



Anita Ham, Matthea van Hennik, Irene van der Meer, Shannon Kanis, Zeena Harakeh, Nicole van Kesteren

De Nederlandse bevolkingsonderzoeken naar borst-, baarmoederhals- en darmkanker zijn belangrijke preventieve gezondheidsprogramma's in ons land. Door kanker of voorstadia daarvan vroegtijdig op te sporen, kunnen behandelingen eerder starten en zijn de kansen op een gunstige uitkomst groter. De bevolkingsonderzoeken zijn vrijwillig, maar hun maatschappelijke opbrengst hangt sterk samen met de mate waarin mensen deelnemen. 1 En deelname is niet voor iedereen vanzelfsprekend. In Den Haag is deze uitdaging extra zichtbaar. Vooral bij vrouwen die te maken hebben met sociale, economische of maatschappelijke kwetsbaarheid, blijft de deelname aan bevolkingsonderzoeken achter. Dit artikel richt zich op initiatieven die in Den Haag worden ingezet om deze groepen beter te bereiken. Aan de hand van praktijkvoorbeelden wordt beschreven welke belemmeringen vrouwen ervaren, welke

aanpakken veelbelovend blijken en welke lessen daaruit kunnen worden getrokken voor een meer inclusieve preventiepraktijk.

De bevolkingsonderzoeken in Nederland

In Nederland bestaan landelijke bevolkingsonderzoeken (BVO) naar de volgende 3 typen kanker:

- **Borstkanker (BK):** vrouwen van 50 tot en met 75 jaar ontvangen iedere 2 jaar een uitnodiging voor een mammografie.
- **Baarmoederhalskanker (BMHK):** vrouwen van 30 tot en met 60 jaar ontvangen iedere 5 of 10 jaar een uitnodiging voor screening op HPV.
- **Darmkanker (DK):** mannen en vrouwen van 55 tot en met 75 jaar ontvangen iedere 2 jaar een uitnodiging voor een ontlastingstest.



Hoewel de bevolkingsonderzoeken voor iedereen toegankelijk zijn, neemt niet iedereen in gelijke mate deel. Na een periode waarin de landelijke deelname aan verschillende bevolkingsonderzoeken daalde of stagneerde, zijn de deelname aan het bevolkingsonderzoek naar darmkanker (BVO DK) en het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (BVO BMHK) in 2024 weer licht toegenomen. 2, 3 Landelijk is de gemiddelde participatiegraad voor borstkanker (BK) 75,7%, voor baarmoederhalskanker (BMHK) 60,3% en voor darmkanker (DK) 71,5%. 5, 6, 7

‘Kwetsbare vrouwen’: oog voor de mensen achter de cijfers

In Den Haag ligt de participatiegraad onder ‘kwetsbare vrouwen’ structureel lager (BK: 64,1%; BMHK: 45,5%; DK: 56,9%). 4 Vooral vrouwen die te maken hebben met sociale, economische of maatschappelijke kwetsbaarheid worden via de reguliere aanpak van bevolkingsonderzoeken minder goed bereikt.

‘Kwetsbare vrouwen’ zijn bijvoorbeeld vrouwen met beperkte gezondheidsvaardigheden, een migratieachtergrond, laaggeletterdheid, een lage sociaaleconomische positie, instabiele huisvesting, betrokkenheid bij sekswork of een onzekere verblijfsstatus. Vaak stapelen verschillende factoren zich op. Daardoor is deelname aan bevolkingsonderzoeken voor hen minder vanzelfsprekend dan voor anderen. 8, 9

Deze verschillen raken niet alleen preventie, maar ook gezondheidsrechtvaardigheid. 10 Want juist groepen die minder deelnemen aan bevolkingsonderzoeken hebben vaak een verhoogd risico op slechtere gezondheidsuitkomsten. 11 De vraag is daarom niet alleen hoe meer mensen kunnen worden bereikt, maar vooral hoe bevolkingsonderzoeken beter kunnen aansluiten bij de leefwereld, mogelijkheden en behoeften van mensen die nu onvoldoende worden bereikt.

In Den Haag wordt vanuit verschillende invalshoeken gewerkt aan het verhogen van de deelname van ‘kwetsbare vrouwen’ aan borstkanker- en baarmoederhalskankerscreening. Drie initiatieven laten zien dat dit meer vraagt dan een uitnodigingsbrief of een informatiecampagne. Het vraagt om aanwezigheid in de wijk en op plekken waar de mensen die je wil bereiken komen, aandacht voor praktische belemmeringen, samenwerking tussen organisaties en oog voor de mensen achter de cijfers.



De ervaringen in Den Haag laten zien dat 3 elementen steeds terugkomen: vertrouwen, toegankelijkheid en samenwerking

an uitnodigen naar aansluiten

Onderzoek laat zien dat deelname aan bevolkingsonderzoeken wordt beïnvloed door veel meer factoren dan kennis alleen. Taalbarrières, beperkte gezondheidsvaardigheden, negatieve ervaringen met zorg, wantrouwen tegenover instanties, culturele opvattingen over ziekte en gezondheid en praktische problemen kunnen allemaal een rol spelen. 12, 13

Voor sommige vrouwen is een uitnodigingsbrief moeilijk leesbaar. Anderen weten niet goed wat het onderzoek inhoudt of ervaren schaamte om erover te praten. Weer anderen hebben geen vast woonadres, waardoor zij überhaupt geen uitnodiging ontvangen. Ook kan de dagelijkse realiteit van werk, schulden, zorg voor kinderen of huisvestingsproblemen ervoor zorgen dat preventieve zorg geen prioriteit krijgt.

Deze factoren staan zelden op zichzelf. Juist de combinatie ervan maakt dat bepaalde groepen structureel minder deelnemen aan bevolkingsonderzoeken. Daarom groeit het besef dat een uniforme aanpak onvoldoende is. Om gezondheidsverschillen te verkleinen zijn benaderingen nodig die aansluiten bij de context waarin mensen leven. 9, 10, 13 De ervaringen in Den Haag laten zien dat 3 elementen daarbij steeds terugkomen: vertrouwen, toegankelijkheid en samenwerking.

Initiatief 1: Screening the Neighbourhoods – preventie begint in de wijk

Een initiatief is het project *Screening the Neighbourhoods*. Dit project werd uitgevoerd door De Haagse Hogeschool, Stichting Mammarosa en TNO, met financiering van ZonMw. 13

Het uitgangspunt was eenvoudig: als vrouwen niet vanzelf naar de informatie komen, moet de informatie dichterbij de vrouwen worden gebracht. Binnen het project werd gewerkt in 18 Haagse wijken. Daar werd onderzocht hoe vrouwen met een lage sociaaleconomische positie, beperkte gezondheidsvaardigheden of een migratieachtergrond beter bereikt konden worden rondom de BVO BK en BVO BMHK. In plaats van vooraf vast te leggen welke activiteiten zouden werken, werd gekozen voor een lerende aanpak. Samen met bewoners, vrijwilligers, sleutelfiguren, maatschappelijke organisaties en zorgprofessionals werd gekeken naar welke belemmeringen vrouwen ervaren en welke oplossingen daarbij passen.

De kracht van bestaande netwerken

Een belangrijke les uit het project is dat informatie meer impact heeft wanneer deze wordt gedeeld door mensen die al vertrouwen genieten binnen een gemeenschap. Daarom werd veel samengewerkt met vrouwen die actief

zijn in buurthuizen, wijkcentra, scholen, religieuze gemeenschappen en andere sociale netwerken. Zij kennen de vragen, zorgen en dagelijkse realiteit van vrouwen in hun omgeving en kunnen onderwerpen bespreekbaar maken die in formele zorgsettings vaak onbesproken blijven.

Uit gesprekken in de wijk bleek bijvoorbeeld dat sommige vrouwen dachten dat een bevolkingsonderzoek alleen nodig is wanneer er klachten zijn. Anderen waren bang voor pijn, schaamden zich voor het onderzoek of begrepen de uitnodigingsbrief niet volledig. Door ruimte te bieden voor persoonlijke gesprekken, konden misverstanden worden weggenomen en vragen worden besproken. Hierdoor verschuift de focus van het simpelweg verstrekken van informatie naar het voeren van een dialoog.

Vertrouwen als werkzame factor

Een gesprek met een buurvrouw, vrijwilliger of gastvrouw uit de wijk heeft vaak meer impact dan een folder of website. Vanuit deze inzichten ontwikkelde Stichting Mammарosa een aanpak die rust op 7 kernprincipes:

1. Vertrouwen opbouwen
2. Cultuursensitief werken
3. De relatie centraal stellen
4. Samen ontwikkelen
5. Aanwezig zijn in de leefwereld van mensen
6. Eigenaarschap bij de doelgroep laten
7. Werken vanuit herkenning en empathie

Hoewel deze principes eenvoudig klinken, vragen zij om een andere manier van werken. Niet de boodschap staat centraal, maar de relatie waarbinnen die boodschap wordt gedeeld.

Samen ontwikkelen

Binnen *Screening the Neighbourhoods* werden oplossingen niet bedacht vóór de doelgroep, maar samen mét de doelgroep ontwikkeld. In totaal waren 73 studenten van De Haagse Hogeschool betrokken bij interviews, groepsgesprekken en praktijkonderzoek in de wijken. Dankzij hun diverse achtergronden en talenkennis konden zij contacten leggen met groepen die vaak moeilijk bereikbaar zijn.

Dit resulteerde in uiteenlopende materialen en activiteiten, waaronder meertalige voorlichtingsmaterialen, podcasts, video's in verschillende talen en trainingen voor vrijwilligers en sleutelfiguren. Wat deze activiteiten gemeen hadden, was dat zij voortkwamen uit signalen en behoeften uit de praktijk. Daardoor sloten ze beter aan bij de leefwereld van de doelgroep dan traditionele voorlichtingscampagnes.



Van project naar duurzame beweging

Een belangrijke vraag bij veel projecten is wat er gebeurt wanneer de financiering stopt. Om de opgedane kennis duurzaam te verankeren werd daarom in 2025 de Mammarosa Academy gestart. Binnen deze Academy worden vrouwen uit de doelgroep opgeleid tot gastvrouw en sleutelfiguur. Ze leren hoe zij gesprekken kunnen voeren over gezondheid, preventie en bevolkingsonderzoeken binnen hun eigen netwerk. Op het moment van schrijven zijn 22 vrouwen gestart met het programma en hebben zich nieuwe kandidaten aangemeld. Zes vrouwen zijn inmiddels gecertificeerd en actief als gastvrouw. Hiermee ontstaat een duurzaam netwerk van vrouwen die gezondheidsinformatie kunnen delen op plekken waar reguliere zorg en voorlichting niet altijd vanzelfsprekend aanwezig zijn.

De Academy laat zien hoe een tijdelijk project kan uitgroeien tot een bredere beweging waarin bewoners zelf een actieve rol spelen bij gezondheidsbevordering. Voor de structurele inbedding en borging van de Mammarosa Academy is externe financiering noodzakelijk. Hoewel de inzet van de gastvrouwen grotendeels vrijwillig plaatsvindt, zijn er kosten verbonden aan opleiding, begeleiding, coördinatie en de ontwikkeling van materialen. Daarnaast is het van belang rekening te houden met een passende (vrijwilligers)vergoeding voor de betrokken vrouwen. Om de

Academy duurzaam te kunnen laten voortbestaan en verder uit te bouwen, is structureel budget essentieel.

Effecten die verder gaan dan deelnamecijfers

Het meten van de effecten van wijkgerichte projecten is niet eenvoudig. De impact beperkt zich namelijk niet tot het aantal deelnemers aan een bevolkingsonderzoek. Binnen *Screening the Neighbourhoods* werd daarom gebruikgemaakt van een methode die ook bredere effecten zichtbaar maakt. 14 Daarbij werd samen met betrokkenen gekeken welke veranderingen het project had teweeggebracht.

Uit deze evaluaties kwam naar voren dat niet alleen kennis over bevolkingsonderzoeken was toegenomen, maar ook de samenwerking tussen organisaties was versterkt. Nieuwe contacten ontstonden tussen bewoners, vrijwilligers, welzijnsorganisaties, zorgprofessionals en onderwijsinstellingen. Daarnaast groeide het wederzijdse vertrouwen tussen bewoners en professionals. Ook ontstonden nieuwe initiatieven die voortbouwen op de opgedane ervaringen, zoals de Mammarsosa Academy en wijkgericht werken in het hoger onderwijs. Daarmee werd duidelijk dat investeren in preventie tegelijkertijd kan bijdragen aan sterkere netwerken in de wijk. Deze uitkomsten laten zien dat succesvolle preventie niet alleen gaat over individuele keuzes, maar ook over de sociale omgeving waarin die keuzes worden gemaakt.

Initiatief 2: Screening the Metropolitan: toegang tot screening voor gemarginaliseerde vrouwen

Screening the Metropolitan is een vervolg op *Screening the CITY*, waarover eerder in dit bulletin is gepubliceerd. 15 *Screening the Metropolitan* richt zich op het toegankelijker maken van de screening op BMHK voor vrouwen zonder vast woonadres (dakloze vrouwen), arbeidsmigranten en vrouwen zonder verblijfsvergunning en sekswerkers met wisselende verblijfplaatsen. Dit is een subgroep van kwetsbare vrouwen, die ook wel omschreven wordt als 'gemarginaliseerde vrouwen'.

Voor deze groepen bestaat een fundamenteel probleem. Velen ontvangen nooit een uitnodiging voor deelname aan een bevolkingsonderzoek. Als ze

deze al wel ontvangen, weten ze de uitnodiging niet te interpreteren of weten ze niet wat ze hiermee moeten doen. Het systeem van uitnodigen veronderstelt immers: 1) een geregistreerd woonadres; 2) begrip van de Nederlandse taal en organiserend vermogen, en 3) dat je de weg kent in het reguliere zorgsysteem. Juist daardoor vallen sommige vrouwen buiten de bestaande preventiestructuren. Terwijl uit *Screening the CITY* blijkt dat bij deze vrouwen ruim 4 keer vaker afwijkingen worden gezien dan bij de algemene populatie vrouwen die deelnemen aan het BVO BMHK. 16

Screening the Metropolitan is een uitbreiding van *Screening the CITY* naar de 4 grootste steden in Nederland: Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht. Ook zijn niet alleen straatdokters betrokken.

Flexibiliteit als uitgangspunt

In plaats van te wachten tot vrouwen zich melden, wordt aangesloten bij plekken waar deze vrouwen al in contact komen met zorgverleners. Denk hierbij aan straatdokters, Dokters van de Wereld, centra voor seksuele gezondheid (CSG) van de GGD'en, daklozenorganisaties, maatschappelijke opvang en organisaties die werken met sekswerkers of ongedocumenteerde personen.

Zorgverleners informeren vrouwen proactief over de mogelijkheden van screening en bieden deze aan op een manier die past bij hun situatie. Daarbij wordt rekening gehouden met taal, bereikbaarheid, geslacht van de zorgverlener (vrouwen), eventuele persoonlijke voorkeuren, alsook met eventuele eerdere negatieve (seksuele) ervaringen. Ook vervolcontacten worden flexibel ingericht. Uitslagen kunnen bijvoorbeeld telefonisch, via WhatsApp, of e-mail worden besproken of tijdens een persoonlijk gesprek op een locatie die voor de vrouw toegankelijk is. Deze terugkoppeling of vervolgbegeleiding wordt zoveel mogelijk door dezelfde zorgverlener gedaan als degene die het uitstrijkje afnam.

Bereiken is pas het begin

Tussen november 2022 en december 2025 werden via deze aanpak ongeveer 750 vrouwen met een uitstrijkje bereikt die anders waarschijnlijk niet zouden

hebben deelgenomen aan baarmoederhalskankerscreening. Tegelijkertijd maakt het project duidelijk dat toegang tot screening slechts één onderdeel is van het grotere vraagstuk.

Voor vrouwen die vervolgonderzoek nodig hebben, blijken praktische en sociale belemmeringen vaak opnieuw een rol te spelen. Het maken van afspraken, het reizen naar een ziekenhuis, het inschrijfproces bij het ziekenhuis, of het begrijpen van de medische informatie en die over de behandeling, kunnen ingewikkeld zijn. Daarom wordt steeds vaker gewerkt met informele ondersteuning vanuit het eigen netwerk of met begeleiders die vrouwen helpen bij vervolgzorg.

De ervaringen laten zien dat inclusieve preventie niet stopt bij het aanbieden van screening, maar vraagt om aandacht voor het volledige zorgtraject. Dit betekent dat voor implementatie van dit project zowel informatie bij de doelgroep opgehaald moet worden, als bij de zorgverleners. Middels kwalitatief onderzoek zal dit onderwerp in 2026 onderzocht worden. Zo kan de implementatie van dit project toekomstbestendig ingericht worden, met de behoeften van de vrouwen uit de beoogde doelgroep en hun zorgverleners als uitgangspunt.

Initiatief 3: Professionals als schakel in inclusieve preventie

Naast het bereiken van vrouwen zelf, is ook de rol van professionals van belang. De manier waarop zorg wordt georganiseerd bepaalt mede wie wordt bereikt en wie buiten beeld blijft. Daarom is het belangrijk dat zorgprofessionals, naast hun medische kennis, ook bewust zijn van gezondheidsverschillen en de drempels tot toegang tot zorg.

De Johannes Wier Stichting (JWS) is een onafhankelijke mensenrechtenorganisatie van en voor zorgprofessionals, die zich focust op inclusieve zorg vanuit het mensenrechtenperspectief. Dit recht gaat ervan uit dat gezondheidszorg beschikbaar, toegankelijk, aanvaardbaar en van goede kwaliteit moet zijn voor iedereen. 17, 18



Voor bevolkingsonderzoeken betekent dit dat niet alleen het aanbod aanwezig moet zijn, maar dat mensen ook daadwerkelijk in staat moeten zijn om er gebruik van te maken. De stichting draagt hieraan bij via onderwijs, trainingen en workshops voor studenten en professionals in de zorg- en welzijnssector, onder meer in samenwerking met De Haagse Hogeschool. Hierdoor maken studenten van De Haagse Hogeschool vroeg in hun toekomstige carrière als professionals al kennis met mensenrechten binnen de preventieve zorg. Deze bewustwording stelt de toekomstige zorgprofessionals in staat om bruggen te bouwen tussen het zorgsysteem en inclusieve preventie.

De onderwijsactiviteiten, trainingen en workshops besteden aandacht aan vragen als:

- Welke groepen bereiken we niet?
- Welke aannames maken we over deelname?
- En hoe kunnen professionals beter aansluiten bij mensen die minder vanzelfsprekend toegang hebben tot zorg?

Het onderwijsprogramma van de JWS voor De Haagse Hogeschool is toepasbaar binnen de gehele zorg- en welzijnssector. De JWS heeft als doel dit programma breder te gaan uitdragen, door samenwerkingen aan te gaan met meerdere zorg- en welzijnsopleidingen binnen Nederland. Hoewel scholing alleen niet voldoende is om gezondheidsverschillen te verkleinen, draagt dit wel bij aan een bredere bewustwording van de mechanismen die ongelijkheid in de gezondheid en toegang tot zorg in stand houden.

Wat werkt in de praktijk? Lessen voor de toekomst

Hoewel de beschreven aanpakken verschillen in doelgroep en uitvoering, laten zij opvallend vergelijkbare succesfactoren zien.

Vertrouwen

De eerste succesfactor is vertrouwen. Zowel binnen *Screening the Neighbourhoods* als *Screening the Metropolitan* blijkt dat persoonlijke relaties, herkenning en langdurige aanwezigheid in de leefwereld van mensen, essentieel zijn om gezondheidsinformatie bespreekbaar en deelname aan screening mogelijk te maken. Vertrouwen ontstaat niet door een eenmalige campagne, maar door mensen te ontmoeten op plekken waar zij zich veilig voelen en door aan te sluiten bij bestaande sociale netwerken.

Toegankelijkheid

Een tweede succesfactor is toegankelijkheid. Praktische belemmeringen, zoals beperkingen in taalbegrip, gezondheidsvaardigheden, bereikbaarheid, huisvesting of kennis van het zorgsysteem, kunnen deelname in de weg staan. Effectieve preventie vraagt daarom om maatwerk, flexibiliteit en ondersteuning gedurende het gehele traject, van uitnodiging tot eventuele vervolgzorg.

Samenwerking

Daarnaast blijkt samenwerking cruciaal. Geen enkele organisatie beschikt over alle kennis, contacten en mogelijkheden die nodig zijn om gezondheidsverschillen te verkleinen. Juist de samenwerking tussen bewoners, vrijwilligers, zorgorganisaties, welzijnsinstellingen, onderwijsinstellingen en informele netwerken, maakt het mogelijk om groepen te bereiken die via reguliere kanalen vaak buiten beeld blijven. Ook is het van belang om zorgprofessionals te betrekken bij goede toegang tot preventieve zorg. Alleen wanneer zij bewust zijn van mensenrechten en de bestaande gezondheidsverschillen, kunnen ze pas fungeren als schakel tussen het zorgsysteem en inclusieve preventie. Aandacht besteden aan deze onderwerpen binnen opleidingen in de zorg- en welzijnssector draagt hieraan bij.

De ervaringen in Den Haag laten zien dat het vergroten van deelname aan bevolkingsonderzoeken meer vraagt dan betere communicatie alleen. Het vraagt om een benadering waarbij mensen centraal staan en niet het systeem. Investeren in lokale netwerken, gezondheidsvaardigheden, professionele

bewustwording en duurzame relaties, blijkt daarbij minstens zo belangrijk als het aanbieden van screening zelf.

Tegelijkertijd laten de initiatieven zien dat succesvolle werkwijzen niet afhankelijk mogen blijven van tijdelijke projectfinanciering. Het opbouwen van vertrouwen en onderhouden van netwerken kosten tijd en vragen om continuïteit. Voor de toekomst ligt er daarom een belangrijke opgave om veelbelovende aanpakken structureel te verankeren in beleid, financiering en praktijk.

Gelijke toegang leidt niet automatisch tot gelijke kansen

De belangrijkste les uit Den Haag is dat gelijke toegang niet automatisch leidt tot gelijke kansen. Wie gezondheidsverschillen wil verkleinen, moet bereid zijn verschillen in uitgangspositie serieus te nemen en preventie actief aan te passen aan de leefwereld van mensen. Juist daarin ligt de kracht van de beschreven initiatieven: zij verplaatsen de focus van uitnodigen naar aansluiten, van informeren naar verbinden en van bereik naar echte toegankelijkheid.

Over de auteurs

A. Ham, PhD, Senior onderzoeker, lectoraat Grootstedelijke Ontwikkelingen, De Haagse Hogeschool; **M.M. van Hennik, MD/MSc international health**, arts seksuele gezondheid GGD Haaglanden, artsonderzoeker Leids Universitair Medisch Centrum; **I.M. van der Meer, PhD, MPH**, senior epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie en Beleidsadvies, GGD Haaglanden; **S.L. Kanis, PhD**, huisarts, MSc Health Economics, Policy and Law; **Z. Harakeh, PhD**, senior onderzoeker, TNO, unit Health & Work; **N. van Kesteren, PhD**, senior onderzoeker, TNO, unit Health & Work.

E-mail: a.ham@hhs.nl

Dankwoord

Dank aan alle vrouwen, sleutelfiguren, vrijwilligers, gastvrouwen, zorgprofessionals en maatschappelijke organisaties, waaronder Stichting Mammarsosa, de betrokken buurt- en gebedshuizen, centra seksuele gezondheid van GGD'en, Dokters van de Wereld en diverse lokale partners, die hebben bijgedragen aan de verschillende initiatieven. Hun inzet, ervaringen en samenwerking waren van grote waarde voor de uitvoering en ontwikkeling van deze initiatieven.

Referenties

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). **Cost-effectiveness analyses for the three population-based cancer screening programmes** [Online]. 2025 (Bezocht op 17 jul 2026); [Hier online beschikbaar](#).
2. Van Stigt BJ, Olthof EM, de Kok IM, Heijnsdijk EA, Lansdorp-Vogelaar I, van Ravesteyn NT, et al. **Decreasing participation in Dutch population-based cancer screening programs: Trends from 2018 to 2022.** J Prev Med. 2025; 193:108257. [Hier online beschikbaar](#).
3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). **Wisselend beeld deelname bevolkingsonderzoeken naar kanker** [Online]. 2025 (Bezocht op 17 jul 2026); [Hier online beschikbaar](#).
4. Hesselmans M, Buijs M, van der Eerden D. Zorgakkoorden Haaglanden. **Regiobeeld Haaglanden 2023 - deelname bevolkingsonderzoek** [Online]. 2023 (Bezocht op 17 jul 2026); [Hier online beschikbaar](#).
5. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). **Bevolkingsonderzoek Borstkanker: Monitoring en evaluatie** [Online]. 2026 (Bezocht op 17 jul 2026); [Hier online beschikbaar](#).
6. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). **Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker** [Online]. 2026 (Bezocht op 17 jul 2026); [Hier online beschikbaar](#).
7. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). **Bevolkingsonderzoek Darmkanker** [Online]. 2026 (Bezocht op 17 jul 2026); [Hier online beschikbaar](#).
8. Bongaerts THG, Büchner FL, Middelkoop BJC, Guicherit OR, Numans ME. **Determinants of (non-) attendance at the Dutch cancer screening programmes: A systematic review.** J Med Screen. 2020; 27(3): 121–129. [Hier online beschikbaar](#).
9. Bongaerts TH, Büchner FL, De Munck L, Elferink MA, Guicherit OR, Numans ME. **Attendance characteristics of the breast and colorectal cancer screening programmes in a highly urbanised region of the**

- Netherlands: A retrospective observational study.** BMJ Open. 2023; 13(6): e071354. [Hier online beschikbaar.](#)
10. Sociale Vraagstukken. **Carla Kolner: radicale verandering nodig voor preventiebeleid** [Online]. 2025 (Bezocht op 17 jul 2026); [Hier online beschikbaar.](#)
 11. Aitken CA, Olthof EMG, Kaljouw S, Jansen EEL, de Koning HJ, de Kok IMCM, Erasmus MC. **Landelijke Evaluatie van het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker (LEBA) 2017–2020** [Online]. 2022 (Bezocht op 17 jul 2026); [Hier online beschikbaar.](#)
 12. World Health Organization (WHO). **Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases** [Online]. 2022 (Bezocht op 17 jul 2026); [Hier online beschikbaar.](#)
 13. Ham A, Harakeh Z, Kasmi S, Gidaly D, van Kesteren N. **Enhancing participation in population-based cancer screening: Culturally sensitive approaches for underserved women.** J Transcult Nurs. 2026. [Hier online beschikbaar.](#)
 14. Nobles J, Wheeler J, Dunleavy-Harris K, Holmes R, Inman-Ward A, Potts A, et al. **Ripple effects mapping: Capturing the wider impacts of systems change efforts in public health.** BMC Med Res Methodol. 2022; 22(1). [Hier online beschikbaar.](#)
 15. Bongaerts THG. **Screening the CITY. Deelname aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker: hoe verbeteren we de opkomst?** Epidemiologisch Bulletin 2024; 59(3): 3-9. [Hier online beschikbaar.](#)
 16. Bongaerts THG, Ridder M, Vermeer-Mens JCJ, Plukkel J, Numans M, Büchner FL. **Cervical cancer screening among marginalized women: a cross-sectional intervention study.** Int J of Women's Health. 2021; 13:549-556. [Hier online beschikbaar.](#)
 17. Snijder F. **Toegang tot zorg is een mensenrecht.** Med Contact. 2018. [Hier online beschikbaar.](#)
 18. United Nations. **International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. United Nations Treaty Series.** 1966 (Bezocht op 17 jul 2026); [Hier online beschikbaar.](#)
 19. Johannes Wier Stichting. **Kansengelijkheid deelname bevolkingsonderzoek** [Online]. Bezocht op 17 jul 2026; [Hier online beschikbaar.](#)