

Kanker in vier huisartspraktijken

WIL VAN DEN BOSCH*

Met behulp van de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie en de patiëntenkaarten van de vier CMR-praktijken werden de incidentie van kanker in de periode 1971-1978, en het beloop in de daaropvolgende vijf jaar onderzocht. Tevens werd de prevalentie van kanker op 1 januari 1984 onderzocht. Opvallend is dat de verschillen in leeftijdsopbouw tussen de vier praktijken zeer duidelijke consequenties hebben voor de incidentie- en prevalentiecijfers. Voorts zijn bij het beloop van de aandoening duidelijke verschillen te constateren tussen mannen en vrouwen; ten aanzien van de zorg van de huisarts zijn deze geslachtsverschillen echter aanzienlijk minder geprononceerd.

Inleiding

De huisarts heeft zeer veel met kanker te maken. In een standaardpraktijk** zal hij in de loop van een jaar bij negen à tien patiënten de diagnose kanker stellen, terwijl zich in datzelfde jaar vijf à zes sterfgevallen door kanker zullen voordoen. Uiteindelijk zal ongeveer een kwart van zijn patiënten aan kanker sterven.¹

Het epidemiologisch onderzoek van kanker heeft zich tot dusver in hoofdzaak in de kliniek afgespeeld. Daarbij waren de populaties steeds geselecteerd en betrof het onderzoek veelal één bepaalde lokalisatie van kanker.

Van Westreenen was een van de eersten die de kankerpatiënten in de huisartspraktijk als groep benaderde.² Reeds in 1965 publiceerde hij in dit tijdschrift de resultaten van zijn onderzoek naar de levensduur van patiënten die uit het ziekenhuis waren ontslagen, nadat was vastgesteld dat hun carcinoom niet meer curatief was te behandelen. Hij constateerde dat na één jaar meer dan 80

procent van deze patiënten was overleden.

Helaas maakte *Van Westreenen* hierbij geen onderscheid tussen mannen en vrouwen. In mijn eigen praktijk viel mij op, dat patiënten bij wie de diagnose kanker lang geleden was gesteld, bijna allen vrouwen waren. Dit werd de aanleiding tot een onderzoek in een viertal praktijken, waarbij juist wél aandacht kon worden besteed aan de geslachtsverdeling.

De vraagstelling van dit artikel luidt als volgt:

- **Incidentie.** Wat is de incidentie van kanker in de vier onderzoekspraktijken in de periode 1971-78?
- **Beloop.** Hoe is het beloop bij mannen en bij vrouwen in de vijf jaar na het jaar waarin de diagnose is gesteld?
- **Prevalentie.** Hoeveel patiënten met kanker zijn ingeschreven in de vier onderzoekspraktijken, en hoe is het gesteld met de verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten (leeftijdsopbouw, lokalisatie van de tumor).
- **Betekenis voor de huisarts.** Hoe lang is de diagnose kanker al bekend op het tijdstip van dit onderzoek, op welke wijze is de zorg voor deze patiënten verdeeld tussen huisarts en specialist, en hoe is het gesteld met de ernst van het klachtenpatroon?

Methoden

Incidentie

Met behulp van de gegevens van de Continue Morbiditeits Registratie van

het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut was het mogelijk een register te maken van alle patiënten in de vier CMR-praktijken bij wie in de periode 1971-1978 een maligniteit is vastgesteld. Door 1978 als laatste jaar te kiezen, was het mogelijk alle patiënten ten minste vijf jaar te volgen.

Vervolgens zijn aan de hand van de patiëntenkaarten van deze patiënten de volgende gegevens vastgelegd: geslacht, leeftijd bij het stellen van de diagnose, lokalisatie en – voor de overleden patiënten – het aantal jaren tussen het stellen van de diagnose en het tijdstip van overlijden. Tevens werd nagegaan of patiënten in de onderzoeksperiode de praktijk hadden verlaten anders dan door overlijden.

De lokalisatie is weergegeven op basis van de orgaansystemen, zodat de gegevens uit dit onderzoek vergelijkbaar zijn met die van het CBS. Een uitzondering vormt de groep *overige*. Kanker waarbij de primaire lokalisatie niet bekend is, wordt door het CBS niet meegerekend. Daarom blijft deze rubriek bij de vergelijking noodgedwongen buiten beschouwing.

Aangezien kanker een sterk leeftijdgebonden aandoening is, terwijl de leeftijdsopbouw in de vier CMR-praktijken sterk verschilt, was het nodig de gevonden incidenties te corrigeren voor leeftijd. Hiervoor is de gemiddelde leeftijdsopbouw van de vier praktijken als standaard gebruikt.

Beloop

Het beloop is vastgesteld door na te gaan, welk deel van de totale populatie met kanker respectievelijk één t/m vijf jaar na het stellen van de diagnose was overleden. Deze *werkelijke sterfte* is vervolgens vergeleken met de *verwachte sterfte*: de sterfte binnen een aselecte groep Nederlanders met dezelfde leeftijdsopbouw als de groep kankerpatiënten. De *verwachte sterfte* is berekend met behulp van sterftetabellen van het CBS.³

Prevalentie

Over de term prevalentie bestaan nog steeds veel misverstanden. Belangrijk is het om verschil te maken tussen *periode-prevalentie* en *punt-prevalentie*. Het eerste begrip heeft betrekking op een periode van één jaar. De gangbare huisartsen-morbiditeitsstatistieken gebruiken deze vorm. Zo schat *Huygen* het aantal kankerpatiënten in een gemiddelde huisartspraktijk op ten minste 25.⁴ *Voorn* spreekt van *bekende gevallen* van kanker en berekent dat de huisarts

Huisarts en Wetenschap 1984; 28

* W. J. H. M. van den Bosch, huisarts te Lent.

** De term *standaardpraktijk* heeft betrekking op een denkbeeldige huisartspraktijk, geconstrueerd met behulp van CBS-gegevens over de bevolkingsopbouw in Nederland in 1976. Deze imaginaire praktijk omvat 2800 patiënten, naar leeftijd en geslacht verdeeld conform de gemiddelden in Nederland in 1976. De incidentie- en prevalentiecijfers uit de vier huisartspraktijken zijn op sommige plaatsen naar deze standaardpraktijk omgerekend. Een dergelijke weergave blijkt voor studenten en huisartsen (in opleiding) vaak inzichtelijker dan de epidemiologisch gebruikelijke notatie per 1000 patiëntjaren.

in de loop van een jaar contact heeft met tien mannen en zestien vrouwen met kanker.⁵ De cijfers van het Monitoring-project liggen wat lager, maar deze cijfers hebben uitsluitend betrekking op de *basispopulatie*, de patiënten die gedurende de gehele tweejarige registratieperiode tot een van de deelnemende praktijken hebben behoord.⁶

Om te weten hoeveel kankerpatiënten er op een bepaald moment in de huisartspraktijk aanwezig zijn, is de puntprevalentie een betere maat. Daarom is voor deze studie één bepaalde peildatum gekozen: 1 januari 1984.

Alle kankerpatiënten die op de peildatum deel uitmaakten van een van de vier CMR-praktijken zijn in het onderzoek betrokken. Aan de hand van een gestructureerde vragenlijst en de patiëntenkaarten hebben de betreffende huisartsen een aantal vragen beantwoord, waarvan de eerste betrekking had op de *zekerheid* van de diagnose kanker. Als criterium werd aangehouden dat histologisch onderzoek moest hebben plaatsgevonden, met positief resultaat. Als dit laatste niet het geval was, diende de diagnose opnieuw overwogen

te worden. Van de patiënten met twee verschillende vormen van kanker werden deze beide in deze studie opgenomen. Van de patiënten met een dubbelzijdig mamma- of longcarcinoom werd het „oudste” carcinoom bestudeerd.

Betekenis voor de huisarts

Om zicht te krijgen op de consequenties voor het werk van de huisarts dienden voorts de volgende vragen te worden beantwoord:

- Op welke leeftijd is de diagnose gesteld? Hiervoor werd de datum aangehouden waarop de diagnose in de registratie was vermeld.
- Bij wie was de patiënt op 1 januari 1984 onder controle? De volgende mogelijkheden werden aangegeven: geen systematische controle, alleen systematische controle door de specialist, systematische controle door de huisarts speciaal gericht op het probleem kanker, systematische controle door de huisarts voor een andere reden, waarbij het probleem kanker geregeld aan de orde komt, en combinaties van deze mogelijkheden.
- Hoe is, voor zover bekend, de ernst

van het klachtenpatroon van de patiënt op 1 januari 1984? Er werd daarbij onderscheid gemaakt tussen de volgende categorieën: voor zover bekend geen klachten van kanker, klachten rechtstreeks verband houdend met kanker, maar de validiteit en het leven niet direct bedreigend, ernstige klachten bij een patiënt die nog niet in de stervensfase is, en stervensfase.

Bij deze indeling dienen nog enkele opmerkingen te worden gemaakt. Als een patiënt tengevolge van kanker een handicap had opgelopen, zoals een mamma-amputatie of een anus praeternaturalis, terwijl er op het moment van de peildatum geen aanleiding was tot het presenteren van klachten, werd de patiënt ingedeeld in de categorie *geen klachten*. Huidcarcinomen zonder consequenties ad vitam zijn alleen bij de verdeling over de lokalisaties opgenomen; bij de andere vraagstellingen zijn ze buiten beschouwing gebleven.

Resultaten

Incidentie

In de periode 1971-1978 werd in de vier huisartspraktijken in totaal bij 324 personen de diagnose kanker gesteld. Van deze groep bleken 16 mannen en 16 vrouwen in de onderzoeksperiode te zijn uitgeschreven wegens verhuizing of overplaatsing naar een verpleegtehuis. Zij zijn verder buiten beschouwing gebleven. Qua leeftijdsverdeling, geslacht, verdeling over de praktijken en lokalisatie van de kanker week deze groep niet in belangrijke mate af van de resterende onderzoekspopulatie. De onderzoekspopulatie bestond aldus uit 292 patiënten met kanker, 152 mannen en 140 vrouwen.

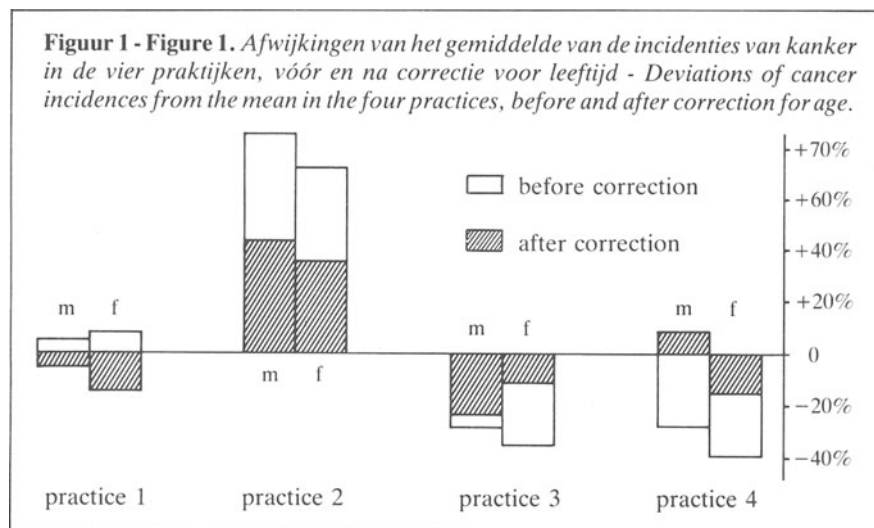
In *tabel 1* zijn de incidenties van kanker per orgaansysteem weergegeven, naast de cijfers van de regionale kankerregistratie.⁶ De mate waarin kanker voorkomt, blijkt per praktijk sterk te variëren: de incidentie van alle vormen van kanker tezamen is in de ene praktijk meer dan tweemaal zo groot als in de andere. Voor een groot deel zijn de gevonden verschillen echter terug te voeren op verschillen in leeftijdopbouw (*figuur 1*).

Beleop

In de *figuren 2* en *3* is zowel de verwachte sterfte als de werkelijke sterfte in beeld gebracht. Op tijdstip 0 is 100 van de patiënten in leven. Elk jaar daalt dit percentage. Zo sterft 32 procent van alle mannelijke patiënten met kanker bin-

Tabel 1. De belangrijkste vormen van kanker in de vier CMR-praktijken en de vergelijkbare schattingen uit de regionale kankerregistratie (CBS). Incidenties per 100.000 patiënten per jaar.

Lokalisatie	Mannen		Vrouwen	
	CMR	CBS	CMR	CBS
Maag-darmkanaal	72	76	46	53
Luchtwegen	99	76	4	5
Mamma		1	105	66
Urogenitaalstelsel	67	54	49	63
Huid	44	29	42	19
Overige	38	26	49	20
Totaal (zonder overige)	282	296	246	216



nen één jaar na het stellen van de diagnose.

De sterfte blijkt per geslacht sterk te verschillen, ook als rekening wordt gehouden met de verwachte sterfte. De populatie mannelijke kankerpatiënten wordt snel kleiner: na twee jaar is meer dan de helft van hen overleden; daarna wordt de curve minder steil. Bij de vrouwen is na twee jaar nog bijna driekwart in leven, terwijl de curve zich daarna vrijwel lineair voortzet. De oversterfte aan kanker bij mannen doet zich dus in hoofdzaak in de eerste jaren na het stellen van de diagnose voor. De oversterfte bij de vrouwen heeft daarentegen een veel geleidelijker verloop.

In versterkte mate zijn deze bevindingen terug te vinden bij de twee meest frequente lokalisaties van kanker, het bronchuscarcinoom bij de man en het mammacarcinoom bij de vrouw: driekwart van de mannen met een longcarcinoom sterft al binnen twee jaar, daarna blijft de curve vrij constant; van de vrouwen met een mammacarcinoom sterft gedurende deze vijf jaar ieder jaar ongeveer eenzelfde percentage boven de te verwachten sterfte (figuren 4 en 5).

Prevalentie

In negen gevallen bleek de diagnose anders dan door histologie tot stand te zijn gekomen.

Zorgvuldige bestudering wees uit dat in twee gevallen ernstig getwijfeld moest worden aan de diagnose. Bij één patiënt was op klinische en röntgenologische gronden de diagnose oesophaguscarcinoom gesteld, bevestigd door biopsieën (zij het dat de patholoog-anatoom een slag om de arm had gehouden). Jaren later bleek de klinische toestand echter onveranderd. Bij de tweede patiënt was de diagnose prostaatacarcinoom gesteld op basis van het rectaal toucher en bloedchemie. Er werd geen behandeling ingesteld. Na drie jaar bleek de patiënt nog steeds klachtenvrij.

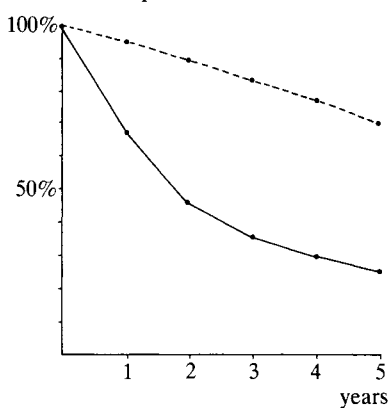
Deze twee casus zijn verder buiten beschouwing gelaten. De overige zeven patiënten werden wél als kankerpatiënt beschouwd, omdat het klinische beloop bij hen geen vraagtekens over de diagnose had opgeroepen.

In totaal werden per 1 januari 1984 76 mannen en 100 vrouwen gevonden met een carcinoom, van wie twee mannen en acht vrouwen een dubbelcarcinoom hadden (bijlage). Als we de gevallen van huidcarcinoom zonder consequenties ad vitam buiten beschouwing laten, gaat het om 61 mannen en 92 vrouwen. Omgerekend naar een standaardpraktijk**, betekenen deze cijfers: 19 mannen en 25

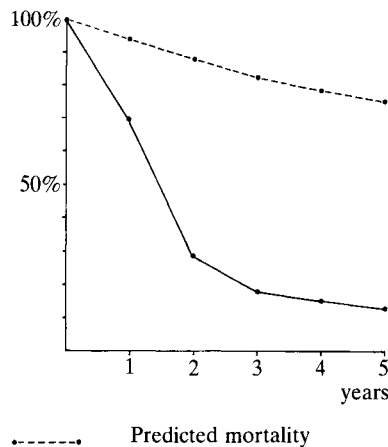
Tabel 2 - Table 2. Leeftijdsverdeling patiënten met kanker, uitgezonderd huidcarcinomen zonder consequenties ad vitam - Age distribution of patients with cancer, excluding skin cancers without vital consequences.

Age in years	absolute		prevalence	
	m	f	m	f
0- 4	-	-	-	-
5-14	1	1	1	1
15-19	1		2	
20-49	3	13	2	5
50-64	22	29	26	33
65-74	13	17	39	43
75+	21	32	108	103
Total	61	92	11	16

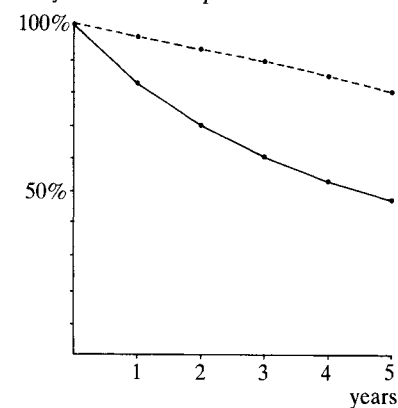
Figuur 2 - Figure 2. De verwachte sterfte in de algemene mannelijke bevolking en de werkelijke sterfte bij de mannelijke kankerpatiënten - Predicted mortality in the general male population and true mortality in the male cancer patients.



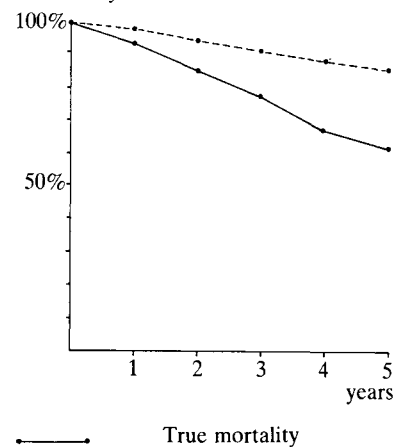
Figuur 4 - Figure 4. De verwachte sterfte in de algemene mannelijke bevolking en de werkelijke sterfte bij de mannelijke patiënten met longkanker - Predicted mortality in the general male population and true mortality in male patients with bronchial carcinoma.



Figuur 3 - Figure 3. De verwachte sterfte in de algemene vrouwelijke bevolking en de werkelijke sterfte bij de vrouwelijke kankerpatiënten - Predicted mortality in the general female population and true mortality in the female cancer patients.



Figuur 5 - Figure 5. De verwachte sterfte in de algemene vrouwelijke bevolking en de werkelijke sterfte bij de vrouwelijke patiënten met borstkanker - Predicted mortality in the general female population and true mortality in female patients with mammary carcinoma.



vrouwen (inclusief alle huidcarcinomen) en 16 mannen en 24 vrouwen (uitsluitend carcinomen met consequenties ad vitam).

Zoals verwacht mocht worden, is de prevalentie leeftijdgebonden. Van alle personen boven de 75 jaar heeft meer dan 10 procent een carcinoom. Op deze

leeftijd is er bijna geen verschil meer tussen mannen en vrouwen, maar op jongere leeftijd is dat verschil er wél (tabel 2). De gemiddelde vrouwelijke carcinoompatiënt is jonger dan de mannelijke. Van de mannen met een carcinoom is 8,2 procent jonger dan 50 jaar, tegen 15,2 procent van de vrouwen.

Tabel 3. De prevalentie (per 1000 patiënten) van de belangrijkste lokalisaties van kanker, volgens vier studies.

Lokalisatie	CMR ^a	Monitoring-project ^a	Vdb ^b	Engeland ^b
Luchtwegen ^c /bronchus ^d	0.6	0.4	1.3	0.9
Maag-darmkanaal ^c /colon, rectum ^d	1.7	1.0	1.7	0.9
Mamma	3.3	2.0	3.8	2.4
Urogenitaal app. vrouw	1.4	1.4		
Cervix			0.6	1.9
Corpus			0.6	0.9
Urogenitaal app. man	0.6	1.5		
Prostaat			0.8	0.8

^a Periodeprevalenties. ^b Puntprevalenties. ^c CMR en Monitoringproject. ^d Van den Bosch en Engeland.

In tabel 3 zijn de prevalenties voor enkele belangrijke lokalisaties weergegeven, en in tabel 4 de prevalenties voor de afzonderlijke praktijken.

Betekenis voor de huisarts

• In figuur 6 is weergegeven hoeveel jaar vóór de peildatum de diagnoses kanker zijn gesteld. We zien dat de curves dezelfde verschillen tussen mannen en vrouwen tonen als de figuren 2 en 3. Bij bijna een derde van de vrouwen en bij minder dan 10 procent van de

Tabel 4. Prevalentie van kanker (per 1000 patiënten) in de vier CMR-praktijken, vóór en na correctie voor leeftijd.

	Voor	Na
Praktijk 1	15.2	14.1
Praktijk 2	16.1	12.3
Praktijk 3	14.5	15.0
Praktijk 4	7.9	10.8

Synopsis

Van den Bosch WJHM. Cancer in four general practices. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 356-61, 375.

Introduction. This study of cancer in general practice was carried out in four practices which have participated in continuous morbidity registration (CMR) since 1971. The problem definition was as follows.

Incidence. What was the incidence of cancer in the four study practices during the period 1971-1978?

Course. What was the course in men and women during the five years following the year of diagnosis?

Prevalence. How many patients with cancer were registered in the four study practices, and what were the differences between male and female patients (age distribution, tumour localization)?

Significance to the general practitioner. How long has the diagnosis cancer been known at the time of the study, how is the care of these patients divided over general practitioner and specialist, and how severe is the pattern of symptoms?

Methods

Incidence. All patients in whom a malignancy was diagnosed in the four study practices during the period 1971-1978 were listed on the basis of the CMR data. Further data were obtained from their patient records. Finally the incidences found in the four practices were corrected for age, using the mean age distribution as reference.

Course. The course was determined by establishing which proportion of the total population with cancer had died one through five years after the diagnosis.

Prevalence. For this part of the study 1st January 1984 was chosen as probing date: all patients with cancer registered on that date in one of the four CMR practices were entered in the study. On the basis of a structured questionnaire and the patient records, the four general practitioners involved answered questions about these patients.

Significance to the general practitioner. In an attempt to assess the implications for general practice work, the following questions were to be answered: what was the age of diagnosis, in whose care was the patient on 1st January 1984 and what was the severity of the patient's symptoms pattern on 1st January 1984 (if known)?

Results

Incidence. During the period 1971-1978, cancer was diagnosed in a total of 324 persons in the four general practices. Of this group, 16 men and 16 women proved to have been transferred to a nursing home or registered in another general practice during the study period, leaving a study population consisting of 292 patients with cancer: 152 men and 140 women. The four practices varied markedly in the incidence of all forms of cancer taken together (this was twice as high in one practice as in another). However, the differences were found to be largely based on differences in age distribution (figure 1).

Course. Expected mortality and real mortality are listed in figures 2 and 3. Figures 4 and 5 present these data for the two most common cancer localizations: bronchial carcinoma in men and mammary carcinoma in women.

Prevalence. On 1st January 1984 there were 76 men and 100 women with a carcinoma (including two men and eight women with a double carcinoma). Leaving aside all cases of skin cancer without vital consequences, 61 men and 92 women remain.

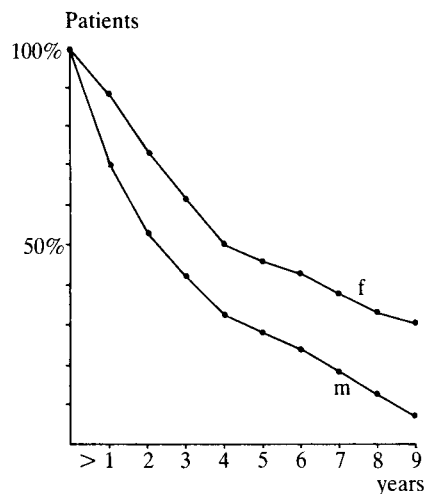
As was to be expected, prevalence proved to be age-dependent. More than 10 percent of all persons aged over 75 have a carcinoma. The difference between men and women has virtually disappeared at this age (table 2). The average female carcinoma patient is younger than the average male carcinoma patient. Of the male carcinoma patients, 8.2 percent are younger than 50 years, versus 15.2 percent of the female carcinoma patients.

Significance to the general practitioner. Figure 6 shows the intervals between the diagnosis and the probing date. The curves indicate similar differences between men and women as those in figures 2 and 3. In terms of medical supervision the differences between men and women are small. These same applied to patients supervised neither by the general practitioner nor by the specialist. Only in the group supervised by the general practitioner for reasons other than cancer is the difference somewhat more pronounced. The vast majority of the patients had no presenting symptoms directly related to their cancer. Entirely as expected, the percentage of asymptomatic patients was larger in the women. In many women cancer had been diagnosed many years earlier, while in many men this had happened shortly before the probing date.

Keywords: Cancer; Family practice.

Address of author: Pastoor van Laakstraat 52, 6663 CB Lent, The Netherlands.

Figuur 6 - Figure 6. Aantal jaren dat is verlopen tussen het jaar waarin de diagnose is gesteld en de peildatum (retrograde analyse). Percentages - Interval (in years) between year of diagnosis and probing date (retrograde analysis). Percentages.



mannen is de diagnose tien jaar of langer geleden gesteld. Bij 30 procent van de mannen en 10 procent van de vrouwen is de kanker minder dan één jaar voor de peildatum vastgesteld.

• **Tabel 5** geeft een overzicht van het gewicht van de verschillende vormen van begeleiding. *Praktijk 1* onderscheidt zich door een relatief groot aandeel van de huisarts in de controles; veel patiënten worden bovendien zowel door de huisarts als door de specialist gecontroleerd. *Praktijk 2* laat een patroon zien, dat als gemiddeld is te omschrijven; het aandeel van de specialist in de zorg is hier wat groter. *Praktijk 3* valt op door een hoog percentage controles alleen door de specialist. *Praktijk 4* is de praktijk met laagste gemiddelde leeftijd en dus de gunstigste leeftijdsopbouw. Het aandeel in de controles door de specialist is groot, terwijl vrij veel patiënten noch door huisarts noch door specialist worden gecontroleerd.

Met betrekking tot de controle blijken de verschillen tussen mannen en vrouwen klein. Dat geldt eveneens ten aanzien van de groep die noch door de huisarts, noch door de specialist wordt gecontroleerd. Alleen bij de groep die door de huisarts om een andere reden wordt gecontroleerd, is het verschil wat groter.

• Het overgrote deel van de patiënten presenteerde de huisarts geen klachten die rechtstreeks in verband stonden met hun kanker. Geheel volgens de verwachtingen is het percentage patiënten zonder klachten hoger bij vrouwen (*tabel 6*). Bij veel vrouwen is de diagnose

Tabel 5. Vormen van controle. Percentages per sekse c.q. per praktijk.

	Totaal		Praktijken			
	mannen (n=61)	vrouwen (n=93)	1 (n=44)	2 (n=53)	3 (n=30)	4 (n=27)
1. Geen enkele systematische controle	11	15	14	13	7	22
2. Alleen specialist	33	28	9	36	40	41
3. Huisarts speciaal voor kanker	15	10	16	11	13	4
4. Huisarts voor andere redenen	8	17	25	6	17	7
5. Combinatie specialist en huisarts speciaal voor kanker	20	15	25	19	3	15
6. Combinatie specialist en huisarts voor andere redenen	13	15	11	15	20	11
Controles waarbij de specialist is betrokken	66	59	45	70	63	67
Controles waarbij de huisarts is betrokken	56	57	77	51	53	37

Tabel 6. De ernst van de klachten. Percentages.

	Mannen	Vrouwen
Geen klachten	60	79
Enkele klachten	20	7
Ernstige klachten	20	7
Terminaal lijden	-	7

immers al vele jaren geleden gesteld, en bij een groot deel van de mannen pas kort vóór de peildatum. Voor zover bekend bij de huisarts, waren er bij ongeveer 15 procent van de patiënten metastasen aangetoond.

De verschillen tussen de praktijken bleken gering. Het feit dat de terminale patiënten allen vrouwen bleken te zijn, zal waarschijnlijk aan het toeval moeten worden toegeschreven.

Beschouwing

Allereerst moet met nadruk worden gewezen op de betrekkelijkheid van de gevonden gegevens. Het materiaal is verzameld in vier huisartspraktijken, alle gelegen in het oosten van het land: één praktijk in een grote stad, één in een kleine stad en twee op het platteland. De aantallen zijn betrekkelijk klein en er zijn slechts enkele kwantitatieve factoren aan de orde gekomen. Zo blijken er tussen de praktijken ook grote verschillen in de lokalisatie van de kanker te bestaan. Mammacarcinoom komt bijvoorbeeld in twee praktijken relatief veel voor. Voor één van deze praktijken kan dit feit worden toegeschreven aan het bevolkingsonderzoek dat in Nijmegen heeft plaatsgevonden: meer vroegtijdig opgespoorde vrouwen met mammacarcinoom, met dientengevolge een

langere leadtime. Voor de andere praktijk geldt deze verklaring echter niet. Er is dus alle reden om voorzichtig te zijn met generalisaties.

Toch zijn er ook punten te noemen die de resultaten van deze studie bijzonder maken. Door de opbouw van de Continue Morbiditeits Registratie is het in de vier CMR-praktijken bijna onmogelijk de diagnose kanker over het hoofd te zien, ook al is deze al ver in het verleden gesteld: de diagnose kanker wordt elk jaar opnieuw gecodeerd, zodat alle kankerpatiënten automatisch onder de aandacht blijven. Voorzover er in het verleden fouten zijn gemaakt, zijn deze bovendien gecorrigeerd, doordat alle gegevens zijn nagezocht op de patiëntenkaarten. Twijfel aan een diagnose werd besproken en leidde zo nodig tot correctie. Aangenomen mag dus worden dat de gegevens in deze studie een compleet en betrouwbaar beeld geven van het vóórkomen van kanker in de vier huisartspraktijken.

Incidentie

De totale incidentie van kanker is volgens onze studie hoger dan volgens de regionale kankerregistratie het geval zou zijn; ook voor de meeste lokalisaties levert ons onderzoek hogere cijfers op. Ten aanzien van de huidcarcinomen – waarvoor niet altijd wordt verwezen – ligt dat min of meer voor de hand; andere verschillen, zoals bij het mammacarcinoom, zijn niet zo makkelijk te verklaren. Opvallend is ook de hogere landelijke incidentie voor kanker van de tractus urogenitalis bij vrouwen. In ieder geval vormen deze verschillen opnieuw een aansporing om voorzichtig te zijn met de gegevens uit de huidige kankerregistratie.^{8,9}

Bijlage. De patiënten met een dubbelcarcinoom.

Geslacht	Jaar en lokalisatie eerste carcinoom	Jaar en lokalisatie tweede carcinoom
V	1972 mammacarcinoom	1982 carcinoom andere mamma
V	1971 cervixcarcinoom	1980 mammacarcinoom
V	1963 cervixcarcinoom	1972 huidcarcinoom ^a
V	1971 corpuscarcinoom	1973 mammacarcinoom
M	1983 longcarcinoom	1983 larynxcarcinoom
V	1981 mammacarcinoom	1983 carcinoom andere mamma
V	1969 coloncarcinoom	1983 mammacarcinoom
M	1980 longcarcinoom	1983 carcinoom andere long ^b
V	1974 huidcarcinoom	1974 mammacarcinoom ^c
V	1959 mammacarcinoom	1979 longcarcinoom

^a zonder consequenties. ^b andere histologie. ^c in 1977 carcinoom andere mamma.

De aanzienlijke verschillen in incidentie tussen de praktijken blijken voor een groot deel te kunnen worden verklaard door verschillen in leeftijdsopbouw. Het gaat daarbij om verschillen die in Nederland zeker niet extreem genoemd kunnen worden, en die kennelijk gepaard gaan met een verdubbeling van het aantal nieuwe kankerpatiënten per jaar. Het behoeft geen nadere uitleg dat dit voor de praktijkvoering van de huisarts grote consequenties heeft. In dit licht zal ook de voorspelde vergrijzing grote invloed hebben.^{7 10}

Beloop

Door de uitkomsten van deze studie wordt nog eens de aandacht gevestigd op het grote verschil in beloop tussen mannen en vrouwen. Het is voor de huisarts van belang te weten dat twee jaar na het stellen van de diagnose al meer dan de helft van zijn mannelijke kankerpatiënten is overleden, terwijl de oversterfte aan kanker bij vrouwen veel geleidelijker verloopt. Een belangrijke verklaring hiervoor is het verschil in beloop tussen het mamma- en het longcarcinoom.

Prevalentie

Als er, zoals hierboven gesteld, inderdaad een onderrapportage zou bestaan ten aanzien van de incidentie van kanker, geldt dit nog in sterkere mate voor de prevalentie. In de registraties vanuit de huisartspraktijk wordt uitgegaan van bekende gevallen van kanker die in het registratiejaar met de huisarts in contact zijn geweest.^{5 6} Een aantal patiënten met kanker zal de huisarts dat jaar niet hebben gezien.***Bovendien zal een huisarts met 44 carcinoompatiënten in

zijn praktijk, van wie 6 patiënten met een onschuldig huidcarcinoom, jaarlijks 9 maal een nieuwe diagnose kanker stellen, terwijl er in datzelfde jaar 5 à 6 patiënten aan kanker zullen sterven. De wisselingen in de populatie kankerpatiënten zijn dus groot.

Betekenis voor de huisarts

Veroudering van de praktijkpopulatie leidt onmiddellijk tot een groter aantal kankerpatiënten. Dat wil zeggen: meer terminale zorg en meer stervens- en rouwbegeleiding.

De categorie waarbij de diagnose reeds ver in het verleden is gesteld, bestaat in hoofdzaak uit vrouwen. Bij mannen is de diagnose vaker recent gesteld. Deze verdeling wettigt het vermoeden dat de actieve bemoeienis van de huisarts bij mannen groter zal zijn dan bij vrouwen. De gevonden verschillen zijn echter klein.

In totaal besteedt de huisarts regelmatig zorg aan meer dan de helft van de kankerpatiënten. Per praktijk verschilt dit van ongeveer eenderde tot meer dan driekwart van alle kankerpatiënten. Met betrekking tot de zorg door de specialist zijn de verschillen minder groot.

Pruyn e.a. maken onderscheid tussen de informatieve en de ondersteunende functie van de huisarts bij de zorg voor kankerpatiënten. Zij zien, evenals *Cuisinier e.a.*, knelpunten die beïnvloed zouden kunnen worden door de relatie van de huisarts met de specialist.^{11 12} Het lijkt tegen deze achtergrond een goede zaak dat in de helft van de gevallen waarin de patiënt onder controle stond van een specialist, ook de huisarts geregeld contact onderhield.

De samenwerkingsproblemen binnen de eerste lijn die door *Schadé* zijn geïnventariseerd,¹³ zijn in deze studie niet

aan de orde gekomen. Gezien het feit dat in alle vier de registratiepraktijken door verschillende artsen wordt (samen)gewerkt, verdient deze factor in de toekomst nadere bestudering.

De meest intensieve zorg wordt door de huisarts gegeven in de fase rond het stellen van de diagnose en in de laatste fase van het leven. Vooral bij mannen zullen deze fasen frequent in elkaar overlopen. Het grootste deel van de kankerpatiënten in de huisartspraktijk bevindt zich echter in de tussenfase, met weinig of geen klachten. Of bij deze patiënten geregelde zorg door de huisarts wel of niet gewenst is, zal individueel bepaald zijn.

Conclusies

Doordat deze studie betrekking heeft op de gehele populatie kankerpatiënten in een viertal huisartspraktijken, was het mogelijk een aantal punten te belichten die eerder niet duidelijk naar voren zijn gekomen. De belangrijkste uitkomsten worden hieronder nog eens opgesomd:

- Wat betreft de incidentie van kanker levert ook deze studie aanwijzingen op voor een mogelijke onderreportage in de Nederlandse kankerregistratie.
- Volgens deze studie blijken in de gemiddelde huisartspraktijk veel meer kankerpatiënten voor te komen dan op grond van morbiditeitsstatistieken wordt aangenomen.
- Verschillen in leeftijdsopbouw van huisartspraktijken leiden tot zeer grote verschillen in de incidentie en prevalentie van kanker, met duidelijke consequenties voor het werk van de huisarts.
- Wat betreft het beloop van kanker en de overlevingsduur bestaan er grote verschillen tussen mannen en vrouwen.
- Tussen de praktijken werden belangrijke verschillen gevonden met betrekking tot het aandeel van de huisarts en de specialist in de zorg voor de kankerpatiënt.
- Het merendeel van de kankerpatiënten in de huisartspraktijk presenteerde op het tijdstip van de studie weinig klachten.

Dankbetuiging

Zonder de hulp van de registrerende huisartsen, T. Lagro-Jansen, B. Lagro, J. Schellekens, Th. Voorn en K. Bakx, zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest.

Literatuur op pag. 375.

*** *Lamberts* geeft echter ook de *restprevalentie* over het tweede registratiejaar.⁶

Dankbetuiging

Met dank aan M. Hamers en M. Jansen, beiden medisch student, die in het kader van een wetenschappelijke stage actief betrokken waren bij de uitvoering van deze enquête.

- ¹ Bruins CP. Wat verwacht de huisarts van de computer? Med Contact 1976; 31: 240.
- ² Van de Hoogen J, Brassé M. Huisarts en computer. Med Contact 1984; 39: 593-5.
- ³ Baldwin DW. Experience with microcomputers. Practitioner 1985; 229: 643-6.
- ⁴ Van der Perk MA, Slager JN, Springer MP. Huisarts en computer. Een handreiking. Med Contact 1984; 39: 813-4.
- ⁵ Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior; an introduction to theory and research. Massachusetts: Addison Wesley, 1975.
- ⁶ Van Es JC, De Melker RA, Goosmann FC. Kenmerken van de huisarts II. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- ⁷ Van Aalderen HJ, De Haan M, Van Stavereen G. Richtlijnen voor de opleiding tot huisarts. Amsterdam: Huisartsen Instituut VU, 1980.
- ⁸ Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

Literatuur bij Van den Bosch W. Kanker in vier huisartspraktijken (pp. 356-61)

- ¹ Continue Morbiditeits Registratie NUH 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.
- ² Van Westreenen E. Huisarts en carcinoompatiënt. Huisarts en Wetenschap 1965; 8: 241-3.
- ³ Centraal Bureau voor de Statistiek. Compendium gezondheidsstatistiek Nederland 1974. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974.
- ⁴ Huygen FJA. Carcinoom in de huisartspraktijk. Patient Care 1982; 9(8): 2-4.
- ⁵ Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1983.
- ⁶ Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 401-14.
- ⁷ Harmse NS, De Waard F. Recente ontwikkelingen van de kankerfrequentie in drie registratiegebieden in Nederland. Tijdschr Soc Geneeskd 1973; 51: 670-9.
- ⁸ Bijlsma F. Waarom kankerregistratie? Med Contact 1981; 36: 695-6.
- ⁹ Schadé E. Over de volledigheid van de voorgestelde landelijke kankerregistratie. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 171-3.
- ¹⁰ Van den Hoogen HJM, Schellekens JWG, Schröder PBM, e.a. Huisarts en vergrijzing. Tijdschr Soc Geneeskd 1982; 60: 870.

- ¹¹ Pruyt JFA, Van Brunschot CJM, Verbunt HMJ, Van den Borne HW. De rol en betekenis van de huisarts voor kankerpatiënten. Tijdschr Soc Geneeskd 1984; 27: 806-9.
- ¹² Cuisinier M, Van Eyk J, Jonkers R, Dokter H. De confrontatie met kanker in de huisartspraktijk: knelpunten in zorg. Metamedica 1984; 63: 388-97, 404-16.
- ¹³ Schadé E. Problemen bij de begeleiding van patiënten met kanker. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 246-8.
- ¹⁴ Urquhart AS, Whitford DL. Care of malignant disease in an urban practice. J R Coll Gen Pract 1985; 35: 326-8.

Vervolg literatuur bij Schaake-Koning CCE. e.a. De behandeling van borst- en longkanker (pp. 362-5)

- ¹⁷ Carbone PP, Bauer M, Bond P, Tormey D. Chemotherapy of disseminated breast cancer. Current status and prospects. Cancer 1977; 39: 2916-22.
- ¹⁸ Bull JM, Tormey DC, Shou-Hua Li, et al. A randomized comparative trial of adriamycin versus methotrexate in combination drug therapy. Cancer 1978; 41: 1649-57.
- ¹⁹ Rossi A, Bonadonna G, Valagussa P, et al. CMF adjuvant program for breast cancer: five-year results. In: Proc Am Soc Clin Onc 1980; 21: C336, 404.
- ²⁰ Freyse G, Gabler A, Liebig S. Bronchiocarcinoma and long term survival. Retrospective study of 433 patients who underwent resection. Thorax 1978; 33: 228-34.
- ²¹ Salazar OM, Creech RH. „The state of the art” toward defining the role of radiation therapy in the management of small cell bronchogenic carcinoma. Int J Rad Onc Biol Phys 1980; 6: 1103-17.
- ²² Noordijk EM. Classificatie, stadiumindeling en radiotherapie van het bronchuscarcinoom [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden, 1983.
- ²³ Salazar OM, Rubin Ph, Brown JC, et al. The assessment of tumor response to irradiation of lung cancer: continuous versus splitcourse regimes. Int J Rad Onc Biol Phys 1976; 1: 1107-18.
- ²⁴ Hansen HH, Rørth M. Lung cancer. In: Pinedo HM, ed. Cancer chemotherapy. Amsterdam: Excerpta Medica, 1981.

Literatuur bij Schadé E. De rol van de huisarts bij de behandeling van kanker (pp. 366-8)

- ¹ Woodbine G. The care of the patient dying from cancer. J R Coll Gen Pract 1982; 32: 685-9.

- ² Van Doorn C, Zeldenrust M. Beleving en verwerking van zwaar ziek zijn. Weesp: De Haan, 1984.
- ³ Twycross RG. Incidence and assessment of pain in terminal cancer. In: Twycross RG, Ventafridda V. The continuing care of terminal cancer patients. Oxford: Pergamon Press, 1980.
- ⁴ Schadé E. Een pijnadvies en een pijnkaart. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 231-4.
- ⁵ Schadé E. Problemen bij de begeleiding van patiënten met kanker. Huisarts en Wetenschap, 1984; 27: 246-8.
- ⁶ Van der Ploeg E. Mamma-amputatie. In: Szabó BG, Van der Ploeg E, Brand ES, red. Medische zorg voor de patiënt met kanker. Amsterdam, Brussel: Elsevier, 1984.
- ⁷ Bergman RB, Van Dam FSDM. Borstconstructie [Dissertatie] Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1981.
- ⁸ Meinesz AF. Inbegrepen bij longcarcinoom. In: Szabó BG, Van der Ploeg E, Brand ES, red. Medische zorg voor de patiënt met kanker. Amsterdam, Brussel: Elsevier, 1984.
- ⁹ Szabó BG, Van Dijk-Milatz A. Radiotherapie. In: Szabó BG, Van der Ploeg E, Brand ES, red. Medische zorg voor de patiënt met kanker. Amsterdam, Brussel: Elsevier, 1984.
- ¹⁰ Somers R, Dobbenburgh OA van, Wals A, red. Richtlijnen voor het onderzoek en de behandeling van kwaadaardige aandoeningen in het Antoni van Leeuwenhoek-ziekenhuis, 1982.
- ¹¹ Van Orshoven A, Spreeuwenberg C. De huisarts en de patiënt met acute leukemie. In: Punt K, Verwilghen RL, red. Acute leukemie. Alphen a/d Rijn, Brussel: Staf-leu, 1983.
- ¹² Schadé E, Reenders K, Groenveld G. De begeleiding van de patiënt met kanker door de huisarts. In: Szabó BG, Van der Ploeg E, Brand ES, red. Medische zorg voor de patiënt met kanker. Amsterdam, Brussel, Elsevier 1984.
- ¹³ Cuisinier M, Van Eyk J, Jonker R, Dokter H. De confrontatie met kanker in de huisartspraktijk: Knelpunten in de zorg (I). Metamedica, 1984; 63: 388-97.

Rectificatie

In het septemnummer van *Huisarts en Wetenschap* wordt op pagina 307 het *Advies inzake epidemiologie en preventie van ischemische hartziekten* besproken. Dit advies is niet uitgegeven door de Staatsdrukkerij, zoals ten onrechte in de literatuurlijst is vermeld, maar door de Gezondheidsraad. Het kan daar ook besteld worden (telefoon 070-47 14 41, toestel 127).