



N E D E R L A N D

Landenprofiel kanker

2025



European
Commission



BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Serie Landenprofiel Kanker

Het Europees register voor ongelijkheden bij kanker is een vlaggenschipinitiatief van het Europees kankerbestrijdingsplan. Dit register bevat solide en betrouwbare gegevens over kankerpreventie en kankerzorg, die kunnen worden gebruikt om trends, verschillen en ongelijkheden tussen lidstaten, regio's en bevolkingsgroepen in kaart te brengen. In de landenprofielen voor kanker wordt voor elk van de 27 lidstaten van de EU, IJsland en Noorwegen aandacht besteed aan sterke en zwakke punten, uitdagingen en specifieke actiegebieden. Het Europees register voor ongelijkheden bij kanker ondersteunt ook vlaggenschipinitiatief 1 van het actieplan om de verontreiniging tot nul terug te dringen.

De profielen zijn een samenwerking van de OESO en de Europese Commissie. Het team is dankbaar voor de waardevolle inbreng van nationale deskundigen en de opmerkingen van het Gezondheidscommissie van de OESO en de thematische werkgroep van de EU voor het register voor ongelijkheden bij kanker.

Gegevens- en informatiebronnen

De gegevens en informatie in de landenprofielen voor kanker zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de aan Eurostat en de OESO verstrekte officiële nationale statistieken, die zijn gevalideerd zodat zij aan de hoogste normen voor vergelijkbaarheid van gegevensvoldoen. De bronnen en methoden die aan deze gegevens ten grondslag liggen, zijn beschikbaar in de Eurostat-databank en in de gezondheidsdatabank van de OESO.

Aanvullende gegevens en informatie zijn afkomstig van het Gemeenschappelijk Centrum voor onderzoek (JRC) van de Europese Commissie, de enquête over EU-statistiek van inkomens en levensomstandigheden (EU-SILC), de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), het Internationaal Agentschap voor kankeronderzoek (IARC), de Internationale Organisatie voor Atoomenergie (IAEA), de Europese vereniging voor kinderoncologie (SIOPE), het Bureau van de Europese Unie voor de grondrechten (FRA), de enquête over gezondheidsgedrag bij schoolgaande kinderen (HBSC), alsook uit de landenprofielen voor gezondheid en kanker van 2023 en andere nationale bronnen (onafhankelijk van particuliere of commerciële belangen). De EU-gemiddelden betreffen gewogen gemiddelden van de 27 lidstaten, tenzij anders is vermeld. In deze EU-gemiddelden zijn IJsland en Noorwegen niet meegenomen. De sterfte- en incidentiecijfers zijn naar leeftijd gestandaardiseerd op basis van de Europese standaardpopulatie die Eurostat in 2013 heeft vastgesteld.

In de koopkrachtpariteit (KKP) worden de valuta zodanig omgerekend dat de koopkracht van de verschillende valuta gelijk is, doordat verschillen in prijsniveaus tussen de landen worden geëlimineerd.

Afwijzing van aansprakelijkheid: Dit werk is gepubliceerd onder de verantwoordelijkheid van de secretaris-generaal van de OESO en de voorzitter van de Europese Commissie. De hierin geuite meningen en argumenten geven niet noodzakelijkerwijs de officiële standpunten van de lidstaten van de OESO of van de Europese Unie weer. Met dit document en de daarin opgenomen gegevens en kaarten wordt geen standpunt ingenomen over de status of de soevereiniteit van enig gebied, noch over de afbakening van internationale grenzen of de naam van gebieden of steden. De namen van landen en gebieden en de kaarten die in deze gezamenlijke publicatie worden gebruikt, volgen de praktijk van de OESO.

Specifieke territoriale disclaimers die van toepassing zijn op de OESO:

Noot van de Republiek Turkije: De informatie in dit document met betrekking tot "Cyprus" heeft betrekking op het zuidelijke deel van het eiland. Er is geen enkele autoriteit die zowel het Turks- als het Grieks-Cypriotische volk op het eiland vertegenwoordigt. Turkije erkent de Turkse Republiek Noord-Cyprus (TRNC). Totdat in het kader van de Verenigde Naties een duurzame en billijke oplossing is gevonden, handhaaft Turkije zijn standpunt met betrekking tot de "kwestie Cyprus".

Noot van alle lidstaten van de Europese Unie van de OESO en de Europese Unie: De Republiek Cyprus wordt erkend door alle leden van de Verenigde Naties, met uitzondering van Turkije. De informatie in dit document heeft betrekking op het gebied waarover de regering van de Republiek Cyprus feitelijk het gezag uitoefent.

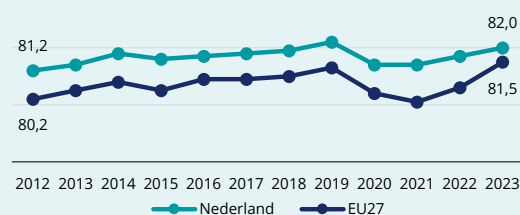
© OESO/Europese Unie 2025. Indien er verschillen zijn tussen het oorspronkelijke werk en de vertaalde versies van dit werk, moet alleen de tekst van het oorspronkelijke werk als geldig worden beschouwd.

Inhoud

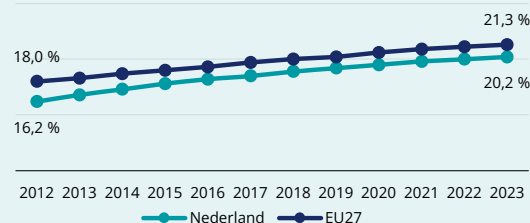
1. BELANGRIJKSTE PUNTEN	3
2. KANKER IN NEDERLAND	4
3. RISICOFACTOREN EN PREVENTIEBELEID	8
4. VROEGTIJDIGE OPSPORING	13
5. PRESTATIES OP HET GEBIED VAN KANKERZORG	17
5.1 Toegankelijkheid	17
5.2 Kwaliteit	20
5.3 Kosten en prijs-kwaliteitverhouding	22
5.4 Welzijn en levenskwaliteit	23
6. FOCUS OP KINDERKANKER	26

Belangrijkste kenmerken van het zorgstelsel

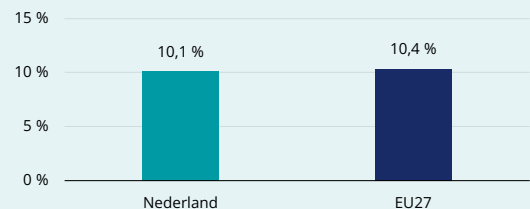
Levensverwachting bij de geboorte (in jaren)



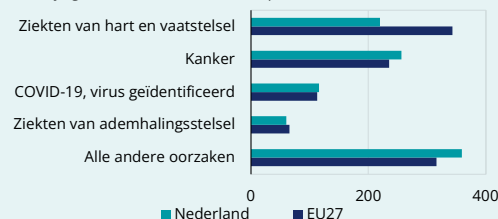
Aandeel 65-plussers in de bevolking (%)



Gezondheidszorguitgaven in % van het bbp, 2022 of dichtstbijzijnde jaar



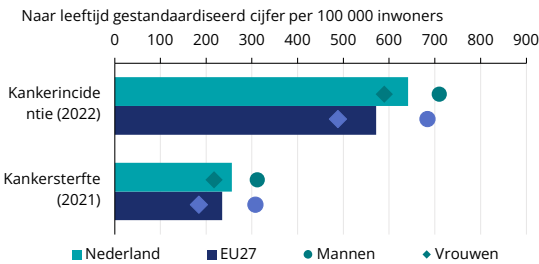
Naar leeftijd gestandaardiseerde sterfte per 100 000 inwoners, 2021



Bron: Eurostat-databank.

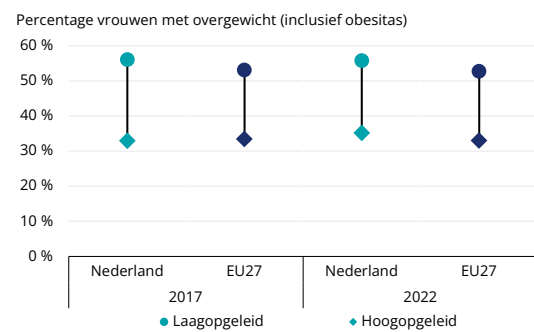
1. Belangrijkste punten

Kanker in Nederland



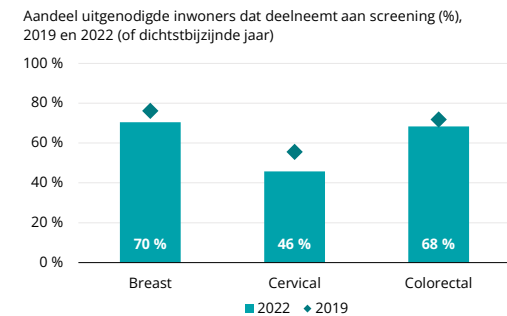
In 2022 was de geschatte incidentie van kanker in Nederland hoger dan het EU-gemiddelde en was de prevalentie de op twee na hoogste van de EU-landen. De sterfte aan kanker daalde in de periode 2011-2021 aanzienlijk. De incidentie van kanker en de sterfte door kanker is in Nederland aanzienlijk hoger onder mannen dan vrouwen. Het eerste nationale actieplan voor kankerbestrijding (Nationaal Actieplan Kanker & Leven), dat de komende tien jaar bestrijkt, is in november 2023 van start gegaan.

Risicofactoren en preventiebeleid



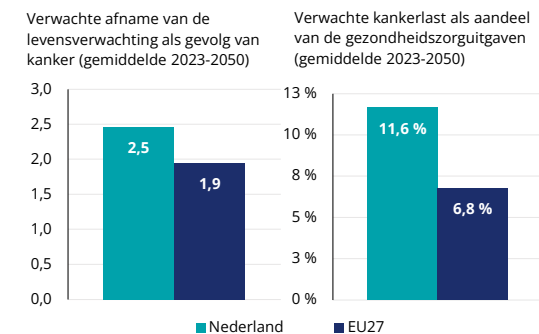
Voor veel risicofactoren, waaronder roken, alcoholgebruik, overgewicht en obesitas, scoren Nederlandse volwassenen en adolescenten over het algemeen beter dan het EU-gemiddelde. Er zijn aanzienlijke regionale en sociaal-economische verschillen op het gebied van overgewicht en obesitas, met een absoluut verschil van meer dan 20 % tussen laagopgeleide en hoogopgeleide vrouwen. Het land presteert minder goed op het gebied van HPV-vaccinatie, met een vaccinatiegraad die iets boven het EU-gemiddelde ligt. Er is echter beleid in ontwikkeling om de vaccinatiegraad te verhogen, vooral onder mensen met een lagere sociaal-economische status en mensen met een migratieachtergrond.

Vroegtijdige opsporing



Nederland heeft nationale screeningsprogramma's (bevolkingsonderzoek) voor borst-, baarmoederhals- en darmkanker. De deelname is de afgelopen jaren echter teruggelopen en is bijzonder laag onder immigranten. Om het bewustzijn en de deelname onder migranten te vergroten, heeft Nederland maatregelen genomen, waaronder het vertalen van informatie-materiaal in meerdere talen.

Prestaties op het gebied van kankerzorg



De vijfjaarsoverleving bij kanker is in Nederland de afgelopen tien jaar verbeterd. Dit is waarschijnlijk te danken aan de concentratie van zorg, overleg in multidisciplinaire teams en sterke netwerken voor kankerzorg. Eén netwerk voor kankerzorg heeft als tweede grote netwerk van Europese kankercentra de accreditatie "Comprehensive Cancer Network" van de Organisation of European Cancer Institutes (Organisatie van Europese kankerinstututen) ontvangen. Door middel van diverse initiatieven wil het land de levenskwaliteit van patiënten en overlevenden verbeteren. De zorguitgaven voor kanker in Nederland zullen in de periode 2023-2050 naar verwachting echter veel hoger zijn dan het EU-gemiddelde, evenals de daling van de levensverwachting als gevolg van kanker.

2. Kanker in Nederland

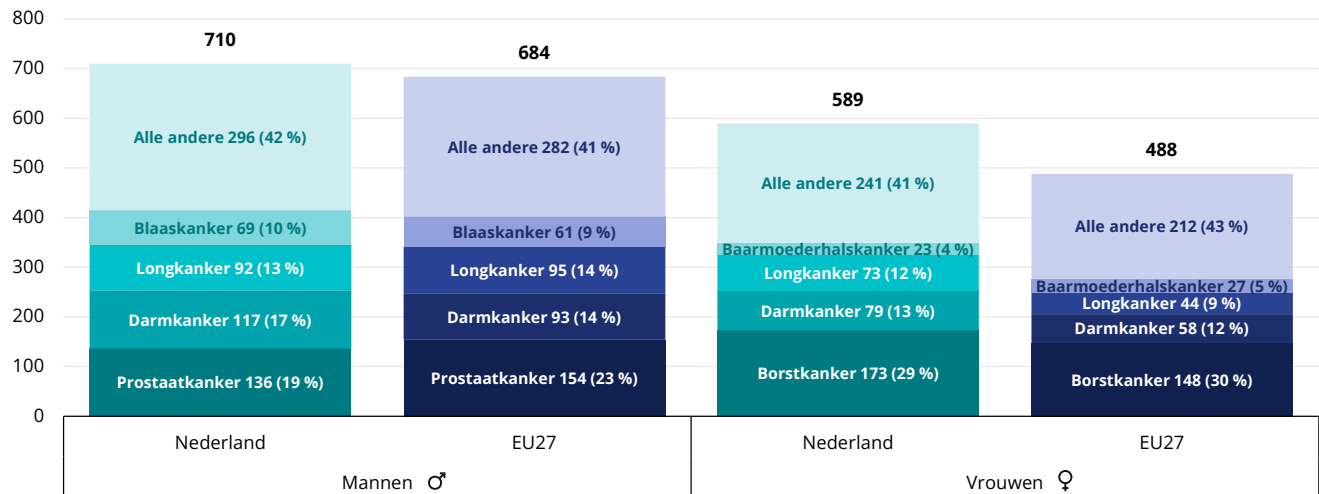
Nederland heeft de op twee na hoogste incidentie van kanker van de EU-landen, Noorwegen en IJsland

Volgens het Europees informatiesysteem voor kanker (ECIS) van het Gemeenschappelijk Centrum voor onderzoek werden, op basis van de incidentietrends uit de jaren vóór de pandemie, in 2022 in Nederland ongeveer 116 000 nieuwe gevallen van kanker verwacht. Dit komt neer op een naar leeftijd gestandaardiseerd sterftecijfer van 641 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners,

tegenover een EU-gemiddelde van 572 per 100 000. De incidentie lag naar schatting 21 % hoger dan het EU-gemiddelde bij Nederlandse vrouwen, maar slechts 4 % hoger bij Nederlandse mannen. De incidentie van kanker was in Nederland ongeveer 20 % hoger bij mannen (710 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners) dan bij vrouwen (589 per 100 000), een kleinere kloof dan het gemiddelde van 40 % in de EU (Figuur 1). De zeer hoge kwaliteit, tijdigheid en volledigheid van de Nederlandse Kankerregistratie is een van de redenen voor de bijzonder hoge incidentie en prevalentie.

Figuur 1. De meest voorkomende vormen van kanker onder Nederlandse mannen en vrouwen komen over het algemeen overeen met die in de hele EU

Naar leeftijd gestandaardiseerde incidentie per 100 000 inwoners, schattingen, 2022



Toelichting: De cijfers voor 2022 zijn schattingen die gebaseerd zijn op trends in de incidentie in voorgaande jaren en kunnen afwijken van de percentages die de afgelopen jaren zijn waargenomen. Omvat alle vormen van kanker met uitzondering van non-melanoma huidkanker. Baarmoederkanker is exclusief kanker van de baarmoederhals.

Bron: Europees informatiesysteem voor kanker (ECIS), via <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, geraadpleegd op 10 maart 2024. © Europese Unie, 2024. De uitsplitsing naar incidentie werd herberekend op basis van naar leeftijd gestandaardiseerde incidentie en verschilt als zodanig van de procentuele uitsplitsing van absolute getallen op de ECIS-website.

In Nederland is onder mannen prostaat­kanker de vorm van kanker met de hoogste incidentie, namelijk 19 % van de gevallen van kanker (136 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners), wat iets lager is dan het EU-gemiddelde van 23 %. Daarna volgen darmkanker (117 per 100 000) en longkanker (92 per 100 000). Onder Nederlandse mannen is de incidentie van darmkanker 26 % hoger en de incidentie van blaaskanker 14 % hoger dan het EU-gemiddelde.

Bij vrouwen in Nederland vormt borstkanker 29 % van de gevallen van kanker (173 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners). Daarna volgen darmkanker

(79 per 100 000) en longkanker (73 per 100 000), waarvan de incidentie onder vrouwen bijzonder hoog is: de incidentie van darmkanker is 36 % hoger en de incidentie van longkanker 66 % hoger dan het EU-gemiddelde.

Het ECIS verwacht dat het aantal gevallen van kanker tussen 2022 en 2040 met 21 % zal toenemen.

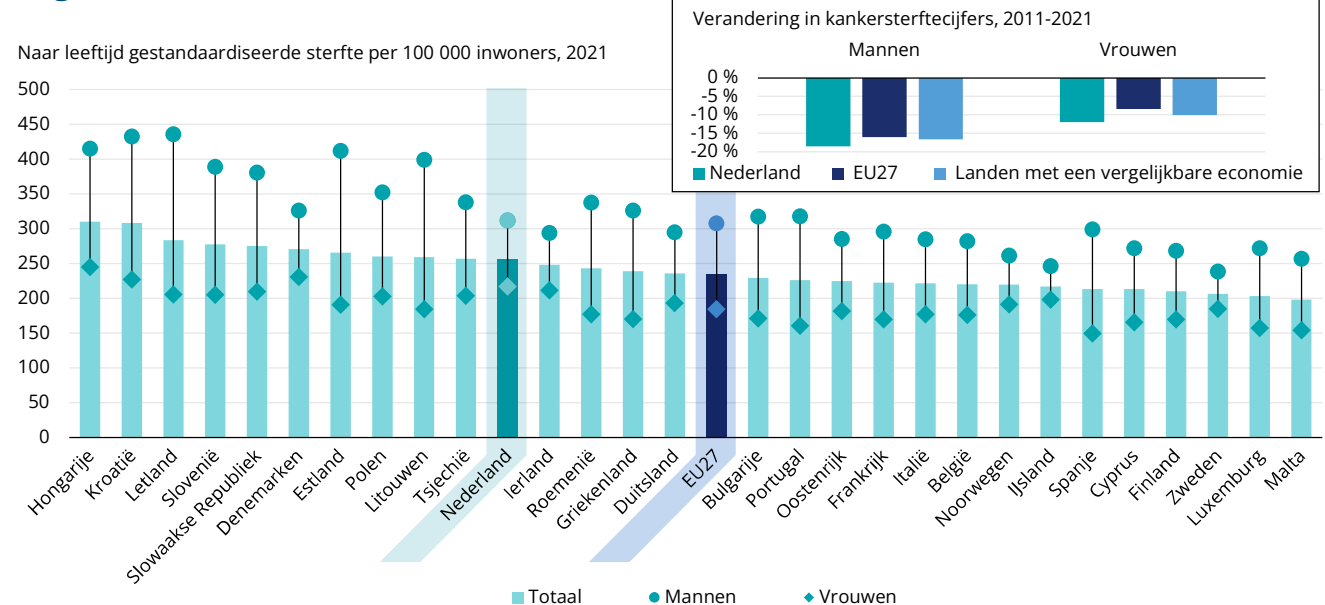
De kankersterfte is tussen 2011 en 2021 aanzienlijk gedaald en laat een grotere daling zien dan in de EU+2-landen en in landen met een vergelijkbare economie

Kanker was in 2021 de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland, goed voor 25,3 % van alle sterfgevallen. Tussen 2011 en 2021 was er in Nederland echter sprake van een aanzienlijke daling van 14,7 %, een van de grootste dalingen in de EU-landen (Figuur 2). Desondanks bedroeg het naar leeftijd gestandaardiseerde kankersterftecijfer in 2021 256 sterfgevallen per 100 000 inwoners, wat hoger is dan het EU-gemiddelde (235 per 100 000). Net als in alle andere EU+2-landen¹ was het sterftecijfer aanzienlijk hoger onder mannen (312 per 100 000) dan onder vrouwen (217 per 100 000). Deze genderkloof was kleiner dan gemiddeld in de EU, waar het sterftecijfer onder mannen vergelijkbaar was (308 per 100 000), maar het sterftecijfer onder vrouwen aanzienlijk lager lag (184 per 100 000).

Longkanker had het hoogste sterftecijfer van alle soorten kanker in Nederland in 2021, met 56 sterfgevallen per 100 000 inwoners². Dit percentage lag onder Nederlandse mannen (68 per 100 000) 3 % lager dan het EU-gemiddelde. Daarentegen lag het sterftecijfer voor longkanker bij Nederlandse vrouwen (48 per 100 000) 63 % hoger dan het EU-gemiddelde.

Tussen 2011 en 2021 daalde de totale kankersterfte onder mannen met 19 %, een daling die groter is dan de daling van 17 % in landen met een vergelijkbare economie³. Ook het sterftecijfer onder vrouwen daalde in dezelfde periode met 12 %, een daling die groter is dan in landen met een vergelijkbare economie (10 %). De naar leeftijd gestandaardiseerde kankersterfte daalde voor de meest voorkomende soorten kanker, met uitzondering van slokdarmkanker, waarvoor het sterftecijfer in de periode 2011-2021 licht toenam (0,5 %).

Figuur 2. Ondanks aanzienlijke vooruitgang blijft het kankersterftecijfer hoger dan het EU-gemiddelde



*Toelichting: Landen met een vergelijkbare economie worden vastgesteld op basis van een driedeling naar bbp per hoofd van de bevolking in 2022 in standaardtermen voor koopkracht. Landen met een vergelijkbare economie voor NL zijn AT, BE, DE, DK, IE, IS, LU, NO en SE.
Bron: Eurostat-databank.*

Terwijl de vermijdbare kankersterfte bij vrouwen in Nederland hoger was dan het EU-gemiddelde, was deze bij mannen lager

Hoewel de prevalentie van roken bij zowel mannen als vrouwen in Nederland lager was

dan het EU-gemiddelde (zie punt 3), was de vermijdbare sterfte als gevolg van longkanker bij Nederlandse vrouwen in 2021 55 % hoger dan het EU-gemiddelde⁴. Enkele decennia geleden was het percentage rokers bij Nederlandse vrouwen hoger

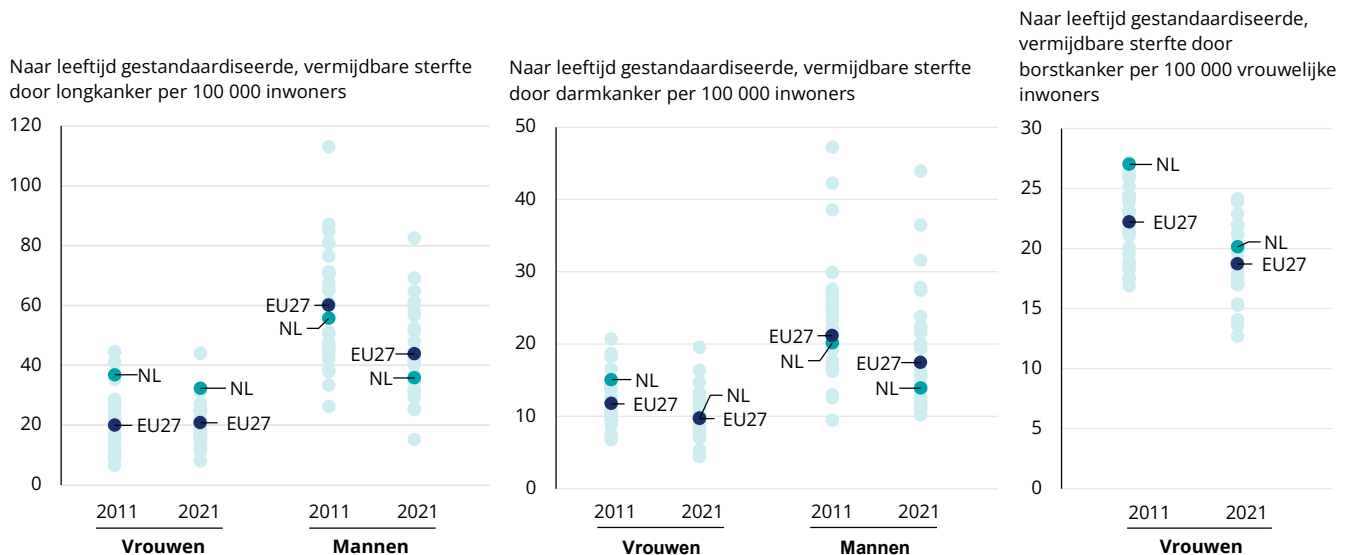
1 De EU+2-landen omvatten de 27 EU-lidstaten (EU-27), plus IJsland en Noorwegen.
 2 Longkanker omvat ook kanker van de trachea- en bronchiën.
 3 Landen met een vergelijkbare economie worden vastgesteld op basis van een driedeling naar bbp per hoofd van de bevolking in 2022 in standaardtermen voor koopkracht. Landen met een vergelijkbare economie voor NL zijn AT, BE, DE, DK, IE, IS, LU, NO en SE.
 4 Vermijdbare sterfte omvat zowel sterfgevallen die kunnen worden voorkomen door doeltreffende maatregelen op het gebied van volksgezondheid en preventie, als sterfgevallen die kunnen worden voorkomen door tijdige en doeltreffende behandelingen.

dan in de meeste EU-landen, wat waarschijnlijk heeft bijgedragen aan de bovengenoemde gemiddelde vermijdbare sterfte als gevolg van longkanker op dit moment, omdat de ziekte zich in de loop van vele jaren ontwikkelt. Bij Nederlandse mannen was het percentage daarentegen 18 % lager dan het EU-gemiddelde. Tussen 2011 en 2021 daalden de percentages met 12 % bij vrouwen (tegenover een stijging van 4 % in de EU) en met 36 % bij mannen (tegenover een daling van 27 % in de EU) (Figuur 3).

In 2021 bedroeg de vermijdbare sterfte als gevolg van borstkanker in Nederland 20 sterfgevallen per 100 000 vrouwen, wat 8 % hoger was dan het EU-gemiddelde. Het percentage is sinds 2011 met 26 % gedaald, een sterkere daling dan het EU-gemiddelde van 16 %.

als gevolg van darmkanker bij Nederlandse vrouwen lag in 2021 iets hoger dan het EU-gemiddelde, terwijl deze bij Nederlandse mannen 20 % lager lag dan het EU-gemiddelde. Ook hierbij is de daling zowel onder vrouwen (35 %) als onder mannen (31 %) veel groter dan gemiddeld in de EU. Dit kan deels worden toegeschreven aan het succes van het in 2014 gelanceerde screeningprogramma voor darmkanker: Nederland heeft een van de hoogste deelnamepercentages aan darmkankerscreening in de EU+2-landen (zie punt 4). Inspanningen om de kwaliteit van de kankerzorg te verbeteren, zoals oncologienetwerken en monitoring van de zorgkwaliteit (zie punt 5.2), hebben mogelijk bijgedragen aan de snellere daling van de vermijdbare sterfte door borst- en darmkanker.

Figuur 3. Onder zowel mannen als vrouwen in Nederland was de daling van de vermijdbare sterfte groter dan het EU-gemiddelde



Toelichting: De cijfers van de vermijdbare sterfte hebben betrekking op sterfgevallen van personen onder de 75 jaar. Bron: Eurostat-databank. De gegevens hebben betrekking op het jaar 2021.

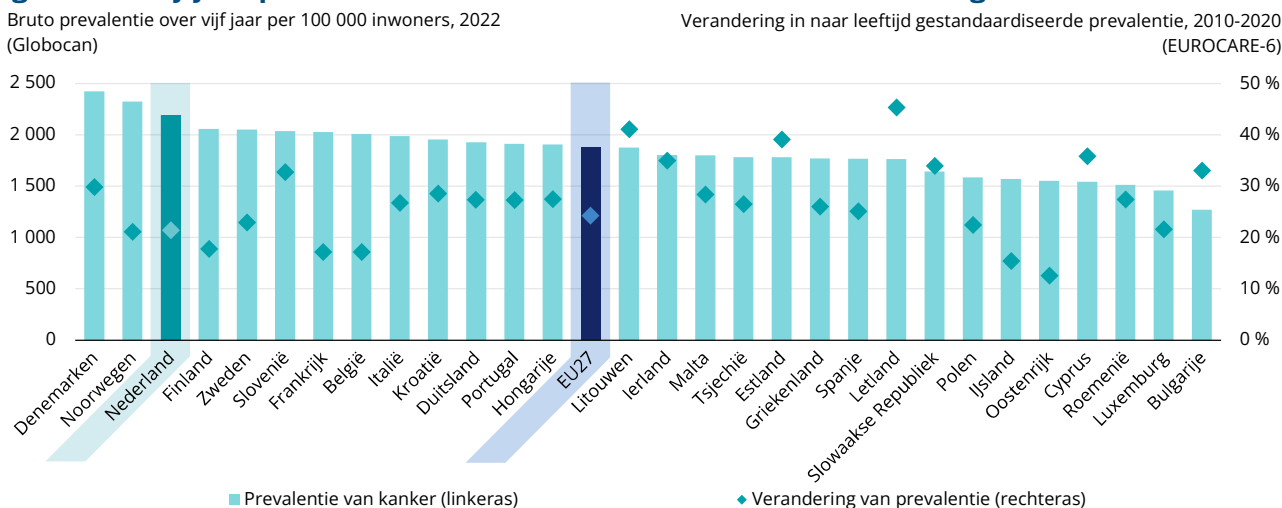
In overeenstemming met de incidentie van kanker staat Nederland op de derde plaats van de EU-landen wat kankerprevalentie betreft

In 2022 had Nederland een vijfjaarsprevalentie⁵ van 2 191 gevallen van kanker per 100 000 inwoners, wat 17 % hoger is dan de 1 876 gevallen per 100 000 in de EU. Bij Nederlandse mannen lag deze 12 % hoger dan het EU-gemiddelde, en bij Nederlandse vrouwen 22 % hoger dan het EU-gemiddelde. Tussen 2010 en 2020 steeg de levenslange kankerprevalentie in Nederland met 21 % en in de EU met 24 % (Figuur 4). Deze stijging

onderstreept het toenemende belang van de nadruk op levenskwaliteit en het leven na kanker (zie punt 5.4), aangezien mensen langer met kanker leven en meer mensen in hun leven kanker hebben gehad.

⁵ Kankerprevalentie is het deel van de bevolking bij wie kanker is vastgesteld en dat nog in leven is, met inbegrip van patiënten die momenteel voor kanker worden behandeld en degenen die de behandeling hebben voltooid. Bij de vijfjaarsprevalentie van kanker gaat het om het aantal personen dat in de voorgaande vijf jaar een diagnose heeft gekregen, terwijl de levenslange prevalentie betrekking heeft op het aantal mensen bij wie ooit kanker is vastgesteld.

Figuur 4. De vijfjaarsprevalentie van kanker in Nederland is een van de hoogsten in de EU+2



Bronnen: Globocan-databank van het IARC, 2024; studie EUROCORE-6 (De Angelis et al., 2024).

De Nederlandse Kanker Agenda voor de komende 10 jaar is onlangs gelanceerd als het eerste nationale actieplan voor kankerbestrijding

Van 2005 tot 2010 was er een nationaal kankerbestrijdingsprogramma dat een breed scala aan activiteiten bevorderde die niet alleen betrekking hadden op preventie en diagnose, maar ook op behandeling, opvolging en psychosociale zorg. Tot eind 2023 investeerde het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in initiatieven van gezondheidswerkers, onderzoekers en patiëntenorganisaties, maar Nederland bleef een van de weinige EU+2-landen zonder een door de regering vastgesteld alomvattend nationaal kankerplan.

Op 27 november 2023 lanceerde het Nederlands Kanker Collectief de Nederlandse Kanker Agenda (tekstvak 1). Dit initiatief omvat 20 doelstellingen voor de komende 10 jaar op gebieden zoals preventie, vroegtijdige opsporing, diagnose, behandeling, opvolging, palliatieve zorg en levenskwaliteit. Het collectief werd opgezet door het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), KWF Kankerbestrijding en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is samen met meer dan 100 andere organisaties betrokken bij dit uitgebreide plan, dat betrekking heeft op het leven vóór kanker, het leven met kanker en het leven na kanker.

Inzichten afkomstig van de Nederlandse Kankerregistratie bevorderen betere kankerzorg

De Nederlandse Kankerregistratie (NKR), die in 1989 is opgericht, fungeert als nationale databank met uitgebreide statistieken over kanker in het land. De NKR, die wordt bijgehouden door het IKNL, bevat openbaar beschikbare gegevens over de incidentie en prevalentie van, de overleving bij en de sterfte aan kanker. De databank verschaft inzicht in de demografie, behandelingen en prognoses van kanker en speelt zodoende een cruciale rol bij het verbeteren van de zorg voor kankerpatiënten. De NKR is het enige op bevolkingsniveau georganiseerde kankerregistratie in Nederland waarin alle kankerpatiënten zijn opgenomen.

De beschikbaarheid van actuele gegevens in kankerregistraties in de EU+2-landen kan sterk verschillen. Nederland staat bekend als een van de landen met de meest recente beschikbare gegevens. De voorlopige cijfers over zowel de incidentie als de prevalentie voor 2023 waren dan ook al begin 2024 beschikbaar. Daarnaast behoort het tot de 5 van de 26 landen die hebben gereageerd op de beleidsenquête van de OESO over kankerzorg van 2023, met genetische informatie (OESO, 2024a).

In 2023 lanceerde IKNL de Nederlandse Kankeratlas, een interactieve onlinetool die de verschillen in incidentie van kanker tussen regio's en op wijkniveau in Nederland in kaart brengt. De tool toont de incidentie van de 24 meest voorkomende soorten kanker op basis van woonplaats bij de diagnose.

Kader 1. De Nederlandse Kanker Agenda sluit nauw aan bij het Europees kankerbestrijdingsplan

De Nederlandse Kanker Agenda bevat voorstellen voor beleidsmaatregelen die gericht zijn op (1) het bestrijden van risicofactoren zoals roken, alcohol, ultraviolette straling, infectieziekten, milieuvervuiling en slechte voeding; (2) het gratis aanbieden van op bevolkingsonderzoeken gebaseerde kankerscreeningsprogramma's voor borst-, baarmoederhals- en darmkanker; (3) het zorgen voor toegang tot betaalbare en gepersonaliseerde gezondheidszorg in specifieke kankercentra, het versterken van de Nederlandse Kankerregistratie, (4) het toepassen van richtlijnen voor palliatieve zorg en multidisciplinaire teams van specialisten; en (5) het aanbieden van uitgebreide ondersteunende diensten aan kankerpatiënten om hun leven weer op te bouwen en hun mentale gezondheid te verbeteren, met inbegrip van revalidatieprogramma's die erop gericht zijn hun dagelijkse leven weer op te pakken (Tabel 1). Daarnaast zijn er beleidsmaatregelen genomen om de verschillen tot een minimum te beperken, met name om deelname aan programma's voor vroegtijdige opsporing/screening aan te moedigen. Hoewel Nederland wordt erkend voor zijn onderzoek naar kanker en innovatie, leidde het ontbreken van een nationale kankerstrategie en problemen met privacywetgeving tot voor kort tot belemmeringen voor verdere verbeteringen.

Tabel 1. De Nederlandse Kanker Agenda sluit aan bij het Europees kankerbestrijdingsplan

Pijlers van het EBCP				Transversale thema's van het EBCP		
Preventie	Vroegtijdige opsporing	Diagnose en behandeling	Levenskwaliteit	Ongelijkheden	Kindergeneeskunde	Onderzoek en innovatie
●	●	●	●	●	●	●

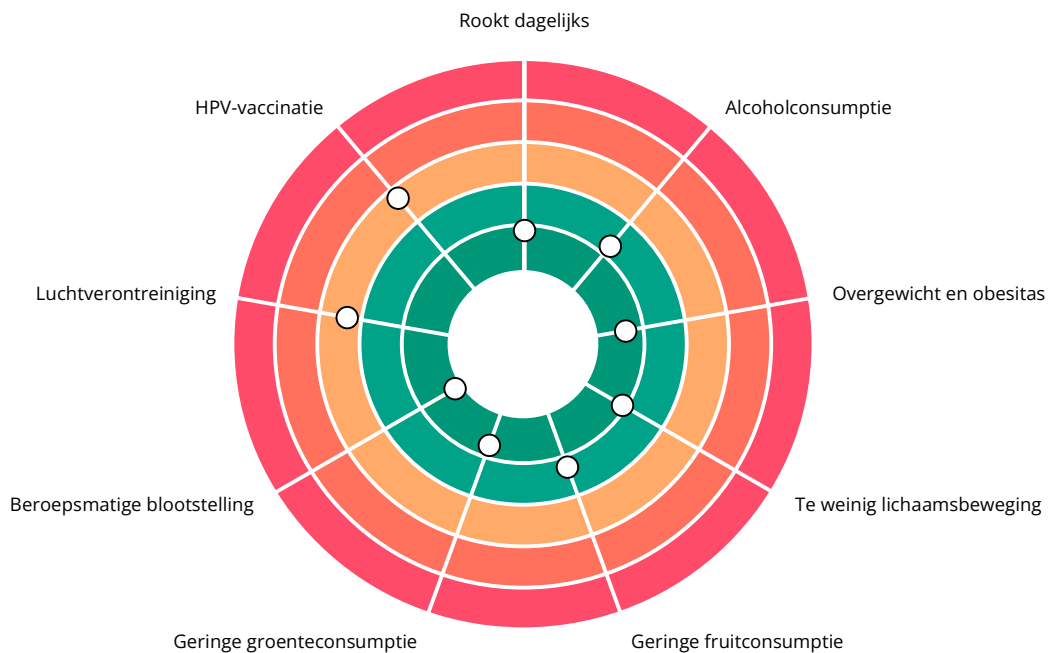
Toelichting: EBCP = Europees kankerbestrijdingsplan; blauw geeft aan dat de Nederlandse Kanker Agenda een specifiek onderdeel over dit onderwerp bevat; oranje geeft aan dat het onderwerp in een van de onderdelen van de Agenda wordt behandeld, maar niet het enige aandachtspunt is; en roze geeft aan dat dit onderwerp niet aan bod komt in de Agenda. Bron: Aangepast op basis van de "Study on mapping and evaluation the implementation of Europe's Beating Cancer Plan" (onderzoek naar het in kaart brengen en de evaluatie van de uitvoering van het Europees kankerbestrijdingsplan, nog niet gepubliceerd).

3. Risicofactoren en preventiebeleid

Bijna de helft (48,4 %) van de sterfgevallen door kanker in Nederland was toe te schrijven aan bekende risicofactoren voor kanker (GBD 2019 Collaborators Cancer Risk Factors, 2022). Nederland presteert echter goed in vergelijking met de meeste EU-landen wat betreft de prevalentie van beïnvloedbare risicofactoren en behoort tot de drie best presterende EU+2-landen wat betreft alcoholconsumptie, dagelijks roken,

overgewicht of obesitas, lichaamsbeweging en groenten- en fruitconsumptie. Het presteert het beste van alle EU+2-landen voor wat betreft beroepsmatige blootstelling. Hoewel het voor geen enkele risicofactor tot het onderste derde behoort, presteert Nederland relatief het slechtst voor wat betreft de vaccinatie tegen het humaan papillomavirus (HPV) (Figuur 5).

Figuur 5. Nederland presteert voor alle risicofactoren beter dan de meeste andere landen



Toelichting: Hoe dicht de bolletjes zich bij het midden bevinden, hoe beter het land presteert ten opzichte van andere EU-landen. Geen enkel land bevindt zich in het witte "streefgebied", omdat alle landen zich op alle terreinen kunnen verbeteren. Luchtverontreiniging wordt gemeten als zwevende deeltjes (fijnstof) met een diameter van minder dan 2,5 micrometer (PM_{2,5}). Bronnen: OESO-berekeningen op basis van de EU-SILC-enquête 2022 over overgewicht, obesitas, lichaamsbeweging, en fruit- en groenteconsumptie (bij volwassenen); Eurofound-enquête over beroepsmatige blootstelling; OESO-gezondheidsstatistieken voor roken, alcoholgebruik (bij volwassenen) en luchtverontreiniging; en WHO-gegevens over vaccinatie tegen HPV (15-jarige meisjes).

Er zijn verschillende overkoepelende landelijke preventiemaatregelen genomen

In 2018 is in Nederland het Nationaal Preventieakkoord gesloten, dat gericht is op risicofactoren voor kanker en andere ziekten. In het kader van dit akkoord werken meer dan 70 partijen samen om roken, obesitas en problematisch alcoholgebruik tegen 2040 terug te dringen. In januari 2024 voorspelde het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) echter dat de huidige initiatieven niet zullen volstaan om deze doelstellingen voor 2040 te halen.

In het in september 2022 ondertekende Integraal Zorgakkoord wordt de nadruk gelegd op kankerpreventiebeleid, met inbegrip van maatregelen op het gebied van levensstijl voor personen met een hoog risico en bewustmakingscampagnes over risico's op huidkanker die gericht zijn op het veranderen van het zongedrag. In reactie op de toenemende incidentie van huidkanker werd in 2023 een campagne gelanceerd om Nederlandse burgers gratis zonbescherming te bieden.

In 2022 vertegenwoordigden de uitgaven voor preventieve maatregelen 5,7 % van de lopende uitgaven voor gezondheidszorg — een stijging

met 2,4 procentpunt ten opzichte van 2019 vóór COVID-19, en iets minder dan het EU-gemiddelde van 6,0 %⁶.

Het aantal personen dat dagelijks sigaretten rookt, is aanzienlijk gedaald, vooral onder jongeren

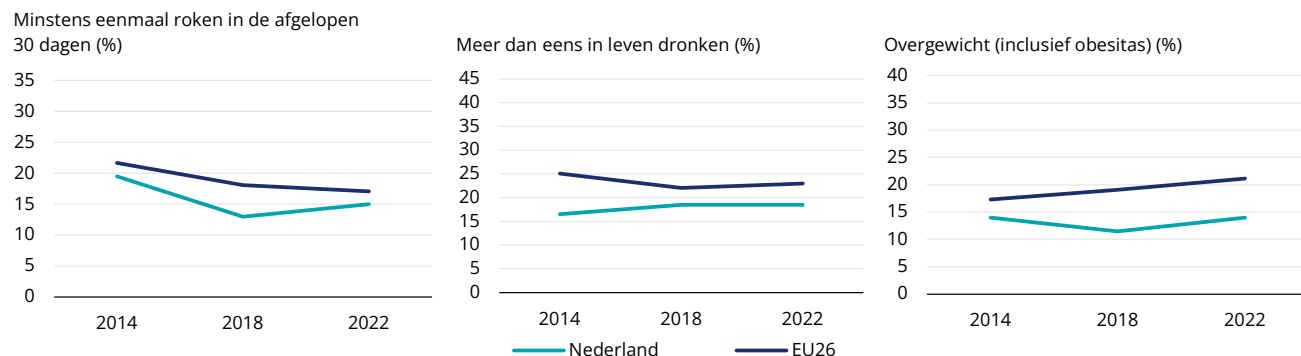
Onder mensen van 15 jaar en ouder in Nederland is het aandeel dat dagelijks rookt, tussen 2012 en 2022 met 6 procentpunt gedaald naar 13 % (onder het EU-gemiddelde van 18 %). Deze daling was vooral zichtbaar onder vrouwen en personen in de leeftijdsgroep 15-24 jaar. In 2021 was het percentage Nederlandse mannen dat dagelijks rookt 15 %, wat aanzienlijk lager is dan het EU-gemiddelde van 23 %. Onder Nederlandse vrouwen bedroeg het aandeel 11 %, eveneens veel lager dan het EU-gemiddelde van 14 %. Enkele decennia geleden was het percentage rokers onder Nederlandse vrouwen hoger dan dat van de meeste EU-landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn. Dit verschil is waarschijnlijk een verklaring voor het hogere percentage vermijdbare sterfte als gevolg van longkanker bij Nederlandse vrouwen dan het EU-gemiddelde, aangezien longkanker zich over een periode van vele jaren ontwikkelt (zie

⁶ Preventie-uitgaven zoals gerapporteerd in de gezondheidsrekeningen moeten ook activiteiten omvatten die buiten de nationale programma's vallen (bv. opportunistische kankerscreening of advies om te stoppen met roken tijdens een regulier contact met een arts), maar in de praktijk blijken landen vaak moeite te hebben om preventie-uitgaven buiten dergelijke programma's bij te houden.

punt 2). Onder 15-jarigen daalde het tabaksgebruik van 20 % in 2014 naar 13 % in 2018, waarna het weer steeg naar 15 % in 2022, in tegenstelling tot

de gemiddelde trend in de EU, die een daling liet zien. Ondanks deze stijging bleef het percentage 2 procentpunt onder het EU-gemiddelde (Figuur 6).

Figuur 6. Voor roken en overgewicht onder 15-jarigen doet Nederland het beter dan het EU-gemiddelde, maar trends op het gebied van dronkenschap vereisen aandacht



Opmerking: Het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde. Data zijn van 2022 en hebben betrekking op kinderen van 15 jaar. Bron: Onderzoek gezondheidsgedrag bij schoolgaande kinderen.

In 2022 was het percentage rokers hoger bij volwassenen met een migratieachtergrond: 17 % van de inwoners van Nederlandse oorsprong rookte, tegenover 23 % van de inwoners uit andere Europese landen en 24 % van de inwoners uit niet-Europese landen. Bovendien kwam roken vaker voor bij laagopgeleiden (23 %) dan hoogopgeleiden (15 %) (Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging, 2023).

Ondanks de algemene daling van het percentage rokers nam de prevalentie van het gebruik van de e-sigaret toe van 1 % in 2021 tot 3 % in 2022. Regelmatig gebruik van de e-sigaret kwam het vaakst voor bij mannen, personen met een middelhoog opleidingsniveau, personen van niet-Europese afkomst en personen in de leeftijd van 18 tot 24 jaar, een leeftijdsgroep waarin de prevalentie steeg van 2 % in 2021 tot 7 % in 2022.

Het Nationaal Preventieakkoord heeft tot doel het aantal rokende meerderjarigen te reduceren tot 5 % en het aantal jongeren en zwangere vrouwen tot 0 % in 2040. In de Nederlandse Kanker Agenda is echter een ambitieuzer doel vastgesteld, namelijk om dezelfde doelstellingen in 2032 te bereiken. In Nederland heeft het kader voor de bescherming van toekomstige generaties geleid tot een strikter beleid ter bestrijding van tabaksgebruik. Nederland heeft effectief maatregelen van het strengste niveau ingevoerd op alle zes door de WHO aanbevolen gebieden ter bestrijding van tabaksgebruik (met inbegrip van prijsstelling, reclamebeperkingen en bevordering van stoppen met roken). Nederland heeft als een van de weinige Europese landen een standaardverpakking verplicht voor e-sigaretten en e-liquids, waarvan de afbeeldingen op de verpakking vaak interesse wekken onder jongeren.

Daarnaast wordt in het programma Rookvrij Leven voor Iedereen een gemeenschapsspecifieke strategie vastgesteld om roken onder kwetsbare bevolkingsgroepen terug te dringen.

Alcoholgebruik is de afgelopen tien jaar afgenomen, maar dronkenschap onder 15-jarigen is toegenomen

Tussen 2012 en 2021 is het alcoholgebruik per hoofd van de bevolking bij mensen van 15 jaar en ouder in Nederland gedaald van 9,1 liter naar 8,5 liter per persoon per jaar, wat lager is dan het EU-gemiddelde van 10,0 liter. Het aantal 15-jarigen dat meer dan één keer in het leven dronken was, laat echter een zorgwekkende trend zien: in 2022 meldde 19 % schadelijk alcoholgebruik. Dit komt neer op een stijging van 2 procentpunt tussen 2014 en 2022 in Nederland, tegenover een daling van 2 procentpunt in de hele EU (Figuur 6). Schadelijk alcoholgebruik vertoonde een omgekeerde sociale gradiënt: 5 % onder adolescenten in de onderste 20 % van de Family Affluence Scale, aanzienlijk lager dan de 10 % onder adolescenten in de bovenste 20 %.

Het Nationaal Preventieakkoord heeft tot doel overmatig alcoholgebruik terug te dringen van 7 % in 2021 tot 5 % in 2040, en het alcoholgebruik onder minderjarigen en zwangere vrouwen tot 0 % terug te dringen. In juli 2021 is de Alcoholwet in werking getreden. Deze wet beperkt kortingen op alcohol, legt beperkingen op aan de online of telefonische verkoop van sterke drank door winkels met een vergunning, verplicht extra controles van de leeftijd van de koper en zorgt ervoor dat zowel verkopers als andere volwassenen aansprakelijk kunnen worden gesteld voor het doorgeven van alcohol aan een minderjarige.

Bijna de helft van de volwassen bevolking in Nederland heeft overgewicht of obesitas

Tussen 2017 en 2022 is het percentage volwassenen met overgewicht of obesitas in Nederland licht gestegen van 47 % naar 48 %, terwijl het EU-gemiddelde licht daalde van 52 % naar 51 %. In 2022 was het aandeel Nederlandse mannen met overgewicht 52 %, wat lager was dan het EU-gemiddelde van 60 %. Onder Nederlandse vrouwen bedroeg dit percentage 44 %, ongeveer gelijk aan het EU-gemiddelde.

Net als in andere EU-landen hadden vrouwen met een lager opleidingsniveau in Nederland een groter risico op overgewicht: 56 % tegenover 35 % van de vrouwen met een hoger opleidingsniveau (Figuur 7).

Ondanks een tijdelijke daling van het aantal 15-jarigen met overgewicht tussen 2014 en 2018 steeg dit percentage weer naar 14 % in 2022, wat gelijk is aan het niveau van 2014. Dit cijfer is desondanks 7 procentpunt lager dan het EU-gemiddelde (Figuur 6). Onder adolescenten was het aandeel met overgewicht 20 % van de onderste 20 % van de Family Affluence Scale, wat aanzienlijk hoger is dan de 10 % onder de bovenste 20 %.

In het Nationaal Preventieakkoord zijn ambitieuze doelstellingen vastgesteld om overgewicht en obesitas onder jongeren en volwassenen terug te dringen voor 2040. Daarnaast biedt het programma Gecombineerde Leefstijlinterventie — een nationaal programma dat wordt gedekt door de basisverzekering — steun aan personen met overgewicht en obesitas, waarin risicofactoren zoals stress en slaapstoornissen worden aangepakt. Deelnemers worden door hun huisartsen doorverwezen naar lokale aanbieders zoals fysiotherapeuten en diëtisten voor gepersonaliseerde ondersteuning, hetzij individueel, hetzij in groepen.

Er zijn meer investeringen nodig in de verandering van eetgewoonten en de bevordering van lichaamsbeweging

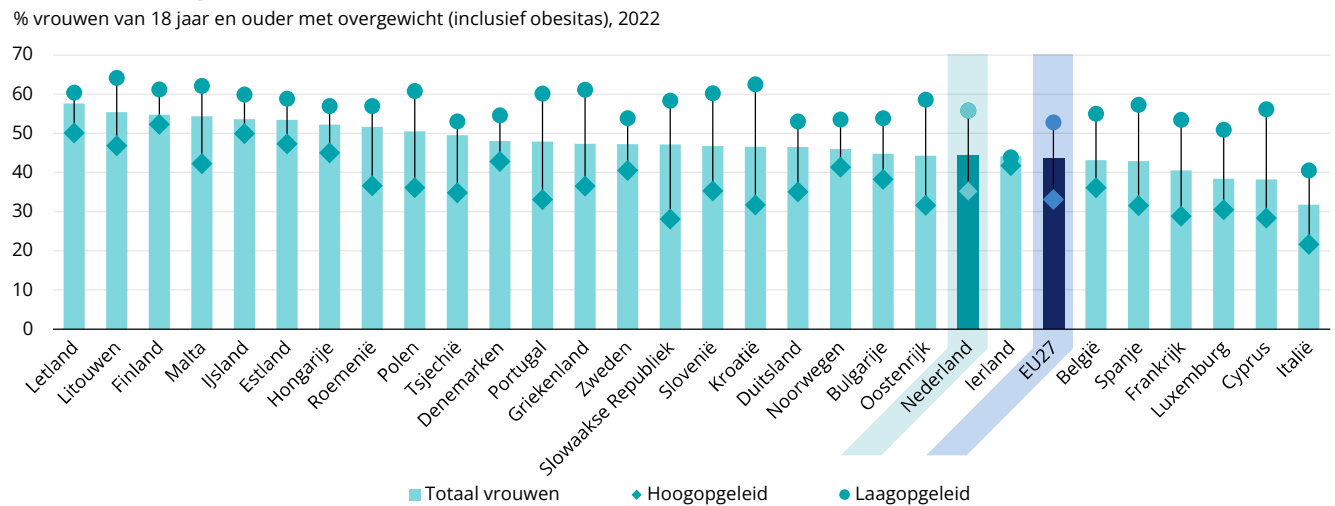
Om de streefcijfers voor het terugdringen van overgewicht en obesitas te halen, moeten de eetgewoonten en de regelmaat van lichaamsbeweging worden verbeterd, hoewel Nederland al relatief goed presteerde in vergelijking met andere EU-landen. In 2022 at 36 % van de Nederlandse volwassenen minder dan eenmaal per dag fruit (tegenover 39 % in de EU) en at 29 % minder dan eenmaal per dag groenten (tegenover 40 % in de EU).

De regering voert beleid uit om gezond eten te bevorderen, waaronder overeenkomsten met industriële partners om zout, verzadigde vetten en suiker in levensmiddelen te verminderen. Er worden ook inspanningen geleverd om de etikettering te verbeteren om hoogwaardige voedingsmiddelen meer onder de aandacht te brengen, programma's voor kennis over gezondheid te bevorderen die mensen in staat stellen geïnformeerde, gezonde voedselkeuzes te maken en gezonde voedingspatronen op scholen te ondersteunen (OESO, 2024a).

In 2022 behoorde het percentage volwassenen dat aan voldoende lichaamsbeweging deed in Nederland tot de hoogste van de EU+2-landen. Het Nationaal Preventieakkoord bevordert een gezonde fysieke leefomgeving door te investeren in programma's om fietsen aan te moedigen en in fietsinfrastructuur. Het Nationaal Sportakkoord is gericht op inclusiviteit door bevordering van deelname aan en vertegenwoordiging in sport onder mensen met een handicap, mensen met een lage sociaal-economische status en immigranten- en vluchtelingengemeenschappen.

Er zijn extra inspanningen nodig om de risicofactoren bij adolescenten in Nederland aan te pakken. Van de 15-jarigen in Nederland at 26 % dagelijks fruit (minder dan het EU-gemiddelde van 30 %), hoewel 44 % dagelijks groenten at (meer dan het EU-gemiddelde van 34 %). Slechts 16 % van de adolescenten in Nederland deed dagelijks 60 minuten aan lichaamsbeweging, wat ongeveer gelijk is aan het lage EU-gemiddelde van 15 %.

Figuur 7. In Nederland ligt de prevalentie van overgewicht bij vrouwen van alle opleidingsniveaus boven het EU-gemiddelde



Opmerking: Er is sprake van overgewicht (met inbegrip van obesitas) bij een BMI (Body Mass Index) van meer dan 25.
Bron: Eurostat-databank.

De blootstelling aan luchtverontreiniging is de afgelopen tien jaar sneller afgenomen dan gemiddeld in de EU

De blootstelling aan luchtverontreiniging in de vorm van fijnstof tot 2.5 micrometer (PM_{2,5}) bedroeg 11 µg/m³ in 2020, een daling van 33 % ten opzichte van 2010. Wat beroepsmatige blootstelling betreft, meldde 17 % van de personen van 15 jaar en ouder in 2021 blootstelling aan chemische producten en stoffen, het laagste aandeel van de EU+2, hoewel er een hogere blootstelling te zien was bij mannen en personen in de leeftijd van 15-34 jaar.

Nederland streeft ernaar de lage vaccinatiëgraad voor het humaan papillomavirus onder minderheden te verhogen

Nederlandse meisjes krijgen sinds 2010 het HPV-vaccin aangeboden, waarbij het percentage volledig gevaccineerde 15-jarige meisjes is gestegen van 55 % in 2012 tot 65 % in 2023, iets meer dan het EU-gemiddelde van 64 %. Sinds 2022 is het vaccin opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma voor jongens. In het kader van het HPV-vaccinatieprogramma ontving 54 % van de jongens in 2023 alle aanbevolen doses van het vaccin (tegenover gemiddeld 51 % in de EU). In 2022 en 2023 werden in het kader van een eenmalige campagne alle niet-gevaccineerde personen in de leeftijd van 11-26 jaar uitgenodigd voor de HPV-vaccinatie.

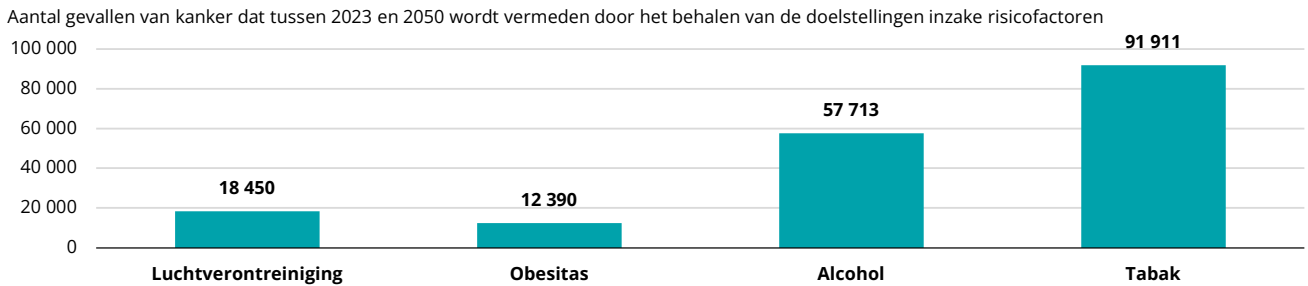
Ondanks deze inspanningen is de vaccinatiëgraad lager onder personen met een lagere sociaal-economische status en migrantengroepen. De vaccinatiëgraad bleek bijzonder laag onder kinderen waarvan een of beide ouders in Marokko of Turkije zijn geboren (de Munter et al., 2021). Om dit aan te pakken, worden in het

kader van het door de EU gefinancierde project RIVER-EU (2021-2026) maatregelen genomen om HPV-vaccinatie te verhogen onder groepen met een lage vaccinatiëgraad, waaronder tienermeisjes van Turkse en Marokkaanse afkomst. Hierbij zijn belemmeringen in kaart gebracht zoals onvoldoende bewustmakingscampagnes, toegankelijkheid en taal. De voorgestelde maatregelen omvatten het organiseren van educatieve programma's voor doelgroepen, geleid door geschoolde gezondheidswerkers, en het aanbieden van een geaccrediteerde onlinecursus over HPV-vaccinatie voor gezondheidswerkers, die erop gericht is de leden van deze groepen doeltreffend te bereiken (RIVER-EU, 2024). Daarnaast wordt een nationale voorlichtingscampagne gecombineerd met gerichte initiatieven om twijfel over vaccinatie tegen te gaan.

Veel nieuwe gevallen van kanker zouden worden vermeden tussen 2023 en 2050 als de beoogde vermindering van risicofactoren wordt bereikt

Volgens het modelleringswerk van de Strategic Public Health Planning (SPHeP) van de OESO zou het bereiken van tabaksdoelstellingen ertoe kunnen leiden dat Nederland tussen 2030 en 2050 91 911 nieuwe gevallen van kanker vermijdt. Het halen van de doelstellingen voor de vermindering van alcoholgebruik zou het aantal gevallen van kanker in dezelfde periode met ongeveer 57 713 verminderen. Het verminderen van aanvullende risicofactoren zoals luchtverontreiniging zou naar schatting 18 450 gevallen van kanker voorkomen, terwijl het halen van de doelstellingen voor obesitas 12 390 gevallen zou kunnen helpen voorkomen (Figuur 8).

Figuur 8. Het halen van tabaksdoelstellingen zou in Nederland tussen 2023 en 2050 meer dan 90 000 gevallen van kanker kunnen vermijden



Toelichting: De doelstelling voor tabak is een vermindering van het tabaksgebruik met 30 % tussen 2010 en 2025 en het terugdringen van het percentage tabaksgebruikers tot 5 % in 2040. Voor alcohol is de doelstelling een vermindering van het alcoholgebruik met ten minste 20 % en een vermindering van zwaar drankgebruik (zes of meer alcoholhoudende dranken bij één gelegenheid voor volwassenen) met 20 % tussen 2010 en 2030. Voor luchtverontreiniging gaat het om een jaarlijks gemiddeld PM_{2,5}-niveau van maximaal 10 µg/m³ in 2030 en 5 µg/m³ in 2050. Wat obesitas betreft, is de doelstelling een verlaging van het aantal personen met obesitas naar het niveau van 2010 tegen 2025.

Bron: OESO (2024b), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Ook heeft IKNL berekend dat tussen 2024 en 2045 meer dan 120 000 gevallen van long-, blaas- en slokdarmkanker kunnen worden voorkomen als de

tabaksdoelstellingen al in 2032 worden gehaald, zoals in de Nederlandse Kanker Agenda wordt beoogd.

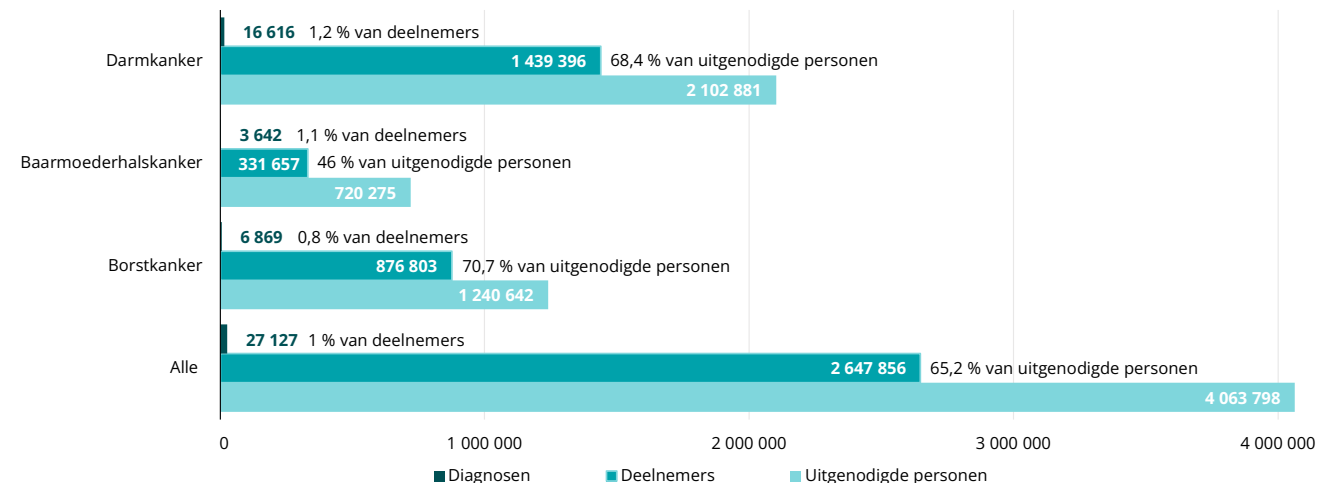
4. Vroegtijdige opsporing

Bijna twee derde van de uitgenodigde personen neemt deel aan de screeningsprogramma's

Nederland heeft nationale programma's voor bevolkingsonderzoek voor borst-, baarmoederhals- en darmkanker. In 2022 werden meer dan 4 miljoen

mensen uitgenodigd voor een gratis onderzoek, waaraan 65 % deelnam (Figuur 9). Nederland is ook betrokken bij projecten voor de vroegtijdige opsporing van long-, maag- en prostaatkanker (kader 2). Dit is in overeenstemming met de bijgewerkte aanbeveling van de Raad van de Europese Unie over kankerscreening.

Figuur 9. De deelname is het hoogst voor screening voor borstkanker en het laagst voor screening voor baarmoederhalskanker



Bron: Bevolkingsonderzoek Nederland 2024. De gegevens hebben betrekking op het jaar 2022.

Kader 2. Nederland is betrokken bij projecten voor de vroegtijdige opsporing van long-, maag- en prostaatkanker

4-In-The-Lung-Run is een Europees onderzoek dat de komende jaren inzichten zal verschaffen voor het gezondheidsbeleid op het gebied van longkankerscreening. Het doel is om 26 000 deelnemers met een hoog risico op longkanker te onderzoeken in screeningslocaties in 6 landen, waaronder Nederland, waar het aantal deelnemende centra het hoogst is. De studie zal dienen als basis voor het opstellen van op risico's gebaseerde screeningsstrategieën die aantoonbaar effectief, betaalbaar, aanvaardbaar voor mensen, kosteneffectief en goed uitvoerbaar zijn.

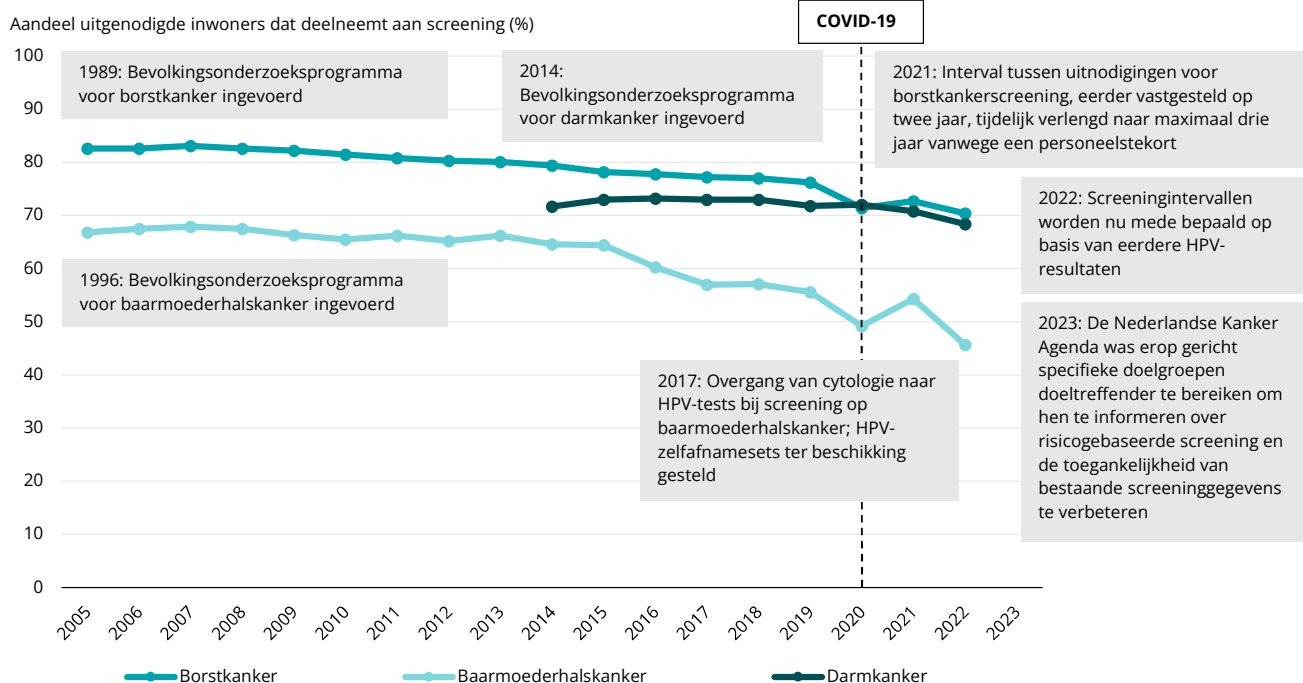
Het project "Strengthening the Screening of Lung Cancer in Europe" (Versterking van de screening voor longkanker in Europa) heeft tot doel de screening voor longkanker te verbeteren door landen te helpen bij de uitvoering en optimalisering van screeningsprogramma's met lage-dosis-computertomografie, waarbij een aanpasbare toolbox wordt geboden om tegemoet te komen aan regionale behoeften en gezondheidsverschillen.

Nederland is ook betrokken bij initiatieven voor vroegtijdige opsporing van maag- en prostaatkanker. Het project "Towards Gastric Cancer Screening Implementation in the EU" (Naar de invoering van screening op maagkanker in de EU) heeft tot doel de strijd tegen maagkanker aan te gaan door empirisch onderbouwde richtsnoeren te verstrekken voor de toepassing van nieuwe screeningsmethoden. Het project "Prostate Cancer Awareness and Initiative for Screening in the EU" (Bewustwording van prostaatkanker en initiatief voor screening in de EU) heeft tot doel de vroegtijdige opsporing en diagnose van prostaatkanker te verbeteren door middel van op maat gesneden screeningsprogramma's, en tegelijkertijd screeningsprotocollen in alle landen te standaardiseren.

De afgelopen jaren is de deelname aan alle screeningsprogramma's gedaald en nog verder verslechterd door verstoringen ten gevolge van de COVID-19-pandemie in 2020 (Figuur 10). In 2022 daalde de deelname opnieuw, ondanks een licht herstel in 2021 voor screening op borst- en baarmoederhalskanker. Tussen 2017 en 2022 daalde het percentage diagnoses in stadium 1 bij

alle drie de kankerscreeningsprogramma's. Met name voor baarmoederhalskanker was er in 2021 een aanzienlijke daling van het aantal diagnoses in stadium 2 en een stijging van het aantal diagnoses in stadium 3.

Figuur 10. De deelname voor borst-, baarmoederhals- en darmkanker is de afgelopen jaren gedaald



Toelichting: De gegevens hebben betrekking op mammografische screening bij vrouwen in de leeftijd van 50-69 jaar in de afgelopen twee jaar, screening op baarmoederhalskanker bij vrouwen in de leeftijd van 30-60 jaar (in sommige gevallen ook 65 jaar) in de afgelopen drie jaar, en screening op darmkanker bij mensen in de leeftijd van 55-75 jaar, allemaal op basis van programmeergegevens. Bronnen: OESO-gezondheidsstatistieken 2024; Bevolkingsonderzoek Nederland 2024.

De deelname aan borstkankerscreening neemt sinds 2007 af

Het nationale screeningsprogramma voor borstkanker voor vrouwen in de leeftijd van 50-69 jaar is in 1989 van start gegaan. In 1998 werd de maximumleeftijd voor een uitnodiging verhoogd tot 75 jaar. Vrouwen worden om de twee jaar uitgenodigd voor een mammogram, hoewel dit interval sinds begin 2021 vanwege een personeelstekort tijdelijk is verlengd tot maximaal drie jaar. Begin 2023 was de gemiddelde interval tussen twee uitnodigingen opgelopen tot 29 maanden. In verband met deze vertragingen wordt er meer geïnvesteerd in het opleiden van nieuwe screeningslaboranten en het opzetten van arbeidsmarktcampagnes om nieuw personeel aan te trekken.

In 2022 werd 70 % van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar gescreend op borstkanker, een aanzienlijke daling ten opzichte van de 81 % die in 2000 (Figuur 10) werd gescreend. De deelname is sinds 2007 gedaald en bereikte het laagste punt tijdens de COVID-19-pandemie in 2020, met een tijdelijk herstel in 2021, toen het percentage deelnemers aanzienlijk hoger was dan het EU-gemiddelde. Uit de achtste ronde (2021/2022) van de Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) blijkt dat vrouwen met een lager opleidingsniveau minder vaak een mammogram krijgen in 19 EU+2-landen, waaronder Nederland, waar de opleidingskloof 13 procentpunt is (OESO, 2024a).

Nederland heeft voornamelijk screening op basis van het humaan papillomavirus en biedt de mogelijkheid om een zelftest te doen

Sinds 1970 worden in Nederland vrouwen getest met behulp van een uitstrijkje en in 1996 is een uniform gestructureerd bevolkingsonderzoek gestart. In 2017 werd voor de screening op baarmoederhalskanker overgegaan van cytologische onderzoeken naar HPV-tests. Uitstrijkjes worden nu in de eerste plaats getest op HPV en als het resultaat positief is, wordt ook een cytologisch onderzoek gedaan. Nederland is een van de zeven EU+2-landen met HPV-gebaseerde tests als primaire screeningstest.

Vrouwen in de leeftijd van 30-60 jaar ontvangen per post een uitnodiging om deel te nemen aan het screeningsprogramma voor baarmoederhalskanker, waarbij zij kunnen kiezen tussen het afnemen van een zelftest voor HPV thuis of het bezoeken van een huisartsenpraktijk voor een uitstrijkje. Vrouwen ontvangen een uitnodiging wanneer zij de leeftijd van 30, 35, 40, 50 en 60 jaar bereiken. Sinds januari 2022 worden bij het verzenden van

uitnodigingen de resultaten van eerdere HPV-tests in aanmerking genomen. Vrouwen van 45 en 55 jaar ontvangen ook een uitnodiging als zij eerder positief hebben getest op HPV of niet hebben deelgenomen aan eerdere screenings. Vrouwen van 65 jaar krijgen uitnodigingen als zij eerder positief waren getest en niet naar een gynaecoloog werden doorverwezen. Het verwijzingsbeleid is aangepast op basis van risicostratificatie naar HPV-genotype, waarbij de nadruk ligt op stammen met een hoger risico (HPV-typen 16 en 18).

Bij vrouwen uit groepen met een lagere sociaal-economische status is de deelname aan screeningsprogramma's voor borst- en baarmoederhalskanker lager. Jongere leeftijd is ook een bepalende factor voor een lagere deelname aan screening op baarmoederhals- en darmkanker. Om de deelname onder deze groep te verhogen, ontvangt de jongste doelgroep (30 jaar) vóór de uitnodiging eerst een aankondiging en een meer informeel opgestelde uitnodiging.

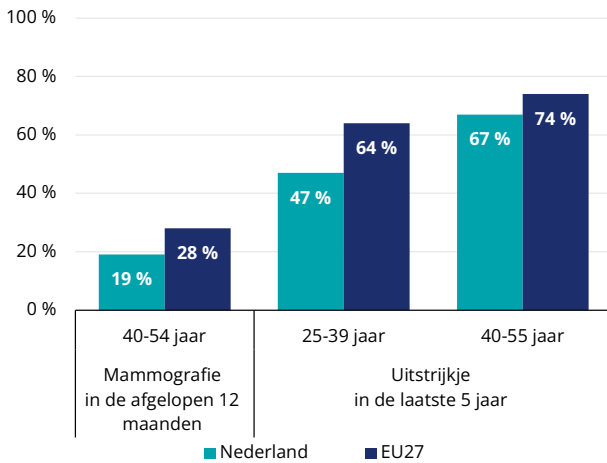
In 2022 werd 46 % van de in aanmerking komende vrouwen gescreend op baarmoederhalskanker — een grote daling ten opzichte van de 66 % in 2000. De deelname aan screening op baarmoederhalskanker is altijd lager geweest dan die voor borst- en darmkanker, en ook lager dan de WHO-doelstelling van 70 % tegen 2030 om baarmoederhalskanker te elimineren. Van 2013 tot 2020 daalde het percentage constant, met een aanzienlijke daling in 2020 als gevolg van de COVID-19-pandemie (Figuur 10). Hoewel er in 2021 sprake was van een duidelijk herstel, met een deelnamegraad net onder het EU-gemiddelde, was er in 2022 opnieuw sprake van een aanzienlijke daling.

In Nederland nemen LHBTIQ-personen minder deel aan borst- en baarmoederhalskanker dan gemiddeld in de EU

Volgens de EU LGBTIQ Survey III gaf 19 % van de LHBTIQ-vrouwen, transvrouwen en intersekse personen in de leeftijd van 40-54 jaar in Nederland aan de afgelopen 12 maanden een mammogram te hebben gehad, een veel lager percentage dan het EU-gemiddelde van 28 % (Figuur 11). Dit staat in contrast met de relatief hoge screeningspercentages voor borstkanker in Nederland in vergelijking met het EU-gemiddelde. Voor screening op baarmoederhalskanker meldde 47 % van de relevante LHBTIQ-personen in de leeftijd van 25-39 jaar in Nederland dat zij de afgelopen 5 jaar een uitstrijkje had gedaan (minder dan de 64 % in de EU), terwijl 67 % van de personen in de leeftijd van 40-55 jaar een uitstrijkje had gedaan (minder dan de 74 % in de EU).

Figuur 11. Onder LHBTIQ-personen is de deelname aan screening lager dan het EU-gemiddelde

Percentage LHBTIQ-personen dat wordt gescreend op borst- of baarmoederhalskanker (%)



Opmerking: De resultaten van LHBTIQ-enquêtes hebben betrekking op leeftijdsgroepen en/of screeningsintervallen die niet aansluiten bij de aanpak van de bevolkingscreening in de EU-landen en mogen niet worden vergeleken. Bronnen: Het Bureau van de Europese Unie voor de grondrechten (EU LGBTIQ Survey III).

Deelname aan screening op darmkanker is aanzienlijk lager bij personen uit groepen met een lagere sociaal-economische status

Het screeningsprogramma voor darmkanker werd in 2014 ingevoerd. Sinds 2019 worden alle personen in de leeftijd van 55-75 jaar om de twee jaar uitgenodigd. Er wordt een informatiebrief gestuurd, en drie weken later een uitnodiging met een folder en de fecale immunochemische test (FIT). Sinds 2021 ontvangen burgers die na twee uitnodigingen niet reageren, alleen een uitnodigingsbrief in plaats van het volledige pakket met bijsluiter en test. De deelnemers doen thuis een ontlastingstest en sturen deze ter analyse op.

Huisartsen verstrekken informatie aan hun patiënten over de bevolkingscreening en adviseren degenen die een vervolgonderzoek nodig hebben, zoals een intakegesprek en coloscopie, die in coloscopiecentra plaatsvinden. Als er tijdens het vervolgonderzoek geen afwijkingen worden vastgesteld, wordt de deelnemer na tien jaar opnieuw uitgenodigd voor een screening.

De deelname aan FIT-screening is aanzienlijk lager bij personen in het laagste sociaal-economische kwintiel (67 %) dan onder personen in hogere kwintielen (variërend van 73 % tot 75 %). Ook is er tussen de verschillende sociaal-economische groepen een aanzienlijk verschil in het ondergaan van coloscopie na een positief FIT-resultaat (van der Meulen et al., 2022).

In 2022 werd 68 % van de in aanmerking komende bevolking gescreend op darmkanker — een kleine daling ten opzichte van de 72 % in 2014. De deelnamegraad in 2020 was bijna gelijk aan die in 2019, in tegenstelling tot de aanzienlijke daling van de screening op borst- en baarmoederhalskanker als gevolg van de COVID-19-pandemie (Figuur 10). In 2022 was met name de deelnamegraad onder vrouwen hoger (71 %) dan onder mannen (65 %), en beide percentages liggen aanzienlijk hoger dan de EU-gemiddelden.

Vroegtijdige opsporing heeft tot doel de deelname te verhogen, de toegang voor kwetsbare bevolkingsgroepen te waarborgen en vroegtijdige diagnose en resultaten te verbeteren

De deelname is bijzonder laag onder immigranten. Om het bewustzijn te vergroten, heeft het RIVM informatiefolders in het Engels, Turks en Arabisch vertaald en eenvoudige infografieken en video's over baarmoederhalskanker in het Turks, Arabisch, Berbers en Engels ontwikkeld om het bewustzijn en de deelname onder migrantengroepen te vergroten. Onlangs zijn wijzigingen doorgevoerd om de toegang tot kankerscreeningsprogramma's voor oorlogsvluchtelingen uit Oekraïne te ondersteunen, onder meer door informatiemateriaal beschikbaar te stellen in het Oekraïens en Russisch. Bovendien zijn er financiële middelen toegewezen aan maatregelen gericht op sociaal-economisch achtergestelde groepen.

Om te zorgen voor gelijke toegang tot borstkankerscreening voor alle vrouwen en om regionale verschillen te verkleinen, worden in Nederland mobiele onderzoekscentra gebruikt. Screening op borst- en baarmoederhalskanker wordt toegankelijk gemaakt voor transgenders en interseke personen voor wie screening van belang is. Voor darmkanker kunnen mensen met vragen over deelname aan bevolkingsonderzoeken een hotline bellen die wordt aangeboden door geneeskundestudenten, met ondersteuning van artsen.

Sinds 2017 zijn zelfafnamesets voor screening op baarmoederhalskanker beschikbaar om degenen die voorheen niet reageerden op uitnodigingen voor screening en personen die liever geen uitstrijkje laten doen, te laten deelnemen. Van de 29 EU+2-landen organiseren er 22 bevolkingsonderzoeken voor baarmoederhalskanker, maar Nederland is een van de slechts 7 landen die momenteel de optie van een HPV-zelftest bieden (OESO, 2024a).

Eerstelijnszorg speelt een centrale rol bij de screening op en de follow-upprocedures in

verband met kanker in Nederland. Uitstrijkjes voor baarmoederhalskanker kunnen bij huisartspraktijken worden gedaan. In 2022 koos 78 % van de deelnemers voor een uitstrijkje door een huisarts, terwijl 22 % een zelfafnameset gebruikte. Bovendien spelen huisartsen een cruciale rol bij het doorverwijzen van personen voor vervolgonderzoeken bij alle vormen van kanker.

Het integreren van innovatie in de screening heeft tot doel activiteiten kosteneffectiever en beter toegankelijk te maken. Er wordt momenteel onderzocht of er bij screening op colorectale kanker een digitale intaketoel kan worden gebruikt in plaats van een polikliniekbezoek voorafgaand aan de coloscopie. In de studie Perfect-FIT in Nederland wordt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van

het aanpassen van screeningsintervallen aan de hand van eerdere concentraties hemoglobine in feces in een op FIT gebaseerd screeningprogramma.

In Nederland worden screeningsgegevens gebruikt om prestatie-indicatoren te genereren, die worden geïntegreerd in kwaliteitsverbeteringsprocessen voor darm-, borst- en baarmoederhalskanker. Deze maatstaven zorgen voor consistente kwaliteitsborging in alle screeningsprogramma's, waardoor bevolkingsscreening op lokaal, regionaal en nationaal niveau kan worden gemonitord. Nederland behoort tot de weinige EU+2-landen die sociaal-economische gegevens verzamelen en koppelen. Bovendien bevatten de screeningsdatabanken informatie over migratiestatus en geografische locatie.

5. Prestaties op het gebied van kankerzorg

5.1 Toegankelijkheid

Nederland stelt zich ten doel toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg te bieden

In het Integraal Zorgakkoord dat in september 2022 werd ondertekend door belanghebbenden uit de gezondheidszorg, gemeenten en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, wordt de nadruk gelegd op een belofte om de gezondheidszorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Dit omvat acties zoals het standaardiseren van de zorg om variaties te beperken, het verbeteren van chirurgische resultaten en het streven naar hogere overlevingspercentages bij specifieke soorten kanker. De onlangs gelanceerde Nederlandse Kanker Agenda moet ervoor zorgen dat personen met kanker tegen 2032 de best mogelijke gepersonaliseerde behandeling met minimale lasten krijgen.

De meeste kankerpatiënten hebben te maken met een verlaging van hun inkomen of extra kosten

In de loop der jaren is het aandeel eigen bijdragen in de lopende uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland geleidelijk gedaald van 11 % in 2015 naar 10,0 % in 2022.

In 2021 heeft de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties een enquête gehouden om de financiële gevolgen van kanker te onderzoeken. Uit de bevindingen is gebleken dat 76 % van de respondenten te maken heeft gehad met een daling van hun inkomen en/of extra kosten, zoals voor een uitgebreidere aanvullende ziektekostenverzekering, niet-vergoede behandelingskosten, en vervoer van en naar het ziekenhuis (NFK, 2021).

Een sociaal vangnet zorgt ervoor dat patiënten tijdens de eerste twee jaar van ziekte 70 % van hun inkomen behouden. In collectieve arbeidsovereenkomsten is vaak een hoger percentage voor het eerste ziektejaar vastgesteld. Zelfstandigen komen niet in aanmerking voor deze bescherming.

Nederland heeft te kampen met een tekort aan bepaalde soorten gezondheidswerkers

In Nederland zijn er 593 artsen per 1 000 nieuwe gevallen van kanker, wat lager is dan het EU-gemiddelde van 679 per 1 000. Het land telt 1 745 verpleegkundigen per 1 000 nieuwe gevallen van kanker, wat hoger is dan het EU-gemiddelde van 1 376 per 1 000 (Figuur 12).

Volgens de beleidsenquête van de OESO over kankerzorg van 2023 heeft Nederland een tekort

aan huisartsen, klinische oncologische verpleegkundigen en wijkverpleegkundigen. Het raadgevend comité voor medische personeelsplanning (Advisory Committee on Medical Manpower Planning, ACMMP) evalueert de capaciteit en opleidingsprogramma's voor gezondheidswerkers en verstrekt een nationale prognose en aanbevelingen. De beoordeling van 2018 bracht een tekort aan kinderoncologieverpleegkundigen aan het licht in verhouding tot de verwachte zorgbehoeften (Capaciteitsorgaan, 2019).

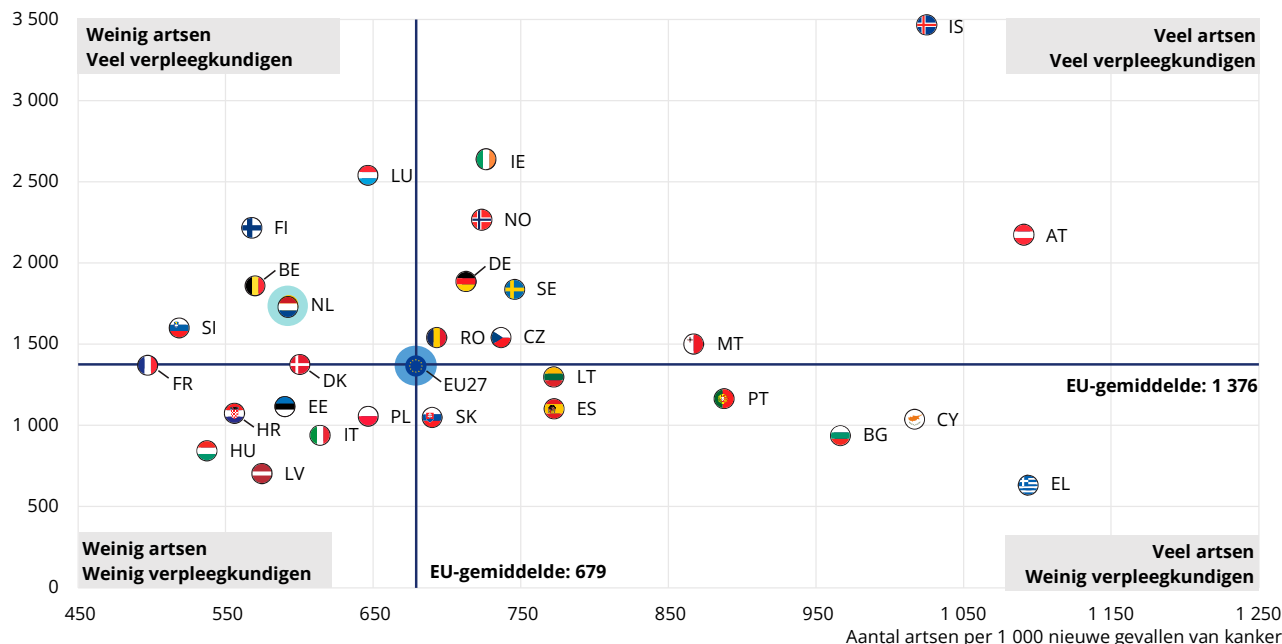
Volgens de index van de European Oncology Nursing Society (EONS, 2024) biedt Nederland gespecialiseerde opleidingen op universitair niveau aan, evenals een masterprogramma waarin

verpleegkundigen een gespecialiseerde opleiding op het gebied van kanker afronden met praktijkervaring in hun eigen praktijk.

Voor eerlijke toegang tot kankerpreventie, -screening en -zorg in het hele land is het van cruciaal belang te zorgen voor een goede spreiding van het zorgpersoneel. Nederland staat in dit verband echter voor uitdagingen, met een dichtheid van 6 tot 8 huisartsen per 10 000 inwoners in de verschillende regio's in 2023. Stedelijke gebieden, voornamelijk in het westelijke deel van het land, hebben een overschot aan huisartsen, terwijl plattelandsgebieden te kampen hebben met tekorten.

Figuur 12. Nederland behoort tot de landen met een klein aantal artsen en een groot aantal verpleegkundigen in verhouding tot het aantal nieuwe gevallen van kanker

Aantal verpleegkundigen per 1 000 nieuwe gevallen van kanker



Toelichting: De gegevens over verpleegkundigen omvatten alle categorieën verpleegkundigen (niet alleen de categorieën die voldoen aan de EU-richtlijn betreffende de erkenning van beroepskwalificaties). De gegevens hebben betrekking op praktiserende verpleegkundigen, behalve in Portugal en Slowakije, waar zij betrekking hebben op beroepsmatig actieve verpleegkundigen. Voor Griekenland is een te gering aantal verpleegkundigen aangegeven, aangezien alleen de verpleegkundigen die in ziekenhuizen werken, zijn meegeteld. In Portugal en Griekenland hebben de gegevens betrekking op alle artsen die een vergunning hebben om hun beroep uit te oefenen, waardoor het aantal praktiserende artsen sterk wordt overschat. Het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde. Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2024. De gegevens hebben betrekking op 2022 of het laatst beschikbare jaar.

Nederlandse patiënten hebben snel toegang tot een breder scala aan nieuwe kankermedicijnen

Het aandeel indicaties in een steekproef van geneesmiddelen voor borst- en longkanker met een hoog klinisch voordeel die door de overheid worden vergoed, bedraagt 92 % in Nederland — veel meer dan het gemiddelde van de landen met een vergelijkbare economie (75 %) (Figuur 13). Met 265 dagen voor deze steekproef, is de periode tussen de dekkingsaanvraag van het

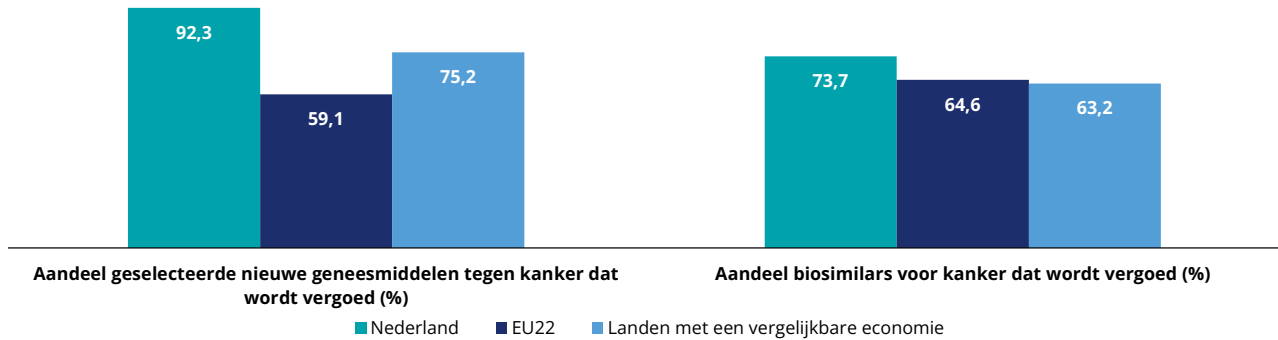
farmaceutische bedrijf en de vaststelling van het terugbetalingsbesluit in Nederland korter dan in de meeste andere landen. Dit is deels te danken aan overeenkomsten die gemakkelijker dekking bieden voor bepaalde indicaties van oncologische geneesmiddelen bij toelating door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA).

Nederland neemt deel aan het Beneluxa-initiatief en werkt mee aan regionale samenwerkingsverbanden voor gezamenlijke evaluaties van geselecteerde geneesmiddelen tegen kanker.

Deze regeling zal mogelijk worden aangepast als gevolg van de uitvoering van Verordening (EU) 2021/2282 betreffende de evaluatie van gezondheidstechnologie, die voorziet in gezamenlijke klinische evaluaties en wetenschappelijk overleg waarbij patiënten, klinische deskundigen en relevante belanghebbenden worden betrokken. De verordening is vanaf januari 2025 op alle nieuwe geneesmiddelen tegen kanker.

In het algemeen vermindert de beschikbaarheid van biosimilars de behandelingskosten aanzienlijk, aangezien goedkopere alternatieven voor originele biologische geneesmiddelen worden aangeboden. In Nederland wordt 74 % van de biosimilaire producten die worden toegepast als geneesmiddelen tegen kanker door de overheid vergoed, wat hoger is dan het gemiddelde van 65 % in de EU en dat van 63 % in de landen met een vergelijkbare economie.

Figuur 13. Nederland vergoedt een groter aandeel van de nieuwe kankermedicijnen dan de meeste EU landen



*Toelichting: De analyse omvat een steekproef van 13 indicaties van 10 nieuwe geneesmiddelen voor borst- en longkanker met een hoog klinisch voordeel en 19 biosimilars van 3 geneesmiddelen tegen kanker (bevacizumab, rituximab, trastuzumab), met een actieve vergunning voor het in de handel brengen van het Europees Geneesmiddelenbureau per 26 maart 2023. De gegevens vertegenwoordigen het aandeel van de indicaties of biosimilars die op 1 april 2023 op de lijst stonden van geneesmiddelen die worden vergoed uit het basispakket. Landen met een vergelijkbare economie worden vastgesteld op basis van een driedeling naar bbp per hoofd van de bevolking in 2022 in standaardtermen voor koopkracht. Landen met een vergelijkbare economie voor NL zijn AT, BE, DE, DK, IE, IS, NO en SE. Het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde.
Bron: Hofmarcher, Berchet en Dedet (2024), "Access to oncology medicines in EU and OECD countries", OECD Health Working Papers, nr. 170, OECD Publishing, Parijs, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.*

Er zijn in Nederland grote verschillen in de beschikbaarheid van diagnoseapparatuur

Met 5 per 1 000 000 inwoners heeft Nederland verhoudingsgewijs een van de grootste aantallen PET-scanners (positronemissietomografie-scanners) — meer dan twee keer zoveel als gemiddeld in de EU. De beschikbaarheid van MRI-scanners (apparaten voor beeldvorming met magnetische resonantie) (15 stuks per 1 000 000 inwoners) ligt daarentegen onder het EU-gemiddelde (18 per 1 000 000), terwijl het aantal CT-scanners (computertomografiescanners) 16 per 1 000 000 inwoners bedraagt — ruim onder het EU-gemiddelde van 27.

Hoewel de optimale levensduur van radiotherapieapparatuur volgens de WHO 10 tot 15 jaar is, zijn in Nederland ongeveer een derde van de 191 radiotherapie-apparaten ouder dan 15 jaar. Desondanks heeft Nederland innovatieve benaderingen op het gebied van kanker, met drie centra voor protontherapie en de groeiende toepassing van MRI-geleide radiotherapie.

De wachttijden voor kankerpatiënten variëren afhankelijk van het soort afspraak

Hoewel er in Nederland geen wettelijke wachttijden zijn voor kankerpatiënten, heeft de Stichting Oncologische Samenwerking (Soncos) normen vastgesteld. Deze omvatten een maximale wachttijd van één week voor het eerste polikliniekbezoek, drie weken voor de diagnose na het eerste bezoek en zes weken voor het begin van de behandeling. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben ook maximale wachttijden vastgesteld. De norm voor een eerste afspraak in een kliniek of voor diagnostiek is doorgaans vier weken, terwijl de behandeling binnen zeven weken moet starten. Indien echter gespecialiseerde behandelingen van een beperkt aantal specialisten nodig zijn, kan de wachttijd langer zijn.

In sommige ziekenhuizen zijn snelle diagnosemogelijkheden beschikbaar, waarbij snellere onderzoeken en behandelingsplannen worden geboden om de onzekerheid voor potentiële kankerpatiënten te verminderen. Om in aanmerking te komen voor een snelle diagnose, is doorgaans een diagnosegesprek binnen 48 uur na doorverwijzing nodig, waarbij de resultaten binnen maximaal vijf werkdagen worden verstrekt.

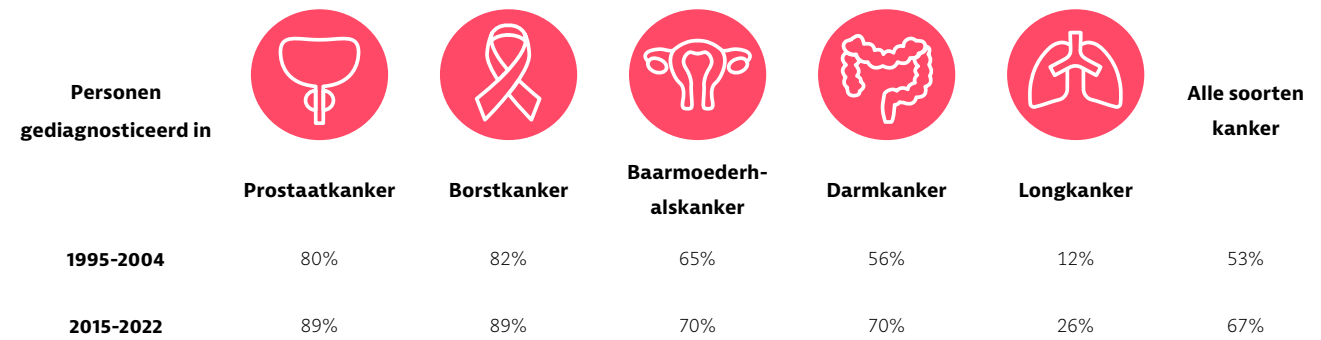
5.2 Kwaliteit

De vijfjaarsoverlevingspercentages zijn de afgelopen decennia toegenomen

Het relatieve overlevingspercentage voor alle soorten kanker samen is in Nederland gestegen. Het relatieve vijfjaarsoverlevingspercentage voor mensen die tussen 1995 en 2004 werden gediagnosticeerd, was 53 %. Dit percentage

steeg naar 62 % voor mensen die tussen 2005 en 2014 werden gediagnosticeerd, en naar 67 % voor mensen die tussen 2015 en 2022 werden gediagnosticeerd (Figuur 14). Hoewel het relatieve overlevingspercentage onder mannen van oudsher lager is dan onder vrouwen, is dit verschil in de loop der tijd kleiner geworden.

Figuur 14. Het relatieve vijfjaarsoverlevingspercentage verschilt in Nederland per kankersoort



Bron: IKNL (2024).

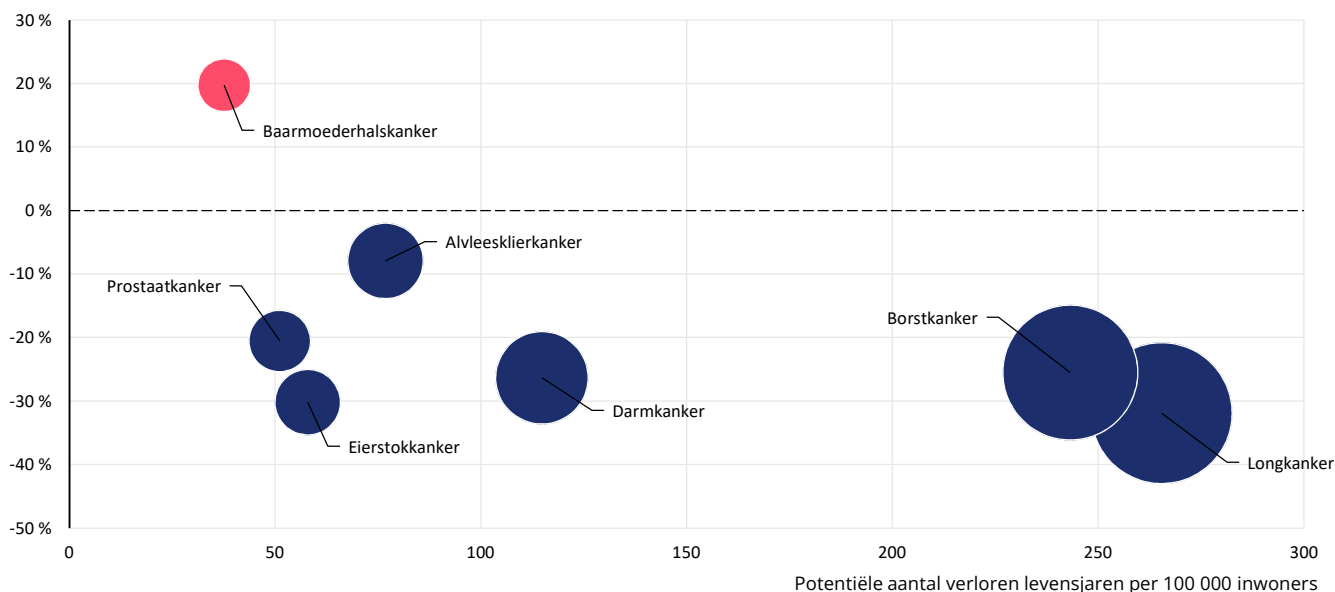
Het potentiële aantal verloren levensjaren als gevolg van kanker in Nederland is lager en sneller gedaald dan gemiddeld in de EU

Naast gegevens over overlevingskansen is het potentiële aantal verloren levensjaren een interessante aanvullende maatstaf voor de impact van verschillende vormen van kanker op de samenleving, omdat hierdoor meer gewicht wordt toegekend aan sterfgevallen door kanker onder jongere personen. Onderzoek naar de verandering in het potentiële aantal verloren levensjaren in de loop der tijd voor verschillende vormen van kanker kan wijzen op verbeteringen in de kankerzorgsystemen door vermindering van de vroegtijdige sterfte.

In Nederland bedroeg het potentiële aantal verloren levensjaren door kanker per 100 000 inwoners in 2022 1 180, wat 13% lager is dan het EU-gemiddelde (1 355). Het aantal is ook iets sneller gedaald in Nederland — met 25 % sinds 2012, vergeleken met een daling van 19 % in de EU. Hoewel longkanker in 2022 verantwoordelijk was voor het hoogste potentiële aantal verloren levensjaren, is dit aanzienlijk gedaald (32 %) ten opzichte van 2012, in overeenstemming met de afname van het aantal rokers. Zorgwekkend is dat tussen 2012 en 2022 een toename van 20 % van het potentiële aantal verloren levensjaren als gevolg van baarmoederhalskanker werd waargenomen, mogelijk in verband met de dalende deelname aan screening op baarmoederhalskanker (Figuur 15) (zie punt 4).

Figuur 15. Het potentiële aantal verloren levensjaren daalde voor de meeste soorten kanker, maar de verbeteringspercentages liepen uiteen

Procentuele verandering in potentiële aantal verloren levensjaren 2012-2022 (of het dichtstbijzijnde beschikbare jaar) (%)



Toelichting: Het potentiële aantal verloren levensjaren als gevolg van borst-, baarmoederhals- en eierstokkanker is alleen bij vrouwen berekend, terwijl het potentiële aantal verloren levensjaren als gevolg van prostaatankanker betrekking heeft op mannen. De roze bolletjes duiden op een toename van de procentuele verandering van het potentiële aantal verloren levensjaren in de periode 2012-2022 (of het laatst beschikbare jaar). De blauwe bolletjes duiden op een afname. De grootte van de bolletjes is evenredig aan het potentiële aantal verloren levensjaren in 2022.

Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2024.

Nederland bedient zich van vele initiatieven om de doeltreffendheid en de persoonsgerichte aanpak van de kankerzorg te verbeteren

In Nederland wordt de toegang tot hoogwaardige kankerzorg verbeterd door concentratie van diensten, sterke netwerken voor kankerzorg, multidisciplinaire teams en monitoring van door de patiënt gerapporteerde uitkomsten (patient-reported outcome measures, PROMs). Dit wordt verder ondersteund door het systematische gebruik van richtlijnen, vooruitgang op het gebied van diagnostische procedures en van behandelingen, een uitgebreid nationaal kankerregister en een robuust systeem voor klinische audits. In 2022 ondertekenden het Dutch Institute of Clinical Auditing en het IKNL een intentieverklaring om de kwaliteit van de kankerzorg te verbeteren door de gegevensverzameling gedurende het hele zorgtraject van kankerpatiënten efficiënter te maken.

Nederland richt zich op het centraliseren van specifieke kankerzorg in bepaalde centra om de behandelingsresultaten te verbeteren. Uit een recente studie is gebleken dat de resultaten bij kinderkanker zijn verbeterd dankzij deze centralisatie. Het land heeft een instelling die zich bezighoudt met de behandeling van kinderen met kanker.

Nederland heeft zeven regionale oncologie-netwerken, waaronder vier uitgebreide kankerzorgnetwerken waarin universitaire medische centra, algemene ziekenhuizen, radiotherapiecentra en andere zorginstellingen in hun regio zijn geïntegreerd. Deze netwerken leggen de nadruk op gestandaardiseerde procedures en methoden in alle deelnemende instellingen en zorgen voor consistente en hoogwaardige zorg voor patiënten. Een van deze netwerken, OncoZON, dat is opgericht door Maastricht UMC+ en 1,9 miljoen mensen in het zuidoosten van Nederland bedient, is onlangs door de Organisation of European Cancer Institutes (OECI) geaccrediteerd als “Comprehensive Cancer Network” en is daarmee het tweede grote Europese netwerk met deze accreditatie.

Vergaderingen in multidisciplinaire teams (MDT's) vormen een standaardonderdeel van kankerzorg. Deze verbeteren de besluitvorming, de communicatie en de tijdige aanvang van de behandeling. MDT's breiden hun deskundigheid ook uit naar palliatieve zorg.

De kwaliteit van de kankerzorg wordt nauwlettend gemonitord aan de hand van een alomvattende aanpak op basis van specifieke indicatoren. Gegevens van ziekenhuizen, die openbaar toegankelijk zijn, omvatten details zoals de samenstelling van MDT's en de regelmaat van overleg voor verschillende soorten kanker.

Deze indicatoren worden jaarlijks geëvalueerd en vastgesteld door beroepsverenigingen in de gezondheidszorg, patiëntenorganisaties en verzekeraars. De indicatoren die openbaar worden gemaakt voor darmkanker, is onder meer het voor risico's gecorrigeerde sterftecijfer 30 of 90 dagen na een operatie. Voor borstkanker wordt het gebruik van doelgerichte therapie voor HER2-positieve gevallen gemonitord.

Een project over PROMs voor borstkanker (Regionale Oncologienetwerken, 2024) was gericht op de ontwikkeling van passende behandelingsplannen voor patiënten met borstkanker. In gevalideerde vragenlijsten werd patiënten gevraagd naar de pijn en vermoeidheid die zij hebben gevoeld en naar hun emotionele toestand en andere factoren tijdens het behandelingsproces. Het project is inmiddels afgerond en heeft tal van resultaten opgeleverd, waaronder e-learningmodules, opleiding voor gezondheidswerkers, een portaal voor documentensamenwerking en een nazorgprotocol ter ondersteuning van discussies in consultatieruimten, die vrij beschikbaar zijn voor alle ziekenhuizen en oncologienetwerken in Nederland.

Een observationele cohortstudie in Nederland, het Prospectief Landelijk CRC cohort, met 63 deelnemende centra en meer dan 20 000 deelnemende patiënten, voorziet in infrastructuur voor het verzamelen van klinische gegevens

en PROMs, en voor de opslag van lichaamsmateriaal zoals bloed en tumorweefsel van patiënten met dunne darm-, colorectale, endeldarm- en anus kanker. Dit gebeurt nadat toestemming is verkregen. Het doel van de studie is wetenschappelijk onderzoek te vergemakkelijken om de prognose en levenskwaliteit van (toekomstige) patiënten te verbeteren (PLCRC, 2024).

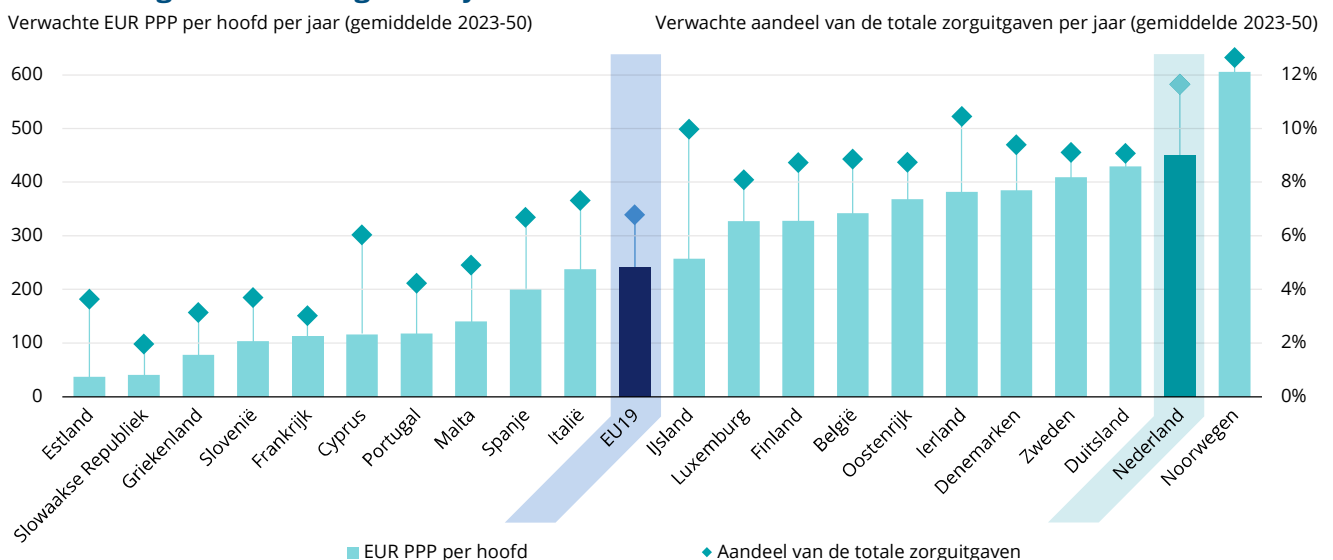
5.3 Kosten en prijs-kwaliteit-verhouding

In Nederland is de druk van kanker op de totale uitgaven voor gezondheidszorg naar schatting zwaarder dan in de meeste andere EU-landen

In verband met de hoge prevalentie van kankerpatiënten (zie punt 2) is de impact van kanker op de uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland groter dan in de meeste andere EU-landen. Volgens het modelleringswerk van de SPHeP van de OESO zullen de totale uitgaven voor gezondheidszorg tussen 2023 en 2050 in Nederland door kanker naar schatting 12 % hoger liggen. Dit komt overeen met een gemiddelde van 449 EUR per persoon per jaar (Figuur 16). Dit cijfer is veel hoger dan het gemiddelde van de EU-19 (242 EUR).

Over het geheel genomen zullen de gezondheidszorguitgaven per hoofd van de bevolking voor kankercare in Nederland tussen 2023 en 2050 naar verwachting met 51 % stijgen, tegenover 59 % in de EU-27.

Figuur 16. Tussen 2023 en 2050 zal de druk van kanker op de uitgaven voor gezondheidszorg naar verwachting in Nederland groter zijn dan in de meeste EU+2-landen



Opmerking: Het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde.

Bron: OESO (2024b), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

De impact van kanker op de arbeidsmarkt is groter dan gemiddeld in de EU

Tussen 2023 en 2050 zal er naar verwachting gemiddeld een verlies zijn van 210 voltijde-equivalenten (fte's) per 100 000 mensen door de noodzaak om minder te werken als gevolg van kanker — aanzienlijk meer dan het EU-gemiddelde van 178 per 100 000. Ook wordt een verlies van 117 fte's per 100 000 mensen verwacht als gevolg van zowel ziekteverzuim als presentisme⁷ — 44 % meer dan het EU-gemiddelde.

Wijzigingen in de criteria voor de beoordeling van klinische voordelen kunnen de beschikbaarheid van nieuwe kankermedicijnen beperken

Het Nederlandse zorgstelsel wordt gefinancierd door een verplichte particuliere ziektekostenverzekering met sociale premies en belastingen. Personen van 18 jaar en ouder hebben een verplicht eigen risico (385 EUR in 2024) voor initiële gezondheidsdiensten die onder de basisverzekering vallen. De basisverzekering dekt doorgaans de behandelingskosten voor kankerpatiënten. De toenemende kosten in verband met innovatieve geneesmiddelen heeft er echter toe geleid dat bepaalde geneesmiddelen niet worden vergoed, met name wanneer er onvoldoende gegevens over de werkzaamheid beschikbaar zijn.

In Nederland zijn kankermedicijnen alleen beschikbaar in klinische omgevingen. Voor nieuwe dure geneesmiddelen kan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport deze vanwege de hoge kosten in een “sluis” plaatsen. Deze geneesmiddelen kunnen alleen worden aanvaard nadat Zorginstituut Nederland advies heeft gegeven over opname in het basispakket, er garanties zijn voor verantwoord gebruik en bewijs van werkzaamheid, en er een redelijke financiële regeling met de leverancier wordt getroffen. Geneesmiddelen worden beoordeeld op basis van het relatieve therapeutische voordeel, de medische noodzaak, de kosteneffectiviteit en de impact op de begroting. Onlangs zijn de criteria voor de sluisprocedure aangepast om ook geneesmiddelen op te nemen met kosten van meer dan 50 000 EUR per patiënt en een impact op de begroting van meer dan 10 miljoen EUR, alsook geneesmiddelen met een impact op de begroting van meer dan 20 miljoen EUR.

Het klinische voordeel van nieuwe, door het EMA toegelaten kankermedicijnen wordt beoordeeld aan de hand van het PASKWIL-kader (palliatief,

adjuvant, specifieke bijwerkingen, levenskwaliteit, effect van de behandeling en niveau van bewijs). Het kader, dat in mei 2023 is herzien, legt nu meer nadruk op het aantonen van een overlevingsvoordeel. Het nieuwe criterium kan vergoeding belemmeren, waardoor de toegankelijkheid van nieuwe kankermedicijnen in het land mogelijk wordt beperkt. Een andere maatregel om de hoge kosten van nieuwe geneesmiddelen aan te pakken, is het beperken van de indicaties van deze geneesmiddelen tot patiënten die er het meest bij gebaat zouden zijn.

Onderzoek naar innovatieve financieringsmodellen is gaande

Binnen regionale oncologienetwerken en tumorwerkgroepen worden verschillende proefprojecten uitgevoerd die gericht zijn op de ontwikkeling van innovatieve financieringsmodellen voor eierstok- en borstkankerzorg, met bijzondere aandacht voor kwaliteitsstimulansen en resultatenbeheer. Het doel is te bepalen of deze benaderingen de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren en de kosten kunnen verlagen.

5.4 Welzijn en levenskwaliteit

Kanker vermindert niet alleen de levensverwachting, maar ook de algehele levenskwaliteit

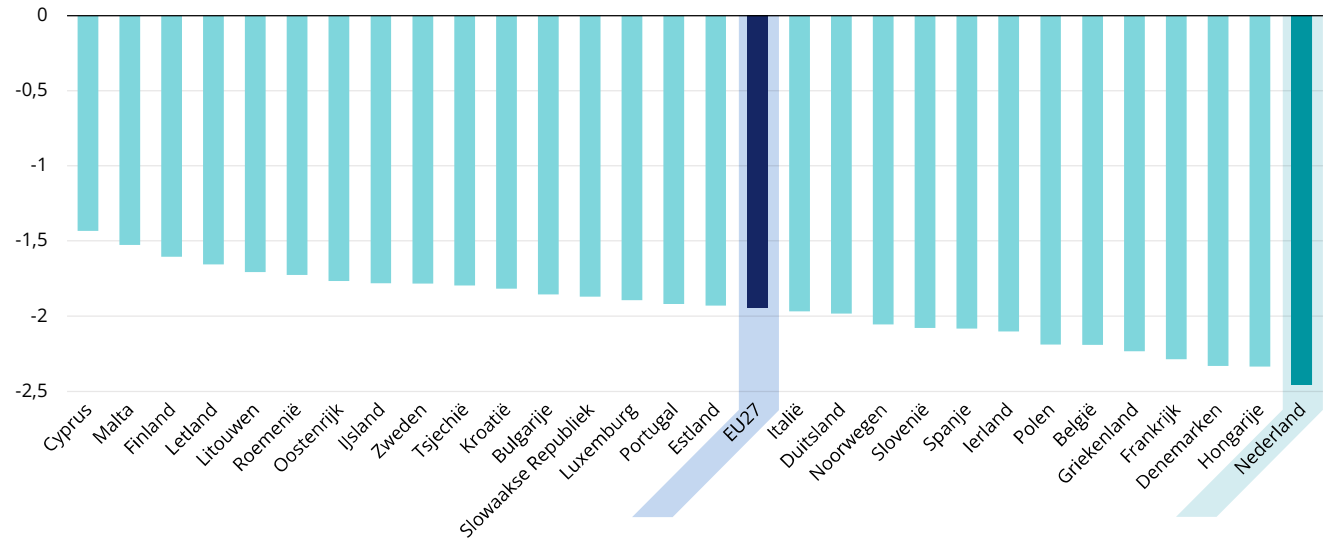
Volgens het modelleringswerk van de SPHeP van de OESO zal kanker tussen 2023 en 2050 de levensverwachting van de Nederlandse bevolking met bijna 2,5 jaar verminderen ten opzichte van een scenario zonder kanker. Dit cijfer is hoger dan het EU-gemiddelde van 1,9 jaar en het hoogste van de EU+2-landen (Figuur 17).

Kanker heeft ook een grote impact op patiënten, met gevolgen voor hun emotioneel welzijn, sociale interacties en dagelijks functioneren, met blijvende gevolgen zelfs na succesvolle behandeling, wat het belang van de constante inspanningen ter ondersteuning van alomvattende zorg onderstreept. Volgens het modelleringswerk van de SPHeP van de OESO zal Nederland naar verwachting een naar leeftijd gestandaardiseerde percentage van 14 gevallen per 100 000 inwoners per jaar hebben, iets minder dan het EU-gemiddelde van 17 gevallen per 100 000.

⁷ Presenteisme verwijst naar productiviteitsverlies dat optreedt wanneer werknemers niet volledig functioneren op de werkplek als gevolg van ziekte, letsel of een andere omstandigheid.

Figuur 17. Nederland zal naar verwachting van alle EU+2-landen de grootste daling van de levensverwachting als gevolg van kanker ondervinden

Verwachte afname van de levensverwachting als gevolg van kanker (gemiddelde 2023-2050)



Opmerking: Het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde.

Bron: OESO (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Nederland zet zich in voor de verbetering van de levenskwaliteit van kankerpatiënten en overlevenden

IKNL verzamelt via elektronische patiëntendossiers gegevens over de levenskwaliteit van Nederlandse kankerpatiënten en overlevenden, en Nederland voert verschillende beleidsmaatregelen uit om hun levenskwaliteit te verbeteren. Het gaat onder meer om strategieën om de gevolgen voor de emotionele en geestelijke gezondheid te beheersen, procedures voor behoud van de vruchtbaarheid, programma's voor gezondheidseducatie, strategieën om de coördinatie en communicatie tussen specialisten en eerstelijnszorgverleners te verbeteren, begeleiding op het gebied van voeding, lichaamsbeweging en een gezonde levensstijl, en programma's om na kanker weer aan het werk te gaan.

De Taskforce Cancer Survivorship Care is een samenwerkingsverband van gezondheidswerkers, onderzoekers, beleidsmakers en patiëntenorganisaties die zich inzetten voor de voortdurende behoeften van personen met kanker of een geschiedenis van kanker. Het is de bedoeling een permanent eerstelijns oncologisch contactpunt op te zetten voor alle mensen die kanker hebben (gehad). Deze gespecialiseerde zorgaanbieder zal contact onderhouden met ziekenhuizen, huisartsen en lokale netwerken voor kankerzorg om patiënten beter te ondersteunen en hun zelfstandigheid en zelfzorg te bevorderen. De taskforce pleit ook voor het recht om te worden vergeten, waardoor personen controle hebben over de toegang tot hun persoonsgegevens, met inbegrip van

gezondheidsinformatie. In januari 2021 voerde Nederland de “schone-lei-regeling” in, waarin het recht voor overlevenden van kanker om te worden vergeten, is vastgelegd en waarmee zij worden beschermd tegen financiële discriminatie wanneer hun behandeling tien jaar geleden is afgerond en er geen aanwijzingen zijn dat de kanker is teruggekeerd. Voor personen bij wie vóór de leeftijd van 21 jaar kanker is vastgesteld, wordt de periode teruggebracht tot vijf jaar.

Het register “Patient Reported Outcomes Following Initial treatment and Long term Evaluation of Survivorship” is een uitgebreid systeem waarmee geregistreerde bevolkingsgegevens over kanker worden geïntegreerd met PROMs. Het vergemakkelijkt de voortdurende monitoring van de fysieke en psychosociale gevolgen van kanker en de behandeling ervan door middel van vragenlijsten die door overlevenden van kanker worden ingevuld.

Er ontstaan innovatieve oplossingen om de levenskwaliteit van kankerpatiënten en overlevenden van kanker te verbeteren, waaronder apps en websites die gericht zijn op zelfzorg

Patiëntgerichte instrumenten in Nederland bieden ondersteuning op gebieden als emotioneel welzijn, het kiezen van passende zorg, en lichamelijk en geestelijk herstel na behandeling. Sommigen richten zich op specifieke groepen, zoals jongvolwassenen met kanker. Een gezamenlijk initiatief van IKNL, KWF Kankerbestrijding en Stichting kanker.nl heeft tot doel het groeiende

aantal kankerpatiënten en overlevenden van kanker beter te ondersteunen door kankerpatiënten financiële steun te verlenen om toegang te krijgen tot een breed scala aan zelfzorgapps.

In Nederland is gespecialiseerde zorg beschikbaar die specifiek is voor adolescenten en jongvolwassenen (AYA) van 18 tot en met 39 jaar bij wie kanker is vastgesteld, om tegemoet te komen aan hun unieke medische en psychosociale behoeften. De AYA-zorg wordt gekenmerkt door een persoonsgerichte aanpak, geleid door verpleegkundigen en verstrekt binnen het AYA Zorgnetwerk, dat tot doel heeft de levenskwaliteit tijdens en na kankerbehandeling te verbeteren. Speciaal opgeleide verpleegkundigen coördineren de AYA-basiszorg, waarbij wordt voorzien in onmiddellijke behoeften en waar nodig extra ondersteuning wordt geboden. Bij complexe zorgbehoeften, zoals zwangerschap tijdens kanker of meervoudige, onderling samenhangende zorgbehoeften, worden patiënten doorverwezen naar AYA-klinieken. Deze klinieken, die worden geleid door een AYA-verpleegkundige en over een MDT beschikken waar een medisch oncoloog, een medisch psycholoog en een medisch maatschappelijk werker deel van uitmaken, bieden uitgebreide ondersteuning die is afgestemd op de individuele behoeften. AYA-zorg is sinds 2018 opgenomen in het normeringsrapport van Soncos.

Nederland streeft naar het bieden van tijdige palliatieve zorg voor alle personen met een ongeneeslijke ziekte

In Nederland is palliatieve zorg een fundamenteel onderdeel van het reguliere gezondheidszorgstelsel, dat voornamelijk lokaal wordt georganiseerd. Huisartsen en verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor palliatieve zorg thuis, waar nodig bijgestaan door specialisten voor palliatieve zorg voor aanvullende ondersteuning en expertise. Daarnaast zijn er multidisciplinaire teams voor gespecialiseerde palliatieve zorg voor zowel kinderen als volwassenen aanwezig in elk

ziekenhuis dat kankerzorg verstrekt. In 2023 is de herziene richtlijn Palliatieve zorg voor kinderen gepubliceerd. In deze richtlijn, die gebaseerd is op de meest recente wetenschappelijke inzichten en methoden, wordt ingegaan op praktische problemen die door ouders, verzorgers en zorgverleners zijn vastgesteld. Palliatieve zorg is een vast onderdeel van het programma van alle medische opleidingen en sommige opleidingen tot verpleegkundige — doorgaans in combinatie met andere disciplines.

De Stichting Palliatieve Zorg Nederland leidt in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het in maart 2022 gelanceerde Nationaal Programma Palliatieve Zorg om ervoor te zorgen dat tegen 2030 alle personen met een ongeneeslijke ziekte tijdig palliatieve zorg krijgen. Door middel van samenwerking met verschillende partners, waaronder patiëntenorganisaties en zorgaanbieders, streeft het programma ernaar de levenskwaliteit tijdens de palliatieve fase te optimaliseren, het rouwproces te ondersteunen en de zorg rond het levenseinde te verbeteren. Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, dat is goedgekeurd door patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars, schetst strategieën om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg te verbeteren. De uitvoering van dit kader sluit aan bij de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord, wat een belangrijke kans biedt voor de transformatie van de gezondheidszorg. In het kader van het project Transformatie palliatieve zorg starten de regio's het plan voor de transformatie van de palliatieve zorg van het Integraal Zorgakkoord om strategische, financiële en operationele aspecten van palliatieve zorg te hervormen. Bovendien zijn regionale oncologie-netwerken actief betrokken bij projecten die gericht zijn op de uitvoering en evaluatie van gezamenlijke besluitvorming op het gebied van palliatieve zorg, met als doel de levensdoelen en voorkeuren van patiënten doeltreffender te integreren in hun zorgplannen.

6. Focus op kinderkanker

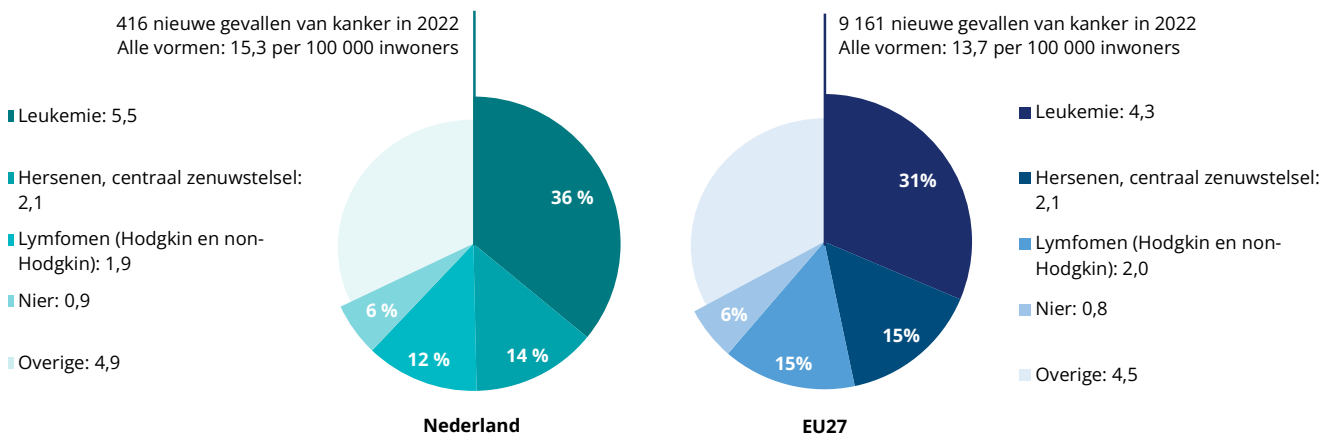
Volgens het ECIS werden in 2022 in Nederland naar schatting 416 kinderen en adolescenten tot 15 jaar met kanker gediagnosticeerd. In 2022 had Nederland een incidentie van 15,3 per 100 000 kinderen in de leeftijd van 0 tot 14 jaar, meer dan het EU-27-gemiddelde van 13,7 (Figuur 18). Uit gegevens van Eurostat blijkt echter dat in 2021 het gemiddelde sterftcijfer over 3 jaar als gevolg van kinderkanker in Nederland 1,5 per

100 000 inwoners bedroeg, wat lager is dan het EU-gemiddelde van 2,1 per 100 000 inwoners.

In Nederland is de incidentie bij jongens hoger dan bij meisjes, wat overeenkomt met het patroon in de EU. De meest voorkomende vormen van kanker zijn leukemie met 5,5 gevallen per 100 000 kinderen (36 %), hersenkanker en kanker van het centraal zenuwstelsel met 2,1 gevallen per 100 000 (14 %), lymfoom met 1,9 gevallen per 100 000 (12 %) en nierkanker met 0,9 gevallen per 100 000 (6 %).

Figuur 18: Incidentie van kanker bij kinderen in Nederland is hoger dan in de EU

Naar leeftijd gestandaardiseerde incidentie per 100 000 inwoners (0-14 jaar), schattingen, 2022



Toelichting: De schattingen voor 2022 zijn gebaseerd op trends in de incidentie van voorgaande jaren en kunnen afwijken van de in recentere jaren waargenomen percentages. "Alle vormen" omvat alle vormen van kanker met uitzondering van non-melanoma huidkanker.

Bronnen: Europees informatiesysteem voor kanker (ECIS) voor de incidentie van kanker, via <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, geraadpleegd op 10 maart 2024. © Europese Unie, 2024.

Volgens het OCEAN-project van de Europese vereniging voor kinderoncologie (SIOPE) heeft Nederland de zorg voor kinderkanker geconcentreerd in één instelling in Utrecht (SIOPE, 2024). Deze instelling richt zich op de behandeling van patiënten met kinderkanker.

Alle 13 infrastructurele en behandelingsmogelijkheden worden aangeboden door het Prinses Máxima Centrum, zoals chemotherapie, chirurgie, stamceltransplantatie bij solide tumoren, bestralingstherapie, palliatieve zorg, bestralingstherapie met protonen en fotonen, en brachytherapie.

Tussen 2010 en 2022 werden in Europa 436 klinische experimenten uitgevoerd waarbij kinderen en jongeren waren betrokken, waarvan 117 (27 %) in Nederland. Dit cijfer is hoger dan

dat van de meeste landen met een vergelijkbare economie (zoals Oostenrijk met 14 % en België met 19 %). In 2018 was 85 % van de 68 geneesmiddelen die essentieel werden geacht voor de behandeling van kanker bij patiënten tussen 0 en 18 jaar, beschikbaar in Nederland, tegenover gemiddeld 76 % in de EU (Vassal et al., 2021).

Referenties

Capaciteitsorgaan (2019). Recommendations 2021-24 Advisory Committee on Medical Manpower Planning: Main Report. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

De Angelis, R. et al. (2024), Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCARE-6): a population-based study, *Lancet Oncology*, 25(3):293-307. doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0.

De Munter, A.C. et al. (2021), Determinants of HPV-vaccination uptake and subgroups with a lower uptake in the Netherlands, *BMC Public Health*, 21(1):1848. doi:10.1186/s12889-021-11897-0.

EONS (2024). EONS Cancer Nursing Index 2022: <https://cancernurse.eu/ecni2022/>.

GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators (2022), The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, *The Lancet*, 400(10 352):563-91. doi: 10.1016/S0140-6 736(22)01438-6.

Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (2023), Smoking in the Netherlands: key statistics for 2022. Utrecht: Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging.

NFK (2021), Financiële gevolgen van kanker: wat is jouw ervaring? Utrecht, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties.

OESO (2024a), Beating cancer inequalities in the EU: spotlight on cancer prevention and early detection, *OECD Health Policy Studies*. Parijs, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/14fdc89a-en>.

OESO (2024b), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Parijs, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

PLCRC (2024), PLCRC voor internationale bezoekers: <https://plcrc.nl/for-international-visitors>.

Regionale Oncologienetwerken (2024), PROMs in de spreekkamer bij borstkanker: <https://oncologienetwerken.nl/projecten/passend-behandelplan/proms-de-spreekkamer-bij-borstkanker>.

RIVER-EU (2024), Nederland: <https://river-eu.org/countries/netherlands/>.

SIOPE (2024), Childhood cancer country profiles: Netherlands. Brussel, SIOPE Europe, <https://siope.eu/media/documents/ocean-project-netherlands.pdf>.

Van der Meulen, M.P. et al. (2022), Socio-economic differences in participation and diagnostic yield within the Dutch national colorectal cancer screening programme with faecal immunochemical testing, *PLoS One*, 17(2): e0264067. doi:10.1371/journal.pone.0264067.

Vassal, G. et al. (2021), "Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe", *Annals of Oncology*, Vol. 32/4, pp. 560-568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Landenafkortingen

België	BE	Finland	FI	Italië	IT	Nederland	NL	Slowaakse Republiek	SK
Bulgarije	BG	Frankrijk	FR	Kroatië	HR	Noorwegen	NO	Slovenië	SI
Cyprus	CY	Griekenland	EL	Letland	LV	Oostenrijk	AT	Spanje	ES
Denemarken	DK	Hongarije	HU	Litouwen	LT	Polen	PL	Tsjechië	CZ
Duitsland	DE	Ierland	IE	Luxemburg	LU	Portugal	PT	Zweden	SE
Estland	EE	IJsland	IS	Malta	MT	Roemenië	RO		

Landenprofiel kanker 2025

Het Europees register voor ongelijkheden bij kanker is een vlaggenschipinitiatief van het Europees kankerbestrijdingsplan. Dit register bevat solide en betrouwbare gegevens over kankerpreventie en kankerzorg, die kunnen worden gebruikt om trends, verschillen en ongelijkheden tussen lidstaten en regio's in kaart te brengen. Het register bevat een website en een gegevensstool die zijn ontwikkeld door het Gemeenschappelijk Centrum voor onderzoek van de Europese Commissie (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), alsook een wisselende reeks tweemaaljaarlijkse landenprofielen voor kanker en een overkoepelend verslag over ongelijkheden bij kanker in Europa.

In de landenprofielen voor kanker wordt voor elk van de 27 lidstaten van de EU, IJsland en Noorwegen aandacht besteed aan sterke en zwakke punten, uitdagingen en specifieke actiegebieden. Deze informatie kan worden gebruikt bij de besluitvorming over maatregelen en investeringen in de EU, de lidstaten en de regio's in het kader van het Europees kankerbestrijdingsplan. Het Europees register voor ongelijkheden bij kanker ondersteunt

ook vlaggenschipinitiatief 1 van het actieplan om de verontreiniging tot nul terug te dringen.

De OESO stelt de profielen op in samenwerking met de Europese Commissie. Het team is dankbaar voor de waardevolle opmerkingen en suggesties van het Gezondheidscomité van de OESO en de thematische werkgroep van de EU voor het register voor ongelijkheden bij kanker.

In elk landenprofiel voor kanker wordt een korte samenvatting gegeven van:

- de nationale ziektelast door kanker;
- risicofactoren voor kanker, gericht op gedrags- en milieurisicofactoren;
- programma's voor vroegtijdige opsporing;
- prestaties op het gebied van kankerzorg, met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid, zorgkwaliteit, kosten en levenskwaliteit.

Gelieve deze publicatie te citeren als:

OECD/European Commission (2025), EU-landenprofiel voor kanker: Nederland 2025, EU-landprofielen over kanker, OECD Publishing, Parijs, <https://doi.org/10.1787/132c6cf3-nl>.

Oorspronkelijk gepubliceerd in het Engels onder de title: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Netherlands 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/69517d2d-en>.

In geval van enige discrepantie geldt alleen de tekst van de Engelse versie als geldig.

© OECD/European Union 2025 voor deze Nederlandse uitgave.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

Attribution – you must cite the work.

Translations – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

Adaptations – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

Third-party material – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.