

Prof.dr.ir. J.J.M. van der Hoeven

Oncologie naar 2020: Preventie, samenwerking en innovatie



Universiteit
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

Oncologie naar 2020: Preventie, samenwerking en innovatie

Oratie uitgesproken door

Prof.dr.ir. J.J.M. van der Hoeven

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de
Interne Geneeskunde, in het bijzonder de Medische Oncologie
aan de Universiteit Leiden
op maandag 6 mei 2013



Universiteit
Leiden

Mijnheer de Rector Magnificus, leden van de Raad van Bestuur van het LUMC, zeer gewaardeerde toehoorders,

Hartelijk welkom en dank voor uw komst naar het mooie Academiegebouw van de Universiteit van Leiden. Ik zal vandaag mijn benoeming als hoogleraar voor de leerstoel Interne Geneeskunde en in het bijzonder de Medische Oncologie, officieel aanvaarden door het uitspreken van de oratie: 'Oncologie naar 2020: Preventie, samenwerking en innovatie'.

De Nederlands Kanker Registratie (NKR), die al jaren zorgt voor een betrouwbare registratie van de incidentie/prevalentie van en de sterfte aan kanker, telde in 2011 100.600 nieuwe patiënten met kanker. In dat jaar stierven er 43.100 mensen aan de gevolgen van deze ziekte. De Signalering Commissie van KWF Kankerbestrijding heeft in 2011 in haar rapport 'Kanker in Nederland tot 2020' becijferd dat het aantal patiënten dat in 2020 in Nederland kanker krijgt, zal stijgen naar jaarlijks 123.000. Het aantal mensen dat in 2020 op enigerlei wijze zorg nodig heeft voor kanker, zal met ongeveer 40% toenemen. Het aantal behandelingen dat we aan deze patiënten zullen kunnen aanbieden, zal aanzienlijk groter zijn dan nu het geval is. Misschien betekent dat in 2020 wel een verdubbeling in vergelijking tot 2012. Moeten we deze voorspellingen als onvermijdbaar aannemen en ervan uitgaan dat deze trend ook na 2020 zal doorgaan, of zijn er mogelijkheden om hier nog invloed op uit te oefenen?

Is preventie van kanker mogelijk?

Voorkomen is beter dan genezen, dat geldt zeker voor kanker. Roken is hier een toonaangevend voorbeeld van. Al vanaf 1960 is bekend dat roken een belangrijke oorzaak van kanker is. Een recente analyse van Thun, gepubliceerd in de New England Journal of Medicine liet de trend van de afgelopen 50 jaar nog eens duidelijk zien. Het overlijden van mannen in de leeftijd van 50-74 jaar en van vrouwen tussen 60 en 74 jaar is in twee derde van de gevallen geassocieerd met roken. Preventie is hier de beste behandeling: het risico op overlijden geassocieerd met

roken, kan bijna geheel worden opgeheven als betrokkenen voor het veertigste jaar stoppen met roken. In dit kader is het onbegrijpelijk dat de huidige Minister van VWS een aantal maatregelen dat roken moest ontmoedigen, tijdelijk had teruggedraaid. Ze kan het goedmaken door op korte termijn de verkoop van rookwaren aan jongeren tot 18 jaar te verbieden.

Soms kan kanker voorkomen worden door voorstadia van kanker op te sporen en te behandelen. Dit gaat op voor dikke darmkanker. Eind 2013 start het bevolkingsonderzoek naar deze ziekte. In 2011 waren er 13.300 nieuwe patiënten met dikke darmkanker. De piekleeftijd voor deze ziekte ligt rond het 70ste levensjaar. Dikke darmkanker ontstaat bijna altijd heel langzaam uit poliepen. Als deze poliepen vroegtijdig verwijderd worden, ontstaat er geen dikke darmkanker. Het bevolkingsonderzoek start bij 55-jarigen. Zij moeten een klein beetje ontlasting inleveren. Zijn hier spoortjes bloed in te herkennen, dan volgt er een scopie van de dikke darm. Worden daarbij poliepen gevonden, dan worden deze verwijderd. Wordt er kanker gesignaleerd, dan is dit waarschijnlijk in een vroeg stadium en kan een fataal beloop van de ziekte door middel van een operatie voorkomen worden. Het is niet denkbeeldig dat als gevolg van dit screeningonderzoek tumoren in een vroeger stadium zullen worden gevonden. Patiënten kunnen dan wellicht ook op een andere, minder invasieve manier behandeld worden.

Een andere manier om kanker te voorkomen zou vaccinatie kunnen zijn. Al jaren wordt hier onderzoek naar gedaan en voor kwaadaardige ziekten die geassocieerd zijn met virusinfecties, zou dit een optie kunnen zijn. Bijvoorbeeld voor baarmoederhalskanker, die eigenlijk alleen maar voorkomt bij vrouwen die een infectie met het humaan papillomavirus (HPV) hebben gehad. Deze seksueel overdraagbare ziekte kan met vaccinatie voorkomen worden. Het vaccinatieprogramma voor meisjes van 13 jaar heeft tot nu toe niet het gewenste effect gehad. Slechts de helft van hen liet zich vaccineren. Hetzelfde HPV-virus komt voor bij een deel van de patiënten met kanker in het hoofd/halsgebied. Of vaccinatie ook zinvol

kan zijn ter voorkoming van deze ziekte, moet nader worden uitgezocht.

Preventie, vroege ontdekking en vaccinatie zullen een deel van de toename van het aantal kankerpatiënten misschien kunnen voorkomen, maar het aantal patiënten zal de komende tien jaar toch sterk toenemen. In de planning van de benodigde medisch specialisten, verpleegkundigen, ziekenhuisbedden, maar ook huisartsen en wijkverpleegkundigen zal hier ernstig rekening mee moeten worden gehouden.

Behandeling van kanker

De afgelopen twintig jaar is er veel meer inzicht gekomen in het ontstaan van kanker en is er in de behandeling ervan veel vooruitgang geboekt. Patiënten met testistumoren, leukemie en lymfklierkanker, en sommige zeldzaam voorkomende tumoren kunnen met chemotherapie genezen worden. Adjuvante behandelingen na operatie, met hormonen, chemotherapie en antilichamen, soms ook bestraling, zorgen ervoor dat bij minder mensen de ziekte terugkomt na operatie. Dat geldt met name voor borstkanker, dikke darmkanker en in mindere mate voor longkanker. Voor belangrijke tumorsoorten zoals longkanker en prostaatkanker vallen de resultaten echter toch nog tegen. Als er bij patiënten eenmaal uitzaaiingen van een van deze tumoren zijn opgetreden, overlijden zij aan deze ziekte, tenzij ze eerder aan een andere aandoening overlijden. Voor patiënten met prostaatkanker is dit laatste vaak het geval.

De behandeling van kanker is steeds meer een multidisciplinaire aangelegenheid geworden. Een therapie kan pas optimaal zijn, als de diagnose en de uitgebreidheid van de ziekte adequaat is vastgesteld. Hierbij spelen radiologen en pathologen een onmisbare en steeds belangrijker rol. Een goed voorbeeld hiervan is de diagnostiek van longkanker. Tot tien jaar geleden was het meestal voldoende te weten of een patiënt een niet-kleincellig of een kleincellig longcarcinoom had. Tegenwoordig is belangrijk te weten of een niet-kleincellig carcinoom van de long een adenocarcinoom is, of er een EGFR-mutatie is, of er

een KRAS-mutatie is en of er een zogenaamde ALK-mutatie is. Het al dan niet aanwezig zijn van deze tumorkenmerken speelt een belangrijke rol bij de keuze voor de beste therapie voor deze patiënt.

Wat is de rol van de universitaire medische centra en het NKI (Nederlands Kanker Instituut) in de behandeling van kanker?

De afgelopen vijftig jaar heeft Nederland in vergelijking met de omliggende landen een unieke vorm van organisatie van de oncologische zorg gehad. Patiënten met een ingewikkelde of zeldzaam voorkomende vorm van kanker worden altijd al in de academische ziekenhuizen of gespecialiseerde centra behandeld. Dat geldt met name voor patiënten met acute leukemie, hersentumoren en hoofd/halstumoren en uiteraard ook de kindertumoren. In 1980 werden de integrale kankercentra (IKC's) opgericht, totaal 8 in Nederland. Vanuit de universitaire centra en het Nederlands Kanker Instituut (NKI) gingen oncologische specialisten een keer per week of per twee weken naar alle Nederlandse ziekenhuizen om daar in de oncologiebespreking adviezen te geven over de behandeling van patiënten met kanker. Als het ingewikkeld was, werd de behandeling voortgezet in een van de centra. Zo niet, dan werd de behandeling volgens het gegeven advies uitgevoerd in de betreffende ziekenhuizen. Op deze wijze waren alle Nederlanders in beginsel verzekerd van de voor hen beste behandeling. De afgelopen 25 jaar echter is er veel veranderd. Bijna alle ziekenhuizen kregen in oncologie gespecialiseerde internisten en chirurgen, eerst een, later twee of meer. Er kwamen veel meer behandelingen voor kanker. Er trad superspecialisatie op. De expert uit het centrum kan tegenwoordig ook niet meer het gehele veld overzien. Er zijn kankerspecialisten die zich alleen maar met borstkanker bezighouden, anderen alleen met nierkanker of dikke darmkanker. En om de kennis op dit gebied op peil te houden, is het nodig om ook voldoende patiënten met een dergelijke aandoening te kunnen zien. Het is al jaren een onderwerp van discussie hoe de kennis en kunde op dit gebied het best georganiseerd kunnen worden. Sommigen, het

NKI voorop, pleiten voor een beperkt aantal kankercentra in Nederland. Het merendeel van de patiënten zou in een van deze centra behandeld moeten worden. Anderen pleiten voor een organisatie waarbij de zorg die dichtbij huis geleverd kan worden, ook dichtbij huis georganiseerd kan worden. Dat zou vooral voordeel kunnen opleveren voor de oudere patiënten met veel co-morbiditeit, van wie belangrijke gegevens in het streekziekenhuis aanwezig zijn.

Op dit punt zijn er belangrijke initiatieven die met elkaar moeten worden samengevoegd. SONCOS, de Stichting Oncologische Samenwerking, is het officiële samenwerkingsverband van chirurg-oncologen, internist-oncologen en radiotherapeuten in Nederland. SONCOS is in 2009 opgericht om de organisatorische krachten van de genoemde specialismen te bundelen. Ik mocht daar vanaf het begin voorzitter van zijn. In goede harmonie en ook in samenspraak met andere bij de behandeling van kanker betrokken medische beroepsverenigingen en de patiëntenverenigingen (NFK), heeft SONCOS de afgelopen jaren gewerkt aan een multidisciplinair normeringrapport oncologie. Dit rapport is december jl. openbaar gemaakt. Het beschrijft de eisen waar een ziekenhuis aan moet voldoen om de meest voorkomende vormen van kanker te kunnen behandelen. Het bevat een algemeen deel, waarin omschreven staat welke infrastructurele en personele voorzieningen in een ziekenhuis aanwezig moeten zijn. Daarnaast wordt per tumorsoort nog een belangrijk aantal kwalitatieve en soms ook kwantitatieve normen omschreven. Over de inhoud van dit rapport is intensief overleg geweest met de patiëntenfederatie, de inspectie en de ziektekostenverzekeraars. Ziekenhuizen krijgen een jaar de tijd om de SONCOS-normen te implementeren. Het rapport is opgesteld met de focus op kwaliteit van de zorg en niet met als expliciet doel om de zorg te concentreren. Toch zal dit op een aantal punten nadrukkelijk het gevolg hiervan zijn. Er zijn ook andere dan kwalitatieve redenen waarom ziekenhuizen zouden kunnen beslissen om van bepaalde behandelingen af te zien. Soms kan het zo zijn dat de inspanningen die geleverd moeten worden om aan de kwalitatieve

eisen te voldoen, niet in overeenstemming zijn met het aantal patiënten dat met een dergelijke aandoening behandeld wordt.

De NFU (Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra) heeft samen met het NKI een document opgesteld dat pleit voor de vorming van zogenaamde Comprehensive Cancer Centra. Daarin zouden de universitaire centra en het NKI een regisserende rol spelen in de organisatie van de kankerzorg. In de universitaire centra zouden de ingewikkelde en meer zeldzame behandelingen moeten plaatsvinden. Zij zouden de last resort moeten zijn in een aantal gevallen, maar het is wellicht beter te zeggen dat patiënten met een zo ingewikkelde ziekte zo snel mogelijk in het betreffende centrum behandeld zouden moeten worden. Het opzetten van een dergelijke organisatie is alleen goed mogelijk als erkend en gerespecteerd wordt dat een aantal niet-universitaire centra op het gebied van oncologie ook veel expertise in huis heeft.

5

Voor de omgeving van het LUMC geldt dit bijvoorbeeld voor de behandeling van locoregionaal vergevorderd rectumcarcinoom. Hiervoor worden de patiënten verwezen naar het Medisch Centrum Haaglanden dat voor deze aandoeningen specifieke expertise op chirurgisch gebied en op het gebied van intra-operatieve radiotherapie heeft.

Het specifieke kenmerk van de UMC's moet zijn dat ze niet alleen ingewikkelde behandelingen kunnen doen, maar ook onderzoek naar nieuwe diagnostiek en behandelingsmogelijkheden initiëren.

Wat is de specifieke rol van het Leids Universitair Medisch Centrum?

Het LUMC biedt topreferente zorg voor een groot aantal tumoren: bot en weke delentumoren, melanoom, gynaecologische tumoren, testistumoren, schildkliertumoren, hoofd/halstumoren, hersentumoren, slokdarmtumoren, alvleesklierkanker, leverkanker en nog een aantal zeldzaam voorkomende tumorsoorten. Ik zal een aantal hiervan nader toelichten. Het

kenmerk van de expertise op de genoemde gebieden is dat deze multidisciplinair aanwezig is en op tal van punten door fundamenteel onderzoek wordt ondersteund.

Op het gebied van de patiëntenzorg heeft het LUMC al vanouds een topreferente functie voor de behandeling van bot- en weke delentumoren. Deze maligniteiten komen niet vaak voor en worden vaak pas laat onderkend. Het gebeurt niet zelden dat een voor lipoom (goedaardige vetbult) aangeziene afwijking uiteindelijk een sarcoom blijkt te zijn. Bij aanvang van de behandeling staat de patiënt dan al op achterstand. Behandeling vraagt een bij uitstek multidisciplinaire benadering. De afwijking moet op een adequate wijze, meestal met een MRI en CT-scan in beeld gebracht worden. Vaak kan de ter zake kundige radioloog al op grond van deze beelden een voorspelling geven van de ziekte waarom het gaat. Toch geldt ook hier 'tissue is the issue', er moet een representatief biopt op veilige wijze verkregen worden. De beoordeling hiervan door de patholoog is complex. In het LUMC is er veel expertise op dit gebied, met name door de inbreng van de pathologen prof. Hogendoorn, sinds kort ook decaan, maar ook op dit gebied nog actief, en dr. Bovee. Bij het formuleren van het behandelvoorstel zijn orthopeed, oncologische chirurg, radiotherapeut en internist-oncoloog aanwezig, soms nog aangevuld met een neurochirurg, thoraxchirurg of andere orgaanspecialist. Het aantal patiënten dat hiervoor in het LUMC in behandeling komt, maakt het mogelijk dat dit multidisciplinaire overleg twee keer per week gehouden wordt. De kwaliteit van de behandeling kan alleen maar zo hoog zijn, omdat van alle genoemde specialismen er zogenaamde dedicated specialisten aanwezig zijn. Ik noem daarbij graag de namen van de orthopeden dr. Dijkstra en Van der Sande, de chirurg dr. Hartgrink, de neurochirurg prof. Peul, de radiologen prof. Bloem, dr. Kroon en dr. Persijn van Meerten, de radiotherapeut dr. Nout en niet te vergeten mijn collega internist-oncoloog prof. Gelderblom. De laatste is lid van het dagelijks bestuur van de sarcoomgroep van de EORTC (Europese Organisatie voor Onderzoek naar Kanker) en daar-

mee intensief betrokken bij het ontwikkelen van nieuwe behandelstrategieën voor deze ziekten.

Een deel van de sarcomen, zoals het osteosarcoom en het Ewing sarcoom, komt met name voor bij adolescenten en jongvolwassenen. De behandeling van deze patiënten is op genezing gericht, maar is vaak langdurig en ingrijpend. De begeleiding van deze patiëntengroep vereist speciale aandacht. In dat kader zou het LUMC zich graag aansluiten bij het zogenaamde AYA-initiatief (adolescenten en jongvolwassenen). De AYA-stichting probeert voor deze categorie patiënten de opname in de kliniek op maat te maken. Deze jonge patiënten worden vaak ook geconfronteerd met de gevolgen van hun ziekte bij het voltooiën van hun opleiding, het vinden van een baan en soms ook, als gevolg van intensieve chemotherapie, het later krijgen van kinderen. Er moeten faciliteiten komen waar alle jonge patiënten met kanker met hun specifieke vragen terecht kunnen. Niet alleen patiënten met sarcomen, maar ook jonge patiënten met testiscarcinomen en vormen van leukemie en lymfklierkanker.

Melanoom is een andere maligniteit, waarvoor het LUMC topreferente zorg aanbiedt. Het LUMC is sinds september 2012 een van de acht melanoomcentra. De totstandkoming van melanoomcentra is in korte tijd gerealiseerd. Tot enkele jaren geleden waren er voor patiënten met uitzaaiingen van een melanoom nauwelijks behandelingsmogelijkheden. In 2011 en 2012 werden er twee nieuwe medicijnen geregistreerd. Het eerste middel is ipilimumab, een vorm van immunotherapie, waarbij de patiënten met een interval van drie weken vier keer een infuus moeten krijgen. Het bijzondere aan deze behandeling is dat het wel maanden kan duren voordat duidelijk is of de behandeling aanslaat. Soms is er de eerste maanden zelfs een toename in de omvang van de uitzaaiingen. Toch blijkt uiteindelijk een groep van ongeveer 20% van de patiënten een heel goede reactie op deze medicatie te hebben. In een aantal gevallen is de ziekte ook vijf jaar na behandeling nog niet teruggekeerd. Helaas kan deze behandeling ook gepaard gaan

met ernstige bijwerkingen, zoals een ernstige colitis (dikke darmontsteking) die veel lijkt op colitis ulcerosa. In sommige gevallen ontstaat er een ontsteking van de hypofyse die ertoe leidt dat de belangrijkste regelmechanismen in het lichaam ernstig verstoord raken. Het tijdig onderkennen en behandelen van deze bijwerkingen is noodzaak en om dit goed te kunnen doen, is ervaring in behandeling van deze patiënten met de genoemde middelen een absolute noodzaak. De behandeling is heel duur, vier injecties kosten ongeveer € 80.000.

In 2012 werd vemurafenib geregistreerd, een medicijn in tabletvorm dat gericht is tegen de zogenaamde BRAF-mutatie. Deze is in ongeveer de helft van de patiënten met een gemetastaseerd melanoom aanwezig. De gunstige reactie op deze therapie komt meestal snel, soms al binnen een week. In dit kader wordt weleens gesproken over het Lazarus-fenomeen. Patiënten die als gevolg van hun ziekte bedlegerig waren, kunnen binnen enkele dagen zichzelf weer redden. Alhoewel de gunstige reactie op vemurafenib vaak spectaculair is, duurt deze helaas gemiddeld maar zeven maanden. Ook de behandeling met vemurafenib kent ernstige bijwerkingen en is eveneens heel kostbaar: voor een periode van zeven maanden ongeveer € 55.000.

De Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) is in 2011 en 2012 intensief in overleg geweest met het Ministerie van VWS, CVZ dat nieuwe medicatie beoordeelt op noodzaak voor opname in het verzekerde pakket, de patiëntenverenigingen en ziektekostenverzekeraars om snel tot een regeling te komen waarbij alle patiënten die daarvoor in aanmerking zouden kunnen komen, deze medicatie ook daadwerkelijk kunnen krijgen. Dit overleg heeft ertoe geleid dat de Minister van VWS in augustus 2012 besloten heeft dat ipilimumab en vemurafenib voor 95% vergoed worden onder voorwaarde dat de behandeling van patiënten met een uitgezaaid melanoom met een van deze middelen, plaatsvindt in een centrum en dat er van alle patiënten met een gemetastaseerd melanoom een register wordt aangelegd. Dit heeft de

naam Dutch Melanoma Treatment Register (DMTR) gekregen. Naast de acht melanoomcentra zijn er nog zes zogenaamde partnerziekenhuizen. Dat zijn grotere ziekenhuizen die wel aan alle criteria voldoen, maar die zelf niet direct betrokken zijn bij onderzoek naar nieuwe diagnostiek en behandeling van melanoompatiënten.

Het LUMC is als een van de melanoomcentra, nadrukkelijk betrokken bij onderzoek naar nieuwe behandelmethoden. Al jaren behandelt de afdeling Oogheelkunde onder leiding van prof. Luyten, patiënten met een melanoom in het oog. Daarvan zijn er tussen de 150 en 200 per jaar in Nederland. Zij worden bijna allemaal in het LUMC behandeld. Op de polikliniek is een multidisciplinair team aanwezig, patiënten kunnen in een dag hun gehele diagnostiek krijgen. Het geheel wordt dezelfde dag afgerond met een behandelvoorstel. Ook deze patiënten kunnen metastasen krijgen, vaak in de lever en deze metastasen gedragen zich anders dan metastasen van huidmelanomen. Dr. Kapiteijn van de afdeling Medische Oncologie is intensief betrokken bij de ontwikkeling van nieuwe medicatie voor patiënten met uitzaaiingen van melanoom, zowel van het oogmelanoom als van de cutane (in de huid ontstane) melanomen. Dit betreft niet alleen onderzoek met nieuwe medicatie die door farmaceutische bedrijven worden aangedragen, maar ook vormen van immunotherapie die in het LUMC zelf ontwikkeld worden in het laboratorium van de afdeling Oncologie, waar prof. Van den Burg enthousiast leiding aan geeft. Het gaat daarbij om de infusie van zogenaamde T-lymfocyten. Deze lichaamseigen cellen worden met behulp van een stukje tumor van de patiënt buiten het lichaam opgekweekt en in stelling gebracht tegen melanoomcellen. Als er voldoende gestimuleerde T-lymfocyten zijn en de algemene toestand van een patiënt dit toelaat, worden deze cellen aan de patiënt toegediend en kunnen de tumor in regressie doen gaan. Het opkweken van deze cellen is niet altijd gemakkelijk en kost vaak tijd, tijd die een patiënt niet altijd heeft. Er worden studies ontworpen om dit proces te optimaliseren.

Op het laboratorium van de afdeling Klinische Oncologie is de laatste jaren heel veel onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van vaccinaties tegen kwaadaardige ziekten, niet alleen om de ziekte te voorkomen, maar ook om behandeling te kunnen geven als de kwaadaardigheid ontstaan is. Een belangrijke rol speelt hierin het HPV (Humana Papilloma Virus), dat oorzaak is van het ontstaan van kanker aan de vagina en de cervix. Daarnaast blijkt het HPV-virus een rol te spelen bij het ontstaan van hoofd/halstumoren. Daar waar deze tumoren twintig jaar geleden eigenlijk alleen maar voorkwamen bij mensen die erg veel gerookt hadden en alcohol hadden gebruikt, blijkt deze ziekte nu ook voor te komen bij mensen die deze risicofactoren niet hebben. In de laatste groep blijkt in de tumor vaak het HPV aanwezig. Aangezien het dan om de gevolgen van een infectieziekte gaat, ligt het voor de hand te onderzoeken of deze ziekte met vaccinatie te voorkomen is. Het LUMC heeft ook een grote expertise op het gebied van de behandeling van gynaecologische maligniteiten. Deze expertise ligt bij de afdeling Radiotherapie, in het bijzonder bij prof. Creutzberg. Er worden jaarlijks veel patiënten met vulva- en cervixcarcinoom behandeld. In het laboratorium van prof. Van den Burg is in samenwerking met prof. Melief hard gewerkt aan de ontwikkeling van vaccins. Er zijn nu zogenaamde long peptide vaccins ontwikkeld die klaar zijn om uitgebreid getest te worden bij patiënten met cervixcarcinoom en bij hoofd/halstumoren. Het bijzondere van het vaccinatieprotocol bij de patiënten met baarmoederhalskanker is dat de behandeling gecombineerd wordt met chemotherapie. Daar waar altijd gedacht werd dat chemotherapie de afweer alleen maar nadelig kon beïnvloeden, is nu gebleken dat na een aantal chemotherapietoedieningen het immuunsysteem sterker kan reageren in de vorming van tumorspecifieke afweercellen tegen het genoemde vaccin, zeker als het gecombineerd wordt met interferontoediening. Het doen van deze studies is noodzakelijk om verder te komen. Het genereren van kennis in het laboratorium is belangrijk, het doen van onderzoek bij kleine groepen patiënten om een concept nader uit te werken ook. Resultaten van behandeling

kunnen echter pas verbeterd worden als deze nieuwe behandelingen in een groter fase 3 onderzoek ook hun waarde hebben bewezen. Ik zal mijn uiterste best doen om deze studies te ondersteunen en daarmee belangrijke resultaten uit het laboratorium ook voor patiënten interessant te laten zijn.

In de oncologie wordt vaak over de zogenaamde big 4 gesproken: longkanker, borstkanker, dikke darmkanker en prostaatkanker. Het gaat daarbij om drie vierde van alle kankerbehandelingen. Voor deze tumorsoorten spelen de universitaire centra een minder prominente rol in de behandeling, maar zij kunnen wel betrokken zijn bij het vinden van nieuwe behandelopties. Het LUMC behandelt op dit moment niet veel patiënten met borstkanker. Toch heeft het jarenlang een prominente rol gespeeld bij baanbrekende studies. De hoogleraren Van de Velde en Nortier van het LUMC, waren belangrijke voortrekkers bij de TEAM-studie. Deze ging over de aanvullende hormonale behandeling van patiënten die geopereerd waren voor een oestrogenreceptor positieve vorm van borstkanker. Tot 15 jaar geleden werd hiervoor het anti-oestrogen tamoxifen gebruikt, maar door onder andere de TEAM-studie werd aangetoond dat aromataseremmers, in dit geval exemestane, minstens zo belangrijk zijn. Aromataseremmers zijn thans een onmisbaar onderdeel van de adjuvante hormonale behandeling

Dit soort grote studies kan alleen maar worden uitgevoerd als er voldoende patiënten in deze studies geïnccludeerd worden. In Nederland is hiervoor de Borst Onderzoek Groep Nederland (BOOG) opgericht, waar mijn voorganger prof. Nortier tot aan zijn pensionering leiding aan gegeven heeft. Het LUMC participeert in de meeste BOOG-studies. Nieuwe initiatieven zijn er vanuit het LUMC te verwachten. Internist-oncologe dr. Kroep heeft recent een belangrijke subsidie van Pink Ribbon voor het LUMC gekregen om een onderzoek uit te werken naar de invloed van caloriebeperking in de periode dat patiënten in verband met borstkanker chemotherapie krijgen. Het idee bestaat dat tumorcellen gevoeliger zijn voor de effecten van

chemotherapie als ze in een hongertoestand verkeren. Dit concept zal de komende jaren in grotere studies, met meerdere centra via de BOOG, onderzocht worden.

Voor patiënten bij wie de gebruikelijke anti-kankerbehandelingen niet meer effectief zijn, wordt soms onderzoek met nieuwe medicamenten aangeboden. Prof. Gelderblom werd enkele jaren geleden aan deze universiteit aangesteld als hoogleraar in de Experimentele Oncologische Farmacotherapie. In nauwe samenwerking met prof. Guchelaar, hoofd van de apotheek van het LUMC, doet hij veel onderzoek naar mogelijkheden om bestaande therapieën nog beter werkzaam te laten zijn en de bijwerkingen van systeemtherapie te beperken. Deze effecten zijn soms het gevolg van een verschillende manier waarop patiënten een toegediend medicijn verwerken. Het veelvuldig op verschillende tijdstippen meten van de concentratie van een geneesmiddel in het bloed, wordt daarbij vaak gebruikt. Daarnaast wordt er gekeken naar verschillen in aanwezigheid van bepaalde katalysatoren in het lichaam die het medicament moeten afbreken of juist werkzaam moeten maken. Dit onderzoek zal dit jaar leiden tot promotie van de internist-oncologen Dezentje en Houtsma, en er zitten nog meer promoties in de pijplijn. De afdeling Medische Oncologie is bezig met het opzetten van een zogenaamde clinical research unit, om de voortgang van dit onderzoek maximaal te faciliteren. Dat kan mooi samenvallen met het in gebruik nemen van de nieuwe verpleegafdeling medische oncologie begin 2014. Op deze afdeling zullen we optimale zorg aanbieden aan patiënten die een kortdurende behandeling moeten ondergaan. Maar op dezelfde afdeling is ook ruimte voor patiënten die meerdere dagen in het ziekenhuis moeten verblijven. We hopen dat de continuïteit van de behandeling en de expertise die hiervoor nodig is, nog beter tot zijn recht kunnen komen. Het is ook niet uitgesloten dat we hier met eenzelfde team aan verpleegkundigen nog meer patiënten op een adequate manier zullen kunnen behandelen.

En hoe gaat het met de kosten?

Medicijnen zijn het belangrijkste instrument van de internist-oncoloog. Ik zeg met name internist(-oncoloog), omdat het noodzakelijk is dat voor een goede behandeling van kankerpatiënten er niet alleen veel kennis is over alle organsystemen. Maar vooral ook over de betekenis van afwijkingen daarbij, als het gaat om de toediening van medicijnen die potentieel veel bijwerkingen kunnen hebben. Een internist heeft daarvoor een intensieve en langdurige opleiding gehad en is ook geëquipeerd voor het opvangen van ernstig zieke mensen.

Eerder al noemde ik de kosten van de nieuwe medicijnen voor patiënten met een uitgezaaid melanoom. Helaas is bijna alle nieuwe medicatie kostbaar. Oncologen werden met de kosten van geneesmiddelen voor het eerst geconfronteerd rond 1990. Het middel paclitaxel, merknaam Taxol, een stof afkomstig uit de Taxus-boom, bleek de uitkomst van de behandeling van patiënten met eierstokkanker te kunnen verbeteren. Meestal kregen patiënten daarvoor zes behandelingen met paclitaxel, in combinatie met cisplatin of carboplatin. Een toediening met paclitaxel kostte ongeveer 3.000 gulden, voor de gehele behandeling dus 18.000 gulden. Ik herinner mij goed dat ik voor iedere nieuwe patiënte die ik paclitaxel wilde voorschrijven, bij de directie moest komen om daarvoor toestemming te vragen. De directie gaf mij dan aan dat dit kon betekenen dat er in dat jaar een kleiner aantal patiënten een nieuwe heup zou krijgen of een pacemaker. Toen het mij voor een patiënte niet lukte om toestemming van de directie te krijgen, schreef ik haar een recept voor dat ze dan maar bij haar eigen apotheek zou moeten ophalen. Tot mijn verrassing kwam ze een aantal dagen later terug met de voorgeschreven ampullen paclitaxel, die daarna door ons werden opgelost en aan haar werden toegediend. Na een half jaar werd ik ontboden bij de directie omdat er alsnog een rekening voor het ziekenhuis voor deze ampullen gekomen was. Alhoewel ik begrip had voor het standpunt van de directie, heb ik me in dit soort situaties altijd opgesteld als bondgenoot van de patiënt. Ik vind dat hij of zij er recht op heeft te weten dat een arts alles in het werk zal stellen om de

voor hem of haar meest geschikte behandeling te geven. Ik was niet de enige die problemen had met het voorschrijven van paclitaxel. In sommige ziekenhuizen werd het helemaal niet voorgeschreven en de kankercentra voelden er weinig voor om deze patiënten dan in behandeling te nemen, omdat dit niet noodzakelijk geacht werd vanwege medische expertise en deze behandeling voor hen ook kostbaar was. In dat kader werd er wel gesproken over zogenaamde postcode-geneeskunde. Enkele jaren na de introductie werd er een regeling getroffen, waarbij het mogelijk was om maximaal 70% van de kosten van de medicatie van paclitaxel en andere dure medicatie vergoed te krijgen, buiten het gewone budget van een ziekenhuis. Overigens gingen ziektekostenverzekeraars daar niet in alle ziekenhuizen op dezelfde wijze mee om. Het percentage dat vergoed werd varieerde van 0-70%, en deze handelwijze was nog wel eens inzet van discussie met verzekeraars. Bij de introductie van trastuzumab, een zogenaamd monoclonaal antilichaam gericht tegen de her2 neu receptor van borstkankercellen, die in 15-20% van patiënten met borstkanker aanwezig is, ontstonden er opnieuw problemen. Drie grote studies hadden aangetoond dat een aanvullende behandeling met trastuzumab na operatie voor borstkanker, bij deze patiëntengroep de kans op terugkeer van de ziekte ongeveer kon halveren. Dit ging meteen om een grote groep patiënten en met de kosten van dit geneesmiddel is jaarlijks ongeveer 65 miljoen euro gemoeid. De toenmalige Minister van VWS Borst, kwam met de zogenaamde 80%-regeling. Als medicijnen op de lijst van de dure geneesmiddelen werden geplaatst, na positief advies hierover door CVZ, kreeg een ziekenhuis 80% van de kosten van deze middelen buiten het gewone budget vergoed. Alhoewel niet optimaal, was dit toch een regeling waar de meeste ziekenhuizen goed mee uit de voeten konden. Vanaf 2012 is er een nieuwe systematiek in het kader van de zogenaamde DOT-regeling (DBC's Op weg naar Transparatie). Hierbij worden de medicijnen die op de lijst van de dure geneesmiddelen vermeld stonden, voortaan als een zogenaamde add-on gedeclareerd. Alhoewel dit bedrag eigenlijk 100% zou moeten zijn, bedraagt het in de praktijk in het kader van de zogenaamde transitieregeling slechts iets meer

dan 80%. De rest van de medicatiekosten moet op een andere manier in de vergoeding worden opgenomen.

De uitgaven aan cytostatica als paclitaxel is tussen 1990 en 2010 enorm gestegen tot een bedrag van ongeveer 270 miljoen euro per jaar. Ondanks het feit dat er de laatste jaren nog nieuwe middelen bij zijn gekomen, is er een stabilisatie gekomen in de uitgaven op dit gebied. Dat komt omdat veel gebruikte middelen, zoals paclitaxel, docetaxel, oxaliplatin, gemcitabine en irinotecan uit patent zijn gegaan. Een kuur paclitaxel kost nu geen 3.000 gulden meer, maar minder dan 100 euro. Wat mij betreft moet het geld dat hierdoor vrijgekomen is, zeker worden ingezet voor innovatie. Als er geen geld voor innovatie is, zijn we over tien jaar niet verder dan we nu zijn.

Per 1 januari is daarnaast in het kader van de zogenaamde overheveling een aantal orale middelen tegen kanker, overgeheveld naar het ziekenhuisbudget. Dat betekent dat deze middelen alleen via de ziekenhuisapotheek verkregen kunnen worden. Op zich is daar wel iets voor te zeggen, omdat een ziekenhuisapotheker meer dan de stadsapotheker is opgeleid om patiënten te instrueren over een goed gebruik van middelen tegen kanker. Daarnaast is het via de ziekenhuisapotheek soms gemakkelijker om een afgemeten dosering van de medicatie mee te geven, zodat kosten bespaard kunnen worden. Er zijn echter ook nadelen aan verbonden. UMC's hebben vaak patiënten die ver van het betreffende ziekenhuis wonen. Als patiënten tussen polikliniekbezoeken door medicatie nodig hebben, moet deze medicatie thuisgebracht worden of moeten patiënten de medicatie zelf ophalen. In principe zou deze operatie van overheveling voor de ziekenhuizen een kostenneutrale operatie moeten zijn. Immers, de medicatie die voorheen door de stadsapotheek geleverd werd, komt nu via de ziekenhuisapotheek. Er is wat dat betreft geen enkele reden om meer medicatie voor te gaan schrijven. Toch zijn er op dit punt zorgen. Veel ziekenhuizen hebben met hun zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de bekostiging van deze overgehevelde medicatie. De NVMO heeft haar leden sterk

geadviseerd om dit met nacalculatie te doen, maar in de praktijk hebben veel ziekenhuizen budgetafspraken gemaakt. Dat kan betekenen, dat als het budget overschreden wordt, ziekenhuizen in de financiële klem komen en er toch aandrang wordt uitgeoefend om terughoudend te zijn in het voorschrijven van deze dure medicatie. Voor 2013 zijn er in de loop van het jaar indicaties gekomen voor het voorschrijven van deze middelen voor patiënten met een gemetastaseerd prostaatcarcinoom. Als de budgetten niet worden bijgesteld, kan het gebeuren dat het budget aan het einde van het jaar voor deze patiënten op is. KWF Kankerbestrijding heeft een signaleringscommissie ingesteld die de bedreigingen in het beschikbaar zijn van medicijnen voor kankerpatiënten in beeld moet brengen. Mij is gevraagd hier leiding aan te geven en aan het eind van 2013 hierover te rapporteren. Voor patiënten zijn er twee bedreigingen. Allereerst gaat het om de aanspraak op het medicament. Als het geregistreerd is, maar niet of onvolledig wordt vergoed, komen patiënten en hun artsen in de problemen. Daarnaast gaat het om de beschikbaarheid van medicijnen tegen kanker. Van sommige cytostatica zijn er dreigende tekorten omdat er te weinig grondstoffen of productiefaciliteiten zijn. De afgelopen jaren is dat duidelijk gevoeld voor Caelyx en cytarabine, een belangrijk medicijn bij de behandeling van leukemie en sommige vormen van lymfklierkanker.

Waar valt er dan wel te besparen?

Het aantal patiënten met kanker zal toenemen en het aantal behandelingsmogelijkheden voor hen eveneens. De NVMO heeft altijd als standpunt naar buiten gedragen 'duur als het moet en goedkoop als het kan'. Dat betekent dat als er twee behandelingen gelijkwaardig zijn, de NVMO haar leden adviseert de goedkoopste variant te gebruiken. De komende jaren zullen er ook meer methoden ontworpen moeten worden om patiënten te selecteren bij wie vooraf een grote kans bestaat dat de behandeling aanslaat. Wanneer er markers zijn die van tevoren kunnen voorspellen dat een behandeling niet aanslaat, kan deze aan de patiënten onthouden worden. Zij worden dan ook niet blootgesteld aan de vervelende bijwerkingen hiervan.

In dit kader wordt gesproken over biomarkers. In feite beschikken we allang over een aantal biomarkers, zoals bijvoorbeeld de oestrogenreceptor bij borstkanker en de BRAF-mutatie bij patiënten met een melanoom. Als patiënten deze niet hebben heeft het ook geen zin hen medicatie voor te schrijven. Onderzoek naar goede biomarkers zal geïntensiveerd moeten worden.

De American Society of Medical Oncology (ASCO) vroeg recent aan haar leden of zij voorstellen hadden om tot besparingen te komen in de behandeling van kankerpatiënten. Hierbij kwam een aantal onderwerpen nadrukkelijk naar voren: beperk uitgebreide niet-noodzakelijke diagnostiek en beperk behandelingen aan patiënten die waarschijnlijk hooguit enkele weken tot maanden levensverlenging kunnen krijgen ten koste van veel bijwerkingen. Deze situatie is waarschijnlijk niet geheel vergelijkbaar met de Nederlandse. Ten aanzien van het gebruik van PET-scans in de oncologie, is er in Nederland waarschijnlijk sprake van zowel overconsumptie als onderconsumptie. De PET-scan is soms nauwkeuriger dan een gewone CT-scan. Voor longkanker is in een aantal nette studies uitgezocht dat een PET-scan in één op de vijf gevallen een zinloze operatie voor longkanker kan voorkomen. Voor deze groep patiënten is een PET-scan dan ook een onmisbaar onderdeel van de diagnostiek en dat geldt ook voor een aantal andere oncologische ziekten. In Nederland wordt wellicht op plaatsen waar de PET-scan in het eigen ziekenhuis beschikbaar is, te snel van deze faciliteit gebruikgemaakt, maar in ziekenhuizen waar de PET-scan niet aanwezig is, dreigt het risico dat deze beeldvorming te weinig of te laat wordt gebruikt. Ik ben blij dat het LUMC binnen afzienbare tijd over een eigen PET-scanfaciliteit gaat beschikken. Voor Nederland kan ik hier een belangrijke suggestie voor bezuiniging aan toevoegen. Als patiënten een CT-scan ondergaan, krijgen ze via een ader een contrastmiddel toegediend, dat bij verminderde nierfunctie tot achteruitgang van de nierfunctie zou kunnen leiden. De mate waarin dat zich voordoet, is echter nooit goed onderzocht. Desondanks moeten alle patiënten die een creatinineklaring van minder dan 60 ml/minuut hebben, op een speciale manier voor dit onderzoek

worden voorbereid. Ze krijgen daarbij extra vocht toegediend, soms in combinatie met bicarbonaat. Patiënten moeten daarvoor uren op de dagverpleging verblijven, soms worden opgenomen. Bij patiënten met hartzwakte kan deze extra vochttoediening af en toe zelfs tot hartfalen leiden. Alle ziekenhuizen hebben echter in het kader van het VMS (Veiligheids Management Systeem) dit protocol omarmd en soms complete poliklinieken ingericht om dit te begeleiden. Voor patiënten is dit omslachtig en waarschijnlijk is er in Nederland jaarlijks een bedrag van maximaal 60 miljoen euro mee gemoeid. Prof. Rabelink van het LUMC heeft recent in een overzichtsartikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde nog eens duidelijk weergegeven dat dit protocol niet op evidence gebaseerd is. Ik geef de ziekenhuizen sterk in overweging om bij patiënten met een creatinineklaring van meer dan 30 ml/minuut, en zonder bijkomende risicofactoren, het hydratieschema af te schaffen.

Waarschijnlijk kan in de follow-up van patiënten ook nog wel het een en ander op de kosten bespaard worden. Er ligt al enkele jaren de richtlijn 'Herstel na Kanker'. Deze adviseert om ongeveer een jaar na de primaire behandeling met patiënten te overleggen wat er nog zinvol is in verdere controle en datgene wat niet zinvol is achterwege te laten. Grote stappen hierin zijn nog niet genomen en de rol die de huisartsen hierin krijgen toebedacht, komt vaak nog niet uit de verf omdat aan huisartsen al steeds meer activiteiten gevraagd worden.

Een hoogleraar geeft natuurlijk ook les

Bij mijn overgang vanuit het Medisch Centrum Alkmaar (MCA) naar het LUMC vroegen veel patiënten of ik nu alleen les ging geven. In de academische ziekenhuizen is daar wel eens het tegenovergestelde over gedacht. Research en patiëntenzorg kregen veel aandacht, onderwijs was nogal eens het kind van de rekening. Nederland heeft goede artsen nodig, zeker ook om het toenemende aantal kankerpatiënten goed te kunnen behandelen. Zij moeten goed opgeleid en gemotiveerd worden. Hoogleraren dienen daarin het voorbeeld te geven en dat zal ik

dan ook doen. Er is niets mooier dan aan jonge, enthousiaste studenten kennis die je hebt opgedaan over te dragen. Het is een belangrijke taak van de universitaire centra om daar ook in te excelleren.

Dankwoord

Er zijn veel mensen die ik wil bedanken voor mijn benoeming tot hoogleraar aan het LUMC en ik kan daar helaas niet compleet in zijn. De Rector Magnificus, de leden van de Raad van Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum, de leden van de benoemingscommissie en prof. Fibbe, voorzitter van divisie 4, wil ik dankzeggen voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik ben vereerd deze leerstoel aan de oudste universiteit van Nederland te kunnen aanvaarden.

Mijn voorganger, hooggeleerde Nortier, beste Hans, ik wil je bijzonder danken voor de begeleiding die je mij geboden hebt tijdens mijn overgang van het Medisch Centrum Alkmaar naar het LUMC. Graag bedank ik je ook voor de aangename wijze waarop ik op tal van terreinen van de oncologie de afgelopen vijftien jaar met je heb kunnen samenwerken.

De afdeling Klinische Oncologie, waar ik tot hoofd ben benoemd, heeft mij met een warm gevoel ontvangen. De afdeling omvat de afdelingen Radiotherapie en Medische Oncologie en heeft een groot laboratorium. Radiotherapie en Medische Oncologie zijn twee verschillende disciplines, maar behandelen dezelfde groep patiënten. Met respect voor elkaars autonomie proberen we het beste uit elkaar naar boven te halen en ik ben bijzonder blij met de plezierige samenwerking met de radiotherapeuten onder leiding van hun afdelingshoofd prof. Marijnen. Prof. Van den Burg is het hoofd van het laboratorium van de afdeling Klinische Oncologie. Ik was aangenaam verrast door zijn kennis en kunde en de wijze waarop hij tal van onderzoekers naar promotie weet te begeleiden en input geeft aan de behandeling van onze patiënten. De afdeling Oncologie is in aantal fte's niet de grootste universitaire afdeling in Nederland, maar herbergt veel talent, kennis, kunde en enthousiasme.

Hooggeleerde Gelderblom, beste Hans, je hebt me opgevolgd als voorzitter van de NVMO, we bespreken op een bijzonder prettige manier veel organisatorische en vakinhoudelijke zaken met elkaar. Ik reken erop dat onze samenwerking de komende jaren nog veel vruchten zal afwerpen. Met de andere internist-oncologen, prof. Susanne Osanto, dr. Ellen Kapiteijn, dr. Judith Kroep, Saskia Luelmo, Marije Slingerland en Anouk Jochems, staat er een kundig team. Op de verpleegafdelingen werken gemotiveerde, enthousiaste mensen. Patiënten mogen weten dat ze bij hen in goede handen zijn. De research wordt ondersteund door een groep ervaren researchverpleegkundigen onder leiding van Jan Ouwerkerk. Op het secretariaat, waarbij ik zonder anderen te kort te doen, graag Pauline Hoftijzer noem, kan ik bouwen. De secretaresses op de polikliniek zijn zeer betrokken bij de patiënten en Jacqueline Zijlmans helpt me daarbij in het bijzonder.

Vertrouwen is iets wat je moet verdienen, maar wat ook stimuleert. Mijn eerste voetstappen in de Geneeskunde zette ik in het Andreasziekenhuis in Amsterdam, waar dr. Ernst Nauta opleider was. Het verheugt mij dat hij vandaag aanwezig is. Al tijdens mijn opleiding als co-assistent, vroeg hij mij of ik twee maanden een vacature van arts-assistent wilde opvullen. Ik mocht waarnemen als zaalarts op een afdeling met 34 bedden, sommige dagen deed ik dat alleen. Je werd dan superco-assistent genoemd. Wetende dat ik Koos heet, weet u wat daarvan gemaakt werd. Direct na mijn artsexamen kon ik mijn opleiding tot internist beginnen in hetzelfde ziekenhuis. Ik heb er veel geleerd. De laatste ruim twee jaar van mijn opleiding tot internist deed ik in het VU-Ziekenhuis, onder leiding van de hooggeleerden Jan van der Meer en Ab Donker. Ook zij gaven mij de mogelijkheid me verder te ontwikkelen. Het laatste half jaar van mijn opleiding was ik al aangesteld als supervisor van een afdeling Interne Geneeskunde en kon ik ook onder externe supervisie de afdeling Nucleaire Geneeskunde een jaar waarnemen. Na mijn opleiding tot internist, heb ik nog tweeënhalfjaar gewerkt als chef de clinique op de afdeling Oncologie bij prof. Pinedo in het voormalige VU-Ziekenhuis. Ook prof. Pinedo

gaf mij vertrouwen: hoewel ik nog geen vast staflid was, nam hij me toch op in zijn groep. Ik heb daar heel veel geleerd en tot op de dag van vandaag hebben we goede contacten, waar ik dankbaar voor ben. Het vertrouwen dat me gegeven werd, stimuleerde mij om extra mijn best te doen. In het Ziekenhuis Amstelveen, later Ziekenhuis Amstelland geheten, heb ik heel veel ervaring in patiëntenzorg mogen opdoen in een maatschap die kameraadschappelijk en professioneel uitstekend met elkaar omging. In het Medisch Centrum Alkmaar heb ik me nog meer alleen op de oncologie kunnen toelagen. Het MCA sprak niet alleen uit dat oncologie een speerpunt van het beleid was, maar stelde ook middelen ter beschikking om het waar te maken. Ik kijk daar met dankbaarheid op terug.

Bestuurlijk heb ik de afgelopen zeven jaar veel mogen doen. Uiteraard staat de inhoud voorop, maar als dat op het persoonlijke vlak ook klikt, gaat dat een stuk gemakkelijker. Zonder anderen tekort te doen wil ik hierbij noemen Aart van Bochove, internist-oncoloog uit het Zaans Medisch Centrum en mijn voorganger als voorzitter van de NVMO en prof. Winette van der Graaf, vice-voorzitter van het NVMO-bestuur en bestuurslid van SONCOS. Met prof. Jean Klinkenbijl, chirurg en prof. Caro Koning, radiotherapeut, ging ik naar de notaris om SONCOS officieel op te richten. De laatste jaren heb ik binnen SONCOS op een plezierige manier samen mogen werken met Michel Wouters, voorzitter van de Nederlandse chirurg-oncologen en prof. Marcel Verheij, voorzitter van de radiotherapeuten. Graag wil ik ook dr. Paul de Jong, internist-oncoloog en bestuurslid van SONCOS noemen. Hij heeft heel veel energie besteed aan het tot stand komen van het SONCOS-normering-rapport oncologie.

Sommige mensen hebben deze oratie niet meer gehaald. Ik noem daarbij mijn moeder Elizabeth. Na een rijk leven, zij kreeg onder andere negen kinderen, overleed ze december jl. op 86-jarige leeftijd. Zij was al bijna drie jaar ziek en ook geestelijk ging zij achteruit. Toen ik haar vorig jaar vertelde dat ik hoogleraar werd in Leiden, kwam er een lieve glimlach op

haar gezicht en vroeg ze mij: “wanneer is dan je kroning?”, een actueel onderwerp op dit moment. Zij bedoelde daarbij deze ceremonie.

Anna Bertha, al vanaf mijn veertiende jaar mijn geliefde, en Christiaan, onze zoon, bij elke verandering in mijn carrière werd me de vraag gesteld of ik nu meer vrije tijd zou krijgen. De eerste weken leek dat dan wel eens het geval, maar gaandeweg bleek het altijd toch weer drukker dan voorheen. Daarin is mijn overstap naar het LUMC geen uitzondering. Desondanks hebben jullie me altijd gesteund. Jullie zijn het beste wat me is overkomen.

Ik heb gezegd.

PROF.DR.IR. J.J.M. (KOOS) VAN DER HOEVEN (MAASLAND, 1952)



- 1975 Doctoraal Biologie Landbouwniversiteit Wageningen, incl. 1e graads onderwijsbevoegdheid
- 1978 Postdoc Epidemiologie Landbouwniversiteit Wageningen
- 1975-1979 Leraar biologie Wageningen en Amsterdam
- 1981 Doctoraal Geneeskunde VUmc Amsterdam
- 1986 Specialisatie Interne Geneeskunde VUmc Amsterdam
- 1986-1988 Chef de clinique afd. Oncologie VUmc Amsterdam
- 1984-1988 Lid bestuur Stafconvent VUmc Amsterdam
- 1988-2006 Internist-oncoloog Ziekenhuis Amstelland, Amstelveen
- 2002-2006 Stafvoorzitter Ziekenhuis Amstelland, Amstelveen
- 2004 Promotie VUmc, Amsterdam 'Prospects for positron emission tomography in the staging and treatment of breast cancer patients'
- 2007-2012 Internist-oncoloog Medisch Centrum Alkmaar, voorzitter vakgroep Interne Geneeskunde/MDL, voorzitter dagelijks bestuur Oncologiecommissie
- AUG. 2012 Benoeming tot hoogleraar Interne Geneeskunde, in het bijzonder de Medische Oncologie en Hoofd Afdeling Klinische Oncologie Leids Universitair Medisch Centrum

Functies

- 2007-2012 Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO)
- 2009-heden Voorzitter Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS)
- 2013 Lid Signaleringscommissie KWF-Kankerbestrijding, voorzitter van de Signaleringscommissie KWF 'Dure geneesmiddelen'
Bestuurslid Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA)

Op dit moment krijgen in Nederland jaarlijks ruim 100.000 mensen kanker. Zonder tegenmaatregelen zal dit aantal tot 2020 met nog bijna 25% toenemen. Om deze stijging te voorkomen en meer mensen met kanker te genezen, zijn preventie, samenwerking en innovatie vereist. Roken is nog steeds de belangrijkste oorzaak van kanker. Dit extra risico om kanker te krijgen, kan bijna geheel verdwijnen als mensen voor hun veertigste jaar stoppen met roken. Soms kan kanker in een voorstadium aangetoond worden, bijvoorbeeld bij dikke darmkanker. Eind 2013 start het bevolkingsonderzoek naar deze ziekte. Als in een vroeg stadium poliepen ontdekt en verwijderd worden, kan het ontstaan van kanker worden voorkomen. De behandeling van kanker vereist een multidisciplinaire aanpak. Daarvoor is niet alleen een goede samenwerking binnen de ziekenhuizen noodzakelijk, maar ook tussen de verschillende ziekenhuizen onderling. Niet alle ziekenhuizen zullen de komende jaren nog alles op het gebied van kanker kunnen blijven doen. Verdere specialisatie zal leiden tot verdere concentratie van behandelingen. De universitaire centra en het Nederlands Kanker Instituut zullen daarbij een regisserende en innovatieve rol moeten spelen. Er komen steeds meer mogelijkheden om vergevorderde vormen van kanker medicamenteus te behandelen. Helaas zijn deze medicijnen bijna zonder uitzondering bijzonder kostbaar. Grote inspanning zal geleverd moeten worden om patiënten in aanmerking te laten komen voor de best mogelijke behandeling.



Universiteit
Leiden