

# KANKER EN OUDEREN

# 65

**redenen om  
vandaag te  
investeren in  
morgen**

# ‘De aandacht voor kanker bij ouderen schiet ernstig tekort’

WE TELLEN IN  
DIT MAGAZINE  
VAN 1 NAAR 65  
REDENEN OM  
VAN KANKER EN  
OUDEREN  
TOPPRIORITEIT  
TE MAKEN.

65 redenen om vandaag te investeren in morgen. Met dit rode magazine geeft KWF Kankerbestrijding een waarschuwend signaal af: de aandacht voor kanker bij ouderen schiet ernstig tekort! Nu al is zo'n 60 procent van de kankerpatiënten ouder dan 65 jaar. Door de dubbele vergrijzing en de toenemende incidentie van kanker zal het aantal ouderen met kanker de komende jaren met 30% stijgen — **1**. Een verontrustende gedachte, want onze kennis over kanker en ouderen blijft ver achter bij deze explosieve groei — **2**.

### LEEFTIJDSSPECIFIEKE KENMERKEN

Om te voorkomen dat steeds meer oudere kankerpatiënten inadequate zorg krijgen, moet de achterstand snel worden ingelopen. Deze inhaalslag vereist inzicht in een aantal leeftijdsspecifieke kenmerken. Ouderen kampen bijvoorbeeld vaker met bijkomende ziekten en cognitieve of sociale beperkingen. Dat maakt hen over het algemeen kwetsbaarder dan jongere generaties — **3**. Bovendien verschillen hun voorkeuren, wensen en verwachtingen op medisch en psychosociaal gebied regelmatig van die van jongeren. Deze kenmerken bemoeilijken de diagnostiek, behandeling en begeleiding.

### KNELPUNTEN

Tegenstrijdig genoeg richt klinisch onderzoek zich nu vooral op mensen tussen de 30 en 55 jaar. Onderzoek bij ouderen is vanwege de heterogeniteit weliswaar ingewikkelder dan bij mensen van middelbare leeftijd, maar onmogelijk is het niet. Het onderwerp lijkt onderzoekers helaas weinig aan te spreken. Bovendien wordt de urgentie onvoldoende erkend. Naast kennisgebrek doen zich nog vele andere knelpunten voor. De gezondheidszorg is bijvoorbeeld slecht ingericht op de oudere patiënt en de toegankelijkheid laat te wensen over. Kortom, oudere kankerpatiënten krijgen niet wat zij verdienen: zorg op maat — **4**.

### KWALITEIT VAN LEVEN

Het fundament van dit magazine ligt in het eerder verschenen signaleringsrapport van KWF Kankerbestrijding, dat tientallen knelpunten op het gebied van kanker en ouderen blootlegt en tal van aanbevelingen doet. De belangrijkste boodschap uit dit rapport luidt: met meer kennis en meer aandacht in de zorg voor de specifieke problematiek van oudere kankerpatiënten kunnen we hen kwaliteit van leven blijven bieden.

### WAT DOET KWF?

De komende jaren gaat KWF Kankerbestrijding zich meer dan ooit focussen op het onderwerp 'kanker en ouderen'. Uiteraard zullen we onderzoek financieren, maar dat niet alleen: we gaan ons op allerlei manieren sterk maken om het thema hoog op de agenda te krijgen bij onderzoekers, zorgverleners, de overheid en het onderwijsveld. Daarnaast zal KWF partijen bijeenbrengen en hen faciliteren om concreet tot actie over te gaan.

In dit magazine vertellen onderzoekers, medisch specialisten en andere zorgprofessionals waarom Nederland direct behoefte heeft aan meer onderzoek en aandacht voor 65-plussers met kanker. Bij elkaar 65 redenen die de dringende noodzaak onderstrepen. In het belang van de oudere kankerpatiënt daag ik u uit om samen aan oplossingen te werken!

— **Michel Rudolphie**  
Algemeen directeur KWF Kankerbestrijding



- 1
- 2
- 3
- 4

NAAR VERWACHTING ZAL HET AANDEEL  
65-PLUSERS IN NEDERLAND IN 20 JAAR TIJD  
TOENEMEN VAN 17 NAAR 25 PROCENT. (CBS)

IN 2011 WERD BIJ RUIM 100.000  
NEDERLANDERS KANKER  
VASTGESTELD. IN 59 PROCENT  
VAN DE GEVALLEN GING HET  
OM PERSONEN VAN 65 JAAR  
EN OUDER. (NEDERLANDSE KANKERREGISTRATIE)

PROGNOSES WIJZEN UIT DAT HET VÓÓRKOMEN VAN  
KANKER TOT 2020 CIRCA 20 PROCENT ZAL STIJGEN.  
DEZE STIJGING WORDT VOOR BIJNA 95 PROCENT (!)  
TOEGESCHREVEN AAN DE TOENAME VAN KANKER BIJ  
MENSEN OUDER DAN 65 JAAR.  
(CBS EN NEDERLANDSE KANKERREGISTRATIE)

VERWACHT WORDT DAT DE DIAGNOSE  
KANKER BIJ 65-PLUSERS TUSSEN 2011 EN  
2020 IN TOTAAL MET RUIM 18.000 GEVALLEN  
PER JAAR ZAL TOENEMEN.  
(CBS EN NEDERLANDSE KANKERREGISTRATIE)



— Prof. dr. Rudi Westendorp

‘Binnen en buiten de geneeskunde bestaat het beeld dat het op hoge leeftijd allemaal wel meevalt. Dat is een onjuiste veronderstelling. Uit onderzoek van een van mijn promovendi blijkt bijvoorbeeld dat borstkanker bij oudere vrouwen eerder een agressiever dan een milder karakter heeft. Er is veel onwetendheid over kanker op hoge leeftijd. Er is sprake van een generieke achterstand van kennis over kanker bij ouderen. **Dit is een vorm van leeftijdsdiscriminatie.** Als we zeggen dat we kanker willen bestrijden, moeten we dat óók doen in de groep waar kanker juist veel voorkomt: bij oudere mensen.’

— Prof. dr. Rudi Westendorp, hoogleraar Ouderengeneeskunde, internist ouderengeneeskunde in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), voorzitter voormalige SCK-werkgroep Kanker bij Ouderen en directeur Leyden Academy on Vitality and Ageing

‘Internationaal werd er heel lang gedacht dat onderzoek bij ouderen moeilijk was. Liefst verrichtten we onderzoek bij homogene groepen met één aandoening. Ouderen met meerdere aandoeningen vielen daardoor buiten de boot. In de praktijk hebben deze ouderen vaak juist meerdere klachten. **Daarom moeten we weten wat de interactie tussen geneesmiddelen is. En of zorg aanslaat als mensen meerdere aandoeningen hebben.**’

— Dr. Louise Gunning-Schepers, voormalig voorzitter van de Gezondheidsraad, nu voorzitter van het College van Bestuur van de UvA



— 7

Het natuurlijke beloop van kanker bij ouderen is niet goed bekend. (...) **Wanneer gegevens over het natuurlijke beloop ontbreken is de noodzaak voor en prioritering van preventie, opsporing en behandeling bij ouderen niet goed in te schatten.**

— Rapport Kanker bij Ouderen door Signaleringscommissie Kanker, mei 2010



— 9

— 8

**‘In 1950 was iemand van zestig oud. Nu is iemand van tachtig oud en over tien jaar kan dat iemand van honderd zijn.** Ouderdom is daarnaast niet gedefinieerd door ‘kalenderleeftijd’ maar hoe iemand biologisch is. Het is een glijdende schaal. En dat vraagt om kennis. De uitdaging is om te kijken hoe we al dat onderzoek naar de dagelijkse praktijk van de patiënt kunnen vertalen. Vanuit de Wetenschappelijke Raad staan we daarom honderd procent achter de standpunten van het KWF met betrekking tot ouderen en kanker.’

— Prof. dr. Emile E. Voest, hoogleraar Medische Oncologie, UMC Utrecht, voorzitter Wetenschappelijke Raad

— 9

‘Ik zie grote kansen voor observationele studies naar ouderen met kanker. We beschikken in Nederland over uitgebreide data van alle kankerpatiënten, ook van tachtigplussers. De kankerregistratie heeft een klinische relevantie die uniek is in Europa. Als we de gegevens uit die kankerregistratie combineren met de data van clinical audits, hebben we een geweldige dataset te pakken. **De tien algemene ziekenhuizen in de IKZ-regio hebben afgelopen jaren laten zien wat je met samenwerken kunt bereiken op het gebied van onderzoek.** Dit kan als voorbeeld dienen voor andere regio’s. Uiteindelijk kunnen we in Nederland het pad effenen voor grootschalig internationaal onderzoek naar kanker bij ouderen.’

— Dr. Valery Lemmens, epidemioloog en hoofd afdeling Onderzoek bij het Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ)

— 8



— Prof. dr. Emile E. Voest



— Prof. dr. Pieter Sonneveld

**‘Er wordt te vaak gedacht dat kanker bij ouderen “toch niet te genezen” is. Onterecht!** De prognose voor oudere patiënten met chronische leukemie en de ziekte van Kahler is de laatste jaren veel gunstiger geworden. Er zijn effectieve behandelingen gekomen, waardoor de levensverwachting van deze patiënten aanzienlijk is gestegen. Dat geldt ook voor 75-plussers. We mogen ouderen een effectieve behandeling, die goed te verdragen is, niet ontfzeggen.’

— Prof. dr. Pieter Sonneveld, hoofd afdeling Hematologie van het Erasmus MC in Rotterdam en voorzitter van het European Myeloma Network (EMN)

**‘Medicijnen worden vooral op jongere patiënten getest.’**

— Prof. dr. Carin Uyl-de Groot, hoogleraar evaluatie van zorg, Erasmus Universiteit Rotterdam in dagblad Trouw (oktober 2012)

‘Twintig jaar geleden was je afgeschreven als 70-plusser met kanker. Mensen worden nu ouder en leeftijd blijft de belangrijkste risicofactor voor het krijgen van kanker. Maar, **als we meer per individu behandelen, kunnen we kansen benutten.** Nieuwe screeningtests om de kwetsbaarheid van zo’n oudere patiënt vast te stellen, kunnen daaraan bijdragen. Dus studies in die richting zijn nuttig.’

— Prof. dr. Frank Buntinx is huisarts en hoogleraar Universiteit Maastricht/ Katholieke Universiteit Leuven

De farmaceutische industrie is **te weinig geïnteresseerd** in klinisch onderzoek bij ouderen.

— Rapport Kanker bij Ouderen door Signaleringscommissie Kanker, mei 2010



— 14

**‘Onderzoek bij zoogdieren laat zien we dat we veroudering deels kunnen tegengaan.** Bijvoorbeeld dieetrestrictie onderdrukt de groei (en daarmee ook kanker) en stimuleert onderhoudssystemen, waardoor veroudering wordt vertraagd. In de toekomst zal dit zeker nieuwe methodes gaan opleveren, waarbij we via levensstijl, voeding en mogelijk medicijnen het verouderingsproces bij mensen kunnen sturen, en hart- en vaatziekten, alzheimer, diabetes en kanker bij ouderen beter kunnen voorkomen dan nu. Dit vereist investeren in goed onderzoek.’

— Prof. dr. Jan Hoeijmakers, hoogleraar Genetica van het Erasmus Medisch Centrum - lid SCK werkgroep K&O, Verouderingsonderzoek



— 17



— 18

— 15

Kanker bij ouderen staat nog lang niet bij alle UMC's in Nederland op de agenda. Er is weinig samenhang in wat er landelijk gebeurt. **Zo is er nog nauwelijks sprake van samenwerking tussen de UMC's binnen onderzoek op het gebied van kanker bij ouderen.**

— Rapport Kanker bij Ouderen door Signaleringscommissie Kanker, mei 2010

— 16

Richtlijnen bevelen standaardbehandelingen aan die niet zonder meer toepasbaar zijn op alle ouderen met een specifiek tumortype en -stadium. **Het bewijs voor richtlijnen is veelal gebaseerd op onderzoek bij patiënten van middelbare leeftijd, zonder comorbiditeit en andere beperkingen.**

— Handboek Kanker bij Ouderen, dr. A.N.M. Wymenga, e.a., De Tijdstroom uitgeverij 2012

— 17

Volgens prof. dr. Bob Pinedo, emeritus-hoogleraar oncologie aan het VUmc, moet allereerst het bevolkingsonderzoek beter. Pinedo: **‘Richtlijnen moeten een gelijke tred houden met de ouder wordende bevolking.** Dat vraagt om aanpassing van de maximale leeftijd voor screening. Voor goede zorg is bovendien de infrastructuur zeer belangrijk. Het tekort aan specialisten vormt een knelpunt in de kankerzorg.’ Vooral preventie moet daarbij volgens Pinedo meer aandacht krijgen.

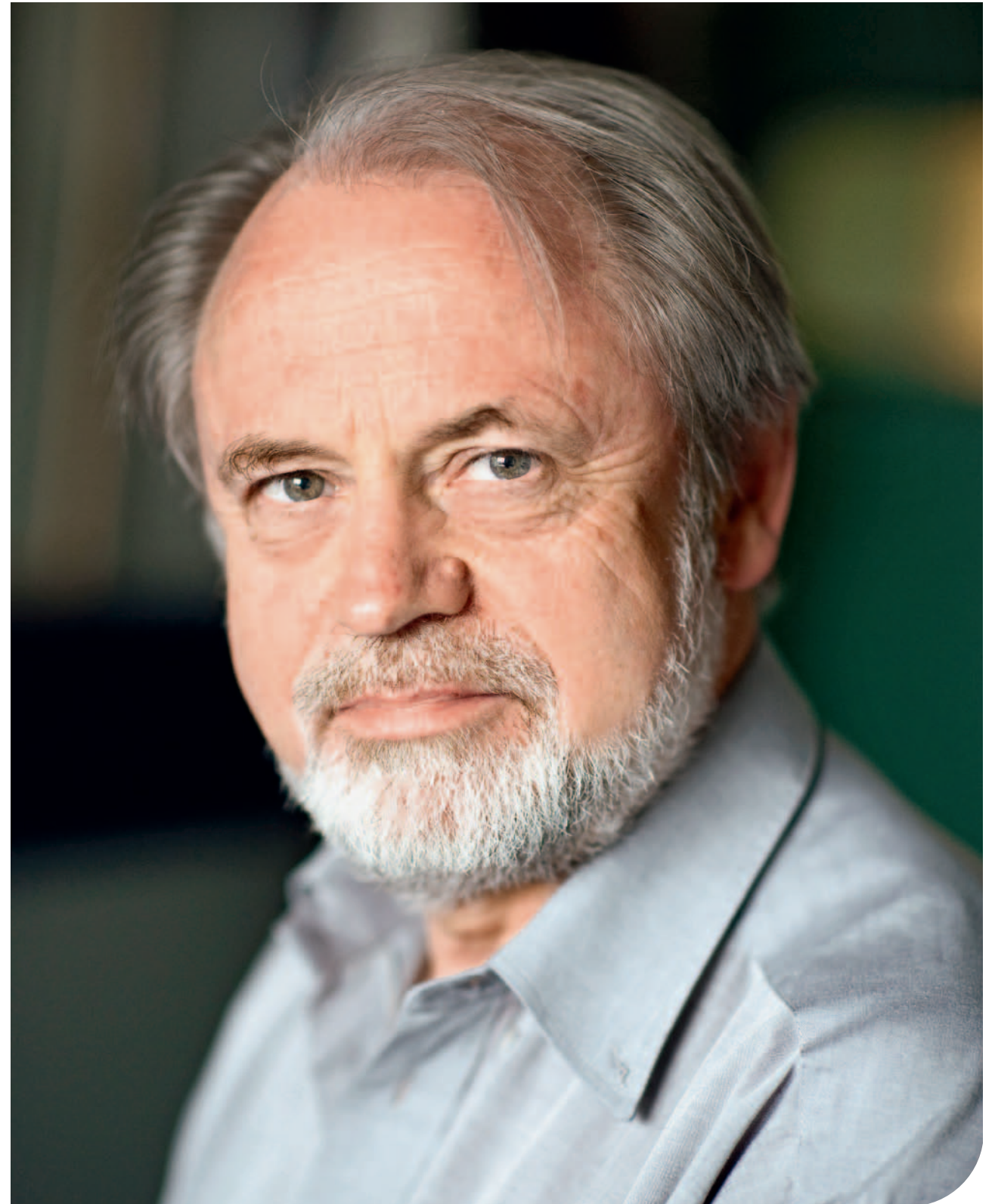
— Prof. dr. Bob Pinedo was circa dertig jaar lang hoogleraar Geneeskundige Oncologie aan het VUmc Amsterdam

— 18

Met leeftijd verandert de samenstelling van het lichaam, hetgeen van invloed kan zijn op de verdeling van een medicament. (...) **Onze kennis is momenteel onvoldoende om het verouderingsproces volledig te begrijpen.**

— Handboek Kanker bij Ouderen, dr. A.N.M. Wymenga, e.a., De Tijdstroom uitgeverij 2012

— 14



— Prof. dr. Jan Hoeijmakers



— Prof. dr. Arie Nieuwenhuijzen Kruseman

‘Bij zeventig procent van de ouderen met kanker tussen de 65 en 79 jaar is er sprake van multimorbiditeit. Naast kanker hebben zij meer chronische ziekten. **Het wordt ingewikkelder om die andere ziekten ook goed te behandelen, mede omdat alle aandacht uitgaat naar de behandeling van de kanker.** Diabetes is een goed voorbeeld. Dat verslechtert de prognose van ouderen met kanker. Aangevoerd door goede registratie van multimorbiditeit bij kanker door het Integraal Kankercentrum Zuid, groeit de aandacht voor dit aspect. Dat verdient een extra impuls: vooral te realiseren in nauwere regionale samenwerking en onderzoek van bepaalde klinische problemen!’

— Prof. dr. Jan Willem Coebergh, adviseur en coördinator van het Eurocourse project (European 7th Framework Programma) bij het Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ), bijzonder hoogleraar van de Kankersurveillance aan het Erasmus MC te Rotterdam en voorzitter van de werkgroep Onderzoek en Zorgontwikkeling van GeriOnNe

‘Multimorbiditeit maakt de behandeling van ouderen met kanker complexer. Er treden mogelijk meer complicaties op, bijvoorbeeld als gevolg van polyfarmacie. Het is belangrijk om te achterhalen welke patiënt een bepaalde behandeling aankan (en daarbij baat heeft), en welke patiënt niet. **De meeste modellen maken geen onderscheid in tumortype en behandeling, of zijn gebaseerd op een selectie van fitte ouderen.** Die modellen moeten we dus finetunen.’

— Dr. Maryska Janssen-Heijnen, klinisch epidemioloog bij Viecuri Medisch Centrum in Venlo

Comorbiditeit bij kanker leidt vaak tot polyfarmacie. Bijwerkingen van de medicatie en interacties met oncologische behandelingen komen daarom frequent voor. **Deze kennis moet zijn weerslag krijgen in oncologische richtlijnen, die hier nog nauwelijks aandacht aan besteden.**

— Rapport Kanker bij Ouderen door Signaleringscommissie Kanker, mei 2010

**Vroege symptomen bij ouderen met kanker zijn vaak misleidend,** omdat ze veelal overeenkomen met algemene symptomen van het ouder worden (...) of met de symptomen van de comorbiditeit.

— Rapport Kanker bij Ouderen door Signaleringscommissie Kanker, mei 2010

‘Het is belangrijk dat de verschillende disciplines gezamenlijk kennishiaten onderkennen, gezamenlijk onderzoeksplannen maken en gezamenlijk het behandelplan bepalen. Die multidisciplinaire samenwerking gebeurt nu al wel, maar nog lang niet overal en niet structureel. **Eigenlijk moeten alle betrokken disciplines ervan doordrongen zijn dat ze niet meer zonder elkaar kunnen.**’

— Dr. Josien Wijffels, beleidsmedewerker strategie, adviseur ‘kanker en ouderen’ bij KWF Kankerbestrijding

**‘Kankerzorg is bij uitstek een tweedelijnsbenadering. Maar de eerste lijn speelt ook een rol. Beide lijnen moeten goed op elkaar afgestemd zijn. Er zou een soort ‘anderhalvelijnszorg’ moeten zijn. Dat vraagt om een integrale benadering en bekostiging. Nu steekt er nog een fors tussenschot door de zorg. En dat komt de zorg niet ten goede.’**

— Prof. dr. Arie Nieuwenhuijzen Kruseman, ex-voorzitter KNMG



— 19



— 23



— 20

— 25

‘Ik pleit voor integrale diagnostiek, waarbij één hoofdbehandelaar verantwoordelijk is en de zorg coördineert. **Kijk alleen maar naar het gebrek aan samenwerking tussen de verschillende specialisten in ziekenhuizen. Dat kan heel nare situaties opleveren, zoals onnodig veel medicijnen met soms zelfs tegenstrijdige uitwerkingen.** De ouderenzorg is volop in ontwikkeling, maar het kan altijd beter. Er is al veel gebeurd om de zorg minder betuttelend en meer vraaggericht te maken. Daarom is het ook zo belangrijk dat ouderen zelf hun stem laten horen. Zij weten immers als geen ander wat de behoeften zijn en welke knelpunten ouderen ervaren.’

— **Hanny van Leeuwen**, oud lid Tweede en Eerste Kamer en zelf kankerpatiënt op [www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl](http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl)

— 26

‘Oncologie en geriatrie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het is verrassend dat de oncologie tot dusver zo weinig heeft gedaan met die verwevenheid. **Het vraagt om een inhaalmanoeuvre, waarbij beide vakgebieden van elkaar kunnen profiteren.** We moeten die synergie benadrukken. Via het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) wilden wij vorm geven aan de proactieve zorg voor kwetsbare ouderen. Er is te weinig evidence. En we kijken vaak alleen naar de kanker, terwijl ouderen meestal meerdere ziekten hebben. Polyfarmacie ligt op de loer. Anders gezegd: je speelt een soort Mikado, maar bij een strikt oncologische benadering zie je onvoldoende welke stokjes meebewegen en het spel beïnvloeden. Interacties is hier het sleutelwoord.’

— **Prof. dr. Marcel Olde Rikkert**, klinisch geriater UMC Radboud, Nijmegen

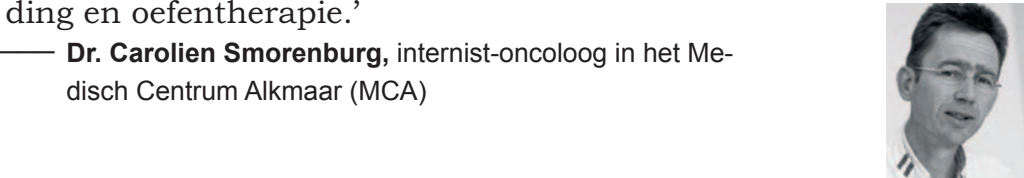
— 27

‘Bij de zorg voor kwetsbare ouderen met kanker zou een consulent geriatrie standaard lid moeten zijn van het multidisciplinair oncologisch team. In alle ziekenhuizen. Nu gebeurt dit vrijwel nooit. **Een geriater is essentieel voor een goede beoordeling van de kwetsbaarheid van de oudere patiënt.** Dat geldt ook voor het detecteren van de risico’s van de behandeling en het bedenken van ondersteunende maatregelen zoals de zorg thuis, de aanpak van ondervoeding en oefentherapie.’

— **Dr. Carolien Smorenburg**, internist-oncoloog in het Medisch Centrum Alkmaar (MCA)



— 25



— 26



— 27



— 29

— 28

‘Het is essentieel dat we de specifieke patiëntkenmerken van ouderen structureel in de oncologische zorg gaan inbouwen. Nu gebeurt dat niet. **De verschillen tussen kankerpatiënten worden gewoonlijk beschreven aan de hand van tumorkenmerken en de uitgebreidheid van de kanker. Maar dat garandeert geen optimale behandeling.** De gezondheidsstatus van ouderen met kanker wordt immers ook bepaald door bijkomende ziekten, functionele beperkingen, een inadequate voedingsstatus, stoornissen in het geestelijk functioneren en de behoefte aan herstellzorg thuis. Het meenemen van de patiëntvoorkeur om een bepaalde behandeling wel of niet te ondergaan is een belangrijk onderdeel. Kwaliteit van leven is, zeker ook voor de oudere patiëntengroep, een goede leidraad.’

— **Dr. Huub Maas**, geriater in het TweeSteden Ziekenhuis te Tilburg, bestuurslid GeriOnNe

— 29

‘Goede zorg is leeftijdsonafhankelijk. **Er mag geen onderscheid zijn in zorg voor ouderen en voor jongeren.**’

— **Prof. dr. Caro Koning** is hoogleraar Radiotherapie, voormalig afdelingshoofd AMC en voormalig bestuurslid GeriOnNe

— 28



— **Dr. Huub Maas**

— 30

**Ouderen met kanker worden vaak ten onrechte een chemotherapeutische behandeling ontzegd op basis van angst voor bijwerkingen en de misvatting dat chemotherapie in de oudere populatie minder werkzaam is.**

— Handboek Kanker bij Ouderen, dr. A.N.M.

Wymenga, e.a., De Tijdstroom uitgeverij 2012

— 31

‘Soms kan een 90-jarige een bepaalde behandeling nog prima aan, terwijl een 70-jarige dezelfde behandeling niet kan ondergaan. **Er zijn grote verschillen in fysieke en mentale fitheid, maar ook in zelfstandigheid van ouderen. Helaas is er opvallend weinig bekend over de behandeling van ouderen.**

Wat betekent multimorbiditeit en polyfarmacie voor de kans op succes van therapie met chemotherapie of nieuwe middelen? Om antwoorden te krijgen, doen wij onderzoek naar farmacokinetiek bij ouderen met kanker, met een aantal perifere ziekenhuizen. Dat kost tijd en geld. Daarbij hebben we ondersteuning nodig.’

— Prof. dr. Winette van der Graaf, hoogleraar

Medische Oncologie in het UMC St Radboud te Nijmegen

— 32

**‘Leeftijd is geen onderscheidende factor, vitaliteit wel.** Het is de tegehanger van fragiliteit (kwetsbaarheid). Ik gebruik deze term liever in de praktijk. Het is makkelijker om iemands vitaliteit te beoordelen, dan om iemands kwetsbaarheid te beoordelen.’

— Prof. dr. Arie Nieuwenhuijzen Kruseman, ex-voorzitter KNMG

— 33

‘De veertigers die ik zie in mijn praktijk, zijn als groep veel ‘homogener’ dan de 75-plussers. Vroeger werd deze groep ouderen in onderzoek buitengesloten vanwege die diversiteit. De gegevens die wij hebben uit het beperkte onderzoek gaan dus vooral over de fitte ‘olympiërs’ onder de ouderen. We moeten specifiek naar ouderen kijken. Je hebt voor kinderoncologie specifieke dokters, maar **de ouderen worden over een kam geschoren met mensen van dertig, veertig en vijftig. Dat is onterecht.**’

— Dr. Machteld Wymenga, internist-oncoloog, Medisch

Spectrum Twente en Enschede, auteur en redacteur

Handboek Kanker bij Ouderen

— 34

‘In de ouderenzorg zijn we niet gewend om onderscheid te maken tussen mensen in een regulier verouderingsproces en ouderen die daarbij kanker krijgen (of kregen). We moeten daarvoor **nieuwe vormen vinden.**’

— Dr. Louise Gunning-Schepers, voormalig voorzitter van

de Gezondheidsraad, nu voorzitter van het College van

Bestuur van de UvA

— 35

‘Oncologen moeten beseffen dat zij niet goed kunnen inschatten wat ouderen wel en niet aankunnen. Vaak worden ouderen óf onderbehandeld, óf overbehandeld. Het zou goed zijn als meer geriateren zich bemoeien met de oncologie, maar daarvoor hebben we simpelweg te weinig geriateren. **De behandeling van ouderen met kanker kan alleen worden verbeterd als oncologen methodes gaan toepassen die geriateren gebruiken om de kwetsbaarheid van ouderen in te schatten.** De inzet van de verpleegkundige is daarbij onontbeerlijk.’

— Prof. dr. Hans Nortier, medisch oncoloog in het Leids

Universitair Medisch Centrum (LUMC)



— 31



— 35

**TUSSEN 2011 EN 2020 WORDT EEN STIJGING VOORZIEN VAN HET AANTAL MENSEN MET KANKER VAN RUIM 30 PROCENT VOOR 65-PLUSERS, TEGENOVER EEN STIJGING VAN MINDER DAN 5 PROCENT VOOR DE JONGERE GENERATIES.** (CBS EN IKNL)

**RELATIVE SURVIVAL WAS MUCH HIGHER IN THE MIDDLE-AGED PATIENTS THAN IN THE ELDERLY FOR EVERY CANCER SITE IN BOTH SEXES.**

(QUAGLIA, A., ET AL.(2009) THE CANCER SURVIVAL GAP BETWEEN ELDERLY AND MIDDLE-AGED PATIENTS IN EUROPE IS WIDENING. EUR J CANCER)

**HET TOENEMENDE AANTAL KANKERGEVALLEN OP HOGE LEEFTIJD STAAT IN GEEN VERHOUDING MET DE AGENDERING VAN HET THEMA ‘KANKER BIJ OUDEREN’ BINNEN ZORG EN ONDERZOEK.**

(RAPPORT KANKER BIJ OUDEREN DOOR SIGNALERINGSKOMMISSIE KANKER, MEI 2010)

**IN 2011 WAREN ER 186.000 KANKER-PATIËNTEN JONGER DAN 65 JAAR EN 267.000 KANKERPATIËNTEN VAN 65 JAAR EN OUDER.** (IKNL)

— 36

**‘Unless staff are given the time and training to carry out a proper assessment of a patient’s overall physical and mental well-being, some patients will be unfairly written-off as “too old” for treatment.’**

— Ciarán Devane, chief executive bij Macmillan Cancer Support in The Telegraph op 20 december 2012

— 37

‘In de oncologie wordt veel gepraat over personalized medicine, waarbij een bepaalde therapie heel gericht aangepast wordt aan specifieke afwijkingen in de tumor. Wat mij betreft moeten we onze focus evenzeer leggen op personalized medicine ten aanzien van de patiënt. Daarin kijken we naar de totale persoon inclusief multimorbiditeit, functionaliteit, voedingstoestand, enzovoort. We proberen op die manier beter in te schatten of de patiënt de behandeling aankan en of behandelen überhaupt nodig is; ouderen sterven immers ook als gevolg van andere oorzaken. **Met personalized medicine kunnen we hopelijk beter de balans vinden tussen onderbehandeling en overbehandeling, zodat minder ouderen onnodig sterven aan kanker, en nutteloze, schadelijke behandelingen worden vermeden.’**

— Prof. dr. Hans Wildiers, medisch oncoloog in het UZ Leuven

— 38

**Half of elderly patients with breast cancer are undertreated, with strongly decreased specific survival as a consequence.**

— Onderzoeksrapport Undertreatment Strongly Decreases Prognosis of Breast Cancer in Elderly Women, door Christine Bouchardy e.a., 2003



— 36



— 37

— 39

**‘Een patiënt moet lichamelijk en geestelijk vitaal genoeg zijn. Leeftijd is geen criterium om wel of geen chemotherapie te geven. De orgaanfuncties nemen af met de leeftijd, waardoor je meer op je hoede moet zijn voor bijwerkingen en overdosering. Een ervaren specialist kan vaak bijwerkingen beheersbaar maken en, al gaande, de behandeling inrichten, zodat zij bij ouderen met kanker haalbaar is. Er zijn te weinig onderzoeken die focussen op ouderen, terwijl er steeds meer ouderen met kanker zijn. Het is noodzakelijk dat ouderen deelnemen aan onderzoek.’**

— Dr. Johanneke Portielje, internist oncoloog en voorzitter van Stichting GeriOnNe

— 39



— Dr. Johanneke Portielje

— 40

**‘Op dit moment krijgen ouderen medicijnen voorgeschreven die veelal niet op deze leeftijdsgroep getest zijn.** Dit is onwenselijk o.a. vanwege de comorbiditeit en interactie met andere geneesmiddelen. Daarom zouden meer medicijnen op ouderen getest moeten worden. Daarnaast zijn dure geneesmiddelen minder toegankelijk voor ouderen. Je weet niet of een patiënt goed zal reageren op een behandeling. De arts vraagt zich steeds af of hij een patiënt het dure middel moet geven. Een nieuw middel kan veel bijwerkingen hebben, de oudere patiënt zegt dan sneller; “laten we het toch maar niet doen!” Het gaat vooral ook om hoe de arts het nieuwe geneesmiddel brengt en dus bij welke arts je komt of je een middel wel of niet krijgt.’

— Prof. dr. Carin Uyl-de Groot, hoogleraar evaluatie van zorg, Erasmus Universiteit Rotterdam



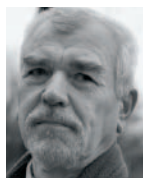
— 41



— 45



— 42



— 46



— 43

— 41

**‘Het creëren van bewustwording en het hoger op de agenda krijgen van het onderwerp Kanker en Ouderen is in eerste instantie minstens zo belangrijk als geld steken in meer onderzoeksprojecten. Daarom ligt onze focus nu vooral daar. We investeren hierin tot en met 2014 ongeveer een miljoen euro per jaar. KWF Kankerbestrijding voert een awareness-campagne en brengt partijen bij elkaar om tot concrete actie te komen. We hebben onder meer een KWF werkgemeenschap Kanker en Ouderen ingesteld. En we hopen dit jaar een bijzonder hoogleraar Kanker en Ouderen aan te stellen. **KWF Kankerbestrijding financiert beleidsprojecten en via de open competitie ook wetenschappelijk onderzoek. Daarbij doen wij een beroep op de onderzoeks- en zorginstellingen: als zij de komende jaren het onderwerp ‘kanker bij ouderen’ hoog op de onderzoeksagenda zetten, kunnen we de kennisachterstand inlopen en veel winst boeken in betere zorg voor de oudere kankerpatiënt.**’**

— Drs. Alex Dirks, hoofd afdeling Doelbesteding bij KWF Kankerbestrijding

— 42

**‘Oudere kwetsbare patiënten hebben te maken met wisselende zorgverleners, tegenstrijdige medicatievoorschriften en versnipperde financiering van de zorg.’**

— Prof. dr. Robbert Huijsman in Medisch Contact #16, april 2010

— 43

**‘Comorbiditeit heeft prioriteit gekregen in het ZonMw-programma ‘Disease Management Chronisch Zieken’. Maar, door gebrek aan financiële middelen heeft dit mondjasmaat resultaat gehad. **Comorbiditeit bij ouderen met kanker moet de komende jaren meer aandacht krijgen. Dat kan ook, als alle betrokken partijen hun middelen bundelen.**’**

— Henk Smid, directeur ZonMW

— 44

**Communicatie met ouderen vraagt om specifieke vaardigheden,** onder andere omdat ouderen gemiddeld genomen minder informatie tegelijk kunnen bevatten, meer moeite hebben met medisch taalgebruik en meer specifieke medische problemen hebben dan jongeren.

— Handboek Kanker bij Ouderen, dr. A.N.M. Wymenga, e.a., De Tijdstroom uitgeverij 2012

— 45

**‘Voor ouderen met kanker is het nóg belangrijker dat de sfeer in de spreekkamer goed is, dat ze het gevoel hebben dat er voldoende tijd is en dat de zorgverlener aardig en open is. Dat komt doordat emotionele voldoening een voorwaarde is om de informatie cognitief te kunnen verwerken. Het onthouden van informatie is lastig. Studies tonen aan dat ouderen emotionele steun kunnen ervaren van informatieve websites. Dat ouderen weinig gebruik maken van internet is een fabel: zeventig procent van de ouderen tussen 65 en 75 jaar maakt actief gebruik van internet. Wel is vaak het leesniveau te hoog. **Met laagdrempelige informatie, op een minder hoog leesniveau, valt in de patiëntcommunicatie nog veel winst te behalen.**’**

— Dr. Julia van Weert, universitair hoofddocent Gezondheidscommunicatie

— 46

**‘Dokters hebben haast, ouderen vragen meer tijd. Wij zien vanuit de ouderenorganisaties dat de communicatie met ouderen niet goed gaat. Vanuit de opleiding wordt naar deze mensen gekeken alsof ze 30 tot 50 jaar oud zijn. **Oudere patiënten ervaren die gaten in de kennis en communicatie.** De dokter moet doorvragen en de juiste tools en skills voor de oudere patiënt hebben. Elke medische opleiding moet daarom een module Ouderen krijgen. Specialististen willen dat zelf, omdat zestig procent van de patiënten ouder is dan 65 jaar. Tegelijkertijd moet de oudere zelf meewerken. Deze moet getraind worden om iemand mee te nemen en het gesprek voor te bereiden.’**

— Drs. Wim van Minnen, directeur CSO (koepel van de ouderenorganisaties) en betrokken bij het Nationaal Programma Ouderenzorg

— 47

Communicatie met ouderen vraagt om specifieke vaardigheden. **Oudere patiënten met kanker worden daarom als grootste risicogroep beschouwd voor miscommunicatie.**

— Handboek Kanker bij Ouderen, dr. A.N.M. Wymenga, e.a., De Tijdstroom uitgeverij 2012



— 48



— 49



— 50

— 48

‘De zorg die de huisarts bij kanker biedt, is vaak ziekteoverstijgend. Huisartsen zullen bij ouderen met kanker ook zorgvuldig kijken naar de beleving en ‘omgeving’ van de patiënt. **De specialist en de huisarts moeten elkaar ook over deze aspecten goed informeren.**’

— Dr. Rob Dijkstra, huisarts in Overasselt en voorzitter Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

— 49

‘Er kleeft een stigma aan ouderen met kanker. Er is sprake van ‘gerontofobie’. Jonge mensen kijken naar oude mensen en zijn bang voor wat er met ze kan gebeuren als ze ouder worden. Ouderen kampen bovendien vaak met problemen met mobiliteit, teruglopend gehoor, en visuele beperkingen. Maar ook met beperkingen op sociaal niveau. **Ouderen verliezen eerder hun familie en vrienden. Als je daar kanker aan toevoegt, is er sprake van de double-whammy.**’

— Prof. dr. Jimmie C. Holland, psycho-oncoloog, Sloan Kettering Institute, New York (Wayne E. Chapman Chair in Psychiatric Oncology, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, and Professor, Department of Psychiatry, Weill Medical College of Cornell University, New York)

— 50

‘De patiënt wordt nog niet gezien als partner in het behandelteam. Ook is er vaak sprake van een hiërarchische verhouding tussen arts en patiënt. Een communicatietraining kan artsen helpen om de verwachtingen van de patiënt helder te krijgen. En een casemanager (zoals een verpleegkundige) kan ouderen als vast aanspreekpunt begeleiden door het behandeltraject. **Daarnaast biedt een elektronisch logboek kansen op betere patiëntcommunicatie. Vooral als het logboek gedeeld kan worden door patiënt, huisarts, mantelzorger en thuiszorg. Dat geeft houvast in een roerige tijd.**’

— Dr. Leo Jetten, arts en innovatieadviseur bij RUPS Adviseurs voor Innovatie

— 51

Om als naaste ook als zorgverlener te kunnen functioneren is het onontbeerlijk dat de naaste bij het ziekteproces betrokken wordt en over de juiste informatie beschikt. **De communicatie tussen mantelzorger en behandelaar is echter vaak voor verbetering vatbaar.**

— Richtlijn Mantelzorg 2.0, juli 2009

— 52

**Het is van belang dat de nieuwe generatie academici al tijdens de academische opleiding bewust wordt van de eisen die de toenemende vergrijzing aan zorg en onderzoek stelt.** (...) Daarnaast is ook scholing van paramedici en verpleegkundigen op het gebied van ouderen met kanker van belang.

— Rapport Kanker bij Ouderen door Signaleringscommissie Kanker, mei 2010

**Bij 80 procent van de 65-plussers met kanker is sprake van comorbiditeit.** (IKZ)

*Bijna 40 procent van de ouderen met kanker heeft ook hart- en vaatziekten. Andere voorbeelden van bijkomende aandoeningen zijn hypertensie, eerdere maligniteit, diabetes en COPD.* (IKZ)

**Comorbiditeit onder 65-plussers met kanker komt het meeste voor bij longkanker.** (IKZ)

*De meest voorkomende kankertypen bij 65-plussers zijn (achtereenvolgens): dikke darmkanker, huidkanker, prostaatkanker, luchtpijp- en longkanker en borstkanker.* (Nederlandse Kankerregistratie)

**Niercelcarcinoom komt het meest voor tussen de 60 en 75 jaar. Blaaskanker treft vooral 85-jarigen. Ongeveer 50 procent van de patiënten met colorectaal carcinoom is ten tijde van de diagnose 70 jaar of ouder.** (Handboek Kanker bij Ouderen, dr. A.N.M. Wymenga, e.a., De Tijdstroom uitgeverij 2012)



— Edith Schippers

**‘Tegenwoordig zijn steeds meer vormen van kanker goed te behandelen. Daarmee wordt kanker wel vaker een chronische ziekte. En komt de ziekte steeds meer onder ouderen voor. Daarom vind ik het van belang dat er meer aandacht voor kanker bij ouderen komt en ben ik ook blij met het initiatief van het KWF.** Helaas is het ook zo dat kanker bij ouderen vaak samen gaat met de laatste levensfase. Dan komen er afwegingen aan de orde die niet alleen gericht zijn op genezen maar ook over het omgaan met kanker. Welke behandeling of ondersteuning is het beste voor de oudere en het meest op zijn plek? Dat zijn moeilijke afwegingen die besproken moeten worden tussen de dokter en de patiënt. De aandacht voor zorg, onderzoek en voorlichting gericht op kanker bij ouderen door het KWF draag ik daarom een warm hart toe.’

— Edith Schippers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

‘Geef ouderen zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven. De afweging tussen kwaliteit van leven en ingrijpendheid van de behandeling gericht op overleven is belangrijk. Deze afweging is een individuele zaak, leeftijd is maar één invalshoek. Oud begint tegenwoordig eigenlijk pas boven de tachtig jaar. **De kwaliteit van de laatste levensfase moet centraal staan in de zorg voor ouderen.**’

— Drs. Annemone Bögels, directeur Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)

‘Met name zelfredzaamheid is voor ouderen belangrijk. **Met de voorkeur van de patiënt en kennis uit wetenschappelijk onderzoek kun je een specifieke behandeling verantwoord kiezen.**’

— Dr. Maryska Janssen-Heijnen, klinisch epidemioloog bij Viecuri Medisch Centrum in Venlo

‘Als ik met mensen praat over kanker bij ouderen hoor ik vaak: “Een oudere moet toch érgens aan doodgaan?” Ja natuurlijk. En nee, niet aan kanker als zij nog niet hadden willen sterven, maar dit onvermijdelijk was doordat we simpelweg te weinig kennis hebben over welke behandeling voor welke oudere nu het meest passend is. Kennis die vaak wel voor de jongere patiënten

aanwezig is. **Ouderen hebben hetzelfde recht om te overleven, mét kwaliteit van leven,** als zij zelf nog kiezen voor het leven. Dus die ethische discussie ga ik graag aan. Maar laten we eerst die enorme kennisachterstand over kanker bij ouderen wegwerken. Want als oudere kankerpatiënt maak je wellicht een heel andere keuze als je weet dat er een grote kans is dat er meteen raak geschoten wordt met een behandeling, dan dat er maar van alles geprobeerd wordt, met alle bijwerkingen van dien, in de hoop dat iets aanslaat...’

— Drs. Michel Rudolphie MBA, algemeen directeur KWF Kankerbestrijding

‘Leeftijd is vaak doorslaggevend, maar het is beter om functioneren, mobiliteit, cognitie, valneiging en ondervoeding in kaart te brengen. Ook omdat ouderen na een ziekenhuisopname vaak blijvend functieverlies oplopen. **Er zijn gerichte trainingen waarmee je ouderen beter een operatie kunt laten ondergaan.** Zo zijn er spiertrainingen voor ouderen met een mobiliteitsstoornis voorafgaand aan een ingreep. Voor dit soort gerichte interventies mag meer aandacht komen, want die zijn van groot belang voor de kwaliteit van leven van de patiënt.’

— Dr. Bianca Buurman, verpleegkundige en verpleegwetenschapper, senior onderzoeker aan het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam



— 54



— 57

# 4 voorbeeldinitiatieven

## I. FOCUS studie

**Projectleider:**  
Prof. dr. C. J. H. (Cock) van de Velde

**Doel:**  
Opvullen van de leemte in klinische en wetenschappelijke kennis bij de behandeling van ouderen met borstkanker.

**Aanleiding:**  
Een merkbaar tekort aan kennis voor de behandeling van oudere vrouwen met borstkanker.

**Betrokken organisaties:**  
Afdeling heelkunde LUMC, Stichting GeriOnNe, Borstkanker Vereniging Nederland, Lee Moffitt Cancer Center in Florida, de IKNL regio Leiden, ziekenhuizen in regio Leiden (cohort van 4.000 patiënten)

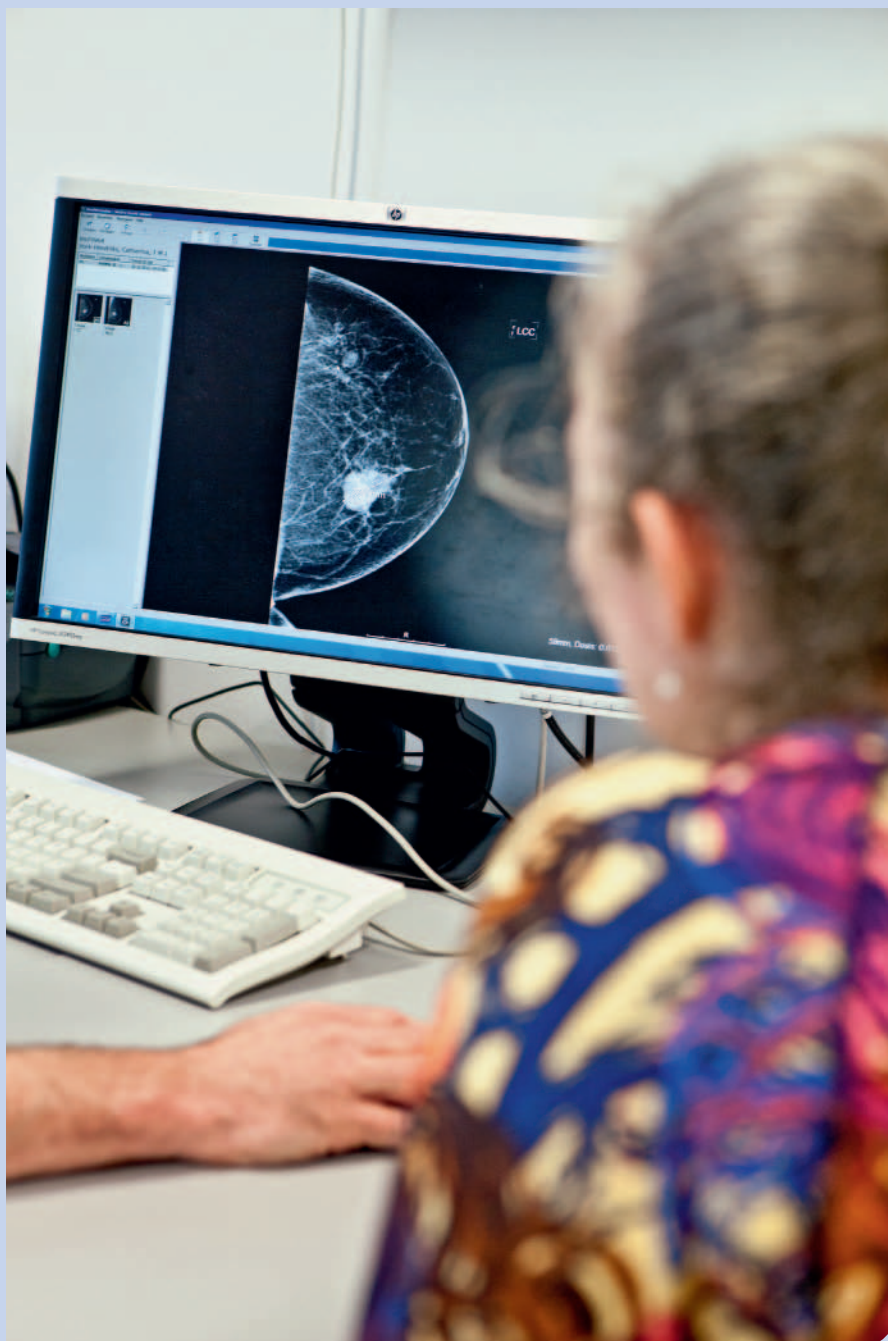
**Aantal medewerkers:**  
1 postdoc, 1 laboratoriummedewerker en 5 PhD-students

**Locatie:**  
Leiden

**Looptijd:**  
Vanaf 2008 tot 2015

**Financier:**  
KWF Kankerbestrijding

De FOCUS-studie is een door KWF Kankerbestrijding gefinancierd onderzoeksprogramma dat zich richt op oudere vrouwen met borstkanker. FOCUS beschouwt daarbij verschillende facetten van zorg en onderzoek. Projectlid Gerrit Jan Liefers: 'Het is een blinde vlek in de wetenschap en de klinische besluitvorming. Richtlijnen zijn vaak gebaseerd op de verkeerde (jongere) patiëntengroep. Terwijl vrouwen met borstkanker gemiddeld vaker ouder zijn; zeker nu de vergrijzing vordert. Bij FOCUS willen we richtlijnen creëren die specifiek zijn voor de doelgroep en zo de leemte vullen.'



○ Dr. Liefers:  
**‘In het tijdperk van genomics en moleculaire diagnostiek is borstkanker behandeling bij ouderen niet hot. Maar je moet deze groeiende groep vrouwen op de beste manier behandelen. Dat vraagt om nieuwe richtlijnen die voor oudere vrouwen gelden.’**



## II. KLIMOP (Kanker bij LIMburgse Ouderen Project)

### Projectleider:

Prof. dr. F.J.V.M. (Frank) Buntinx, Huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde in Leuven en Maastricht.

### Doel:

Verschillende disciplines rond de zorg voor ouderen met kanker bijeenbrengen; aanvullen van kennis en expertise via registratie en analyse van een cohort én een biobank; verbeteren van de zorg voor oudere kankerpatiënten.

### Aanleiding:

Er waren in België, Brabant, en Limburg een aantal regionale registers, maar dat werd genationaliseerd. De registers kregen geen financiering, dus er waren veel specialisten die een nieuwe uitdaging zochten. Die uitdaging kwam er zeker toen het onderzoek naar ouderen werd opgezet.

### Betrokken organisaties:

Verschillende universiteiten en ziekenhuizen in de grensregio Vlaanderen – Nederland.

### Aantal medewerkers:

10 tot 15 personen, waaronder 2 promovendi, 6 postdocs

### Regio:

Noord-Brabant en Limburg

### Looptijd:

Variërend van 6 maanden, 2 jaar tot 50 jaar

### Financiers:

Kom op tegen kanker (campagne van de Vlaamse Liga tegen Kanker) en Interreg IVa Vlaanderen-Nederland.

KLIMOP kijkt bij ouderen (70-plus) wat kanker doet. Vanuit het project wordt deze groep vergeleken met ouderen en jongeren zonder kanker, waarna hun processen in kaart worden gebracht. De onderzoekers kijken naar het ouder worden en naar de kanker, en naar de manier waarop deze ontwikkelingen op elkaar inspelen.

Meer informatie:  
www.ouderenenkanker.be

○Prof. Buntinx:

‘Vanuit het onderzoek willen we kunnen voorspellen welke ouderen problemen krijgen tijdens en na de behandeling, bijvoorbeeld volgend op chemotherapie of een zware operatie.’

## III. Keurmerk Seniorvriendelijke Ziekenhuizen

### Projectleider:

Drs. M. (Marjolein) de Booys

### Doel:

Ziekenhuizen stimuleren om de toegankelijkheid en organisatie van zorg aan te passen aan de behoeften en wensen van ouderen van 70-plus met meerdere aandoeningen.

### Aanleiding:

Uit meerdere rapporten en onderzoeken blijkt dat de toegankelijkheid van en de zorg voor (kwetsbare) ouderen in de ziekenhuizen beter moet.

### Betrokken organisaties:

Unie KBO, PCOB, NOOM en de NVOG

### Regio:

Landelijk

### Looptijd:

Vier jaar, na 2015 moet het keurmerk zichzelf bedruipen

### Financier:

Fonds PGO

Uit onderzoek blijkt dat 1 op de 3 oudere patiënten na een opname erop achteruit is gegaan. Ouderen (met kanker) hebben problemen met voeding. Ze slikken vaak veel medicijnen en missen de eigen omgeving. Zo ontstaat een groter risico op ondervoeding, vallen en delier. Dat leidt tot achteruitgang. Bovendien is de zorg in de ziekenhuizen aandoeningsspecifiek georganiseerd. Ouderen met meerdere aandoeningen komen in de knel, omdat primair de aandoening waarvoor de oudere wordt opgenomen, wordt behandeld. De zorg moet verder reiken dan behandeling van de tumor, minder gericht op genezen en meer op kwaliteit van leven. Ziekenhuizen die in aanmerking willen komen voor het keurmerk, moeten scoren op vijftien kwaliteitsaspecten met betrekking tot de toegankelijkheid en organisatie van de zorg.

○Drs. De Booys:

‘Het keurmerk stimuleert de ziekenhuizen om de zorg voor ouderen, waaronder ouderen met kanker, zodanig te organiseren dat recht wordt gedaan aan wat ouderen zelf nog kunnen en willen met hun leven.’

Meer informatie:  
www.seniorvriendelijkziekenhuis.nl

## IV. Kwaliteit van zorg voor ouderen met kanker van de slokdarm, alvleesklier, endeldarm, of uitzaaiingen in de lever, in het tijdperk van centralisatie.

### Projectleider:

Dr. V. (Valery) Lemmens, IKZ

### Doel:

Bij ouderen met slokdarmkanker, pancreaskanker, rectumkanker of colorectale levermetastases in kaart brengen wat het effect is van centralisatie van de kankerzorg.

### Aanleiding:

Uit eerder onderzoek blijkt dat centralisatie van de kankerzorg bij ouderen de mortaliteit verlaagt.

### Aantal medewerkers:

Circa 20

### Regio:

Noord-Brabant/ Limburg

### Looptijd:

4 jaar vanaf medio 2013

### Financier:

KWF Kankerbestrijding

Centralisatie van de zorg is pas sinds een aantal jaren actief ingevoerd in Nederland. In het onderzoek van dr. Lemmens wordt gekeken of de daling in de mortaliteit na centralisatie tevens geldt voor complexere, oudere patiënten met kanker. Lemmens onderzoekt het effect van centralisatie en of er mogelijkheden zijn om de kwaliteit van zorg voor ouderen te verbeteren.

○Dr. Lemmens:

‘Aan de hand van dit onderzoek kunnen we goed zien hoe effectief de centralisatie is voor de zorg voor oudere mensen met kanker.’

# Nu is de beurt aan u

Veel deskundigen en specialisten uit de geriatrische wereld, de oncologie en het onderzoeksveld hebben bijgedragen aan deze uitgave. Nu is de beurt aan u. KWF Kankerbestrijding roept op om samen met ons dit onderwerp op te pakken. Wij zoeken samenwerkingsverbanden en kwalitatief hoogstaande projecten, onderzoeken en initiatieven. Zo leren we meer over de oudere kankerpatiënt en kunnen we beleid in de zorg beter afstemmen. — **58**

**SCK RAPPORT KANKER BIJ OUDEREN**  
Aan de basis van deze uitgave ligt het SCK rapport Kanker bij Ouderen. Dit rapport met een gevalideerd overzicht van aandachtspunten en knelpunten specifiek voor kanker en ouderen is terug te vinden op onze website ([www.kwfkan-kerbestrijding.nl](http://www.kwfkan-kerbestrijding.nl)).

**EXTRA INFORMATIE**  
Heeft u vragen, of wilt u naar aanleiding van deze uitgave van gedachten wisselen, neem dan contact op met:

Laura Houtenbos,  
Senior Programmacoördinator  
Kanker en Ouderen  
[LHoutenbos@kwfkan-kerbestrijding.nl](mailto:LHoutenbos@kwfkan-kerbestrijding.nl)  
020 754 56 25

Dit is een uitgave van  
KWF Kankerbestrijding

Concept en realisatie  
Scripta Media

Art direction  
Naïm Niebuur

Tekst  
KWF Kankerbestrijding,  
Lennard Bonapart en  
Aliëtte Jonkers

Fotografie  
Yvonne Brandwijk en  
Linelle Deunk

Productie  
Drukkerij Deltabach

IEDEREEN  
VERDIENT EEN  
MORGEN.  
OOK OUDERE  
KANKERPATIËNTEN.  
HET LAATSTE  
WOORD IS  
AAN HEN:

— **59**  
De Bollenstreek bekijken vanuit de Thalys biedt een hele nieuwe blik op die bloemenzee. Piet van der Meer (83) uit Aalsmeer mag graag een dagje trainen met zijn vrouw. **Hij geneest niet meer, maar diverse nieuwe medicijnen houden hem al ruim acht jaar aan het fietsen en genieten.**

— **60**  
Bea Immink (72) uit Leiderdorp denkt slechts sporadisch terug aan haar darmkanker. Liever steekt ze haar energie in het begeleiden van ouders die hun kind voor een operatie naar het Rijnland Ziekenhuis brengen. **En dit weekend gaat ze winkelen met haar zussen. ‘Lekker samen geiten, heerlijk!’**

— **61**  
Binnenkort knuffelt Nel Kuhlmeijer-Den Boer (93) haar Canadese achterkleinkinderen voor het eerst. ‘Mijn kleindochter Sofie is pilote. Ze gaf me ooit een koelkastmagneetje van de Golden Gate Bridge om in gedachten mee te reizen. **Dan zie ik mezelf daar weer lopen, jaren geleden.**’ Mevrouw Kuhlmeijer woont zelfstandig, zwemt veel én krijgt een ziekteremmende hormoonbehandeling tegen ovariumcarcinoom.

— **62**  
Als Wim Wolff (69) uit Pijnacker ‘saampjes’ kan zijn met zijn vrouw, is ‘alles goed’. Willem overleefde prostaatkanker na intensief bestralen. **Een onuitwisbare indruk. Maar dat geldt ook voor het 45-jarig huwelijk dat hij daarna vierde. En zijn aanstaande cruise naar de Noordkaap.**

— **63**  
Na een loodzware, succesvolle borstkankerbehandeling wilde Cocky Laene-Cools (81) uit Den Haag dolgraag weer aan de slag als pedicure in een bejaardenverzorgingstehuis. Dankbaar werk. ‘Ik mag weer meedoen! **Kopje thee, mijn man die ‘s ochtends mijn nek masseert als ik de krant lees. Ik houd nog intenser van het leven.**’

— **64**  
Aafke Mantel (69) uit Andijk koestert haar fietsvakanties. ‘Leuk, met zo’n bejaarde Française die voor je uitfietst om je de weg te wijzen.’ Aafke had borstkanker en onderging drie operaties. **‘De oncoloog zei meteen: “We kunnen u goed behandelen.” Dat gaf kracht en vertrouwen.’**

— **65**  
Hanna Wolthuis (70) uit Hoogkarspel stapt graag in de trein om haar zus in Maastricht te bezoeken. **De babbels van haar vierjarige kleinzoon, de prille verkering van haar negentienjarige kleindochter, ‘zo lief!’, haar man die eindelijk met pensioen is, ze geniet ervan.** Een zegen dat zij genas van baarmoederkanker.



iedereen verdient een morgen

