

Kanker

In 1985 was bij 27% van de overlijdensgevallen kanker in enigerlei vorm de primaire doodsoorzaak. Eén op de vijftien in ziekenhuizen opgenomen patiënten ligt daar wegens een maligne aandoening, terwijl één op de zestien operaties wordt verricht in verband met een bestaand kankerproces*. Uit de berekeningen van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg blijkt dat men kan verwachten dat in het jaar 2000 het aantal overleden lijdens aan een kankerproces vergeleken met 1980 met 33% zal zijn toegenomen, terwijl de bevolking slechts met 8½% zal zijn gegroeid; maar ook zal het aantal in leven zijnde kankerpatiënten in diezelfde periode met ruim 70% toenemen. Kanker is verre van een aflopende zaak: bij een onveranderde voortgang zal het aantal patiënten met kanker een aanzienlijke groei laten zien. Een dergelijke situatie rechtvaardigt geheel de bijzondere aandacht die aan genoemde ziekte wordt gewijd. De in 1973 aangevangen beleidsontwikkeling wordt onder andere gekenmerkt door een geïntegreerde aanpak van onderzoek, behandeling en preventie. Deze ontwikkeling is onder andere uitgemond in de oprichting van een achttal regionale kankercentra. In dit nummer wordt in een zestal artikelen op de taak en de rol van deze centra ingegaan.

De opzet waarvoor is gekozen bevat een aantal belangrijke pluspunten. Een van de voornaamste daarvan is dat oncologische kennis en ervaring niet in een beperkt aantal centra worden opgesloten, maar over zeer veel ziekenhuizen worden gespreid, waardoor patiënten voor onderzoek en behandeling veelal in een voor hen vertrouwde omgeving kunnen verblijven. De bestaande en nog verder tot ontwikkeling te brengen organisatie kan een overeenkomstige stand van de wetenschap optimale behandeling aan zoveel mogelijk mensen ten goede laten komen. Er ontwikkelt zich echter wel een categorale voorziening, die per definitie dwars door de bestaande structuren van de gezondheidszorg heengaat. Dat is overigens eerder vertoond, zoals bij de tuberculosebestrijding. Een belangrijk voordeel van de thans gerealiseerde op-

J. C. van Es
**Integratie
 intra- en extramurale
 hulp vergt
 andere organisatiekaders**

zet is voorts dat het patiëntgebonden onderzoek erdoor kan worden bevorderd: de kliniek en de researchlaboratoria worden dicht bij elkaar gebracht. Nog een voordeel is dat klinisch onderzoek en epidemiologisch onderzoek beter met elkaar in relatie kunnen worden gebracht. Het is te hopen dat de kankerregistratie bijdragen zal gaan leveren tot onderzoek naar de invloed van onder andere geslacht, leeftijd, erfelijke factoren, sociale omstandigheden, beroepsuitoefening, leerwijze en leefsituatie op het ziek worden; op deze gebieden vertoont Nederland een grote achterstand bij bijvoorbeeld Engeland.

Integratie en een regionale opbouw, dwars door bestaande structuren heen, roepen natuurlijk problemen op. Die zijn ook in enkele van de artikelen in dit nummer van Medisch Contact aangeduid: een te grote zelfstandigheid van de centra en een afnemende behoefte aan landelijk overleg (G.P. Vooijs); onvoldoende consulterende oncologen (R. J. J. Hermans); het – ook al eerder bestaande – spanningsveld tussen een goed behandelingsadvies en de wens deel te nemen aan een 'trial-protocol'; de verzwaring van de taak van specialisten, die niet om de centra hebben gevraagd (J. W. R. Nortier).

Integratie van diagnostiek/therapie, preventie en wetenschappelijk onderzoek doorbreekt óók de grenzen tussen de eerste en de tweede lijn. Het accent ligt op dit moment het sterkst op technologische – en dus aan het ziekenhuis gebonden – diagnostische en therapeutische methoden. De ontwikkeling op deze gebieden gaat zo snel dat ze nauwelijks is

bij te houden: een pleidooi voor de kankercentra. Het lijkt er echter op dat de eerstelijnsgezondheidszorg – zeker de huisartsen – nauwelijks bij een integrale benadering van de bestaande problemen is betrokken. Deze situatie is het gevolg van een onproductieve wisselwerking: het integraal kankercentrum speelt in het denken en handelen van huisartsen tot nu toe een zeer bescheiden rol (F. N. M. Bierens), terwijl van de zijde van ziekenhuizen en specialisten de geneigdheid om huisartsen bij het hulpverleningsproces te betrekken vrij gering is. Sterker nog: als het gaat om extramurale hulpverlening, om psychosociale hulp, dan is de neiging groot om nieuwe organisatorische vormen van (categorale) hulp te bedenken die vanuit het ziekenhuis worden georganiseerd, in plaats van te koersen naar integratie van de huisarts in de hulpverlening – met voorbijgaan aan de huisartsen dus, die zich dan ook voorbij laten gaan: te weinig zijn de huisartsen zelf gespitst op deelname aan de besluitvorming inzake hun patiënten en de kans die zij daartoe krijgen is niet zelden gering.

Integratie van intra- en extramurale hulp vergt andere dan de tot nu bestaande organisatiekaders, andere financieringswijzen, een betere kennis van zaken en de bereidheid tot samenwerking. Bovendien, en dat is van niet geringe betekenis: de krachtverhouding tussen eerste en tweede lijn moet in zoverre in evenwicht komen dat de een niet de bijwagen van de ander wordt. Zolang die krachtverhouding is zoals zij nu is kan men een integratie van eerste en tweede lijn niet aan het spel der vrije krachten overlaten: sturing is hierbij onmisbaar. □

* Kankerbestrijding. Vijfde voortgangsrapportage inzake de kankerbestrijding. Tweede Kamer vergaderjaar 1985-1986, 15426, nr. 38.