening houden. Tegen deze mogelijkheid pleit echter de bevinding ten aanzien van maagkanker in het onderhavige huisartsenonderzoek (kolom 3 en 4 van tabel 3). Het is om deze reden, dat wij buitengewoon geïnteresseerd zijn in de ervaringen van huisartsen ten aanzien van de vermelding van maagkanker op de overlijdensverklaring als „verlegenheids-diagnose” (zie ook tabel 5).

Uit het voorgaande blijkt, dat de kanker-„incidence”, berekend door uit te gaan van de sterftecijfers, mogelijk aan de hoge kant kan zijn door de invloed van „overdiagnosing” en door de vijfjaars-overlevingscijfers voor de verschillende vormen van

kanker (die beslist te hoog zijn) in deze berekening te betrekken. Daarnaast moet evenwel ernstig rekening worden gehouden met een incomplete registratie van het aantal kankerpatiënten door een onbekend aantal huisartsen (tabel 2, kolom 3). Ook kan de selectie naar praktijkopbouw een rol spelen.

Deze vaststelling houdt een zekere mate van teleurstelling in ten aanzien van de realisatie van de eerste doelstelling, namelijk de bepaling van het jaarlijkse aantal nieuwe patiënten met een kwaadaardige nieuwvorming. Ondanks de inspanning van zoveel huisartsen is deze doelstelling onvoldoende gerealiseerd. Daartegenover staat echter geen enkele reden, waarom de interesse voor het registreren van bepaalde vormen van kanker zou zijn achtergebleven ten opzichte van andere vormen. Dat betekent, dat kolom 3 van tabel 3 toch van zeer grote betekenis moet worden geacht ten aanzien van de spreiding van kanker naar anatomische lokalisatie. Deze gegevens vormen derhalve een zeer waardevolle aanvulling van de kankersterftecijfers en de C.K.R.-gegevens.

Als voornaamste conclusie zouden wij willen noemen, dat aan de „incidence”-bepaling van kanker nog een extra dimensie kan en moet worden toegevoegd, namelijk een controle, door middel van inzage in de overlijdensverklaringen van degenen, die volgens deze verklaringen aan kanker zijn overleden. Behoudens bijzondere toestemming van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid bestaat deze mogelijkheid niet bij de bestaande wettelijke regeling. Het lijkt van belang hier op deze zaak te attenderen in verband met punt 2.5 van hoofdstuk VII van de Volksgezond-

** Maandstatistiek van bevolking en volksgezondheid (1966) 14 no 2. C.B.S. Uitg. W. de Haan, N.V., Hilversum.

Tabel 6. Overzicht van de tijdsduur tussen de datum van het eerste bezoek aan de huisarts en de datum waarop de diagnose definitief werd gesteld.

Kanker uitgaande van:	Veertien dagen of korter		vijftien dagen tot een maand		Twee tot drie maanden		Vier tot zes maanden		Zeven tot elf maanden		een jaar of langer		Nier vermeld (blanco)		Totaal	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Slokdarm	15	6	10	4	9	3	2	1	1	1	2	1	7	3	46	19
Maag	100	43	184	95	85	57	40	24	17	5	25	15	69	67	520	306
Colon	55	47	55	76	53	57	17	22	12	16	14	15	39	43	245	276
Rectum	65	35	61	39	24	15	9	5	5	8	6	11	24	24	194	137
Pancreas	10	8	50	19	25	14	13	8	3	4	4	1	19	18	124	72
Larynx	17	1	24	4	15		10	2	1		6	4	7	1	80	12
Longen	139	6	279	11	189	8	56	4	26	1	42	1	355	14	1086	45
Borstklier		613	2	172		34		15		12		11	2	146	4	1003
Cervix uteri		137		58		22		4		5		8		38		272
Corpus uteri		72		56		27		8		3		7		24		197
Ovarium		44		62		20		8		5		5		26		170
Prostaat	99		71		31		22		10		17		64		314	
Testis	19		14		7		3				2		13		58	
Penis	16		2		1		1				1		1		22	
Nier	11	8	22	5	15	8	5	2	4	4	8		16	12	81	39
Blaas	29	12	35	11	21	7	8	7	7	1	15	4	23	4	138	46
Huid	158	90	67	33	16	13	8	5	5	2	13	5	76	47	343	195
Botten	4	2	5	2	2	3	1	2	2	1	6	1	19	3	20	14
Morbus Hodgkin	4	8	17	14	8	6	2		4	2	2	2	7	3	44	35
Morbus Kahler	5		6	5	5	5	4		1	1	1		6	7	28	18
Leukemie	39	21	25	16	9	6	5	4	5		3		20	13	106	60

heidsnota 1966, waar onder andere wordt vermeld „dat meer inzicht voor het toekomstig beleid moet worden verkregen. Hiervoor zal het onder meer nodig zijn door middel van epidemiologische statistische analyses de nodige gegevens te verzamelen over de samenhang van de kwaliteit van de infrastructuur voor de gezondheidsbescherming met het aantal chronisch zieken en invaliden ten gevolge van beroepsziekten, ongevallen, chronische ziekten van ademhalingswegen, kwaadaardige nieuwvormingen, zenuwziekten, zwakzinnigheid, enzovoort”. Niet minder belangrijk is de hier gestelde problematiek, namelijk onder meer de kanker-„incidence”-bepaling, ten aanzien van het kankerepidemiologisch onderzoek, zowel in nationaal als internationaal verband.

Een registratie van kankerpatiënten, tegelijkertijd in ziekenhuizen (in samenwerking met de centrale medische administratie in die ziekenhuizen) en door huisartsen, eventueel wisselend regionaal, gecombineerd met de inzage van de doodsoorzakenverklaringen van degenen, die tengevolge van kanker overleden of daaraan ten tijde van het overlijden leden, zou de Nederlandse achterstand op het punt van geografisch pathologisch onderzoek met betrekking tot kanker ten opzichte van onder andere de Scandinavische landen snel doen verdwijnen.

De diagnostiek van kanker De enquête in samenwerking met huisartsen heeft uitermate belangrijke gegevens opgeleverd met betrekking tot

de tijdsduur, welke kan verlopen tussen het tijdstip, waarop patiënten voor het eerst geneeskundige hulp inroepen vanwege hun aandoening en de datum, waarop de definitieve diagnose wordt gesteld (vaak genoemd: „doctor's delay”). De vroege diagnostiek bij kanker, gevolgd door behandeling, wordt algemeen beschouwd als één der grondslagen voor de verbetering van de prognose voor sommige vormen van kanker. C.K.R.-gegevens steunen deze gedachten ten dele (*Meinsma*, 1966). Het begrip vroege diagnostiek blijft echter een moeilijke zaak, de maligniteitsgraad van het gezwel speelt hierbij vaak een beslissende rol ten aanzien van de prognose.

In tabel 6 zijn voor enige van de belangrijkste diagnosegroepen de perioden vermeld, die verlopen tussen het eerste bezoek aan de huisarts en de datum, waarop de definitieve diagnose werd gesteld. Bij dit onderzoek werd niet nagegaan hoelang de patiënten klachten hadden alvorens geneeskundige hulp in te roepen. Opzettelijk is dit gegeven weggelaten, omdat gegevens omtrent de klachtenduur een zeer subjectief karakter kunnen dragen en de betrouwbaarheid van deze informatie daarom aanvechtbaar moet worden geacht. Deze zogenaamde „patient's delay” vormt vanzelfsprekend samen met de „doctor's delay” de vaak vermelde „verloren of verzuimde tijd”. Naar onze mening is deze benaming weinig gelukkig gekozen. De definitieve vaststelling van de diagnose is klinisch dikwijls een moeilijk probleem. Al bij al is de kwestie, of in een bepaald geval van „doctor's

Tabel 7. Overzicht van de duur der opneming in een ziekenhuis van kankerpatiënten, verdeeld naar geslacht en leeftijd. Het aantal patiënten in procenten van het totaal aantal ziekenhuis-patiënten).

Kanker uitgaande van:	Patiënten jonger dan 65 jaar										Patiënten van 65 jaar of ouder									
	1 tot 9 dagen		10 tot 19 dagen		20 tot 29 dagen		30 tot 39 dagen		40 of meer dagen		1 tot 9 dagen		10 tot 19 dagen		20 tot 29 dagen		30 tot 39 dagen		40 of meer dagen	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Slokdarm		17	9	50	27	17	18		46	16	15	13	15		25	37	10	25	35	25
Maag	4	5	28	27	28	26	17	22	23	20	7	7	23	20	28	23	17	21	24	28
Colon	1	6	35	23	23	24	14	19	26	28	9	7	19	23	31	24	13	14	29	32
Rectum	3		16	10	32	29	23	29	26	32	9	6	19	22	19	19	24	20	29	33
Pancreas	4	4	14	13	27	21	25	38	30	25	5	3	21	24	29	15	22	21	24	36
Larynx	32		9	33	14		14		32	67	30	33	15		20	67	15			20
Longen	5		21	21	19	10	19	16	36	53	10	6	17	6	20	19	21	31	31	38
Borstklief		4		46	50	31		12	50	7	50	3	50	41		31		12		12
Cervix uteri		14		33		17		12		25		9		16		19		16		41
Corpus uteri		4		32		39		13		13		4		24		42		9		21
Ovarium		1		31		25		22		21		6		27		27		10		30
Prostaat	9		30		27		18		15		8		38		25		13		16	
Testis	27		36		15		15		7		50		50							
Penis	30		30		20		20				22		22		33		11		11	
Nier		5	19	40	30	25	27	15	24	15			30	8	17	25	17	42	36	25
Blaas	3		11	29	34	29	16		37	43	5	7	32	33	12	20	17	23	35	17
Huid	40	50	32	50	14		14				45	33	25	22	15	22	5	6	10	17
Botten	7	13	36	25	14	25	7	13	36	25	33	50	33	50						33
Morbus Hodgkin	6	15	26	10	26	20	16	5	26	50			20		20	50	20			40
Morbus Kahler			13	25	13	25		25	75	25	29	10	14	50	21	10	21	10	14	20
Leukemie	16	26	31	6	16	16	19	10	19	42	13	6	30	17	20	22	7	33	30	22

delay" sprake is, niet altijd even goed te beoordelen, al zal iedere huisarts en iedere specialist zich van het bestaan van dit gevaar bewust moeten zijn en blijven; immers de tumor groeit onderwijl door, met alle risico's daaraan verbonden.

Uit *tabel 6* blijkt duidelijk, dat de gemakkelijker toegankelijke gezwelslokalisaties in de regel een korter „doctor's delay" te zien geven dan de inwendig gelegen gezwollen zoals bijvoorbeeld die van maag, colon en blaas. Een dergelijke bevinding was wellicht te verwachten.

Wij merken reeds op, dat in 1965 bij 70 procent van de mannelijke en bij 79 procent van de vrouwelijke kankerpatiënten de diagnose pathologisch-anatomisch werd geverifieerd. Het is opmerkelijk dat maagkanker en pancreaskanker in respectievelijk circa 50 en 40 procent op deze wijze zijn geverifieerd (*tabel 5*.) In 142 gevallen bij de mannen met maagkanker en in 70 gevallen bij de vrouwen met deze aandoening, dus in respectievelijk 27 en 23 procent van de gevallen, berustte de diagnose uitsluitend op röntgenologische bevindingen.

Onwillekeurig denken wij opnieuw aan de discrepantie tussen de sterftcijfers (C.B.S.) en de registratie-bevindingen (C.K.R.)

Concluderend zouden wij willen opmerken, dat de „doctor's delay" een probleem is dat aandacht verdient. Men kan zich niet aan de indruk onttrekken, dat toch voordelen kleven aan het systeem dat in de grote kankerklinieken in Rusland bestaat, waarbij ziektegeschiedenissen met een „doctor's delay" van langer dan veertien dagen op dit punt moeten worden besproken door de gezamenlijke specialisten met hun assistenten, met de bedoeling eventuele tekortkomingen op te sporen. Misschien ware het daarbij juist de huisarts, voorzover de „doctor's delay" op zijn debet staat, op taktische wijze van het besprokene in kennis te stellen. Men kan ook denken aan een verdere concentratie van de diagnostiek bij kankerpatiënten, hetgeen samengaat met een verdere oncologische specialisatie van bepaalde teams van specialisten in ziekenhuizen. De kankerwerkgroepen in verschillende ziekenhuizen in Nederland wijzen reeds in deze richting, alsook op de behoefte aan een dergelijke specialisatie in die ziekenhuizen.

De kankerpatiënten in het ziekenhuis. Dank zij het onderhavige onderzoek kon tevens worden beschikt over gegevens omtrent de duur van de opneming van kankerpatiënten voor de eerste behandeling of voor observatie, indien een curatieve behandeling niet mogelijk bleek te zijn. Deze gegevens zijn zowel van belang voor een beter inzicht in de zorg rondom de kankerpatiënt, als ten aanzien van financieel-economische aspecten van de strijd tegen kanker. Dit laatste aspect, de kosten van de strijd tegen kanker, wordt in breder verband bestudeerd en de bevindingen zullen worden neergelegd in een monografie.

De zorg rondom de kankerpatiënt, waarbij de

eerste ziekenhuisopneming tot één der belangrijkste onderdelen moet worden gerekend, vormt een moeilijk probleem. Wanneer meer dan veertig procent van alle kankerpatiënten jonger is dan vijftenzestig jaar en deze patiënten dus nog een actieve rol spelen in het maatschappelijke leven en in het gezin, dan is dit slechts één aspect. Niet minder belangrijk is het feit, dat de ziekte in vele gevallen althans een verminderde validiteit met zich brengt, terwijl de aandoening bovendien tot de chronische ziekten behoort. Een borstamputatie of een operatie aan het geslachtsapparaat is voor velen psychisch moeilijk aanvaardbaar; een anus praeternaturalis kan een voortdurende zorg betekenen. Niet in de laatste plaats is kanker een probleem, omdat de ongeneeslijke patiënten, althans in vele gevallen, niet op de hoogte zijn van de aard van de aandoening in de periode rondom de ziekenhuisopneming. *Lahr* schreef hierover een behartigenswaardig artikel.

Uit *tabel 7* blijkt, dat er tamelijk grote variaties bestaan in de duur van de ziekenhuisopneming voor de verschillende vormen van kanker, waarbij de aard van de behandeling een rol speelt, alsook de leeftijd van de patiënten. In dit verband zij opgemerkt, dat de situatie ten aanzien van de kankerbestrijding mede wordt bepaald door de bestaande voorzieningen ten aanzien van het opsporen van kanker in een operabel stadium. In het algemeen geldt dat de patiënt, eventueel op aandrang van zijn familie, de eerste stap moet zetten op de weg naar diagnostiek en therapie van zijn gezwel. Dit betekent dat de bevolking een grote verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van de strijd tegen kanker. Waar de „verzuimde tijd" van zo grote betekenis kan zijn ten aanzien van de prognose is het opmerkelijk, dat niet in ruimere mate dan tot dusverre, huisartsen zich geroepen voelen op dit punt in eigen praktijk voorlichting te geven, zodat onnodig leed wordt voorkomen. Maar misschien mag dit ook nauwelijks van de overbezette huisartsen worden verwacht. De opvattingen inzake kanker, die bij vele leken leven, werken in vele gevallen remmend op een sneller inroepen van geneeskundige hulp en daarom zijn de artsen in zekere zin duidelijk medeverantwoordelijk voor de houding van het publiek. Deze situatie is evenzeer bepalend voor het uitblijven van de „kanker-revalidatie-centra", welke men in Engeland en Duitsland kent.

Niet minder belangrijk is de regeling van de kosten van geneeskundige hulp voor kankerpatiënten. Alle kosten verbonden aan het verstrekken van geneeskundige hulp, die hetzij curatief, hetzij palliatief van aard kan zijn, worden terecht door de verschillende vormen van ziekteverzekering opgevangen. Alle kosten verbonden aan het opsporen van vroege stadia van kanker — denk aan de mogelijkheden van vroege opsporing van het cervixcarcinoom — dus voortvloeiende uit profylactische arbeid — worden door ziekenfondsen nog steeds niet vergoed, ondanks het duidelijke

nut van het cytologische onderzoek van de vagina-inhoud. Tegen deze achtergronden krijgen de gegevens omtrent de duur van de eerste ziekenhuisopname een bijzonder reliëf.

De patiënt en zijn aandoening. Het probleem kanker wordt in sterke mate bepaald door de kennis in dit opzicht bij de bevolking in het algemeen. Door velen wordt kanker beschouwd als een beslist ongeneeslijke ziekte en deze gedachte is duidelijk gebaseerd op ervaring met familieleden, vrienden en kennissen. Men mag aannemen dat deze houding de klachtenduur van kankerpatiënten ongunstig beïnvloedt. Telkens weer vraagt men zich af wat kankerpatiënten zelf weten omtrent de eigen aandoening. De enquête bood gelegenheid hieromtrent beter georiënteerd te geraken.

Het pleit voor de huisartsen, dat zij zo goed geïnformeerd bleken te zijn over het feit of een bepaalde patiënt wel, vermoedelijk wel, vermoedelijk niet of niet bekend was met de aard van de ziekte. Slechts een betrekkelijk klein percentage der registratiekaarten bevat op dit punt geen informatie (tabel 8).

In het kader van de anti-rookcampagne is het voorts merkwaardig, dat van de 948 longkankerpatiënten (mannen), van wie deze gegevens bekend waren, 563 patiënten onbekend waren met de aard van hun ziekte terwijl 135 patiënten hieromtrent vermoedelijk geen idee hadden, tezamen dus circa driekwart van deze groep patiënten. Mogen deze gegevens geheel betrouwbaar worden geacht, als men daarnaast kan vaststellen, dat het mammar-

carcinoom in circa 75 procent der gevallen wel of vermoedelijk wel bekend is? Of moet de verklaring worden gezocht in het feit, dat men vaak zo weinig heeft te bieden bij het longcarcinoom in tegenstelling tot het mammarcarcinoom? Bovendien kan men immers longcarcinoom beter geheim houden dan mammarcarcinoom.

Er is voldoende reden voor de artsenwereld zich te beraden over de invloed van het al of niet bekend zijn met de aard van de eigen ziekte op de psychische toestand van kankerpatiënten en hun naaste omgeving. De status quo van het ogenblik aanzien van de houding van de arts ten opzichte van de kankerpatiënt is in Nederland duidelijk anders dan bijvoorbeeld in de U.S.A. of in Noorwegen.

Slotopmerkingen. Dank zij dit onderzoek kan nog over vele andere gegevens worden beschikt en het is de bedoeling deze zoveel als mogelijk is te benutten in de reeds genoemde studie van de financieel-economische aspecten van de strijd tegen kanker. In dit verband werd in dit overzicht geen aandacht geschonken aan de gegevens inzake de „follow-up” en de validiteit van kankerpatiënten, evenmin als aan de gegevens inzake verdere behandelingen. Een andere reden hiervoor is gelegen in het feit, dat de „follow-up”-gegevens betrekking hebben op een tijdsduur, die varieerde van enkele maanden tot circa anderhalf jaar (jongste casu quo oudste patiënten in het onderzoek betrokken), zodat een merkwaardig beeld zou worden verkregen van bijvoorbeeld nazorg en overlijdenspercentages. Aangezien nagenoeg alle huis-

Tabel 8. Kennis omtrent de aard van de ziekte bij de patiënten zelf.

Kanker uitgaande van:	Patiënt kent zelf aard van de ziekte		Patiënt kent zelf aard van de ziekte vermoedelijk wel		Patiënt kent zelf aard van de ziekte vermoedelijk niet		Patiënt kent zelf aard van de ziekte niet		Gegevens niet vermeld of onbekend	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Slokdarm	6	1	12	2	9	2	13	11	6	3
Maag	36	21	86	43	53	27	274	162	71	53
Colon	16	16	32	32	34	32	124	165	39	31
Rectum	20	13	42	38	30	27	81	47	21	12
Pancreas	4	4	18	11	11	8	56	36	35	13
Larynx	18	3	19	2	14	3	23	3	6	1
Longen	60	4	190	8	135	6	563	22	138	5
Borstklier	2	352	1	363		85	1	156		47
Cervix uteri		31		56		29		139		17
Corpus uteri		15		35		28		110		9
Ovarium		20		27		18		95		10
Prostaat	7		10		28		242		27	
Testis	9		8		7		26		8	
Penis	2		9		2		7		2	
Nier	4	1	12	3	7	9	46	24	12	2
Blaas	10	1	22	12	17	5	71	24	18	4
Huid	69	40	56	17	39	21	161	112	18	5
Botten	4	2	1	2	1	2	13	6	1	2
Morbus Hodgkin	1	4	8	4	4	8	28	18	3	1
Morbus Kahler	1	1	2		3	1	18	15	4	1
Leukemie	5	3	6	3	9	7	59	35	27	12

artsen bereid bleken in de toekomst aanvullende „follow-up”-gegevens van de nog in leven zijnde patiënten te verstrekken, zullen nog belangrijke gegevens beschikbaar komen, welke het beeld van de zorg rondom kankerpatiënten verder zullen completeren, voor zover dit in maat en getal kan worden uitgedrukt.

Wij hebben evenmin gestreefd naar een volledige analyse van de gegevens, waarover kon worden beschikt, maar wij volstonden met een algemene oriëntatie op grond van de bevindingen van dit onderzoek. Wij willen de vele huisartsen danken voor de informatie, welke zij ter beschikking wilden stellen ten dienste van de sociaal-geneeskundige benadering van het kankervraagstuk en wij hopen er in te zijn geslaagd reeds in dit artikel een indruk te hebben gegeven van de buitengewone waarde van deze door hen verschaft gegevens.

Samenvatting. Gedurende zestien maanden hebben circa dertig procent van alle huisartsen in Nederland een aantal gegevens verstrekt van gedurende die periode ontdekte kankerpatiënten. Deze gegevens werden verzameld door het Bureau Kanker-Registratie en -Voorlichting te Amsterdam, nadat bij de opzet van het onderzoek dankbaar gebruik was gemaakt van de adviezen van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Door middel van dit onderzoek werd getracht een indruk te verkrijgen van het gemiddelde aantal kankerpatiënten in de huisartspraktijk. Ongeacht de praktijkgrootte werden per huisarts per jaar 4,2 patiënten geregistreerd. Dit aantal blijft onder de verwachting, gebaseerd op de registratie van kankerpatiënten in de ziekenhuizen. Deze ziekenhuis-registratie heeft aanwijzingen opgeleverd, dat in Nederland jaarlijks ongeveer 30.000 nieuwe gevallen van kanker worden vastgesteld, dat betekent circa zeven patiënten per huisarts (ongeacht de praktijkgrootte). In dit artikel wordt op deze bevindingen nader ingegaan, op grond waarvan de mogelijkheid van „overdiagnosing” van onder andere maagkanker op de overlijdensverklaringen niet geheel kon worden uitgesloten.

Dit onderzoek heeft voorts verschillende bijzonderheden omtrent de diagnose kanker en de behandeling van de betrokken patiënten opgeleverd. Zo bleken er verschillen te bestaan in de „kwaliteit” van de diagnostiek, blijkend uit het feit, dat gemiddeld bij 70 procent van alle mannelijke patiënten en bij 79 procent der vrouwelijke patiënten pathologisch-anatomisch onderzoek van het gezwel werd verricht, met belangrijke verschillen naar localisatie van het gezwel (tabel V). Ook de „doctor's delay”, dat wil zeggen de periode tussen het eerste bezoek aan de huisarts en de datum, waarop de diagnose kanker voldoende vaststond leverde opmerkelijke uitkomsten op (tabel VI).

Voorts werd onder andere aandacht geschonken aan de duur van het verblijf in het ziekenhuis (tabel VII) en het aantal patiënten, dat niet in een ziekenhuis werd opgenomen (tabel IV), waarbij de patiënten werden verdeeld naar localisatie van het primaire gezwel en naar de leeftijd (onder en boven 65 jaar). Ook het vraagstuk inzake het bekend-zijn met de aard der aandoening door de patiënten zelf komt ter sprake (tabel VIII).

Naast deze opsomming van feiten, waarbij slechts ten dele op de achtergronden werd ingegaan, zijn andere gegevens beschikbaar gekomen, die mede basis zullen vormen voor een

verdere analyse van dit onderzoek, alsmede voor een onderzoek naar de financieel-economische aspecten van de kankerbestrijding in Nederland.

Summary.

Cancer patients in general practice. Some 30% of all general practitioners in the Netherlands have supplied a number of data on cases of cancer detected during a 16-month period. These data were collected by the Bureau of Cancer Registration and Information at Amsterdam, after the advice of the Research Committee of the Netherlands General Practitioners' Association had been gratefully used in designing the study.

The object of the study was to attempt an assessment of the average number of cancer patients in a general practice. Regardless of the size of the practice, 4.2 cancer patients were annually registered per general practitioner. This number is below the expectation based on the registration of cancer patients in hospitals. The hospital registration has indicated an annual addition of some 30.000 new cases of cancer in the Netherlands, which is about seven patients per general practitioner (regardless of the size of practice). This paper analyses these findings and indicates that the possibility of „over-diagnosing” (e.g. of gastric carcinoma) on death certificates cannot be excluded with certainty.

In addition, the study yielded various data on the diagnosis of cancer and the treatment of the patients concerned. For example, differences in the „quality” of diagnosing were disclosed on the basis of the fact that a pathological anatomical examination of the tumour was made in an average of 70% of all male and 79% of all female patients, indicating important differences according to the tumour localization (table V).

Striking facts were also revealed concerning the so-called doctor's delay, that is the interval between the first visit to the family doctor and the date at which the diagnosis of cancer was sufficiently established (table VI).

Other data presented include details on the duration of the sojourn in hospital (table VII) and on the number of non-hospitalized patients (table IV), with distribution of patients according to the localization of the primary tumour and age (under and over 65). Another subject discussed is the question of the patient's own knowledge of the nature of his affection (table VIII).

Apart from this enumeration of facts in which backgrounds are only casually discussed, other data have become available which will help to lay the foundation for a further analysis of this study and for an investigation into the financial-economic aspects of cancer control in the Netherlands.

Ent van der, M. (1965) Geneeskundig Jaarboek van Nederland en Rijksdelen Overzee (II), Uitgever H. W. Blok, voorheen W. J. van Hengel, Rotterdam.

Lahr, J. H. F. (1965) huisarts en wetenschap, 8, 53.

Meinsma, L. (1963) Vijfjaarsoverlevingscijfers na kankerbehandeling. Academisch proefschrift, Uitgever H. J. Paris, Amsterdam.

Meinsma, L. (1965) Resultaten behandeling kankerpatiënten Uitgever Stichting L.O.K., Amsterdam.

Meinsma, L. (1966) Klachtenduur en prognose bij kankerpatiënten. T. soc. Geneeskunde (verschijnt binnenkort).

Meinsma, L. en Gh. Zain (1965) Huisarts en wetenschap 8, 69.

Meinsma, L. en Gh. Zain (1965) Huisarts en wetenschap 8, 252.

* Met deze engelse term wordt bedoeld, dat in de overlijdenspapieren de diagnose kanker, met name maagkanker, wellicht als verlegenheidsdiagnose te vaak werd gesteld.