

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/24859>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

## Screening van borstkanker in Nederland: leeftijdsdiscriminatie van oudere vrouwen?

Jos A.A.M. van Dijck

In 1989 ging het landelijk onderzoek naar borstkanker van start. Dit bevolkingsonderzoek houdt in dat vrouwen in de leeftijd van 50 tot 70 jaar eenmaal per twee jaar worden uitgenodigd röntgenfoto's van de borsten te laten maken. Met behulp van een dergelijk screeningsmammogram is het mogelijk borstkanker in een vroeg stadium te ontdekken. Naarmate een kankergezwell van de borst kleiner is, en meestal nog zonder uitzaaiingen naar de lymfeklieren, is de kans op genezing groter.

Vrouwen van 70 jaar en ouder behoren niet tot de doelpopulatie van dit bevolkingsonderzoek. Tot 1993 mochten vrouwen in deze leeftijdscategorie blijven deelnemen als ze daartoe zelf actie ondernamen. Budgettaire maatregelen hebben sinds 1993 een einde gemaakt aan dit beleid. Dit ondanks het feit dat (in de situatie zonder screening) ongeveer een op elke drie nieuw gediagnostiseerde gevallen van borstkanker een vrouw van 70 jaar of ouder betreft. De belangrijkste reden die de Ziekenfondsraad aandroeg voor deze ommekeer was het gebrek aan wetenschappelijk bewijs dat screening op oudere leeftijd ook tot een vermindering in de borstkankersterfte zou kunnen leiden.

Het Nijmeegse proefproject, dat in 1975 van start is gegaan, heeft sinds 1977 geen bovenste leeftijdsgrens meer gekend. Daarom lag het voor de hand de effecten van screening bij ouderen te bestuderen in de Nijmeegse populatie die voor screening werd uitgenodigd. Eind 1996 werd het onderzoek aan de Katholieke Universiteit afgerond met de publikatie en verdediging van het proefschrift getiteld 'The efficacy of mammographic screening in elderly women' (van ondergetekende).

De resultaten lieten zien dat het ziektestadium bij de diagnose borstkanker ook door screening op oudere leeftijd gunstig wordt beïnvloed. Verder bleek dat een vermindering in de borstkankersterfte door screening op oudere leeftijd zeer aannemelijk was. Twee patiënt-controle onderzoeken onder Nijmeegse vrouwen van 65 jaar en ouder lieten een vermindering in de borstkankersterfte van circa 50% zien voor gescreende ten opzichte van niet-gescreende vrouwen. Voor vrouwen van 75 jaar en ouder werd geen gunstig effect van screening waargenomen. Het aantal

deelnemers in deze leeftijd was echter zo klein dat geen conclusie omtrent het effect van screening na de leeftijd 75 jaar mogelijk was. Een vergelijking tussen Nijmeegse, uitgenodigde vrouwen en Arnhemse, niet-uitgenodigde vrouwen geboren in de jaren 1895-1909 (68-83 jaar bij de start van de screening in Nijmegen) gaf minder sterke, maar in dezelfde richting wijzende gunstige resultaten. Ook een Zweedse studie liet voor vrouwen van 70 tot 75 jaar een gunstig effect van screening op de borstkankersterfte zien met een sterftevermindering onder uitgenodigde ten opzichte van niet-uitgenodigde vrouwen van circa 30%.

De conclusie was dat door mammografische screening na de leeftijd van 65 jaar, tenminste tot aan 75 jaar, de sterfte aan borstkanker onder de participanten gereduceerd kan worden met 40%. Verder bleek dat vrouwen die bleven deelnemen een relatief groot risico op borstkanker hadden en een lange levensverwachting. Hierdoor zou screening ook na de leeftijd 75 jaar een gunstig effect kunnen hebben. Tot op welke leeftijd is echter onbekend. Wel is het aannemelijk dat er een leeftijd bestaat waarop de negatieve neveneffecten van de screening het positieve effect gaan overschaduwen. Zo zal het aantal gewonnen levensjaren voor sommige patiënten met een bij screening ontdekte borstkanker slechts marginaal kunnen zijn. De tijd dat patiënten moeten leven met de wetenschap borstkanker te hebben, neemt toe. Sommige patiënten zullen zelfs overlijden vóór het moment waarop zonder screening de diagnose zou zijn gesteld. Zij zullen dus onnodig behandeld worden.

De winst zit hem echter niet alleen in het uitgestelde overlijden, maar vooral ook in het veel mildere ziekteverloop indien borstkanker zonder uitzaaiingen op afstand wordt ontdekt. Doordat minder ingrijpende therapie nodig is, kan de kwaliteit van leven van patiënten bij wie borstkanker bij screening is gediagnostiseerd, sterk toenemen. Hier staat wel tegenover de eerder genoemde toename in het aantal jaren met wetenschap van de ziekte.

De uitkomst van het onderzoek is voor de Ziekenfondsraad aanleiding geweest een advies uit te brengen aan de Minister van Volksgezondheid. Blijkens haar brief aan de Tweede Kamer

over organisatie en financiering van preventie en borstkankerscreening bij vrouwen boven de 70 jaar heeft minister Borst dit advies overgenomen. Het luidt dat de screening zou kunnen worden uitgebreid voor vrouwen van 70 jaar en ouder met drie extra screeningsonderzoeken. Deze zouden evenals voor vrouwen van 50-69 jaar om de twee jaar moeten plaatsvinden. Dit betekent dat vrouwen van 75 jaar en ouder niet in aanmerking komen voor een screeningsonderzoek. Uit bovenstaande blijkt dat er aanleiding genoeg is de screening ook toegankelijk te maken voor vrouwen uit oudere leeftijdscategorieën. Mijns inziens is het jammer als niet de kans wordt aangegrepen om op grote schaal het effect van screening na de

leeftijd van 75 jaar te onderzoeken. Indien alle vrouwen van 70 jaar en ouder de keuzemogelijkheid zouden krijgen om aan de screening deel te nemen, hetgeen ook de ouderenorganisaties (het CSO) in maart van dit jaar bij de minister hebben bepleit, is het over een aantal jaren misschien mogelijk antwoord te geven op de vraag of een bovenste leeftijdsgrens moet worden gehanteerd, en zo ja, welke.

Dr. Jos A.A.M. van Dijck

Hoofd kankerregistratie, Integraal Kankercentrum Oost, Epidemioloog, Vakgroep Medische Informatie-kunde, Epidemiologie en Statistiek, Katholieke Universiteit Nijmegen

---

## **B** Boekbespreking

Robert Pool, *Vragen om te sterven. Euthanasie in een Nederlands ziekenhuis*. Rotterdam: WYT Uitgeefgroep, 1996. 234 p., f 39,95.

Dit verslag van een participerend onderzoek van ruim anderhalf jaar in een groot opleidingsziekenhuis in de randstad - alle namen en plaatsen zijn geanonimiseerd - biedt een gevarieerde inkijk in het levensbeëindigend handelen van voornamelijk de medische staf. De schrijver, zelf antropoloog, tevens de onderzoeker, beperkt zich in zijn boek tot tien cases van een vijftigtal onderzochten, die uitvoerig worden beschreven en aan de hand waarvan hij de betreffende problematiek helder beschrijft en becommentarieert. Behalve de medici komen de actoren - patiënten, partners en andere familie, verplegend personeel, vrienden - niet erg scherp in beeld. De vragen van en de aarzelingen bij de artsen staan centraal. Men zou dit een beperking van het onderzoek kunnen noemen.

Duidelijk wordt dat hier sprake is van een grote-stads-problematiek, waar de secularisering om zich heen heeft gegrepen. De vraag naar 'euthanasie' bij de patiënten zou samen kunnen hangen met de ontkerkelijking. Een soortgelijk onderzoek elders - als het daar al uitvoerbaar is - zou andere resultaten te zien geven. Een andere vraag is het beeld dat de onderzoeker bij de patiënten heeft gewekt. Hij liep in een witte jas rond en vergezelde in het begin de behandeld geneesheer. Over de mogelijke rolvermenging in de ogen van de patiënt zegt Pool te weinig. Wellicht is het daaraan ook te wijten dat de patiënten en hun familie hun feitelijke 'sores' zo weinig bij hem op tafel legden en zo weinig van hun emoties tonen. Duidelijk wordt veelvuldig dat het feitelijke euthanatische handelen meerdere vormen kent. Waar wordt de grens van pijnbestrijding overschreden en wordt het sterven bewust verhaast? Er is ook bij een gewetensvolle arts een grijs gebied tussen

palliatieve zorg en bewust euthanatisch handelen. Het is de intentie die geldt, schrijft Pool terecht. Tevens blijkt uit deze studie dat 'terminaal' en 'terminaliteit' te vage begrippen zijn om er juridisch mee te kunnen werken.

Het geheel overziende moet worden gezegd, dat de studie vooral verslag doet van het instrumentele handelen. Wat de medici er aan beleven, wat hun vrezen en verwachtingen zijn, komt bij een enkeling wel aan de orde, maar bij de meeste andere actoren niet. Ook de rol van het verplegend personeel blijft marginaal, hoewel toegegeven wordt dat zij vaak eerder in vertrouwen worden genomen dan de behandelend arts. Zodoende wordt ook weinig zichtbaar van het effect van het onderzoek zelf op de verplegende staf. Het onderzoek zal ongetwijfeld invloed hebben gehad op het doorbreken van het taboe. Tenslotte verbaast het dat de onderzoeker niet voortbouwt op het klassieke werk van Glaser en Strauss, zowel wat hun studie (*Awareness of dying*), als ook wat hun 'grounded theory' betreft. De studie maakt duidelijk dat het levensbeëindigend handelen in een ziekenhuis wel degelijk bespreekbaar is.

J.M.A. Munnichs, emeritus hoogleraar Psychogerontologie KUN.