

Vergaderjaar 2024–2025

**32 793**

## **Preventief gezondheidsbeleid**

**Nr. 814**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 maart 2025

Met mijn brief aan uw Kamer van 7 november 2024, heb ik de jaarlijkse monitors over de bevolkingsonderzoeken naar kanker aangeboden.<sup>1</sup> Uit die monitors blijkt dat er in het jaar 2023 met de bevolkingsonderzoeken bij ruim 27.000 mensen kanker of een voorstadium daarvan is opgespoord. Voor hen is daardoor het perspectief op genezing en overleving aanzienlijk vergroot. Dat we met de bevolkingsonderzoeken naar kanker jaarlijks zoveel gezondheidswinst realiseren, is ontzettend belangrijk. Ik ben er trots op dat we voor zoveel mensen positieve impact maken, samen met partijen als Bevolkingsonderzoek Nederland (BVO NL) en het RIVM. In de ontwikkelagenda bevolkingsonderzoek, die ook vandaag wordt aangeboden aan uw Kamer<sup>2</sup>, beschrijf ik hoe we de komende jaren de positieve impact van de bevolkingsonderzoeken gaan behouden en welke ambities we hebben om de programma's in de toekomst verder te verbeteren.

In deze brief ga ik in op de laatste stand van zaken over verschillende toezeggingen rond de bevolkingsonderzoeken naar kanker uit het commissiedebat Medische Preventie van 21 november 2024 (Kamerstuk 32 793, nr. 796), in de beantwoording van het schriftelijk overleg over mijn reactie op het verzoek van de commissie naar aanleiding van het Gezondheidsraadadvies «Verbetermogelijkheden voor het bevolkingsonderzoek borstkanker»<sup>3</sup> van 19 november 2024 en uit het tweeminuten-debat op 18 december 2024 over dit schriftelijk overleg. Veel van de ontwikkelingen die besproken zijn in de genoemde debatten zie ik dan ook in de context van de ontwikkelagenda en tegen de achtergrond van de enorme gezondheidswinst die we jaarlijks bereiken met de bevolkingsonderzoeken.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 787.

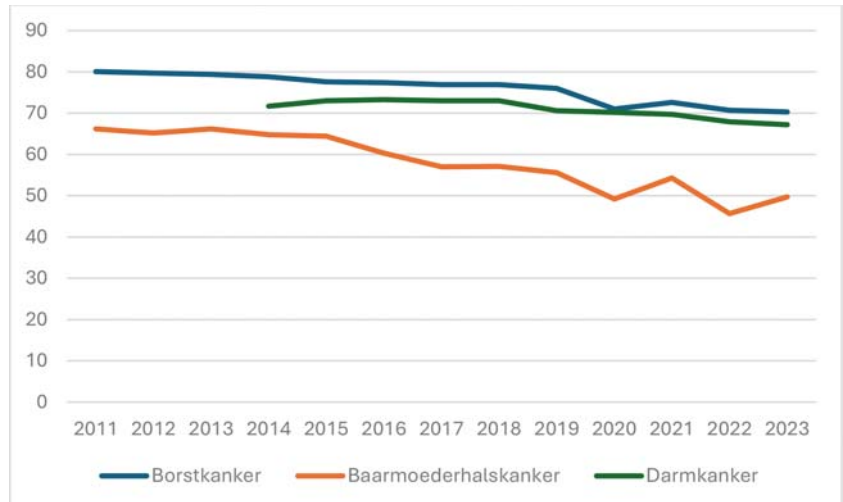
<sup>2</sup> De ontwikkelagenda bevolkingsonderzoek gaat niet alleen over de bevolkingsonderzoeken naar kanker, maar ook over de verschillende screenings rond zwangerschap en geboorte.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 789.

## Deelname bevolkingsonderzoeken naar kanker

Uw Kamer is herhaaldelijk geïnformeerd over de dalende deelnametrend bij de bevolkingsonderzoeken naar kanker, voor het laatst in mijn brief aan uw Kamer van 7 november 2024. De dalende deelnametrend is een zorgelijke ontwikkeling. In onderstaande figuur staat deze dalende trend weergegeven.

**Figuur 1: Deelnamepercentage bevolkingsonderzoeken darmkanker, borstkanker en baarmoederhalskanker tussen 2011 en 2023.**



### RIVM-onderzoek naar dalende deelnametrend

In de brief van 18 december 2023<sup>4</sup> is meer duiding gegeven bij de achtergrondkenmerken en redenen van mensen om niet deel te nemen aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Deze inzichten verklaarden niet waarom de deelname steeds verder daalt. In 2024 heeft het RIVM aanvullende analyses uitgevoerd naar de achtergrond van de dalende deelnametrend. Conform mijn toezegging deel ik hierbij de belangrijkste inzichten.

### *Demografische ontwikkelingen*

Verschillende demografische factoren hebben een relatie met deelname aan de bevolkingsonderzoeken. Uit eerder onderzoek is al bekend dat mensen met bepaalde demografische kenmerken minder deelnemen. Het gaat onder andere om mensen met een migratieachtergrond, mensen met een lage sociaaleconomische status of mensen die wonen in een gebied met hoge bevolkingsdichtheid, alleenstaanden, mensen met een laag inkomen, een laag onderwijsniveau en de jongste leeftijdsgroepen. Voor het bevolkingsonderzoek darmkanker geldt dat mannen minder deelnemen dan vrouwen. Door demografische ontwikkelingen kan de deelnamegraad veranderd zijn.

CBS-analyses die het RIVM recent heeft laten doen, laten zien dat de laatste jaren sprake is van een toename in het aandeel migranten en alleenstaanden binnen de doelgroep en eveneens van een groter aandeel werkenden ten opzichte van het aantal pensioenontvangers. Dit kan een negatieve impact hebben gehad op de deelname. Daartegenover staat een daling van het aandeel mensen met een laag inkomen en onderwijsniveau, wat een positieve impact op de deelname zou kunnen hebben

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2023/24, 32 793, nr. 707.

gehad. Daarmee zijn er aanwijzingen dat bepaalde demografische ontwikkelingen kunnen hebben bijgedragen aan de dalende deelname-trend.

### *Gedragsfactoren*

Op basis van een gedragsonderzoek aan de hand van vragenlijsten en interviews heeft het RIVM meer zicht gekregen in gedragsfactoren die ten grondslag liggen aan de keuzes rond deelname. Gedragsfactoren die ertoe kunnen leiden dat mensen niet deelnemen aan de bevolkingsonderzoeken, verschillen per bevolkingsonderzoek. Voor baarmoederhalskankerscreening geldt onder andere dat vrouwen<sup>5</sup> het onprettig kunnen vinden om een uitstrijkje te laten maken, schaamte of angst ervaren, dat het er niet van komt, dat ze net zijn bevallen of dat ze de kans op baarmoederhalskanker klein schatten. Vrouwen doen onder andere vaker mee aan het bevolkingsonderzoek als deelname een gewoonte is, zij overtuigd zijn de zelfafnameset goed te kunnen toepassen en in een omgeving leven waar deelname de norm is. Het valt op dat vrouwen die voor het eerst uitgenodigd worden, minder deelnemen dan vrouwen die al vaker zijn uitgenodigd.

Voor borstkankerscreening geldt dat vrouwen niet deelnemen als ze angst ervaren voor het onderzoek of de blootstelling aan straling, al onder behandeling zijn geweest, de locatie onaangenaam vinden of dat ze de kans op borstkanker klein schatten. Vrouwen doen vaker mee aan het bevolkingsonderzoek als deelname een gewoonte is, de uitnodiging begrijpelijk is, het makkelijk is een afspraak te maken, deelname past bij het zelfbeeld, de afspraak weinig tijd kost en dichtbij huis is en als ze denken dat ze een kleine kans op borstkanker hebben door een gezonde levensstijl en dat door deelname mogelijk bevestigd willen zien.

Voor darmkankerscreening geldt tot slot dat mensen niet deelnemen als ze opzien tegen het mogelijke vervolgonderzoek, als ze geen klachten hebben of vinden dat de ontlastingstest te veel gedoe is. Mensen doen vaker mee aan het bevolkingsonderzoek darmkanker als deelname een gewoonte is. Bij het bevolkingsonderzoek darmkanker geldt, net als bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker dat mensen die voor het eerst uitgenodigd worden, minder deelnemen dan mensen die al vaker zijn uitgenodigd.

De invloed van de demografische ontwikkelingen en gedragsfactoren op de deelnamegraad moet worden gezien naast de wijzigingen in de bevolkingsonderzoeken zelf. Verschillende veranderingen in uitnodigingsstrategie en uitvoering van de bevolkingsonderzoeken, kunnen van invloed zijn geweest op de deelname. Over het algemeen geldt dat voor alle bevolkingsonderzoeken de gewoonte om deel te nemen de belangrijkste gedragsfactor is om daadwerkelijk deel te nemen. Er is namelijk sprake van een relatief hoge deelnametrouw, wat wil zeggen dat mensen vaak blijven deelnemen na een eerdere deelname.

### Toegankelijkheid bevolkingsonderzoeken naar kanker

Uit bovenstaande analyse blijkt dat de dalende deelname met veel factoren samenhangt en dat de trend niet eenvoudig te keren is. De

---

<sup>5</sup> In deze Kamerbrief worden de woorden *vrouw* en *vrouwen* gebruikt. Hiermee wordt verwezen naar de mensen in de doelgroep voor de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhals- en borstkanker. Deze woordkeuze dekt niet de ervaring en identiteit van iedereen in de doelgroep van de bevolkingsonderzoeken, maar hiervoor is gekozen vanwege de leesbaarheid van de brief.

inzichten zijn wel belangrijk bij het toegankelijker maken van de bevolkingsonderzoeken en de manier van communiceren erover. Uitgangspunt is dat deelname vrijwillig is en dat mensen zelf een goedgeïnformeerde keuze maken om al dan niet deel te nemen. De verwachting is dat de deelname zal stijgen als actief gestuurd wordt op het verlagen van drempels voor deelname en het verhogen van het bereik van het aanbod. In de ontwikkelagenda zijn daarom deze twee aspecten ook als belangrijke prioriteiten gesteld rond de deelname. Een voorbeeld hiervan is de versterkte inzet van de zelfafnameset bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Ik ben verheugd dat in de monitor van het RIVM van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker over 2023, voor het eerst weer een stijging te zien is in de deelname.<sup>6</sup> De verwachting is dat de inzet van de zelfafnameset hieraan heeft bijgedragen.

In het kader van het verhogen van het bereik van de bevolkingsonderzoeken voert het RIVM samen met BVO NL sinds 2023 verschillende pilots uit. Dit gebeurt in het kader van de aanpak van de drie volksziektes kanker, obesitas en dementie die nog tot en met eind 2025 loopt. De focus in deze pilots ligt op het bereiken van mensen met lage gezondheidsvaardigheden met begrijpelijke informatie over de bevolkingsonderzoeken, met als doel drempels te verlagen voor geïnformeerde besluitvorming en voor deelname aan de bevolkingsonderzoeken. In de eerdergenoemde Kamerbrieven is een toelichting gegeven op de betreffende pilots. Hieronder volgt een beknopt overzicht:

- In 2024 is de wijkgerichte aanpak gestart, waarbij door een gezondheidsvoorlichter van het RIVM voorlichting wordt gegeven in wijken- tra in wijken waarin de opkomst bij de bevolkingsonderzoeken laag is. Daarnaast wordt voorlichting gegeven op lokale evenementen en festivals en bij voedselbanken. Hierin wordt onder meer samengewerkt met gemeenten en GGD'en.
- Er zijn train-de-trainer-sessies om sociaal werkers en welzijnswerkers te trainen, zodat ook zij voorlichting kunnen geven over de bevolkingsonderzoeken ondersteund met voorlichtingsmaterialen en achtergrondinformatie.
- Er zijn posters en flyers over de bevolkingsonderzoeken verspreid onder huisartsenpraktijken in wijken waar de deelname lager is dan gemiddeld. Informatie in de flyer is beschikbaar in meerdere talen.
- De reguliere informatiematerialen, zoals de uitnodigingsfolders voor de bevolkingsonderzoeken, zijn herzien waardoor deze meer toegankelijk en begrijpelijk zijn. Dit herziene informatiemateriaal is eerst getoetst bij taalambassadeurs van stichting ABC op begrijpelijkheid en toegankelijkheid.
- Er zijn modules ontwikkeld bij Steffie.nl<sup>7</sup> die een goed bereik hebben en er is een webpagina *Eenvoudig uitgelegd* gelanceerd<sup>8</sup>, waarop onder andere ervaringsverhalen te vinden zijn.
- In het tweede kwartaal van 2025 start een campagne in samenwerking met KWF en het Nederlands Kanker Collectief (NKC)<sup>9</sup> specifiek gericht op het bereiken van mensen met lage gezondheidsvaardigheden. In de Nederlandse Kanker Agenda van het NKC wordt ook het doel gesteld om de drempels voor deelname zoveel mogelijk weg te nemen.
- Voor 2025 staat gepland om informatiematerialen in meer talen beschikbaar te stellen, de uitnodigings- en uitslagbrieven toegankelijker te maken en cultuursensitieve video's te maken over borst- en darmkanker.

<sup>6</sup> RIVM (2024), *Monitor bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 2023* <https://www.rivm.nl/documenten/landelijke-monitor-bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker-2023>

<sup>7</sup> <https://bevolkingsonderzoek.steffie.nl/nl/>

<sup>8</sup> <https://www.bevolkingsonderzoeknederland.nl/eenvoudig-uitgelegd/>

<sup>9</sup> <https://nederlandskankercollectief.nl/>

De eerste resultaten uit bovenstaande pilots zijn positief. De bezoekersaantallen op de verschillende webpagina's zijn goed, evenals de evaluaties van de bijeenkomsten in het kader van de wijkgerichte aanpak. Met deze aanpak lukt het dus steeds meer om mensen met lage gezondheidsvaardigheden te bereiken. Of met deze pilots en andere lopende interventie de dalende deelnametrend gekeerd kan worden, zal de komende jaren duidelijk worden in de jaarlijkse monitors over de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Op basis van de evaluatie van de pilots zal bekeken worden of interventies zoals de wijkgerichte aanpak en persoonlijke voorlichting na 2025 een plek verdienen in de reguliere werkzaamheden van RIVM en BVO NL. Ook zal worden bekeken of er samengewerkt kan worden met andere preventieve interventies, om versnippering in informatie zoveel mogelijk te voorkomen.

Tot slot, tijdens het tweeminutendebat over het schriftelijk overleg over het bevolkingsonderzoek borstkanker werd de suggestie gedaan om het aantal onderzoekslocaties te vergroten teneinde deelname laagdrempeliger mogelijk te maken. Gelet op de krapte op de arbeidsmarkt, waar ik later in deze brief meer over schrijf, is dit helaas vooralsnog niet te realiseren. Wel bekijken RIVM en BVO NL hoe de beschikbare capaciteit zo efficiënt mogelijk kan worden ingezet. Dit kan betekenen dat plaatsen waar mobiele onderzoekscentra altijd stonden, daar nu niet meer staan. Dat betekent soms dat vrouwen die gewend waren om in de eigen gemeente te kunnen deelnemen aan het bevolkingsonderzoek nu naar een andere gemeente moeten reizen voor hun deelname. Op dit moment zijn er ongeveer 640 standplaatsen over Nederland waar het onderzoek uitgevoerd wordt, waarbij het gedeeltelijk gaat over vaste onderzoekscentra en gedeeltelijk om mobiele centra die tussen standplaatsen wisselen.

## **Bevolkingsonderzoek borstkanker**

### Bevolkingsonderzoek borstkanker voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel

Er is de afgelopen tijd veel aandacht geweest rondom het bevolkingsonderzoek borstkanker voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Hierover heb ik uw Kamer op verschillende momenten geïnformeerd, bijvoorbeeld in de Kamerbrieven van 7 november en 6 september 2024<sup>10</sup> en tijdens het commissiedebat Medische Preventie op 21 november 2024. Hoewel het bevolkingsonderzoek ook voor deze groep vrouwen effectief is omdat het merendeel van de tumoren wordt opgespoord, betreur ik dat het voor hen minder goed werkt dan voor andere vrouwen. De roep om verbetering snap ik. In deze brief leg ik uit welke stappen hiertoe worden gezet, geef ik de gevraagde aanvullende informatie en doe ik verschillende toezeggingen af.

### *Terugkoppeling gesprek met veldpartijen*

In het najaar van 2024 heb ik toegezegd om met verschillende partijen in gesprek te gaan over het bevolkingsonderzoek borstkanker voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Dit gesprek vond op 16 december 2024 plaats. Bij het gesprek waren radiologen, oncologisch chirurgen, huisartsen, DENSE-onderzoekers, het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland, en patiëntvertegenwoordigers (waaronder Borstkankervereniging Nederland en Stichting Erfelijke Kanker) aanwezig. Ook Bevolkingsonderzoek Nederland, het RIVM en de Gezondheidsraad namen deel aan dit gesprek. Conform mijn toezegging aan uw Kamer tijdens het

<sup>10</sup> Kamerstukken II 2023/24, 32 793, nrs. 786 en 780.

commissiedebat Medische Preventie<sup>11</sup>, geef ik hierbij een terugkoppeling van dit gesprek. Daarnaast beschrijf ik mijn verdere aanpak om uitvoering te geven aan de motie van het lid Paulusma c.s. die de regering verzoekt met spoed een MRI beschikbaar te stellen voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel.<sup>12</sup>

Zoals ik ook aangaf tijdens het tweeminutendebat over het bevolkingsonderzoek borstkanker op 18 december 2024, was het gesprek met de veldpartijen open en constructief. Het bleek dat alle aanwezigen urgentie voelen om het bevolkingsonderzoek voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel te verbeteren. Tijdens het gesprek is het vooral ingezoomd op de mogelijkheden en uitdagingen om deze vrouwen aanvullende MRI-screening aan te bieden.

Een belangrijke conclusie van dit gesprek was dat er, ondanks eerder onderzoek,<sup>13</sup> nog geen gezamenlijk beeld bestaat over de beschikbare MRI-capaciteit. Sommigen aanwezigen meenden dat het realiseren van aanvullende MRI-screening haalbaar moet zijn, terwijl andere aanwezigen grote zorgen hebben geuit over mogelijke verdringing voor andere patiëntgroepen als een aanvullende MRI wordt aangeboden. Bijvoorbeeld voor vrouwen met een sterk verhoogd risico op borstkanker door erfelijke aanleg.

Tijdens het gesprek ontstond het gezamenlijke idee om het RIVM opdracht te geven een uitvoeringstoets te doen. Hier was unaniem draagvlak voor. In deze toets zal het RIVM onderzoeken hoe aanvullend MRI-aanbod wél gerealiseerd kan worden. Het RIVM zal haalbare scenario's en de gevolgen van deze scenario's in kaart brengen. Hiermee kan beoordeeld worden wat geregeld moet worden om een MRI-aanbod te realiseren voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel en of de risico's (op bijvoorbeeld verdringing in de zorg) aanvaardbaar zijn. Mijn inzet bij deze uitvoeringstoets is te kijken naar de combinatie van het rapporteren van borstdichtheid aan deelnemers van het bevolkingsonderzoek en het aanbieden van een MRI als er bij de mammografie zeer dicht borstweefsel wordt gemeten en er geen aanwijzingen voor borstkanker worden gezien. Er is tijdens het gesprek met veldpartijen door bijna alle aanwezigen met klem aangegeven dat het terugkoppelen van informatie over borstdensiteit terwijl er geen vervolgaanbod is, zeer onwenselijk is. Het terugkoppelen van deze informatie zonder vervolgaanbod zal waarschijnlijk niet leiden tot betere gezondheidsuitkomsten maar wel tot ongecontroleerde toestroom op zorg. Vrouwen zullen namelijk wel iets met de informatie willen doen en (begrijpelijkerwijs) bij hun huisarts vragen om een doorverwijzing. Dit zien we nu al gebeuren. Daarom is het belangrijk om deze informatievoorziening te koppelen aan een vervolgaanbod, en daar werk ik aan.

#### *Inhoud en planning uitvoeringstoets*

De uitvoeringstoets zal focussen op verschillende scenario's waarbij vooral wordt gekeken hoe een MRI wél kan worden aangeboden. Scenario's kunnen o.a. variëren wat betreft het MRI-protocol (en de

<sup>11</sup> TZ202411-085.

<sup>12</sup> Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 797.

<sup>13</sup> In 2022 is door KPMG onderzoek gedaan naar MRI-capaciteit. Dit onderzoek geeft een beeld van de mogelijkheden, maar roept tegelijkertijd ook aanvullende vragen op en kan op verschillende manieren worden gelezen. Het rapport waarschuwt voor verdringing, maar de omvang van die verdringing en de nadelige effecten op de zorg zijn door KPMG niet in kaart gebracht. Drie van de door KPMG onderzochte scenario's bleken niet haalbaar, en het vierde scenario alleen onder bepaalde voorwaarden (voldoende personeel, aanschaf apparatuur, verruiming openingstijden).

bijbehorende duur van het onderzoek), de lengte van het uitnodigingsinterval, MRI als vervanging van of aanvulling op de mammografie, en onderzoeklocatie (zelfstandige behandelcentra en/of ziekenhuizen). Per scenario worden de gevolgen uitgewerkt, enerzijds op basis van wat in de wetenschappelijke literatuur bekend is over de gerealiseerde gezondheidswinst, effectiviteit en het risico op foutpositieve uitslagen, anderzijds op de beschikbare capaciteit. Per scenario worden ook de uitvoeringsconsequenties en kosten beschreven. Tijdens het gesprek met veldpartijen is vooral vanuit patiëntperspectief nadrukkelijk opgeroepen om ook naar tijdelijke, sneller te implementeren scenario's te kijken, bijvoorbeeld met pilots of regionale implementatie. Dit zal het RIVM ook meenemen in de uitvoeringstoets. De onderzoeksvragen worden momenteel nader uitgewerkt en het plan van aanpak wordt geschreven.

De verschillende partijen die aanwezig waren op 16 december 2024 hebben onderstreept dat de uitvoeringstoets een gezamenlijk beeld moet opleveren. Dit is van groot belang omdat er op basis van eerder onderzoek juist verschillende beelden bestaan over bijvoorbeeld de beschikbare MRI-capaciteit en het risico op verdringing in de zorg. Om te zorgen dat er na deze uitvoeringstoets wel een gezamenlijk beeld is over hoe MRI-aanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel gerealiseerd kan worden, zal nauw worden afgestemd met verschillende betrokken partijen. Degenen die aanwezig waren bij het overleg op 16 december zijn betrokken bij het inventariseren van de onderzoeksvragen en zullen gedurende het traject betrokken worden om ervoor te zorgen dat de resultaten zoveel mogelijk gezamenlijk gedragen worden.

Het RIVM heeft aangegeven dat de toets vanaf de start ongeveer een halfjaar in beslag neemt. Ik verwacht de resultaten kort na de zomer van 2025, en die zal ik vanzelfsprekend met uw Kamer delen. Vervolgens kan op basis van de uitkomsten het meest passende scenario voorgelegd worden voor (financiële) besluitvorming. Op dit moment is er namelijk nog geen financiële dekking voor aanvullend MRI-aanbod in het bevolkingsonderzoek borstkanker. Indien tot één van de scenario's wordt besloten, kan de voorbereiding en de implementatie starten. Bij implementatie in de screening komen verschillende stappen kijken, zoals het contracteren van zorginstellingen, het opstellen van kwaliteitsrichtlijnen, het aanpassen van ICT-systemen, het ontwikkelen van informatiemateriaal, advisering door de Gezondheidsraad en vervolgens vergunningverlening. Een mogelijke implementatie zal naar verwachting enkele jaren in beslag nemen. Ik realiseer me dat dit geen oplossing biedt voor de korte termijn en dat vind ik pijnlijk. Daarom is het goed dat het RIVM in de uitvoeringstoets ook kijkt of er op de korte termijn mogelijkheden zijn, ook al is de verwachting niet dat er een eenvoudige oplossing is die direct geïmplementeerd kan worden. Met dit traject beogen we sneller resultaat te behalen dan het afwachten van de DENSE-2 studieresultaten over contrastmammografie (CEM) en verkorte MRI. Deze studie loopt namelijk nog tot 2031, waarna advisering en besluitvorming plaatsvindt en vervolgens implementatie die ook nog enkele jaren in beslag zou nemen. Vanzelfsprekend blijft deze studie wel relevant voor verdere verbetering van het bevolkingsonderzoek borstkanker voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel op langere termijn.

#### *Duiding financiële gevolgen van de scenario's*

Zoals aangegeven is er op dit moment nog geen financiële dekking voor aanvullend MRI-aanbod in het bevolkingsonderzoek borstkanker. Voor een inschatting van de kosten wordt uitgegaan van een bedrag dat is gebaseerd op eerder onderzoek. Bij deze inschatting is uitgegaan van een interval tussen twee MRI-rondes van vier jaar en het zogenaamde

volledige MRI-protocol dat is onderzocht in de eerdere DENSE-studie. In het KPMG-rapport uit 2022 wordt voor dit scenario een globale kostenraming gegeven ter hoogte van € 10 miljoen per jaar, alleen voor de uitvoering van de MRI-scans. In de verkorte uitvoeringstoets van het RIVM uit 2020 wordt een uitgebreidere raming gegeven van dit scenario ter hoogte van € 13 miljoen per jaar.<sup>14</sup> Deze prognoses zijn gecorrigeerd en aangevuld met kosten voor vervolgzorg, implementatie en coördinatie door RIVM en uitvoeringsorganisatie Bevolkingsonderzoek Nederland (BVO NL). Dit maakt de kosten geraamd worden op structureel € 16,5 miljoen per jaar.

In mijn gesprek met de veldpartijen werd duidelijk dat dit scenario momenteel het meest voor de hand ligt. In de nabije toekomst worden optimalisaties van dit scenario verwacht. De uitvoeringstoets zal verder uitwijzen welke mogelijkheden de beschikbare MRI capaciteit biedt voor de uitvoering van aanvullende MRI's en hoe zich dat ontwikkelt over tijd.

#### *Omgang met borstdensiteit in het bevolkingsonderzoek in andere Europese landen*

In de beantwoording van het schriftelijk overleg op 19 november 2024 heb ik toegezegd uit te zoeken hoe in verschillende Europese landen wordt omgegaan met borstdensiteit in de borstkankerscreening. Het RIVM heeft hierover in hun internationale netwerk navraag gedaan. Concreet is uitgevraagd of in andere landen in de screening densiteit wordt gemeten en gerapporteerd en of er handelingsopties zijn voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Deze uitvraag heeft onderstaande informatie opgeleverd. Het is belangrijk hierbij te vermelden dat de organisatie van bevolkingsonderzoek per land sterk verschilt, en dat er soms regionale verschillen zijn binnen landen omdat het bevolkingsonderzoek per regio wordt georganiseerd. Ook verschilt per land hoe borstdichtheid wordt gemeten, soms gebeurt dat met software en soms bepaalt de betreffende radioloog. Tot slot kan verschillen welke vrouwen borstdichtheid gerapporteerd krijgen en voor wie een vervolgaanbod geldt (soms vrouwen met «dicht» en «zeer dicht» borstweefsel, soms alleen vrouwen met «zeer dicht» borstweefsel).<sup>15</sup>

- In **Zweden** maakt borstdichtheid geen onderdeel uit van de screening omdat er geen consensus is over wanneer iemand in de groep «(zeer) dicht borstweefsel» valt en omdat er geen overeenstemming is over een goede alternatieve screeningsmethode voor deze groep.
- In **Noorwegen** maakt borstdichtheid ook geen onderdeel uit van de screening om vergelijkbare redenen. Er wordt hier wel onderzoek gedaan om de borstkankerscreening te personaliseren op basis van het genetisch risico van de deelnemer op borstkanker.
- In **Italië** zijn grote regionale verschillen. In sommige regio's is er aanvullend aanbod (digital breast tomosynthesis; DBT) voor vrouwen met (zeer) dicht borstweefsel. In andere regio's wordt dichtheid helemaal niet gemeten en is er dus ook geen vervolgaanbod. En in weer andere regio's is er wel een meting maar verschilt het per radioloog of borstdichtheid wordt teruggekoppeld en of vervolgonderzoek wordt aangeboden. MRI wordt niet aangeboden aan vrouwen met

<sup>14</sup> RIVM (2020) *Verkorte uitvoeringstoets aanvulling bevolkingsonderzoek borstkanker met MRI*. <https://www.rivm.nl/publicaties/verkorte-uitvoeringstoets-aanvulling-bevolkingsonderzoek-borstkanker-met-mri-voor>

<sup>15</sup> Borstdichtheid wordt in vier categorieën ingedeeld: A tot en met D. Bij vrouwen met categorie D is sprake van zeer dicht borstweefsel. Dat is 8% van de doelgroep en voor hen zoeken we naar verbeteringen in het bevolkingsonderzoek. Sommige landen rapporteren borstdichtheid ook aan vrouwen met categorie C borstdichtheid («heterogeen dicht borstweefsel»), dat betreft ongeveer 33% van de doelgroep.

zeer dicht borstweefsel, onder andere omdat er niet genoeg capaciteit is en dit niet als duurzame oplossing wordt gezien.

- In **Frankrijk** wordt de dichtheid van borstweefsel niet systematisch gemeten in het borstkankerscreeningsprogramma. Tijdens de eerste lezing kan de radioloog, als de analyse van de mammografie wordt belemmerd door een zeer hoge borstdichtheid, een extra echo aanbieden.
- In **Oostenrijk** wordt borstdensiteit gemeten in de screening. Oostenrijk is het enige land met een gestructureerd ingericht vervolgaanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel, zij krijgen namelijk een aanvullende echo aangeboden.
- In **Duitsland** wordt borstdensiteit niet systematisch gemeten en geregistreerd, het maakt dus geen onderdeel uit van de screening. Hier loopt wel onderzoek naar.
- In **België** geldt dat er geen afwijkend traject is voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Incidenteel wordt een extra echo (geen MRI) aangeboden, maar dat is buiten de screening. In Vlaanderen wordt de borstdichtheid niet gerapporteerd.
- In **Australië** is het verplicht om densiteit te benoemen bij de screening, maar wordt niet standaard een vervolgonderzoek aangeboden. Vrouwen overleggen met hun huisarts of zij worden doorverwezen en zo ja, of ze een MRI of echo krijgen.
- In **Canada** zijn ook grote regionale verschillen, maar wordt in de meeste regio's borstdichtheid gemeten bij de borstkankerscreening. Vrouwen met zeer dicht borstweefsel komen vervolgens meestal in aanmerking voor frequentere screening met mammografie. In één regio (Ontario) gaat gestart worden met MRI-aanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel.
- In de **VS** wordt borstdichtheid wel gemeten en gerapporteerd, maar er is geen standaard vervolgaanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel.

#### *Informatievoorziening borstdichtheid*

Een bevolkingsonderzoek is nooit waterdicht. In elk bevolkingsonderzoek worden helaas tumoren gemist. Zoals gezegd, betreur ik het dat bij vrouwen met zeer dicht borstweefsel gemiddeld genomen meer tumoren worden gemist. In de brief met de uitslag die vrouwen ontvangen, wordt aangegeven dat de uitslag geen volledige zekerheid geeft. Hierin wordt vermeld dat niet alle afwijkingen worden gevonden en dat van de 10 gevallen borstkanker er gemiddeld 3 niet worden ontdekt. Ook in de folder voor mensen die voor het eerst een uitnodiging krijgen wordt uitgelegd dat een deel van de tumoren gemist wordt. Om die reden wordt in alle informatiematerialen benadrukt dat mensen bij klachten direct naar de huisarts moeten gaan.

Helaas heb ik signalen ontvangen over ongewenst gedrag richting personeel van BVO NL dat het bevolkingsonderzoek borstkanker uitvoert. Dit lijkt te zijn toegenomen naar aanleiding van de recente aandacht voor het bevolkingsonderzoek voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Een aantal cliënten is bezorgd en op zoek naar gegevens over de dichtheid van hun borstweefsel. In een enkel geval blijft de cliënt vragen stellen en frustratie uiten richting personeel. Dat veroorzaakt soms lastige situaties, ook omdat de laboranten in de (mobiele) onderzoekscentra het mammogram alleen maken: zij beoordelen deze niet en weten dus niets over de borstdichtheid. Het is begrijpelijk dat er vragen zijn bij cliënten hierover. In dergelijke gevallen voeren laboranten het gesprek met cliënten met zorgvuldigheid, maar met deze vragen kunnen zij cliënten helaas niet helpen. Het is belangrijk om te blijven benadrukken dat het huidige bevolkingsonderzoek een goed programma is dat voor de hele

doelgroep van meerwaarde is, ook voor de groep vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Ook bij deze groep worden de meeste tumoren via het onderzoek opgespoord.

BVO NL probeert vragen bij cliënten zo goed mogelijk te ondervangen. Door nieuwsberichten en andere vormen van informatievoorziening heeft BVO NL nadrukkelijk aangegeven wat zij wel en niet kunnen doen bij vragen en verzoeken rondom densiteit. Er zijn verschillende FAQs ontwikkeld voor de medewerkers bij de klantenservice en in de (mobiele) onderzoekscentra. Ook zijn posters en flyers verspreid in de centra. Zo kunnen cliënten in de wachtruimte de informatie over het niet meten van densiteit van het borstweefsel in het bevolkingsonderzoek tot zich nemen.

Ook het RIVM communiceert over borstdensiteit via hun website. Op de pagina met actuele ontwikkelingen wordt hier informatie over gegeven. Ook is er een uitgebreide pagina over de DENSE/DENSE-2 studie. Tijdens het gesprek dat ik heb gevoerd met het RIVM en verschillende veldpartijen kwam ook het belang van informatie over andere risicofactoren voor borstkanker ter sprake. Ook hierover communiceert het RIVM op hun website, specifiek op de pagina Kans op borstkanker.<sup>16</sup> Erfelijke belasting heeft op deze pagina ook een plek. Het RIVM gaat na op welke manier zij deze informatie op de website meer naar voren kan brengen.

Communicatie brengt echter vaak dilemma's met zich mee. Er is veel relevante informatie over borstkanker en het bevolkingsonderzoek. In de folders, uitnodigings- en uitslagbrieven moet vooral de belangrijkste informatie compact en begrijpelijk worden overgebracht. Vrouwen die meer willen weten kunnen op de websites van het RIVM en BVO NL aanvullende informatie vinden over borstdensiteit en andere risicofactoren. Op deze manier is de informatievoorziening gelaagd vormgegeven.

#### Uitnodigingsinterval bevolkingsonderzoek borstkanker

In de Stand van zakenbrief moties en toezeggingen kerstreces 2024 aan uw Kamer heb ik het huidige interval tussen twee uitnodigingen voor het bevolkingsonderzoek borstkanker weergegeven.<sup>17</sup> Dat ligt op dit moment rond de 2,5 jaar in plaats van de oorspronkelijk 2 jaar, waarbij met name in de regio zuid-west het interval hoger ligt dan in andere regio's. Vanwege de tekorten op de arbeidsmarkt houdt het vertraagde interval tussen twee uitnodigingen aan. De afgelopen jaren is uw Kamer twee keer per jaar geïnformeerd over de ontwikkelingen rond het uitnodigingsinterval en alle verschillende interventies die door RIVM en BVO NL zijn uitgevoerd om dit interval in te korten. De afgelopen twee jaar daalde het interval tussen twee uitnodigingen dan ook. In de brief van 7 november 2024 schreef ik dat de verwachting is dat het interval zal stabiliseren rond de 28 maanden en wellicht zal toenemen. De reden voor deze verwachting was dat de potentiële mogelijkheden om het uitnodigingsinterval verder naar beneden te brengen inmiddels allemaal zijn ingezet, en dat we te maken hebben met hardnekkige arbeidsmarktproblematiek in combinatie met een steeds grotere doelgroep en de hoge uitstroom bij BVO NL. Helaas lijkt deze verwachting te kloppen. Of het interval daadwerkelijk gaat toenemen houden we scherp in de gaten, ook omdat dit samenhangt met hoeveel mensen daadwerkelijk gaan deelnemen.

Het terugbrengen van het uitnodigingsinterval is een ingewikkeld vraagstuk. Enerzijds zou ik het interval zo snel mogelijk weer terug willen hebben op de oorspronkelijke twee jaar, anderzijds geven RIVM en BVO

<sup>16</sup> <https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-borstkanker/over-borstkanker/kans-op-borstkanker>

<sup>17</sup> Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 151.

NL aan dat alle relevante interventies reeds zijn ingezet de afgelopen jaren en dat het simpelweg niet goed lukt voldoende personeel te werven en op te leiden. Het gehele proces is daarnaast ook al flink geoptimaliseerd. Er zijn dus geen mogelijkheden om op korte termijn het interval versneld terug te brengen naar twee jaar. Daarbovenop komt dat de IGJ eerder dit jaar al concludeerde in hun rapport dat er te weinig aandacht is voor de werkdruk van medewerkers van BVO NL en er te veel nadruk ligt op het inhalen van achterstanden en het inkorten van het uitnodigingsinterval.<sup>18</sup> De hoge werkdruk onder medewerkers kan weer ten koste gaan van werkplezier en de uitstroom van mensen verhogen. De hoge werkdruk gaat daarnaast ten koste van de tijd die medewerkers hebben om vrouwen goed te helpen en eventuele vragen of zorgen te beantwoorden, met als mogelijke gevolgen dat vrouwen negatievere ervaringen hebben met deelname en meer pijn ervaren.

Samen met RIVM en BVO NL ben ik continu in overleg over dit dilemma en de gevolgen van het vertraagde uitnodigingsinterval. Zo denken we na over een herziening van het uitnodigingsbeleid, waarbij vrouwen die eerder terecht willen bijvoorbeeld verder kunnen reizen. Dit kan nivellerend werken tussen de verschillende regio's. Daarnaast blijven we erop sturen dat het merendeel van de mensen binnen een periode van 2,5 jaar kan rekenen op een vervolguitnodiging. Uit een voorlopige rapportage over het jaar 2024 ligt dat aandeel op 74%, maar er bestaan dus regionale verschillen. Ik zal uw Kamer op de hoogte blijven houden van de voortgang rond het uitnodigingsinterval.

#### *Samenwerking zelfstandige behandelcentra*

Tijdens het tweeminutendebat over het schriftelijk overleg over het bevolkingsonderzoek borstkanker, heb ik toegezegd toe te lichten wat in het verleden is gedaan om te kijken of zelfstandige behandelcentra kunnen bijspringen om het interval in te korten. Hierover was verwarring tijdens het debat. Er is op de markt inderdaad veel commercieel MRI-aanbod, maar het bevolkingsonderzoek wordt uitgevoerd door middel van mammografie. Voor een mammografie geldt dat deze wordt uitgevoerd na een verwijzing door een huisarts of in het bevolkingsonderzoek. Voor zover bekend is er geen commercieel mammografie-aanbod. In 2020 en 2021 heeft het RIVM een verkenning uitgevoerd bij ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra om te bekijken of ondersteuning vanuit die centra verleend kan worden voor het inkorten van het uitnodigingsinterval, bijvoorbeeld door het uitlenen van personeel. In veel gevallen is deze samenwerking niet tot stand gekomen, omdat het schaarse personeel toch nodig was in de eigen instelling of omdat er geen gelegenheid en animo was om de benodigde aanvullende training te volgen. In slechts enkele gevallen is er personeel uit ziekenhuizen ingezet voor het bevolkingsonderzoek. Helaas is het dus niet mogelijk gebleken om met de hulp van zelfstandige behandelcentra en ziekenhuizen het uitnodigingsinterval versneld in te korten. Hierover is uw Kamer in het verleden ook geïnformeerd.

#### *Communicatie vertraagd uitnodigingsinterval*

In de beantwoording van het schriftelijk overleg op 19 november 2024 heb ik toegezegd om met RIVM en BVO NL in gesprek te gaan over hoe aan vrouwen gecommuniceerd wordt over het verlengde uitnodigingsinterval. Omdat dit vertraagde uitnodigingsinterval al een aantal jaren aan de orde

<sup>18</sup> IGJ (2024) *Kwaliteit uitvoering bevolkingsonderzoek borstkanker voldoende maar onder druk*. <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2024/07/16/kwaliteit-uitvoering-bevolkingsonderzoek-borstkanker-voldoende-maar-onder-druk>

is, is ervoor gekozen deze informatie niet langer meer op te nemen in de uitnodigingsbrief, ook met het oog op de beknoptheid en begrijpelijkheid van de brief. Wel wordt in de brief benadrukt dat je bij klachten altijd direct contact moet opnemen met de huisarts. Verder wordt op verschillende webpagina's toelichting gegeven over het vertraagde uitnodigingsinterval. Er is door het RIVM een aparte pagina aan gewijd, zodat mensen deze informatie wel altijd kunnen vinden.<sup>19</sup>

#### Inzet AI in het bevolkingsonderzoek borstkanker

De motie van de leden Slagt-Tichelman en Westerveld verzoekt de regering om het veld te faciliteren voor de inzet van artificiële intelligentie (AI) bij het bevolkingsonderzoek borstkanker voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel.<sup>20</sup> Zoals aangegeven tijdens het tweeminutendebat, interpreteer ik de motie als een belangrijk signaal voor het verder inzetten van AI in het bevolkingsonderzoek. In mijn brief aan uw Kamer van 7 november 2024 en in de brief van de voormalig Minister voor Medische Zorg van 12 juni 2024<sup>21</sup> is toegelicht hoe de verdere voorbereidingen van de inzet van AI in het bevolkingsonderzoek vormgegeven wordt. De Gezondheidsraad adviseerde namelijk in het advies van maart 2024 hiertoe voorbereidingen te treffen.<sup>22</sup> AI biedt mogelijk kansen om het huidige bevolkingsonderzoek met mammografie voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel te verbeteren. Daarom is het zo belangrijk dat we op dit onderwerp niet stil staan. Los van de voorbereidingen die reeds in gang zijn gezet en lopen tot eind van het jaar, bekijk ik samen met het RIVM de (financiële) gevolgen van de inzet van AI op de langere termijn, zodat ik op zoek kan gaan naar dekking voor de verdere uitrol van AI. De verwachting is dat AI op z'n vroegst in 2027 ingezet kan worden in het bevolkingsonderzoek, omdat de inzet van AI eerst getoetst wordt binnen de kader van het bevolkingsonderzoek borstkanker. Conform mijn eerdere toezegging zal ik uw Kamer hierover op de hoogte houden.

#### **Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker**

##### Deelname bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Tijdens het commissiedebat Medische Preventie heb ik met uw Kamer onder meer gesproken over de deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Zoals eerder in deze brief benoemd, liet de deelname over de jaren een geringe maar gestage daling zien. In 2023, het eerste jaar waarin de zelfafnameset breder wordt ingezet, lijkt deze trend gekeerd. Deze toename is het hoogst bij de jongste leeftijdsgroep (30–34-jarigen), van 41% deelname in 2022 naar 48% in 2023. Deze groep ontvangt sinds de zomer van 2023 de zelfafnameset direct bij de eerste uitnodiging. Daarnaast is er in 2024 een mediacampagne gevoerd door RIVM, BVO NL en KWF om de lage deelname onder de aandacht te brengen.

Op 20 januari 2025 is een vervolgcampagne gelanceerd die wederom gericht is op de jongste vrouwen uit de doelgroep. Deze campagne luidt «Doe het vandaag!».<sup>23</sup> Uit onderzoek uit 2022 blijkt dat 79% van de 30 tot 34-jarigen graag mee wil doen aan het bevolkingsonderzoek, maar dat

<sup>19</sup> <https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-borstkanker/mammografie/later-uitgenodigd>

<sup>20</sup> Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 801

<sup>21</sup> Kamerstukken II 2023/24, 32 793, nr. 773

<sup>22</sup> Gezondheidsraad (2024) *Verbetermogelijkheden voor het bevolkingsonderzoek borstkanker*. <https://www.gezondheidsraad.nl/onderwerpen/bevolkingsonderzoek/alle-adviezen-over-bevolkingsonderzoek/verbetermogelijkheden-voor-het-bevolkingsonderzoek-borstkanker>

<sup>23</sup> <https://bmhk.nl/vandaag/>

van deze groep slechts 48% daadwerkelijk deelneemt. Met de campagne wordt beoogd het verschil tussen deelname-intentie en daadwerkelijke deelname kleiner te maken. Richting deze doelgroep is de communicatie vanuit het RIVM daarom ook meer stimulerend.

Tijdens het commissiedebat Medische Preventie werd gevraagd naar welk deelnamecijfer ik streef. Zoals eerder aangegeven, streef ik niet naar een concreet deelnamecijfer, maar naar een goedgeïnformeerde deelname en het verlagen van drempels tot deelname. Ik streef er dan ook naar om het gat tussen deelname-intentie en daadwerkelijke deelname te verkleinen, want dat is precies de groep waarvan we willen dat ze deelnemen. De WHO heeft zichzelf tot missie gesteld om baarmoederhalskanker te elimineren, onder andere door bevolkingsonderzoek. In Nederland bestaat een vooraanstaand bevolkingsonderzoek waarbij we nu de deelname weer zien stijgen. Desalniettemin zie ook ik nog altijd ruimte voor verbetering. Daarom ben ik blij met de interventies van het RIVM en BVO NL, zoals hierboven beschreven.

#### *Kanttekeningen bij deelnamecijfers bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker*

De deelname over 2022 en 2023 laat zich niet één op één vergelijken met de cijfers van voorgaande jaren. De groep deelnemers is immers anders samengesteld omdat in 2017 het uitnodigingsschema van het bevolkingsonderzoek is gewijzigd. Het effect daarvan werd voor het eerst zichtbaar in 2022. Sinds 2022 krijgen 45- en 55-jarigen alleen een uitnodiging, wanneer zij op 40- en 50-jarige leeftijd niet hebben deelgenomen of wanneer zij op die leeftijd een positieve HPV-test hadden. De deelname van vrouwen uit deze leeftijdsgroep (die dus voor een groot deel eerder ook al niet deelnamen) is relatief laag (29% in 2023) en drukt daarmee op het totale deelnamecijfer. Daarentegen worden 65-jarigen die een HPV-positieve uitslag hadden op de leeftijd 60 maar niet zijn doorgestuurd naar de gynaecoloog vanaf 2022 wel uitgenodigd. De deelname van deze groep vrouwen is relatief hoog (79% in 2023). Dit heeft een positieve invloed op het totale deelnamecijfer van het bevolkingsonderzoek.

Een andere kanttekening bij de deelnamegraad is dat in de jaren die volgen op de uitnodiging de deelname nog verder toeneemt. De praktijk laat namelijk zien dat vrouwen vaak lang wachten met het maken van een afspraak met de huisarts of het insturen van de zelfafnameset. Daarom worden de deelnamecijfers gedurende de vijf jaren die volgen op het uitnodigingsjaar nog steeds gemonitord. In de monitor van het RIVM wordt steeds één vast peilmoment gekozen (peilperiode 15 maanden: januari 2023 t/m maart 2024), op dit moment was de deelname in 2023 49,7%. We rapporteren aan uw Kamer vaak dit cijfer. Daarnaast wordt in de monitor de ontwikkeling van de deelname in eerdere jaren over tijd weergegeven. Zo zie je dat de deelname bij uitnodigingen in 2019 over de peilperiode van 15 maanden 55,6% was, maar inmiddels, over een peilperiode van 63 maanden 64,9%. Ook in de andere jaren neemt de deelname over tijd nog fors toe, dat is in deze tabel uit de monitor van het RIVM over 2023 goed zichtbaar.

**Figuur 2: Deelnamegraad primair onderzoek bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, naar leeftijd en jaar.**

|                   | 2019  |       | 2020  |       | 2021  |       | 2022  |       | 2023              |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------|
| Peilperiode (mnd) | 15    | 63    | 15    | 51    | 15    | 39    | 15    | 27    | 15 (n=deelnemers) |
| Leeftijd (jaar)   |       |       |       |       |       |       |       |       |                   |
| 30-34             | 45%   | 63%   | 40%   | 63%   | 44%   | 61%   | 41%   | 51%   | 48% n=63.780      |
| 35-39             | 50%   | 63%   | 44%   | 65%   | 49%   | 64%   | 44%   | 52%   | 48% n= 60.456     |
| 40-44             | 56%   | 66%   | 49%   | 66%   | 54%   | 66%   | 49%   | 55%   | 52% n= 59.852     |
| 45-49*            | 59%   | 66%   | 52%   | 67%   | 56%   | 66%   | 27%   | 31%   | 29% n= 14.334     |
| 50-54             | 60%   | 67%   | 53%   | 68%   | 58%   | 68%   | 54%   | 60%   | 57% n= 66.011     |
| 55-59*            | 60%   | 65%   | 55%   | 67%   | 60%   | 67%   | 27%   | 29%   | 29% n= 13.564     |
| 60-64             | 60%   | 63%   | 53%   | 63%   | 59%   | 65%   | 56%   | 59%   | 60% n= 72.847     |
| 65-69*            | -     | -     | -     | -     | -     | -     | 80%   | 83%   | 79% n= 1.934      |
| Totaal            | 55,6% | 64,9% | 49,2% | 65,6% | 54,3% | 65,4% | 45,7% | 51,7% | 49,7% n= 352.778  |

\* Vanwege een wijziging in het uitnodigingschema, zijn de leeftijdsgroepen 45-49, 55-59 en 65-69 vanaf 2022 anders samengesteld dan voorheen (zie context 1.1). Dit heeft invloed op de deelnamegraad.

*Beschermingsgraad*

Een andere indicator dan de deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is de zogenoemde beschermingsgraad. De beschermingsgraad geeft namelijk ook inzicht in vrouwen die buiten het bevolkingsonderzoek om getest worden in de zorg, of bij wie de baarmoeder is verwijderd. In de beschermingsgraad wordt bovendien rekening gehouden met de hierboven beschreven wijzigingen in het uitnodigingsschema. De beschermingsgraad geeft daarmee het totaal percentage van personen uit de doelgroep dat is beschermd tegen het krijgen van baarmoederhalskanker.

Deze indicator is ook interessant omdat het uitnodigingsinterval van het bevolkingsonderzoek relatief lang is (vijf of tien jaar) en omdat vrouwen via het bevolkingsonderzoek informatie krijgen met welke klachten zij zich in de tijd tussen de screenings tot de huisarts moeten wenden. Dit gebeurt dan ook regelmatig. De beschermingsgraad was over 2023 71,0%. In 2022 was dit 69,4%. Dit is aanzienlijk hoger dan de deelnamegraad.

Uitstrijkje na HPV-positieve zelfafnameset

Tijdens het commissiedebat Medische Preventie is gesproken over de groep vrouwen die deelneemt met de zelfafnameset, maar bij een afwijkende uitslag niet deelnemen aan het vervolg. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker verloopt via een aantal stappen waarbij op basis van het geconstateerde risico een vervolgstap volgt, waarna uiteindelijk al dan niet verwijzing naar de zorg plaatsvindt. Vrouwen die deelnemen met een zelfafnameset krijgen een uitslag die aangeeft of zij wel of niet positief testen voor HPV. Om het risico op baarmoederhalskanker beter te duiden is een uitstrijkje bij de huisarts nodig en wordt gecontroleerd op afwijkende cellen (cytologie). Het is niet mogelijk om op het materiaal van de zelfafnameset een cytologische beoordeling uit te voeren, daarom is een uitstrijkje bij de huisarts alsnog nodig. Op het peilmoment van de monitor had 79,4% van de deelnemers met een positieve HPV-uitslag met de zelfafnameset een uitstrijkje bij de huisarts laten maken. Ongeveer 20% had dit (nog) niet gedaan. Voorgaande jaren laten zien dat dit percentage in de tijd verder oploopt, naar verwachting naar ongeveer 90%. Tijdens het debat werd gevraagd wanneer hier nieuwe cijfers over bekend zouden zijn. Op basis van kortcyclische monitoring van het RIVM zien we dat, net als in voorgaande jaren, de follow-up na een HPV positieve zelfafnameset toeneemt (naar 87% na 24 maanden). In de monitor over 2024, die in het najaar van 2025 verschijnt worden de tot dan toe laatste cijfers ook gedeeld.

Het afvallen van deelnemers per stap van het bevolkingsonderzoek is een belangrijk aandachtspunt. Het gaat immers om deelnemers waarbij al een verhoogd risico is gesignaleerd. Verkend wordt welke mogelijkheden er zijn om dit «afhaken» zoveel mogelijk tegen te gaan.

### Adviesaanvraag Gezondheidsraad

In december 2024 heb ik de Gezondheidsraad gevraagd om het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker te evalueren op basis van de stand van de wetenschap. Eén van de aanleidingen om dit advies nu te vragen is dat sinds 2023 gevaccineerde vrouwen worden uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek, wat aanleiding kan zijn om de screeningsstrategie voor hen te wijzigen. Verder is er een aantal andere aanpassingen in het bevolkingsonderzoek doorgevoerd sinds het advies van de Gezondheidsraad uit 2021<sup>24</sup>, zoals de bredere inzet van de zelfafnameset en het veranderen van het verwijzingsschema. Deze aanpassingen kunnen ook worden geëvalueerd. De Gezondheidsraad is inmiddels gestart met de voorbereiding van het advies. Mijn adviesaanvraag treft u als bijlage bij deze brief aan.

### **Bevolkingsonderzoek darmkanker**

#### Startleeftijd

Tijdens het commissiedebat Medische Preventie heb ik toegezegd nogmaals te kijken naar het advies van de Gezondheidsraad uit 2022 over het bevolkingsonderzoek darmkanker waarin de Raad adviseert een proefbevolkingsonderzoek uit te voeren naar de verlaging van de startleeftijd naar 50 jaar.<sup>25</sup> Daarnaast heb ik toegezegd om de mogelijkheden hiervoor te verkennen en daarbij de wensen en vragen van uw Kamer mee te nemen.<sup>26</sup>

De Gezondheidsraad adviseerde in 2022 de deelnameleeftijd niet te veranderen, omdat daardoor de kosteneffectiviteit en de nut-risico-verhouding van het programma veranderen. Wel ziet de Raad dat enige gezondheidswinst in de groep van 50–54-jarigen blijft liggen. Daarom is het advies van de Raad om een proefbevolkingsonderzoek uit te voeren met een eenmalige ontlastingstest op 50 jaar, voordat men deelneemt aan het reguliere bevolkingsonderzoek vanaf 55. Eerder is besloten dit proefbevolkingsonderzoek niet uit te voeren. Zoals gezegd, ben ik bereid nogmaals te kijken naar dit advies en te bezien of het mogelijk is toch een proefbevolkingsonderzoek op te zetten. Dit op verzoek van uw Kamer en de op 19 november 2024 aan uw Kamer aangeboden petitie van het MDL Fonds die ruim 53.000 keer is ondertekend en onder andere gesteund wordt door de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL).

Om de mogelijkheden voor een proefbevolkingsonderzoek verder in kaart te brengen, heb ik het RIVM gevraagd een uitvoeringstoets te doen. Met deze uitvoeringstoets moet duidelijk worden of een proefbevolkingsonderzoek haalbaar is. In een aantal regio's is er namelijk een tekort aan coloscopiecapaciteit in de vervolgzorg. Het zal daarmee niet zomaar

<sup>24</sup> Gezondheidsraad (2021), *Verbetermogelijkheden bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker*. <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2021/10/19/verbetermogelijkheden-bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker>

<sup>25</sup> Gezondheidsraad (2022) *Evaluatie en optimalisatie van het bevolkingsonderzoek darmkanker*. <https://www.gezondheidsraad.nl/onderwerpen/bevolkingsonderzoek/documenten/adviezen/2022/12/14/advies-evaluatie-en-optimalisatie-van-het-bevolkingsonderzoek-darmkanker>

<sup>26</sup> TZ202411-086.

mogelijk zijn om proefbevolkingsonderzoek uit te voeren met een grotere doelgroep voor het bevolkingsonderzoek, omdat daarmee ook meer vervolgzorg gepaard gaat. In de uitvoeringstoets wordt ook bekeken welke voorbereidingen noodzakelijk zijn voor een proefbevolkingsonderzoek, welke kosten er precies mee gepaard gaan en of er eventuele zorgkosten bespaard worden met een aanpassing van de startleeftijd. Ik heb het RIVM gevraagd om de uitvoerbaarheid van verschillende scenario's in kaart te brengen, ook conform het verzoek van uw Kamer. Mogelijke scenario's worden gevormd door een proefbevolkingsonderzoek in enkele regio's of een landelijk proefbevolkingsonderzoek. Daarnaast kan het gaan om een proefbevolkingsonderzoek met een eenmalige ontlastingstest op de leeftijd van 50 jaar voorafgaand aan de reguliere tweejaarlijkse screening vanaf 55 jaar (conform het advies van de Gezondheidsraad), of met een structurele verlaging van de startleeftijd naar 50 jaar. In dat laatste geval gaat het dus om het toevoegen van twee screeningsrondes in plaats van één. Samen met het RIVM zal worden bekeken welke scenario's het meest kansrijk zijn, die zullen worden meegenomen in de uitvoeringstoets.

Ik heb het RIVM gevraagd bij de uitvoering van deze toets alle relevante partijen te betrekken. Afhankelijk van de uitkomsten van deze uitvoeringstoets zal ik overgaan tot (financiële) besluitvorming, er is immers nog geen dekking beschikbaar. Bij de uitvoering van het proefbevolkingsonderzoek zal de Gezondheidsraad gevraagd worden te adviseren over de vergunningverlening op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek. Ik verwacht de resultaten van de uitvoeringstoets in het eerste kwartaal van 2026.

Tijdens het commissiedebat zijn door uw Kamer voorstellen gedaan voor financiële dekking voor dit proefbevolkingsonderzoek. Allereerst is gesproken over het inzetten van de onderuitputting bij uitvoeringsorganisatie BVO NL. Conform de begrotingsregels is het niet toegestaan om een intensivering (nieuw beleid) te dekken met een meevaller. De intensivering heeft daarnaast een structureel karakter, terwijl een meevaller incidenteel is. Bovendien is het niet zo dat eventuele onderuitputting bij BVO NL automatisch leidt tot een meevaller op de Rijksbegroting. In de begroting houden we namelijk altijd rekening met enige onderuitputting op basis van de realisatiecijfers uit het verleden. Afrekening vindt altijd plaats op basis van daadwerkelijk gerealiseerde kosten. Daarnaast is de suggestie gedaan om financiële dekking te realiseren door het verlagen van de eindleeftijd voor deelname aan het bevolkingsonderzoek. Hier kan ik echter niet zonder meer in mee gaan. Allereerst grijpt een dergelijke aanpassing in op de effectiviteit en de nut-risicoverhouding van het bevolkingsonderzoek. Ik zou dit soort besluiten niet nemen zonder daarover een advies van de Gezondheidsraad te hebben gehad. In het laatste advies uit 2022 adviseert de Gezondheidsraad de eindleeftijd niet te wijzigen. Op dit moment is onvoldoende nieuwe informatie beschikbaar om de Gezondheidsraad opnieuw te vragen om te adviseren over de deelnameleeftijden van het bevolkingsonderzoek. Over het eventueel ten uitvoer brengen van een proefbevolkingsonderzoek zal nog financiële besluitvorming plaats moeten vinden.

Ik verwacht uw Kamer op deze manier voldoende te hebben geïnformeerd over de verschillende ontwikkelingen binnen de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
V.P.G. Karremans