

Monitor bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker 2024

Uitgave november 2025

Belangrijkste bevindingen 2024

Genodigden hebben vijf jaar de tijd om deel te nemen na het ontvangen van de uitnodiging. Cijfers over 2020 gaan dus over een volledige screeningsronde. De cijfers voor de andere verslagjaren kunnen nog wijzigen naarmate meer mensen alsnog deelnemen (zie [context 2](#)).



De deelnamegraad voor 2024 bedraagt voorlopig **54,4%**. Voor 2020 was dit, na een volledige ronde, **66,3%**.



In 2024 nam de meerderheid van de deelnemers deel d.m.v. een ZAS (**63%**).



Van alle deelnemers was **12,4%** hrHPV-positief. Het directe verwijscijfer was **1,7%**.



Bij **2.984** personen werd na een directe verwijzing baarmoederhalskanker of een voorstadium hiervan gevonden (CIN 2+). Het directe detectiecijfer was **0,9%**.



Binnen de doelgroep van het bevolkingsonderzoek bedroeg de beschermingsgraad voor baarmoederhalskanker **72,7%**.

Let op! Disclaimer: deze monitor is zorgvuldig samengesteld. Waar mogelijk, zijn uitkomsten van voorgaande jaren opnieuw berekend op basis van de meest recente gegevens. Deze kunnen daardoor afwijken van eerder gerapporteerde resultaten. De meest recente publicatie dient altijd als uitgangspunt te worden genomen.

Bron:

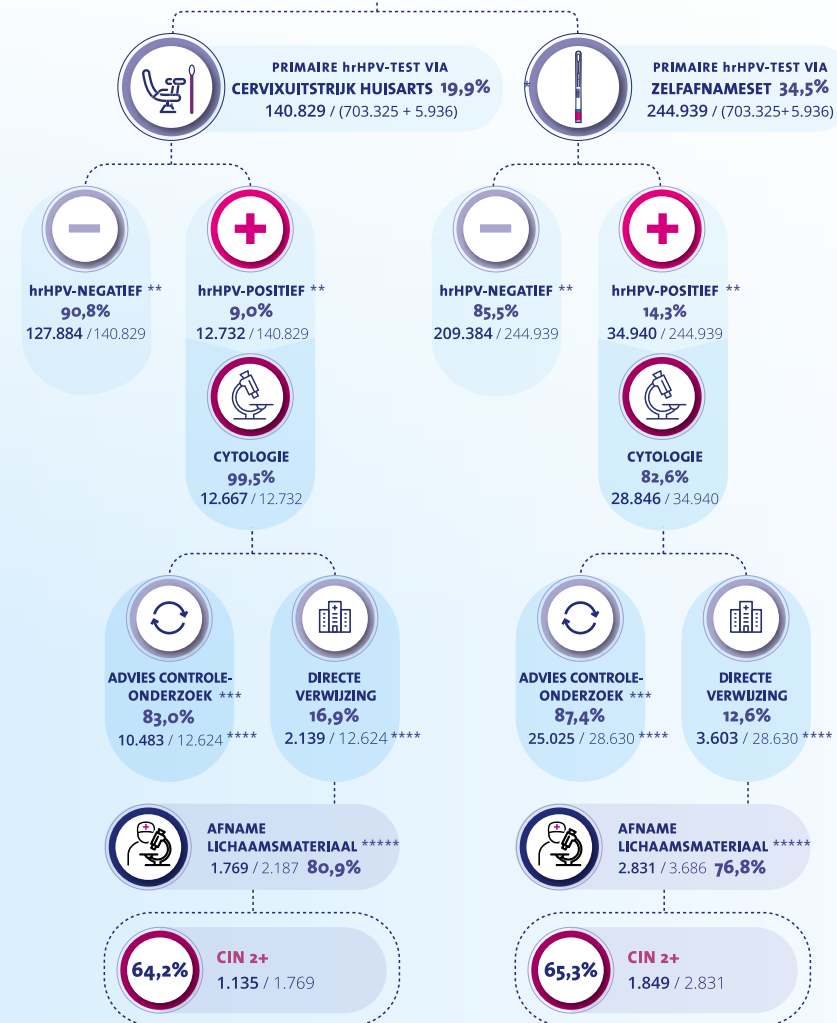
BVO NL

PALGA



UITGENODIGD
703.325

NIET UITGENODIGD *
VANWEGE DEFINITIEVE AFMELDING
5.936



Figuur 1 / Flowchart screeningsproces bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 2024 (bron: BVO NL en Palga)

* Dit betreft personen die wel in aanmerking komen om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, maar zich tijdens een eerdere ronde definitief hebben afgemeld. Vanwege deze afmelding hebben ze geen uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan de actuele ronde. Deze personen worden wel meegenomen in de noemer van de deelnamegraad.

** Door de aanwezigheid van onbeoordeelbare testen, telt het aantal hrHPV-positieve en negatieve testen niet op tot het totaal aantal testen.

*** Vanwege de 12-maanden termijn voor het controleonderzoek zijn er nog onvoldoende uitkomsten van het controleonderzoek. Deze zijn daarom niet weergegeven.

**** Als noemer geldt het aantal personen met beoordeelbare cytologie. Dit cijfer is lager dan het totaal aantal personen met cytologie.

***** Uitgevoerde colposcopieën met afname van lichaamsmateriaal (door middel van biopsie of cervixuitstrijk).

Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO

- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten

- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

Inleiding en context

Inleiding: Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

In Nederland worden personen van 30 t/m 65 jaar volgens het uitnodigingsschema (zie context 1) uitgenodigd om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, door middel van een cervixuitstrijk bij de huisarts of een zelfafnameset (ZAS). Met het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker wordt gekeken of deelnemers een verhoogd risico hebben op het krijgen van baarmoederhalskanker. Door dit risico te detecteren en voorstadiïa te verwijderen, kan baarmoederhalskanker worden voorkomen. Daarnaast kan baarmoederhalskanker in een zo vroeg mogelijk stadium worden ontdekt. Hierdoor is de kans op een succesvolle behandeling groter dan wanneer de baarmoederhalskanker in een laat stadium wordt ontdekt. Het doel van het bevolkingsonderzoek is om baarmoederhalskanker zoveel mogelijk te voorkomen en baarmoederhalskankersterfte en de ziektelast voor mensen met baarmoederhalskanker te verlagen.



Figuur 2 / Visuele weergave verwijsschema, in gebruik sinds 11 juli 2022.

Context 1: Wijzigingen bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

In de afgelopen jaren heeft er een aantal wijzigingen plaatsgevonden in het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Hierdoor kunnen resultaten van afgelopen jaren niet altijd direct met elkaar worden vergeleken. Het is dan ook belangrijk om rekening te houden met onderstaande wijzigingen bij het interpreteren van de weergegeven resultaten. Zie ook [Figuur 3](#) voor een visuele weergave van de wijzigingen over de laatste jaren.

1.1 Uitnodigingsschema

Vóór 2022 werden alle personen van 30 t/m 60 jaar elke vijf jaar uitgenodigd. Sinds 2022 ontvangen alle personen een uitnodiging wanneer zij 30, 35, 40, 50 of 60 jaar oud zijn. Daarnaast worden personen ook uitgenodigd op leeftijd 45 of 55 wanneer zij in de vorige ronde (op leeftijd 40 of 50) niet deelnamen of een positieve hrHPV-uitslag hadden. Deze leeftijdsgroepen wijken af van de andere leeftijdsgroepen en bestaan voor het grootste deel uit personen die niet hebben deelgenomen in de vorige ronde. Daarnaast was een groter percentage personen in de vorige ronde hrHPV-positief in vergelijking met andere leeftijdsgroepen. Personen van 65 jaar worden alleen uitgenodigd als ze tijdens de voorgaande ronde (op leeftijd 60) hrHPV-positief waren, maar niet zijn doorverwezen naar een gynaecoloog. Deze leeftijdsgroep betreft een kleine groep ten opzichte van het totaal aantal genodigden. De leeftijdsgroepen 45-59, 55-59 en 65-69 jaar zijn hiermee vanaf 2022 anders samengesteld dan voorheen.

1.2 Verwijsschema

Sinds 11 juli 2022 wordt er gebruik gemaakt van een nieuw verwijsschema (zie figuur 2). De termijn voor het controleonderzoek is hierbij verlengd van 6 naar 12 maanden. Daarnaast werden alle deelnemers met een hrHPV-positieve uitslag en cytologische afwijking ($\geq$ Pap 2) vóór 11 juli 2022 direct doorverwezen, terwijl er volgens het vernieuwde uitnodigingsschema wordt verwezen op basis van HPV-genotypering. In 2023 was het vernieuwde verwijsschema voor het eerst een geheel jaar van kracht.

1.3 Instroom HPV-gevacceerde vrouwen

Sinds 2009 is de HPV-vaccinatie opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. De invoering startte met een inhaalcampagne, waarbij in 2009 meisjes van 13-16 jaar werden gevaccineerd. In 2023 zijn de eerste HPV-gevacceerden uitgenodigd om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. De vaccinatiegegevens van deelnemers aan het bevolkingsonderzoek zijn niet beschikbaar voor deze monitor.

>>>



Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO

- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten

- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

>>>

1.4 Nieuwe ZAS en hrHPV-test

Per 3 juli 2023 wordt gebruik gemaakt van een andere ZAS (Copan Floqswab) en hrHPV-test (BD Onclarity HPV assay) dan voor deze tijd. Doordat testkarakteristieken kunnen variëren tussen verschillende testen, kan deze wijziging van invloed zijn op de uitkomsten. In 2024 werd deze combinatie van nieuwe ZAS en hrHPV-test voor het eerst het hele jaar ingezet.

1.5 Versterkte inzet ZAS

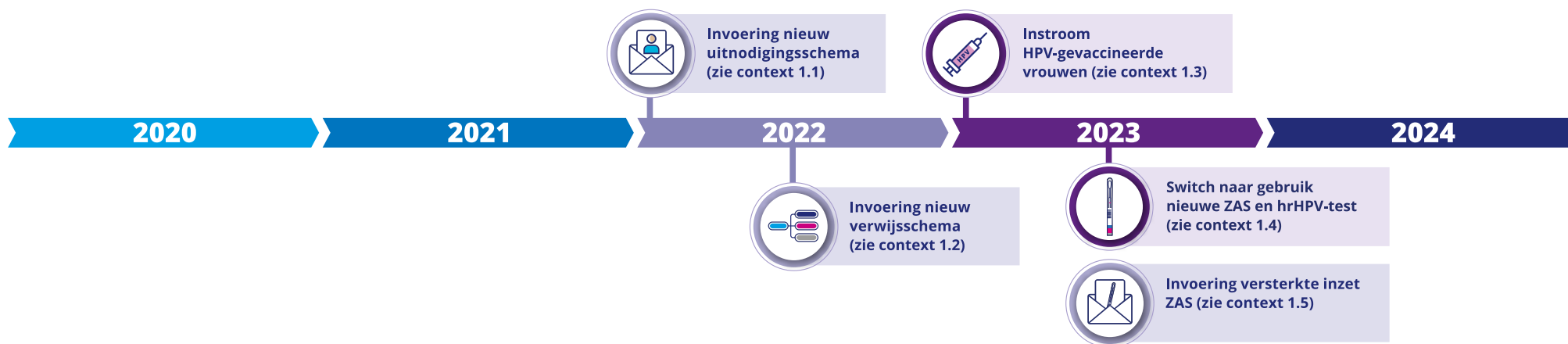
Per 3 juli 2023 wordt de ZAS versterkt ingezet. Voor deze tijd werd in de uitnodiging de keuze aangeboden tussen deelname door middel van een

cervixuitstrijk of het zelf aanvragen van een ZAS. Momenteel krijgen alle 30-jarigen de ZAS direct met de uitnodiging meegestuurd. Daarnaast krijgen alle overige leeftijdsgroepen een ZAS toegestuurd wanneer zij 12 weken na de initiële uitnodiging nog niet hebben deelgenomen en zich ook niet actief hebben afgemeld. Alle genodigden hebben daarbij ook nog steeds de keuze om een cervixuitstrijk te laten maken bij de huisarts. In 2024 was de versterkte inzet van de ZAS voor het eerst het hele jaar van kracht.

Context 2: Peilperiodes

In deze monitor wordt data weergegeven van personen die in de periode van 2020 t/m 2024 zijn uitgenodigd voor deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Data voor 2024 is gemeten op 1 april 2025 en heeft hiermee een peilperiode van 15 maanden (januari 2024 t/m maart 2025). De follow-up van personen varieert hiermee tussen minimaal 4 maanden (bij uitnodiging in december) en maximaal 15 maanden (bij uitnodiging in januari). Cijfers voor eerdere verslagjaren zijn tevens geüpdatet met data die is gemeten op 1 april 2025. Dit leidt tot peilperiodes van 27 maanden (verslagjaar 2023), 39 maanden (verslagjaar 2022), 51 maanden (verslagjaar 2021) en 63 maanden (verslagjaar 2020). Een peilperiode van 63 maanden betekent een volledige screeningsperiode, omdat er na vijf jaar in principe een volgende uitnodiging wordt verstuurd. Om resultaten voor 2024 eerlijk te kunnen vergelijken met resultaten uit eerdere jaren, is er voor deze jaren in sommige gevallen ook data weergegeven die is gemeten bij een peilperiode van 15 maanden. De gebruikte peilperiodes staan bij de resultaten vermeld.

Figuur 3 / Visuele weergave van recente wijzigingen in het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker



Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO
- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten
- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

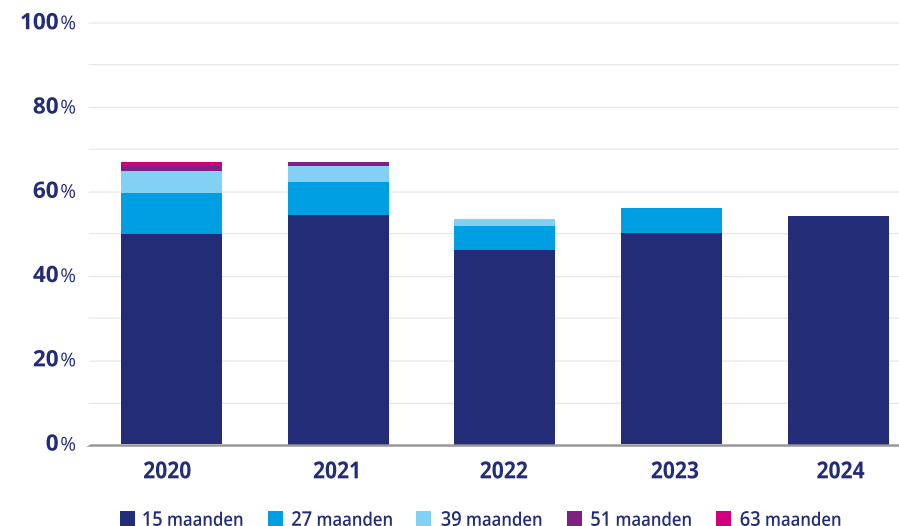
1 / Uitnodigingen, deelname en bescherming

Tabel 1 / **Uitnodigingen en deelname** naar jaar (bron: BVO NL)

	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Peilperiode (mnd)</i>	15	15	15	15	15
Eerder definitief afgemeld* met reden anders dan uterusexstirpatie	7.979	8.004	6.100	5.597	5.936
Verstuurde uitnodigingen	596.445	1.014.248	720.162	703.890	703.325
Deelnemers primair onderzoek	298.019	555.452	331.627	352.739	385.768

* Dit betreft personen die in principe wel in aanmerking komen om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, maar zich tijdens een eerdere ronde definitief hebben afgemeld. Vanwege deze afmelding hebben ze geen uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan de actuele ronde. Deze personen worden wel meegenomen in de noemer van de deelnamegraad.

Figuur 4 / **Deelnamegraad primair onderzoek*** naar peilperiode en jaar (bron: BVO NL)



* Zie tabel 2 voor uitgeschreven percentages van de deelnamegraad gemeten in het opvolgende jaar (peilperiode 15 maanden) en 2024 (meest recente peildatum).

• Van iedereen die in 2024 in aanmerking kwam voor een uitnodiging, werden 5.936 personen (0,8%) niet uitgenodigd omdat zij zich tijdens een eerdere ronde definitief afmeldden voor een reden anders dan een uterusexstirpatie (tabel 1). Daarnaast meldden 10.469 personen (1,5%) zich binnen de peilperiode van 15 maanden actief af na het verkrijgen van de

uitnodiging (non-participanten) en hebben 303.761 personen (43,2%) (nog) niet gereageerd op de uitnodiging (non-respondenten). Verder vroegen 3.327 personen (0,5%) een ZAS of uitstel voor deelname aan, maar hebben daarna (nog) niet deelgenomen. In totaal namen er in 2024, bij een peilperiode van 15 maanden, 385.768 personen deel (54,4%).

• Voor 2024 was deelname bij een peilperiode van 15 maanden 54,4%. Dit is hoger dan in 2023, toen deze bij éénzelfde peilperiode 49,7% bedroeg (figuur 4 en tabel 2).
• De deelnamegraad voor 2023 nam toe van 49,7% (na 15 maanden) naar 55,8% (na 27 maanden) (figuur 4 en tabel 2).

• Voor 2020 was de uiteindelijke deelnamegraad na 63 maanden (ca. 5 jaar) 66,3%, terwijl deze na 15 maanden nog slechts 49,3% bedroeg. Een aanzienlijk deel van de deelnemers neemt dus ná de eerste peilperiode van 15 maanden deel (figuur 4 en tabel 2). Een aanzienlijk deel van de deelnemers neemt dus ná de eerste peilperiode van 15 maanden deel.



Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO

- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten

- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

Tabel 2 / **Deelnamegraad primair onderzoek** naar leeftijd en jaar (bron: BVO NL)

	2020		2021		2022		2023		2024	
<i>Peilperiode (mnd)</i>	15	63	15	51	15	39	15	27	15	<i>aantal deelnemers</i>
Leeftijd (jaar)										
30-34	39,6%	64,4%	44,1%	63,5%	41,5%	53,9%	47,8%	55,8%	53,4%	70.195
35-39	43,9%	65,7%	48,9%	65,2%	43,9%	54,1%	48,1%	56,2%	53,3%	67.290
40-44	48,6%	67,2%	54,4%	67,2%	48,5%	56,5%	52,2%	58,9%	57,2%	66.552
45-49*	51,7%	67,6%	56,5%	66,9%	26,8%	31,8%	29,4%	34,2%	34,4%	16.665
50-54	53,4%	68,8%	58,1%	68,5%	53,9%	61,0%	56,8%	62,6%	60,8%	68.310
55-59*	55,0%	67,0%	60,2%	67,9%	26,7%	30,2%	28,6%	32,1%	32,7%	16.276
60-64	52,7%	63,2%	59,1%	65,5%	56,1%	59,6%	60,2%	63,5%	64,3%	78.421
65-69*	-	-	-	-	80,2%	83,3%	78,9%	82,2%	80,4%	2.059
Totaal	49,3%	66,3%	54,3%	66,4%	45,7%	53,4%	49,7%	55,8%	54,4%	385.768

* Vanwege een wijziging in het uitnodigingsschema 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.

- Net als in 2022 en 2023 was de deelname het laagst bij de 45-49-jarigen en de 55-59-jarigen (tabel 2). Dit kan worden verklaard door het feit dat deze leeftijdsgroepen, door een wijziging in het uitnodigingsschema, sinds 2022 grotendeels bestaan uit personen die niet deelnamen aan de vorige ronde (zie [context 1.1](#)). Personen die eerder niet deelnamen zijn waarschijnlijk minder geneigd om in de actuele ronde deel te nemen.

- De stijging in deelname van 2023 naar 2024 was voor alle leeftijdsgroepen zichtbaar (tabel 2).
- Hoewel deelname voor de 30-34-jarigen in 2020 in eerste instantie, bij een peilperiode van 15 maanden, aanzienlijk lager was dan voor de overige leeftijdsgroepen, is dit verschil na 63 maanden veel minder groot (tabel 2). Personen uit de jongste leeftijdsgroep hebben dus relatief vaker ná de eerste peilperiode van 15 maanden deelgenomen dan de rest van de deelnemers.

- Het verschil in deelname tussen de 30-34-jarigen en de overige leeftijdsgroepen, bij een peilperiode van 15 maanden, is sinds 2023 kleiner dan voorheen (tabel 2).



Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO

- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten

- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

Tabel 3 / **Deelnamepatronen over twee uitnodigingsrondes** naar jaar (bron: BVO NL)

Uitgenodigd in	2017 + 2022		2018 + 2023		2019+2024
	2017	2022	2018	2023	2019+2024
Peilperiode (mnd)	15	39	15	27	15
Deelnametrouw	71,4%	79,8%	73,4%	78,3%	77,2%
Wissel niet-deelname naar deelname	22,8%	28,2%	24,6%	26,8%	29,3%

- Van de personen die in de vorige uitnodigingsronde deelnamen en in 2024 opnieuw werden uitgenodigd, heeft 77,2% in 2024 opnieuw deelgenomen (tabel 3). Hiermee is de deelnametrouw hoger dan in 2023, toen deze bij eenzelfde peilperiode van 15 maanden 73,4% bedroeg.
- Voor 2022 steeg de deelnametrouw van 71,4% na 15 maanden tot 79,8% na 39 maanden (tabel 3).
 - Van de personen die niet deelnamen in de vorige uitnodigingsronde deed 29,3% in 2024 wel mee. Dit is meer dan in 2022 en 2023, toen respectievelijk 22,8% en 24,6% bij een vergelijkbare peilperiode van 15 maanden deelnam nadat zij de vorige ronde niet hadden deelgenomen (tabel 3).

Tabel 4 / **Beschermingsgraad** naar leeftijd en jaar (bron: Palga, BVO NL en IKNL)

	2020	2021	2022*	2023*	2024*
Leeftijd (jaar)					
30-34	61,7%	64,2%	62,0%	62,9%	64,3%
35-39	67,4%	69,7%	62,9%	63,2%	64,0%
40-44	71,0%	72,8%	66,6%	66,5%	67,0%
45-49	69,4%	70,9%	72,6%	77,8%	81,6%
50-54	73,4%	75,3%	72,0%	72,1%	72,6%
55-59	73,0%	75,0%	75,7%	80,4%	84,5%
60-64	71,7%	74,3%	72,4%	73,1%	74,3%
Totaal	69,7%	71,7%	69,4%	71,0%	72,7%
Primaire onderzoeken BVO	60,8%	63,2%	58,2%	59,6%	60,9%
Onderzoeken buiten BVO**	9,0%	8,6%	5,3%	5,6%	6,0%
Uterusexstirpatie (schatting)*	Werd buiten beschouwing gelaten		5,9%	5,9%	5,8%

* Sinds 2022 worden personen die een uterusexstirpatie hebben ondergaan ook meegenomen in de berekening van de beschermingsgraad.

** Opportunistische, indicatieve en secundaire onderzoeken; onderzoeken die buiten het BVO plaatsvinden bij personen zonder klachten (opportunistisch), personen met klachten (indicatief) of naar aanleiding van afwijkende uitslagen in het verleden (secundair).

- Van de groep personen die tussen 2020 en 2024 in de doelgroep vielen van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, was in 2024 72,7% beschermd tegen het krijgen van baarmoederhalskanker (tabel 4). De target voor de beschermingsgraad van de WHO is hiermee behaald.
 - Daarnaast was de beschermingsgraad in 2024 hoger dan in 2023 (71,0%).
- Het grootste deel was beschermd door deelname aan het bevolkingsonderzoek (60,9%). Daarnaast werden personen ook als beschermd beschouwd door het ondergaan van een uterusexstirpatie (5,8%) of door deelname aan onderzoeken buiten het bevolkingsonderzoek (6,0%), waaronder een cervixuitstrijk op medische indicatie (tabel 4). De vaccinatiegraad is niet meegenomen in de beschermingsgraad (zie [context 1.3](#)).

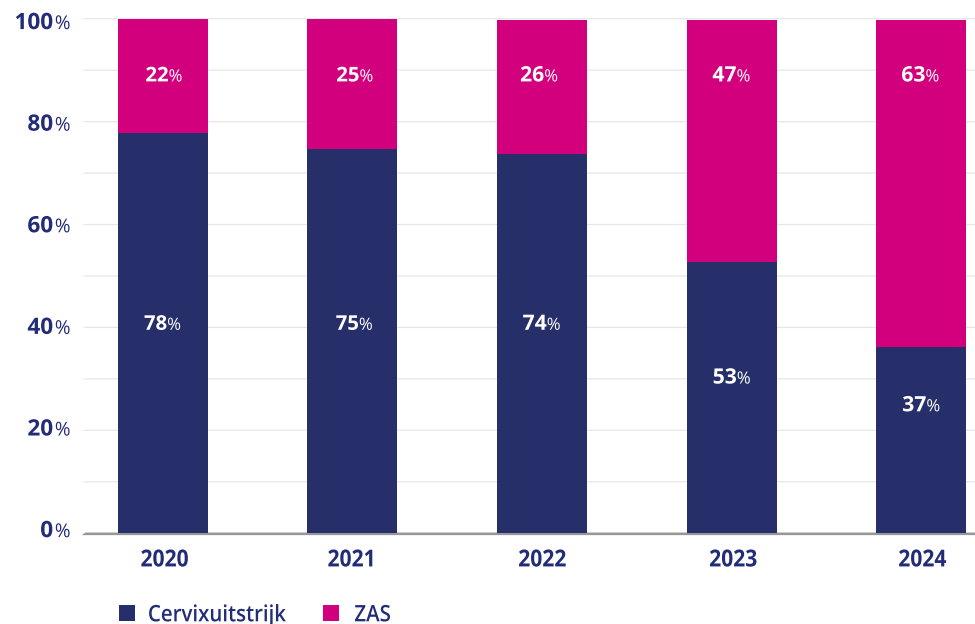


Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
 - ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
 - ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO
- ➔ Context 2 / Peilperiodes
 - ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
 - ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten

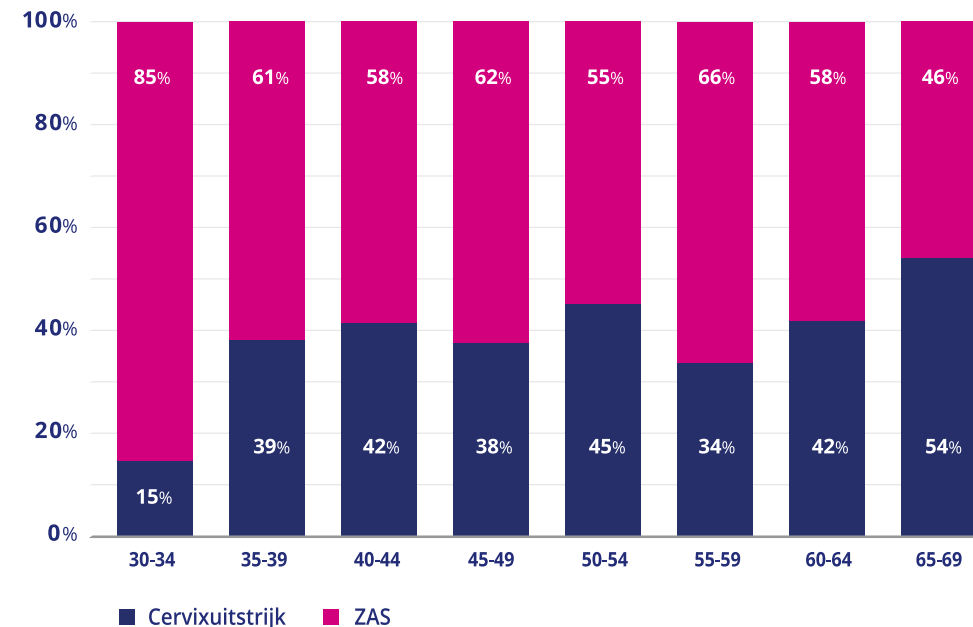
- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
 - ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
 - ➔ Verklarende woordenlijst

Figuur 5 / **Verhouding deelname primair onderzoek door middel van cervixuitstrijk en ZAS naar jaar** (bron: BVO NL)



- In 2024 namen er voor het eerst meer personen deel aan het primair onderzoek door middel van een ZAS (63%) dan door middel van een cervixuitstrijk bij de huisarts (37%) (figuur 5). Dit kan worden verklaard door het feit dat de ZAS in 2024 voor het eerst een geheel jaar versterkt werd ingezet (zie [context 1.5](#)).

Figuur 6 / **Verhouding deelname primair onderzoek door middel van cervixuitstrijk en ZAS in 2024 naar leeftijd** (bron: BVO NL)



- Net als in voorgaande jaren werd de ZAS het meest gebruikt door de jongste leeftijdsgroep (85%) en het minst door de oudste leeftijdsgroep (46%) (figuur 6). De stijging in deelname door middel van de ZAS in plaats van door middel van een cervixuitstrijk bij de huisarts was voor alle leeftijdsgroepen zichtbaar.



Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO

- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten

- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

Tabel 5 / **Deelnamegraad cervixuitstrijk na hrHPV-positieve ZAS** naar leeftijd en jaar
(bron: BVO NL)

	2020	2021	2022	2023	2023*	2024*
<i>Peilperiode (mnd)</i>	63	51	39	27	15	15
Leeftijd (jaar)						
30-34	92%	93%	92%	90%	84%	87%
35-39	92%	91%	90%	87%	77%	80%
40-44	91%	90%	89%	86%	78%	82%
45-49**	90%	90%	84%	82%	74%	75%
50-54	90%	91%	90%	88%	80%	83%
55-59**	91%	91%	86%	82%	74%	78%
60-64	92%	90%	91%	90%	83%	86%
65-69**	33%	80%	90%	88%	77%	85%
Totaal	91%	92%	90%	88%	80%	84%

* Door de versterkte inzet van de ZAS sinds juli 2023 (zie context 1.5) is de deelname voor 2024 niet direct vergelijkbaar met deelname die voor eerdere 2023 gemeten is bij een gelijke peilperiode.

** Vanwege een wijziging in het uitnodigingsschema 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.

- In 2024 liet 84% van de personen met een hrHPV-positieve ZAS een cervixuitstrijk maken bij de huisarts (tabel 5). Deze cijfers kunnen niet direct vergeleken worden met die uit 2023, omdat personen vanwege de versterkte inzet van de ZAS halverwege dit jaar relatief korter de tijd hadden om deel te nemen bij een peilperiode van 15 maanden (zie [context 1.5](#)).

- Voor 2023 was de deelname aan een cervixuitstrijk na een positieve ZAS na 27 maanden 88% (tabel 5).
- Voor 2020 was de uiteindelijke deelname aan een cervixuitstrijk na positieve ZAS na 63 maanden (ca. 5 jaar) 91% (tabel 5).

Tabel 6 / **Deelnamegraad na uitnodiging voor controleonderzoek** naar leeftijd en jaar
(bron: BVO NL)

	2020	2021	2022	2022	2023
<i>Peilperiode (mnd)</i>	63	51	39	27	27
Leeftijd (jaar)					
30-34	88%	86%	82%	70%	69%
35-39	89%	86%	82%	71%	70%
40-44	89%	87%	84%	75%	73%
45-49	91%	88%	83%	74%	72%
50-54	92%	89%	87%	79%	75%
55-59	92%	90%	84%	77%	75%
60-64	94%	91%	90%	84%	80%
65-69	-	-	94%	89%	85%
Totaal	90%	88%	84%	75%	73%

- De deelnamegraad na uitnodiging voor controleonderzoek was in 2023, bij een peilperiode van 27 maanden, 73%. In 2022 was dit bij een gelijke peilperiode 75%.

- Voor 2022 steeg de deelnamegraad na uitnodiging controleonderzoek van 75% na 27 maanden na 84% na 39 maanden.



Inhoud

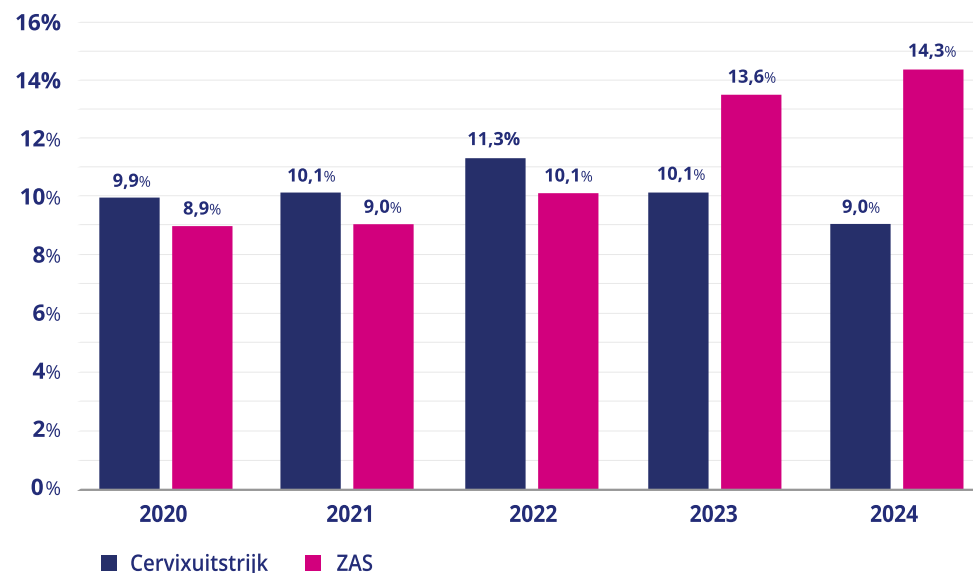
- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO

- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten

- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

2 / Verwijzingen en uitkomsten

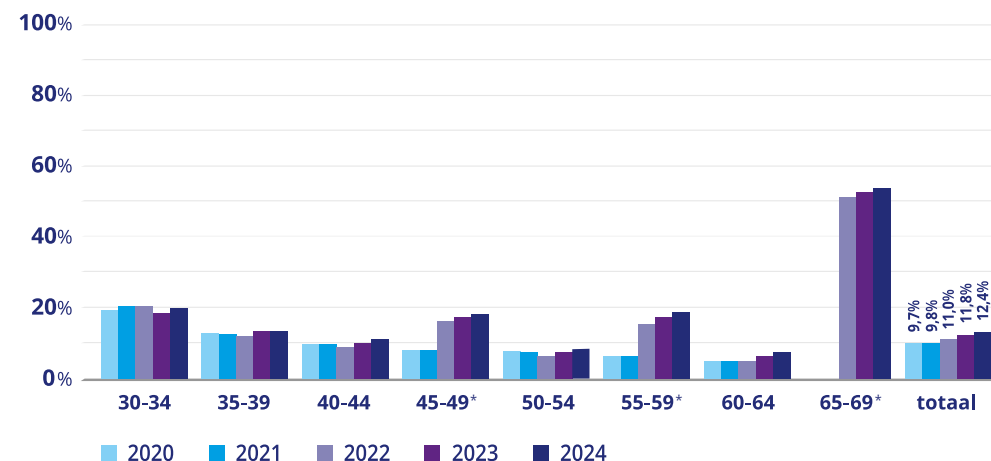
Figuur 7 / hrHPV-positieve deelnemers bij primair onderzoek naar manier van deelname en jaar (bron: BVO NL)



• Net als in 2023 was het percentage hrHPV-positieve deelnemers bij het primair onderzoek hoger onder de personen die deelnamen door middel van een ZAS (14,3%) dan onder de personen die deelnamen door middel van een cervixuitstrijk (9,0%) (figuur 7). Voor deze tijd was het percentage juist hoger onder de personen die deelnamen door middel van een cervixuitstrijk. Dit is mogelijk het gevolg van de invoering van de nieuwe ZAS en hrHPV-test halverwege 2023 (zie [context 1.4](#)).

• In totaal kreeg 12,4% van de deelnemers in 2024 een hrHPV-positieve uitslag. Dit is hoger dan in 2023, toen 11,8% een positieve uitslag ontving (figuur 8). Deze stijging hangt samen met de toename in het gebruik van de ZAS als gevolg van de versterkte inzet van de ZAS (zie [context 1.5](#)), waarbij relatief vaker een hrHPV-positieve uitslag wordt vastgesteld. Ook speelt het gebruik van de nieuwe ZAS en hrHPV-test een rol (zie [context 1.4](#)).

Figuur 8 / hrHPV-positieve deelnemers bij primair onderzoek naar leeftijd en jaar (bron: BVO NL)



* Door de wijziging in het uitnodigingsschema (zie [context 1.1](#)), zijn de leeftijdsgroepen 45-49, 55-59 en 65-59 sinds 2022 anders samengesteld dan voorheen. Dit heeft invloed op het percentage hrHPV-positieve deelnemers binnen deze leeftijdsgroepen.

• In 2023 werd bij de 30-34-jarigen, mogelijk door de instroom van HPV-gevacineerde personen (zie [context 1.3](#)), een daling in het aantal hrHPV-positieve uitslagen waargenomen ten opzichte van voorgaande jaren (figuur 8). In 2024 was het aandeel hrHPV-positieve uitslagen in deze leeftijdsgroep echter weer vergelijkbaar met dat van 2022. Dit kan worden verklaard door het feit dat, ook in deze groep, een toename werd gezien in het aantal deelnemers dat gebruikmaakte van

de ZAS, waarbij relatief vaker een hrHPV-positieve uitslag wordt vastgesteld.

• De toename in hrHPV-positieve deelnemers voor 45-49 en 55-59-jarigen vanaf 2023 heeft te maken met de wijziging in het uitnodigingsschema begin 2022 (zie [context 1.1](#)). Sinds deze tijd worden er voor deze leeftijdsgroepen verhoudingsgewijs meer personen met een verhoogd risico uitgenodigd, die logischerwijs vaker hrHPV-positief zijn.



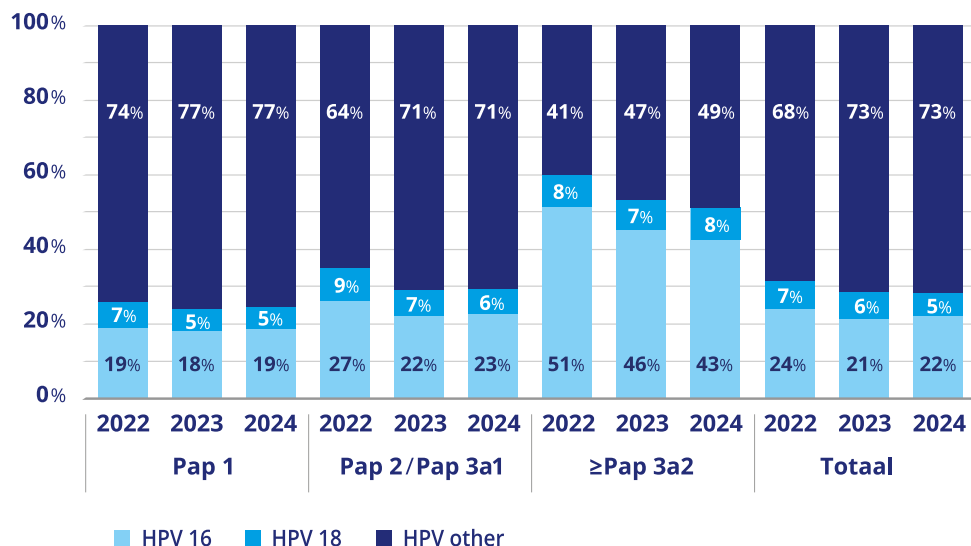
Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO

- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten

- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

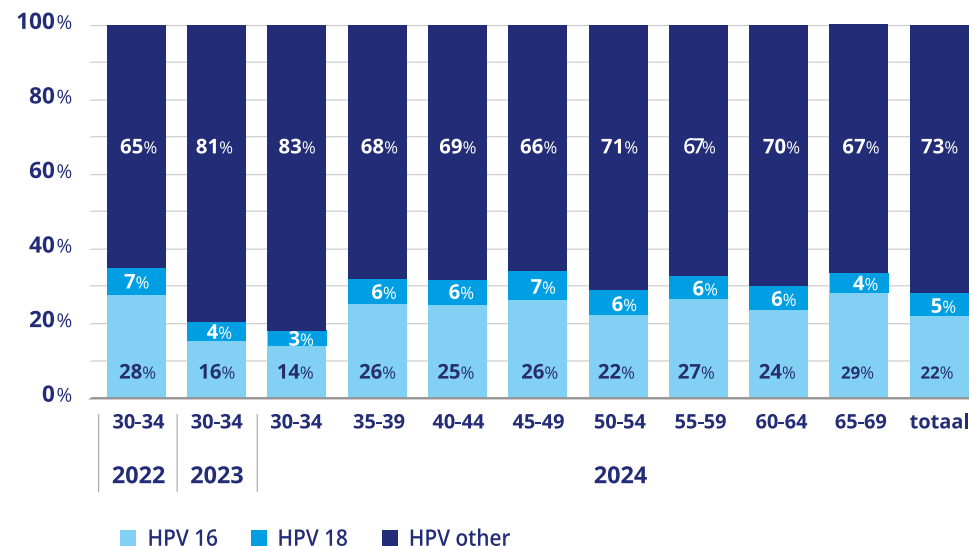
Figuur 9 / **Genotypering hrHPV-positieve deelnemers primair onderzoek** naar Pap-score en jaar* (bron: BVO NL)



* Weergegeven voor de personen waarvoor de cytologie beoordeelbaar is (>Pap 0) en genotypering bekend is. Er is enkel genotypering bekend voor personen die deelnamen na 11 juli 2022 (zie [context 1.2](#)).

- Hooggradige afwijkingen zijn relatief vaker geassocieerd met HPV 16. Dit is in 2024 wederom zichtbaar. Waar er van de mensen met een Pap 1 in 2024 19% het genotype HPV 16 had, was dit voor de mensen met een Pap 3a2 of hoger 43% (figuur 9).

Figuur 10 / **Genotypering hrHPV-positieve deelnemers primair onderzoek*** naar leeftijd en jaar (bron: BVO NL)



* Weergegeven voor de personen waarvoor de genotypering bekend is. Er is enkel genotypering bekend voor personen die deelnamen na 11 juli 2022 (zie [context 1.2](#)).

- In totaal was het percentage HPV other onder de hrHPV-positieve uitslagen in 2024 gelijk aan 2023 (73%), maar hoger dan in 2022 (68%) (figuur 9). Dit wordt veroorzaakt door een verschuiving van de genotype-verdeling in de jongste leeftijdsgroep. Waar in 2022 65% van de 30-34-jarigen het genotype HPV other had, was dit in 2023 en

2024 respectievelijk 81% en 83% (figuur 10). Dit kan worden verklaard door de instroom van gevaccineerde personen in 2023, die grotendeels beschermd zijn tegen de genotypes HPV 16 en 18 (zie [context 1.3](#)). Voor de overige leeftijdsgroepen werden er over de afgelopen jaren geen duidelijke verschillen waargenomen.



Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO

- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten

- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

Tabel 7 / **Cytologie primair onderzoek** naar leeftijd, manier van deelname en jaar* (bron: BVO NL)

	Cervixuitstrijk			ZAS			Totaal		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Leeftijd 30-34 jaar									
Pap 1	63,2%	65,0%	62,6%	62,7%	69,8%	71,8%	63,1%	68,1%	70,6%
Pap 2 / 3a1	23,4%	24,1%	27,0%	22,3%	20,7%	20,0%	23,1%	22,0%	20,9%
≥ Pap 3a2	13,3%	10,8%	10,4%	15,0%	9,4%	8,2%	13,8%	9,9%	8,5%
Leeftijd ≥35 jaar									
Pap 1	71,4%	68,5%	67,4%	70,7%	74,3%	76,3%	71,2%	71,2%	72,9%
Pap 2 / 3a1	20,6%	22,6%	23,2%	19,6%	17,6%	16,5%	20,4%	20,3%	19,0%
≥ Pap 3a2	8,0%	8,8%	9,5%	9,7%	8,0%	7,2%	8,3%	8,5%	8,1%
Totaal									
Pap 1	68,8%	67,8%	66,8%	67,4%	72,7%	74,6%	68,5%	70,3%	72,2%
Pap 2 / 3a1	21,5%	23,6%	23,6%	20,7%	18,8%	17,8%	21,3%	20,8%	19,6%
≥ Pap 3a2	9,7%	9,6%	9,6%	11,8%	8,5%	7,6%	10,2%	8,9%	8,2%

* Doordat er ook deelnemers zijn met een onbeoordeelbare cervixuitstrijk (Pap 0), tellen percentages niet op tot 100%.

• In 2024 hadden minder deelnemers een Pap-score hoger dan of gelijk aan Pap 3a2 (8,2%) dan in 2023 (8,9%) (tabel 7). Deze daling is uitsluitend zichtbaar bij personen die deelnamen via de ZAS (zie [context 1.4](#)). De combinatie van de nieuwe ZAS en hrHPV-test lijkt op basis van deze cijfers minder specifiek. Dit betekent dat er mogelijk vaker een positieve testuitslag gegeven bij personen met een ZAS bij wie uiteindelijk geen afwijkingen worden gevonden in de cytologie.

• De daling in het aandeel personen met een Pap 3a2 of hoger was over de afgelopen jaren aanzienlijk groter onder de 30-34-jarigen (tabel 7). Dit lijkt te duiden op een effect van de instroom van HPV-gevacceerde vrouwen sinds 2023 (zie [context 1.3](#)).



Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO

- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten

- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

Tabel 8 / **Adviezen n.a.v. het primair onderzoek** naar jaar* (bron: BVO NL)

	2020	2021	2022	2023	2023	2024
Peilperiode (mnd)	63	51	39	27	15	15
Directe verwijzing	2,9%	2,7%	2,3%	1,6%	1,5%	1,5%
Herhalen wegens onvoldoende kwaliteit cytologie (Pap 0) of hrHPV niet te bepalen, niet opgevolgd	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Controleonderzoek na 6 of 12 maanden**	6,5%	6,9%	8,4%	9,3%	8,7%	9,2%
Terug naar BVO	90,3%	90,2%	89,0%	88,2%	88,5%	87,7%
Cytologie na positieve ZAS, niet opgevolgd	0,2%	0,2%	0,3%	0,8%	1,2%	1,5%

* Berekend op basis van het aantal personen met analyseerbare tests waarvan de test is verwerkt.

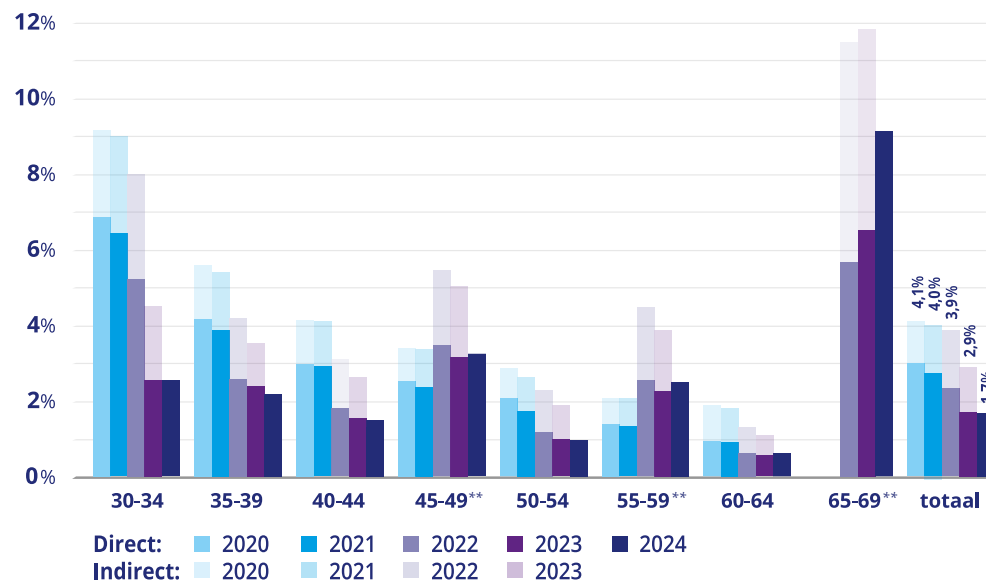
** Per 11 juli 2022 is de termijn voor het controleonderzoek verlengd van 6 naar 12 maanden (zie [context 1.2](#)).

- Van alle adviezen die gegeven werden n.a.v. het primair onderzoek, was het aandeel directe verwijzingen in 2024 gelijk aan 2023 (1,5%) (tabel 8). Met de invoering van het vernieuwde verwijsschema halverwege 2022 (zie [context 1.2](#)) is het aandeel directe verwijzingen afgenomen. Daarentegen is het aandeel personen dat een advies voor een controledonderzoek heeft ontvangen juist toegenomen.
- Het aandeel personen dat het advies kreeg om een controleonderzoek te laten uitvoeren was in 2024 (9,2%) hoger dan in 2023 (8,7%) (tabel 8). Dit hangt samen met de stijging in het aantal personen dat

gebruik maakt van de ZAS, waarbij vaker laaggradige afwijkingen worden geconstateerd.

- Het percentage personen dat een advies kreeg om een cervixuitstrijk te laten maken na een positieve ZAS en dit advies nog niet heeft opgevolgd was in 2024 1,5% (tabel 8). Dit is hoger dan in 2023 bij eenzelfde peilperiode (1,2%). Dit is waarschijnlijk het gevolg van een combinatie van het gestegen aantal gebruikers van de ZAS ten opzichte van de cervixuitstrijk en het gestegen percentage positieve ZASsen.

Figuur 11 / **Verwijscijfer (direct en indirect)** naar leeftijd en jaar* (bron: BVO NL)



* Berekend op basis van het totaal aantal deelnemers dat een volledige screeningsronde heeft doorlopen. De peildatum voor alle bevindingen is 1 april 2025 (zie [context 2](#)). Vanwege de 12 maanden termijn voor het controleonderzoek, zijn de indirecte verwijzingen voor 2024 nog grotendeels incompleet en daarom niet weergegeven.

** Door de wijziging in het uitnodigingsschema (zie [context 1.1](#)), zijn de leeftijdsgroepen 45-49, 55-59 en 65-59 sinds 2022 anders samengesteld dan voorheen. Dit heeft invloed op het verwijscijfer. Daarnaast zijn de betrouwbaarheidsintervallen rondom het verwijscijfer voor de 65-69-jarigen vrij breed doordat deze leeftijdsgroep relatief klein is.

- Het directe verwijscijfer was in 2024 1,7% (figuur 11). Dit is gelijk aan het directe verwijscijfer voor 2023 (1,7%).
- Van alle personen met een hrHPV-positieve uitslag, werd in 2024 14,2% direct doorverwezen. In 2023 was dit bij een vergelijkbare peilperiode 15,5%.

- Door een wijziging in het verwijsschema (zie [context 1.2](#)), worden personen sinds halverwege 2022 minder snel direct verwezen. Dit verklaart de lagere directe verwijscijfers sinds dit jaar. Dit patroon is niet zichtbaar voor de 45-49- en 55-59-jarigen (figuur 11). Dit heeft te maken met de wijziging in het uitnodigingsschema, waardoor deze groepen sinds 2022 enkel hoog-risico personen bevatten (zie [context 1.1](#)).



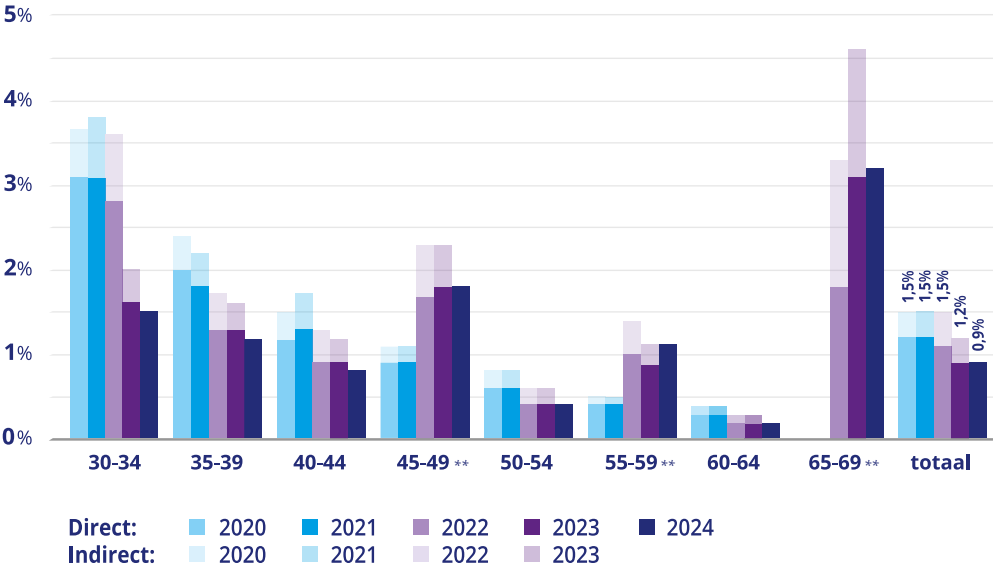
Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO

- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten

- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

Figuur 12 / **Detectie van CIN2+ (direct en indirect)** binnen 150 dagen na verwijzing, naar leeftijd en jaar* (bron: Palga)



* De peildatum voor alle bevindingen is 1 april 2025 (zie context 2). Vanwege de 12 maanden termijn voor het controleonderzoek, is de detectie na indirecte verwijzingen voor 2024 nog grotendeels incompleet en daarom niet weergegeven.

** Door de wijziging in het uitnodigingsschema (zie context 1.1), zijn de leeftijdsgroepen 45-49, 55-59 en 65-59 sinds 2022 anders samengesteld dan voorheen. Dit heeft invloed op het verwijscijfer. Daarnaast zijn de betrouwbaarheidsintervallen rondom het detectiecijfer voor de 65-69-jarigen vrij breed doordat deze leeftijdsgroep relatief klein is.

- Het directe detectiecijfer was in 2024 0,9% (figuur 12). Hiermee is deze vergelijkbaar met 2023 (0,9%) en lager dan in voorgaande jaren (1,1%-1,2%).
- Over de afgelopen jaren is de daling in het detectiecijfer het duidelijkst zichtbaar voor de jongste leeftijdsgroep (figuur 12), die sinds 2023 HPV-gevacceerde vrouwen bevat (zie context 1.3).
- Voor de 45-49- en 55-59-jarigen is het detectiecijfer sinds 2022 hoger dan voorheen (figuur 12). Dit is het gevolg van de wijziging in het uitnodigingsschema, waardoor deze groepen enkel personen met een verhoogd risico bevatten (zie context 1.1).
- Voor de overige leeftijdsgroepen is er sinds 2022 een daling te zien in het aantal directe verwijzingen (figuur 12). Dit heeft te

Tabel 9 / **Uitkomsten vervolgonderzoek na directe verwijzing*** binnen 150 dagen na directe verwijzing, naar manier van deelname en jaar (bron: Palga)

	2022	2023	2024		
	Totaal	Totaal	Totaal	Primair cervixuitstrijk	Primair ZAS
Alleen cytologisch onderzoek**	1,4%	1,3%	0,9%	0,9%	0,8%
Geen baarmoederhalskanker of CIN***	14,0%	13,6%	10,1%	11,8%	9,1%
CIN 1	25,9%	26,8%	22,3%	21,1%	23,0%
CIN 2	24,3%	24,2%	27,9%	30,0%	26,6%
CIN 3	30,7%	30,2%	34,5%	31,6%	36,4%
Mogelijk baarmoederhalskanker****	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%	0,1%
Baarmoederhalskanker	2,0%	1,9%	2,7%	2,5%	2,8%
Subtotaal	98,4%	98,0%	98,5%	98,2%	98,7%
Onbeoordeelbaar	1,6%	2,0%	1,5%	1,8%	1,3%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* Het aantal personen dat na verwijzing bij de gynaecoloog is geweest zonder dat daarbij lichaamsmateriaal is afgenomen, is onbekend. Daarom worden uitsluitend uitkomsten gepresenteerd van personen bij wie wel lichaamsmateriaal is afgenomen.

** Dit betreft personen waarbij tijdens het vervolgonderzoek bij de gynaecoloog alleen een cervixuitstrijk is uitgevoerd, zonder afname van een biopsie.

*** Dit betreft gevallen waarbij er op basis van pathologie geen afwijking, of een afwijking anders dan CIN of (mogelijke) baarmoederhalskanker is vastgesteld.

**** Dit betreft gevallen waarbij er op basis van pathologie geen uitsluitel kan worden gegeven of er sprake is van een baarmoederhalskanker of een andere afwijking.

- maken met de invoering van het nieuwe verwijsschema, waarbij personen minder snel direct worden doorverwezen (zie context 1.2).
- Van alle uitkomsten van het vervolgonderzoek na directe verwijzing, betreft 2,8% in 2024 baarmoederhalskanker (tabel 9).
- Net als in eerdere jaren, werd er in 2024 het vaakst een CIN 3 gevonden (36,4%) (tabel 9). Dit geldt voor zowel personen die primair deelnamen door middel van de cervixuitstrijk als voor personen die primair deelnamen door middel van een ZAS.



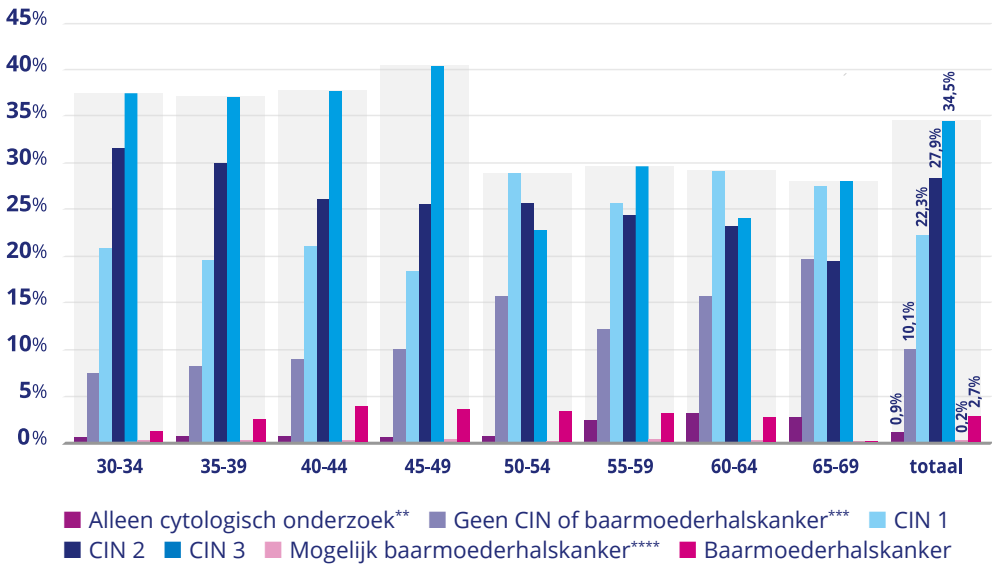
Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO

- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten

- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

Figuur 13 / **Uitkomsten vervolgonderzoek na directe verwijzing in 2024*** binnen 150 dagen na verwijzing, naar leeftijd (bron: Palga)



* Percentages tellen niet op tot 100% doordat er bij een aantal personen sprake is van een onbeoordeelbaar biopt.
** Dit betreft personen waarbij tijdens het vervolgonderzoek bij de gynaecoloog alleen een cervixuitstrijk is uitgevoerd, zonder afname van een biopt.
*** Dit betreft gevallen waarbij er op basis van pathologie geen afwijking, of een afwijking anders dan CIN of (mogelijke) baarmoederhalskanker is vastgesteld.
**** Dit betreft gevallen waarbij er op basis van pathologie geen uitsluitsel kan worden gegeven of er sprake is van een baarmoederhalskanker of een andere afwijking.

• In de oudere leeftijdsgroepen wordt er vaker een benigne afwijking of een CIN 1 gevonden dan in de jongere leeftijdsgroepen (figuur 13). Een CIN 3 komt daarentegen juist vaker voor in de jongere leeftijdsgroepen.

• In 2024 werd er bij 78% van de personen die direct werden doorverwezen lichaamsmateriaal afgenomen tijdens colposcopie (tabel 10). Dit is lijn met eerdere jaren.
• Voor 2020 was het detectiecijfer, na een complete screeningsronde, 1,5% (tabel 10). Er werden 2.351 CIN 2-laesies, 3.261 CIN 3-laesies en 211 baarmoederhalskanker gevonden.

Tabel 10 / **Verwijscijfer, afname lichaamsmateriaal, detectie (CIN 2+) en positief voorspellende waarde (PVW) van het screeningsonderzoek** naar jaar* (bron: BVO NL en Palga)

	2020	2021	2022	2023	2023	2024
Peilperiode (mnd)	63	51	39	27	15	15
Verwijscijfer totaal	4,1%	4,0%	3,9%	2,9%	-	-
Verwijscijfer direct	3,0%	2,8%	2,4%	1,7%	1,7%	1,7%
Verwijscijfer indirect	1,1%	1,2%	1,5%	1,2%	-	-
Afname lichaamsmateriaal na verwijzing totaal**	74%	74%	75%	73%	-	-
Afname lichaamsmateriaal na directe verwijzing**	77%	77%	79%	83%	78%	78%
Afname lichaamsmateriaal na indirecte verwijzing	69%	67%	68%	59%	-	-
Detectie totaal	1,5%	1,5%	1,5%	1,2%	-	-
Detectie direct	1,2%	1,2%	1,1%	0,9%	-	0,9%
Detectie indirect	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%	-	-
PVW totaal	50%	51%	53%	55%	-	-
PVW direct	54%	56%	62%	65%	64%	65%
PVW indirect	38%	38%	39%	36%	-	-

* Vanwege de 12 maanden termijn voor het controleonderzoek, zijn uitkomsten na indirecte verwijzingen voor 2024 nog grotendeels incompleet en daarom niet weergegeven.
** Het aantal uitgevoerde colposcopieën met afname van lichaamsmateriaal door middel van biopsie of cervixuitstrijk.

• Het detectiecijfer na directe verwijzing was in 2024 0,9% (tabel 10). Dit is vergelijkbaar met 2023 en lager dan in de daaraan voorafgaande jaren. Dit kan deels verklaard worden door de instroom van gevaccineerde vrouwen (zie [context 1.3](#)).

• In 2024 was de positief voorspellende waarde na directe verwijzing 65% (tabel 10). Dit is vergelijkbaar met 2023 en hoger dan de daaraan voorafgaande jaren, toen de positief voorspellende waarde 54-62% bedroeg. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de wijzigingen in het verwijsschema, dat in 2023 voor het eerst voor een heel jaar van kracht was (zie [context 1.2](#)).



Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO

- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten

- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

Tabel 11 / **Aantal intervalekankers na gunstige testuitslag naar jaar** (bron: Palga)

	2017	2018
Aantal intervalekankers na gunstige testuitslag	97	89
Na gunstige HPV test	61	61
Na gunstig controleonderzoek	36	28
Percentage intervalekankers na gunstige testuitslag	0,02%	0,02%
Na gunstige HPV test	0,01%	0,01%
Na gunstig controleonderzoek	0,15%	0,11%

- Van alle personen die naar aanleiding van een uitnodiging in 2018 deelnamen aan het bevolkingsonderzoek en daarbij niet verwezen werden naar de gynaecoloog, werd bij 0,02% een baarmoederhalskanker geconstateerd voordat ze opnieuw werden uitgenodigd (tabel 11).
- Het percentage intervalekankers was lager voor personen met een negatieve HPV-test (0,01%) dan voor personen met een negatief controleonderzoek na een positieve HPV-test (0,11%) (tabel 11).

- Het percentage intervalekankers was gelijk voor deelnemers die deelnamen door middel van de cervixuitstrijk (0,02%) en voor personen die deelnamen door middel van de ZAS (0,02%).



Inhoud

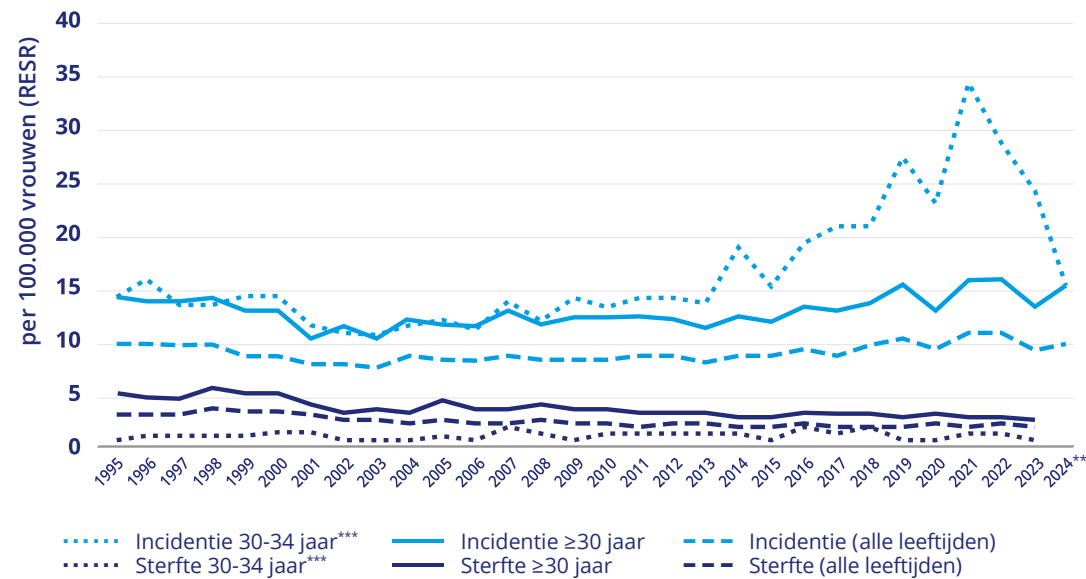
- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO

- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten

- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

3 / Incidentie en sterfte

Figuur 14 / Incidentie en sterfte baarmoederhalskanker in Nederland sinds een jaar voor de landelijke invoering van het bevolkingsonderzoek in 1996* naar leeftijd en jaar (bron: NKR (incidentiecijfers) en CBS (sterftecijfers))



* Dit betreft alle baarmoederhalskankers in Nederland, ongeacht gevonden via het bevolkingsonderzoek of op een andere manier.
** Data voor 2024 is voorlopig (incidentie) of nog niet beschikbaar (sterfte).
*** De leeftijdsgroep 30-34-jarigen is apart weergegeven, omdat deze groep sinds 2023 HPV-gevaccineerde vrouwen bevat. Een verdere uitsplitsing van deze leeftijdsgroep was niet mogelijk.
**** Jaar voorafgaand aan de landelijke invoering van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in 1996.

Tabel 12 / Incidentie en sterfte baarmoederhalskanker in Nederland* naar leeftijd en jaar (Bron: NKR (incidentiecijfers) en CBS (sterftecijfers))

	2020	2021	2022	2023	2024**
Incidentie baarmoederhalskanker per 100.000 vrouwen (RESR)					
30-34 jaar***	22,88	34,59	28,40	24,51	16,20
≥30 jaar	13,36	15,97	16,15	13,93	15,19
Alle leeftijden	9,41	11,04	11,04	9,57	10,28
Sterfte baarmoederhalskanker per 100.000 vrouwen (RESR)					
30-34 jaar***	0,73	1,78	1,39	0,68	-
≥30 jaar	3,73	3,50	3,58	3,09	-
Alle leeftijden	2,53	2,34	2,42	2,06	-
Baarmoederhalskankersterfte t.o.v. 1995***					
≥30jaar	-29,5%	-33,8%	-32,3%	-41,6%	-
Alle leeftijden	-28,3%	-33,7%	-31,4%	-41,6%	-

* Dit betreft alle baarmoederhalskankers in Nederland, ongeacht gevonden via het bevolkingsonderzoek of op een andere manier.
** Data voor 2024 is voorlopig (incidentie) of nog niet beschikbaar (sterfte).
*** De leeftijdsgroep 30-34-jarigen is apart weergegeven, omdat deze groep sinds 2023 HPV-gevaccineerde vrouwen bevat. Een verdere uitsplitsing van deze leeftijdsgroep was niet mogelijk.
**** Jaar voorafgaand aan de landelijke invoering van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in 1996.

- De incidentie van baarmoederhalskanker was in 2024 iets hoger dan in 2023 (figuur 14 en tabel 12). Echter was de incidentie voor personen van 30-34 jaar in 2023 lager dan in voorgaande jaren. Mogelijk speelt de instroom gevaccineerde vrouwen in deze leeftijdsgroepen een rol (zie [context 1.3](#)).
- De baarmoederhalskankersterfte voor personen vanaf 30 jaar daalde van 5,29 per 100.000 vrouwen in 1995 naar 3,09 per 100.000 vrouwen in 2023 (figuur 14 en tabel 12). Dit is een relatieve daling van 41,6%.



Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
 - ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
 - ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO
- ➔ Context 2 / Peilperiodes
 - ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
 - ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten
- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
 - ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
 - ➔ Verklarende woordenlijst

Context

Context 1 en 2 zijn elders in het document weergegeven.

Context 3: **Gegevens en monitoring**

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) regisseert namens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in Nederland. De monitoring van het bevolkingsonderzoek wordt in opdracht van het RIVM uitgevoerd door het Erasmus MC. Het doel van deze monitoring is om de voortgang van het bevolkingsonderzoek in kaart te brengen en belangrijke trends te signaleren. In deze monitor worden resultaten getoond van personen die in 2024 zijn uitgenodigd om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Daarnaast worden er ook resultaten van eerdere jaren weergegeven.

De data die is weergegeven in deel 1 en 2 is geleverd door Bevolkingsonderzoek Nederland (BVO NL) en het Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (Palga) en is gemeten op 1 april 2025. Daarnaast zijn voor de beschermingsgraad voor 2020 en 2021 cijfers weergegeven die reeds in eerdere monitors zijn gepubliceerd door het Integraal Kankerinstituut Nederland (IKNL). Informatie omtrent de incidentie en sterfte is respectievelijk afkomstig van de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en heeft een peildatum van 27 januari 2025 (opgehaald september 2025).

Doordat data over 2023 en eerder in deze monitor opnieuw is berekend op basis van de meest recente gegevens, kunnen cijfers afwijken van eerdere publicaties.

Bezwaar

Alle personen hadden het recht om bezwaar te maken tegen het gebruik van hun gegevens. Het aantal personen dat hier van 2020 t/m 2024 gebruik van heeft gemaakt is beschreven in Tabel 13. Data van deze personen is niet meegenomen in de landelijke monitor.

Tabel 13 / **Aantal personen dat bezwaar heeft gemaakt tegen het gebruik van hun gegevens**, naar jaar (bron: BVO NL)

	2020	2021	2022	2023	2024
Bezwaar	406	313	341	409	417



Inhoud

- ➔ Overzicht 2024
- ➔ Inleiding / Bevolkingsonderzoek
- ➔ Context 1 / Wijzigingen BVO
- ➔ Context 2 / Peilperiodes
- ➔ 1 / Uitnodigingen en deelname
- ➔ 2 / Verwijzingen en uitkomsten
- ➔ 3 / Incidentie en sterfte
- ➔ Context 3 / Gegevens en monitoring
- ➔ Verklarende woordenlijst

Verklarende woordenlijst

Beschermingsgraad: aantal personen dat in de vijf jaar voorafgaand aan het verslagjaar is beschermd tegen het krijgen van baarmoederhalskanker door deelname aan onderzoeken binnen of buiten het bevolkingsonderzoek of het missen van een baarmoeder als gevolg van een uterusexstirpatie ten opzichte van de doelgroep van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (%).

BVO: bevolkingsonderzoek.

BVO NL: Bevolkingsonderzoek Nederland.

CBS: Centraal Bureau voor de Statistiek.

CIN 2+: Cervicale Intra-epitheliale Neoplasie (CIN) 2, CIN 3 of baarmoederhalskanker.

Colposcopie: kijkonderzoek van de baarmoedermond waarbij een gynaecoloog een biopsie kan nemen.

Controleonderzoek: cytologisch vervolgonderzoek waar personen indien nodig 6 (vóór 11 juli 2022) of 12 (vanaf 11 juli 2022) maanden na het primair onderzoek voor worden uitgenodigd.

Cytologisch onderzoek: pathologisch onderzoek naar cellen die verkregen worden bij de cervixuitstrijk.

Deelnamegraad: aantal personen dat naar aanleiding van een uitnodiging in het verslagjaar heeft deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek door middel van een ZAS of een cervixuitstrijk bij de huisarts ten opzichte van alle personen die zijn uitgenodigd of die niet zijn uitgenodigd vanwege een definitieve afmelding in een eerdere ronde (%).

Deelnametrouw: percentage genodigden dat heeft deelgenomen in de vorige uitnodigingsronde en in de actuele uitnodigingsronde (van het verslagjaar) opnieuw deelnam.

Detectiecijfer (direct en indirect): aantal deelnemers bij wie na een verwijzing histologisch een CIN2, CIN3 of baarmoederhalskanker wordt vastgesteld ten opzichte van alle deelnemers (%). Een verwijzing kan plaatsvinden naar aanleiding van het primaire onderzoek (direct) of het controleonderzoek (indirect).

Histologisch onderzoek: pathologisch onderzoek van weefsel dat tijdens colposcopie via een biopsie verkregen is.

HPV: humaan papillomavirus.

HPV-genotypering: indeling van HPV op basis van het genotype. Voor het bevolkingsonderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen de types met het hoogste risico op baarmoederhalskanker (HPV 16 en HPV 18) en de overige hrHPV types (HPV other).

hrHPV: hoog-risico humaan papillomavirus; HPV-types met een hoog risico op het ontwikkelen van baarmoederhalskanker.

IKNL: Integraal Kankercentrum Nederland.

Intervalkankers: baarmoederhalskankers die gevonden worden in de periode tussen een gunstige uitslag van het primair of controleonderzoek en de uitnodiging voor de volgende screeningsronde.

NKR: Nederlandse Kankerregistratie.

Non-participanten: aantal uitgenodigde personen dat zich actief heeft afgemeld tijdens de actuele uitnodigingsronde ten opzichte van het totaal aantal genodigden (%).

Non-respondenten: aantal uitgenodigde personen dat zonder afmelding niet heeft deelgenomen ten opzichte van het totaal aantal genodigden (%).

Palga: Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief.

Pap-classificatie: Papanicolaou classificatie; een beoordelingsmethode voor de cervixuitstrijk. Pap 0: test is onbeoordeelbaar; Pap 1: geen afwijkingen; Pap 2 en 3a1: lichte afwijkingen; Pap3a2, 3b, 4 en 5: matige/ernstige afwijkingen.

Positief voorspellende waarde (direct en indirect): aantal deelnemers dat is verwezen naar de gynaecoloog en waarbij histologisch CIN 2+ is vastgesteld ten opzichte van alle verwezen deelnemers (%). De positief voorspellende waarde kan berekend worden voor verwijzing naar aanleiding van het primaire onderzoek (direct) of het controleonderzoek (indirect).

Primair onderzoek: afname hrHPV-test en, bij een hrHPV-positieve uitslag, de cytologische beoordeling naar aanleiding van de uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek. Het afnemen van een hrHPV-test kan plaatsvinden door middel van een cervixuitstrijk bij de huisarts of met behulp van een zelfafnameset.

RESR: Revised European Standardized Rate; herziene maat voor correctie voor leeftijdsopbouw in de Europese bevolking die is gebaseerd op de Europese bevolkingsopbouw die kan worden gebruikt om incidentie- en sterftecijfers weer te geven.

RIVM: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Terug naar BVO: geen verder vervolgonderzoek nodig; advies om af te wachten tot de uitnodiging voor de volgende ronde van het bevolkingsonderzoek.

Uitnodigingsronde: ronde waarin een persoon wordt uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek.

Uterusexstirpatie: baarmoederverwijdering.

Verwijscijfer (direct en indirect): aantal deelnemers met een volledig screeningsonderzoek (afgerond primair en, indien van toepassing, controleonderzoek) dat is verwezen naar de gynaecoloog ten opzichte van het totaal aantal gescreende deelnemers (%). Verwijzing kan plaatsvinden naar aanleiding van het primaire onderzoek (direct) of het controleonderzoek (indirect).

Vooraf definitief afgemeld: aantal personen dat zich voorafgaand aan de actuele uitnodigingsronde definitief heeft afgemeld. Alleen de personen die zich definitief hebben afgemeld vanwege een reden anders dan een uterusexstirpatie worden meegenomen in de berekening van de deelnamegraad.

VWS: Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Wissel niet-deelname naar deelname: percentage genodigden dat niet heeft deelgenomen in de vorige uitnodigingsronde, maar in de actuele uitnodigingsronde (van het verslagjaar) wel deelnam.

ZAS: zelfafnameset.

