

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1005

Vragen van het lid **Arib** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *borstkanker*. (Ingezonden 6 november 2009)

1
Bent u op de hoogte van het bericht dat de sterfte door borstkanker is toegenomen en Nederland behoort tot de landen met de hoogste borstkankersterfte in Europa?¹

2
Kan aangegeven worden welk deel van de verschillen in borstkankersterfte tussen Europese landen berust op verschillen in respectievelijk opsporing, behandeling en het ontstaan van borstkanker?

3
Welke risicofactoren zijn er voor het ontstaan van borstkanker? Welke van deze risicofactoren gelden in Nederland en zouden een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de hoge borstkankersterfte in Nederland? Op welke van deze factoren wordt op dit moment beleid gevoerd? Op welke van deze factoren zou nieuw beleid ontwikkeld kunnen en moeten worden?

4
Welke ambitie heeft u ten aanzien van het terugdringen van de sterfte aan borstkanker in Nederland? Welke aanpassingen in het beleid volgen hieruit?

5
Bent u op de hoogte van het feit dat borstkanker doodsoorzaak nummer 1 is bij vrouwen in de leeftijd van 35 tot 50 jaar? Bent u desondanks van mening dat bevolkingsonderzoek borstkanker vanaf 50 jaar dient te blijven plaatsvinden? Kan aangegeven worden welke kosten een verlaging van de screeningsleeftijd zou betekenen?

6
Herinnert u zich mijn mondelinge vragen over vrouwen met borstkanker die niet de operatie krijgen die voor hen het beste resultaat zou geven?² Kan precies aangegeven worden wat op dit moment de stand van zaken is? Kunnen vrouwen met borstkanker op dit moment de operatie krijgen die het beste resultaat biedt? Is er voldoende capaciteit voor acute operaties waarbij zoveel mogelijk huid wordt gespaard? Is er voldoende capaciteit voor reconstructieve operaties? Is er voldoende capaciteit voor operaties waarbij in één ingreep zowel curatief als reconstructief wordt geopereerd zodat vrouwen niet na een aantal weken opnieuw een (reconstructieve) operatie hoeven te ondergaan?

7
Zijn vrouwen met borstkanker voldoende op de hoogte van de verschillende mogelijkheden die er zijn ten aanzien van operatieve behandeling van borstkanker? Zijn

artsen voldoende op de hoogte van de verschillende mogelijkheden en geven zij vrouwen voldoende voorlichting? Hoe vaak komt het voor dat artsen vrouwen naar een ander ziekenhuis verwijzen omdat daar wel een operatie kan plaatsvinden met een beter resultaat of via een voor de vrouw eenvoudigere procedure?

8
Wat is op dit moment de doorlooptijd vanaf het eerste bezoek aan de huisarts tot het moment van de definitieve diagnose? Kan aangegeven worden wat de minimale en wat de maximale doorlooptijd is en waar deze zich voordoen?

¹ www.cbs.nl

² TK 7-7-405, 2 oktober 2007.

Antwoord

Antwoord van minister **Klink** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 16 december 2009)

1
Ja.

2
Dit valt niet eenvoudig aan te geven. De opsporing is in Nederland van een hoge kwaliteit: ons bevolkingsonderzoek staat internationaal goed aangeschreven. Het bevolkingsonderzoek in Nederland wordt jaarlijks geëvalueerd door het Landelijk EvaluatieTeam Borstkanker (LETB) bij het Erasmus MC. Uit de laatste

evaluatie over 2007 bleek nog dat de sterfte aan borstkanker sinds de invoering van het bevolkingsonderzoek met 26% is gedaald. Dit is slechts gedeeltelijk toe te schrijven aan het bevolkingsonderzoek. Betere behandeling is een andere factor. De overlevingskansen van vrouwen met borstkanker stijgen de laatste jaren. In 2008 was 85% van de borstkankerpatiënten na vijf jaar nog in leven. In 2003 was dit 81% en in 1998 77%. De verwachte tienjaarsoverleving van vrouwen bij wie in 2009 borstkanker is vastgesteld, is 78%. In 1999 was dit 74% en in 1989 62%. [bron: nkr.ikcnet.nl]. Mij is geen groot verschil in behandeling bekend tussen bijvoorbeeld Spanje en Denemarken (de landen met respectievelijk het laagste en hoogste sterfecijfer).

De incidentiecijfers vertonen al jaren een stijgende lijn. [www.ikcnet.nl] Dit geldt het meest voor de jongere leeftijdsklassen, dus de vrouwen die nog niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek. In absolute zin is ook sprake van een stijging: door de vergrijzing groeit de groep 60+ers sterk. In 2008 waren er bijna 6% meer vrouwen in de leeftijd tussen 60 en 70 jaar dan in 2007. [cbs]

3
Erfelijkheid en de blootstelling aan lichaamseigen oestrogenen zijn van betekenis voor het krijgen van borstkanker. Van de beïnvloedbare leefstijlfactoren spelen alcoholgebruik, roken en een te hoog lichaamsgewicht een rol. In de publieksvoorlichting wordt hieraan aandacht besteed, onder meer door KWF, patiëntenorganisaties en de landelijke voorlichtingsinstituten. In ons land krijgen vrouwen op relatief hoge leeftijd hun eerste kind en geven moeders in vergelijking met de rest van Europa weinig borstvoeding. Hierop wordt reeds beleid gevoerd. Ik heb niet de indruk dat er met aanvullend beleid op dit vlak nog doorbraken te bereiken zijn.

4
Mijn ambities zijn om de aandacht voor leefstijlfactoren, het uitvoeren van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker en de behandeling van borstkanker zo effectief mogelijk te laten zijn. Daarnaast zijn er vele partijen in het veld die afzonderlijk én in samenwerking de strijd tegen

kanker aanbinden. Ik noem daarbij als voorbeeld het Nationaal Programma Kankerbestrijding (NPK, zie ook www.npknet.nl) waarbinnen verschillende partijen, waaronder ook mijn ministerie, samenwerken. Het NPK is een samenwerkingsovereenkomst ter verbetering van de bestrijding van kanker door meer en gerichte samenhang en samenwerking tussen en met alle bij de kankerbestrijding betrokken professionals, instellingen en andere organisaties. Zie ook mijn antwoord op vraag 2.

5
Ja. De reden dat het bevolkingsonderzoek naar borstkanker pas bij vijftig jaar begint, is dat de ziekte bij 75 procent van de vrouwen pas na die leeftijd voorkomt. Daarnaast is de screeningsmethode met mammografie minder geschikt voor jongere vrouwen. Dit heeft er mee te maken dat de borsten bij jongere vrouwen meer klierweefsel bevatten, waardoor een tumor lastiger is op te sporen met dit onderzoek. De balans tussen de voor- en nadelen van screening is voor deze leeftijdsgroep dus ongunstig.

6 en 7
De behandelaar is direct verantwoordelijk voor informatieverstrekking aan de patiënt. De behandelaar kan daarbij rekening houden met de concrete medische situatie van de patiënt én de preferenties van de patiënt, zodat een afgewogen oordeel over de behandeling gegeven kan worden. Als één van de mogelijke behandelopties niet beschikbaar is binnen het ziekenhuis, dient dat met de patiënt besproken te worden, inclusief de mogelijkheid van doorverwijzing. Hoe vaak zo'n doorverwijzing uiteindelijk plaatsvindt is mij niet bekend. Vrouwen die op zoek zijn naar algemene informatie over (de behandeling) van borstkanker, kunnen zich onder andere via de website van de borstkankervereniging (www.borstkanker.nl) nader informeren over de behandelmogelijkheden.

8
Over deze doorlooptijd worden, voor zover mij bekend, geen landelijke gegevens verzameld. De vraag is dus niet zondermeer te beantwoorden.

Een toenemend aantal ziekenhuizen, maar niet alle, biedt inmiddels een ééndags diagnostisch traject aan (mammapoli). Ik streef ernaar om meer dan tot nu toe het geval was, transparant te maken wat de verschillen tussen ziekenhuizen zijn in de wijze waarop zij zorg verlenen. Het bureau Zichtbare Zorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (zie ook www.zichtbarezorg.nl) heeft daarvoor in samenspraak met zorgaanbieders en zorgverzekeraars de indicatorensets ontwikkeld. Voor mammacarcinoom is er een indicatorenset beschikbaar, welke in 2010 voor de tweede keer landelijk wordt uitgevraagd in de Nederlandse ziekenhuizen.