European Cancer Inequalities Registry

NEDERLAND

Landenprofiel voor Kanker

2023

European Commission

OECD

BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Serie Landenprofiel Kanker

Het Europees register van ongelijkheid bij kanker is een kerninitiatief van het Europees kankerbestrijdingsplan. Het levert degelijke en betrouwbare gegevens over kankerpreventie en kankerzorg, om trends, sociale ongelijkheid en verschillen tussen lidstaten en regio's vast te stellen. In de Landenprofielen Kanker worden voor elk van de 27 EU-lidstaten, IJsland en Noorwegen de sterke punten, uitdagingen en specifieke actiegebieden vastgesteld, om de investeringen en maatregelen op EU-, nationaal en regionaal niveau in het kader van het Europees kankerbestrijdingsplan te sturen. Het Europees register van ongelijkheid bij kanker ondersteunt ook kerninitiatief 1 van het Actieplan Verontreiniging naar nul (Zero Pollution Action Plan).

De profielen zijn opgesteld door de OESO in samenwerking met de Europese Commissie. Het team is dankbaar voor de waardevolle opmerkingen van nationale deskundigen, van het Gezondheidscomité van de OESO en de EU-themagroep van deskundigen voor het register van ongelijkheid bij kanker.

Gegevens- en informatiebronnen

De gegevens en informatie in de Landenprofielen Kanker zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de aan Eurostat en de OESO verstrekte officiële nationale cijfers, die zijn gevalideerd om de hoogste normen voor de vergelijkbaarheid van gegevens te waarborgen. 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 zijn ook afkomstig van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), het Internationaal Instituut voor Kankeronderzoek (IARC), de Internationale Organisatie voor Atoomenergie (IAEA), het Institute for Health Metrics and Evaluation (Instituut voor Gezondheidsmaatstaven en -evaluatie, IHME) 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. In de koopkrachtpariteit (KKP) worden de valutazodanig omgerekend dat de koopkracht van de verschillendevaluta gelijk is, doordat verschillen in prijsniveaus tussen delanden worden geëlimineerd.

Afwijzing van aansprakelijkheid: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.
This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.
Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".
Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

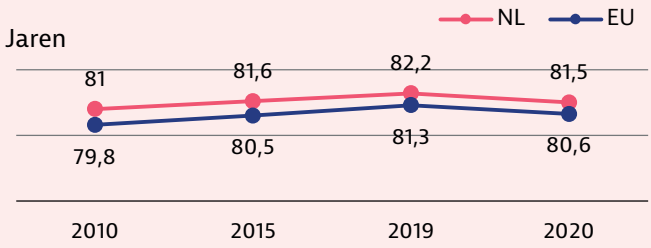
©OECD 2023
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at https://www.oecd.org/termsand-conditions.

Inhoudsopgave

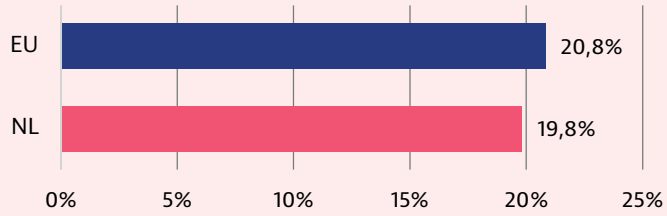
1. BELANGRIJKSTE PUNTEN 3
2. KANKER IN NEDERLAND 4
3. RISICOFACTOREN EN PREVENTIEBELEID 7
4. VROEGTIJDIGE OPSPORING 11
5. PRESTATIES OP HET GEBIED VAN KANKERZORG 14
5.1 Toegankelijkheid 14
5.2 Kwaliteit 15
5.3 Kosten en prijs-kwaliteitverhouding 17
5.4 COVID-19 en kanker: werken aan veerkracht 18
6. FOCUS OP ONGELIJKHEDEN 21

Samenvatting van de belangrijkste kenmerken van het gezondheidszorgstelsel

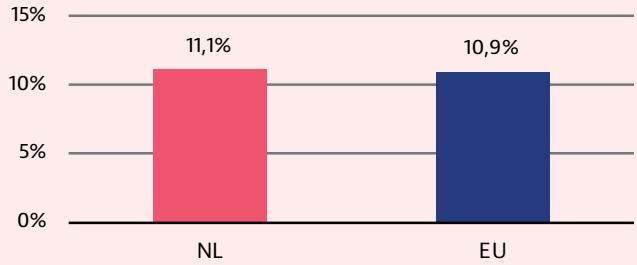
LEVENSVERWACHTING BIJ DE GEBOORTE (IN JAREN)



AANDEEL VAN DE BEVOLKING VAN 65 JAAR EN OUDER (2021)

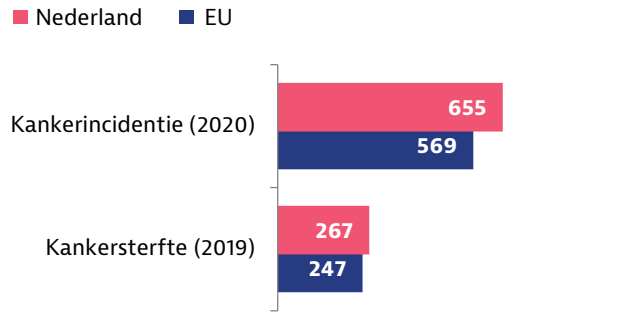


GEZONDHEIDSUITGAVEN ALS % VAN HET BBP (2020)

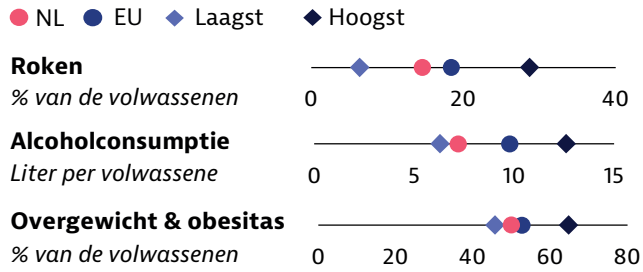


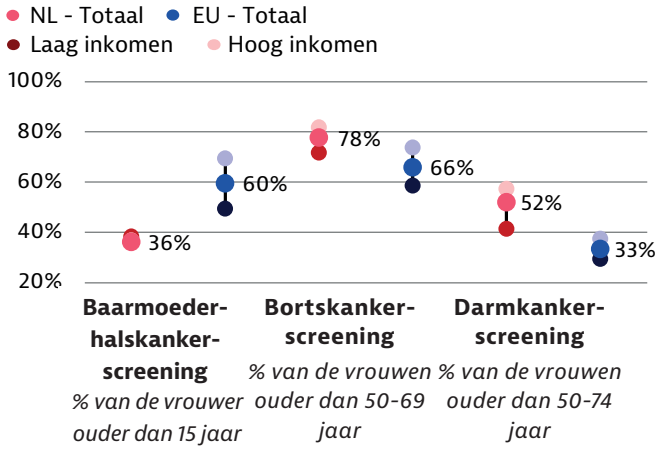
Bron: Eurostat-databank.

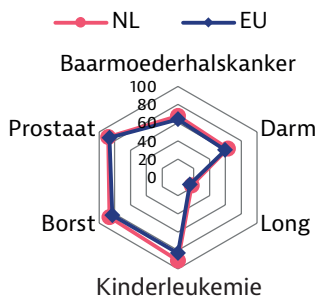
1. Belangrijkste punten



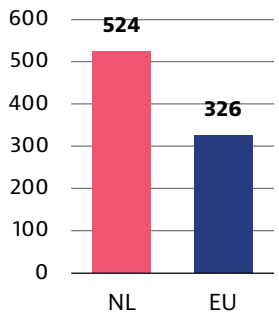
Naar leeftijd gestandaardiseerde cifers per 100 000 inwoners







Netto-overlevingscijfer na vijf jaar per vorm van kanker, 2010-2014



Totale kosten van kanker (EUR per hoofd van de bevolking KKP), 2018

Kanker in Nederland

In 2020 was de geschatte incidentie van kanker in Nederland de op één na hoogste van alle EU-landen. Hoewel de sterfte aan kanker in de periode 2011–2019 aanzienlijk afnam, nam de totale door kanker veroorzaakte ziektelast toe. Nederland is een van de weinige EU-landen zonder een door de regering opgesteld nationaal kankerplan.

Risicofactoren en preventiebeleid

Meer dan een derde van alle sterfgevallen in Nederland is toe te schrijven aan een ongezonde leefstijl. Vanaf 2018 wordt met een Nationaal Preventieakkoord getracht de vele uitdagingen aan te pakken die voortvloeien uit risicofactoren voor kanker, zoals alcoholgebruik, roken en overgewicht en obesitas, die allemaal nog steeds veel voorkomen, hoewel de cijfers onder de EU-gemiddelden liggen.

Vroegtijdige opsporing

Nederland heeft nationale screeningprogramma's (bevolkingsonderzoeken) voor borst-, baarmoederhals- en darmkanker. Hoewel de dekkingsgraad voor screening op borst- en darmkanker over het algemeen hoger is dan de EU-gemiddelden, zijn er duidelijke verschillen naar inkomen en opleidingsniveau.

Prestaties op het gebied van kankerzorg

De vijfjaarsoverleving bij kanker is de afgelopen tien jaar verbeterd. Dit is deels te danken aan een sterk netwerk van kankerzorg, ondersteund door verbeteringen in diagnostische procedures en behandelingen, een uitgebreide nationale kankerregistratie en een robuust klinisch auditsysteem. Multidisciplinaire teambesprekingen en de concentratie van zorg zijn de strategieën die worden gebruikt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Nederland behoort tot de EU-landen met de hoogste totale kosten van kanker per hoofd van de bevolking. Hoewel de meeste kankerzorg wordt gedekt door de basisverzekering, kunnen er toch eigen bijdragen gelden.

2. Kanker in Nederland

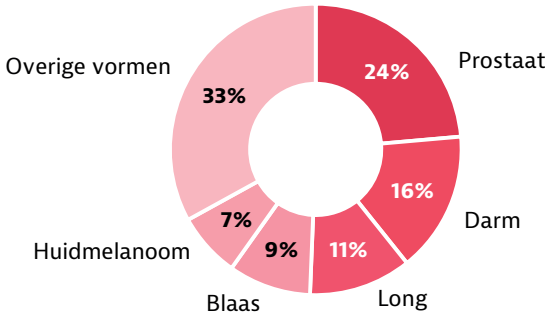
De incidentie van kanker in Nederland is de op één na hoogste van de EU-landen

Volgens het Europees informatiesysteem voor kanker (ECIS) van het Gemeenschappelijk Centrum voor Onderzoek (JRC), gebaseerd op de incidentietrends van vóór de pandemie, werden in 2020 bijna 115 000 nieuwe gevallen van kanker verwacht. Dit komt neer op een naar leeftijd gestandaardiseerde incidentie van 655 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners, vergeleken met het EU-gemiddelde van 569 per 100 000 inwoners (met uitzondering van niet-melanome huidkanker) (Figuur 1). De verwachting was dat de incidentie van kanker 31 % hoger zou zijn bij mannen dan bij vrouwen (759 ten opzichte van 577 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners). Ook werd verwacht dat

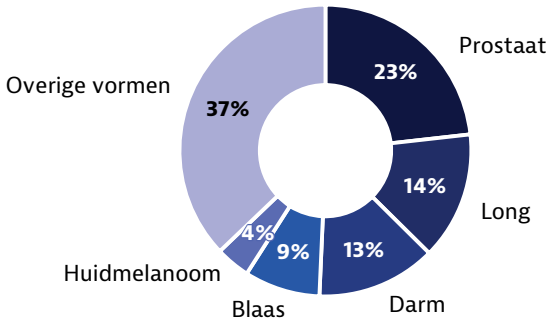
Figuur 1. De vormen van kanker met de hoogste incidentie in Nederland zijn ook de meest voorkomende vormen van kanker in de EU in 2020

Verdeling van de kankerincidentie naar geslacht in Nederland en de EU

NEDERLAND - MANNEN
61 755 nieuwe gevallen



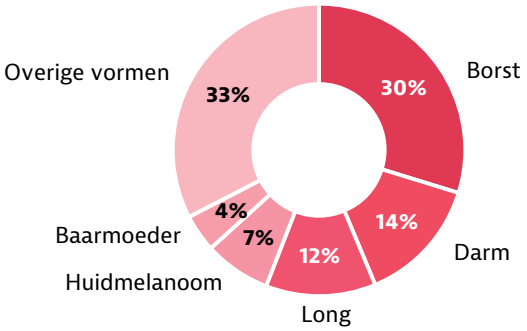
EU - MANNEN
1 444 949 nieuwe gevallen



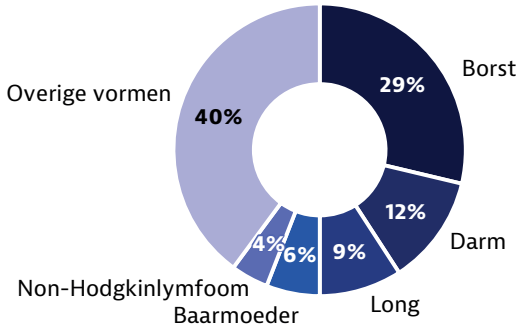
PERCENTAGE GESTANDAARDISEERD NAAR LEEFTIJD (ALLE KANKERGEVALLEN)

Nederland 759 per 100 000 inwoners
EU 686 per 100 000 inwoners

NEDERLAND - VROUWEN
52 846 nieuwe gevallen



EU - VROUWEN
1 237 588 nieuwe gevallen



PERCENTAGE GESTANDAARDISEERD NAAR LEEFTIJD (ALLE KANKERGEVALLEN)

Nederland 577 per 100 000 inwoners
EU 484 per 100 000 inwoners

Opmerking: bij baarmoederkanker worden de gevallen van baarmoederhalskanker niet meegerekend. Deze ramingen zijn opgesteld vóór de COVID-19-pandemie, op basis van de incidentietrends van de voorgaande jaren, en kunnen afwijken van de waargenomen percentages in recentere jaren.
Bron: Europees informatiesysteem voor kanker (ECIS). Afkomstig van: https://ecis.jrc.ec.europa.eu, geraadpleegd op 9.5.2022. © Europese Unie, 2022.

de incidentie onder Nederlandse vrouwen 19 % hoger zou zijn dan het EU-gemiddelde, maar onder Nederlandse mannen slechts 11 % hoger dan het EU-gemiddelde.

De kankerincidentie bij kinderen zou in 2020 naar verwachting gelijk zijn aan het EU-gemiddelde van 15 nieuwe gevallen per 100 000 kinderen tot en met 14 jaar. Voor de leeftijdsgroep 65-85 jaar werd verwacht dat de incidentie van kanker de op twee na hoogste van alle EU-landen zou zijn (2 158 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners), en 21 % hoger zou zijn dan het EU-gemiddelde (1 788 per 100 000 inwoners).

Verwacht werd dat in 2020 maagkanker bij mannen 2 % en bij vrouwen 1 % van de nieuwe kankergevallen zou uitmaken. Huidmelanomen zouden naar verwachting 7 % van de nieuwe kankergevallen uitmaken, zowel bij mannen als bij vrouwen. In 2013 waren er naar schatting 20 349 nieuwe gevallen van zeldzame kanker in Nederland.

De meest voorkomende vormen van kanker bij Nederlandse mannen en vrouwen volgen grotendeels het patroon in de hele EU (Figuur 1). Bij mannen komt prostaatkanker het meest voor (173 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners), gevolgd door darmkanker (120 per 100 000 inwoners) en longkanker (90 per 100 000 inwoners). Bij vrouwen komt borstkanker het meest voor (174 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners), gevolgd door darmkanker (79 per 100 000 inwoners) en longkanker (69 per 100 000 inwoners). Bij Nederlandse vrouwen is de incidentie van darmkanker 40 % hoger en die van longkanker 58 % hoger dan de EU-gemiddelden.

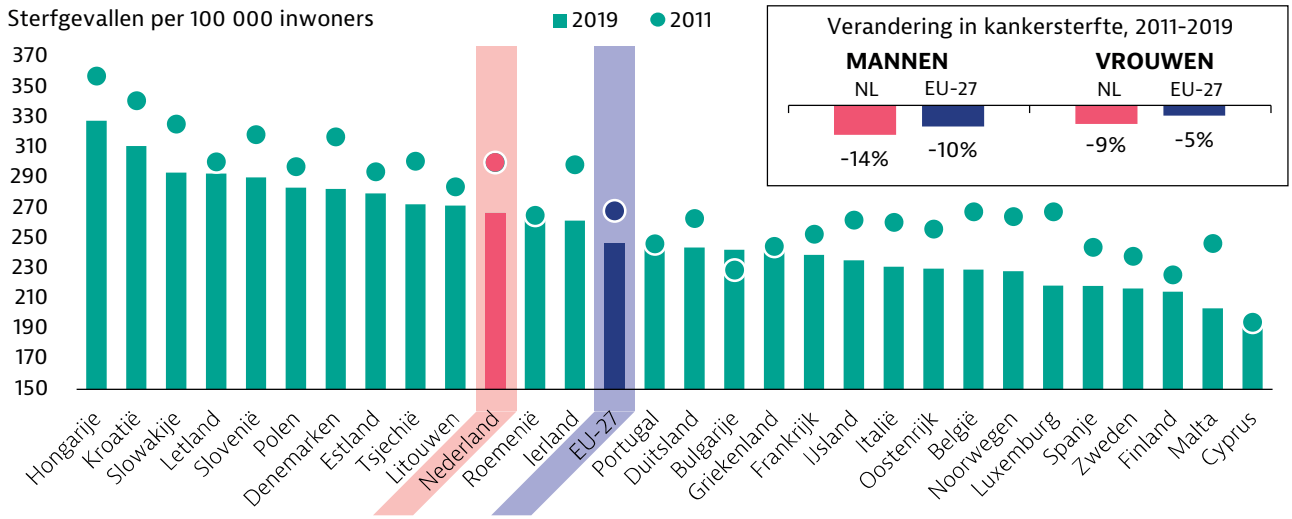
De kankersterfte is tussen 2011 en 2019 aanzienlijk gedaald, maar de door kanker veroorzaakte ziektelast is toegenomen

Longkanker, darmkanker en borstkanker zijn de belangrijkste doodsoorzaken in Nederland. Volgens het Institute for Health Metrics and Evaluation (2022) resulteerde kanker in 2019 in 6 479 verloren gezonde levensjaren (disability-adjusted life years, DALY) per 100 000 inwoners in Nederland, wat 10 % hoger is dan het EU-gemiddelde (5 866 gezonde levensjaren). De door kanker veroorzaakte ziektelast, gemeten in DALY's, is de afgelopen twee decennia (2000-2019) met 14 % toegenomen — één van de grootste relatieve veranderingen van alle EU-landen.

Hoewel de totale incidentie van kanker in Nederland hoger ligt dan het EU-gemiddelde, is de kankersterfte in de periode 2011-2019 aanzienlijk gedaald, namelijk met 11 %, waarmee Nederland tot de EU-landen behoort waar de kankersterfte het sterkst is gedaald (Figuur 2). Ondanks de vooruitgang die is geboekt, stierven er in 2019 per 100 000 inwoners 267 mensen aan kanker, meer dan het EU-gemiddelde (247 sterfgevallen per 100 000 inwoners).

In de leeftijdsgroep 15-64 jaar daalde het sterftecijfer door kanker met 22 % tot 65 sterfgevallen per 100 000 inwoners; de daling was minder voor mensen van 65 jaar en ouder (8 %); binnen deze groep bedroeg het sterftecijfer 1 100 per 100 000 inwoners.

Figuur 2. De sterftecijfers voor kanker zijn verbeterd, maar de totale kankersterfte ligt nog steeds boven het EU-gemiddelde

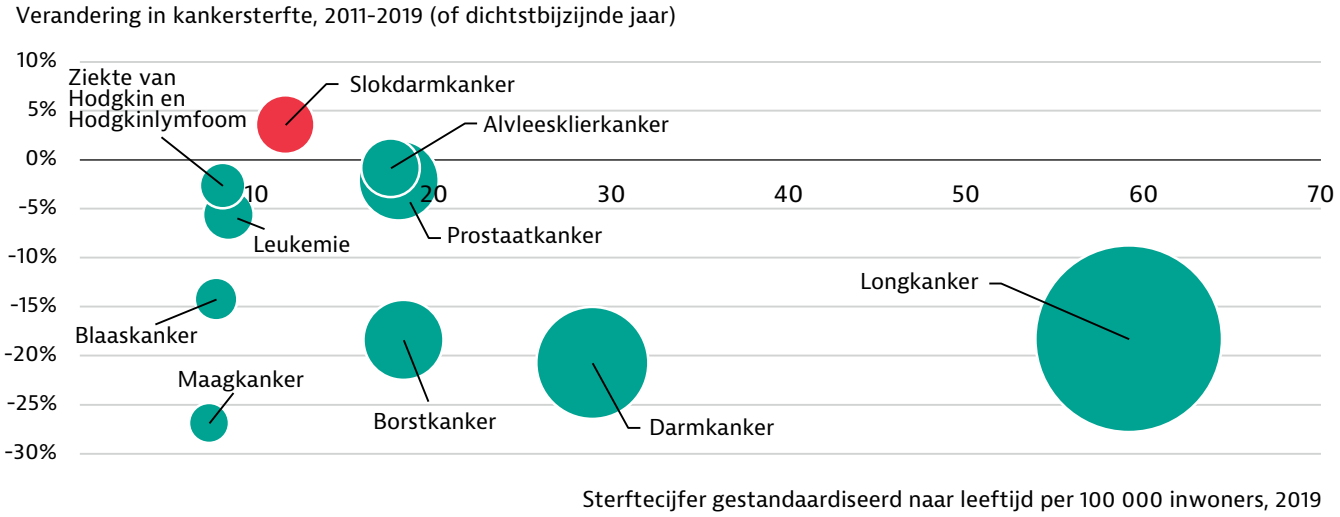


Opmerking: het EU-gemiddelde is gewogen (berekend door Eurostat voor 2011-2017 en door de OESO voor 2018-2019).
Bron: Eurostat-databank.

De naar leeftijd gestandaardiseerde kankersterfte daalde voor de meest voorkomende vormen van kanker, behalve voor slokdarmkanker, waar de sterfte in de periode 2011-2019 licht steeg (4 %) (Figuur 3). De grootste procentuele veranderingen in de kankersterfte gedurende de periode deden zich voor bij maagkanker, darmkanker, borstkanker en longkanker, variërend van een daling met 18 % voor longkanker en borstkanker tot een daling met 27 % voor maagkanker. Longkanker had in 2019 het hoogste sterftecijfer, met 59 sterfgevallen per 100 000 inwoners.

Tussen 2000 en 2018 daalde het potentiële aantal verloren levensjaren door kwaadaardige tumoren in Nederland met 30 %; in 2018 resulteerden zij in 1 249 verloren levensjaren per 100 000 personen van 75 jaar. De relatieve daling was groter bij mannen (34 %) dan bij vrouwen (25 %), met respectievelijk 2 256 en 1 244 verloren levensjaren in 2018.

Figuur 3. De sterftecijfers voor kanker daalden voor de meeste soorten kanker, maar de mate van verbetering varieerde



Opmerking: rode stippen wijzen op een procentuele stijging van de kankersterfte voor de periode 2011-2019; groene stippen wijzen op een daling. De grootte van de stippen is evenredig aan de sterftecijfers in 2019. Het sterftecijfer voor sommige van deze vormen van kanker is laag; de procentuele verandering moet dus met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De grootte van de stippen voor de sterftecijfers is niet vergelijkbaar tussen de landen.
Bron: Eurostat-databank.

Veel belanghebbenden in Nederland pleiten voor de ontwikkeling van een nationaal kankerplan

Van 2005 tot 2010 werden in het kader van het Nationaal Programma Kankerbestrijding veel activiteiten gestimuleerd die niet alleen betrekking hadden op preventie en diagnose, maar ook op behandeling, nazorg en psychosociale zorg, alsmede op aspecten van onderwijs en onderzoek. Toch heeft Nederland geen overkoepelend, door de overheid opgesteld nationaal kankerplan. In plaats daarvan investeert het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in initiatieven van zorgverleners, onderzoekers en patiëntenorganisaties die aansluiten bij het Europese Kankerbestrijdingsplan (Europese Commissie, 2021). Door het Nederlands Kanker Collectief, in nauwe samenwerking met belanghebbenden die betrokken zijn bij het terugdringen van de gevolgen van kanker in Nederland, wordt nu een Nederlandse Kankeragenda gecoördineerd.

De Taskforce Cancer Survivorship Care is een alliantie van gezondheidswerkers, ziekenhuisverenigingen, onderzoekers, beleidsmakers en patiëntenorganisaties die hun krachten en expertise bundelen om beter tegemoet te komen aan de behoeften van mensen met kanker of met een geschiedenis van kanker, met name het recht om weer aan het werk te gaan en het recht om te worden vergeten (een recht dat personen controle geeft over hun persoonlijke data, waaronder gezondheidsinformatie, door te beslissen wat openbaar toegankelijk mag zijn). Deze taskforce heeft tot doel het Ministerie van VWS te adviseren, het maatschappelijk bewustzijn over problemen waarmee mensen met kanker of met een geschiedenis van kanker worden geconfronteerd, te vergroten en de organisatie van de kankerzorg te optimaliseren. Daarnaast stimuleert de taskforce de ontwikkeling van regionale netwerken voor kankerzorg en lobbyt het voor de ontwikkeling van een nationaal kankerplan.

Er zijn integrale kankercentra opgezet en volumenormen vastgesteld

Sinds 1978 zijn in Nederland zeven regionale integrale kankercentra geopend. Deze zijn onder meer verantwoordelijk voor de ontwikkeling en uitvoering van zorgrichtlijnen; de ondersteuning van het bestuur van de Nederlandse Kankerregistratie; en de verbetering van de coördinatie van kanker- en palliatieve zorg. Bij kinderkanker vinden de eerste diagnoses en de eerste behandelingen plaats in een nationaal centrum in Utrecht en de vervolgbehandeling(en) in gespecialiseerde centra verspreid over het land, dichter bij de woonplaats van de patiënt. Sinds 2011 zijn de integrale kankercentra georganiseerd onder de paraplu van het Integrale Kankercentrum Nederland (IKNL), het kennisinstituut voor oncologische en palliatieve zorg dat ook de Nederlandse Kankerregistratie onderhoudt (zie punt 5.2).

In 2007 zijn formele minimale volumenormen overeengekomen. Deze volgen het advies van de taskforce Kwaliteit van kankerzorg van de Nederlandse Kankerbestrijding over het belang van de concentratie van hoogcomplexe zorg in gespecialiseerde instellingen met voldoende middelen, deskundigheid en volume om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Momenteel worden de minimale volumes vastgesteld door SONCOS (Stichting Oncologische Samenwerking), die deel uitmaakt van de Federatie Medisch Specialisten. De monitoring van deze volumenormen vindt voor sommige vormen van kanker plaats in het kader van de kwaliteitsbeoordeling door het Dutch Institute of Clinical Auditing (DICA). Deze concentratie van zorg heeft tot op zekere hoogte tot regionalisering van de zorg geleid (waarbij hoogcomplexe zorgop regionaal niveau wordt geconcentreerd). Één van de positieve effecten hiervan is de bespreking van kankergevallen in hooggekwalificeerde multidisciplinaire teams als onderdeel van regionale oncologische zorgnetwerken.

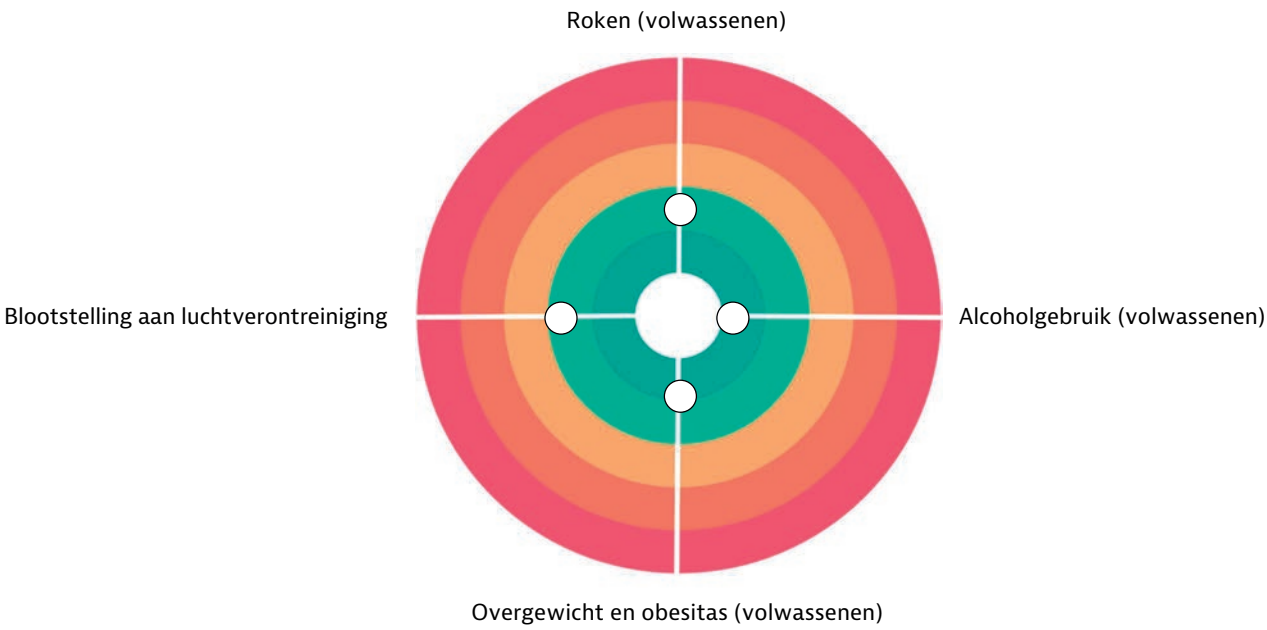
3. Risicofactoren en preventiebeleid

Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2022a) is meer dan een derde van alle sterfgevallen in Nederland toe te schrijven aan een ongezonde leefstijl — zoals roken, slechte eetgewoonten, alcoholgebruik en weinig lichaamsbeweging — en aan omgevingsfactoren zoals luchtverontreiniging (Figuur 4). Om de vele uitdagingen als gevolg van de risicofactoren aan te pakken, is in 2018 het eerste Nationaal Preventieakkoord gelanceerd. Dit omvat projecten die de Nederlandse regering, gemeenten en meer dan 70 andere organisaties samenbrengen om de ziektelast veroorzaakt door roken, overgewicht en obesitas en gevaarlijk alcoholgebruik voor 2040 te verminderen. Hoewel gegevens over het effect van dit akkoord op de besluitvorming over het gezondheidsbeleid ontbreken, zijn de onderhandelingen over een nieuwe versie, met meer aandacht voor overgewicht en obesitas, gaande. In 2020 maakten de uitgaven voor preventie 4,6 % van de huidige gezondheidsuitgaven uit (boven het EU-gemiddelde van 3,4 %), een stijging met 1,3 procentpunt ten opzichte van 2019.

Het alcoholgebruik is de afgelopen twee decennia afgenomen

Tussen 2010 en 2020 is het alcoholverbruik per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder met 21 % gedaald tot 7,2 liter, wat ruim onder het EU-gemiddelde van 9,8 liter pure alcohol per persoon per jaar ligt. Volgens de Nationale Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2021 was 8 % van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder een zware drinker en 7 % een overmatige drinker (CBS, 2022). Om de veroorzaakte last van alcoholgebruik op de gezondheid te verlagen, heeft de Nederlandse regering in juli 2021 de Alcoholwet aangenomen, die de verkoop en het schenken van alcohol reguleert. Ook wordt met het Nationaal Preventieakkoord beoogd het percentage overmatige en zware drinkers voor 2040 terug te dringen tot 5 %.

Figuur 4. Hoewel het percentage onder het EU-gemiddelde ligt, zijn overgewicht en obesitas belangrijke punten van zorg voor de volksgezondheid



Opmerking: hoe dichter de stip zich bij het midden bevindt, hoe beter het land presteert in vergelijking met andere EU-landen. Geen enkel land bevindt zich in het witte "streefgebied", aangezien alle landen zich op alle terreinen kunnen verbeteren.
Bronnen: OESO-berekeningen op basis van gegevens uit het Europees Gezondheidsenquête (EHIS) voor 2019 voor roken en overgewicht/obesitas, OESO-gezondheidsstatistieken voor 2022, het Mondiale informatiesysteem inzake alcohol en gezondheid van de WHO (GISAH) voor alcoholgebruik (2020), en Eurostat voor luchtverontreiniging (2019).

Een vijfde van de volwassenen rookt dagelijks sigaretten, hoewel het aandeel volwassen rokers de afgelopen jaren is afgenomen

In 2021 gaf ongeveer 21 % van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder aan te roken (CBS, 2022). Het aandeel mensen dat dagelijkse sigaretten rookt, is in de periode 2014-2019 met 2 procentpunt gedaald tot 15 %, wat onder het EU-gemiddelde (18,4 %) ligt. De afname van de procentuele verandering was iets minder uitgesproken bij mannen (-13 %) en bij de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder (-11 %).

Het aandeel rokers met een migratieachtergrond (mensen die in Nederland wonen en ten minste één ouder hebben die buiten Nederland is geboren) was hoger dan het aandeel rokers zonder migratieachtergrond (Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging, 2021). Terwijl 19,3 % van de mensen zonder migratieachtergrond rookte, was het aandeel rokers onder mensen met ten minste één ouder die buiten Nederland was geboren, in een land in Europa, Noord-Amerika, Oceanië, Japan of Indonesië 21,7 %, en onder mensen met ten minste één ouder die elders buiten Nederland was geboren 24,2 %. Bovendien verklaarde bijna 2 % van de bevolking van 15 jaar en ouder regelmatig vapingproducten te gebruiken. Na de invoering van het rookverbod op de werkplek is het aantal rokers gedaald.

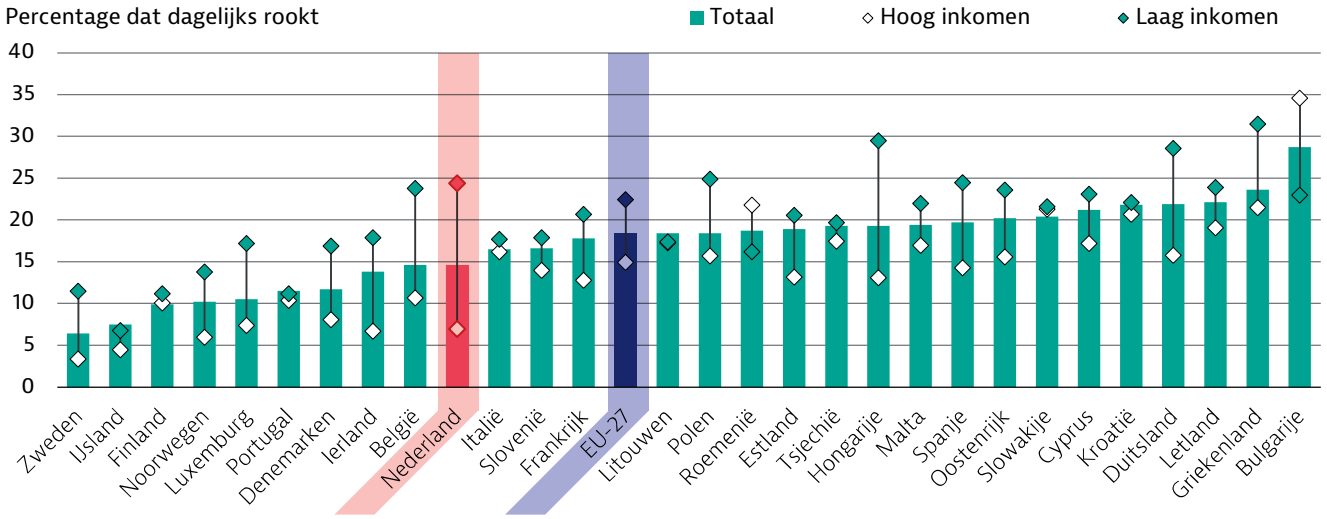
De verschillen in de prevalentie van dagelijks roken naar inkomen (Figuur 5) en opleiding zijn groot; de verschillen naar leeftijd en geslacht zijn minder uitgesproken. In de periode van 2014 tot 2019 is het aandeel mensen met een lager inkomen dat dagelijks rookt licht gestegen met 2 % (naar 24,4 %), terwijl het aandeel onder mensen met een hoger inkomen met 42 % is gedaald (van 12,1 % naar 7 %).

Alle bij het Nationaal Preventieakkoord betrokken partijen hebben zich verbonden aan een pakket maatregelen en acties om toe te werken naar een rookvrije generatie in 2040. De ambitie voor 2040 is dat minder dan 5 % van de inwoners van Nederland van 18 jaar en ouder en 0 % van de jongeren en zwangere vrouwen rookt.

Meer dan de helft van de volwassen bevolking heeft overgewicht of obesitas

Net als in de meeste EU-landen is volgens het EHIS tussen 2014 en 2019 het aandeel Nederlanders van 15 jaar en ouder dat kampt met overgewicht of obesitas toegenomen. De stijging met 5 % over deze periode was een van de laagste in de EU, maar in 2020 had 50 % van de bevolking van 15 jaar en ouder overgewicht en 14 % obesitas. Overgewicht en obesitas komen vaker voor bij mannen (55 %) dan bij vrouwen (41 %) en ook vaker bij mensen met een lager opleidingsniveau (59 %) dan bij mensen met een hoger opleidingsniveau (41 %). In 2020 had

Figuur 5. Het aandeel dat dagelijks sigaretten rookt, is drie keer hoger onder mensen met een lager inkomen dan onder mensen met een hoger inkomen



Opmerking: het EU-gemiddelde is gewogen (berekend door Eurostat).
Bron: Eurostat-databank (EHIS). De gegevens hebben betrekking op het jaar 2019.

van de jongeren (4-17 jaar) 15,9 % overgewicht en 3,5 % obesitas.

Onder mensen met ten minste één ouder die buiten Nederland is geboren, in een land in Europa, Noord-Amerika, Oceanië, Japan of Indonesië, was de prevalentie van overgewicht 43 %; de prevalentie was iets hoger onder de eerste generatie mensen met een dergelijke migratieachtergrond dan onder de tweede generatie (respectievelijk 45 % en 42 %). Onder mensen met ten minste één ouder die elders buiten Nederland is geboren, had 48 % te kampen met overgewicht, maar er is een groot verschil te zien tussen de eerste en de tweede generatie van mensen met deze migratieachtergrond (respectievelijk 54 % en 38 %).

Volgens het EHIS was de grootste stijging tussen 2014 en 2019 in overgewicht en obesitas te zien bij mannen in de leeftijdscategorie 15-64 jaar met een lager opleidingsniveau (een stijging van 42 %), waardoor het totale aandeel voor die groep uitkomt op bijna 62 %. Deze trends zijn zorgwekkend, omdat overgewicht en obesitas aanzienlijke risico's vormen voor verschillende aandoeningen, waaronder kanker. In het kader van het Nationale Preventieakkoord zijn voor jongeren en volwassenen doelen vastgesteld om overgewicht en obesitas tegen 2040 terug te dringen. De Nederlandse regering wil het percentage jongeren met overgewicht (respectievelijk obesitas) terugbrengen tot 9,1 % (respectievelijk 2,3 %); onder volwassenen is het doel het percentage met overgewicht (respectievelijk obesitas) terug te brengen tot 38 % (respectievelijk 7,1 %) van de bevolking.

Verdere investeringen zijn nodig om eet- en bewegingsgewoonten te veranderen

Om de ambitieuze doelstellingen op het gebied van overgewicht en obesitas onder de bevolking te halen, zijn veranderingen op het gebied van voeding en lichaamsbeweging nodig, waaronder een grotere consumptie van groenten en fruit. De percentages lagen in Nederland in 2019 onder de EU-gemiddelden voor de consumptie van fruit (44 % ten opzichte van 56 %) en groente (36 % ten opzichte van 51 %). De regering voert beleidsmaatregelen uit om de situatie aan te pakken en heeft onder andere afspraken gemaakt met partners uit de voedingsindustrie om minder zout, verzadigde vetten en suiker aan levensmiddelen toe te voegen; de informatie over voedingswaarde op etiketten te veranderen, om levensmiddelen van hoge kwaliteit te benadrukken; en programma's voor gezondheidsvaardigheden te stimuleren, zodat mensen een geïnformeerde keuze kunnen maken over gezonde voeding. Deze programma's worden op scholen uitgevoerd om jongeren te helpen bij de keuze voor gezonde voeding.

Volgens het EHIS besteedde drie vijfde van de bevolking (62 %) in 2019 150 minuten of meer per dag aan lichaamsbeweging, bijna het dubbele van het EU-gemiddelde (33 %). Mensen met een hoger opleidingsniveau doen meer aan lichaamsbeweging (71 %) dan mensen met een lager opleidingsniveau (55 %). Mannen doen ook meer aan lichaamsbeweging (65 %) dan vrouwen (59 %), en mensen in de leeftijdsgroep 15-64 jaar (64 %) meer dan de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder (55 %). Lichaamsbeweging werd door de overheid aangemoedigd als onderdeel van het Nationaal Programma Preventie

2014-2016. Dit had tot doel lokale gemeenschappen in te zetten voor sportpromotie, door subsidies toe te kennen aan sportclubs en fitnesscentra voor het ontwikkelen van activiteitenprogramma's voor groepen die veel binnen zitten of weinig contact hebben met de buurt, en om kinderen uit gezinnen met een laag inkomen financieel te ondersteunen zodat ze lid kunnen worden van een sportclub. Daarnaast is de fiets is een veelgebruikt vervoermiddel in Nederland.

De blootstelling aan luchtverontreiniging is de afgelopen tien jaar afgenomen

Luchtverontreiniging is het grootste milieurisico voor de gezondheid in Europa. In Nederland is de blootstelling aan luchtverontreiniging in de vorm van PM^{1}_{10} tussen 2010 en 2019 afgenomen van 25 µg/m^3 tot 19 µg/m^3, iets onder het EU-gemiddelde (20,5 µg/m^3). In 2019 was de concentratie $PM_{2,5}$ ook lager dan het EU-gemiddelde (10,4 µg/m^3 ten opzichte van 12,6 µg/m^3). Volgens het Institute for Health Metrics and Evaluations waren de blootstelling aan ozon en $PM_{2,5}$ in 2019 verantwoordelijk voor naar schatting 3 % van alle sterfgevallen in Nederland, een percentage dat lager is dan het gemiddelde in de EU (4 %).

Vaccins tegen het humaan papillomavirus (HPV) zijn momenteel gratis beschikbaar voor jonge meisjes en jongens

HPV-infectie is een bewezen oorzaak van baarmoederhalskanker. In 2020 was de geschatte incidentie van baarmoederhalskanker in Nederland 9 nieuwe gevallen per 100 000 vrouwen. Het HPV-vaccin maakt deel uit van het Rijksvaccinatieprogramma en is gratis beschikbaar voor inwoners van Nederland. Het biedt een effectieve bescherming tegen zes soorten kanker. In Nederland kunnen meisjes zich sinds 2010 laten vaccineren tegen HPV. De nationale HPV-vaccinatiegraad voor meisjes geboren in 2005 steeg in 2019 naar 53 %; als ook meisjes die na hun veertiende verjaardag zijn gevaccineerd, worden meegerekend, bedraagt de vaccinatiegraad 58,5 %. Voor jongens is het vaccin sinds 2022 opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. In het jaar dat ze 10 jaar worden, krijgen alle jongens en meisjes een uitnodiging om zich tegen HPV te laten vaccineren. Mensen die de vaccinatie nog niet hebben gehad, kunnen deze nog tot hun 26e krijgen. Vaccinaties worden gegeven bij de gemeentelijke gezondheidsdiensten en de plaatselijke centra voor jeugd en gezin.

1 *Fijnstof wordt ingedeeld op basis van de grootte van de deeltes: PM_{10} heeft deeltjes van minder dan 10 micrometre in diameter; $PM_{2,5}$ heeft deeltjes van minder dan 2,5 micrometer in diameter.*

4. Vroegtijdige opsporing

Nederland heeft een nationaal screening-programma voor borstkanker, voor baarmoederhalskanker en voor darmkanker

Nederland heeft drie programma's voor nationale bevolkingsonderzoeken (waarvoor specifieke risicogroepen worden uitgenodigd) naar respectievelijk borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker. Deze bevolkingsonderzoeken vallen volledig onder de Subsidieregeling publieke gezondheid en worden gecoördineerd door het RIVM. Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker wordt uitgevoerd door huisartsen, de onderzoeken naar borstkanker en darmkanker door afzonderlijke organisaties. De discussie over mogelijke uitbreiding van het programma van bevolkingsonderzoeken tot longkanker is gaande, net als in veel andere EU-landen. De nationale monitoring van de prestaties van de bevolkingsonderzoeken wordt uitgevoerd door het IKNL, namens het RIVM. In 2020 heeft de COVID-19-pandemie de werking van de bevolkingsonderzoeken gedurende maximaal vier maanden beperkt, waarbij het ene programma daar meer last van had dan het andere (zie punt 5.4). Naast de gevolgen van de pandemie heeft ook een tekort aan personeel impact gehad op de capaciteit voor borstkankerscreening.

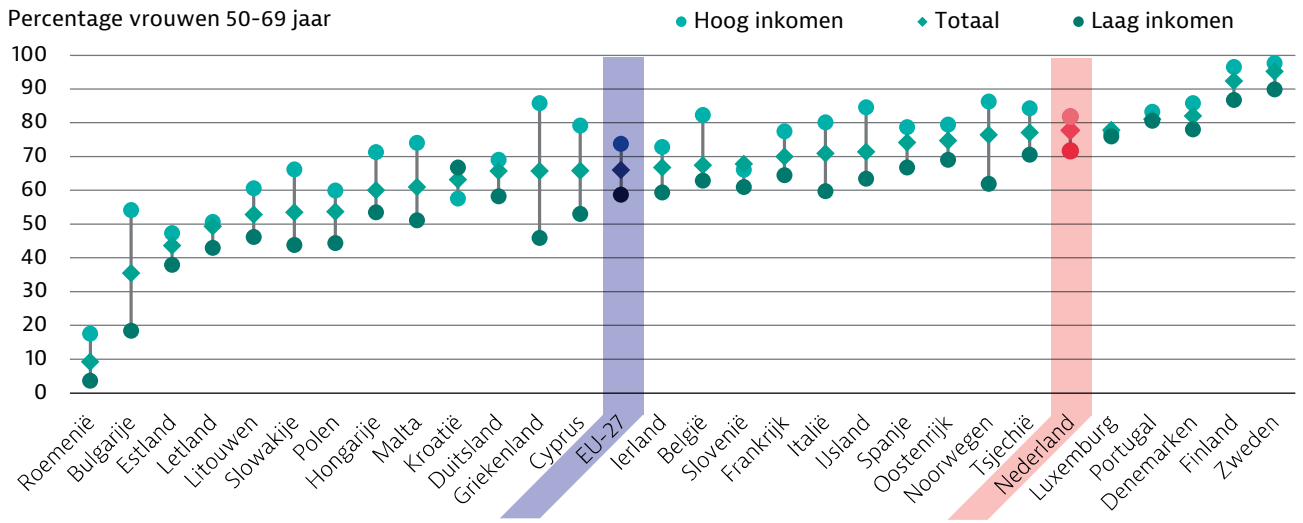
Immigranten nemen relatief minder vaak deel aan preventieve bevolkingsonderzoeken, zoals kankerscreening, deels vanwege taalbarrières en een beperktere gezondheidsvaardighede (RIVM, 2022b). Om de deelname aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker onder migrantengemeenschappen te verhogen, heeft het RIVM pamfletten laten vertalen in het Engels, Turks en Arabisch, en heeft het specifiek voor de screening op baarmoederhalskanker eenvoudige infographics en video-animaties gemaakt, die ook zijn vertaald in het Turks, Arabisch, Berbers en Engels.

Vrouwen met een hoger inkomen maken meer gebruik van de borstkankerscreening dan vrouwen met een lager inkomen

Het nationale bevolkingsonderzoek borstkanker ging in 1990 van start en werd tot voor kort uitgevoerd door vijf regionale screeningorganisaties in 69 onderzoekscentra (59 mobiele en 10 permanente); sinds januari 2022 wordt de screening uitgevoerd door één organisatie (Bevolkingsonderzoek Nederland). Het programma is bedoeld voor vrouwen tussen de 50 en 75 jaar, die om de twee jaar worden uitgenodigd voor een mammografie.

In 2019 gaf 77,7 % van de Nederlandse vrouwen tussen de 50 en 69 jaar aan dat ze in de twee jaar ervoor een mammografie hadden laten maken, wat boven het EU-gemiddelde van 65,9 % ligt (Figuur 6). Van de vrouwen van 65 jaar en ouder gaf 55 % aan dat ze in de twee jaar ervoor een mammografie hadden laten maken, wat 18 procentpunt boven het EU-gemiddelde ligt. Het percentage vrouwen dat aangaf dat zij een borstonderzoek hadden ondergaan was meer dan 10 procentpunt hoger bij vrouwen met een hoger inkomen (81,8 %) dan bij vrouwen met een lager inkomen (71,7 %). Bovendien werd vaker gehoor gegeven aan de oproep om zich te laten onderzoeken door vrouwen met een lager opleidingsniveau (77,5 %) dan met en een hoger opleidingsniveau (76,9 %); voor beide groepen lagen de percentages boven de EU-gemiddelden van 63,9 % voor vrouwen met een lager opleidingsniveau en 71,5 % voor vrouwen met een hoger opleidingsniveau. In 2021 werden 1 221 792 vrouwen uitgenodigd om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek borstkanker, met een deelnamepercentage van 73 % (IKNL, 2022). Van alle deelnemers werd 2,6 % doorverwezen voor verder onderzoek.

Figuur 6. De ongelijkheid tussen inkomensgroepen bij de screening op borstkanker is kleiner dan in de EU



Opmerking: het EU-gemiddelde is gewogen (berekend door Eurostat). Het cijfer geeft het percentage vrouwen tussen de 50 en 69 jaar weer dat in de twee jaar ervoor een mammografie heeft laten maken.
Bron: Eurostat-databank (EHIS). De gegevens hebben betrekking op het jaar 2019.

Het aantal vrouwen dat zich laat onderzoeken op baarmoederhalskanker ligt onder het EU-gemiddelde en de onderwijskloof is groot

Het nationale bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is in 1996 van start gegaan. De screening op baarmoederhalskanker richt zich op vrouwen tussen 30 en 60 jaar, die om de vijf jaar worden uitgenodigd. In de periode 2017-2019 is het aantal deelnemers aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker onveranderd gebleven — iets minder dan een half miljoen vrouwen — met een deelnamepercentage van 56 % in 2019 (IKNL, 2022).

Volgens het EHIS gaf in 2019 ongeveer 36 % van de Nederlandse vrouwen aan in de drie jaar ervoor een uitstrijkje te hebben laten maken, wat 23 procentpunt onder het EU-gemiddelde ligt. Vrouwen met een hoger opleidingsniveau lieten vaker een uitstrijkje maken (46,5 %) dan vrouwen met een lager opleidingsniveau (23,5 %); voor beide groepen lagen de percentages aanzienlijk onder de EU-gemiddelden van 75,9 % voor vrouwen met een hoger opleidingsniveau en 41,6 % voor vrouwen met een lager opleidingsniveau. Ongeveer 36,8 % van de vrouwen met een hoger inkomen gaf aan een uitstrijkje te hebben laten maken, tegenover 38,3 % van de vrouwen met een lager inkomen.

In 2021 namen 555 515 vrouwen deel aan het nationale bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, wat neerkomt op een deelnamepercentage van bijna 55 % (42,7 % liet een uitstrijkje maken bij de huisarts en 12,1 % gebruikte een zelfafnameset) (IKNL, 2022). Zelfs vóór de COVID-19-pandemie lag het deelnamepercentage onder de 60 %. Dit duidt erop dat het belang van deelname aan de screening op baarmoederhalskanker beter onder de aandacht moet worden gebracht. In 2021 testte 9,5 % van alle deelnemers positief op HPV en werd 2,7 % doorverwezen voor verder onderzoek.

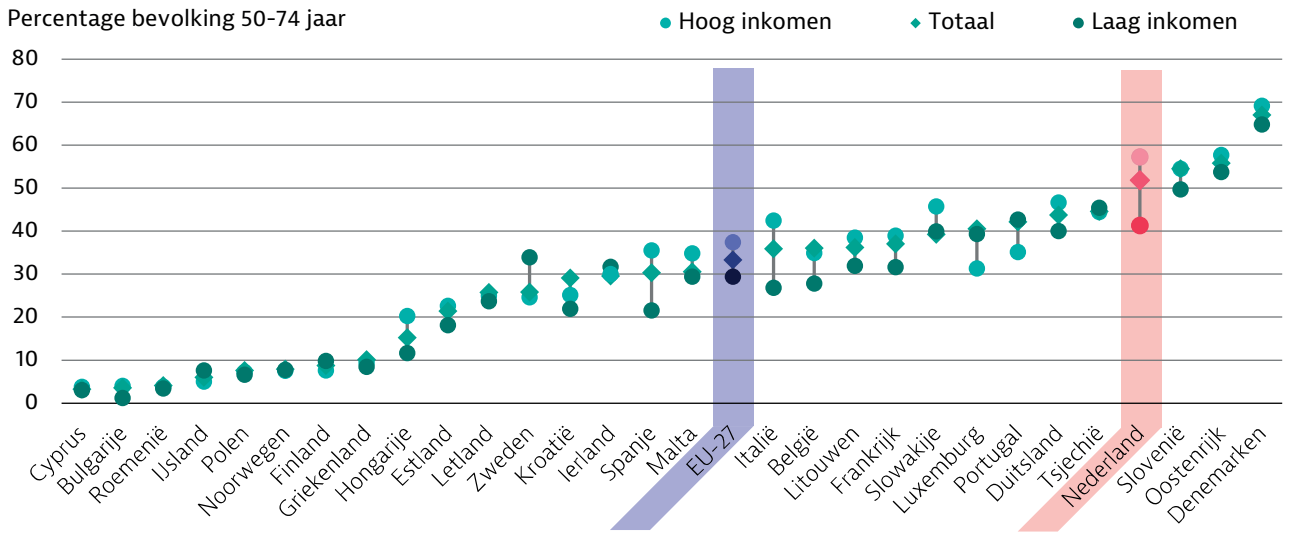
Het aantal mensen dat zich laat testen op darmkanker ligt boven het EU-gemiddelde, maar de inkomenskloof is groot

Het Nederlandse nationale bevolkingsonderzoek darmkanker is in 2014 van start gegaan. Aan het onderzoek kunnen mannen en vrouwen tussen de 55 en 75 jaar meedoen. Volgens het EHIS gaf in 2019 bijna 52 % van de Nederlanders tussen de 50 en 74 jaar aan in de twee jaar ervoor een screening op darmkanker te hebben gehad, wat aanzienlijk hoger is dan het EU-gemiddelde van 33 % (Figuur 7). Het deelnamepercentage lag bij mannen (54 %) 4 procentpunt hoger dan bij vrouwen (50 %). Mensen met een lager opleidingsniveau doen vaker mee aan het bevolkingsonderzoek (57 %) dan mensen met een hoger opleidingsniveau (50 %); en mensen met een hoger inkomen vaker (57 %) dan mensen met een lager inkomen (41 %).

In 2021 werden meer dan 2,3 miljoen mensen uitgenodigd om deel te nemen aan de darmkankerscreening. Het deelnamepercentage was ongeveer 71 % (73,4 % voor vrouwen en 67,6 % voor mannen) (IKNL, 2022). Hoewel dit programma voor kankerscreening recenter is opgezet dan de andere twee, is het deelnamepercentage vrij hoog; dit wordt ten dele verklaard door de investeringen in onderzoek die aan de basis liggen van de opzet en communicatie (inclusief publiekscampagnes) van

het programma. Het deelnamepercentage was het hoogst onder mensen van 65 jaar en ouder. Van alle deelnemers werd 4,6 % doorverwezen voor een coloscopie. In totaal werden 2 790 gevallen van darmkanker en 16 878 gevorderde adenomen ontdekt.

Figuur 7. De inkomensongelijkheid bij de screening op darmkanker is in Nederland het grootst van alle EU-landen



Opmerking: het EU-gemiddelde is gewogen (berekend door Eurostat). Het cijfer geeft het percentage van de bevolking tussen 50 en 74 jaar weer dat zegt in de twee jaar ervoor de ontlasting op bloed te hebben laten onderzoeken.
Bron: Eurostat-databank (EHIS). De gegevens hebben betrekking op het jaar 2019

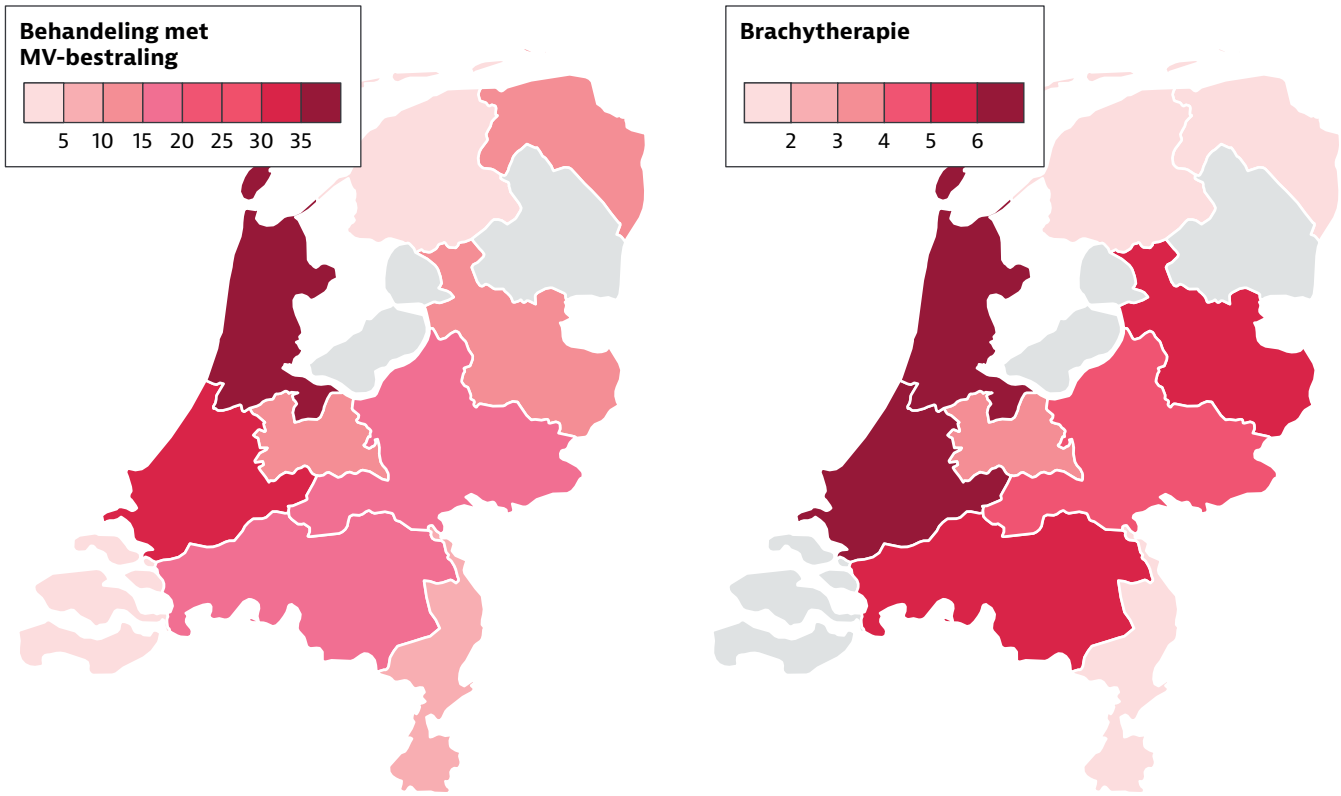
5. Prestaties op het gebied van kankerzorg

5.1 Toegankelijkheid

Radiotherapie is overal in het land beschikbaar

Nederland telt 21 centra voor radiotherapie (bestraling); daarnaast is er een tiental satellietcentra. Uit de gegevens zoals de bestralingscentra die zelf aan het Internationaal Agentschap voor Atoomenergie rapporteren, blijkt dat megavolt (MV)-radiotherapie (n = 148) en brachytherapie (n = 34) in het hele land op grote schaal beschikbaar zijn (Figuur 8). In totaal bieden ongeveer 8,5 bestralingscentra per 1 000 000 inwoners MV-radiotherapie aan, wat het op drie na grootste aandeel is in de EU-landen (het EU-gemiddelde ligt op iets meer dan 6 bestralingscentra per 1 000 000 inwoners). De beschikbaarheid van bestralingscentra die brachytherapie aanbieden, ligt iets hoger dan het EU-gemiddelde (1,9 bestralingscentra per 1 000 000 inwoners in Nederland ten opzichte van het EU-gemiddelde van 1,8). Protonentherapie is ook beschikbaar dankzij particulier gefinancierde initiatieven, die de oprichting van drie behandelcentra mogelijk hebben gemaakt: Holland Protonen Therapie Centrum, Universitair Medisch Centrum Groningen en Maastro Clinic. Sinds 2011 wordt de kwaliteitsborging van radiotherapieafdelingen gestuurd door landelijke normen die zijn opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie, samen met andere belanghebbenden zoals het IKNL. Er wordt jaarlijks verslag uitgebracht over de prestatie-indicatoren van de bestralingscentra om de transparantie van de kwaliteit van de zorg — met name wat betreft tijdigheid, doeltreffendheid en veiligheid — te bevorderen.

Figuur 8. Bestralingsapparatuur is ruim beschikbaar in alle regio's in Nederland



Opmerking: compilatie van gegevens zoals die door publieke en particuliere zorgverleners in 2021 (of het dichtstbijzijnde jaar) zelf zijn gerapporteerd.
Bron: Internationale Organisatie voor Atoomenergie (IAEA).

Geavanceerde CAR-T-celtherapie is beschikbaar in acht centra

In juni 2018 gaf het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) het advies voor goedkeuring in Europa van de eerste "chimere antigeen receptor T-celtherapie" (CAR-T-celtherapie). De toegang tot deze behandelingen is in de EU-lidstaten verbeterd, maar de hoge kosten en de logistieke complexiteit vormen een uitdaging voor de verdere uitrol ervan. In Nederland wordt CAR-T-celtherapie in acht centra aangeboden, waarvan sommige bijdragen aan het gegevensverzamelingsinitiatief over CAR-T-celtherapie van de European Society for Blood and Marrow Transplantation (Europese Vereniging voor bloed- en beenmergtransplantatie). Secundair gebruik van deze gegevens ondersteunt academisch onderzoek en door het EMA ingesteld veiligheidsonderzoek na toelating.

Palliatieve zorg is een integraal onderdeel van de reguliere gezondheidszorg in Nederland

De organisatie van palliatieve zorg vindt voornamelijk plaats op gemeenschapsniveau, onder leiding van huisartsen en wijkverpleegkundigen, en de meeste eerstelijns thuiszorgteams en verpleeghuizen bieden zorg rond het levenseinde. Indien nodig worden specialisten in de palliatieve zorg gevraagd ondersteuning te bieden en hun expertise te delen. In elk ziekenhuis dat kankerzorg biedt, zijn multidisciplinaire gespecialiseerde palliatieve zorgteams voor kinderen en volwassenen beschikbaar. Deze zorgteams volgen nationale normen en richtlijnen, maar verschillen in desamenstelling, procedures en verwijzingen kunnen een tijdige toegang tot palliatieve zorg ondermijnen. Onderwijs in palliatieve zorg is beschikbaar bij alle medische opleidingen en sommige opleidingen voor verpleegkunde, voornamelijk in combinatie met andere disciplines. Volgens de Atlas of Palliative Care in Europe (Atlas palliatieve zorg in Europa) van de EAPC (Europese Vereniging voor palliatieve zorg) was het opioïdengebruik in 2017 per hoofd van de bevolking in Nederland 294 mg in morfine-equivalenten (uitgezonderd methadon), wat meer dan twee keer het EU-gemiddelde (107 mg) is.

Het behoud van gekwalificeerd personeel wordt een groot probleem

Net als veel andere EU-landen heeft Nederland problemen met het behoud van gekwalificeerd zorgpersoneel — vooral verpleegkundigen en radiologisch laboranten. Momenteel is de instroom van het aantal werknemers in de gezondheidszorg en de sociale zorg nog steeds iets hoger dan de uitstroom. Uit recente gegevens van een onderzoek door Stichting IZZ (2022) blijkt echter dat ongeveer 40 % van de gezondheidswerkers overweegt hun gezondheidszorgorganisatie of zelfs de sector te verlaten. De belangrijkste oorzaken van deze demotivatie onder gezondheidswerkers, en daarmee van de uitstroom uit de zorg in Nederland, zijn ontevredenheid over de mogelijkheden voor persoonlijke groei en loopbaanontwikkeling en het gebrek aan waardering voor hun werk, een hoge werklast en een slechte balans tussen werk en privéleven (Stichting IZZ, 2022). Deze uitstroom van gezondheidswerkers naar andere sectoren dan de zorg is het meest prominent onder jonge gezondheidswerkers.

5.2 Kwaliteit

De vijfjaarsoverleving bij kanker is de afgelopen tien jaar verbeterd

Nederland presteert beter dan het EU-gemiddelde wat betreft vijfjaarsoverleving voor bepaalde vormen van kanker (kinderleukemie en prostaat-, borst-, baarmoederhals-, darm- en longkanker), op basis van de meest recente vergelijkende gegevens die beschikbaar zijn voor mensen die tussen 2010 en 2014 een kankerdiagnose kregen (Figuur 9).

Figuur 9. De vijfjaarsoverleving in Nederland is hoger dan het EU-gemiddelde

Prostaatkanker	Kinderleukemie	Borstkanker	Baarmoederhals-kanker	Darmkanker	Longkanker
Nederland: 88%	Nederland: 90%	Nederland: 87%	Nederland: 67%	Nederland: 63%	Nederland: 17%
EU-24: 87%	EU-24: 82%	EU-24: 83%	EU-24: 64%	EU-24: 60%	EU-24: 15%

Opmerking: de gegevens hebben betrekking op mensen die tussen 2010 en 2014 een diagnose hebben gekregen. Kinderleukemie verwijst naar acute lymfoblastische kanker.
Bron: CONCORD-programma, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Dit houdt verband met een betere kwaliteit van de kankerzorg — met name wat betreft vroegtijdige opsporing en toegang tot innovatieve behandelingen, zoals CAR-T-celtherapie. Tussen 2000 en 2014 is de vijfjaarsoverleving voor baarmoederhalskanker met 2 procentpunt gestegen en voor borstkanker met 3 procentpunt. De stijging van de overlevingspercentages voor kinderleukemie (6 procentpunt) en longkanker (5 procentpunt) was iets groter. Het overlevingspercentage voor longkanker bleef onevenredig laag (17 %) in vergelijking met andere vormen van kanker, hoewel dit wel vergelijkbaar was met het EU-gemiddelde (15 %). Nationale schattingen van het IKNL over de vijfjaarsoverleving voor mensen die tussen 2011 en 2020 een kankerdiagnose kregen, duiden op aanzienlijke verbeteringen bij longkanker (23 %) en darmkanker (67 %).

Bespreking van behandelingsbeslissingen in multidisciplinaire teams maken standaard deel uit van de kankerzorg

Alle nieuw gediagnosticeerde gevallen van kanker worden besproken in multidisciplinaire teams, die worden georganiseerd op basis van de vorm van kanker. Hoewel deze teambesprekingen niet bij wet zijn vastgelegd, zijn ze snel overgenomen door de instellingen die kankerzorg verlenen. Bij deze teams is een breed scala van deskundigen betrokken, waaronder klinisch oncologen, chirurgen, radiotherapeut-oncologen en pathologen. Afhankelijk van het geval kunnen andere disciplines worden geraadpleegd bij behandelingsbeslissingen. De teambesprekingen hebben tot doel alomvattende en inclusieve besluitvormingsprocessen voor patiënten met kanker tot stand te brengen; de communicatie tussen specialisten over empirisch onderbouwde behandelingen te verbeteren; en te zorgen voor een tijdige start van de behandeling. Voor sommige tumoren is het moeilijk te bepalen in welk multidisciplinair team ze moeten worden besproken; in dergelijke gevallen kan het nodig zijn de patiënt in twee multidisciplinaire teams te bespreken. Na een multidisciplinaire teambespreking wordt binnen enkele dagen een verslag naar de huisarts van de patiënt gestuurd.

De cycli voor kwaliteitsverbetering in de kankerzorg worden geborgd door een robuust klinisch auditsysteem

In de loop der jaren zijn voor kankerzorg (inclusief zeldzame vormen van kanker) nationale richtlijnen voor de kwaliteit van de zorg ingevoerd, ondersteund door een auditsysteem dat wordt gefaciliteerd door de non-profitorganisatie Dutch Institute of Clinical Auditing. Er zijn verschillende registers waarin de verschillende structuur-, proces- en uitkomstindicatoren voor een aantal vormen van kanker (voornamelijkop basis van ingreep) worden bijgehouden, wat benchmarking en verbeteringscycli bevordert. In sommige registers worden niet alleen de klinische uitkomsten van de zorg gemeten, maar ook patiëntgerapporteerde uitkomstmaten (PROM's) gebruikt om de kwaliteit van de zorg vanuit het perspectief van de patiënten te verbeteren. Het auditsysteem heeft betrekking op borst-, darm-, gynaecologische, hoofd- en nek-, lever-, long-, alvleesklier-, huid- en maagdarmkanker. Ook voor prostaatkanker zal er vanaf eind 2022 een functionerend register zijn. Deze registers worden in het hele land gebruikt en verlenen de deelnemende zorgverleners toegang tot hun prestatiecijfers via rapportages en een speciaal dashboard, en bieden andere belanghebbenden — zoals patiënten en hun families — transparantie over de kwaliteit van de zorg.

Hoewel er veel klinische onderzoeken naar kanker zijn, zijn er slechts enkele waarvan de resultaten openbaar zijn

Het IKNL onderhoudt een speciale webpagina waar patiënten met kanker en zorgprofessionals kunnen zoeken naar klinische onderzoeken die de toegang van patiënten tot empirisch onderbouwde behandelingen ondersteunen. Het platform bevat ook informatie over kwaliteit van leven en observationele studies. Het delen van informatie over toekomstige en lopende klinische onderzoeken is belangrijk, maar dat geldt ook voor het delen van de resultaten zodra die beschikbaar zijn. Volgens gegevens over de 23 Nederlandse bedrijven, universiteiten, ziekenhuizen en onderzoeksinstellingen die het actiefst zijn op het gebied van geneesmiddelenonderzoek, is van slechts 3 % van de 800 geneesmiddelenonderzoeken waarvan wordt verondersteld dat ze zijn afgerond, de resultaten gedeeld (Health Action International, 2020). Verdere inspanningen zijn nodig om de transparantie van de resultaten van geneesmiddelenonderzoek te vergroten, aangezien het niet publiceren van de resultaten van geneesmiddelenonderzoek aanzienlijke negatieve gevolgen heeft voor patiënten; de capaciteit voor op bewijs gebaseerde beleidsbeslissingen beperkt; en de medische vooruitgang vertraagt.

De Nederlands Kankerregistratie is uitgebreid en gericht op onderzoek

Sinds 1989 verzamelt de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) gegevens over de zorgtrajecten van patiënten met kanker door de registratie van de diagnose, het stadium van de tumor, kenmerken van de tumor en de behandelingen (zowel medische

procedures alsook de medicatie die na de diagnose wordt gegeven). Ook worden gegevens verzameld over diagnostiek, nazorg en overleving. Deze gegevens worden verzameld door datamanagers van de NKR, die deels bij de ziekenhuizen werken op basis van overeenkomsten die hen toegang verlenen tot elektronische medische dossiers. Daarnaast verzamelt de NKR gegevens uit enquêtes over de capaciteit bij kanker, met aandacht voor aspecten als personeel, apparatuur en de output van alle afdelingen die bij de kankerzorg betrokken zijn.

De gegevens en inzichten van de NKR ondersteunen gezondheidszorgstelsels door de besluitvorming van verschillende belanghebbenden te onderbouwen — met name beleidsmakers, de zorgsector (ziekenhuizen en andere zorginstellingen, zorgverleners en patiënten-organisaties), burgers (waaronder patiënten) en de wetenschappelijke wereld. Patiëntenorganisaties worden betrokken bij het overleg over welke gegevens worden verzameld en met welk doel. De NKR werkt ook mee aan verschillende internationale onderzoeken, met name in een samenwerking met het Internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek en middels het delen van anonieme gegevens met de databank van het Europees Netwerk voor kankerregistratie. Verwacht wordt dat deze initiatieven zullen worden voortgezet en uitgebreid naarmate de Europese ecosystemen voor gezondheidsgegevens voldoende ontwikkeld zijn om secundair gebruik van gegevens over kanker te ondersteunen.

De NKR maakt gebruik van een pseudoniem voor burgerservicenummers (BSN) om een landelijke dataset met kankergegevens samen te stellen op basis van diverse lokale informatiesystemen (waaronder gemeentelijke registers en gegevens van apotheken) en nationale of centrale registraties (zoals het informatiesysteem voor overlijdensverklaringen). Andere koppelingen zijn op verzoek mogelijk — bijvoorbeeld met het Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief, dat gegevens verzamelt over de pathologische diagnose, en het Patient-Reported Outcomes Following Initial Treatment and Long-term Evaluation of Survivorship (Patiënt-gerapporteerde uitkomsten na een eerste behandeling en langdurige evaluatie van overleving, PROFILES)-register, dat gegevens uit de kankerregistratie op bevolkingsniveau combineert met PROM's. Op deze manier kunnen de lichamelijke en psychosociale gevolgen van kanker en de behandeling ervan via enquêtes worden gevolgd vanuit het oogpunt van mensen met een geschiedenis van kanker.

5.3 Kosten en prijs-kwaliteit-verhouding

De meeste kankerzorg wordt gedekt door de basisverzekering, maar een eigen bijdrage is gebruikelijk

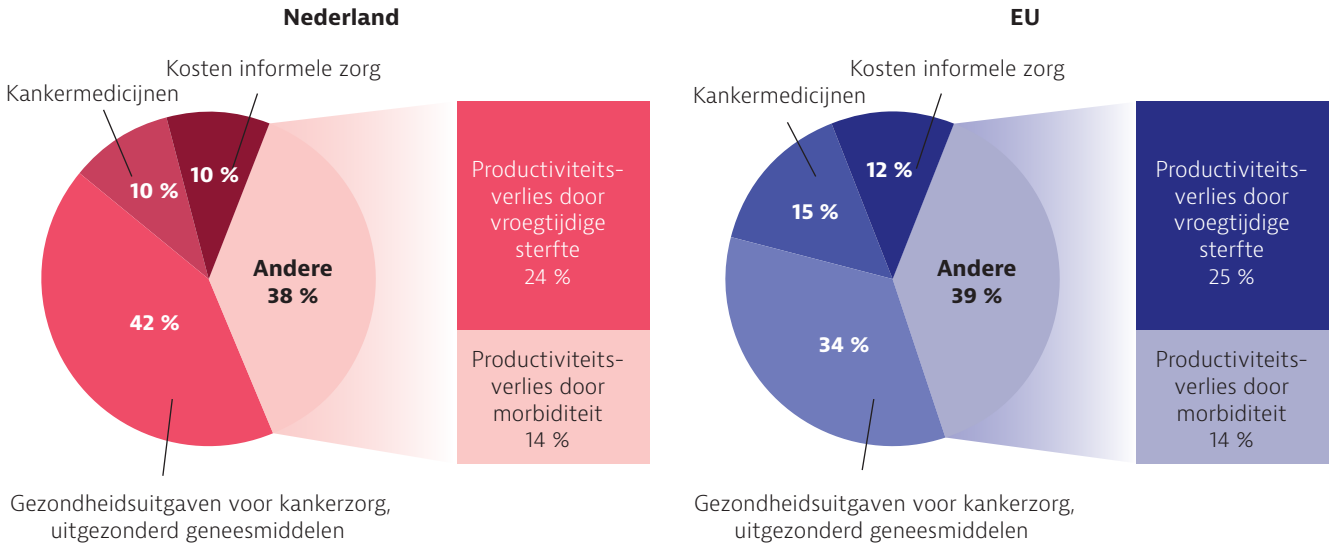
In Nederland is middels overheidsregulering de toegang tot universele en betaalbare zorg gegarandeerd via een sociaal ziektekostenverzekeringsstelsel. Alle inwoners van Nederlands zijn verplicht een basisverzekering voor gezondheidszorg af te sluiten, die dekking biedt voor een door de regering vastgesteld zorgpakket. Elk kalenderjaar moeten mensen de eerste 385 EUR die zij declareren aan zorg die binnen het pakket valt, zelf betalen (verplicht eigen risico). De meeste behandelingen in het kader van kankerzorg worden gedekt door de basisverzekering, maar afhankelijk van de zorgverlener worden sommige kankerbehandelingen niet gedekt — bijvoorbeeld fysiotherapie, psychotherapie, tandheelkundige zorg of oncologische revalidatie. Om deze potentiële barrière weg te nemen, kunnen mensen zich aanvullend verzekeren; anders moeten zij (een deel van) de behandeling zelf betalen. Dit kan patiënten met kanker in de financiële problemen brengen als zij na de diagnose te maken krijgen met hogere uitgaven en/of een lager inkomen. In 2019 was de vrijwillige ziektekostenverzekeringssector goed voor bijna 7 % van de gezondheidsuitgaven, ten opzichte van 5 % in de EU als geheel (OESO/Europees Waarnemingscentrum voor gezondheidszorgstelsels en -beleid, 2021).

Nederland behoort tot de EU-landen met de hoogste totale kosten van kanker per hoofd van de bevolking

De kosten van kankerzorg verschillen sterk per EU-land. In 2018 varieerden de voor koopkrachtpariteit (KKP) gecorrigeerde kosten per hoofd van de bevolking in de EU-lidstaten van 160 EUR in Roemenië tot 524 EUR in Nederland en Duitsland (Hofmarcher et al., 2020). De kosten van kanker per hoofd van de bevolking lagen in Nederland 61 % hoger dan het EU-gemiddelde (326 EUR). Van de totale kosten van 10 163 miljoen EUR vertegenwoordigden de directe kosten 52 % van de gezondheidsuitgaven voor kankerzorg (370 EUR per hoofd van de bevolking), waarvan een tiende betrekking had op uitgaven voor kankermedicijnen (Figuur 10). Een Nederlands onderzoek in 2019 naar de kosten van ziekte kwam uit op een kostprijs per hoofd van de bevolking van 344 EUR (uitgezonderd indirecte en informele zorgkosten) (RIVM, 2019). Uit figuur 10 blijkt ook dat het productiviteitsverlies 38 % van de gezondheidsuitgaven voor kankerzorg

vertegenwoordigt, waarbij voortijdige sterfte de grootste impact had (24 %), gevolgd door productiviteitsverlies door morbiditeit (14 %). Informele zorg, oftewel de kosten voor de tijd die familieleden en vrienden niet kunnen werken om onbetaalde zorg te verlenen, vertegenwoordigt naar schatting 10 % van de gezondheidsuitgaven voor kankerzorg. Uit de relatieve verdeling van de kosten van kankerzorg in Nederland blijkt dat de gezondheidsuitgaven voor kankerzorg (uitgezonderd geneesmiddelen) iets hoger liggen (8 procentpunt) dan het EU-gemiddelde. Het relatieve kostengewicht ligt 5 procentpunt onder het EU-gemiddelde voor kankermedicijnen en 2 procentpunt onder het EU-gemiddelde voor informele zorg.

Figuur 10. De directe kosten voor kankerzorg in Nederland zijn hoger dan het EU-gemiddelde



Opmerking: het gemiddelde voor de EU-27 is ongewogen (berekend door de OESO).
Bron: Hofmarcher et al. (2020).

5.4 COVID-19 en kanker: werken aan veerkracht

De ziektelast in 2020 als gevolg van acute COVID-19 wordt geschat op 286 100 verloren gezonde levensjaren, wat 17 keer hoger is dan de ziektelast van een gemiddeld griepseizoen in Nederland (McDonald et al., 2022). Hoewel het grootste deel van de veroorzaakte last verband houdt met verloren gezonde levensjaren als gevolg van vroegtijdig overlijden, houdt een deel ook verband met veranderingen in leefstijl en gedrag — met name roken en eetgewoonten. Meer gezondheidsverlies wordt verwacht als gevolg van andere effecten van COVID-19, zoals het uitstellen van operaties en onderbrekingen van bevolkingsonderzoeken naar kanker. De pandemie heeft ook gevolgen gehad voor de financiële houdbaarheid van de gezondheidszorg. In 2020 zijn zorgverzekeraars en zorgverleners maatregelen overeengekomen om inkomstenverlies en buitengewone uitgaven als gevolg van COVID-19 te compenseren. De Nederlandse regering heeft voor 2020 en 2021 extra belastinginkomsten toebedeeld aan de zorgsector, onder meer voor de organisatie van testen en bron- en contactonderzoek (476 miljoen EUR in 2020 en 450 miljoen EUR in 2021) en bedden op intensive care-afdelingen (respectievelijk 80,1 miljoen EUR en 93,9 miljoen EUR) (OESO/Europees Waarnemingscentrum voor gezondheidszorgstelsels en -beleid, 2021).

Door de pandemie moesten bevolkingsonderzoeken naar kanker worden stopgezet, maar deze kwamen snel weer op gang

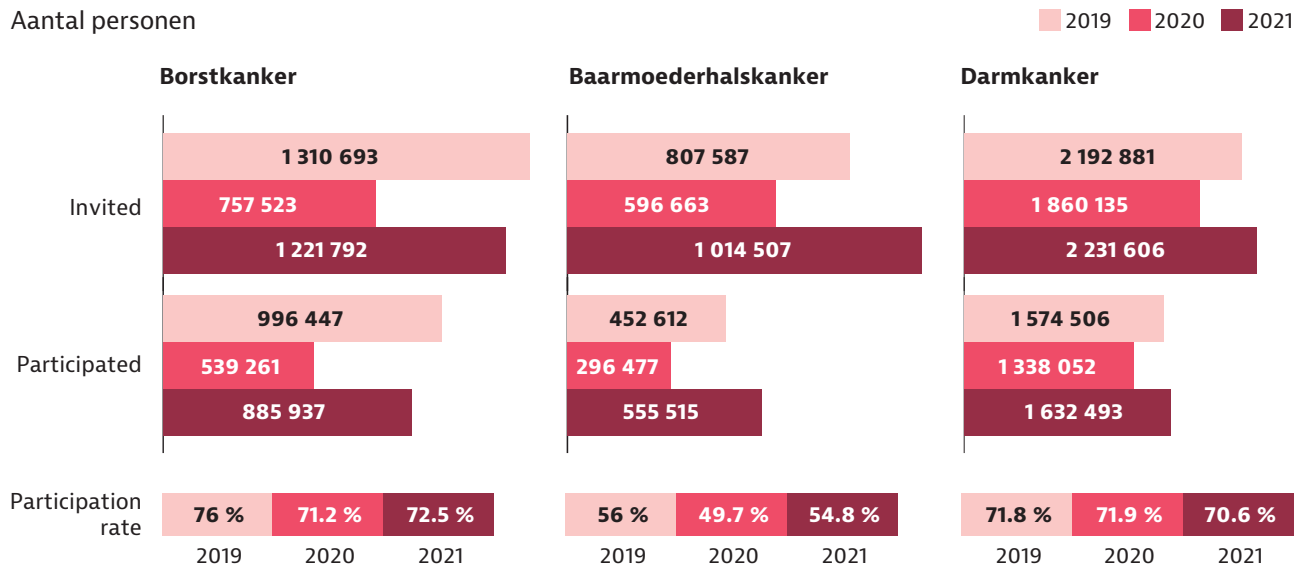
Zoals in vele andere gezondheidszorgstelsels werden de bevolkingsonderzoeken naar kanker vanaf het begin van de pandemie gepauzeerd. Voordat de activiteiten werden hervat, werkten de betrokken partijen in het voorjaar van 2020 samen om de behandelingsprotocollen aan te passen, zowel om het infectierisico voor patiënten te minimaliseren als om de zorg te prioriteren op basis van urgentieniveaus. Veel mensen waren echter bang voor een COVID-19-besmetting en kozen ervoor de screening en behandeling achterwege te laten of uit te stellen — een situatie die ook in veel andere landen wordt gemeld (Fujisawa, 2022). Dit effect is zichtbaar in een lager aantal verwijzingen door huisartsen en een lager aantal diagnoses en chirurgische ingrepen.

Pas na een nationale campagne ("Kanker wacht niet tot corona voorbij is") begonnen mensen weer gehoor te geven aan de oproep voor screening en behandeling. Het IKNL schat dat er over heel 2020 zo'n 4 000 diagnoses minder zijn gesteld ten opzichte van 2019, grotendeels als gevolg van de tijdelijke opschorting van de borst- en darmkankerscreening. Door het hogere aantal diagnoses in het najaar van 2020 en begin 2021 is de achterstand ten opzichte van voorgaande jaren voor de meeste kankersoorten grotendeels ingelopen. Bovendien blijkt uit de gegevens over de kankerstadia niet dat in 2020 meer patiënten uitzaaiingen hadden op het moment van de diagnose vanwege mogelijke vertragingen bij de diagnose. De eerste gegevens over de verdeling van kankerstadia bij borstkanker voor alle leeftijden laten zien dat vooral het aantal vroege diagnoses is afgenomen, maar dat het aantal diagnoses van borstkanker in een gevorderd stadium niet is gestegen ten opzichte van 2019 (Eijkelboom et al., 2021). In de weken 9-11 van 2020 (tussen het eerste COVID-19-geval en de lockdown) daalde de incidentie van tumoren in stadium II aanzienlijk, terwijl in de weken 12-13 (tijdens de lockdown en toen de bevolkingsonderzoeken werden stopgezet) de incidentie van tumoren in stadia I, II en III aanzienlijk daalde. De incidentie van alle tumoren, behalve in stadium IV, daalde ook significant in de weken 14-17, toen er geen verwijzingen meer kwamen vanuit de bevolkingsonderzoeken (Eijkelboom et al., 2021).

Het bevolkingsonderzoek borstkanker werd medio juni 2020 hervat, met een beperkte capaciteit als gevolg van de COVID-19-pandemie en tekorten aan screeningmedewerkers. In het najaar 2020 bedroeg de capaciteit ongeveer 80 %, wat één van de redenen was om te besluiten de interval voor het bevolkingsonderzoek te verlengen van twee jaar tot maximaal drie jaar. Het aandeel vrouwen dat in 2020 werd uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek was 42 % lager dan in 2019, en het deelnamepercentage daalde tot 71,2 % ten opzichte van 76 % in 2019 (Figuur 11). In de eerste helft van 2021 was het aantal diagnoses vergelijkbaar met de aantallen in 2017-2019. Tussen maart 2020 en december 2021 werd bij iets meer vrouwen uitgezaaide borstkanker vastgesteld dan in voorgaande jaren. Ten opzichte van 2020 steeg in 2021 het aantal vrouwen dat werd uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek met 61 % en het aantal deelnemers met 64 %; het totale deelnamepercentage in 2021 was 72,5 %.

Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker werd medio maart 2020 opgeschort en in juli 2020 langzaam weer opgestart. Als gevolg van de pandemie werden in 2020 26 % minder uitnodigingen verstuurd. Het deelnamepercentage was in 2020 49,7 % (296 477 gescreende vrouwen). Van de vrouwen die in 2020 werden gescreend, liet 84 % een uitstrijkje maken; de overige vrouwen gebruikten een zelfafnameset, twee keer zoveel als in 2019.

Figuur 11. De activiteiten in het kader van het bevolkingsonderzoek borstkanker zijn snel hervat na de COVID-19-pandemie



Bron: IKNL (2022).

Het bevolkingsonderzoek darmkanker werd stopgezet van medio maart 2020 tot medio mei 2020; desondanks kon 85 % van de doelgroep worden uitgenodigd voor deelname. In 2020 was het deelnamepercentage ongeveer 72 % (meer dan 1,3 miljoen mensen). Van de deelnemers kreeg 4,3 % (meer dan 56 000 mensen) een ongunstige uitslag van de ontlastingstest en werd doorverwezen voor een coloscopie. Uit een populatiegebaseerd onderzoek bleek dat de diagnose in een later stadium werd gesteld, maar dat de algemene impact van de pandemie beperkt bleef (Meijer et al., 2022). Er werden enkele verbeteringen geconstateerd, zoals een verkorting van de mediane tijd tussen diagnose en eerste behandeling met 4,5 dagen, waarschijnlijk omdat er minder procedures werden uitgevoerd en er prioriteit werd gegeven aan behandeling van darmkanker die in een vergevorderd stadium werd vastgesteld.

Er is beleid ingevoerd om de gevolgen van de pandemie voor patiënten met kanker tot een minimum te beperken

Vanaf het begin van de COVID-19-pandemie heeft Nederland verschillende mitigatiestrategieën vastgesteld om de gevolgen van de opeenvolgende golven tot een minimum te beperken (OESO/Europees Waarnemingscentrum voor gezondheidszorgstelsels en -beleid, 2021). Om het effect van de beperkingen van de toegankelijkheid van de zorg voor patiënten met kanker te verminderen, werd het aanbod van digitale zorg versterkt; zo werden bijvoorbeeld e-consulten zoveel mogelijk aangemoedigd en gaf ongeveer 40 % van de bevolking aan een consult op afstand te hebben gehad. De gevolgen van het gebruik van e-consulten voor de kwaliteit van de zorg — met name de uitkomsten en ervaringen — zijn niet duidelijk; of deze veranderingen in de toekomst van kracht blijven voor patiënten met kanker hangt dus af van verschillende factoren.

6. Focus op ongelijkheden

In Nederland is middels overheidsregulering de toegang tot universele en betaalbare zorg gegarandeerd via een sociaal ziektekostenverzekeringsstelsel. Alle inwoners van Nederlands zijn verplicht een basisverzekering voor gezondheidszorg af te sluiten, die dekking biedt voor een door de overheid vastgesteld zorgpakket. De meeste behandelingen voor kankerzorg worden gedekt door de basisverzekering. Innovatieve kankerbehandelingen, zoals protonentherapie, zijn beschikbaar in drie centra in Nederland, waardoor ze minder toegankelijk zijn dan andere behandelingen, zoals radiotherapie (bestraling). Er bestaan echter ongelijkheid tussen groepen, vooral op het gebied van kankerpreventie en toegang tot vroegtijdige diagnose.

- Hoewel de prevalentie van roken de afgelopen jaren is afgenomen, rookte in 2021 ongeveer 21 % van de volwassen bevolking. Het aandeel rokers onder mensen met een migratieachtergrond was groter dan onder mensen zonder migratieachtergrond. De verschillen naar inkomen en opleiding in de cijfers over mensen die dagelijks roken zijn groot: het aandeel dagelijkse rokers onder mensen met een lager inkomen is licht gestegen tot 24,4 %, terwijl het onder mensen met een hoger inkomen is gedaald tot 7 %. De verschillen naar leeftijd en geslacht zijn minder uitgesproken.
- De helft van de bevolking heeft overgewicht of obesitas. Volgens het EHIS zijn de percentages voor overgewicht en obesitas hoger bij mannen (55 %) dan bij vrouwen (41 %), en ook hoger bij mensen met een lager opleidingsniveau (59 %) dan bij mensen met een hoger opleidingsniveau (41 %). Dit houdt onder meer verband met hoeveel de mensen aan lichaamsbeweging doen; mensen met een hoger opleidingsniveau doen vaker aan lichaamsbeweging (71 %) dan mensen met een lager opleidingsniveau (55 %).
- Nederland heeft drie nationale 'bevolkingsonderzoeken, voor respectievelijk borst-, baarmoederhals- en darmkanker. Volgens het EHIS is het percentage vrouwen dat deelneemt aan de borstkankerscreening onder mensen met een hoger inkomen meer dan 10 procentpunt hoger dan het percentage onder mensen met een lager inkomen. Bij de screening op baarmoederhalskanker lieten vrouwen met een hoger opleidingsniveau vaker een uitstrijkje maken (46,5 %) dan een vrouwen met een lager opleidingsniveau (23,5 %). Het deelnamepercentage voor de screening op darmkanker lag ook hoger bij mannen (54,1 %) dan bij vrouwen (49,7 %) en hoger bij mensen met een hoger inkomen (57,3 %) dan bij mensen met een lager inkomen (41,4 %).

Er zijn verschillende beleidsmaatregelen genomen om de toegang tot hoogwaardige kankerzorg te verbeteren en ongelijkheden te verminderen, waaronder het bijhouden van een op onderzoeks gerichte nationale kankerregistratie; uitvoering van multidisciplinaire teambesprekingen als onderdeel van de standaard kankerzorg; en het gebruik van een robuust klinisch auditsysteem ter ondersteuning van kwaliteitsverbetering. In 2020 heeft de COVID-19-pandemie gedurende maximaal vier maanden gevolgen gehad voor de werking van de bevolkingsonderzoeken, maar de gevolgen waren beperkt. De cijfers voor screening en vijfjaarsoverleving zullen de komende jaren nauwlettend in het oog moeten worden gehouden om de werkelijke effecten van uitstel van zorg en gemiste zorg vast te stellen.

Referenties

Eijkelboom, A. et al. (2021), Impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis, stage, and initial treatment of breast cancer in the Netherlands: a population-based study, *Journal of Hematology and Oncology, 14(64)*.

Europese Commissie (2021), *Een Europees kankerbestrijdingsplan*, Brussel, Europese Commissie, https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_nl

Fujisawa, R. (2022), *Impact of the COVID-19 pandemic on cancer care in OECD countries*. Parijs, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/c74a5899-en

Health Action International (2020), *Clinical trial transparency in the Netherlands: mapping unreported drug trials. Amsterdam*, Health Action International, https://tinyurl.com/3kbm[8]6yk

Hofmarcher, T. et al. (2020), *The cost of cancer in Europe 2018*, European Journal of Cancer, 129:41-9.

IKNL (2022), *Kankerscreening*: https://iknl.nl/Kankersoorten ; geraadpleegd op 31.10.2022.

Institute for Health Metrics and Evaluation (2022), *The 2019 Global Burden of Disease (GBD) study*: https://vizhub.healthdata.org/gbd-results ; geraadpleegd op 31.10.2022.

Stichting IZZ (2022), *Monitor Gezond werken in de zorg*: https://tinyurl.com/yckjtwa3 ; geraadpleegd op 31.10.2022.

McDonald, S. et al. (2022), *The estimated disease burden of acute COVID-19 in the Netherlands in 2020, in disability-adjusted life-years*, European Journal of Epidemiology, 37:1035-1047.

Meijer, J. et al. (2022), *Impact of the COVID-19 pandemic on colorectal cancer care in the Netherlands*: a population-based study, Clinical Colorectal Cancer, 21(3):e171-e178.

Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (2021), *Kerncijfers roken 2020*. De laatste cijfers over roken, stoppen met roken en het gebruik van elektronische sigaretten. Utrecht, Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging, https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2021/11/AF1897-Kerncijfers-roken-2020.pdf

OESO/Europees Waarnemingscentrum voor gezondheidszorgstelsels en -beleid (2021), *Nederland: Landenprofiel Gezondheid 2021*. Parijs, OECD Publishing, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nederland-landenprofiel-gezondheid-2021_cefcf5d8-nl

RIVM (2019), *Kosten van ziekten 2019*: https://tinyurl.com/335c2ahx ; geraadpleegd op 31.10.2022.

RIVM (2022a), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*: https://www.vtv2018.nl/ ; geraadpleegd op 31.10.2022.

RIVM (2022b), *Meer op maat informeren helpt migranten bij beslissing over deelname aan gezondheidsprogramma's*: https://www.rivm.nl/nieuws/meer-op-maat-informeren-helpt-migrant-en-bij-beslissing-over-deelname-aan-gezondheidsprogramma%E2 %80 %99s ; geraadpleegd op 31.10.2022.

CBS (2022), *Overgewicht, roken en alcoholgebruik nauwelijks gedaald sinds 2018*. Den Haag, CBS, https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/10/overgewicht-roken-en-alcoholgebruik-nauwelijks-gedaald-sinds-2018

Landenafkortingen

België	BE	Finland	FI	Italië	IT	Nederland	NL	Slovenië	SI
Bulgarije	BG	Frankrijk	FR	Kroatië	HR	Noorwegen	NO	Slowakije	SK
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		

European Cancer Inequalities Registry

Landenprofiel voor Kanker 2023

Het Europees register van ongelijkheid bij kanker is een kerninitiatief van het Europees kankerbestrijdingsplan. Het levert degelijke en betrouwbare gegevens over kankerpreventie en kankerzorg, om trends, sociale ongelijkheid en verschillen tussen lidstaten en regio's vast te stellen. Het register bevat een website en een door het Gemeenschappelijk Centrum voor Onderzoek van de Europese Commissie ontwikkeld gegevensinstrument (https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa. eu/), alsmede een afwisselende reeks tweejaarlijkse landenprofielen over kanker en een overkoepelend verslag over ongelijkheden op kankergebied in Europa.

In de Landenprofielen Kanker worden voor elk van de 27 EU-lidstaten, IJsland en Noorwegen de sterke punten, uitdagingen en specifieke actiegebieden vastgesteld, om de investeringen en maatregelen op EU-, nationaal en regionaal niveau in het kader van het Europees kankerbestrijdingsplan te sturen.

Het Europees register van ongelijkheid bij kanker ondersteunt ook kerninitiatief 1 van het Actieplan Verontreiniging naar nul (Zero Pollution Action Plan).

De profielen zijn opgesteld door de OESO in samenwerking met de Europese Commissie. Het team is dankbaar voor de waardevolle opmerkingen van nationale deskundigen, van het Gezondheidscomité van de OESO en de EU-themagroep van deskundigen voor het register van ongelijkheid bij kanker.

- de nationale kankerlast
- risicofactoren voor kanker, met de nadruk op gedrags- en omgevingsrisicofactoren
- programma's voor vroegtijdige opsporing
- prestaties van de kankerzorg, met de nadruk op toegankelijkheid, kwaliteit van de zorg, kosten en het effect van COVID-19 op de kankerzorg.

Gelieve deze publicatie te citeren als:
OECD (2023), *Landenprofiel voor Kanker: Nederland 2023*, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/63930e3b-nl.

ISBN 9789264912588 (PDF)
Series : EU Country Cancer Profiles

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES