WOB verzoek – maart 2021

Inleiding

Op 23 maart 2020 is er op grond van de Wet openbaarheid van bestuur een verzoek ingediend tot openbaarmaking van informatie. Het verzoek heeft betrekking tot openbaarmaking van informatie over het laatste Kankerincidentietrapport GGD Kennemerland. Er wordt verzocht om informatie openbaar te maken van 1 januari 2019 tot op heden. Specifiek wordt er om het volgende verzocht:

1. Alle communicatie onderling tussen: ambtsdragers, (andere) werknemers, werknemers en bestuurders VRK en bestuurders VRK of een van diens onderdelen.
2. Alle communicatie tussen ambtsdragers, werknemers, bestuurders VRK of een van diens onderdelen en bestuurders van andere overheidsorganen.
3. Alle communicatie tussen ambtsdragers, werknemers, bestuurders VRK of een van diens onderdelen en andere gremia.
4. Alle overige communicatie tussen ambtsdragers, werknemers, bestuurders VRK of een van diens onderdelen.

In dit document treft u alle documenten die aangetroffen zijn. Het gaat om alle mailwisselingen, documenten die opgesteld zijn en alle aangetroffen berichtgeving via Whatsapp.

Mailwisseling

Maart 2019

Onderwerp: Stavaza IJmond, 11-3-2019

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: maandag 11 maart 2019 15:08
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: Stavaza IJmond

Hoi [redacted]

Betreft m.n. de vraag wel of geen kankerincidentieonderzoek i.v.m. de grafietregens. Dit n.a.v. het overleg vanmorgen met [redacted], [redacted] en [redacted], en (deels) [redacted] en jij. Hieronder wat ik weet en wat mijn mening is.

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

@[redacted] Ik wil jullie niet het gras voor de voeten wegmaaien, maar ik wilde ook niet vanuit mijn verantwoordelijkheid [redacted] zonder overdracht aan [redacted] mijn ziekteperiode ingaan. Uiteraard staat het jullie vrij een en ander te becommentariëren of aan te vullen.

Stavaza ongeveer: het Rivm bereidt een adviesaanvraag voor voor de Provincie over welke onderzoeksmogelijkheden er zijn.

Primair art. 10 lid 2 sub e, subsidiair art. 11 lid 1 Wob

De huidige situatie kent een aantal risico’s:

1. Bestuurlijk een heel complexe situatie. [redacted]
2. Verwarring bij de IJmond-gemeenten over wie waarvoor verantwoordelijk is. Er wordt gekeken naar en gewacht op de Provincie.
3. De maatschappelijke onrust kan nog verder groeien. Gemeenten en GGD hebben daarin natuurlijk hun eigen verantwoordelijkheid!?

[redacted] De adviesaanvraag ligt bij het Rivm bij een andere afdeling dan waar [redacted] werkt. De kans bestaat dat die andere afdeling gaat [redacted]

5. Bij de bevolking is zo af en toe te horen dat de GGD ‘niets doet’. [redacted] doet wel heel veel, maar dat is waarschijnlijk niet zichtbaar.

Art. 10 lid 2 sub e

6. [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e en art. 11 lid 1 Wob

[redacted] De bewoners vragen om allerlei onderzoeken, zoals ook bloedonderzoek en longfunctie-onderzoek. Een deel van de reden hiervoor is dat zij met de uitkomsten maatregelen tegen de uitstoot willen afdwingen [redacted]

8. Voor het beperken van de uitstoot van de industrie weten we al voldoende uit voorgaand onderzoek en internationale literatuur. Meer onderzoek en luchtmetingen moeten niet leiden tot uitstel van maatregelen om emissie te beperken die gezondheidswinst kunnen opleveren.

9. Het belangrijkste ook gezien de [redacted]

Dus: naar onze mening (elk geval mijn mening) moet je als gemeenten en GGD [redacted] omdat …. (uitleggen).

De GGD adviseert dan dat de gemeenten opdracht geven aan de GGD tot een aantal onderzoeken, waaronder een soort globale risico-schatting (risicoanalyse) en het kanker-incidentie-onderzoek.

Art. 11 lid 1 Wob

[redacted]

Die onderzoeken van de GGD moeten dan wel alsnog zo goed mogelijk worden afgestemd met het Rivm, [redacted]

Daarnaast moet er *vooraf* goede risicocommunicatie en verwachtingsmanagement plaatsvinden richting de bevolking over de te verwachten uitkomsten inclusief de mogelijkheid van confounding en van fout-positieve uitkomsten bij het kanker incidentieonderzoek (‘maar het risico op kanker is in elk geval niet *tien keer* hoger dan elders’).

Verder is het handig als de GGD tegen die tijd al een onderzoeksopzet op de plank heeft liggen, om meteen aan de slag te kunnen gaan zodat het allemaal niet nog langer gaat duren.

Groet,

[redacted]

Reactie 11-3-2019:

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: maandag 11 maart 2019 17:58
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: RE: Stavaza IJmond

Dag [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Dank je voor je analyse!

Ik heb nog een puntje ingevoegd in groen.

Verder was ik al bezig met een tekst die we ter beantwoording van de vraag aan het RIVM kunnen gaan gebruiken. Suggesties zijn welkom! [redacted] jij ook natuurlijk.

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

En dan even bedenken welke route we kiezen intern om de tekst te bespreken voordat hij naar het RIVM gaat.

Vraag RIVM over kankerincidentie onderzoek in de regio IJmond en voorspelling van hoeveel longkankergevallen er te verwachten zijn op basis van de huidige situatie in de IJmond:

We hebben bij de tweede ronde van de gezondheidsmonitor IJmond afgesproken om in voorbereiding op een volgende ronde met de adviesgroep verder te kijken naar mogelijkheden van monitoring waaronder onderzoek naar de kankerincidentie na 10 jaar. Doel was onder meer om opnieuw te kijken naar welk onderzoek/monitoring het beste aansluit bij de vragen van bewoners en gemeenten in de IJmond.

Inmiddels zijn de omstandigheden veranderd: er is nu een periode van maatschappelijk onrust. Redenen waarom je een dergelijk onderzoek al dan niet zou willen doen, kunnen dus veranderd zijn.

GGD Kennemerland zou een kankerincidentie onderzoek weer kunnen herhalen, bij opdracht daarvoor van de gemeenten. Belangrijk vinden we wel om tevoren aan te geven wat men kan verwachten van dergelijk onderzoek, zeker in deze periode. Naast het werken met een klankbordgroep, zou je al meteen een communicatielijn moeten inzetten. Met ket onderzoek naar kankerincidentie kijk je naar de mogelijke invloed van blootstelling in het verleden en kun je geen causale verbanden aantonen, en er is een risico dat je andere factoren niet goed kunt meenemen zoals roken (confounding). De opzet zou dan ook breder kunnen, naast longkanker ook andere soorten kanker?

Het is belangrijk om tot een goede afstemming te komen van het RIVM project en GGD Kennemerland; inhoudelijk is dat de gezondheidsmonitor IJmond (te herhalen in 2020), eventueel ander onderzoek (kankerincidentie) en haar advisering aan gemeenten en partners. In die zin lijkt het waardevol als de GGD deelneemt aan de klankbordgroep van het RIVM project.

Verder is het belangrijk om zich te realiseren dat dit onderzoek niet nodig is om aan te tonen dat er nadelige gezondheidseffecten zijn door de milieubelasting in de IJmond. En dat dat verminderen van emissies van de industrie altijd goed is voor de gezondheid van bewoners in de IJmond. Daarover is namelijk al voldoende bekend om te adviseren en moet dit proces niet vertragen.

Groet, [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: Tekst beantwoording vraag RIVM over kankerincidentie onderzoek/gezondheidseffecten berekenen, 15-3-2019

Mail naar de directie, 15-3-2019:

Op 15 mrt. 2019 om 08:39 heeft [redacted] <[redacted]@vrk.nl> het volgende geschreven:

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste Bert,

Hieronder een tekstvoorstel voor de beantwoording van de vraag van het RIVM aan GGD Kennemerland: **Kan GGD Kennemerland een onderzoek doen naar kankerincidentie in de regio IJmond en gezondheidseffecten berekenen op basis van de huidige luchtkwaliteit in de IJmond?**

Sluit dit voorstel aan bij jouw afspraken met en verwachtingen bij de wethouders gezondheid en kun jij je vinden in de tekst? E.e.a. is afgestemd met [redacted], [redacted] en [redacted].

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Groet,

[redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

We hebben bij de tweede ronde van de gezondheidsmonitor IJmond met de adviesgroep afgesproken om in voorbereiding op de derde ronde verder te kijken naar andere en/of betere mogelijkheden van monitoring waaronder onderzoek naar de kankerincidentie na 10 jaar. Doel is onder meer om te bezien naar welk onderzoek/monitoring het beste aansluit bij de vragen van bewoners en gemeenten in de IJmond.

In de huidige dynamiek is het extra begrijpelijk om juist het onderzoek naar kankerincidentie periodiek (frequentie elke 10 jaar) uit te voeren.

GGD Kennemerland zou een kankerincidentie onderzoek weer kunnen herhalen, bij opdracht daarvoor van de gemeenten. Het is goed om tevoren aan te geven wat men kan verwachten van dergelijk onderzoek, zeker in deze periode. Er moet vooraf goede risicocommunicatie en verwachtingsmanagement plaatsvinden richting gemeenten, bewoners en betrokkenen over de te verwachten uitkomsten inclusief de mogelijkheid van confounding en van fout-positieve uitkomsten bij het kanker incidentieonderzoek. Naast het werken met een klankbordgroep, zou meteen een communicatielijn kunnen worden ingezet. Met het onderzoek naar kankerincidentie wordt primair gekeken naar de mogelijke invloed van blootstelling in het verleden en zijn geen causale verbanden aan te tonen, bovendien bestaat het risico dat andere factoren niet goed zijn mee te nemen, zoals roken (confounding).

Ook een globale risicoanalyse over gezondheidseffecten die te verwachten zijn op basis van de huidige luchtkwaliteit kan worden uitgevoerd. Bij deze analyse en het eerder genoemde onderzoek moet nog bekeken worden in hoeverre hierbij ondersteuning nodig is door bijvoorbeeld GGD Amsterdam.

Tenslotte is het belangrijk om te realiseren dat dit soort onderzoek niet nodig is om aan te tonen dat er nadelige gezondheidseffecten zijn door de milieubelasting in de IJmond. En dat verminderen van emissies van de industrie altijd goed is voor de gezondheid van bewoners in de IJmond. Daarover is namelijk al voldoende bekend om beleid op te maken en moet dit proces niet vertragen.

We vinden het daarnaast noodzakelijk om regelmatig af te stemmen tussen het GGD-RIVM gezondheidsmonitor IJmond traject en het RIVM project grafietregen en gezondheid 2019. Zowel in bevindingen als de aanbevelingen. De gezondheidsmonitor IJmond zal herhaald worden in 2020.

In de aanloop daarnaartoe lijkt het dan ook zinvol dat GGD Kennemerland op dit moment al deelneemt aan de klankbordgroep van het RIVM project.

Aanvullende mail:

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: vrijdag 15 maart 2019 09:00
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; Bert van de Velden <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: Re: tekst beantwoording vraag RIVM over kankerincidentie onderzoek/gezondheidseffecten berekenen

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Dit is wat hierover vorige week door het RIVM al aan dorpsraad WaZ is gemeld:

Kankeronderzoek

We hebben met de GGD Kennemerland gesproken over het doen van een inventarisatie van het aantal kankergevallen in de regio IJmond, dan wel een voorspelling van hoeveel kanker gevallen er te verwachten zijn op basis van de huidige situatie in de IJmond. We verwachten hier volgende week terugkoppeling over van de GGD Kennemerland.

Reactie vanuit de directie, 15-3-2019:

Van: [redacted] <AvandeVelden@vrk.nl>
Verzonden: vrijdag 15 maart 2019 09:36
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: RE: tekst beantwoording vraag RIVM over kankerincidentie onderzoek/gezondheidseffecten berekenen

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste collega’s,

Ik voel mij een beetje overvallen door wat er nu speelt.

Uit wat ik lees maak ik op dat het RIVM in een gesprek met de Dorpsraad meldt met de GGD gesproken te hebben over het doen van een inventarisatie van het aantal kankergevallen in de regio IJmond …(zie verder tekst hieronder) en dat zij een terugkoppeling van de GGD verwachten.

Primair een paar vragen, die mij zomaar te binnen vallen:

- Met wie is dat besproken en wanneer?
- Is dit een vraag in het kader van het nu lopende onderzoek?
- Dient dit aanvullende onderzoek te worden uitgevoerd binnen de € 10K die hiervoor beschikbaar is?
- Is dat afgestemd met de provincie?
- Zijn gemeenten met dit idee bekend en zo ja, wie heeft daarover het gesprek gevoerd met wie?
- Als het binnen de gezondheidsmonitor een plek moet krijgen, wat is dan precies de - onderzoeksopdracht?
- Wat betekent dat voor deze monitor?
- En nog zo wat.

Kortom, ik wil hier graag even overleg over hebben.

Gr. Bert

Reactie op de directie, 15-3-2019:

Van: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Datum: 15 maart 2019 om 10:38:56 CET
Aan: Bert van de Velden <[redacted]@vrk.nl>, [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Kopie: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: Antw.:□ tekst beantwoording vraag RIVM over kankerincidentie onderzoek/gezondheidseffecten berekenen□

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste Bert,

Om te voorkomen dat we gaan heen-en-weer-mailen over jouw terechte vragen en ik voor maandag en dinsdag geen opties zie in de agenda, wil ik voorstellen dit mee te nemen in ons stof-overleg van a.s. woensdag.

@[redacted], hoewel ik niet weet of je een deadline voor het beantwoorden van de vraag hebt afgesproken, lijkt het me goed het RIVM te laten weten dat we de vraag in beraad hebben en volgende week zullen beantwoorden. Dit om te voorkomen dat er nog meer onjuiste veronderstellingen de wereld in geholpen worden.

Groet,

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 4 april 2019 14:35
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: afspraak voor PvA

Hoi [redacted],

De portefeuillehouders gezondheid hebben positief gereageerd op het voorstel voor het kankerincidentieonderzoek. Met daarbij natuurlijk wel de vraag, wat dit gaat kosten. Bert heeft de portefeuillehouders toegezegd binnenkort met een onderbouwd voorstel te komen.

Vanmorgen hebben wij overleg gehad met het RIVM ivm het project grafietregens. Daarbij gaven zij aan dat dit onderzoek het RIVM-project niet in de weg staat en dat het een goede zaak is om hiermee aan de slag te gaan.

Graag plan ik met jou een uurtje tijd hiervoor in, om te kijken hoe we hier een verder vervolg aan kunnen geven.

Groet,

[redacted]

September 2019

Onderwerp: Kanker oud en nieuw, 26-9-2019

Van: [redacted]@ggdkennemerland

Verzonden: donderdag 26-9-2019 om 17:01

Aan: [redacted]; [redacted]

Onderwerp: Kanker oud en nieuw

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted] en [redacted]

Bijgevoegd 3 bestanden.

1. Vergelijking van de nieuwe IKNL data met die uit het oude rapport van 2007 voor mannen (1989-2003) en vrouwen (1989-2003).
2. Word-document met een aantal constateringen (verslag)

Vraag is of de constateringen een probleem zijn voor het maken van een nieuw rapport of dat wij met IKNL om de tafel moeten om te kijken of IKNL verbeterde data moeten aanleveren.

Hoor graag van jullie.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

GGD Kennemerland | team Cluster Advies & Onderzoek | [redacted]

Zijlweg 200, 2015 CK Haarlem | Postbus 5514, 2000 GM Haarlem

[redacted] | E [redacted]@vrk.nl

Reactie op bovenstaande adressen, 30-9-2019:

Hoi [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Op zich lig ik niet wakker van [redacted] om het IKNL te vragen of de niet-invasieve kankers (toch) bij de geleverde data zitten, en zo ja, of zij ze nog zonderkunnen aanleveren incl. nieuwe CIF's, en hoe lang dat dan duurt. (Zo nee, hebben ze een andere verklaring voor de verschillen in aantallen?)

[redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

[redacted]

Artikel 10 lid 2 sub g Wob

Problemen kunnen zich dan voordoen bij longkanker als de CIF voor met name Beverwijk bij vrouwen volgens de nieuwe classificatie niet verhoogd is. Maar ook dat zouden we nog wel kunnen uitleggen denk ik.

Artikel 10 lid 2 sub g Wob

[redacted]

Wat vind jij [redacted]

Groet,

[redacted]

Alle weggelakte stukken op deze pagina artikel 10 lid 2 sub e Wob

---

Oktober 2019

Onderwerp: Kankerincidentie-onderzoek, 29-10-2019

Van: [redacted]

Verzondern: dinsdag 29-10-2019 om 10:36

Aan: [redacted]; [redacted]

Onderwerp: Kankerincidentie-onderzoek

Hoi [redacted] en [redacted],

Voor het kanker-onderzoek heb ik in O:\AGZ\AGZ\5. Taakgebieden\MMK\Monitor IJmond epi\Kankerincidentie-onderzoek\Analyse de volgende documenten geplaatst:

1- Per gemeente de bijlagen uit het oude rapport.
2- Een overzicht van de Incidentie totaal en per 5 belangrijkste lokalisaties
3- Een overzicht van de Prevalentie totaal en per 5 belangrijkste lokalisaties

Beverwijk verdient wel bijzondere aandacht vooral natuurlijk longkanker!

Ik ga nu verder met de CIF-data in grafieken te plaatsen en de benodigde tabellen maken. Hierbij volg ik de tabellen die ook in het oude rapport staan.

Als laatste zullen alle gegevens in een WORD-document worden geplaatst.

Wordt vervolgd.

Met vriendelijke groet,
[redacted] **GGD Kennemerland** | team Cluster Advies & Onderzoek | sectie

---

November 2019

Onderwerp: Longkanker IJmond-gemeenten 2004-2018, 1-11-2019

Van: [redacted]
Verzonden: vrijdag 1 november 2019 08:20
Aan: [redacted]; [redacted]; [redacted] ([redacted]
[redacted]
CC: [redacted]; [redacted]
Onderwerp: longkanker IJmond-gemeenten 2004-2018

Alle weggelakte stukken op deze pagina artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste mensen,

Hieronder de voorlopige (want nog niet gepubliceerde) uitkomsten van de CIF's van longkanker van mannen en vrouwen in de vier IJmond-gemeenten van de laatste reeks van jaren, met dank aan mijn collega [redacted]. Gegevens en berekening van de CIF's van het IKNL, ook met dank.

Voorlopige uitkomsten

Longkanker Ijmondgemeenten 2004-2018

Comparative Incidence Figures met 95%-BI

Mannen				***Vrouwen***			
Beverwijk	127	113	142	Beverwijk	127	110	144
Heemskerk	103	91	115	Heemskerk	104	90	119
Uitgeest	102	80	126	Uitgeest	90	63	116
Velsen	104	95	114	Velsen	110	99	122
Ijmond	109	103	115		109	103	111

In de twee bijlagen is dit grafisch weergegeven.

Ook in de bijlagen ter vergelijking het rapport van de vorige keer, zie pag. 26 en 27.

Wat opvalt:

- In Beverwijk bij mannen CIF longkanker meer verhoogd dan de vorige keer, en nu ook statistisch significant.
- Nu zowel bij mannen en vrouwen ook voor de IJmond als geheel statistisch significant verhoogd.

We weten dat mannen ook bij de hoogovens kunnen hebben gewerkt

Verder weten we dat Beverwijk een relatief lage sociaal-economische status heeft zodat de uitkomsten voor die gemeente (deels) ook door confounding kunnen zijn veroorzaakt.

Het zou interessant zijn om te kijken wat het resultaat is voor de IJmond als geheel na correctie voor SES.

Graag indien mogelijk jullie commentaar op deze uitkomsten, graag dan uiterlijk 12 november.

Alle weggelakte stukken op deze pagina artikel 10 lid 2 sub e Wob

@[redacted] *Kun je deze mail nog doorsturen naar de GGD Amsterdam?*

Vriendelijk groet,

[redacted]

[redacted]

GGD Kennemerland | Cluster Advies & Onderzoek

Zijlweg 200, 2015 CK Haarlem| Postbus 5514, 2000 GM Haarlem

- CIF incidentie per gemeente longkanker vrouwen
- CIF incidentie per gemeente longanker mannen
- Rapport incidentie en prevalentie kanker 2007

Onderwerp: Stavaza kankerincidentie-onderzoek, 5-11-2019
Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 5 november 2019 16:47
Aan: Bert van de Velden
CC: [redacted]; [redacted]; [redacted]; [redacted]; [redacted]
Onderwerp: Stavaza kankerincidentie-onderzoek

Beste Bert,

Via [redacted] jouw verzoek om de stand van zaken bij het kankerincidentie-onderzoek:

- Het vervaardigen van het rapport ligt op schema. Het concept is bijna klaar en zal naar verwachting half november naar de (extern) betrokkenen kunnen worden verstuurd, conform onze planning.
- De vorige keer was longkanker bij vrouwen in Beverwijk statistisch significant verhoogd t.o.v. het gemiddelde. Dat is nu ook zo bij mannen in Beverwijk, en bij het gemiddelde voor mannen en vrouwen voor de regio IJmond als geheel. De percentages verhoging zijn echter niet heel groot, conform de verwachting.
- In Haarlemmermeer komt longkanker (ultrafijn stof?) niet vaker voor dan gemiddeld.
- Bovenstaande gegevens hebben we voor commentaar al voorgelegd aan onze externe adviseurs (RIVM, GGD Amsterdam, IKNL), welk commentaar meegenomen zal worden bij het rapport.
- Op 8 oktober is het kankerincidentie-onderzoek besproken in de betreffende ambtelijke werkgroep, zie desgewenst bijlage voor concept-verslag met de verdere processtappen.

Alle weggelakte stukken op deze pagina artikel 10 lid 2 sub e Wob

Vriendelijke groet,

Reply op alle bovenstaande adressen, 5-11-2019:

Oja, en mag [redacted] de voorlopige resultaten inderdaad meenemen naar de wethouders? Het verslag van het PHO wordt ambtelijk gedeeld namelijk binnen de gemeenten en OD IJmond. Is dat wel handig? Moet toch eerst naar de projectgroep?
groet,

Vervolg naar alle bovenstaande adressen, 5-11-2019:

Op 5 nov. 2019 om 17:35 heeft [redacted] het volgende geschreven:

Ik had [redacted] gevraagd om dit aan jou en mij te sturen, zodat je het mee kon nemen.
Is nu rechtstreeks naar [redacted] gegaan.
Ook goed; [redacted] is geïnformeerd.
Voel je vrij om [redacted] nog andere punten mee te geven indien noodzakelijk.
Grt [redacted]

Reply op alle bovenstaande adressen, 5-11-2019:
Ja, zag het. Moet hij alleen twee mails meenemen. Verder geen probleem natuurlijk.
Ik vroeg me nog wel af bij [redacted] en [redacted] of het wel handig is om nu al de voorlopige uitkomsten te melden in het PHO (longkanker). Het PHO verslag wordt ambtelijk gedeeld, ook met OD IJmond. Nog niet besproken in de projectgroep en ook niet met communicatie.
[redacted] Ik wacht nog even op [redacted] antwoord.

Artikel 11 lid 1Wob

Reply op alle bovenstaande adressen, 6-11-2019:
Jouw gele zin snap ik niet. Je zou [redacted] nog mee kunnen geven, dat hij zich met name richt op de voortgang van het onderzoek en nog niet zo zeer op de uitkomsten. Duiding hiervan kan beter in het grotere verband/rapport gegeven worden. Groet, [redacted]

Reply op alle bovenstaande adressen, 6-11-2019:

Hoi, Ik bedoel daarmee dat ik mogelijk gisteren overleg hierover, bv met [redacted] gemist heb.
[redacted] weet of de resultaten al naar buiten mogen. Groet, [redacted]

Onderwerp: Concept-tekst Bespreking longkanker IJmond – kankerincidentierapport, 20-11-2019

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 20 november 2019 12:15
Aan: [redacted]; [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: Concept-tekst Bespreking longkanker IJmond - kankerincidentierapport
Urgentie: Hoog

Hoi [redacted] en [redacted]

[redacted] en ik zijn hard aan het werk om het concept van het kankerincidentierapport op tijd klaar te hebben (hopelijk morgen).

Onderdeel daarvan is ook het gedeelte met de Bespreking van de resultaten over longkanker in de IJmond. Hier wordt net als in 2007 een aparte paragraaf aan gewijd.

Het zou heel mooi zijn als het jullie lukt om hier uiterlijk morgenmiddag nog een reactie op te geven, dan kan jullie commentaar nog verwerkt worden in het concept.

Ter vergelijking ook de oude tekst uit het rapport van 2007.

Alvast bedankt, groet, [redacted]

Alle weggelakte stukken op deze pagina artikel 10 lid 2 sub e Wob

Replay op alle bovenstaande adressen, 20-11-2019

Hoi [redacted], Komt er bij de anders soorten kanker nog iets bijzonders uit, mn de bloedkankers?
Groet, [redacted]

Replay op alle bovenstaande adressen, 20-11-2019

1. Hoi [redacted] Ja, bij de hematologie en bij melanoom, zie alvast het concept van hoofdstuk 6 over de meest voorkomende vormen van kanker. Ik ga proberen vanmiddag nog een concept van de Samenvatting te maken, dan hoef je desgewenst hoofdstuk 6 niet helemaal te lezen.

Groet, [redacted]

2. N.B. De achtergrondinformatie van het IKA bij de verschillende vormen van kanker in hoofdstuk 6 heb ik nog niet aangepast, die gedeeltes dateren nog uit 2007.

Replay op alle bovenstaande adressen, 20-11-2019

Hoi [redacted]

Drie keer is scheepsrecht: Bij mijn eerste mail hierover ontbrak in de bijlage het gedeelte uit 2007 over mogelijke ‘Maatregelen’.

Zie nieuwe bijlage inclusief dat gedeelte.

Hebben jullie een voorstel om hier opnieuw kort aandacht aan te besteden?

[redacted]

Replay op alle bovenstaande adressen, 21-11-2019

Hoi [redacted] en [redacted], Ik heb alvast dit bedacht. Groet, [redacted]

Onderwerp: Concept rapport kankerincidentie-onderzoek GGD Kennemerland, 26-11-2019
Van: [redacted] [redacted]@ggdkennemerland.nl]
Verzonden: dinsdag 26 november 2019 10:50
Aan: [redacted] ([redacted]@rivm.nl); [redacted], [redacted]
CC: [redacted]; [redacted]; [redacted]
Onderwerp: concept rapport kankerincidentie-onderzoek GGD Kennemerland

Alle weggelakte stukken op deze pagina artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste [redacted] en [redacted],

Hierbij het concept-rapport van het nieuwe kankerincidentie-onderzoek GGD Kennemerland 2004-2018.

Graag met name jullie kritisch commentaar voor de Samenvatting en voor de paragraaf ‘Longkanker in de IJmond en in Beverwijk’ in hoofdstuk 6.2.

Als het lukt te reageren uiterlijk vrijdag 6 december zou dat heel mooi zijn (maandag 9 december hebben we overleg met de ambtenaren).

Vriendelijke groet, [redacted]

Reply op alle bovenstaande adressen, 6-12-2019:

Hoi [redacted],

Op de valreep nog wat commentaar waarbij ik me heb beperkt tot de samenvatting en paragraaf 6.2

Valt me op dat beroepsmatige blootstelling (een relatief groot deel van de mensen uit Beverwijk zal bij TATA hebben gewerkt) niet genoemd wordt als factor die mogelijk ook een rol zou kunnen spelen, lijkt me goed om daar wat meer aandacht aan te besteden.

Mooi rapport trouwens, duidelijk geschreven!

Groeten, [redacted]

Reply op alle bovenstaande adressen, 8-12-2019:

Hoi [redacted]

En hierbij mijn (late) suggesties in [redacted] document.

Overigens vind ik het heel helder opgeschreven. Dus compliment voor al het werk.

Verder vrijwel geen zinnen waarvan [redacted] We kennen nu wat zinnen die genoemd zijn in de bijeenkomsten van de klankbordgroep van het RIVM project grafietregen.

Art. 11 lid 1 Wob

Ik zag dat voor mannen en vrouwen een verschillende volgorde wordt aangehouden voor de gemeenten in de figuren. Dat is niet met opzet?

Ik zie verder geen aanleiding om de hematologische maligniteiten voor alleen de Haarlemmermeer te beschrijven irt Schiphol, maar een stukje in het algemeen hierover mag wel bij de samenvatting.

Groet, [redacted]

Januari 2020

Alle weggelakte stukken op deze pagina artikel 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: Nieuwe versie KIO, communicatie platform, 6-1-2020

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 6 januari 2020 12:49
Aan: [redacted] <[redacted]@haarlem.nl<[redacted]@haarlem.nl>; '[redacted]' <[redacted]@haarlem.nl>; <[redacted]@heemstede.nl>; <[redacted]@bloemendaal.nl>; <[redacted]@debuch.nl>; <[redacted]@heemskerk.nl>; <[redacted]t@beverwijk.nl>; <[redacted]@beverwijk.nl>; <[redacted]@velsen.nl>; <[redacted]@haarlemmermeer.nl>; <[redacted]@beverwijk.nl>; <[redacted]@velsen.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: FW: nieuwe versie KIO

Beste allen,

Graag stuur ik jullie hierbij het CONCEPT rapport “Kankerincidentie Kennemerland 2004-2018”. Dit rapport bevat gegevens van de Nederlandse Kankerregistratie over de incidentie en prevalentie van kanker in de GGD-regio Kennemerland van de registratieperiode 2004-2018. Het betreft het optreden van nieuwe gevallen, de incidentie, en het aantal op een bepaald moment nog in leven zijnde (voormalige) patiënten, de prevalentie.

Het rapport sluit aan op dat van het vorige kankerincidentie-onderzoek uit 2007, over de registratieperiode 1989-2003.

De belangrijkste conclusies vind je in de samenvatting. De incidentie van aantal vormen van kanker (longkanker, melanoom en mesothelioom) is verhoogd in een aantal gemeenten, ten opzichte van de rest van Nederland en evenals in de vorige periode. Aangezien ook diverse conclusies relevant zijn voor de andere gemeenten, hebben we besloten het rapport in deze fase al met jullie te delen.

Het onderzoek is in eerste instantie gedeeld en besproken in de ambtelijk werkgroep vanuit de IJmond. Hierin hebben zitting de GGD, ambtenaren van Heemskerk, Beverwijk en Velsen en de Omgevingsdienst IJmond, zowel vanuit inhoud, proces en communicatie. Het proces van publicatie en communicatie en contact met de bestuurders zal door hen worden begeleid.

Waarschijnlijk zal het in februari kunnen worden besproken op het ambtelijk overleg.

We kunnen ons voorstellen dat er vragen over inhoud en proces zijn, deze kunnen jullie richten aan mij, dan zal ik zorgen dat deze zo goed mogelijk beantwoord worden.

Omdat het een concept betreft, graag VETROUWELIJK behandelen.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

Cluster Milieu & Hygiëne

Mail naar directie 7-1-2020:

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: dinsdag 7 januari 2020 16:47
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: FW: nieuwe versie KIO

Alle weggelakte stukken op deze pagina artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste Bert,

Graag wil ik je hierbij de nieuwe versie van het rapport “Kankerincidentie Kennemerland 2004-2018” toesturen.

Inmiddels is, met input van diverse partners en gemeenten van de IJmond, deze nieuwe concept versie van het rapport gereed gekomen en breder verspreid aan de ambtenaren gezondheid van de gehele regio Kennemerland. Aangezien ook diverse conclusies relevant zijn voor de andere gemeenten, hebben we (de ambtelijke werkgroep met de IJmond gemeenten) besloten het rapport in deze fase al breed met hen te delen zodat zij niet voor verassingen komen te staan.

In een volgende mail volgt een verdere toelichting voor jouw communicatie en betekenisgeving met de wethouders van de IJmond en relevante procesinformatie voor het overleg met het portefeuillehouders overleg M&G in de IJmond volgende week woensdag.

Met vriendelijke groet, [redacted]

Reactie vanuit de directie 7-1-2020:

Van: Bert van de Velden <AvandeVelden@vrk.nl>
Verzonden: dinsdag 7 januari 2020 17:33
Aan: [redacted] <[redacted]t@ggdkennemerland.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: RE: nieuwe versie KIO

Beste [redacted]

Dank voor het toezenden van het rapport, zoals dat er in dit stadium uit ziet.

Zoals je al van [redacted] begrepen zult hebben verwacht ik – met het oog op het doen van een mededeling in het platform M&G – 1. een korte samenvatting van de inhoud van het rapport; 2. de conclusie zoals die uit het onderzoek getrokken kan worden; 3. de betekenis hiervan (zowel voor de burger alsook politiek bestuurlijk) en 4. de kansen en bedreigingen die het rapport biedt.

Alles met het oog op een heldere informatievoorziening aan de leden van het platform en voorbereid te zijn op vragen die kunnen volgen.

Gr. Bert

Reactie voorbereiding voor directie 8-1-2020:

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 8 januari 2020 16:58
Aan: [redacted]; [redacted]; [redacted]
Onderwerp: FW: nieuwe versie KIO, communicatie platform

Alle weggelakte stukken op deze pagina artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste [redacted], [redacted] en [redacted]

Voor Bert heb ik onderstaande vragen beantwoord, zodat hij deze kan meenemen naar het platform volgende week. Hebben jullie nog opmerkingen over de tekst, dan graag jullie aanvullingen; (stukken tekst komen uit het rapport; zo kort mogelijk weergegeven).

Beste Bert, in antwoord op je vragen wil ik je hierbij de volgende informatie meegeven voor het platform M&G volgende week in de IJmond. In bijlage nog een schema van de belangrijkste resultaten.

1. Korte samenvatting van het rapport; het is een zg. deskundige rapport met veel cijfers zoals

Voor de gehele regio Kennemerland

Enkele veel voorkomende vormen van kanker kwamen de afgelopen 15 jaar in de *gehele* GGD-regio Kennemerland vaker voor dan gemiddeld in Nederland. Dit betreft:

• Longkanker bij vrouwen, ongeveer 10% vaker

• Hematologische maligniteiten zoals leukemie, zowel bij mannen als bij vrouwen ruim 10% vaker

• Darmkanker bij vrouwen, ongeveer 5% vaker

• Melanoom, zowel mannen als vrouwen ongeveer 25% vaker voorkwam dan gemiddeld in Nederland

Voor alle vormen van kanker samengenomen betekent dit dat het optreden van kanker in de GGD-regio Kennemerland ongeveer 5% hoger was dan gemiddeld in Nederland

Longkanker in de IJmond

In het vorige kankerincidentie-onderzoek uit 2007 over de registratieperiode 1989-2003 was in Beverwijk bij vrouwen de incidentie van longkanker ongeveer 30% verhoogd ten opzichte van het landelijke gemiddelde. Nu was dit opnieuw het geval, met ongeveer 25%. Bij mannen was deze keer eveneens sprake van een verhoging met ongeveer 25%. In de vorige periode was dit laatste dus niet het geval.

De verhoging bij vrouwen en bij mannen in Beverwijk droeg in belangrijke mate bij aan de eveneens relatief hoge incidentie in de IJmond als geheel. In de overige drie gemeenten in de IJmond Heemskerk,

Uitgeest en Velsen was geen sprake van een duidelijke verhoging van de incidentie van longkanker ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde.

2. Conclusies zoals die uit het onderzoek getrokken kan worden;

Regio Kennemerland

De incidentie van kanker neemt toe met de tijd, als gevolg van de vergrijzing. In de periode 2004- 2018 in de GGD-regio Kennemerland is sprake van een toename van de incidentie met 29%. In de vorige

registratieperiode 1989-2003 was deze stijging met 9% een stuk kleiner.

Voor longkanker bij mannen is er in de periode 2004-2018 opnieuw een lichte stijging. Dit betekent dat eventuele verdere verbeteringen in het rookgedrag in het verleden niet voldoende waren om de stijging van de incidentie door de vergrijzing te compenseren. Bij vrouwen nam de incidentie van longkanker in de afgelopen registratieperiode sterker toe dan het gemiddelde voor alle vormen van kanker. In het verleden zijn vrouwen meer gaan roken, wat de verklaring kan zijn voor deze relatief sterke toename bij vrouwen.

Ook bij melanoom, een kwaadaardige vorm van huidkanker, was de stijging in de GGD-regio Kennemerland veel groter dan het gemiddelde voor alle vormen van kanker. Het optreden van melanoom is gerelateerd aan blootstelling aan de zon in de jeugd. Ook in andere kustgemeenten in Nederland komt melanoom relatief veel voor.

Voor de IJmond

Het is onzeker in welke mate de gevonden verhoogde incidentie in Beverwijk kan worden toegeschreven aan de lokale luchtverontreiniging. De mate van verhoging van de longkanker bij vrouwen is vergelijkbaar met die in de vorige registratieperiode. Voor de verhoging van longkanker in Beverwijk rondom het Tata-Steel-industrieterrein is de verwachting dat deze verhoging ook deze keer voor een belangrijk deel samenhangt met de sociaal-economische status en met het rookgedrag.

Er is geen aanleiding om te veronderstellen dat luchtverontreiniging een grotere rol heeft gespeeld dan eerder het geval was.

Aanvullen Rekentool [redacted] Artikel 10 lid 2 sub e Wob

3. De betekenis hiervan (zowel voor de burger als ook politiek bestuurlijk)

Er is geen aanleiding om te veronderstellen dat luchtverontreiniging in de IJmond een grotere rol heeft gespeeld bij het optreden van longkanker dan eerder het geval was. [redacted] (, mee eens, gezien de rekentool ook?). Artikel 10 lid 2 sub e Wob [redacted]

Art. 11 lid 1 Wob

4. De kar [redacted] het rapport biedt.

De kans die dit rapport biedt voor de wethouders en de GGD; zij kunnen hiermee een resultaat laten zien van onderzoek van de GGD waarmee we tonen de gezondheidseffecten te monitoren, er worden harde cijfers gegeven over verschillen in de incidentie van kanker t.o.v. de rest van Nederland en de regio Kennemerland, we kunnen hiermee een antwoord gegeven op de voortdurende vragen om onderzoek naar gezondheidseffecten en daarmee aangeven deze vragen serieus te nemen.

Bedreigingen (als zo vaak ook een kans); hoewel bekent uit ander onderzoek, is een zekere invloed van de luchtverontreiniging op het vóórkomen van longkanker in Beverwijk, niet uit te sluiten. Dat betekent dat het belangrijk blijft om maatregelen ter verbetering van de luchtkwaliteit te nemen (in gezamenlijkheid met de gemeenten en partners).

Mvg etc. [redacted]

Alle weggelakte stukken op deze pagina artikel 10 lid 2 sub e Wob

<u>Reactie 10-1-2020:</u>

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 10 januari 2020 22:38
Aan: [redacted]; [redacted] ; [redacted]
Onderwerp: FW: nieuwe versie KIO, communicatie platform

Hoi [redacted]

Mooi bij elkaar gezet. En goede informatie voor ons. De betekenis en kansen bedreigingen heb ik nog wat suggesties bij. Zie daarvoor mijn rode tekst.

Voor Bert is het alleen heel veel om mede te delen en hij heeft het nog drukker dan normaal met oa [redacted] hoorde ik vandaag.

Zoals we al even kort besproken zou je kunnen beginnen met de korte tekst voor de mededeling in het platform. En daarna voor hem nog wat achtergrondinformatie, maar ook korter, de essentie van het verhaal.

Hieronder al even een poging voor de mededeling in het platform.

Mededeling platform:

In de loop van februari zal het kankerincidentierapport regio Kennemerland verschijnen.

Dit is een herhaling van het GGD onderzoek uit 2007 (en niet van het RVM onderzoek van 2009). Het is onderdeel van gezondheidsmonitor zoals die periodiek door de GGD wordt uitgevoerd. Het sluit aan op de vragen over gezondheid die in de huidige periode van ongerustheid over milieufactoren in de IJmond leven.

Omdat mogelijke oorzaken van kanker veelal in het verleden liggen, wordt het vergezeld van een berekening van de gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit op basis van concentraties stoffen in de lucht.

Een ambtelijke werkgroep inclusief communicatie adviseurs zijn betrokken bij het uitkomen van de rapportage. Op dit moment ligt het document voor bij enkele bewoners (en artsen?) van de adviesgroep van gezondheidsmonitor IJmond. Daarna volgt AO en BC PG&MZ op….

Nog vertrouwelijk: de resultaten zijn grotendeels vergelijkbaar met het vorige onderzoek, namelijk……Alleen wordt nu gevonden….

Mogelijke samenhang longkanker met de luchtkwaliteit met de IJmond: Het is onzeker en met dit onderzoek ook niet vast te stellen in welke mate de gevonden verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk (is het alleen Beverwijk?) kan worden toegeschreven aan de lokale luchtverontreiniging. Voor de verhoging van longkanker in Beverwijk rondom het Tata-Steel-industrieterrein is de verwachting dat deze verhoging ook deze keer voor een belangrijk deel samenhangt met de sociaal-economische status en met het rookgedrag. Er is geen aanleiding om te veronderstellen dat luchtverontreiniging daarbij een grotere rol heeft gespeeld dan eerder het geval was.

[leg hierbij de focus niet alleen op longkanker, maar belicht alle gezondheidseffecten van luchtverontreiniging]:

De extra bijdrage van de luchtverontreiniging van Tata steel voor longkanker is waarschijnlijk beperkt. Uit de berekeningen komen ook andere gezondheidseffecten naar voren van de gemiddelde lange termijn blootstelling aan luchtverontreiniging. Zo zou [redacted] Daarbij kunnen ook pieken in luchtverontreiniging tijdelijk extra klachten geven, die hierbij niet zijn meegenomen. Elke verbetering van de luchtkwaliteit geeft daarom gezondheidswinst. De luchtkwaliteit in de IJmond voldoet nog niet aan de WHO advieswaarden.

Art. 11 lid 1 Wob

[redacted]. Dat is niet onze communicatielijn bij luchtverontreiniging [redacted] Van luchtverontreiniging is bekend dat elke verbetering ervan gezondheidswinst geeft. zie GR rapport uit 2018.

Art. 11 lid 1 Wob

[redacted]

art. 11 lid 1 Wob

Verder jammer natuurlijk dat ik de berekeningen en tekst daarbij nog niet af heb. Ik heb [redacted] nog even nodig hierbij. Wanneer moet het uiterlijk af zijn? In de bijlage wat ik nu heb.

En wil je het uiteindelijke stuk dan even naar Bert sturen voor het platform M&G? De agenda is in pdf en eigenlijk te min om een annotatie bij te maken. De mededeling over het RIVM basisonderzoek wordt waarschijnlijk door [redacted] of [redacted] gedaan nav gesprek dat we vanmiddag hadden. Als wij het wel worden geacht te doen stuur ik nog iets door.

Groet en succes! [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: vertrouwelijk: Concept rapportage KIO, 8-1-2020
Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 8 januari 2020 10:20
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted]@heemskerk.nl' [redacted]@heemskerk.nl>; '[redacted]@velsen.nl' <[redacted]@velsen.nl>; [redacted]@beverwijk.nl' <[redacted]@beverwijk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; Arie Oosterlee [redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: FW: vertrouwelijk: Concept rapportage KIO
Urgentie: Hoog

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste allen,

Zoals afgesproken tijdens ons recente overleg over het kanker incidentie onderzoek, willen we nu ook bewoners en zorgverleners uitnodigen om het rapport te bespreken.

Hierbij de uitnodiging, indien zij deelnemen zullen zij deze week het nieuwe concept rapport vertrouwelijk ontvangen, dit hebben jullie afgelopen maandag ontvangen.

We zouden het erg op prijs stellen als jullie eveneens bij de bijeenkomst aanwezig kunnen zijn om zodoende jullie deelname en rol als gemeente hierin aan te kunnen geven, en in de bespreking met bewoners en zorgverleners te kunnen deelnemen.

Willen jullie ook aangeven welke datum jullie het beste schikt?

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Groeten [redacted]

Gericht aan: [redacted], [redacted], [redacted] ([redacted] ziekenhuis Beverwijk) en [redacted] arts)

Omdat jullie deelnamen in de adviesgroep van de gezondheidsmonitor IJmond eind 2017, willen we jullie graag vragen mee te denken over het CONCEPT rapport “Kankerincidentie Kennemerland 2004-2018”. Deze uitnodiging is alleen aan gericht aan een aantal bewoners en eventueel zorgverleners.

Dit rapport bevat gegevens van de Nederlandse Kankerregistratie over de incidentie en prevalentie van kanker in de GGD-regio Kennemerland van de registratieperiode 2004-2018. Het betreft het optreden van nieuwe gevallen, de incidentie, en de prevalentie. Ook hoort daarbij een berekening van de gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit op basis van concentratie.

Het rapport sluit aan op dat van het vorige kankerincidentie-onderzoek uit 2007, over de registratieperiode 1989-2003. Nu volgt het tweede rapport.

Dit rapport bevat opnieuw registratiegegevens over nieuw opgetreden gevallen van kanker, de incidentie, in de gemeenten in de regio, nu inclusief de gemeente Haarlemmermeer. De registratieperiode van 15 jaar

heeft deze keer betrekking op de jaren 2004 tot en met 2018.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de negen gemeenten die het bestuur vormen van GGD Kennemerland. Een specifieke aanleiding voor de opdrachtverlening geeft de situatie in de IJmond, waar bij bewoners ongerustheid is over de mogelijke invloed van de luchtverontreiniging in het gebied op de gezondheid.

Na een eerdere periode van toegenomen ongerustheid in de IJmond rond 2008 wordt de gezondheid in de regio periodiek onderzocht met de zogenaamde Gezondheidsmonitor IJmond. Dit huidige, tweede kankerincidentieonderzoek kan worden beschouwd als een onderdeel daarvan.

Graag willen we nu ook de resultaten van het onderzoek VERTROUWELIJK met jullie delen en zo mogelijk op korte termijn bespreken. Gezamenlijk kunnen we dan nadenken of het inhoudelijk duidelijk is opgeschreven, wat het betekent voor de IJmond en hoe we hierover het beste kunnen communiceren. Publicatie is dan naar verwachting in februari. Uiteraard bespreken we dit ook met de gemeenten en communicatiewerkgroep.

Qua data zijn er de mogelijkheden om e.a. te bespreken;

16 januari van 11:30 tot 13:00 in Haarlem

20 januari van 14:00 tot 15:30 in Beverwijk

23 januari van 15:00 tot 16:30 in Haarlem

Indien geen van deze tijdstippen schikt, dan is het ook mogelijk om op 20 januari of 23 januari in de namiddag af te spreken, van 17:30 tot 19:00 (met een broodje) in Beverwijk.

Kunnen jullie aangeven of je het rapport wilt ontvangen in concept versie en deelnemen aan de bijeenkomst. Zo ja, wil je dat voor vrijdag 10 januari aangeven welke datum het beste schikt, en dan ontvang je ook het CONCEPT rapport.

Omdat het een concept betreft, graag VETROUWELIJK behandelen. Bij verdere vragen kan je contact opnemen via onderstaande gegevens.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]

Cluster Milieu & Hygiëne

Alle weggelakte stukken op deze pagina artikel 10 lid 2 sub e Wob

---

Onderwerp: Een stukje meelezen met het kankerincidentie onderzoek?, 14-1-2020

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: dinsdag 14-1-2020 om 11:48
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: Een stukje meelezen met het kankerincidentie onderzoek?

Hoi [redacted],

We zijn nog aan het worstelen met de uitkomsten van het kankerincidentie-onderzoek, met name de uitkomsten voor Beverwijk van longkanker, van de eerste in vergelijking met de tweede registratieperiode. Deze zijn als in onderstaande tabel.

Uitkomsten incidentie longkanker Beverwijk (CIF; significantie)

	Eerste registratieperiode	*Tweede registratieperiode*
Mannen	111 (n.s.)	127 (p<0.05)
Vrouwen	131 (p<0.05)	127 (p<0.05)

In tegenstelling tot de eerste registratieperiode was de CIF bij mannen in de tweede registratieperiode nu dus wel verhoogd. De vraag is nu wat dit betekent. Kan het zijn dat dit impliceert dat de invloed van de luchtverontreiniging met betrekking tot de tweede periode sterker was?

[redacted]en op dit moment opnieuw we weten het niet.

Art.. 11 lid 1 Wob

Heb je tijd en zin om de bijlage te lezen, om te kijken of je de redenatie kunt volgen en het daarmee eens bent? Het betreft 1 ¾ A-4.

Zie desgewenst ook in de bijlage nog de toelichting die ik aan Ingrid heb gestuurd.

Graag je reactie uiterlijk volgende week donderdagochtend 23 januari.

Als het je niet gaat lukken, laat het even weten, dan kan ik nog een andere collega vragen.

Alvast bedankt, groeten,

[redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

<u>De volgende mail werd bij deze mail doorgestuurd:</u>

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: dinsdag 14-1-2020 om 11:20
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: conclusie KIO

artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted],

Gisteren vertelde ik je dat naar aanleiding van de consistentie [redacted]

art. 11 lid 1 Wob

Ik heb hier daarna nog over zitten nadenken. [redacted]

art. 11 lid 1 Wob

Echter, als je een dergelijk verschil van trend [redacted]

art. 11 lid 1 Wob

[redacted]

[redacted]

De conclusie is dan dat er te veel onzekere factoren zijn om uitspraken te kunnen doen over de vraag naar een eventueel sterkere invloed van luchtverontreiniging bij de tweede periode.

Met een iets andere redenering had ik deze conclusie nog voor de kerst ook al als concept aan [redacted] voorgelegd; zij was het helemaal met mij eens. art. 10 lid 2 sub e Wob

Ik zal mijn nieuwe redenatie ook nog aan mijn collega [redacted] voorleggen. Als ze het ook met mij eens is, houden we het wat mij betreft daarbij.

Ik weet niet of deze nieuwe conclusie nu ook al naar [redacted] moet? art. 10 lid 2 sub e Wob

Zie de bijlage voor de nieuwe redenatie, het tweede deel ‘Longkanker nu ook bij mannen in Beverwijk’. Die tekst zou eventueel ook in het rapport kunnen, de twee tekstgedeeltes moeten nog verder worden gentegreerd.

Graag je reactie, groeten,

[redacted] art. 10 lid 2 sub e Wob

<u>Reactie op eerste mail, 15-1-2020:</u>

Van: [redacted]

Verzonden: woensdag 15-1-2020 om 16:49
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
CC: [redacted]
Onderwerp: Een stukje meelezen met het kankerincidentie onderzoek?

Hoi [redacted], artikel 10 lid 2 sub e Wob

Ik heb nog een hele poos zitten lezen en nadenken over de bijlage. Interessant hoor! Leuk om ernaar te kijken en over te denken.

In de bijlage mijn feedback en nog aantal aanvullende ideeën die bij me opkwamen.

Helemaal eens met dat jullie niet met zekerheid uitspraken kunnen doen.

De redenering volgen was lastig, omdat het soms best heel ingewikkeld was opgeschreven. Ook moeilijke zinnen met veel tangconstructies, tussenzinnetjes, etc.

Ik heb in de tekst af en toe geprobeerd het anders te verwoorden. Daaruit kun je meteen zien of ik het goed had begrepen ;-). Ik heb dat lang niet overal gedaan, zou wat mij betreft echt een slag zijn die er nog overheen moet.

Een belangrijke vraag daarbij is ook **wie de doelgroep** is. Als je wilt dat mensen écht deze redenering lezen/volgen moet het helder verwoord zijn.

Mocht je willen dat ik daar volgende week nog een keer over meedenk, dan laat maar weten.

Ook dus verder nog paar (nieuwe) gedachten erbij gezet. Benieuwd of het hout snijdt.

Veel succes en groetjes!

[redacted] Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 16 januari 2020 16:01
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: FW: korte eerste reactie KIO

Hierbij reactie Beverwijk

Groeten [redacted]

korte eerste reactie KIO
Een conversatie met [redacted] <[redacted]**@beverwijk.nl**>, [redacted] <[redacted]**@ggdkennemerland.nl**>, [redacted] <[redacted]**@beverwijk.nl**>, [redacted] <[redacted]**@beverwijk.nl**>

Door [redacted] <[redacted]@beverwijk.nl> op 16-1-2020 13:57

Goedemiddag [redacted],

Mocht de afspraak niet verzet kunnen worden, wat ik zeer betreur, dan zullen wij er alles aan doen om iemand vanuit Beverwijk te laten aansluiten.
Ik heb via [redacted] begrepen dat jullie graag een eerste korte reactie willen op het concept rapport.

Er komen bij het lezen van het rapport een paar dingen direct voor mij naar voren:

- Ik heb moeite met het meerdere keren benoemen dat uitkomsten “waarschijnlijk toegeschreven kunnen worden aan het rookgedrag in Beverwijk” (oa blz 6 en 35). Voelt als afvlakken/goed praten vd cijfers. Denk dat het heel onverstandig is om dit te doen. Als ik hier al op aanslaan laat staan de burger van Beverwijk. Als we dit noemen zou dit vergezeld moeten gaan van cijfers rookgedrag Beverwijk afgelopen 15 jaar ofzo ten opzichte van buurgemeenten.
- Verder is opmerkelijk de sterke verhoging van Mesothelioom (borsts-en buikvlieskanker) in de IJmond gemeenten onder dat we daar een reden bij kunnen noemen. “Waarschijnlijk blootstelling hoogovengebied” maar dan vreemd dat Velsen minder verhoogd is en Haarlem weer wel. Dat zal vragen opleveren. In hoeverre moet je dingen noemen als je geen zekerheid hebt vanuit harde informatie ?
- Het openbaar maken van dit rapport zal ongetwijfeld felle reacties los maken in Beverwijk icm de grafiet problematiek. De wijze van communicatie en gebruikte bewoording in het

rapport is dus van wezenlijk belang voor hoe het rapport ontvangen gaat worden. Ik wil echt nog de tijd om dit met onze collega’s communicatie te bespreken.

Ik ben vanaf morgen vrij maar lees mijn mail nog wel en zal eventueel reageren.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Samenleving / Sociaal domein, Gemeente Beverwijk
Postbus 450
1940 AL Beverwijk
www.beverwijk.nl
[redacted]
Aanwezig: ma, di, wo, do

Dit bericht is een kopie van een beveiligde conversatie in ZIVVER, een dienst voor veilige communicatie.

Onderwerp: Nieuwe versie longkanker Beverwijk, 20-1-220

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: dinsdag 21 januari 2020 09:56
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: nieuwe versie paragraaf longkanker Beverwijk KIO

Hoi [redacted],

Bijgaand de laatste versie over de vraag of de luchtverontreiniging in de tweede periode nu hoger was omdat er nu voor het eerst ook bij mannen een verhoogde incidentie was van longkanker in Beverwijk.

Graag nog je reactie als dat mogelijk is!

Groet, [redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 22 januari 2020 11:38
Aan: [redacted]@odijmond.nl' <[redacted]@odijmond.nl>
Onderwerp: bijeenkomst morgen over kankerincidentie onderzoek
Urgentie: Hoog

Beste [redacted],

Vorige week zagen wij elkaar bij de bijeenkomst van de wethouders milieu en gezondheid van de IJmond. Daar is het kankerincidentie onderzoek toegelicht.

Morgen is om 16:00 bij ons een bijeenkomst hierover met bewoners en ambtelijk (gezondheid) van de IJmond. Daarvoor had ik [redacted] uitgenodigd maar ik begrijp dat jij nu de aangewezen persoon bent.

Kan je bij deze bijeenkomst zijn? Dat zou heel fijn zijn, zo ja dan stuur ik je ook het concept rapport, [redacted] had dat al ontvangen maar er is een nieuwere versie.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]
Cluster Milieu & Hygiëne

Onderwerp: Context uitkomsten KIO, 22-1-2020

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 22 januari 2020 13:58
Aan: [redacted]
Onderwerp: context uitkomsten KIO

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted]

In de bijlage wat ik heb kunnen maken over de context van de uitkomsten in Kennemerland in vergelijking met die elders in Nederland.

Afgezien van de vraag of [redacted] (ik zal het ook nog aan [redacted] voorleggen [redacted]

[redacted] Maar graag dus ook z.s.m. jouw oordeel over dit aspect.

Artikel 11 lid 1 Wob

Als je weinig tijd hebt, kun je denk ik volstaan met het eerst lezen van de Samenvatting en conclusies met daarna nog de paragraaf Interpretatie daar vlak boven.

Groet,

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

[redacted]

<u>Toevoeging en uitvraag naar andere collega, 22-1-2020:</u>

Alles artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 22 januari 2020 14:03
Aan: [redacted]

CC: [redacted]
Onderwerp: context uitkomsten KIO

Hoi [redacted]

Heb je misschien nog tijd en zin om ook nog bijgevoegd stuk te lezen? Ik heb het gemaakt op verzoek van [redacted] en [redacted], om de uitkomsten beter in een context te kunnen plaatsen, bijvoorbeeld door te weten of longkanker ook elders in Nederland in industriegebieden vaker voorkomt.

Kloppen mijn redeneringen en mijn conclusies?

Graag je reactie uiterlijk morgen als dat kan.

Opnieuw bedankt!

Groet,

[redacted]

Op 24 jan. 2020 om 07:43 heeft [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl> het volgende geschreven:

Hoi [redacted]

Twee vragen:

Moeten we nog iets met Tata Steel? Wat hadden we daar ook weer over afgesproken? Ter informatie iets opsturen?

Gisteren wilde men betere en meer gedetailleerde informatie over de luchtverontreiniging in de IJmond. Dus niet alleen een gemiddelde, maar ook een range van hoogste en laagste niveaus, en ik denk bij voorkeur ook de historische veranderingen daarin voor zover bekend. Heb jij deze informatie of waar kan ik deze vinden? Wat zijn de beste bronnen?

Groet,

[redacted]

Van: [redacted] <[redacted]t@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: vrijdag 24 januari 2020 09:10
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl[redacted]
<[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: Re: luvo + Tata

Hoi [redacted]

Het eerste; Tata betrekken we pas op t laatst en meer ter kennisgeving

Gegevens luchtverontreiniging staat in het IJmond rapport tot 2016, [redacted] kan het zo aanvullen met de andere jaren

Verstuurd vanaf mijn [redacted]

Van: [redacted]@gggkennemerland.nl
Verzonden: zondag 26 januari 2020 15:43
Aan: [redacted]@ggdkennemerland.nl
Onderwerp: nieuwe versie KIO V4 + concept-persbericht
Hoi [redacted]

Hier de nieuwe versie. In principe is deze grotendeels klaar voor versturing naar het ambtelijk overleg. Zie verderop voor wat er nog moet gebeuren.

Ik heb volgende veranderingen ten opzichte van de vorige versie V3 doorgevoerd.

- De voorgestelde wijzigingen uit het overleg met ambtenaren en bewoners uit de geannoteerde versie heb ik doorgevoerd.
- Het nieuwe onderdeel Context van de uitkomsten heb ik toegevoegd aan het al bestaande hoofdstuk Vergelijking met Nederland. Dat hoofdstuk is nu meer naar achteren gekomen in het rapport.
- Het nieuwe onderdeel Beeld van de hematologie heb ik toegevoegd aan de betreffende paragraaf van hoofdstuk 6.
- Het nieuwe onderdeel aantallen extra patiënten met longkanker in Beverwijk heb ik toegevoegd aan de paragraaf Longkanker in de IJmond en in Beverwijk, in aan de Samenvatting
- Waar dat relevant was, heb ik ook de Inleiding aangepast aan het bovenstaande.
- De paragraaf Longkanker in de IJmond en in Beverwijk heb ik nog flink aangepast. De volgorde bleek niet logisch, er zaten herhalingen in, het was niet overal compleet, en ik heb het gedeelte over ‘longkanker nu ook bij mannen in Beverwijk’ ingekort.

Onderstaande gedeelte heb ik verwijderd, omdat het in feite niet relevant was ?

In de jaren daarna (dus sinds de jaren negentig) zijn zowel de concentratie fijnstof in de IJmond als de achtergrondconcentratie in Nederland in ongeveer dezelfde mate gedaald. Dit betekent dat de luchtverontreiniging door fijn stof in de IJmond nog steeds hoger is dan die elders in Nederland. Tot op heden worden de advieswaarden voor fijn stof van de Wereldgezondheidsorganisatie overschreden op luchtmeetstations in de IJmond.

Waar je nog naar zou moeten kijken / wat nog moet gebeuren:

- De gegevens in de tekst over de hoogte van de luchtverontreiniging in de IJmond; zoek naar ‘xx’ in de tekst.
- De aanduiding voor het Tata-Steel-industrieterrein. Ik heb daar tot het laatst mee zitten worstelen. Varianten in de tekst zijn onder meer het genoemde ‘Tata-Steel-terrein’, ‘staalindustrie’ en ‘hoogovens’, ‘Corusterrein’. Wat mij betreft kun je dat desgewenst aanpassen.
- Zoals eerder besproken, moet je goed kijken naar de omschrijvingen bij de rol van asbest bij het ontstaan van mesothelioom en de rol van de industrie daarbij.

Ik heb nog wel zitten worstelen met de formulering over de mate van aannemelijkheid dat luchtverontreiniging een rol heeft gespeeld bij de incidentie van longkanker.

In ons overleg met ambtenaren en bewoners was iedereen akkoord met de formulering ‘aannemelijk’. Ik vind echter dat je dat alleen mag zeggen als je tegelijk ook iets zegt over de mogelijke invloed van rookgedrag, anders wordt het te stellig denk ik.

In het concept-persbericht maakt het noemen van rookgedrag het persbericht denk ik echter nodeloos ingewikkeld en lang. Er staat nu dat een invloed van luchtverontreiniging niet is uit te sluiten, zonder verder het rookgedrag te noemen. Uit de context kun je dan opmaken dat die invloed van luchtverontreiniging dan toch wel heel aannemelijk is. Dus die versie van het persbericht zou mijn voorkeur hebben.

Echter, je kunt dat alleen in het persbericht zo noemen als je dat ook in je rapport zegt. Daarom staat nu in de Samenvatting ook een keer onderstaande formulering:

Het is echter niet uit te sluiten en op zichzelf aannemelijk dat de luchtverontreiniging van het hoogoventerrein in het verleden heeft bijgedragen aan het optreden van longkanker in Beverwijk.

In het stukje Conclusies van de Samenvatting staat gewoon weer ‘aannemelijk’.

Mijn inhoudelijke mening is dat ‘aannemelijk’ het meest juiste is. Misschien kunnen jullie met elkaar je ook nog buigen over bovenstaande dilemma’s.

Waar ik niet meer aan ben toegekomen, jammer maar helaas wat mij betreft:

Artikel 10 lid 2 sub e en art. 11 lid 1 Wob

- De opmerkingen van xxx en van jou bij de overige hoofdstukken.
- Een groot deel van de adviezen van IKNL. [redacted] geloof ik [redacted], maar wij zijn nu eenmaal er aan gehouden om dezelfde opzet aan te houden als de vorige keer.

En tenslotte: moeten we niet ook een aanbeveling doen voor nader onderzoek naar melanoom? En/of kun jij de komende week nog navragen bij het IKNL of het inderdaad klopt van die kustgemeenten elders in Nederland (double-check)?

Wat betreft het concept-persbericht: ik weet niet of [redacted] en [redacted] zich hiermee gepasseerd gaan voelen. Ik ga er eigenlijk [redacted] omdat je dan m.i. de minste kans op misverstanden hebt bij de interpretatie en dergelijke.

Artikel 10 lid 2 sub e en art. 11 lid 1 Wob

Ik hoop dat het toch zo goed genoeg is en dat het allemaal klopt verder,

Succes, groeten,

[redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: donderdag 30 januari 2020 11:09
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl[redacted]
<[redacted]@ggdkennemerland.nl>

art. 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: FW: nieuwe versie KIO, communicatie platform
Urgentie: Hoog

Beste [redacted] en [redacted],

Hieronder de mededeling over het kankerincidentie onderzoek voor het AO (in blauw). Als er toelichting wordt gevraagd, kan je de zwarte info mondeling geven. Deze is ook gegeven aan de wethouders van het platform M&G van de IJmond, met de aanpassingen van het meest recentelijke overleg hierin verwerkt. Ook is er nog aanpassing geweest van de formulering t.o.v. het concept wat de ambtenaren begin januari hebben ontvangen.

Voor het AO

Hierbij onderstaand de mededeling over het kankerincidentie onderzoek voor Ambtelijk Overleg op 6 februari. In bijlage de concept samenvatting van het onderzoek. Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan de definitieve versie van het onderzoek.

Samenvatting

Dit is een herhaling van het GGD onderzoek uit 2007. Het is onderdeel van gezondheidsmonitor zoals die periodiek door de GGD wordt uitgevoerd.

Enkele veel voorkomende vormen van kanker waren in de afgelopen 15 jaar in de GGD-regio Kennemerland vaker opgetreden dan gemiddeld in Nederland, dus de incidentie was hoger.

Voor alle vormen van kanker samengenomen was het optreden van kanker in de GGD-regio Kennemerland ongeveer 5% hoger dan gemiddeld in Nederland. Dit gaat om longkanker, darmkanker, hematologische maligniteiten en melanoom (een agressieve vorm van huidkanker)

Het onderzoek sluit aan op de vragen over gezondheid die in de huidige periode van ongerustheid over milieufactoren in de IJmond leven. Omdat mogelijke oorzaken van kanker veelal in het verleden liggen, wordt het vergezeld van een berekening van de gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit op basis van concentraties stoffen in de lucht.
De resultaten voor de IJmond in deze periode 2004-2018 zijn grotendeels vergelijkbaar met het vorige onderzoek. De verhoging van longkanker bij vrouwen en bij mannen in Beverwijk droeg in belangrijke mate bij aan de eveneens relatief hoge incidentie in de IJmond als geheel. In de overige drie gemeenten in de IJmond; Heemskerk, Uitgeest en Velsen, was geen sprake van een duidelijke verhoging van de incidentie van longkanker ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde.

Conclusie

Mogelijke samenhang van longkanker met de luchtkwaliteit met de IJmond: Het is aannemelijk dat de luchtverontreiniging van het hoogoventerrein in het verleden heeft bijgedragen aan het optreden van longkanker in Beverwijk. Hierin kan ook de sociaal-economische status en het rookgedrag een rol hebben gespeeld.

Elke verbetering van de luchtkwaliteit geeft gezondheidswinst. De luchtkwaliteit in de IJmond voldoet nog niet aan de WHO advieswaarden.

Procesinformatie

Na bespreking in de bestuurscommissie PG & MZ eind februari kan tot publicatie worden overgegaan. Een ambtelijke werkgroep (inclusief communicatie adviseurs) van de gemeente Beverwijk, Velsen en Heemskerk en vertegenwoordigers van bewonersgroepen zijn (vertrouwelijk) betrokken bij het uitkomen van de rapportage.

Eventueel te noemen in de toelichting tijdens het overleg;

De betekenis hiervan (zowel voor de burger als ook politiek bestuurlijk)
Bestuurders kunnen hiermee een eerder gesignaleerde trend bevestigen. Voor bewoners betekent dit dat de luchtkwaliteit in beperkte mate kan bijdragen aan gezondheidsklachten die zij kunnen ervaren.

De kansen en bedreigingen die het rapport biedt.

De kans die dit rapport biedt voor de wethouders en de GGD; zij kunnen hiermee een resultaat laten zien van onderzoek van de GGD waarmee we tonen de gezondheidseffecten te monitoren, er worden harde cijfers gegeven over verschillen in de incidentie van kanker t.o.v. de rest van Nederland en de regio Kennemerland, we kunnen hiermee een antwoord gegeven op de voortdurende vragen om onderzoek naar gezondheidseffecten en daarmee aangeven deze vragen serieus te nemen.

Bedreigingen (als zo vaak ook een kans); een zekere invloed van de luchtverontreiniging op het vóórkomen van longkanker in Beverwijk is aannemelijk. Dit zou kunnen leiden tot de vraag om herhaling van het longkanker onderzoek door het RIVM. Elke verbetering van de luchtkwaliteit geeft daarom gezondheidswinst. De luchtkwaliteit in de IJmond voldoet nog niet aan de WHO advieswaarden.

Dit betekent dat het belangrijk blijft om maatregelen ter verbetering van de luchtkwaliteit te nemen (in gezamenlijkheid met de gemeenten en partners).

Ps ik ben zo vrij geweest een zinnetje te verwijderen t.o.v. de samenvatting van [redacted] dd 26-01, de formulering vonden [redacted] en ik niet goed lopen.

art. 10 lid 2 sub e Wob

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]

art. 10 lid 2 sub e Wob

Cluster Milieu & Hygiëne

Februari 2020

Onderwerp: Opmerkingen concept V4 KIO + memo, 2-2-2020

Van: [redacted]

Aan: [redacted]; [redacted]

CC: [redacted]; [redacted]

Onderwerp: Opmerkingen concept V4 KIO + memo

art. 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted] en [redacted]

Hierbij mijn opmerkingen op deze versie van het KIO en het memo. Ik heb bij het KIO alleen gekeken naar de samenvatting over longkanker in de IJmond en de paragraaf daarover.

Wat een werk is het toch allemaal.

In deze versie van het KIO staat een aantal hypotheses, zoals dat de luchtverontreiniging in het verleden mogelijk hoger was. Daarmee bedoelen jullie dan waarschijnlijk dat het verschil met de rest van Nederland groter kan zijn geweest. Maar uiteindelijk kunnen we het aandeel van elke factor met invloed op longkanker toch niet kwantificeren. Dus liever korter en meer feiten dan hypotheses. En begrijp ik verder dat het RIVM rapport in 2009 wel significant meer longkanker bij mannen vond, net zoals bij vrouwen? Moeten we dat dan ook duidelijker vermelden? Want dan was dat al eerder bekend.

Wat betreft memo en KIO: het platform M&G speelt inderdaad geen rol bij de opdrachtverlening en de vraag is of je zelfs kan spreken over een opdracht van het BC. Bert heeft eerder in het PHO gezondheid in april afgesproken dat we dit weer gaan doen. Gewoon in een 15-iarige cyclus van gezondheidsmonitoring (en omdat het RIVM het al had toegezegd aan bewoners…). En het is bij mijn weten alleen besproken als mededeling in het AO, niet in het BC.

Ik vind het wel wat lastig dat ik steeds wat achterloop in de informatie. Het is haastwerk, dat speelt natuurlijk mee. En er is nu natuurlijk zoveel tegelijk in de IJmond waar ik ook aan werk.

Met [redacted] heb ik al besproken dat we [redacted] en [redacted] deze versie ook nog even laten meelezen, omdat de teksten veranderd zijn. Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Verder is het van belang [redacted]. Maar ook in de verkenning die ik hier nog een keer bijsluit. art. 11 lid 1 Wob

Dus als we nu alles tezamen zien, wat voor betekenis heeft het en wat vinden we dat ons en anderen te doen staat?

Dar kunnen we [redacted] en [redacted] ook bij betrekken (zoals de aanbevelingen). Zeker als we richting onderzoek door het RIVM sturen is het belangrijk dat we tevoren weten of het zinvol en mogelijk is. Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Groetjes, [redacted]

[redacted]

[redacted]

Onderwerp: Memo kankerincidentie onderzoek 3. voorlaatste voor Bert, 3-2-2020

Alles weggelakt op basis van artikel 10 lid 2 sub e

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: maandag 3 februari 2020 16:46
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: Memo kankerincidentie onderzoek 3. voorlaaste vor Bert
Urgentie: Hoog

Beste allen, hierbij het concept memo voor Bert. Willen jullie je laatste wijzigingen aub vóór morgenochtend 12:00 aanbrengen, dan kan het morgenmiddag naar Bert en dan donderdag naar de bestuurscommissie.

Er staan nog een paar opmerkingen in van [redacted] en [redacted], daarop graag jullie reactie.

Met vriendelijke groet, [redacted]

Toevoeging op alle bovenstaande adressen, 3-2-2020:

Oja, [redacted] vanmiddag werd ik nog even bevraagd over het lekken. Dat waren [redacted], [redacted] en [redacted].

Met alleen [redacted], [redacted] en [redacted] waren ze niet zo ongerust. En Tata heeft het in ieder geval niet door ons gekregen als dat al zo zou zijn.

Groet, [redacted]

Reply op alle bovenstaande adressen, 4-2-2020:

Hoi,

Heel goed inderdaad om ook de aanbeveling over melanoom op te nemen. Daar hadden we het vandaag toevallig nog over bij een landelijk overleg over de omgevingswet.

Nog twee kleine puntjes:

- Het rapport staat in de aanhef als bijlage genoemd. Maar zit er feitelijk nog niet bij. Klopt het dan om het als zo te noemen?
- En is door de verklaring van het IKNL het punt over de hematologische maligniteiten voldoende verklaard om het niet op te nemen in de conclusies?
  ‘Volgens mededeling van de leverancier van de gegevens (IKNL) spelen onder meer verschillen in diagnostiek en registratie met het gemiddelde in Nederland hierin een rol’.
  [redacted]

art. 11 lid 1 Wob

Groet, [redacted]

art. 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted] <[redacted]@beverwijk.nl>
Verzonden: maandag 3 februari 2020 14:43
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: dringende vragen KIO
Urgentie: Hoog

Goedemiddag [redacted]

Ik heb vanmorgen alle mailwisseling nog eens nagelezen en dan rijzen er bij mij toch een paar dringende vragen :

1. Wie is de trekkende gemeenten uit de IJmond voor het KIO ?

Ik heb in oktober bij de start in mijn aantekeningen staan Beverwijk en Haarlemmermeer. In december lees ik echter in een mail van [redacted]:

> Het concept van het rapport is gedeeld in de ambtelijke werkgroep van gemeenten (waarin [redacted] deelneemt namens de IJmond gemeenten, en [redacted] van de Omgevingsdienst IJmond namens de collega’s communicatie), en ligt nu bij hun voor opmerkingen. Waarschijnlijk zal het begin februari in het ambtelijk overleg worden besproken en daarna aan het bestuur worden aangeboden ter publicatie.

art. 10 lid 2 sub e Wob

Ik heb daar toen niet op gereageerd. En nu hoor ik van [redacted] (betrokken bij Tata/grafiet) en [redacted] (vorige week aanwezig bij de bespreking) begrijp ik dat dit Velsen en Haarlemmermeer zijn ?

Kun jij het verlossende antwoord geven ?

Waar zijn precies de meetpunten en zijn deze hetzelfde als 10 jaar geleden ?

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]

art. 10 lid 2 sub e Wob

Samenleving / Sociaal domein, Gemeente Beverwijk

Postbus 450

1940 AL Beverwijk

www.beverwijk.nl

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 3 februari 2020 16:13
Aan: [redacted] <[redacted]@beverwijk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: RE: dringende vragen KIO

art. 10 lid 2 sub e Wob

Beste [redacted]

Er was geen trekkende gemeente binnen de IJmond, wij hebben alle IJmond gemeenten waar nodig geïnformeerd. Aangezien bij de eerste bijeenkomst vanuit de IJmond alleen Ted Bruin vanuit Heemskerk was aangeschoven (overigens waren alle IJmond gemeenten uitgenodigd), was zij daarmee “aanspreekpunt IJmond”. Inderdaad was ook Daisy Bakker vanuit de OD (communicatie) daarbij aanwezig. Ook voor het overleg van 23 januari waren alle IJmond gemeenten uitgenodigd.

De meetpunten zijn hetzelfde als 10 jaar geleden: Beverwijk Oost, Wijk aan Zee, Velsen Noord, IJmuiden en de Staalstraat en de meetpunten op het Tataterrein.

En dan meteen nog een reactie op jouw mail van vanmorgen vroeg met daarin drie vragen:

De tekst over de opdrachtverlening en de directe aanleiding wordt juist geherformuleerd. Het KIO is een herhaling van een eerder KI onderzoek. Het is een eigenstandige verantwoordelijkheid van de GGD om hier invulling en uitvoering aan te geven.

Wij zullen daar waar nodig de rekenmethode nog verder toelichten om een en ander te verduidelijken.

Ik snap je vraag over de verdere uitleg van zaken. Het is echter wel zo dat de resultaten gekoppeld aan de IJmond monitor juist in de IJmond extra vragen zal opleveren. Daarnaast is de melanoom oorzaak eerder te vinden in het zijn van een kust-gemeenten. Daarbij heeft het IKR ons aangegeven dat de hematologische fluctuaties waarschijnlijk komen door een fout in de registratie. Dit zijn we uiteraard nog verder aan het onderzoeken.

Groet,

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 6 februari 2020 16:54
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]>
Onderwerp: RE: Memo kankerincidentie onderzoek 4. versie voor Bert
Urgentie: Hoog

Alles weggelakt op basis van artikel 10 lid 2 sub e

Beste Bert en [redacted],

Graag stuur ik jullie het concept memo van het kanker incidentie onderzoek voor de bestuurders.

Als de bevinding door het IKNL deze week bevestigd wordt, kan deze zin en de opmerking eruit.

Graag jullie aanvullingen/opmerkingen zodat het maandag naar de bestuurders kan.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]

Cluster Milieu & Hygiëne

<u>Toevoeging 6-2-2020:</u>

Beste Bert en [redacted],

Hierbij de laatste versie van het memo, voor jullie opmerkingen.

Na bevestiging van het IKNL is de opmerking eruit, [redacted] heeft nog wat redactie gedaan en ook heb ik nog wat opmerkingen van het RIVM verwerkt bij passages die de samenwerking en hun onderzoek betreffen.

Hopelijk lukt het e.a. mee te nemen voor verzending as maandag,

Met vriendelijke groet, [redacted]

art. 10 lid 2 sub e Wob

Toevoeging 6-2-2020:

Dag allen,

Nog één toevoeging van mijn kant:

De luchtkwaliteit in de IJmond voldoet op de luchtmeetstations nog niet aan de WHO advieswaarden voor de luchtkwaliteit.

Groet, [redacted]

Onderwerp: nieuwe versie Kio en gespreksverslag 23 jan

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted] Zandt [mailto:[redacted]@ggdkennemerland.nl]
Verzonden: vrijdag 7 februari 2020 13:14
Aan: [redacted]; ([redacted]@planet.nl) >; '[redacted]@velsen.nl' ; [redacted]@beverwijk.nl' ; [redacted]@beverwijk.nl' <[redacted]@heemskerk.nl>; 'sgroen@odijmond.nl' <[redacted]@odijmond.nl>; [redacted] @ggdkennemerland.nl>; [redacted]>; [redacted]@vrk.nl>; [redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: nieuw versie KIO en gespreksverslag 23 jan

Bericht
Presentatie adviesgroep 23-1-2020 def.pdf (331 kB)
gespreksverslag KIO bewoners + ambtelijk 23 jan 20.docx (17 kB)
CONCEPT KIO Kennemerland 2004-2018 - concept_V4.2_2020.02.07.pdf (4 MB)

Beste allen,

Hierbij een nieuwe versie van het kankerincidentie onderzoek (KIO) sinds onze bijeenkomst op 23 januari. Hierin zijn aanpassingen gedaan conform het besprokene.
Graag jullie laatste reactie, uiterlijk 14 februari.

Verder ook hierbij het gespreksverslag van 23 februari en de dia's van de presentatie die toen zijn besproken. Ook hierop graag jullie reactie naar de gehele groep (maar wel vertrouwelijk).
De eerste versie van het KIO is ook voorgelegd aan GGD Amsterdam en het RIVM (als adviseurs medische milieukunde), ook deze versie zal hun worden voorgelegd.

Het rapport over de berekende gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit zal apart worden gepubliceerd (aansluitend in tijd maar wel apart van het KIO)

Het vervolgtraject van het KIO rapport en de bijbehorende publicatie ziet er als volgt uit:

- 6 februari is een mededeling gedaan in het ambtelijk overleg van de GGD, voor de gemeenten buiten de IJmond waarvoor ook relevante informatie over de kankerincidentie in het rapport wordt gegeven.

- De opmerkingen van de bijeenkomst van 23 januari zijn verwerkt in deze nieuwe (eind)versie.
- Graag jullie reactie dan uiterlijk 14 februari.
- De communicatieadviseurs zullen op basis van de samenvatting een persbericht en Q& A opstellen in overleg met de gemeenten.
- 17 februari zal het rapport aan de wethouders worden verstuurd als agendapunt voor de Bestuurscommissie PG&MZ op 24 februari.
- Publicatie is gepland op of vlak na 24 februari.
- Bij publicatie zullen Tata Steel en de Provincie worden geïnformeerd.

Graag deze mail en het rapport VERTROUWELIJK behandelen, ook nu is sprake van de (eind)concept versie.

Voor verdere informatie kun je contact opnemen via onderstaande contactgegevens

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted] <[redacted]@hccnet.nl>
Verzonden: maandag 10 februari 2020 21:56
Aan: *alle adressanten mail*>
Onderwerp: RE: nieuw versie KIO en gespreksverslag 23 jan

Bete allen,

Ik heb een paar opmerkingen/vragen:

1) Op blz 5 staat in de alinea boven conclusies longkanker IJmond een onlogisch zinnetje (zie het gele zinnetje hieronder). Ik denk dat het een vergeten zinnetje is (er ontbreekt bovendien een woord in de zin).

In deze tweede registratieperiode is er in het onderzoek van GGD Kennemerland voor het eerst ook een verhoging van de longkanker-incidentie bij mannen in Beverwijk gevonden. Er zijn echter geen aanwijzingen voor een hogere luchtverontreiniging de IJmond als oorzaak hiervoor. Andere factoren die wat dit betreft een rol kunnen hebben gespeeld zijn een eventueel relatief sterke daling van de luchtverontreiniging elders in Nederland, een mogelijke lokale afwijking ten opzichte van de landelijke trends in het rookgedrag bij mannen of bij vrouwen, zie ook verderop in deze Samenvatting, en/of een mogelijk veranderd niveau van blootstelling op de werkvloer bij mannelijke werknemers bij bijvoorbeeld de hoogovens. Met betrekking tot alle drie deze mogelijke factoren zijn echter geen gegevens bekend.

In het gespreksverslag staat echter het tegenovergestelde d.w.z. dat er wel een aanwijzing is dat luchtverontreiniging een rol kan hebben gespeeld en daarom staat in de conclusies tav longkanker ‘aannemelijk’:
Een belangrijke reden waarom er *aannemelijk* behoort te staan, motiveerde [redacted] als volgt: Heemskerk en Beverwijk zijn grotendeels vergelijkbaar in Sociaal Economische Samenstelling (Heemskerk iets beter). Bij de aanname dat dan het rookgedrag ongeveer vergelijkbaar is, zou je op

art. 10 lid 2 sub e Wob

grond daarvan vergelijkbare longkanker-resultaten verwachten. Dit is echter niet het geval en daarom is het aannemelijk dat de verhoogde blootstelling door luchtverontreiniging van het Tata in de gemeente Beverwijk (incl. Wijk aan Zee) van invloed is geweest (t.o.v. de lagere blootstelling in Heemskerk).

Bovendien staat er op blz 4 dat er luchtverontreiniging en fijnstof afkomstig van de staalfabriek is en dat dit kan hebben bijgedraagd aan longkanker (even samengevat).

2) Wat wordt er met artefact bedoeld bij hematologische maligniteiten; ik bedoel wat is er anders aan het registreren van bloed en lymfeklierkanker t.o.v. de andere delen van Nederland (blz 3)? Nu wordt deze vorm van kanker om die reden niet verder toegelicht en benoemd in de samenvatting terwijl deze vorm van kanker wel verhoogd is in Beverwijk en Velsen. Dit is relevant omdat er onrust is over leukemie (die valt onder hematologische maligniteiten) nadat 4/5 mensen binnen 2 jaar in Velsen-Noord deze diagnose kregen. Vandaar ook de vraag n.a.v. de leukemie-memo hoe frequent leukemie voorkomt in de postcodegebieden rondom postcodegebied 1951 (en dus niet alleen in Velsen-Noord). Het antwoord op deze vraag is belangrijk omdat de cokes-fabriek rauwe cokes lekt met benzeen/PAK’s en het is belangrijk om (hopelijk) uit te sluiten dat deze een veroorzaker heeft kunnen zijn (en nog is) in de directe omgeving.

3) Er staat in de eerste regel van de conclusies in de IJmond dat longkanker daar 25% meer voorkomt. Klopt dit? Ik dacht dat het alleen in Beverwijk zo veel voorkomt? Volgens mij moet dit veel lager zijn.

4) Ik had van [redacted] begrepen dat het voorkomen van longkanker juist ook zou worden vergeleken met een andere kustplaats in plaats van een grootstedelijke omgeving/ industriegebied. Zie blz 6. Kan het ook worden vergeleken met een vergelijkbare gemeente qua grootte, SES en dan zonder een Tata/industriegebied? Dat lijkt mij wel zo nuttig en eerlijk voor bewoners. Hiermee krijgen we ook inzicht in de bijdrage van de verschillende risicofactoren.

Succes met de afronding,
Groetjes [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted]<@beverwijk.nl>
Datum: 7 februari 2020 om 14:44:25 CET
Aan: [redacted] @ggdkennemerland.nl>
Kopie: [redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: RE: nieuw versie KIO en gespreksverslag 23 jan

Goedemiddag [redacted]

Dank voor het nieuwe concept. We gaan ons uiterste best doen zsm te reageren.

Ik zie zo snel nog geen uitleg voor de CIF waarden tov de tabellen daarom toch nu snel alvast even deze vraag omdat we het gewoon willen begrijpen om aan anderen uit te kunnen leggen:
Tabel longkanker blz 32
Beverwijk mannen 115 111 85 totaal 311 Vrouwen 50 73 89 totaal 212
Heemskerk 86 93 112. Totaal 291. Vrouwen 60 43 86 totaal 189
En we hebben bijna evenveel inwoners
Waar komt het verschil in CIF vandaan?. Beverwijk 127/127. Heemskerk 102/104

Goed weekend

Met vriendelijke groet

[redacted]

Ales weggelakt op basis van artikel 10 lid 2 sub e

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 10 februari 2020 12:36
Aan: [redacted] @beverwijk.nl>**CC:** <@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: FW: nieuw versie KIO en gespreksverslag 23 jan

Beste [redacted],

Namens mijn collega [redacted] hierbij een reactie op jullie vraag.

Een goede en begrijpelijke vraag. Als de CIF voor Beverwijk verhoogd is ten opzichte van Nederland en de CIF voor Heemskerk niet, dan verwacht je in de tabel op pag. 32 ook een hogere incidentie van longkanker in Beverwijk vergeleken met Heemskerk.
Echter, de tabel op pagina 32 bevat wat wij noemen de ‘ruwe’ incidenties, dat wil zeggen de werkelijke aantallen. Bij die werkelijke aantallen speelt ook de invloed mee van verschillen in leeftijdsopbouw tussen de twee gemeenten.
Ik heb even snel gekeken op internet. Per 1 januari 2019 is het aandeel van 65-plussers in de bevolking van Beverwijk ongeveer 18%, in Heemskerk is dat 22%, Heemskerk heeft dus een wat oudere bevolking dan Beverwijk.
Longkanker komt naar verhouding veel vaker voor bij oudere mensen dan bij jonge mensen. Dat is er de oorzaak van dat het aantal gevallen van longkanker in Heemskerk toch bijna hetzelfde is als in Beverwijk. De incidentie van longkanker in Heemskerk zou minder zijn geweest als de leeftijdsopbouw hetzelfde zou zijn geweest, dus als Heemskerk net zo ‘jong’ zou zijn geweest als Beverwijk.

De CIF is een verhoudingsgetal waarbij rekening wordt gehouden met die verschillen in leeftijdsopbouw. Dat is de reden dat de CIF aangeeft of er ‘bovenop’ eventuele verschillen in leeftijdsopbouw nog andere invloeden kunnen zijn.

Ik hoop dat ik dit zo goed heb kunnen uitleggen. Als jullie nog vragen hebben, horen wij dat graag.

Vriendelijke groet,

[redacted]

GGD Kennemerland | Cluster Advies & Onderzoek
Zijlweg 200, 2015 CK Haarlem| Postbus 5514, 2000 GM Haarlem
[redacted]

art. 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: Verslag overleg KIO dd, 11-2-2020
Van: [redacted]
Aan: [redacted]

CC: [redacted]; [redacted]
Onderwerp: Verslag overleg KIO dd 11 februari 2020
Datum: 14-2-2020 14:43

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

INTERN BERAAD INTERN BERAAD INTERN BERAAD INTERN BERAAD INTERN BERAAD INTERN

Verslag overleg KIO d.d. 11 februari 2020
[redacted]

Het uitvoeren van het KIO is voor de GGD een reguliere taak. Het is een herhaling van het KIO van 2007. Het onderzoek richt zich op alle gemeenten in de regio Kennemerland.
Er is in het AO van 13 juni 2019 gevraagd welke ambtenaren wilden deelnemen aan een ambtelijke werkgroep. Hiervoor hebben zich 3 ambtenaren uit de IJmond-gemeenten aangemeld (Beverwijk, Heemskerk, Velsen). Alle ambtenaren gezondheid van alle 9 gemeenten hebben begin januarieen concept-versie ontvangen.

Qua betekenisgeving zal het KIO 2020 overeenkomen met het KIO 2007.
Actie: Woorden en duiding overeenkomstig/eenduidig laten zijn met KIO 2007 met meenemen van nieuwe wetenschappelijk inzichten [redacted]
Actie: Plannen van enkele overleggen met deze 6 genodigden om teksten af te stemmen ([redacted])

Het RIVM zal gevraagd worden of er een wetenschappelijk toets kan plaatsvinden. Anders alleen 2e 3e lijns reactie aan RIVM en GGD Amsterdam vragen op laatste versie
Actie: Volgende versie aanbieden aan RIVM en GGD A’dam en hen deze concrete vraag stellen ([redacted])
In de bevindingen en conclusies wordt nu melding gemaakt van alleen negatieve trends, terwijl er wellicht ook positieve trends zijn (Darmkanker B’wijk?, ‘blue zones’)
Actie: Bekijk waar het mogelijk is om positieve ontwikkelingen te benoemen. ([redacted])

Onlangs zijn ook landelijke cijfers gepubliceerd over het voorkomen van diverse soorten kanker in Nederland (melanoom, stijging tov NL of regio?).
Actie: Leg waar mogelijk verbanden met recente landelijke onderzoeken ([redacted]

De inhoudelijke wijzigingen houden wij voor onszelf goed bij met revisiestanden en opmerkingen (wie heeft de wijziging geadviseerd en waarom). Deze info is voor onszelf om verklaringen te kunnen geven waarom bepaalde tekstwijzigingen zijn doorgevoerd.
Actie: goed bijhouden wijzigingen en opmerkingen ([redacted])

In het vorig KIO was een groter voorkomen van longkanker bij vrouwen in Beverwijk te zien. In het huidige KIO is ook bij mannen in Beverwijk spraken van een verhoging van longkanker.

. Omdat risicofactoren van longkanker in het verleden liggen is een MMK-module uitgewerkt waarin een verkenning wordt gemaakt van de te verwachten gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit in de IJmond. Dit betreft niet alleen longkanker, Omdat dit specifiek inzoomt op de IJmond wordt dit rapport niet aangeboden via het AO en de BC, maar kan deze via het platform Milieu en Gezondheid gedeeld worden.
Actie: MMK-module aanbieden het platform M&G (18 maart of 20 mei; mijn voorkeur gaat uit naar 18 maart) ([redacted]) en voor die tijd uiteraard delen met Bert

De ambtelijke werkgroep is gevraagd om reacties uiterlijk aan te leveren op 14 februari a.s. In een mail laten wij hen weten dat de consultatieronde nog flink wat opmerkingen en vragen

heeft opgeleverd. Daarnaast willen wij nog goede checks & balances doen bij onze wetenschappelijke collega’s bij het RIVM en de GGD Amsterdam. Kortom het rapport is nog niet gereed en kan nog niet door richting het bestuur. Dit zal gaan gebeuren in de volgende bestuurlijke ronde. Dit betekent dat we meer tijd hebben om alle opmerkingen beter te kunnen plaatsen. De ambtelijke werkgroep kan de volgende definitieve versie uiterlijk 12 maart tegemoet zien. Verder willen gemeenten graag dat de AO-BC route gevolgd worden.
Actie: versturen mail naar ambtelijke werkgroep op woensdag 19 februari ([redacted]. Nog deze week zullen we gezamenlijk de concept-mail van [redacted] lezen.

Gemeenten vinden het van belang om te zien dat de communicatie is voorbereid voor het uitkomen van het rapport. Daarom persbericht beschikbaar hebben voor AO en BC. Op 5 maart sturen we de communicatie vertegenwoordigers de samenvatting van het rapport. Check of deze groep alle 9 gemeenten vertegenwoordigt. Haarlemmermeer apart. Vertegenwoordigt OD IJmond communicatie (milieulijn) ook de gezondheidslijn in communcatie van gemeente Haarlem?
Actie: Check bij [redacted] en OD OD IJmond hoe geborgd wordt dat alle 9 gemeenten in voorbereiden communicatie worden meegenomen ([redacted])

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Nu:	opstellen concept mail aan ambtelijke werkgroep met toelichting op insteken volgende ronde
19 februari:	versturen mail aan ambtelijke werkgroep ook aan overige gemeenten?
5 maart:	aanbieden samenvatting rapport aan communicatiewerkgroep, zodat zij de communicatie-boodschap kunnen opstellen.
12 maart:	aanbieden definitief rapport aan ambtelijke werkgroep ter kennisgeving.
12 maart:	aanbieden definitief rapport en communicatie-boodschap aan AO
18 maart:	MMK-module staat op de agenda van het platform M&G
25 maart:	aanbieden van memo en definitief rapport aan [redacted] tbv BC

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Wat te doen bij lekkage? Na 12 maart hebben wij de communicatie boodschap gereed en kunnen we indien nodig deze gebruiken.
Voor 12 maart is de communicatieboodschap nog niet gereed. [redacted] heeft al wel een concept persbericht en zal deze alvast delen met [redacted]. Mocht het nodig zijn dat we iets moeten moeten communiceren, dan moeten we snel schakelen op basis van dit concept-persbericht.

Onderwerp: Vervolg proces kankerincidentie onderzoek Kennemerland, 17-2-2020 t/m 29-5-2020

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted]@ggdkennemerland.nl]
Verzonden: maandag 17 februari 2020 16:42
Aan: '[redacted]@velsen.nl' <[redacted]@velsen.nl>; <[redacted]@beverwijk.nl>; [redacted]@heemskerk.nl' <[redacted]@heemskerk.nl>; [redacted]@hccnet.nl; [redacted] ([redacted]@planet.nl) <[redacted]@odijmond.nl>; <[redacted]@beverwijk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: vervolg proces kankerincidentie onderzoek Kennemerland

Beste leden van de werkgroep bewoners en ambtenaren (van de IJmond) van het Kankerincidentie onderzoek 2004-2018 Kennemerland,

Dank jullie allen voor jullie opmerkingen en verduidelijkende vragen bij het rapport van het kanker incidentieonderzoek zoals jullie toegestuurd op 7 februari. Deze consultatieronde heeft ons heel veel extra waardevolle vragen, opmerkingen en toevoegingen opgeleverd. We

willen deze punten zorgvuldig overwegen en verwerken en de wetenschappelijke checks & balances afstemmen met RIVM en GGD Amsterdam. Omdat we hier de tijd voor nodig hebben, zullen we aansluiten op de volgende bestuursvergadering.

Het vervolgtraject van het KIO rapport en de bijbehorende publicatie ziet er dan als volgt uit:

- Jullie opmerkingen/aanvullingen als werkgroep, en die van het RIVM en GGD Amsterdam zullen verwerkt worden in een aangepaste versie.
- Deze uiteindelijke versie zal dan op het ambtelijk overleg (van *alle* gemeenten) van 19 maart worden besproken. Dit betekent dat deze 12 maart gereed moet zijn.
- De communicatie adviseurs van de gemeenten worden betrokken bij het opstellen van de Q en A en het persbericht.
- Voorlegging aan het bestuur vindt plaats op 6 april. Publicatie vindt vlak daarna plaats.

Bij onduidelijkheden over dit proces kan je contact opnemen met mij. Mochten jullie voor dit moment nog inhoudelijke aanvullingen hebben om ons mee te geven, dan kan dat nog deze week tot 20 februari.

Wellicht ten overvloede; tot het moment van publicatie (na 6 april) blijft het rapport nog steeds **VERTROUWELIJK.**

Met vriendelijke groet,

[redacted]

art. 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: KIO – alternatieve formulering conclusie, 20-2-2020
Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: donderdag 20 februari 2020 09:08
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: Re: KIO - Alternatieve formuleringen conclusie

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted],

Hieronder de tabel waaruit blijkt dat aannemelijk helemaal klopt. Het staat immers ook al in een van de RIVM rapporten uit 2009. 6% berekend extra longkanker op basis van historische bijdragen aan de concentraties door de industrie (of zoiets). Als we dit citeren zitten we gewoon goed.

De relatie tussen longkanker en luvo en door luvo door de industrie is zelfs meer dan aannemelijk, blijkt uit IARC.

Enige punt in de IJmond is dat we niet precies weten hoeveel de concentraties van de industrie bijgedragen hebben aan longkanker in het heden. Daar helpt het rivm rapport (pag 56?) wellicht ook bij met formuleren.

We kunnen met [redacted] afspreken dat we samen met [redacted] en [redacted] nogmaals de tekst checken en dan is het wat mij betreft in orde.

[redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

Groet [redacted]

Reactie

Op 20 feb. 2020 om 09:34 heeft [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl> het volgende geschreven:

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted],

Inhoudelijk klopt ‘aannemelijk’, [redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

Mijn tekstvoorstel in de bijlage, zie hieronder. De aannemelijkheid blijkt daar impliciet uit, naar mijn mening.

‘Uit internationaal onderzoek is bekend dat luchtverontreiniging ook longkanker kan veroorzaken.

Een verband tussen longkanker in Beverwijk en de luchtverontreiniging in IJmond kan echter niet met zekerheid worden aangetoond in dit onderzoek. Het kan daarnaast niet worden uitgesloten dat ook andere factoren een deel van het verband kunnen verklaren, zoals het rookgedrag in het verleden van de bevolking in Beverwijk.’

Groet, [redacted] Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Document: Epikort agendapunt 2:

2020.02.25_Epikort agendapunt 2

2	**Formulering kankerincidentierapport [redacted]** Verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk. Aannemelijk dat dit komt door luchtverontreiniging? [redacted] Artikel 10 lid 2 sub e Wob Aannemelijk omdat uit de literatuur blijkt dat luchtverontreiniging en met name fijnstof een verhoogd risico geeft op longkanker. RIVM heeft uitgerekend dat er op basis van dose-response 10% meer longkanker zou kunnen zijn, [redacted] aannemelijk dat een deel van de longkanker veroorzaakt wordt door de luchtverontreiniging. art. 11 lid 1 Wob Conclusie is dat als we duidelijk aangeven dat het niet is op basis van dit onderzoek, maar op basis van de literatuur..

[redacted]

Art. 11 lid 1 Wob

[redacted]

art. 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted] <[redacted]@beverwijk.nl>
Verzonden: donderdag 20 februari 2020 11:16
Aan [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; '[redacted]@velsen.nl' <[redacted]@velsen.nl>; [redacted]@heemskerk.nl' <[redacted]@heemskerk.nl>; [redacted].nl; [redacted].nl) <[redacted].nl>; [redacted]@odijmond.nl' <[redacted]@odijmond.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl[redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: RE: vervolg proces kankerincidentie onderzoek Kennemerland

Goedemorgen,

Afgelopen dagen heb ik het rapport nogmaals rustig doorgelezen en laten inzinken. Ik ben [redacted] dan lees je het rapport misschien toch anders.

art. 11 lid 1 Wob

Wat mij oa bezighoud is dat bij het lezen van het rapport het voelt alsof het min of meer selectief is toegeschreven richting Beverwijk (en Tata). Er is veel aandacht hiervoor waar op andere vlakken, waar ook vraagtekens rijzen, deze niet belicht worden.

CIF waarden:

art. 10 lid 2 sub e Wob

Ik begrijp ondanks de uitleg van [redacted] nog altijd niet hoe de CIF waarden tot stand komen en dat is eigenlijk het allerbelangrijkste want het rapport gaat met deze waarden de situatie verder beoordelen cq uiteen zetten. Hier zullen ook zeker vragen over komen vanuit raad maar ook vanuit inwoners uit onze regio. Ik snap dat het waarschijnlijk een heel onderzoekstechnisch verhaal is maar het moet echt worden teruggebracht naar 1+1=2. De omzetting van de cijfers uit de tabellen naar CIF waarden is nu niet te begrijpen.

Want om longkanker als voorbeeld te nemen; de uitleg vd hoge CIF waarden voor Beverwijk tov Heemskerk terwijl de aantallen in de tabellen niet echt verschillen komt door de “wat oudere bevolking van Heemskerk” en het feit dat longkanker meer voorkomt bij ouderen. Maar dan zou je dus toch een hoger aantal gevallen longkanker verwachten in Heemskerk, we hebben nagenoeg evenveel inwoners, wat na correctie leeftijd bewoners een lagere CIF geeft? Dus blijven de CIF waarden niet te begrijpen.

De uitleg van de CIF waarden, eventueel met rekenformule etc , tov de geplaatste tabellen is echt prioriteit want zonder is het rapport niet te begrijpen.

En zoals ik al eerder aangaf; Het afdoen van de cijfers inzake hematologische kanker als “waarschijnlijk een artefact” geeft grote vraagtekens bij de geloofwaardigheid van het verdere rapport. Hoezo een artefact? Men zal zich afvragen “zijn de andere cijfers dan wel betrouwbaar”?

Na dit rapport volgen nog een aantal rapporten, oa het RIVM vervolgonderzoek gezondheid IJmond en Desktop Schiphol. Het is dus van het grootste belang dat er niet getwijfeld gaat worden aan de geloofwaardigheid van deze onderzoeken en gemeenten en GGD geen schade oplopen.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]

art. 10 lid 2 sub e Wob

Samenleving / Sociaal domein, Gemeente Beverwijk

Postbus 450

1940 AL Beverwijk

www.beverwijk.nl

[redacted]

Aanwezig: ma, di, wo, do

Van: [redacted]@ggdkennemerland.nl Verzonden: donderdag 27 februari 2020 15:23
Aan: [redacted]@ggdkennemerland.nl [redacted]@ggdkennemerland.nl

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: nieuwe versies Samenvatting en paragraaf longkanker

Urgentie: Hoog

Bericht | V5 - Samenvatting.docx (27 kB) | V 5.0 paragraaf duiding longkanker.docx (20 kB)

Hoi [redacted]en[redacted],

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Paragraaf longkanker:

Deze heb ik volledig nieuw geschreven, waarbij ik tegelijk ook de verhogingen in Beverwijk en in Haarlem bespreek en de verlagingen in Bloemendaal.
De lengte van de tekst is nu iets meer dan de lengte van de paragraaf over longkanker in de IJmond in het rapport uit 2007 (tekstblok CIF, zie hieronder, niet meegerekend). Dus als jullie nog toevoegingen willen, moet er iets anders uit verdwijnen ☺. Veranderingen van de tekst zullen wat makkelijker zijn.

De opbouw van de paragraaf ‘Duiding’ is nu volgens een vast en logisch opgebouwd stramien:

- Algemene opmerking over de incidentie (denk aan de verwarring bij [redacted]).
- Uitkomsten van de CIF’s.
- Wat zijn de risicofactoren?
- Welke van deze risicofactoren (tijdens de bootstellingsperiode) kunnen de verhoogde CIF’s verklaren, c.q. komen meer voor in de betreffende gemeente?
- Per risicofactor een uitspraak over de mate van aannemelijkheid van de bijdrage aan de verhoogde CIF.

- De vergelijking met het vorige onderzoek van 2007.

Ditzelfde stramien gaat dan straks ook terugkomen in de gedeeltes van het rapport over de andere verhoogde vormen van kanker. Omdat daarover minder gegevens bekend zijn, worden die stukjes natuurlijk wel veel korter.

Voor de uitleg van de CIF heb ik nu een tekstblok gemaakt dat we overal waar relevant kunnen plaatsen, ook bij de Samenvatting. Ook dit naar aanleiding van het commentaar van [redacted]

N.B. Tot nu toe had ik in alle teksten geschreven dat bij de CIF gecorrigeerd is voor lee geslacht. Dat laatste klopt natuurlijk niet, omdat in ons rapport de CIF telkens apart voo voor vrouwen berekend is. Bij een CIF voor vrouwen kun je niet ook nog eens corrigeren voor vrouwen. Je corrigeert voor verschillen in leeftijdsopbouw bij de vrouwelijke bevolking. ([redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Artikel 11 lid 1 Wob

De Samenvatting:

- Veranderingen en eventuele toevoegingen heb ik geel gemarkeerd.
- Melanoom heb ik nu geplaatst vóór longkanker, omdat de verhoging van melanoom de meeste gemeenten betreft en de grootste CIF's heeft (toch een goed idee van jou destijds [redacted] ☺)
- Het geheel moet misschien nog meer gebalanceerd worden. Het gedeelte 'Het verloop van de incidenties in de tijd' is nu bijvoorbeeld misschien relatief te lang. Als jullie hiervoor nog suggesties hebben, graag.

Artikel 10 lid 2 sub e Wo

N.B. Als onderdeel van de nieuwe benadering heb ik nu ook voor het eerst gekeken in welke gemeenten of delen van een gemeente in de vorige registratieperiode longkanker verhoogd of verlaagd was. Dit was een zeer wisselende mate, maar ergens ook nog wel op een consistente manier het geval. Vanuit die optiek is het helemaal niet gek dat longkanker bij mannen in Beverwijk de vorige keer niet naar voren kwam, dus misschien moeten we daar gewoon niet moeilijk over doen. Zie mijn tekst in de nieuwe paragraaf Longkanker voor meer gegevens. In deze trant heb ik het ook opgeschreven in de Samenvatting, dat wil zeggen ik heb de afwezige ophoging bij mannen in Beverwijk nu gewoon niet genoemd in de Samenvatting.

Graag als het kan uiterlijk maandagochtend jullie reacties, of even bericht als dat niet gaat lukken.

Groet,
[redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted]**@ggdkennemerland.nl**
Verzonden: dinsdag 25 februari 2020 11:39
Aan: diverse collega's ggd/vrk
Onderwerp: notitie t.b.v. overleg Bert

Hoi [redacted] en [redacted],

In bijgevoegde notitie onze inhoudelijke en andere overwegingen.

Groet,
[redacted]

art. 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: Nieuwe versies samenvatting en paragraaf longkanker 27-2-2020

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 27 februari 2020 15:23

Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: nieuwe versies Samenvatting en paragraaf longkanker
Urgentie: Hoog

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted] en [redacted],

Paragraaf longkanker:

Deze heb ik volledig nieuw geschreven, waarbij ik tegelijk ook de verhogingen in Beverwijk en in Haarlem bespreek en de verlagingen in Bloemendaal.

De lengte van de tekst is nu iets meer dan de lengte van de paragraaf over longkanker in de IJmond in het rapport uit 2007 (tekstblok CIF, zie hieronder, niet meegerekend). Dus als jullie nog toevoegingen willen, moet er iets anders uit verdwijnen ☺. Veranderingen van de tekst zullen wat makkelijker zijn.

De opbouw van de paragraaf ‘Duiding’ is nu volgens een vast en logisch opgebouwd stramien:

- Algemene opmerking over de incidentie (denk aan de verwarring bij [redacted]
- Uitkomsten van de CIF’s.
- Wat zijn de risicofactoren?
- Welke van deze risicofactoren (tijdens de bootstellingsperiode) kunnen de verhoogde CIF’s verklaren, c.q. komen meer voor in de betreffende gemeente?
- Per risicofactor een uitspraak over de mate van aannemelijkheid van de bijdrage aan de verhoogde CIF.
- De vergelijking met het vorige onderzoek van 2007.

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Ditzelfde stramien gaat dan straks ook terugkomen in de gedeeltes van het rapport over de andere verhoogde vormen van kanker. Omdat daarover minder gegevens bekend zijn, worden die stukjes natuurlijk wel veel korter.

Voor de uitleg van de CIF heb ik nu een tekstblok gemaakt dat we overal waar relevant kunnen plaatsen, ook bij de Samenvatting. Ook dit naar aanleiding van het commentaar van [redacted].

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

N.B. Tot nu toe had ik in alle teksten geschreven dat bij de CIF gecorrigeerd is voor leeftijd en geslacht. Dat laatste klopt natuurlijk niet, omdat in ons rapport de CIF telkens apart voor mannen en voor vrouwen berekend is. Bij een CIF voor vrouwen kun je niet ook nog eens corrigeren voor vrouwen. Je corrigeert voor verschillen in leeftijdsopbouw bij de vrouwelijke bevolking. (So much voor het kritisch lezen van onze deskundige adviseurs …. ☺).

De Samenvatting:

- Veranderingen en eventuele toevoegingen heb ik geel gemarkeerd.
- Melanoom heb ik nu geplaatst vóór longkanker, omdat de verhoging van melanoom de meeste gemeenten betreft en de grootste CIF’s heeft (toch een goed idee van jou destijds [redacted] ☺).
- Het geheel moet misschien nog meer gebalanceerd worden. Het gedeelte ‘Het verloop van de incidenties in de tijd’ is nu bijvoorbeeld misschien relatief te lang. Als jullie hiervoor nog suggesties hebben, graag.

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

N.B. Als onderdeel van de nieuwe benadering heb ik nu ook voor het eerst gekeken in welke gemeenten of delen van een gemeente in de vorige registratieperiode longkanker verhoogd of verlaagd was. Dit was een zeer wisselende mate, maar ergens ook nog wel op een consistente manier het geval. Vanuit die optiek is het helemaal niet gek dat longkanker bij

Art. 11 lid 1 Wob

mannen in Beverwijk de vorige keer niet naar voren kwam, [redacted] Zie mijn tekst in de nieuwe paragraaf Longkanker voor meer gegevens. In deze trant heb ik het ook opgeschreven in de Samenvatting, dat wil zeggen ik heb de afwezige ophoging bij mannen in Beverwijk nu gewoon niet genoemd in de Samenvatting.

Graag als het kan uiterlijk maandagochtend jullie reacties, of even bericht als dat niet gaat lukken.

Groet, [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Maart 2020

Onderwerp: KIO – nieuwe versie Samenvatting en paragraaflongkanker – overleg 2-3-2020

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 2 maart 2020 10:55
Aan: [redacted]; [redacted]
CC: [redacted]; [redacted]
Onderwerp: KIO - nieuwe versie Samenvatting en paragraaf longkanker - t.b.v. overleg 14.00

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted] en [redacted],

Naar aanleiding van ons overleg met Bert vorige week heb ik een nieuwe versie gemaakt van de Samenvatting en van de paragraaf longkanker.

Ik heb deze als eerste voorgelegd aan [redacted] en [redacted]. [redacted] kan echter pas vanmiddag nà ons overleg reageren. Ik realiseer me nu dat dat wel lang gaat duren, en wil jullie daarom ook alvast de kans geven om deze twee stukken te bekijken. Hopelijk lukt dat nog vóór ons overleg van 14:00 uur vanmiddag. Sorry als ik hier laat mee ben ….

[redacted]

Zie de stukken voor hoe dit uitpakt.

Art. 11 lid 1 Wob

De andere verhogingen van kanker in de regio gaan dan nog een stukje krijgen met hetzelfde stramien: wat zijn de risicofactoren, komen deze verhoogd voor in de betreffende gemeente, conclusie.

De lengte van de paragraaf longkanker is nu vergelijkbaar met die van het vorige rapport uit 2007.

Groet,[redacted]

Van: [redacted] **Verzonden:** maandag 2 maart 2020 15:58
Aan: [redacted] >
Onderwerp: 1. Agenda PHO Gezondheid IJmond 4 maart 2020 geannoteerd [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Bericht | 1. Agenda PHO Gezondheid IJmond 4 maart 2020 geannoteerd rk +iz.docx (18 kB)

Hoi, aangevuld met stavaza KIO en evt. inhoud op hoofdlijnen

Groeten [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: Voorstel Memo kankerincidentie onderzoek 6, 3-3-2020

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: dinsdag 3 maart 2020 12:43
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: Voorstel Memo kankerincidentie onderzoek 6. 3-3-2020
Urgentie: Hoog

Beste allen, op basis van de nieuwe samenvatting heb ik het memo in een nieuwe versie gemaakt. Graag jullie opmerkingen.

Let op: bij de aanbevelingen ben ik zo vrij geweest voor melanoom en longkanker iets op te nemen over preventie. Bij longkanker gaat dat ook over roken, dit doen we momenteel al via de afdeling A&O, de formulering en inhoud is afgestemd met [redacted].

Art. 10 lid 2 sub e Wob

In het onderdeel betekenis van het rapport voor het geel gearceerde deel twijfel wat ik op moet nemen. Het betreft;

- Context RIVM onderzoek in het verleden
- Module huidige luchtkwaliteit
- Motivatie verbetering luchtkwaliteit (een van de aanbevelingen)

Wat vinden jullie?

Hopelijk vinden jullie een moment om te reageren, graag voor as donderdag 6-3 voor 12 uur ivm verzending naar Bert aan het eind van de middag.

Groeten [redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Reply op alle bovenstaande adressen, 4-3-2020:

Hoi [redacted],

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Ik zie dat je een vraag had doorgezet over het embargo, maar ik heb ook nog even kritisch naar de tekst van het memo gekeken, op verzoek van [redacted]. Mijn voorgestelde wijzigingen staan in de versie waarin ook de opmerkingen van [redacted] staan (soms dubbelen ze een beetje). Een paar gaan over de volgorde van de alinea's, een paar zijn wat meer tekstueel.

Art. 10 lid 2 sub

Vormgeven van het embargo is toch niet zo ingewikkeld? Een stevig en duidelijk verzoek in de mail en een vermelding op het voorblad van het rapport dat wordt meegestuurd moet voldoende zijn. Mail versturen met vermelding 'vertrouwelijk' als extra verzekering.

Er is op zich niet heel veel reden dat [redacted] Vergissingen kunnen natuurlijk wel aan de orde zijn, maar bovengenoemde maatregelen zouden genoeg moeten zijn.

Art. 10 lid 1 Wob

Is dit zo een voldoende reactie op de vraag over het embargo?

Groet [redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: Eind concept rapport kankerincidentie 2004-2018 –TIMING uitbrengen, 6-3-2020

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>;
Verzonden: dinsdag 3 maart 2020 12:43
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>;
Onderwerp: Eind concept rapport kankerincidentie 2004-2018 – TIMING uitbrengen

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Beste Bert,

Graag bieden we je hierbij aan het EIND CONCEPT van het rapport Kankerincidentie in Kennemerland 2004-2018. Bovendien het eind concept van het memo en het persbericht. Voor versturing op 12 maart aan het AO ontvangen we graag 11 maart je reactie.

Met vriendelijke groet,

[redacted], [redacted] en [redacted]

[redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted] **Verzonden:** dinsdag 3 maart 2020 12:43
Aan: *diversen GGDkennemerland en VRK*
Onderwerp: Voorstel Memo kankerincidentie onderzoek 6. 3-3-2020
Urgentie: Hoog

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Bericht Voorstel Memo kankerincidentie onderzoek 6. 3-3-2020.docx (81 kB)

Beste allen, op basis van de nieuwe samenvatting heb ik het memo in een nieuwe versie gemaakt. Graag jullie opmerkingen.

Let op: bij de aanbevelingen ben ik zo vrij geweest voor melanoom en longkanker iets op te nemen over preventie. Bij longkanker gaat dat ook over roken, dit doen we momenteel al via de afdeling A&O, de formulering en inhoud is afgestemd met [redacted]

In het onderdeel betekenis van het rapport voor het geel gearceerde deel twijfel wat ik op moet nemen. Het betreft;

- Context RIVM onderzoek in het verleden
- Module huidige luchtkwaliteit
- Motivatie verbetering luchtkwaliteit (een van de aanbevelingen)

Groeten [redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: dinsdag 3 maart 2020 15:40
Aan: [redacted] <[redacted]e@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: Persbericht - 2e concept [redacted] 03-03 2020
Urgentie: Hoog

Beste allen, hierbij ook een nieuwe versie van het persbericht.

@[redacted], kan jij een list verzinnen voor de term ‘incidentie’ van kanker (het voorkomen van kanker?) en voor ‘risicofactor’?

Verder kan je vooral kijken hoe je de boodschap wilt brengen. In het vanochtend verstuurde memo ook de samenvatting van alle onderzoeksgegevens, dus daar kan je uit putten.

Allen; dus graag voor 6 maart 12:00 input, dan kan het daarna langs Bert als tussenstap voorafgaande aan het AO.

Groeten [redacted]

[redacted]

[redacted]

Cluster Milieu & Hygiëne

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 5 maart 2020 08:34
Aan: [redacted] **Onderwerp:** FW: mogelijk probleem planning KIO

Alles op deze pagina is weggelakt op basis van art. 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted],

Wat er voor zover ik weet nog moet gebeuren:

- Het commentaar van [redacted] op Samenvatting en gedeelte Longkanker verwerken, en het resultaat nog aan jou voorleggen.
- Checken en eventueel nog volledig maken van de referenties bij het gedeelte Longkanker.
- Voor de verhoogde vormen van kanker anders dan longkanker een paragraaf Duiding van de uitkomsten maken, zoals bij longkanker, maar dan meestal korter. Dit hoeft denk ik niet heel veel tijd te kosten.
- Ook voor deze verhoogde vormen van kanker de aantallen berekenen die het betreft (zodat we consistent zijn en niet alleen aantallen hebben van Beverwijk, althans dat zou mijn voorstel zijn). Waarschijnlijk is het vrij simpel te doen in een Excel-bestandje.
- Ineke Scheerman heeft zoals je weet benadrukt dat het verschil tussen aantallen en CIF heel goed moet worden uitgelegd. Aanvullend op het tekstblok over CIF heb ik daarom nog twee tekstgedeeltes gemaakt. Ik stel voor dat we die in cursief in elk deel van hoofdstuk 6 toevoegen.
- De opmerkingen van [redacted] betreffende kleine foutjes hier en daar heb ik nog niet allemaal kunnen verwerken.

- En ten slotte, als ik er aan toe kom, mijn commentaar op het concept-persbericht.

Groet, [redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 5 maart 2020 16:13
Aan [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl[redacted]
<[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: RE: toevoeging aan Samenvatting
Urgentie: Hoog

art. 10 lid 2 sub e Wob

Hoi Arie en anderen

Al werkende zag ik dat de aanbevelingen in de samenvatting nu nog anders zijn dan in het memo.

Die in het memo heb ik wat gewijzigd en beiden geïntegreerd. Dan kom ik op het volgende;

Aanbevelingen

Aanbevolen wordt in te zetten op de preventie. Hierbij kan voor de regio worden gedacht aan lokale initiatieven voor een bewust zongedrag en vermindering van het roken. In de hele regio en meer specifiek in IJmond zijn maatregeling ter verbetering van de luchtkwaliteit nog steeds van belang.

Puntsgewijs:

- Aanvullende preventiemaatregelen tegen het optreden van melanoom en longkanker zoals publiekscampagnes en lokale initiatieven van het nationale preventie akkoord voor het stoppen van roken, en bij de inrichting van de openbare ruimte rekening houden met zonbescherming (in het kader van de Omgevingswet).
- Overwegen om samen met het RIVM en andere relevante partners na te gaan of het zinvol en mogelijk is nader onderzoek te doen naar de verhoogde incidentie van longkanker in de IJmond in relatie tot milieufactoren.
- Onderzoek doen naar mogelijkheden om de luchtkwaliteit verder te verbeteren en de blootstelling van inwoners aan luchtverontreiniging door integraal beleid verder te verminderen.

Zelf vind ik ze zo evenwichtiger. Dat zou leiden tot aanpassing in de samenvatting.
Wat vinden jullie?

Groeten [redacted]

art. 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted]@ggdkennemerland.nl >
Verzonden: vrijdag 6 maart 2020 11:19
Aan: [redacted] @ggdk **Onderwerp:** nieuwe Samenvatting versie 5.2.2
Urgentie: Hoog

Hoi [redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Toch nog flink wat foutjes en verdere verbeteringen. Helaas heb ik de versie met tracking per ongeluk overschreven met de geaccepteerde versie, zie bijlage. Sorry! Je zult de verschillen dus handmatig moeten bekijken. Wel heb ik de inhoudelijke en belangrijkste tekstuele nieuwe gedeeltes geel gemarkeerd, zie tweede bijlage.

N.B. Aanbevelingen moeten ook nog! Zie mijn vorige mail.

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted]
Verzonden: vrijdag 6 maart 2020 17:08

Aan: Bert Onderwerp: eind concept rapport kankerincidentie 2004-2018

Beste Bert,

Graag bieden we je hierbij aan het EIND CONCEPT van het rapport Kankerincidentie in Kennemerland 2004-2018. Bovendien het eind concept van het memo en het persbericht.

Voor versturing op 12 maart aan het AO ontvangen we graag 11 maart je reactie.

Met vriendelijke groet,

[redacted], [redacted] en [redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Bericht

CONCEPT KIO Kennemerland 2004-2018 - concept_V5.2_2020.03.06 eind Bert.pdf (4 MB)
Voorstel Memo kankerincidentie onderzoek 7. versie voor Bert eind 6-3.docx (83 kB)
Persbericht - 2e concept eind 5-3 Arnoud verwerkt iz.docx (16 kB)

Van: [redacted]@ggdkennemerland
Verzonden: maandag 9 maart 2020 10:35
Aan: @vrk **Onderwerp:**
RE: Agenda en bijlagen 1e Klankbordgroep bijeenkomst RIVM basisonderzoek gezondheid IJmond
VERTROUWELIJK

Hoi [redacted],

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Ik heb Bert gisteren gevraagd of hij aan lezen KIO toekomt. Zijn antwoord was, dat hij dat nu nog niet kon overzien. Ik zal hem woensdag wederom vragen.
Afhankelijk daarvan weten we of we verzending naar AO gaan redden of niet.
Kortom, donderdagavond weet jij welke planning het worden gaat.

[redacted]

Art. 11 lid 1 Wob

Grt A[redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Maart 2020

Toevoeging 9-3-2020:
Hoi [redacted],

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Ik hoorde van [redacted] dat [redacted] nog niet weet of hij uiterlijk woensdag het KIO heeft gelezen.

Wat vind je echter van de timing om nu het KIO rapport uit te brengen? [redacted]. Of kan het als ongepast gezien worden om het nu uit te brengen? Gezien onze drukte bijvoorbeeld.
Hangt dan ook nog af of je het vanuit communicatie kunt ondersteunen. Als MMK worden we nog nauwelijks ingezet bij de werkzaamheden rond het virus.

Art. 11 lid 1 Wob

In ieder geval laat ik het even aan jou over wat je [redacted] over de timing adviseert.

Het volgende BC PG&MZ is op 29 juni. Eerstvolgende dus 6 april. En dan moet het op 19 maart eerst in het AO komen.

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Groet, [redacted]

Onderwerp: Agenda Platform – KIO uitstellen? 16-3-2020

Mail naar de directie, 16-3-2020:

Van: [redacted] <[redacted]>
Verzonden: maandag 16 maart 2020 07:06
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: Re: Agenda Platform - KIO uitstellen?

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Beste [redacted],

En zullen we het KIO nu definitief uitstellen tot de volgende AO-BC ronde?

Iedereen zal er begrip voor hebben. Er is nu sprake van een ingrijpende situatie en zijn er belangrijker dingen te doen. Als het rapport maar niet in een lade belandt, geven bewonersgroepen aan.

Ik kan deze week zorgen voor een paar zinnen over het proces en dit laten weten aan wie dit moeten weten. [redacted] is deze week namelijk afwezig vanwege [redacted]

Groet, [redacted]

Mail vanuit de directie, 16-3-2020:

Van: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Verzonden: maandag 16 maart 2020 07:08
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: RE: Agenda Platform - KIO uitstellen?

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Goed plan om het even uit te stellen.

Ik wacht je zinnen en doelgroep af.

Mail naar werkgroep:

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: maandag 16 maart 2020 11:28
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: FW: Agenda Platform - KIO uitstellen?

Hoi,

Zie hieronder bericht van Bert. Ik vond het KIO nu niet passend meer. Eens?

Reactie:

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: maandag 16 maart 2020 11:55
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: RE: Agenda Platform - KIO uitstellen?

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted],

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Eens. Bert moet gelegenheid hebben gehad om er goed naar te kijken. Daar komt bij dat de bewonersgroepen het misschien juist prettig zullen vinden als het rapport uitkomt op een tijdstip dat niet overheerst wordt door het coronavirus.

Of het niet passend is, is een andere vraag. [redacted]

Art. 11 lid 1 Wob

Overigens vond ik de concepttekst van [redacted] van vrijdag voor de 'afzegging' eigenlijk al heel aardig?

Groet,

[redacted]

Reactie:

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: maandag 16 maart 2020 12:01
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: RE: Agenda Platform - KIO uitstellen?

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted],

Bij mij speelde ook het idee dat je nu bij deze ingrijpende maatregelen, iedereen zit thuis, ook niet nog eens kanker naar voren wilt brengen. En lijkt het misschien ook alsof we als GGD niets anders te doen hebben, willen verhullen, of het zorgt juist voor extra aandacht door het ernstige onderwerp (eerst Corona doden nu kanker). Nou ja, uitkomen op 6 april was sowieso niet handig. Dan eindigen de huidige maatregelen of worden ze verlengd.

Ik ga inderdaad zeker de tekst van [redacted] gebruiken. Wil je nog meekijken? Ik ben nu net begonnen de doelgroepen op te schrijven.

Groet, [redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Vraag vanuit Beverwijk 16-3-2020:

Ik heb vanuit Beverwijk 1 dringende vraag: stand van zaken Kanker incidentie onderzoek. Het is akelig stil op dit vlak en we hebben nog altijd de afspraak staan nieuwe rapport eerst ambtelijk overleggen voor BC.

Reactie 16-3-2020:

Wat betreft het KIO onderzoek: het rapport moet nog zorgvuldig gecheckt worden, maar is door andere prioriteiten nog niet gedaan. Op het moment dat het rapport vrij gegeven wordt, is dit tevens wellicht een goed moment om een nieuw ‘overleg’ te plannen.

Reactie 16-3-2020:

Er blijkt al een bericht uit te zijn gegaan aan de ambtenaren over het KIO, zie hierboven.

Ik wil voor hen eigenlijk ook even een aparte e-mail maken, want nu kan je lezen alsof er iets met het rapport aan de hand is terwijl het om het proces gaat irt Corona.

Onderwerp: KIO – communicatie over uitstellen 16-3-2020

Communicatie over uitstellen vanuit directie 16-3-2020::

Hoi [redacted]

Zoals net telefonisch besproken. Op verzoek van Bert communicatie voor de verschillende doelgroepen over het uitstellen van het KIO.

Groet, [redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Toevoeging 16-3-2020:

Ik zie net een bericht van [redacted] dat we voor het KIO nog niet gaan aangeven wanneer het wel uitkomt. Voor de bewoners in de klankbordgroep zou het wel goed zijn om houvast te hebben. Zij zijn bang dat het in een la gaat. Dus zal ik nog even aangeven intern.

Onderwerp: Tekst over uitstellen KIO 24-3-2020

Beste allen,

We waren als GGD ver gevorderd met het proces van het uitbrengen van het kankerincidentie rapport waarbij we jullie waardevolle opmerkingen en die van experts hebben meegenomen. Echter zoals duidelijk is, heeft het Corona virus een grote maatschappelijk impact en leggen de werkzaamheden omtrent het Corona virus bovendien een groot beslag op de capaciteit van de GGD.

Dit maakt, dat we ons genoodzaakt zien om de publicatie van het rapport uit te stellen. We kunnen nu niet gewenste aandacht geven aan het proces van besluitvorming en communicatie over het rapport. Bovendien denken we ook, dat publicatie ervan momenteel niet zou passen bij de actuele omstandigheden.

We nemen aan, dat jullie begrip hebben hiervoor. We stellen het proces voorlopig uit, maar zullen het rapport uiteraard wel op een later moment uit gaan brengen. Het is nu alleen nog niet te zeggen wanneer.

Met vragen kunnen jullie bij ons terecht. Als we nieuws hebben over het proces van publicatie van het rapport zullen we jullie hierover tijdig berichten.

Voor nu wensen we jullie het allerbeste in deze spannende tijden.

Met vriendelijke groet,

Onderwerp: Uitstel publicatie kankerincidentie rapport regio Kennemerland, 24-3-2020
From: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Sent: Tuesday, March 24, 2020 4:56 PM
To: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Cc: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Subject: Uitstel publicatie kankerincidentie rapport regio Kennemerland

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Beste allen,

We waren als GGD ver gevorderd met het proces van het uitbrengen van het kankerincidentie rapport waarbij we jullie waardevolle opmerkingen en die van experts hebben meegenomen. Echter zoals duidelijk is, heeft het Corona virus een grote maatschappelijke impact en leggen de werkzaamheden omtrent het Corona virus bovendien een groot beslag op de capaciteit van de GGD.

Dit maakt, dat we ons genoodzaakt zien om de publicatie van het rapport uit te stellen. We kunnen nu niet gewenste aandacht geven aan het proces van besluitvorming en communicatie over het rapport. Bovendien denken we ook, dat publicatie ervan momenteel niet zou passen bij de actuele omstandigheden.

We nemen aan, dat jullie begrip hebben hiervoor. We stellen het proces voorlopig uit, maar zullen het rapport uiteraard wel op een later moment uit gaan brengen. Het is nu alleen nog niet te zeggen wanneer.

Met vragen kunnen jullie bij ons terecht. Als we nieuws hebben over het proces van publicatie van het rapport zullen we jullie hierover tijdig berichten.

Voor nu wensen we jullie het allerbeste in deze spannende tijden.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

<u>Reply op alle bovenstaande adressen, 25-3-2020:</u>

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 25 maart 2020 11:29
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: Uitstel publicatie kankerincidentie rapport regio Kennemerland

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Goedemorgen [redacted],

Bedankt voor je mailtje. En uiteraard begrip voor deze beslissing!

Volgens mij zijn we ook nog niet toe aan publicatie want we hebben nog geen gewijzigd exemplaar gezien en/of besproken op het AO PG&MZ.

Dit is als voorwaarde gesteld alvorens het punt op de BC agenda komt.

We wachten het dus rustig af en wensen jou en je collega's heel veel sterkte met de hoge werkdruk tgv Corona.

Met vriendelijke groet, [redacted]

Mail, 25-3-2020:

Van: [redacted] <[redacted]@noord-holland.nl>
Verzonden: woensdag 25 maart 2020 09:27
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@Velsen.nl>
Onderwerp: RE: FYI: Uitstel publicatie kankerincidentie rapport regio Kennemerland

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted],

Kreeg de informatie van [redacted] doorgestuurd. Ik hoop dat jullie het volhouden in deze bijzondere tijden!

Weer voor jou informatie: N.a.v. een motie informeren wij Provinciale Staten nu iedere maand over de voortgang op het Tata Steel dossier. We hebben in februari gemeld dat de GGD Kennemerland binnenkort het rapport ""Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2004-2018" oplevert. We informeren de Staten dan in april dat dit wordt uitgesteld vanwege corona. Tekst die we naar de Staten sturen:

De IJmondgemeenten en GGD hebben in 2019 besloten om het zogenaamde "kankerincidentie-onderzoek" dat eerder in 2007 is uitgevoerd te herhalen. In de informatiebijlage van februari 2020 is gemeld dat dit rapport binnenkort door de GGD Kennemerland wordt opgeleverd. Het coronavirus legt momenteel een groot beslag op de GGD waardoor de oplevering van dit rapport is uitgesteld tot een later moment.

Groet,

[redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

[redacted] – Omgevingsbeleid

Reply op alle bovenstaande adressen, 25-3-2020:

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Dag [redacted]

Ik had het gisteren al even aan [redacted] gemeld, maar goed dat jij het ook weet.

Als je bij de eerste zin de IJmond gemeenten weghaalt en alleen GGD noemt dan klopt de tekst helemaal (het is namelijk geen besluit, maar een taak voor onze 9 gemeenten die we uitvoeren). Dus wordt de eerste zin: *GGD Kennemerland heeft in 2019 besloten om het zogenaamde "kankerincidentie-onderzoek" dat eerder in 2007 is uitgevoerd te herhalen.*

En verder ben ik inderdaad even selectief in meedoen met overleggen op dit moment. Voor Bert is het momenteel ook moeilijk om de GGD bestuurlijk te vertegenwoordigen in de I&G overleggen. We kijken waar wat mogelijk is. Visie en aanpak Tata steel lukte niet. Op het RIVM basisonderzoek ben ik nog aangesloten.

Groet, [redacted]

Reply op alle bovenstaande adressen, 31-3-2020

Hoi [redacted],

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Sorry, beetje laat.

Onderstaand bericht heb ik vorige week iom [redacted], [redacted] en [redacted] naar de werkgroep KIO gestuurd (met oa ambtenaren gezondheid van de IJmond gemeenten en twee bewoners).

Inmiddels is dat her en der in de gemeenten en provincie gedeeld. Iedereen die reageert heeft aangegeven alle begrip te hebben voor het uitstel van publicatie van het KIO.

Groet, [redacted]

Alles weggelakt op basis van art. 10 lid 2 sub e Wob

Update richting directie:

Beste [redacted],

Iedereen die reageerde op onderstaande bericht, heeft aangegeven alle begrip te hebben voor het uitstel van publicatie van het KIO.

Specifiek ook [redacted] Zie hieronder haar advies over tijdstip van uitbrengen.

Ik ga in de tussentijd de zogenaamde MMK module naast het KIO updaten met cijfers van 2018. Groet, [redacted]

Mei 2020

Onderwerp: Stand van zaken kankerincidentie rapport regio Kennemerland? 14-5-2020

Van: [redacted], [redacted] [[redacted]@beverwijk.nl]
Verzonden: donderdag 14 mei 2020 07:22
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: stand van zaken kankerincidentie rapport regio Kennemerland?

Goedemorgen [redacted]

Wat fijn dat jij gistermiddag ook aansloot bij de visie gezondheid en luchtkwaliteit. Ik moet hier echt nog even “in komen” omdat [redacted] het hoofdstuk Tata voor haar rekening neemt en ik er nu zo inval. Ga contact leggen met mijn collega’s in Heemskerk en Velsen om ook aan te sluiten vanuit volksgezondheid.

Maar iets anders. Onze portefeuillehouder is benieuwd wanneer het Kio wordt vervolgd. Dus bijgewerkte versie in AO, publicatie etc. Is er al nieuws nu we toch weer een paar maanden verder zijn.

Groetjes [redacted]

Replay op alle bovenstaande adressen, 14-5-2020:

Dag [redacted],

ja, het overleg gisteren was goed om het over de plek van gezondheid in de visie te hebben. Fijn dat je andere collega's gaat betrekken.

Het KIO stond vorige week in het memo voor PHO gezondheid IJmond met nieuwe planning nog niet bekend. Ik weet niet of er toen al over gesproken is. We zullen Bert vragen.

groet, [redacted]

[redacted]

[redacted]

Alles weggelakt op basis van art. 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: Vragen over KIO + platform M&G, 18-5-2020
Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: maandag 18 mei 2020 08:19
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted]>
Onderwerp: Vragen over KIO + platform M&G

Beste Bert,

Wellicht goed om te weten dat ik afgelopen week vragen kreeg over de publicatiedatum van het KIO. Van dorpsraad WaZ, een krant, [redacted] voor [redacted] en RIVM.
Heb je hier in het PHO gezondheid IJmond nog over gesproken of überhaupt al over na kunnen denken?

Doe je verder mee aan de platform vergadering komende woensdagochtend en zo ja, heb je daarvoor nog iets van mij nodig?

groet, [redacted]

Reactie 18-5-2020:

Van: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Verzonden: maandag 18 mei 2020 08:50
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: RE: Vragen over KIO + platform M&G

Beste [redacted],

Zoals je weet ligt het nog bij mij. Ik ga nu ruimte krijgen om er goed naar te kijken.

Wil je mij rapport en advies nog een keer toesturen. Dan ga ik het nog een keer aandachtig lezen en zal het voorzien van kanttekeningen/vragen.

Als we dat hebben afgerond, kan het naar buiten.

Gr. Bert

Reactie 18-5-2020

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: maandag 18 mei 2020 09:19
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: RE: Vragen over KIO + platform M&G

Beste Bert,

Fijn dat je weer wat ruimte kan maken in je agenda. Maar hopelijk ook met vrije dagen.

Hierbij in ieder geval de originele mail van [redacted] op 6 maart over het KIO. Ik zie nu dat het een PDF bestand is, vast vanwege de grootte. Ik neem aan dat je liever een Word bestand hebt. Zal ik even zoeken.

En ook een mail met de nieuwe versie van de MMK module bij het KIO. Die ligt nog bij de mede-auteur, maar dan weet je dat hij er is.

Ik ben nog steeds van mening dat de eindversie van het KIO een degelijk rapport is. Het gaat mi vooral hoe we bestuurders en ambtenaren ‘begeleiden’ in het uitbrengen. Wellicht met een extra vraag/antwoordsessie voor hen.

Na jouw opmerkingen moet communicatie er ook nog naar kijken. Hun agenda is dan ook relevant. En vervolgens AO > BC.

Groet, [redacted]

Reactie, 18-5-2020

art. 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 18 mei 2020 12:16
Aan: [redacted]
Onderwerp: RE: Vragen over KIO + platform M&G

Beste [redacted],

Er is toch ook een oplegger bij, waarin de duiding wordt gegeven van het rapport?

Is er ook al een persbericht in concept?

Graag verneem ik.

Gr. Bert

Richting directie de vraag of ze naar het volgende kunnen kijken:

In de bijlage nog even de hele set compleet:

- KIO in Word
- 1e outlook bijlage: hier vind je het KIO concepten memo en persbericht (KIO PDF versie heb ik weggehaald)
- 2e outlook bijlage: hier vind je eventueel de concept MMK module

---

Van: [redacted] @[redacted]] Art. 10 lid 2 sub e Wob
Verzonden: woensdag 27 mei 2020 15:02
Aan: VRK en GGD Onderwerp: RE: vervolg proces kankerincidentie onderzoek Kennemerland

Beste [redacted] (en allen), Art. 10 lid 2 sub e Wob

Hopelijk heeft iedereen de Corona-periode goed doorstaan.

Nu het rustiger wordt qua Corona ([redacted]) kan ik mij voorstellen dat het proces t.a.v. het kankerincidentierapport vervolgd kan worden. Art. 11 lid 1 Wob

Volgens mij hebben we op onderstaande mail nog geen antwoord gehad, klopt dat?

(nb betreft mail van burgerlid klankbordgroep red.)

Het is met name ook belangrijk om te weten of de feiten en conclusies overeind zijn blijven staan.

Wanneer het onveranderd is, dan is het goed om de datum te weten wanneer het rapport naar buiten komt?

Wanneer er wel wat veranderd is dan is het goed om te laten weten hoe het proces verder verloopt met onze betrokkenheid als klankbordgroep.

Gr [redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Intern overleg, 27-5-2020:

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: woensdag 27 mei 2020 17:07
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: FW: vervolg proces kankerincidentie onderzoek Kennemerland

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Dag allen,

Zullen we in ieder geval een antwoord formuleren op de vraagstellers over het uitkomen van het KIO zoals hieronder van [redacted]

Iets als:

Beste [redacted],

Bedankt voor je vraag. Begrijpelijk dat je hier naar vraagt, want we hebben nog geen nieuwe stand van zaken gegeven.

Het proces van het rapport over de kankerincidentie bevond zich, zoals we eerder meldden, in het eindstadium. De bevindingen in het rapport zijn na jullie inbreng inhoudelijk niet wezenlijk veranderd en is na het verdere interne proces de vervolgstap, dat het richting ambtelijk overleg en vervolgens bestuurscommissie zal gaan.
Ondanks de sterke daling van COVID-19 infecties is er echter nog veel te doen bij de GGD in het kader van het coronavirus. Reguliere processen binnen de GGD zijn nog beperkt of lopen niet zoals gebruikelijk. Vanaf 1 juni moeten we ervoor zorgen dat iedereen zich bij ons kan laten testen en het bron-contactonderzoek uitbreiden.

Als dit loopt zullen we het proces van publicatie naar verwachting weer kunnen gaan oppakken, bij ongewijzigde omstandigheden uiteraard.

We hopen nog steeds op jullie begrip hiervoor.

Met vriendelijke groet,…..

Klopt de procesinformatie zo? (klankbordgroep heeft geen rol meer)
En Bert, meer proces info met data kunnen we zeker nog niet aangeven?

Groet, [redacted] Art. 10 lid 2 sub e Wob

Toevoeging op de mail:

Kunnen we misschien ook zeggen, dat we in juni een (voorlopige) planning willen maken?

Gezien het aantal vragen, lijkt me dat eigenlijk ook goed om aan te geven. Het is net iets meer dan dat we het nog niet weten.

Groet [redacted] art. 10 lid 2 sub e Wob

Akkoord directie 27-5-2020:

Hoi,

Bert is akkoord met de algehele opzet van deze tekst met toevoeging hieronder in cursief.
Klopt het proces, met name voor de klankbordgroep, volgens jullie ook zo?

Groet [redacted]

Definitieve communicatie aan leden van de werkgroep bewoners en ambtenaren 29-5-2020:

Dag [redacted], Art. 10 lid 2 sub e Wob

Dit is wat is gecommuniceerd met de klankbordgroep en wellicht bruikbaar als lijn voor de persvragen die je krijgt.

groet, [redacted]

[redacted], [redacted], medische milieukunde, GAGS

Mail 29-5-2020:

Van: [redacted]
Verzonden: vrijdag 29 mei 2020 10:03
Aan: [redacted]; [redacted]@velsen.nl; [redacted]@beverwijk.nl; [redacted]@heemskerk.nl; [redacted]; [redacted]@odijmond.nl; [redacted]@beverwijk.nl; [redacted]; [redacted]; [redacted]; [redacted]
Onderwerp: RE: vervolg proces kankerincidentie onderzoek Kennemerland art. 10 lid 2 sub e Wob

Beste [redacted],

Bedankt voor je vraag. Begrijpelijk dat je hier naar vraagt, want we hebben nog geen nieuwe stand van zaken gegeven.

Het proces van het rapport over de kankerincidentie bevond zich, zoals we eerder meldden, in het eindstadium. De bevindingen in het rapport zijn na jullie inbreng inhoudelijk niet wezenlijk veranderd en is na het verdere interne proces de vervolgstap, dat het richting ambtelijk overleg en vervolgens bestuurscommissie zal gaan.
Ondanks de sterke daling van COVID-19 infecties is er echter nog veel te doen bij de GGD in dit kader. Reguliere processen binnen de GGD zijn nog beperkt of lopen niet zoals gebruikelijk. Vanaf 1 juni moeten we ervoor zorgen dat iedereen zich bij ons kan laten testen en het bron-contactonderzoek uitbreiden.

Als dit loopt zullen we het proces van publicatie naar verwachting weer kunnen gaan oppakken en betekent dan dat we in juni een (voorlopige) planning willen maken, bij ongewijzigde omstandigheden uiteraard.

We hopen nog steeds op jullie begrip hiervoor.

Met vriendelijke groet,

Art. 10 lid 2 sub e Wob

[redacted]

Juni 2020

Interne uitvraag:

On 5 Jun 2020, at 17:16, [redacted] (*provincie Noord-Holland*) wrote:

Hoi [redacted] en [redacted],

Zie onderstaande. Ik kan niet veel meer dan bij jullie navragen wanneer we het KIO verwachten. Eind februari (als mijn geheugen op orde is) was het vrij ver gevorderd, toen door corona opgeschort. Kunnen jullie richting [redacted] aangeven wanneer het KIO rapport er naar verwachting is?

Groet, [redacted]

Reactie 5-6-2020:

Van: [redacted] [[redacted]@Velsen.nl]
Verzonden: vrijdag 5 juni 2020 17:37
Aan: [redacted]; [redacted]
CC: [redacted]; [redacted]; [redacted]
Onderwerp: Re: KIO

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Dag [redacted] en [redacted],

Graag even wachten met een reactie. Die moet namelijk even goed afgestemd worden vanwege het volgende.

Er zijn vandaag persvragen gesteld door [redacted] naar aanleiding van een opiniestuk van [redacted]. En ik heb van [redacted] begrepen dat ook [redacted] zelf aan het vissen is.

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Ik zal jullie de vragen hierna ter info doorsturen. De communicatiecollega’s ([redacted], in c.c.) hebben al contact gezocht met de communicatiecollega’s van de GGD maar nog geen reactie ontvangen.

Wij denken dat publicatie versneld zal moeten gaan plaatsvinden, [redacted]. Daarover zal bestuurlijk ook contact worden gezocht met [redacted] van de GGD.

Met vriendelijke groet,

Art. 10 lid 2 sub e Wob

[redacted]

Onderwerp: Publicatie rapport, 4-6-2020

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 4 juni 2020 14:11
Aan: [redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: RE: vervolg proces kankerincidentie onderzoek Kennemerland

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted] wat vind je van de volgende scenario’s?

1. Publicatie in eind september; aansluitend bij het oppakken van de reguliere processen door de GGD op 1 september
   - Juni 2020: Intern afronden Memo en Persbericht door [redacted] en Bert
   - Begin september: bespreken Rapport, memo en persbericht in ingelast AO
   - 2/3de week september afstemming communicatie van gemeenten en ODIJmond
   - **Toezending BC laatste week september**
   - **Publicatie: eind september**

2. Versneld vanwege dreiging lekken
   - Persbericht en memo intern afronden voor 11 juni
   - Bespreken AO op 11 juni
   - 3-4 week juni: afstemming communicatie met gemeenten en ODIJmond
   - **BC eind juni**
   - **Publicatie eind juni/begin juli**

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Art. 10 lid 2 sub g Wob

Scenario 1 kan de reguliere planning zijn voor publicatie, als voorstel voor het AO van 11 juni. Dit scenario kwam naar voren in telefonisch contact met [redacted] van de gemeente Haarlemmermeer, om op dezelfde wijze de [redacted] uit te brengen. Bij de d[redacted] zit nog een afspraak eind juni voor het bijeenkomen van de wer[redacted] (Ambtelijk: [redacted], GGD Amsterdam [redacted]) en RIVM

Art. 10 lid 2 sub g Wob

Motivatie: anders schuift de planning bijna 1 jaar op, dan wordt het wel erg laat. Het BC is namelijk pas eind oktober.

Rinske, werk maar bij naar jouw inzicht en daarna kan het naar [redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Groeten, [redacted]

Van: [redacted] <@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: donderdag 4 juni 2020 12:36
Aan: [redacted] <@vrk.nl>
CC: Bert van de Velden <AvandeVelden@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: FW: vervolg proces kankerincidentie onderzoek Kennemerland

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Dag [redacted],

Dit is wat is gecommuniceerd met de klankbordgroep en wellicht bruikbaar als lijn voor de persvragen die je krijgt.

groet, [redacted]

[redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

GGD Kennemerland

Interne reactie vanuit de directie, 5-6-2020:

Van: Bert van de Velden <AvandeVelden@vrk.nl>
Verzonden: vrijdag 5 juni 2020 07:21
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkenn
Onderwerp: RE: publicatie rapport

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Beste [redacted],

Een aantal vragen kun je onomwonden beantwoorden. [redacted]

Art. 10 lid 2 sub g Wob

Nu er wat meer ruimte is, zal het proces worden hervat en gaat het richting gemeenten.

Aan ons wel oml ervoor te zorgen dat geleideformulier/oplegnotitie en conceptpersbericht snel wordt afgemaakt.

Gr. Bert

Interne overleg over reactie vanuit directie, 5-6-2020:

Van: [redacted]
Verzonden: vrijdag 5 juni 2020 14:14
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: RE: publicatie rapport

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste allen, hierbij zoals net telefonisch besproken, het persbericht, het memo en de samenvatting (niet gewijzigd) in de laatste versie van vandaag voor [redacted].

Willen jullie je opmerkingen maken met wijzigingen bijhouden, dan maken [redacted] en ik het vanmiddag af en zorgen voor verzending aan [redacted] en [redacted].

In de volgende mail komt het concept voor de mail aan [redacted] (en de klankbordgroep?)

Bedankt, [redacted]

@[redacted]: ze staan op mijn casuïstiek 2020/IJmond

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

- **Persbericht – 3e concept voor [redacted] en [redacted] 5 juni [redacted]**
- **Voorstel Memo kankerincidentie onderzoek 7. Versie voor [redacted] eind v5 juni [redacted] 5juni**
- **Samenvatting rapport KIO eind**

Van: [redacted]@ggdkennemerland.nl **Verzonden:** vrijdag 5 juni 2020 18:08
Aan: Bert van de Velden <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: berichtgeving rond KIO en planning, nieuwe concepten memo en persbericht
Urgentie: Hoog

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Bericht Voorstel Memo kankerincidentie onderzoek 8 versie voor Bert en Arnoud 5-6-2020.docx (84 kB) Persbericht - 4e concept voor Bert en Arnoud 5 juni.docx (72 kB)
samenvatting rapport KIO eind.docx (61 kB)

Onderwerp: [redacted] ([redacted]) gesproken over KIO proces, 5-6-2020

From: [redacted]
Sent: Friday, June 5, 2020 6:50:54 PM
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Subject: [redacted] gesproken over KIO proces

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi,

Ik heb [redacted] net even gebeld omdat hij me net mailde om me aan te spreken op het gisteren met mij afgesproken proces en vandaag met [redacted]

- Afspraak was dat [redacted] en ik als het kon maandag nog een laatste x naar het memo en persbericht kijken en dat [redacted] dan de stukken zou ontvangen om te lezen en niet nu al.
- maandagmiddag zou [redacted] het nu eventueel al kunnen lezen ivm uitvallen [redacted].
- daarna kan het zelfs naar het AO.
  - daarna kan het schriftelijk naar BC en publicatie kan volgen.
- als een wethouder het op 29 juni in het BC wil bespreken dan kan dat, maar vertraagt het proces van publicatie
- van hem mogen we aan [redacted] communiceren dat we vol gas bezig zijn om het uit te brengen voor de zomer. Vertraging was dus dat iedereen bij ons met Corona bezig was.
- [redacted] had ik net al gebeld en zij heeft nog 'voor de zomer' toegevoegd in de net verstuurde e-mail.
- [redacted] is nog door niemand gebeld van de gemeenten

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

groet, [redacted]

Onderwerp: Kankerincidentie onderzoek publicatie – vraag over aanbevelingen, 6-6-2020

Van: [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi,

We gaan in sneltreinvaart het KIO uitbrengen (waarschijnlijk as donderdag bij AO!). Jullie hebben vast de krant gelezen dat men het graag wil hebben.

Ik was nog even het memo over het KIO aan het lezen en vroeg me af in hoeverre jullie en je collega’s in het verleden meegedacht hebben met de aanbevelingen (op pag 3 in het conceptmemo) .

De bijlage is onder embargo.

Mij viel nu (pas) op dat we alleen preventie maatregelen noemen tegen melanoom en longkanker, die in bepaalde delen van de regio verhoogd zijn. Maar je mag natuurlijk ook aan preventie doen van alle soorten kanker voor zover mogelijk, en liever nog aan bevorderen van gezondheid in het algemeen.

Daarom heb ik gezonde leefstijl en gezonde leefomgeving in het algemeen nog toegevoegd. Kan ook relatie hebben met de regionale nota gezondheidsbeleid.
Verder weet ik niet zeker of men gezonde voeding ook onder gezonde leefstijl schaart.

Zie ook: https://www.wkof.nl/sites/default/files/Model-Uitleg_WEB.pdf

Dus graag hulp hierbij. Maar het is wel heel snel, **liefst maandag begin van de middag.**

Wie van jullie of collega’s kan daarbij helpen?

Het gaat om ons professionele advies en woordkeuze. En is het compleet?

Dit staat nu als aanbevelingen in het memo, met een paar updates tov het KIO rapport zelf:

Aanbevelingen

Vanuit oogpunt van de publieke gezondheid wordt aanbevolen in te (blijven) zetten op preventie. Hierbij kan voor de regio worden gedacht aan lokale initiatieven voor een bewust zongedrag en vermindering van het roken. In de hele regio en meer specifiek in IJmond zijn maatregeling ter verbetering van de luchtkwaliteit nog steeds van belang. Algemeen blijven een gezonde leefstijl en leefomgeving speerpunten in preventie.

Puntsgewijs:

- *Aanvullende preventiemaatregelen treffen gericht op het voorkómen van kanker, in het bijzonder melanoom en longkanker. Mogelijk zijn publiekscampagnes en lokale initiatieven van het nationale preventie akkoord voor het stoppen van roken. Bij de inrichting van de openbare ruimte rekening houden met zonbescherming, en bij de planvorming in het kader van de Omgevingswet.*
- *Nagaan of het zinvol en mogelijk is om samen met het RIVM en andere relevante partners nader onderzoek te doen naar de verhoogde incidentie van longkanker in de IJmond in relatie tot milieufactoren.*
- *Onderzoek doen naar maatregelen om de luchtkwaliteit verder te verbeteren en de blootstelling van inwoners aan luchtverontreiniging door integraal beleid verder te verminderen.*

Alvast bedankt! Groet, [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

<u>Reactie 8-6-2020:</u>
Van: [redacted] - GGD
Verzonden: maandag 8 juni 2020 14:50
Aan: [redacted]; [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: Kankerincidentie onderzoek publicatie - vraag over aanbevelingen

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hi [redacted],

Artikel 11 lid 1 Wob

[redacted] Ik heb er even naar gekeken, paar kleine opmerkingen voor de leesbaarheid, en wat me verder vooral opviel is dat er geen link gelegd wordt met overgewicht en obesitas. Dat zijn bij vrouwen wel een voorspeller van darmkanker [redacted] Misschien maakt het noemen van overgewicht ook wel een duidelijk bruggetje naar de gezonde leefstijl factoren anders dan roken (bewegen, alcohol, voeding, ontspanning) – zoals jij terecht in de memo opneemt.

Succes en hoop dat je hier iets aan hebt!

Onderwerp: Stukken KIO, 7-6-2020

Collega die mee gaat lezen op de hoogte stellen, 4 bijlagen

Hoi [redacted]

Hierbij de stukken voor jou voor morgen:

- Concept persbericht
- Concept memo voor bestuurders
- KIO rapport uit 2020
- Extra: KIO rapport uit 2007

[redacted] heeft nog een Q&A
@ [redacted] kun je die sturen?

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Ik weet eigenlijk niet of je het KIO rapport zelf al had gelezen en gecheckt op leesbaarheid?

Ik heb met name in het persbericht nog even gekeken naar de verhaallijn. Daar heb ik ook nog wat overwegingen in de kantlijn benoemd.

Het gaat daarbij bv om de keuze waar de aandacht op willen vestigen: Is dat net als in 2007 meer melanoom en longkanker of wellicht toch 5% meer kanker in Kennemerland? En eindigen met dat aandacht voor preventie (gezonde leefstijl en leefomgeving) moet blijven.

[redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

[redacted]

Aandachtspunten [redacted]:

Artikel 10 lid 1 Wob

- [redacted] geven aan dat het feiten zijn over kanker en zijn realistisch met de mogelijkheden van duiding.
- [redacted] had het over verschil tussen dit rapport en eerdere rapport (9 tov 4 gemeenten): we vergelijken dit rapport echter met ons eerdere rapport uit 2007 en niet met het RIVM rapport uit 2009 dat alleen over de IJmond ging. Dus gaat dit aandachtspunt niet op.

[redacted]

- [redacted]n

Artikel 11 lid 1 Wob

Ik ben morgen de hele dag bereikbaar voor overleg.

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

[redacted] is helaas ziek.

@ [redacted]: kun je maandag ook nog stand-by zijn voor vragen van [redacted]?

Groet en succes, [redacted]

Onderwerp: Persbericht – 4e concept voor Bert [redacted] 7 juni + [redacted]
Van: [redacted]
Verzonden: maandag 8 juni 2020 14:34
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: Persbericht - 4e concept voor [redacted] 7 juni + [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted] en [redacted], ik heb nog een paar opmerkingen geplaatst op de tweede pagina in de alinea over longkanker en luchtverontreiniging en bij de aanbevelingen

Groeten [redacted]

Onderwerp: Weet jij of er vorige keer een Q&A KIO was? 8-6-2020
Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: maandag 8 juni 2020 16:14
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: weet jij of er vorige keer een Q&A KIO was?

Hoi [redacted],

Ik zou nav de vraag van [redacted] meedenken over Q&A KIO.

Weet jij of er vorige keer een Q&A was? Staat niet op onze [redacted]schijf bij het rapport.

Je moet er niet naar zoeken hoor, maar als je het zó weet is het wel handig!

Artikel 10 lid 1 sub c Wob

Groetjes, [redacted]

Reactie 8-6-2020:

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: maandag 8 juni 2020 16:37
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: RE: weet jij of er vorige keer een Q&A KIO was?

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted]

Fijn dat je kan helpen, Weet je ook hoe het met [redacted] gaat?

Hierbij in ieder geval nog de laatste versie van het huidige KIO en die van 2007.

Ik zoek even naar Q&A’s in mijn oude e-mail.

[redacted]

Reactie 8-6-2020:

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: maandag 8 juni 2020 17:21
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: RE: weet jij of er vorige keer een Q&A KIO was?

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted],

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Dank, de rapporten zelf had ik al □! Doe niet teveel moeite voor oude Q&A hoor, jij hebt het weekend ook alweer eraan gewerkt zie ik!

Ik had even met [redacted] gebeld, ik zal input leveren vooral vanuit het lezen van de samenvatting, maar ik zal niet meer het hele rapport doorspitten.

Ik ben allereerst (voor mezelf) even info van het Rivm aan het zoeken om de totaalcijfers voor kankerincidentie KL (105 mannen/106 vrouwen) ‘in perspectief’ te kunnen zetten.

In de bijlage linkjes en paar plaatjes.

De Rivm cijfers zijn iets minder recent maar vind het voor mezelf toch fijn om de cijfers voor Kennemerland in een iets groter geheel te kunnen plaatsen. (vanuit de gedachte dat een landelijk gemiddelde per definitie is opgebouwd uit regio’s die lager scoren én regio’s die hoger scoren).

Ik heb ook linkjes naar kankersterftecijfers erbij gezet (per regio en per gemeente).

Ik weet niet of dit voor jullie ook handig is om te hebben? Gewoon als achtergrond? En misschien hadden jullie deze info al lang?

Groetjes, [redacted]

<u>Reactie 8-6-2020:</u>

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: maandag 8 juni 2020 17:33
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: RE: weet jij of er vorige keer een Q&A KIO was?

Hoi [redacted]

Oude persbericht uit 2008 heb ik wel gevonden. Toen lag de incidentie van kanker in K’land blijkbaar op gemiddeld NL niveau. Of de huidige CIF van 105-106 nu significant verhoogd is of niet staat eigenlijk niet in het huidige rapport. En ook de vergelijking met het vorige onderzoek.

Dus in het persbericht hebben we de 5% weer wat meer naar de achtergrond gebracht.
[redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

Ik kijk nu nog even kort naar de Q&A.

[redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Reactie 8-6-2020:

Van: [redacted] <t[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: maandag 8 juni 2020 17:54
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: RE: weet jij of er vorige keer een Q&A KIO was?

Hoi [redacted],

Dank! Ik ga de persberichten ook even bekijken, fijn om te hebben!

Ik had even in rapport gezocht en [redacted] staat daar wel dat CIF totaal 105 & 106 significant zijn. Maar heb je al sneller met die grotere aantallen (totaal kanker en totaal regio). En het is niet echt extreem verhoogd.

[redacted] Artikel 11 lid 1 Wob

Blz 18 rapport:

Blz 19 rapport:

Reactie 8-6-2020:

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 8 juni 2020 18:01 Artikel 10 lid 2 sub e Wob
Aan: [redacted]
Onderwerp: RE: weet jij of er vorige keer een Q&A KIO was?

Hoi [redacted]

Ik vond het net ook. Artikel 10 lid 2 sub e Wob

[redacted] vroeg ook nog of de 7 meer longca per jaar was in B’wijk. En dat klopt, staat als rekenvoorbeeld op pag 69.

(hij vond het [redacted] Artikel 11 lid 1 Wob

Persbericht lezen hoeft op zich niet, maar ja, extra check als er aan geschaafd wordt is toch wel weer fijn

[redacted] Artikel 11 lid 1 Wob

Groet, [redacted] Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Reactie 8-6-2020:

Op 8 jun. 2020 om 18:09 heeft [redacted] het volgende geschreven:

Hoi [redacted],

[redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

Ik zal het vandaag niet afkrijgen. Van [redacted] begreep ik dat dat voor de Q&A niet erg was, maar het PB heeft vast meer haast.

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Wanneer zou je daar uiterlijk feedback op willen? Is morgen te laat? Niet dat ik het heel precies ga nalopen hoor, maar net vielen me paar tekstuele dingetjes op.

[redacted] Goed om eerlijk te zijn over mogelijke luvo.

Artikel 11 lid 1 Wob

Groetjes, [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Reactie 8-6-2020:

Op 8 jun. 2020 om 18:15 heeft [redacted] het volgende geschreven:

Hoi [redacted],

Q&A is pas voor publicatie volgens mij.

[redacted] heeft ons voor PB en memo tot morgenvroeg gegeven. Dan gaat het naar [redacted]. Later morgen kan vast ook nog. En als er echt erge dingen inzitten ook nog wel na het AO ;)

Die 7 is inderdaad essentieel voor de communicatie en staat op pag 69. De 15 van Haarlem staat niet in het rapport, maar heeft [redacted] vast nog even apart uitgerekend.

Kijk maar wat lukt.

Groetjes [redacted]

Onderwerp: Conceptteksten nieuwsbericht en memo KIO, 8-6-2020
Van: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Datum: 8 juni 2020 om 20:41:17 CEST
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>, [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Kopie: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>, [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Dag [redacted],

Er wordt veel in het werk gesteld om het KIO nog eind juni in de BC PGMZ behandeld te krijgen. Te begeleiding van het rapport komt er een memo en nieuwsbericht. Deze twee documenten treffen jullie aan als bijlage.

Ze zijn met de nodige zorgvuldig geschreven (met dank aan [redacted] Het zou mooi zijn als jullie er morgenochtend op tijd kunnen reageren op beide teksten waarna de tekst besproken kan worden met [redacted].

Een volgende stap is de tekst delen met betrokken gemeenten en dan de IJmond gemeenten in het bijzonder.

Ik zie uit naar jullie reactie.

Vriendelijke groet,

[redacted]

Reactie 8-6-2020:

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 8 juni 2020 21:02
Aan: [redacted]
Onderwerp: Fwd: conceptteksten nieuwsbericht en memo KIO

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Ha [redacted]

Volgende stap alweer ;)

Moet trouwens eerst naar [redacted]

[redacted]

Reactie 8-6-2020:

Op 8 jun. 2020 om 22:43 heeft [redacted] het volgende geschreven:

Beste allen,

Wat een eindsprint is het ineens, wat hebben jullie veel gedaan!

Op verzoek van [redacted] heb ik ook meegelezen met het persbericht. In de bijlage mijn feedback.

Ik heb er paar onderdelen van het rapport bijgehaald, maar ik zit er natuurlijk niet zo goed in als [redacted] en [redacted]

Morgen zal ik ook nog even naar memo kijken.

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hartelijke groet, [redacted]

Reactie op bovenstaande mail, 8-6-2020:

Dank je [redacted]! Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Paar punten om nog even goed naar te kijken of woordgebruik te kiezen.

In de kernboodschap zouden we eventueel nog kunnen toevoegen 'in een aantal gemeenten' [redacted] Artikel 11 lid 1 Wob

Groet [redacted] Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: Afspraken over uitbrengen KIO, 9-6-2020
Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 9 juni 2020 14:15
Aan: [redacted]
Onderwerp: afspraken over uitbrengen KIO
Urgentie: Hoog

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hey allen,

Hierbij nog even in de mail de bevestiging van de afspraken die we vanmiddag gemaakt hebben:

- [redacted] past de memo en het persbericht aan nav de opmerkingen van [redacted] Artikel 10 lid 2 sub e Wob
- Op basis van bovenstaande en om de leesbaarheid vanuit communicatie-oogpunt te verhogen past [redacted] de samenvatting aan
- Rapport, memo, samenvatting en persbericht worden morgen verstuurd AO en naar de communicatiewerkgroep en naar de klankbordgroep (+ GGD Amsterdam en RIVM).
    - @ [redacted] doe jij dit? Artikel 10 lid 2 sub e Wob
    - We vragen nog steeds om geheimhouding
    - Documenten zijn bedoeld ter kennisgeving. Gemeenten kunnen hierop hun communicatie en onderlinge afstemming voorbereiden. Daar waar in het klein noodzakelijk kunnen we tekstueel iets aanpassen in memo en persbericht, niet inhoudelijk in het rapport! Deze boodschap moet mee in de aanbiedingsmail.
    - In het AO wordt dit kort besproken
    - Uiterlijke reactie termijn is vrijdag 12 juni om 1600h.

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

- Rapport onder embargo versturen naar Provincie NH ([redacted] [dit heeft [redacted] vandaag toegezegd aan [redacted], maar misschien alleen persbericht en memo op donderdag en rapport op maandag? Andere optie is om ook het AO industrie & gezondheid donderdag mee te nemen van IJmond gemeenten/PNH/GGD]
- Informeren ministerie I&W op maandag met persbericht ([redacted])
- Maandag kunnen wij eventuele zaken aanpassen. Artikel 10 lid 2 sub e Wob
- Maandag om 1600h versturen we de memo, het persbericht en het rapport naar de wethouders. Wie doet dit? [redacted]?
- Dinsdag om 1300h volgt publicatie. Heb ik dit goed?
    - Wij plaatsen een nieuwsbericht op de website van de GGD. Wie maakt hiervoor de tekst? = nieuwsbericht
    - [redacted]]

Artikel 10 lid 2 sub g en sub e Wob

Klopt dit zo?

En graag aandacht voor de vragen in rood.

Indien dit oke is, zal ik dit ook even delen met [redacted].

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Grt [redacted]

Replay op alle bovenstaande adressen, 9-6-2020:

Hoi,

Klopt met wat we besproken hebben.

Hieronder nog enkele aandachtspunten in paars in de stappen.

Groet, [redacted]

Onderwerp: Opzetje tbv ‘A4tje’ KIO, graag je feedback, 9-6-2020
Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: dinsdag 9 juni 2020 14:23
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: opzetje tbv 'A4tje' KIO, graag je feedback

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted]

Ik heb even wat uitgeprobeerd ivm ‘A4tje’ met kerngegevens.

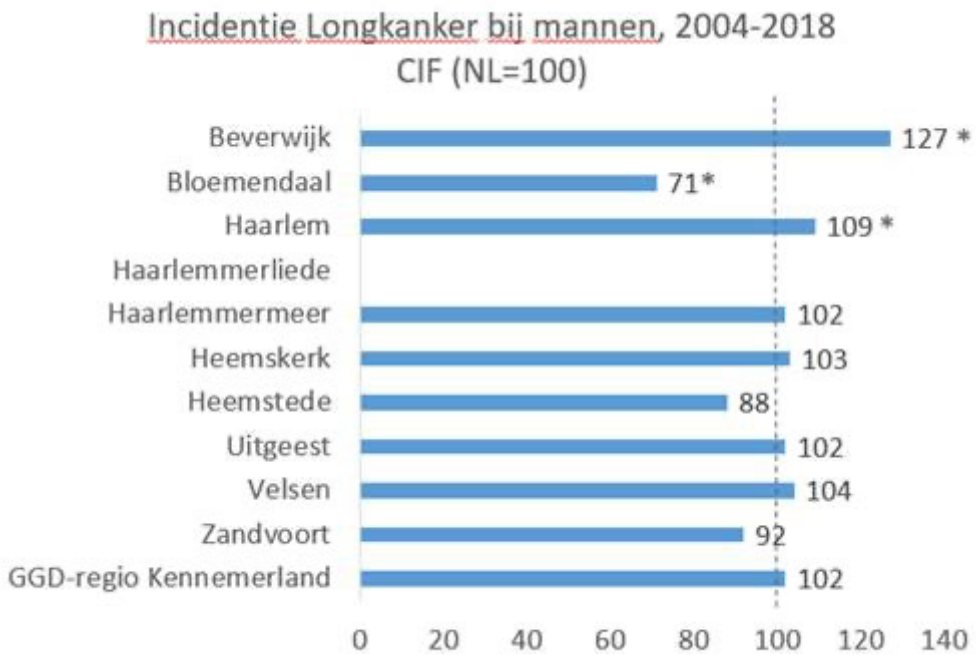
Als we grafiekjes doen zoals hieronder, voor mannen en vrouwen apart van:

1. totaal kanker
2. longkanker
3. melanoom
4. darmkanker
5. prostaatkanker (mannen)
6. borstkanker (vrouwen)

Dan geeft dat denk ik een totaalplaatje van de meest voorkomende soorten kanker.

En dus de meeste basiscijfers waarop het persbericht en memo zijn gebaseerd.

- ➔ Heb je iets aan een overzichtje van dit soort grafiekjes?
- ➔ En daarnaast in klein tabelletje **het gemiddelde aantal nieuwe kankergevallen per jaar** voor bovenstaande soorten kanker op regioniveau? (zie verderop, onder de figuur).



GGD regio Kennemerland	Nieuwe kankergevallen, Gemiddeld aantal per jaar	
	Mannen	Vrouwen
totaal kanker		
longkanker		
melanoom		
darmkanker		
prostaatkanker (mannen)		-
borstkanker (vrouwen)	-	

[redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

GGD Kennemerland | cluster Advies & Onderzoek

Zijlweg 200, 2015 CK Haarlem | Postbus 5514, 2000 GM Haarlem

Toevoeging op de mail 9-6-2020:

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 9 juni 2020 15:19
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: tabelletje met aantallen RE: opzetje tbv 'A4tje' KIO, graag je feedback

Beste allen,

Hier alvast tabelletje met de gemiddelde aantallen per jaar voor de regio.

Handig voor het 'A-4tje'?

[redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

Voordat we de figuurtjes verder maken graag nog even feedback?

(bron: tabel blz 73 rapport)

	Nieuwe kankergevallen Gemiddeld aantal per jaar GGD regio Kennemerland, periode 2004-2018	
	Mannen	Vrouwen
Totaal (alle vormen van kanker)	1704	1641
Veel voorkomende vormen van kanker:		
Longkanker	227	166
Melanoom	87	102
Darmkanker	226	202
Prostaatkanker	332	-
Borstkanker	-	457

[redacted] epidemioloog

GGD Kennemerland | cluster Advies & Onderzoek

Zijlweg 200, 2015 CK Haarlem | Postbus 5514, 2000 GM Haarlem

E [redacted]@ggdkennemerland.nl

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Alles op deze pagina weggelakt op basis van artikel 10 lid 2 sub e Wob

Reactie naar bovenstaande adressen 9-6-2020:

Hoi [redacted],

Dank je, het is zeker handig om tekst met beeld te ondersteunen. En bedoelen we dan als ondersteunde teksten de Q&A’s, of ons nieuwsbericht?

Ik weet niet precies wat [redacted] gevraagd heeft. Het lijkt me handig onze teksten erbij te pakken en dan kijken welke figuren we ter verheldering nodig hebben?

Misschien kan [redacted] even aangeven wat het plan is?

De eerste figuur is een gekantelde, iets voor het publiek toegankelijker versie van longkanker bij mannen uit het rapport. Is die voor de Q&A?

Deze laatste tabel past volgens mij (nog) niet bij een bestaande tekst.

Groetjes, [redacted]

Reactie 9-6-2020:

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: dinsdag 9 juni 2020 19:48
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: Taart ;-) en aanvullende grafiekjes bij KIO-rapport

Hoi [redacted]

In de bijlage de taarten en toelichtende tekstjes die ik heb gemaakt.

Morgen komen daar de grafiekjes bij voor de CIF-cijfers van ‘nu’ en die van de vorige rapportage.

[redacted] heeft al eea daarvoor klaargemaakt, ik zet de oude cijfers erbij, onze nieuwe collega [redacted] doet een controle en [redacted] zet er stippellijntjes en sterretjes bij.

Kortom: teamwork □.

Vraag aan jullie:

Omdat de taartpunt ‘overige kankervormen’ redelijk groot is, kun je denk ik vragen verwachten over wat daaronder wordt verstaan.

Om die reden heb ik de gegevens uit het rapport met de andere vormen van kanker alsnog in een tabelletje ernaast gezet.

Als jullie dat toch liever niet willen, of als jullie de (introductie)tekstjes graag anders zien, hoor ik dat graag! Groeten, [redacted]

Reactie 9-6-2020:

Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 9 juni 2020 21:17
Aan: [redacted]; [redacted]; [redacted] Nijbroek
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: Taart ;-) en aanvullende grafiekjes bij KIO-rapport

Hoi [redacted], ziet er mooi uit! Bij de taarten: Misschien bij overig een * van een totaal van 23 soorten kanker.

En misschien ook een aantekening ** Het gaat om gemiddelde aantallen per jaar, niet gelijk over de jaren verdeeld.

Bedankt, groeten [redacted]

Reactie 10-6-2020:

Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 9 juni 2020 21:17
Aan: [redacted]
CC: [redacted]; [redacted]
Onderwerp: RE: Taart ;-) en aanvullende grafiekjes bij KIO-rapport

Hoi [redacted],

Ja, geeft goed inzicht in de absolute aantallen en wat welke soorten kanker we hebben bekeken.

Inderdaad is de ene overig de andere niet. Dus daar nog iets voor bedenken?

En de blauwe longkanker lijkt erg op overig blauw. Mogelijk kunnen die nog in andere kleuren?

Groetjes en succes, [redacted]

Onderwerp: KIO: provincie en communicatie, 11-6-2020
[redacted]
Verzonden: dinsdag 11 juni 2020 18:41
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: Taart ;-) en aanvullende grafiekjes bij KIO-rapport

Dag allen,

Artikel 10 lid 2 sub e en art. 11 lid 1 Wob

Vanamiddag bij het AO gezondheid IJmond kreeg ik van [redacted]

[redacted], hebben we ook contact met hun communicatie?

[redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

[redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

Wel handig om hen te laten weten dat dit loopt. En eventueel de samenvatting te sturen morgen aan [redacted]?
Ik ben even kwijt wanneer ik dit zou doen en of we daarbij al de publicatiedatum zouden communiceren.

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Groet, [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: Tijdlijn uitbrengen KIO, 15-6-2020

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 15 juni 2020 15:01
Aan: [redacted]; [redacted]; [redacted]; [redacted]
Onderwerp: tijdlijn uitbrengen KIO

Hey allen,

Iedereen heeft elkaar inmiddels gesproken en gemaild, hieronder nog even de tijdlijn tot aan morgen.

1. [redacted] legt de laatste hand aan het persbericht.
2. [redacted] kijken naar de vragen van Velsen en de eventuele aanpassingen die dat met zich meebrengt.
3. [redacted] verzamelt de definitieve versies van alle documenten en stuurt deze vanmiddag voor 1600h naar [redacted].
4. [redacted] verstuurt vanmiddag om 1600h het rapport, de memo, het persbericht en de [redacted]-grafieken naar de bestuurscommissie. Met daarbij de boodschap dat we het dinsdag om 1300h openbaar zullen maken.
5. [redacted] verstuurt vanmiddag na 1600h het rapport en de [redacted]-grafieken (ook de memo?) naar de klankbordgroep. Met daarbij de boodschap dat we het dinsdag om 1300h openbaar zullen maken.
6. Ik verstuur vanmiddag na 1600h het rapport en de [redacted]grafieken (ook de memo?) naar [redacted] Met daarbij de boodschap dat we het dinsdag om 1300h openbaar zullen maken.
7. [redacted] laat de pers vanmiddag weten dat we morgen om 1300h publiceren.

Hebben we zo alles, laat vooral weten als iets niet klop!

Graag reactie op de twee rode vragen!

Grt [redacted]

Onderwerp: Vragen over KIO van wethouders, 15-6-2020
Van: [redacted]
Verzonden: maandag 15 juni 2020 12:21
Aan: [redacted]
Onderwerp: vragen over KIO van wethouders
Urgentie: Hoog

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted]

Zojuist hebben wij binnen [redacted] het KIO besproken met wethouder gezondheid en de wethouder die ook over Tata gaat

[redacted] heeft nog een paar punten waar ze [redacted] over gaat bellen. Daarnaast hebben we ook nog een paar inhoudelijke punten.

Willen jullie hier nog naar kijken?

- De incidentie van mesothelioom is behoorlijk hoger in de regio, het wordt echter niet meegenomen in de tabel. We snappen dat hier voor is gekozen vanwege de lage N. We zouden echter graag zien dat deze keuze kort wordt toegelicht.
- In de samenvatting staat de volgende zin: In de GGD-regio Kennemerland is de CIF van melanoom wel hoog maar niet het hoogst van Nederland. Ons voorstel is om dit anders te zeggen. Meer iets in de lijn van dat we een hoge CIF zien bij kustgemeenten
- Kunnen jullie aangeven waarom er voor gekozen is enkel de kankersoorten en gemeenten met hoge CIF te noemen in de tabel? Kan deze toelichting ook in de samenvatting. Onze wethouders geven aan dat het verwarrend is.

Dan nog twee vragen naar aanleiding van de uitkomst

- [redacted] wil graag dat wij duiden dat roken dan ook vaker voorkwam. Ik heb haar aangegeven dat die gegevens er helaas niet zijn. Zij wil graag weten vanaf wanneer we dat wel kunnen. Met andere woorden sinds wanneer wordt het rookgedrag gemonitord?
- Met de zelfde achtergrond: Is de luchtkwaliteit de afgelopen jaren verbeterd? Zijn hier cijfers over?

Hopelijk kunnen de eerste punten nog meegenomen worden en hebben jullie een antwoord op de tweede punten.

Alvast bedankt!

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]
Gemeente Velsen
Dudokplein 1, 1971 EN IJmuiden
Postbus 465, 1970 AL IJmuiden

<u>Aanvulling 15-6-2020:</u>

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 15 juni 2020 16:39
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: vragen over KIO van wethouders
Urgentie: Hoog

Alles op deze pagina weggelakt op basis van artikel 10 lid 2 sub e Wob

Dag allen,

Helaas heb ik nog geen reactie gehad op onderstaande mail. Ik snap dit ook helemaal vanwege de korte tijd.

Dit is helaas ontstaan met de keuze om snel te publiceren. Jullie lopen hier vrees ik ook tegen aan.

Omdat ik even niet goed weet wie hier nog meer mee bezig is, neem ik even iedereen uit de CC van [redacted] mee over de stukken.

Hopelijk kan iemand mij verder helpen J

Als gemeente zijn wij nu snel met onze woordvoeringslijn bezig, daarin lopen we tegen deze punten aan.

Ik hoor het graag.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]
Gemeente Velsen
Dudokplein 1, 1971 EN IJmuiden
Postbus 465, 1970 AL IJmuiden

Intern overleg om te reageren op de Beleidsadviseur Sociaal Domein:

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: maandag 15 juni 2020 14:56
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: CONCEPT REACTIE FW: vragen over KIO van wethouders
Urgentie: Hoog

Beste allen, hierbij een concept-reactie voor [redacted].

@[redacted] kun jij dan puntje b toevoegen?

@[redacted] kun jij ook kijken of je akkoord bent?

@[redacted] stuurt één van jullie uiteindelijk de definitieve reactie naar [redacted]? Voel jullie vrij om ook aan te passen, hieronder is slechts een concept.

Dank en groetjes, [redacted]

Beste [redacted],

Dank voor je opmerkingen en je vragen. Hieronder onze reactie, waarbij we voor de duidelijkheid jouw opmerkingen even hebben genummerd.

Alles op deze pagina weggelakt op basis van rtikel 10 lid 2 sub e Wob

Ad 1 en 3. We hebben een toelichtende opmerking opgenomen boven de tabel in de samenvatting, met onder andere een verwijzing naar Hoofdstuk 9 (Bijlage 2) van het rapport voor een volledig overzicht van alle CIF's.

Ad 2. De GGD-regio's waar melanoom veel voorkwam (periode 2012-2015) waren de regio's Hollands Noorden, Zaanstreek-Waterland en Drenthe (par. 6.5 van het rapport). Het verhoogd voorkomen van melanoom in kustgemeenten is onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd, vandaar dat we hier in de samenvatting geen opmerking over maken.

Ad a. Het rookgedrag wordt in Kennemerland gemonitord sinds 2007 (ouderen) en 2008 (volwassenen). Dit is niet de periode die relevant is voor dit kankeronderzoek, omdat daarvoor oudere cijfers nodig zouden zijn. Om die reden hebben we het niet kunnen gebruiken voor de duiding.

Ad b. à doet [redacted]

Interne reactie 15-6-2020:

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 15 juni 2020 15:19
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: RE: CONCEPT REACTIE FW: vragen over KIO van wethouders

Hoi,

Voor de laatste versie van de toelichting bij de tabel, zie bijlage bij deze mail.

Wat betreft de keuze om mesothelioom wel een Samenvatting op te nemen maar niet in de tabel in de Samenvatting: in feite is dit een compromis tussen vasthouden aan de systematiek (de veel voorkomende vormen van kanker worden meer uitgebreid beschreven) en het graag (en subjectief …) willen opnemen van als gewenst veronderstelde informatie.

Groet, [redacted]

Interne reactie 15-6-2020:

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 15 juni 2020 15:23
Aan: [redacted]; [redacted]
Onderwerp: FW: vragen over KIO van wethouders - melanoom in kustgemeenten
Urgentie: Hoog

Hoi,

In de Samenvatting staat nu nog stellig dat melanoom meer voorkomt in kustgemeenten, terwijl dit ongepubliceerde gegevens zijn van de NKR. Hier gaat de tweede vraag van de wethouders ook over.

'Aanwijzingen' van maken? Of zijn we nu echt te laat?

Groet,

[redacted]

Replay op alle bovenstaande adressen vanuit de eerste mail richting de Beleidsadviseur Sociaal Domein, 15-6-2020:

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste [redacted],

Dank voor je opmerkingen en je vragen. Hieronder onze reactie, waarbij we voor de duidelijkheid jouw opmerkingen even hebben genummerd.

Ad 1 en 3.

We hebben een toelichtende opmerking opgenomen boven de tabel in de samenvatting, met onder andere een verwijzing naar Hoofdstuk 9 (Bijlage 2) van het rapport voor een volledig overzicht van alle CIF’s.

Ad 2.

De GGD-regio’s waar melanoom veel voorkwam (periode 2012-2015) waren de regio’s Hollands Noorden, Zaanstreek-Waterland en Drenthe (par. 6.5 van het rapport). Over het verhoogd voorkomen van melanoom in kustgemeenten is (nog) geen wetenschappelijke publicatie verschenen, vandaar dat we de oorspronkelijke formulering in de samenvatting hebben gehandhaafd.

Ad a.

Het rookgedrag wordt in Kennemerland gemonitord sinds 2007 (ouderen) en 2008 (volwassenen). Dit is niet de periode die relevant is voor dit kankeronderzoek, omdat daarvoor oudere cijfers nodig zouden zijn. Om die reden hebben we het niet kunnen gebruiken voor de duiding.

Ad b.

De huidige luchtkwaliteit is in Nederland verbeterd t.o.v. de relevante periode voor deze rapportage over de kankerincidentie in Kennemerland, namelijk zo’n 20 jaar vóór de periode 2004-2018. Die cijfers zijn echter niet exact bekend; er werden toen nog geen metingen in de regio gedaan of metingen waren beperkt.

Met vriendelijke groet, [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Reactie 23-6-2020:

Alles op deze pagina weggelakt op basis van artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 23 juni 2020 13:51
Aan: [redacted] <[redacted]@planet.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: RE: ONDER EMBARGO Di 16 juni 13.00h, publicatie rapportage ‘Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2014-2018’

Onderwerp: Q&A. 16-6-2020

Van: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Verzonden: dinsdag 16 juni 2020 09:41
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: Q&A

[redacted],

Als jij de documentnaam en titel van de Q&A hebt aangepast, wil je ‘m dan als nog naar mij zenden?

Groet,[redacted]

Onderwerp: Vragen rapport en melding, 24-6-2020

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 24 juni 2020 10:19
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: vragen rapport en melding

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste allen,

Ik sprak vanmorgen [redacted]

Primair art. 11 lid 1 wob en subsidiair artikel 10 lid 2 sub e Wob

Mijn ervaring:

[redacted]

Bij beantwoording merkte ik dat het belangrijk is om aan te geven dat;

- Het rapport gaat over (long)kanker, dat dit zich dit over lange termijn ontwikkeld. Bij acute, ernstige klachten ga je natuurlijk een andere afweging maken (en naar de huisarts)
- [redacted]Dat ongerustheid en piekeren voorstelbaar is en ook af te wegen wat je zelf belangrijk vindt bij een nadenken over eventuele verhuizing zoals sociale contacten, en toch ook gezond te blijven leven [redacted]
- Dat het risico bij de huidige luchtkwaliteit wel minder is (want beter dan 20 jaar geleden), maar mogelijk toch nog enkele procenten verhoogd in Wijk aan Zee (komt dit ook zo uit de rapportage van de ziektelast huidige luchtkwaliteit?)
- Dat de luchtkwaliteit nu vergelijkbaar is met een plek op drukke punten in Amsterdam hoewel daar de blootstelling niet constant is zoals in Wijk aan Zee en fluctueert met de spits.
- Dat je de huidige luchtkwaliteit kunt vergelijken met het meeroken van enkele sigaretten per dag

Kortom, het lijkt mij belangrijk een paar van deze vragen en antwoorden over ongerustheid mee te nemen bij de communicatie, wat minder droog in de Q & A te verwerken en *nu toch het rapport over de ziektelast en de huidige luchtkwaliteit snel uit te brengen.*

Groeten [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: Raadsvragen GGD rapport, 23-6-2020

Van: [redacted] <[redacted]@Velsen.nl>
Verzonden: dinsdag 23 juni 2020 14:14
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

<[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@velsen.nl>; [redacted] <[redacted]@Velsen.nl>
Onderwerp: raadsvragen GGD rapport

Dag [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Vorige week vrijdag zijn er raadsvragen over het kankerincidentierapport binnen gekomen. We hebben hierop bijgevoegd antwoord geformuleerd. Dat gaat eind deze middag naar onze gemeenteraad. We hebben bewust gekozen voor een zeer spoedige beantwoording. Het verzoek van ons college was om de beantwoording met jullie te delen.

In de bijlage de beantwoording.

Ik hoop jullie zo voldoende te hebben geïnformeerd. Anders weten jullie [redacted] of mij te vinden. Ik ben goed bereikbaar deze middag of later.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]
Gemeente Velsen
Dudokplein 1, 1971 EN IJmuiden
Postbus 465, 1970 AL IJmuiden

Reactie op alle bovenstaande adressen, 23-6-2020:

Beste [redacted], dank voor deze informatie. Hoewel je niet vraagt om een reactie, toch nog een paar opmerkingen van mij n.a.v. de beantwoording van de vragen. Zie bijlage.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

Milieugezondheidskundige

Cluster Milieu & Hygiëne

Onderwerp: Feitenrelaas KIO excel overzicht.xlsx, 23-6-2020

Van: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Verzonden: dinsdag 23 juni 2020 15:56
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: Feitenrelaas KIO excel overzicht.xlsx

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste allen,

Ik heb ene tabblad toegevoegd om nog even specifiek te kijken naar het rapport in wording.

Daarin heb ik enkele woorden eruit gelicht en die geteld.

Dat proces is nog niet helemaal klaar, maar enkele dingen worden zichtbaar: na versie 4.2 is de benaming tata vervallen (en ook niet meer teruggekomen). Ook is er minder aandacht voor de IJmond daarna gekomen. Beide zaken hebben wel met elkaar te maken aangezien een meer gebalanceerde rapportage voor de hele regio heeft betekent dat er minder aandacht is voor de ijmond en de ijmond specifieke uitkomsten. Verder heb ik nog geen goede parameter gevonden om die regiobrede aandacht te koppelen aan een effectieve zoekterm.

Dit als aanvulling op het feitenrelaas. Dit behoeft nog verdere uitwerking, maar moet helpen om te zien wat er in de tussentijd is veranderd in de met andere gedeelde versies.

Het gaat in totaal om 3 verschillende versies. Er zijn ook nog 15 versies van samenvattingen. Ook die wil ik in een dergelijk tabel verwerken.

Gr.[redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Juli 2020

Onderwerp: Tijdlijn communicatie rapportage kankerincidentie, 7-7-2020

Van: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Verzonden: dinsdag 7 juli 2020 08:35
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: Tijdlijn communicatie rapportage kankerincidentie

Beste allen,

Iedereen dank voor de diverse aanvullingen etc. Bijgevoegd de tijdlijn voor de communicatie n.a.v. de rapportage over kankerincidentie zoals ik ‘m voor me zie.

Het zou mooi als het lukt deze timing aan te houden, dan blijven we namelijk redelijk in de actualiteit.

Groet, [redacted]

Reactie 7-7-2020:

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl;
Verzonden: dinsdag 7 juli 2020 17:36
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl> >; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: RE: Tijdlijn communicatie rapportage kankerincidentie

Hoi [redacted],

Prima om dit zo te volgen.

Ik wil voorstellen dat ik de bewoners uit de klankbordgroep deze week telefonisch benader met het aanbod van een gesprek aangezien het primair MMK contacten zijn en het gaat om die vertrouwensrelatie. En kan ik ook de introductie doen bij het gesprek, als ze daarop ingaan.

Verder wellicht nog even aandacht voor het verschil in onze communicatieboodschap in het gesprek met bewoners uit de klankbordgroep en die in de media. Het kan zijn dat bewoners uit de klankbordgroep meer fundamentele en vertrouwensargumenten hebben en dat ons in de media het met name gaat om gezichtsherstel rondom in de media aangebrachte verdenking van beïnvloeding.

Bij beide is het belangrijk erkenning te geven van de invloed van emissies van het Tata steel industrieterrein op luchtkwaliteit en gezondheid in heden en verleden (ook van belang uit PSH oogpunt).

Voor de MMK module is ook nog een planning nodig. Communicatie is daarbij een belangrijk aandachtpunt en nemen we uiteraard aan de voorkant mee.

Groet, [redacted]

Reactie vanuit directie, 7-7-2020:

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted]<AvandeVelden@vrk.nl>
Verzonden: dinsdag 7 juli 2020 17:39
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: RE: Tijdlijn communicatie rapportage kankerincidentie

Beste [redacted],

Ik kan je opmerking over de vertrouwensrelatie met de klankbordgroep niet helemaal plaatsen. [redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

Graag verneem ik nog even je zienswijze op bovenstaande.

Gr. Bert

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Reactie op de directie, 8-7-2020:

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 8 juli 2020 09:02
Aan: Bert van de Velden <AvandeVelden@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: RE: Tijdlijn communicatie rapportage kankerincidentie

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste [redacted],

Het gaat om wederzijds vertrouwen waarbij ook ruimte moet zijn om de geschonden vertrouwelijkheid te bespreken, maar mi niet om mee te beginnen in een gesprek.

[redacted]. Maar goed om ons te realiseren dat het bij mensen die zich zorgen maken over hun gezondheid en zich hulpeloos voelen in de IJmond situatie soms zelfs kan komen tot dit soort onwerkelijke ideeën. Daarom heb ik het je gemeld, maar is onderdeel van een geheel aan uitingen en vragen vanuit bewoners. We worden blijkbaar allemaal, onder loep genomen, net als andere overheden. Ik denk dat dit punt meer is om in je achterhoofd te houden en alleen als ze er naar vragen iets over te zeggen. Belangrijker is dat ze weten waar we als GGD voor staan en wat je ook regelmatig aangeeft in de mantra?

Art 11 lid 1 Wob

Wat zou jouw voorstel zijn voor de aanpak voor dit onderdeel uit de tijdlijn?

Groet, [redacted]

Reactie vanuit de directie, 8-7-2020:

Van: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Verzonden: woensdag 8 juli 2020 10:58
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]t@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: RE: Tijdlijn communicatie rapportage kankerincidentie

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste [redacted]

Ik denk dat het goed is even te sparren over wie nu met wie gaat contact zoeken en welke achterliggende bedoeling we daarmee hebben.

Gaan we in overleg met de klankbordgroep (ambtenaren), de uitgebreide klankbordgroep, ambtenaren en burgers los van elkaar of met de gremia die zij vertegenwoordigen?

Een finetuning van wat in de tijdlijn is neergelegd.

Gr. [redacted]

Reactie op de directie, 8-7-2020:

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 8 juli 2020 14:27
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: Tijdlijn communicatie rapportage kankerincidentie

Beste [redacted]

Eens dat de doelgroep helder moet zijn.

Er staat nog geen actiehouder bij dit punt, allereerst het sparren.

Lijkt me goed om hier snel mee verder te gaan. Bedoel je dat je wilt dat ik het organiseren van het sparren oppak?

Groet, [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Reactie vanuit de directie, 8-7-2020:

Op 8 jul. 2020 om 15:22 heeft [redacted] het volgende geschreven:

Dat kan, maar als jij aangeeft hoe je het precies in welke volgorde denkt aan te vliegen en welke rol je mij toedicht, dan kan het maar zo zijn dat we er snel uit zijn.

Hierna is er fysiek een afsprak geweest om dit verder toe te lichten.

Onderwerp: Aanbiedingsbrief voorkomen kanker regio 8 juli 2020, 10-7-2020

Van: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Verzonden: vrijdag 10 juli 2020 09:36
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: aanbiedingsbrief voorkomen kanker in regio 8 juli 2020

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Besten,

Hierbij een opzet voor de aanbiedingsbrief ([redacted] had het vloertje gelegd).

Graag zie ik jullie opmerkingen tegemoet.

Gr. [redacted]

Reactie onderling, geen reactie op de directie 10-7-2020:

Van: [redacted]
Verzonden: vrijdag 10 juli 2020 10:24
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: RE: aanbiedingsbrief voorkomen kanker in regio 8 juli 2020

Hoi ik heb nog twijfels bij deze zinnen:

Daar komt bij dat de rapportage over de huidige luchtkwaliteit in de IJmond, die deze week naar buiten is gekomen, niet kon worden meegenomen in de versnelling van het proces. Wat wordt hier bedoeld? UFP? Of toch de rekentool die in september uitkomt? Daar wordt verder niet over gesproken.

En aanbeveling 11: Doe nader onderzoek naar de verhoogde incidentie van longkanker in de IJmond in relatie tot milieufactoren. We zouden toch onderzoeken of dit meerwaarde heeft, met het RIVM?

Groeten [redacted]

Onderwerp: Concept aanbiedingsbrief colleges over rapportage kankerincidentie, 13-7-2020
Van: [redacted]
Aan: [redacted]@heemskerk.nl
CC: [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Dag allen,

De bestuurscommissie PG&MZ heeft gevraagd om de GGD rapportage ‘Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2004-2018’ aan te bieden aan de colleges van de 9 gemeenten van Veiligheidsregio Kennemerland met daarin oa ook een handelingsperspectief.
Daartoe is bijgevoegde aanbiedingsbrief opgesteld. Deze wordt vandaag rondgestuurd onder de leden van het AO PG&MZ. Omdat jullie hier niet bij zitten, maar de brief wel relevant is voor de IJmond gemeenten stuur ik hem jullie hierbij ook toe (als AO gezondheid luchtkwaliteit IJmond).
Vraag daarbij of jullie nog op- en aanmerkingen hebben en of je nog wat wilt meegeven dat we in overweging kunnen nemen.
Verzoek is dan wel om vandaag te reageren. Dit kan naar mij en [redacted] in de cc.

Groet en dank, [redacted]

Reactie 13-7-2020:
Van: [redacted]Velsen.nl>
Verzonden: maandag 13 juli 2020 13:53
Aan: [redacted]<[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted]

<[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@Velsen.nl>; [redacted] <[redacted]@velsen.nl>; [redacted] <[redacted]@Velsen.nl>; [redacted] <[redacted]@velsen.nl>
Onderwerp: RE: Concept aanbiedingsbrief colleges over rapportage kankerincidentie
Urgentie: Hoog

Dag [redacted]

We hebben vanuit Velsen met elkaar intern gesproken over de concept aanbiedingsbrief. We hebben wel een aantal opmerkingen.

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted].

Artikel 11 lid 1 Wob

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]
Gemeente Velsen

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Reactie vanuit directie, 13-7-2020:

From: Bert van de Velden <AvandeVelden@vrk.nl>
Sent: Monday, July 13, 2020 5:29:20 PM
To: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Subject: RE: Concept aanbiedingsbrief colleges over rapportage kankerincidentie

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Interessante reflectie?

[redacted]

Wat gaan we met de ontvangen reflectie doen?

Artikel 11 lid 1 Wob

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Reactie op de directie, 13-7-2020:

Op 13 jul. 2020 om 17:42 heeft [redacted] <[redacted]@vrk.nl> het volgende geschreven:

Beste Bert,

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

[redacted] en ik zorgen voor een gezamenlijk advies hoe hiermee om te gaan.

Je hoort van ons.

Gr. [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Reactie vanuit directie, 13-7-2020:

Van: Bert van de Velden
Verzonden: maandag 13 juli 2020 17:54
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: Re: Concept aanbiedingsbrief colleges over rapportage kankerincidentie

Beste [redacted]

Het is en blijft onze brief, maar goed als jullie er nog een keer naar kijken. En ja, er zitten [redacted] De vraag van [redacted] of dit een ambtelijke of bestuurlijke opvatting is, is goed om bij jullie afweging mee te nemen.

Stel voor dat we de mailwisseling even laten voor wat het is, maar dat jullie elkaar opzoeken om het hier over te hebben.

Gr. Bert

Onderwerp: Aanbiedingsbrief rapportage kankerincidentie in Kennemerland, 28-7-2020
Van: Bert van de Velden
Verzonden: dinsdag 28 juli 2020 07:28
Aan: [redacted]
Onderwerp: aanbiedingsbrief rapportage kankerincidentie in Kennemerland

Besten,

[redacted]

[redacted] Artikel 11 lid 1 Wob

[redacted]

Graag nog even naar kijken. Niet zozeer om met nieuwe tekstsuggesties te komen, maar om aan te geven als er nu iets fout wordt beweerd of jullie bezwaar hebben tegen de veranderingen.

Gr. Bert

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Reactie op de directie:

Beste Bert,

Ik denk ook dat hij zo goed geschikt is voor 9 gemeenten. Ik heb jouw lijn gevolgd en alleen meest noodzakelijke vermeld.

[redacted]

[redacted]

[redacted] Artikel 11 lid 1 Wob

Groet, [redacted] Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Onderwerp: Aanbiedingsbrief rapportage kankerincidentie in Kennemerland – website, 30-7-2020

Ter achtergrond informatie voor de werkgroep zelf:

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: donderdag 30 juli 2020 13:51
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: Aanbiedingsbrief rapportage kankerincidentie in Kennemerland - website

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

En nog even dit stukje van de RIVM en GGD websites: de antwoorden vanuit RIVM project grafietregen en gezondheid waarin RIVM onderzoek uit 2009, KIO 2007 en KIO 2020 in één adem worden genoemd. Dit KIO is dus gezien verleden en heden extra relevant voor de IJmond en goed uitlegbaar waarom we in de aanbiedingsbrief een paragraaf aan de IJmond zouden besteden.

KOMT KANKER MEER VOOR IN DE IJMOND EN ZO JA: VOOR WELK DEEL HEEFT DIT TE MAKEN MET DE VERVUILING VAN DE LUCHT/DE ACTIVITEITEN VAN TATA STEEL?

In 2007 en in 2009 deden GGD Kennemerland en het RIVM onderzoek naar nieuwe gevallen van kanker in de IJmond. Het meest opvallende resultaat hiervan was dat in sommige delen van de IJmond 22% meer longkanker voorkwam dan gemiddeld in de regio. Toch kan die 22% niet zomaar toegeschreven worden aan de activiteiten van Tata Steel (voorheen Corus).
In het rapport van 2009 is bij de berekening bijvoorbeeld geen rekening gehouden met de blootstelling aan andere bronnen van luchtverontreiniging (scheepvaart, industrie en verkeer) en de blootstelling aan stoffen op de werkplek, omdat hierover geen gegevens beschikbaar waren.
In 2009 is berekend dat 6% extra gevallen van longkanker zijn toe te schrijven aan de uitstoot van fijnstof door Corus.
Andere soorten kanker werden niet in verhoogde aantallen gevonden. Momenteel herhaalt GGD Kennemerland haar onderzoek om zicht te krijgen op de kankerincidentie in de IJmond van dit moment.
Groet, [redacted]

Onderwerp: Aanbiedingsbrief rapportage kankerincidentie in Kennemerland 31-7-2020

Van: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Verzonden: vrijdag 31 juli 2020 07:47
Aan: [redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: aanbiedingsbrief rapportage kankerincidentie in Kennemerland 30-7-2020

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Besten,

Deze brief + de gisteren toegestuurde bijlage dient te worden verzonden aan de colleges van B&W van de 9 gemeenten binnen de Veiligheidsregio Kennemerland.

[redacted]

Vanzelfsprekend zie ik de definitieve versie dan in kopie aangereikt.

Gr. [redacted]

Primair art 10 lid 2 sub e Wob, subsidiair art. 10 lid 2 sub g Wob.

Alles op deze pagina weggelakt op basis van rtikel 10 lid 2 sub e Wob

Reactie 31-7-2020:

Van: Brievenbus
Verzonden: vrijdag 31 juli 2020 08:58
Aan: [redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: RE: aanbiedingsbrief rapportage kankerincidentie in Kennemerland 30-7-2020

Goedemorgen [redacted]

Bijgaande een pdf van de brief aan de colleges. Deze worden vandaag verstuurd incl. rapportages.

Met vriendelijke groet, [redacted]

Vervolg 25-8-2020:

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: dinsdag 25 augustus 2020 12:59
Aan: [redacted]@ggdkennemerland.nl>
CC: [redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: FW: aanbiedingsbrief rapportage kankerincidentie in Kennemerland 30-7-2020

Hoi [redacted]

Ik kreeg een vraag van bewoners uit Wijk aan zee of deze brief al openbaar is. Ik mocht hem namelijk van [redacted] al aan hen sturen.

Weet jij toevallig of hij al ergens openbaar te vinden is bij een gemeente?

Aangezien het vermelde e-mailadres van mij incompleet is, heb ik zelf nog geen reacties ontvangen.

Groet, [redacted]

Reactie 25-8-2020:

Van[redacted]
Verzonden: dinsdag 25 augustus 2020 13:40
Aan: [redacted]
Onderwerp: RE: aanbiedingsbrief rapportage kankerincidentie in Kennemerland 30-7-2020

Hoi,

De gemeenten zelf.

De besluitenlijsten van het college wordt gepubliceerd. Bijvoorbeeld

[redacted]

als het college besluit de brief door te sturen naar de gemeenteraad zal deze ook via zo’n systeem te vinden zijn.

Groet, [redacted]

Reactie op hierboven25-8-2020:

Hoi,

Zie onder. [redacted] kent de brief niet eens.

[redacted]

Groet, [redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

Reactie 3-8-2020:

Beste [redacted] en [redacted],

Sturen we de brief trouwens ook ter info naar wie ambtelijk en bestuurlijk heeft meegelezen? Of in ieder geval van beleidsgebied gezondheid zodat ze weten dat deze eraan komt in de colleges?

Ik wil hem ook naar GGD A’dam en RIVM sturen.

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

En hoe zullen we het verder met [redacted] en [redacted] doen? Brief is nu nog niet openbaar. Wel goed om hen nog te bedanken voor het gesprek, te laten weten dat de brief richting colleges is en een nieuwe datum te prikken voor een vervolggesprek? Dat kan ik wel doen na 10 aug.

Verder zouden we ook nog evalueren met de rest van de klankbordgroep. Ik weet even niet meer of [redacted] dit zou oppakken, maar zij is er sinds afgelopen vrijdag weer en zou [redacted] dit bij haar kunnen nagaan? Deze brief heb ik [redacted] al gestuurd en ze weet dat het gesprek met [redacted] en [redacted] is geweest.

Groet, [redacted]

September 2020

Onderwerp: Evaluatie KIO proces, 21-9-2020

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 21 september 2020 08:46
Aan: [redacted]@heemskerk.nl>; [redacted]@Velsen.nl); [redacted]@beverwijk.nl[redacted]@beverwijk.nl'; '[redacted]@odijmond.nl>; [redacted]'[redacted]@odijmond.nl

CC: [redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted]@vrk.nl>; [redacted]@vrk.nl>; [redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: aanbiedingsbrief rapportage kankerincidentie in Kennemerland 30-7-2020

Beste allen,

Graag willen we jullie als deelnemers aan de klankbordgroep van het GGD kankerincidentierapport aanbieden het proces samen te evalueren. Er is veel te doen geweest over het rapport kort voor en met name na publicatie.
Wat betreft het opstellen van het rapport en publicatie ervan willen we hiervan leren en in de toekomst waar mogelijk verbeterpunten meenemen. Daaraan kunnen jullie ook een waardevolle bijdrage leveren. In het memo aan het BC PG&MZ dd. 26 juni staan al enige verbeterpunten vermeld.

We hebben al een gesprek gehad met de deelnemende bewoners uit de klankbordgroep. We willen ook graag jullie inbreng vragen als deelnemers vanuit de gemeenten en OD IJmond.

Vraag is of jullie hier prijs op stellen. En zo ja in welke vorm, in een bijeenkomst of een persoonlijk gesprek?

We horen graag jullie mening.

Met vriendelijke groet, [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

[redacted]

[redacted], Medische Milieukunde

[redacted]

Onderwerp: Actualiteiten kio en vervolgverzoek, 18-11-2020
Van: [redacted]@beverwijk.nl>
Verzonden: woensdag 18 november 2020 12:19
Aan: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Onderwerp: actualiteiten kio en vervolgonderzoek

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted],

Mijn wethouder wil dat ik een informerende raadsbrief opstel om de berichten in de media te duiden.

Hebben jullie al vragen ontvangen en gereageerd ?

[redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

En gaan we inderdaad nog een vervolgonderzoek doen zoals dat postcodegebied?

Met vriendelijke groet

[redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

[redacted]

Sociaal beleid, Gemeente Beverwijk

Intern mail contact: 18-11-2020

Van: [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
Verzonden: woensdag 18 november 2020 12:32
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>; [redacted] <[redacted]@ggdkennemerland.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
Onderwerp: FW: actualiteiten kio en vervolgonderzoek

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted],

Zo ik zie vraag zie, stelt [redacted] twee korte vragen.

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

[redacted]

Gaan we vervolgonderzoek doen: daarover verschillen de inzichten, dus een expertmeeting moet eerst plaatsvinden voordat we hier een goed antwoord op kunnen geven.

Grt [redacted]

April 2021

Onderwerp: Afspraken over uitbrengen KIO, 28-4-2021

Hey allen,

Hieronder nog even de afspraken zoals gisteren gemaakt.

[redacted] informeert straks de ambtenaren hierover.

[redacted] informeert vanmiddag de [redacted] hierover.

@ [redacted]! Artikel 11 lid 1 Wob

@ [redacted]: verstuur jij vanmiddag ook de mail aan de hieronder rood gearceerde deelnemers?

Wordt vervolgd,

[redacted]

Hieronder de afspraken die we hebben gemaakt over het uitbrengen van het KIO:

- [redacted] past de memo en het persbericht aan nav de opmerkingen van Bert
- Op basis van bovenstaande en om de leesbaarheid vanuit communicatie-oogpunt te verhogen past [redacted] de samenvatting aan
- [redacted] verstuurt morgen (woensdag 11 juni) het rapport, memo, samenvatting en persbericht naar het AO en naar de communicatiewerkgroep en naar de klankbordgroep (+ GGD Amsterdam en RIVM).
    - We vragen nog steeds om geheimhouding
    - Documenten zijn bedoeld ter kennisgeving. Gemeenten kunnen hierop hun communicatie en onderlinge afstemming voorbereiden. Daar waar in het klein noodzakelijk kunnen we tekstueel iets aanpassen in memo en persbericht, niet inhoudelijk in het rapport! Deze boodschap moet mee in de aanbiedingsmail.
    - In het AO wordt dit kort besproken
    - Uiterlijke reactie termijn is vrijdag 12 juni om 1600h.

[redacted] Rapport onder embargo versturen naar Provincie NH ([redacted]

- Maandag kunnen wij eventuele zaken aanpassen.
- Maandag 15 juni om 1600h verstuurt [redacted] de memo, het persbericht en het rapport naar de wethouders.
- Dinsdag om 1300h volgt publicatie.
    - Wij plaatsen een nieuwsbericht op de website van de GGD.
    - Een aantal media zal zoals afgesproken actief worden geïnformeerd (1vandaag, Vokskrant en NH dagblad). Dit doet [redacted]. [denk ook aan [redacted] van IJm courant aan wie [redacted] beloofd heeft haar te informeren over uitkomen] Tevens informeren ministerie I&W op maandag met persbericht ([redacted] door [redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

MAILVERKEER AFDELING COMMUNICATIE VRK

JANUARI

Van: [redacted] @velsen.nl
Verzonden: maandag 20 januari 2020 17:54
Aan: [redacted] @vrk.nl
CC: [redacted] @odijmond.nl
Onderwerp: Communicatie kankerincidentieonderzoek

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi [redacted],

Tijdens de laatste werkgroep Communicatie hadden we het over het kankerincidentieonderzoek (KIO).
Als ik het goed heb onthouden, zal de communicatie hierover door de GGD plaatsvinden (of althans, dat was het voorstel).
Je had het volgens mij ook over een Q&A.
Ik ben alleen even helemaal kwijt wat nu de planning hiervoor was.
[redacted].

Artikel 10 lid 2 sub g Wob

Dank alvast!

Harte jke groet,

[redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi,

Net belde [redacted] weer over rapport KIO.
In afstemming met [redacted] volgende antwoord gegeven: er wordt nu hard gewerkt om te kijken of het rapport eerder openbaar kan worden.
Daarvoor vindt er nu afstemming plaats tussen gemeenten en met GGD. Maandag weten we waarschijnlijk meer en kunnen we hoogstwaarschijnlijk aangeven wanneer rapport openbaar wordt.

[redacted] kon prima met dit antwoord leven.

Weten jullie het voor het geval jullie ook vragen krijgen.

Met vr ende jke groet,

[redacted]

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

From: [redacted] <[redacted] @velsen.nl>
Sent: Friday, January 31, 2020 12:03 PM
To: [redacted] <[redacted] @odijmond.nl>; [redacted] <[redacted] @vrk.nl>
Subject: FW: KIO rapport: graag even afstemming
Importance: High

Hoi [redacted],

Onderstaande mail kreeg ik doorgestuurd. Ik denk dat het zaak is nu snel op te schalen qua communicatie en vaart te zetten achter Q&A en voorbereiding persbericht.
Wij willen onze wethouders hierover informeren en dan meteen kunnen aangeven wat de communicatieaanpak is.
Kunnen jullie aangeven wat nu de planning en het communicatietraject is dat gevolgd gaat worden?

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Jullie vernemen snel van ons.

Februari

ma 10-02-2020 09:36

[redacted]@vrk.nl>; [redacted]@Beverwijk.NL>; [redacted] < [redacted]@heemskerk.nl>; [redacted]@velsen.nl>

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Beste Collega’s,

Afgelopen vrijdagmiddag heb ik van [redacted] het nieuwe (voorlopig definitieve) KIO rapport ontvangen. Hebben jullie die ook ontvangen?

Is het een idee om dat rapport vanmiddag te bespreken? En eventueel samen Q&A’s te bedenken?
Of zullen we een ieder voor zich op de eigen werkplek deze twee uur het rapport doornemen en de GGD van input (lees: Q&A’s) voorzien?
Welke andere – urgente- zaken staan er op het programma?

PS kan je aangeven of je met dit weer wilt reizen. De wind zou afnemen in de loop van ochtend. Maar ik laat het aan iedereen voor zich.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

---

do 13-02-2020 08:42

Beste allemaal,

Voor jullie informatie sinds dinsdag einde dag weet ik dat deze planning komt te vervallen. Het KIO komt 24 februari níet op de commissie agenda. Het schuift een maand op. Reden: er moeten wat bestuurlijke, inhoudelijke en procesmatige plooien worden glad gestreken. Ik kom uiterlijk maandag met een nieuwe planning en ruim op tijd met een voorstel voor een persbericht en een Q&A.

Groett [redacted]

Van: [redacted]@odijmond.nl>
Verzonden: donderdag 13 februari 2020 08:21

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@velsen.nl>; [redacted] <[redacted]@Beverwijk.NL>
Onderwerp: FW: nieuw versie KIO en gespreksverslag 23 jan

Beste [redacted]

Namens [redacted] (Velsen), [redacted] (Beverwijk) en mijzelf, stuur ik je deze email. Omdat het overleg van maandag niet doorging en wij behoefte hebben aan een communicatie tijdlijn, hebben we hieronder een voorstel opzet gemaakt. We ontvangen graag je antwoord hierop. Wij waren in de veronderstelling dat de GGD/VRK toch leading in de communicatie over het rapport is. En de tijd begint te dringen. Voor je het weet is het 24 februari!
Mocht het niet lukken om e.e.a. op tijd af te stemmen, dan zijn de gemeenten genoodzaakt hun eigen strategie te bedenken. En dat is niet wenselijk, toch?

In de mail van [redacted] van afgelopen vrijdag staat dat zij de ontvangers vraagt voor vrijdag 14 februari een reactie te geven op het rapport. In de tijdlijn is echter geen datum verwerkt voor terugkoppeling van de Q&A's (vanuit communicatie?) en een datum voor een draft persbericht en final persbericht en hoe deze lijnen lopen.
Hieronder een opzetje voor de tijdlijn voor communicatie. Zou je hier je feedback op kunnen geven?

Vrijdag 14 februari

- [redacted] geven (**inhoudelijk) feedback op rapport**/ vragen om verduidelijking (waar nodig/gewenst).

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Maandag 17 februari

- GGD stuurt rapport aan de wethouders als agendapunt voor de Bestuurscommissie PG&MZ op 24 februari.
- GGD/VRK [redacted]) stuurt **opzet Q&A aan communicatie adviseurs** gemeente Bwijk, Hkerk, Velsen, ODIJ (ook aan Regio Kennemerland?)

Dinsdag 18 februari

- GGD/VRK stuurt **opzet persbericht aan communicatie adviseurs**, met verzoek om feedback/ meelezen (of akkoord?) die de gemeenten/[redacted] kunnen meelezen)

Woensdag 19 februari

- Gemeenten/ODIJ geeft antwoord/feedback op draft persbericht – danwel akkoord.

Donderdag 20 februari

- Gemeenten/ODIJ ontvangt def persbericht vanuit GGD/VRK

Vrijdag 21 februari

- Afspraak / informeren elkaar wie publiceert wat wanneer (maken gemeenten eigen nieuwsbericht op website, afgeleide van GGD/VRK bericht?

Voorstel → titel, intro idem aan GGD, plus alinea voor eigen gemeenten + link naar origineel persbericht GGD op hun website
Afspraak: wie doet wanneer, welke woordvoering vanuit GGD/VRK? Komt er een persuitnodiging? Komt er pers naar openbare zitting?
Hoe lichten we elkaar in voor als er persvragen binnen komen? Via mail, is er een app groep?

24 februari februari, 16.00 uur (hoe laat?)
Publicatie persbericht/ oplegger op website GGD, plus publicatie (PDF) van KIO rapport

Nog zaken vergeten?
Met vriendelijke groet,

[redacted]

do 04-06-2020 17:18

Hoi [redacted]

Net artikel gelezen. Is het vol te houden om met communiceren te wachten totdat rapport wordt aangeboden?

[redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

Met vr ende jke groet,

Alles weggelakt op basis van artikel 10 lid 2 sub e Wob

[redacted]

[redacted] [mailto:[redacted]@vrk.nl]
Verzonden: donderdag 4 juni 2020 17:08
Aan: [redacted]
Onderwerp: RE: KIO

Artikel zit in je inbox.

Heb gemeld dat ik medio juni zicht heb op planning waarin staat wanneer het rapport wordt aangeboden aan de Bestuurscommissie Publieke Gezondheid en Maatschappelijke Zorg van de VRK.

Groet,
[redacted]

Van: [redacted] <[redacted]@velsen.nl>
Verzonden: donderdag 4 juni 2020 17:04
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@odijmond.nl>; [redacted] <[redacted]@beverwijk.nl>; [redacted] I. <[redacted]@heemskerk.nl>
Onderwerp: KIO

Hoi [redacted],

Begreep van [redacted] dat er vandaag een artikel in de Volkskrant zou staan over KIO.
Heb jij dat artikel? Ik kan ‘m online niet vinden.

Als er artikel is dan is het denk ik wel belangrijk dat woordvoeringslijn en berichtgeving vanuit GGD zsm plaatsvindt toch, anders lopen we achter de feiten aan.
Misschien goed om even snel met elkaar te schakelen hoe we dit aanvliegen?

Met vr ende jke groet,

[redacted]

Verzonden: dinsdag 9 juni 2020 14:15

Aan: VRK **Onderwerp:** afspraken over uitbrengen KIO
Urgentie: Hoog

Hey allen,

Hierbij nog even in de mail de bevestiging van de afspraken die we vanmiddag gemaakt hebben:

- [redacted] past de memo en het persbericht aan nav de opmerkingen van Bert
- Op basis van bovenstaande en om de leesbaarheid vanuit communicatie-oogpunt te verhogen past [redacted] de samenvatting aan
- Rapport, memo, samenvatting en persbericht worden morgen verstuurd AO en naar de communicatiewerkgroep en naar de klankbordgroep (+ GGD Amsterdam en RIVM).
    - @ [redacted] doe jij dit?
    - We vragen nog steeds om geheimhouding
    - Documenten zijn bedoeld ter kennisgeving. Gemeenten kunnen hierop hun communicatie en onderlinge afstemming voorbereiden. Daar waar in het klein noodzakelijk kunnen we tekstueel iets aanpassen in memo en persbericht, niet inhoudelijk in het rapport! Deze boodschap moet mee in de aanbiedingsmail.
    - In het AO wordt dit kort besproken
    - Uiterlijke reactie termijn is vrijdag 12 juni om 1600h.
- Rapport onder embargo versturen naar Provincie NH ([redacted] en [redacted]) [dit heeft Bert vandaag toegezegd aan [redacted] maar misschien alleen persbericht en memo op donderdag en rapport op maandag? Andere optie is om ook het AO industrie & gezondheid donderdag mee te nemen van IJmond gemeenten/PNH/GGD]
- Informeren ministerie I&W op maandag met persbericht ([redacted] door [redacted]
- Maandag kunnen wij eventuele zaken aanpassen.
- Maandag om 1600h versturen we de memo, het persbericht en het rapport naar de wethouders. Wie doet dit? [redacted]
- Dinsdag om 1300h volgt publicatie. Heb ik dit goed?
    - Wij plaatsen een nieuwsbericht op de website van de GGD. Wie maakt hiervoor de tekst? = nieuwsbericht
    - Een aantal media zal zoals afgesproken actief worden geïnformeerd (1vandaag, Vokskrant en NH dagblad). Dit doet [redacted]. [denk ook aan [redacted] van [redacted] aan wie ik beloofd heb [redacted] te informeren over uitkomen]

Alles weggelakt op basis van artikel 10 lid 2 sub e Wob

Klopt dit zo?
En graag aandacht voor de vragen in rood. Indien dit oke is, zal ik dit ook even delen met Bert.

Grt [redacted]

Beste allen,

Dit is voor mij inderdaad de afspraak.

Groet,
[redacted]

Van [redacted] **Verzonden:** dinsdag 9 juni 2020 15:14
Aan VRK
Onderwerp: RE: afspraken over uitbrengen KIO

Hoi, Klopt met wat we besproken hebben.
Hieronder nog enkele aandachtspunten in paars in de stappen.
Groet, [redacted]

Hoi [redacted],

Zie mail hieronder. Zou jij me kunnen laten weten wanneer Q&A en persbericht klaar is en wat de planning hiervoor is?
Mijn collega’s zijn bezig met een memo en willen dit hier graag in verwerken.

Alvast bedankt!

Harte jke groet,

[redacted] *van*
di 09-06-2020 13:55
[redacted]

Alles weggelakt op basis van artikel 10 lid 2 sub e Wob

Ik informeer jullie (maar ook de gemeenten Heemskerk, Velsen en de provincie) vandaag of morgen over de route tot aan openbaar making van de rapportage over het aantal nieuwe gevallen en het vóórkomen van kanker in de regio. Het klopt dat de bestuurders al op de hoogte zijn van de uitkomsten van het onderzoek. Het rapport is volgens mij eerder al gedeeld.

Groet,
[redacted]

Van: [redacted] >
Verzonden: dinsdag 9 juni 2020 12:43
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] <[redacted]@beverwijk.nl>
Onderwerp: FW: kankerincidentie onderzoek

[redacted]

Ik stel de vraag aan jullie omdat zowel de GGD als Beverwijk genoemd zijn in de krantenartikelen:

Vraag die hier speelt, móeten het rapport nog bestuurlijk worden afgekaart of kan het ook ter info aan de colleges worden gezonden?

Het onderzoek, de resultaten en conclusie is toch al (lang) bekend bij de gemeenten?

Met vriendelijke groet,

[redacted]

From: [redacted]
Sent: Tuesday, June 9, 2020 12:15 PM
To: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted], mw. I. <[redacted]@heemskerk.nl>; [redacted] <[redacted]@beverwijk.nl>; [redacted] <[redacted]@odijmond.nl>
Subject: FW: kankerincidentie onderzoek

Hoi allen,

Zojuist had mijn college [redacted] overleg met de provincie en de IJmondgemeenten over het concept Programma Tata Steel 2020-2050. Daarbij kwam ook nog even de actualiteit rondom het KIO aan de orde. De provincie gaf aan dat ook zij ambtelijk en bestuurlijk bevraagd worden over het KIO.

[redacted] vroeg mij volgende door te geven:
Vanwege de samenwerking en de afspraak elkaar vroegtijdig over zaken te informeren is het van belang dat ook de provincie de komende weken nadrukkelijk wordt meegenomen in het traject. Zouden jullie [redacted] willen meenemen in eventuele mails over communicatie rond het KIO die ook belangrijk voor haar zijn om te weten?

. Communicatie: [redacted] [redacted]@noord-holland.nl

En daarmee ook zorgen dat gedeputeerde Olthof vroegtijdig wordt meegenomen, vóór publicatie?

Alvast bedankt!

Alles weggelakt op basis van artikel 10 lid 2 sub e Wob

Met vr ende jke groet,

[redacted]

Hoi [redacted]

Ik heb even contact opgenomen met [redacted]. Toen geprobeerd jou te bellen. Maar kreeg helaas geen contact. Vandaar even per email.

Contact met PNH en RIVM vanuit GGD
([redacted] *GGD heeft contact opgenoment met de personen bij de Provincie aan wie de mail was gezonden. Zij weten nu weer de mail vandaan kwam en weten het te duiden. Zij wachten op finale versie.*
RIVM, idem. De mail van [redacted] *was gezonden aan RIVM onderzoekers die ook al bekend waren met de inhoud van het onderzoek.*
[redacted] *verwacht niet dat* [redacted] *naar de pers stapt. Die risico inschatting moeten we misschien zelf ook maken. Ik vind dit een lastig punt. Maar ik denk ook niet dat hij dat zal doen.*

RIVM onderzoek
[redacted] *(ODIJ) weet er het fijne van, maar waar het o.a. ook om gaat is dat* [redacted] *om haast verzoekt voor het RIVM onderzoek.*
Dat wil het RIVM zelf ook maar er zit een kostencomponent en grootte (schaling) aan ten grondslag. De wethouders van de omringende gemeenten willen dit onderzoek ook graag. En willen ook dat de PNH hiertoe het RIVM opdracht geeft.

Afgelopen augustus/september is het RIVM gekomen met een voorstel (een verkennend onderzoek; wat levert het nou op). Het vervolg hiervan is nu dat het onderzoek in 3 fases wordt gedaan. Ik zou [redacted] hier om duiding moeten vragen. Als je daar behoefte aan hebt op zeer korte termijn, dan zou je m zelf moeten contacten. Anders wordt het een ‘doorvertel’ verhaal. Of, voorstel: we proberen maandag een half uur telefonisch in te plannen met [redacted] jij en ik…

Proces gereedkomen (concept rapport / Q&A en kernboodschap
Maandag is [redacted] als ik het goed zeg) weer terug. Dan wordt het 2e conceptrapport opgemaakt en aan ons rondgezonden
In de loop van volgende week vraagt GGD dan ook aan ons allen (comm adv en ambtenaren) om met vragen te komen over het onderzoek, waarvan wij denken dat de media/ bevolking die gaat stellen. GGD gaat ze dan bundelen en beantwoorden. + conclusie/kernboodschappen schrijven.
Optimistisch: eind volgende week zijn de Q&A’s en kernboodschap/conlclusie klaar.

6 februari is er weer een intern ambtelijk overleg. [redacted] (Velsen) en [redacted] (Bwijk?) zijn daar ook weer bij.
24 februari is de (openbare) Bestuursvergadering met wethouders. [redacted] zit daar niet bij begreep ik., maar Marie Helene (?) wel. En vanuit Bwijk Haydar Erol.

Ik hoop dat dit je enigszins geruststelt. Zo niet, bel me dan even. Dan kunnen we overleggen.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

---

wo 10-06-2020 17:01

Bericht | Persbericht KIO conceptversie 10 juni 2020.pdf (481 kB) | Concept Voorstel Memo kankerincidentie onderzoek 10 juni 2020.pdf (548 kB) | Samenvatting DEFINITIEF 10-6.pdf (198 kB)

Beste [redacted]

Voor jullie informatie: Hieronder de mail van [redacted] aan de leden van het ambtelijk overleg die betrokken zijn bij het KIO. Het spoorboekje om te komen te openbaarmaking lezen jullie hieronder. Als het goed is, is het na onze telefoongesprekken geen nieuws meer. In de hierop volgende tweede mail zit het rapport zelf. De klankbordgroep krijgt vandaag enkel het eindrapport, dus niet de smenvatting, het memo en het pers-/nieuwsbericht.
Voor jullie info, er komt nog een Q&A en een aantal grafiekjes. Daar wordt nu aan gewerkt.

Over dit spoorboekje heb ik inmiddels ook telefonisch contact gehad met [redacted] (woordvoerder gedeputeerde Olthof van prov. NH) en [redacted] comm.adv. RIV

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Zoals gezegd organiseren wij rond de geplande openbaar making volgende week geen bijzondere persactiviteiten. We handelen afhankelijk van de persvragen. Als het gaat om woorvoering/interviews dan zal [redacted] in charge zijn, daarbij ondersteund door [redacted]

Vergeet jullie overige collga's van de GGD regio niet te informeren.
Heb je na het lezen van deze mail nog vragen, bel, app of mail me dan.

Groet,
[redacted]

Beste allemaal,

Afgelopen periode is, zodra de noodzakelijke inzet rondom Corona het toeliet, met voorrang vorm en inhoud gegeven aan de afronding en publicatie van het kankerincidentie-onderzoek in de regio Kennemerland. Dat heeft mede geresulteerd dat we bij voorbaat aanspraak hebben gemaakt op jullie agenda op 18 juni, in de veronderstelling dat we zouden aankoersen op een presentatie in de bestuurscommissie. Door de recente ontwikkelingen is besloten de publicatie op zo kort mogelijke termijn te laten plaatsvinden.

Met het afronden van de laatste nuances in de rapportage, de begeleidende memo en de samenvatting is gebleken dat eerdere presentatie de voorkeur heeft. Dat is de reden dat jullie daarom nu het rapport (het rapport volgt in een volgende mail vanwege de omvang van het bestand), memo, samenvatting en persbericht ter kennisgeving krijgen, met een korte uitleg over het

verder proces. Met deze stukken kunnen de gemeenten hierop hun communicatie in onderlinge afstemming voorbereiden en de laatste puntjes op de i te zetten. Daar waar noodzakelijk kunnen laatste tekstuele suggesties nog meegenomen worden. Dat geldt voor het memo en het persbericht en niet voor de rapportage. De uiterlijke reactietermijn waarop de noodzakelijk geachte tekstuele suggesties meegegeven kunnen worden is vrijdag 12 juni om 16.00 uur. Communicatieafdelingen van de gemeente zijn betrokken in de processtappen.

Het mag duidelijk zijn dat de stukken onder embargo worden rondgestuurd. Maandag aan het eind van dag worden de definitieve stukken naar de leden van de bestuurscommissie gestuurd, waarna op dinsdag in de middag de publicatie volgt.

Hopelijk is hiermee de routing van de kankerincidentie rapportage helder. Dit betekent daarmee dat de afspraak van 18 juni uit de agenda gehaald kan worden.

Tot morgen.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
GGD Kennemerland

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

wo 10-06-2020 16:37

[redacted]

Zoals afgesproken, bijgevoegd de definitieve conceptversies ☺ van het memo en het persbericht/nieuwsbericht om te delen met het AO.

Vr. groet

[redacted]

Van: [redacted] [mailto[redacted]@velsen.nl]
Verzonden: woensdag 10 juni 2020 11:44
Aan: [redacted] <[redacted]@vrk.nl>; [redacted] I. <[redacted]@heemskerk.nl>; [redacted] <[redacted]@Beverwijk.NL>; [redacted] <[redacted]@odijmond.nl>; [redacted] <[redacted]@noord-holland.nl>
Onderwerp: Persvraag 1 Vandaag KIO

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Hoi allen,

Net [redacted] van EenVandaag aan de telefoon over KIO.
Ze wil [redacted] spreken over KIO (in eerste instantie voor achtergrondinformatie en eventueel later voor reportage).Ze wil in eerste instantie weten wanneer het bestuurlijk overleg plaatsvindt over KIO en wie daaraan deelnemen. En ze wil denk ik dus wat meer info opvissen.

Hebben jullie deze vraag ook gehad? Even afstemmen wat we antwoorden?

Met vriendelijke groet,

[redacted]

Publiek en Bestuur
Team Communicatie/Gemeente Velsen

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Van: [redacted] [mailto:[redacted]@vrk.nl]
Verzonden: woensdag 10 juni 2020 17:01
Aan: '[redacted]
Onderwerp: FW: Rapportage 'Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland'

Beste [redacted]

Voor jullie informatie: Hieronder de mail van [redacted] aan de leden van het ambtelijk overleg die betrokken zijn bij het KIO. Het spoorboekje om te komen te openbaarmaking lezen jullie hieronder. Als het goed is, is het na onze telefoongesprekken geen nieuws meer. In de hierop volgende tweede mail zit het rapport zelf. De klankbordgroep krijgt vandaag enkel het eindrapport, dus niet de smenvatting, het memo en het pers-/nieuwsbericht.
Voor jullie info, er komt nog een Q&A en een aantal grafiekjes. Daar wordt nu aan gewerkt.

Over dit spoorboekje heb ik inmiddels ook telefonisch contact gehad met [redacted] (woordvoerder gedeputeerde Olthof van prov. NH) en [redacted] RIVM.
Zoals gezegd organiseren wij rond de geplande openbaar making volgende week geen bijzondere persactiviteiten. We handelen afhankelijk van de persvragen. Als het gaat om woorvoering/interviews dan zal [redacted] in charge zijn, daarbij ondersteund door [redacted]

Vergeet jullie overige collga’s van de GGD regio niet te informeren.
Heb je na het lezen van deze mail nog vragen, bel, app of mail me dan.

Artikel 10 lid 2 sub e Wob

Groet,
[redacted]

Beste allemaal,

Afgelopen periode is, zodra de noodzakelijke inzet rondom Corona het toeliet, met voorrang vorm en inhoud gegeven aan de afronding en publicatie van het kankerincidentie-onderzoek in de regio Kennemerland. Dat heeft mede geresulteerd dat we bij voorbaat aanspraak hebben gemaakt op jullie agenda op 18 juni, in de veronderstelling dat we zouden aankoersen op een presentatie in de bestuurscommissie. Door de recente ontwikkelingen is besloten de publicatie op zo kort mogelijke termijn te laten plaatsvinden.

Met het afronden van de laatste nuances in de rapportage, de begeleidende memo en de samenvatting is gebleken dat eerdere presentatie de voorkeur heeft. Dat is de reden dat jullie daarom nu het rapport (het rapport volgt in een volgende mail vanwege de omvang van het bestand), memo, samenvatting en persbericht ter kennisgeving krijgen, met een korte uitleg over het verder proces. Met deze stukken kunnen de gemeenten hierop hun communicatie in onderlinge afstemming voorbereiden en de laatste puntjes op de i te zetten. Daar waar noodzakelijk kunnen laatste tekstuele suggesties nog meegenomen worden. Dat geldt voor het memo en het persbericht en niet voor de rapportage. De uiterlijke reactietermijn waarop de noodzakelijk geachte tekstuele suggesties meegegeven kunnen worden is vrijdag 12 juni om 16.00 uur. Communicatieafdelingen van de gemeente zijn betrokken in de processtappen.

Het mag duidelijk zijn dat de stukken onder embargo worden rondgestuurd. Maandag aan het eind van dag worden de definitieve stukken naar de leden van de bestuurscommissie gestuurd, waarna op dinsdag in de middag de publicatie volgt.

Hopelijk is hiermee de routing van de kankerincidentie rapportage helder. Dit betekent daarmee dat de afspraak van 18 juni uit de agenda gehaald kan worden.

Tot morgen.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

GGD Kennemerland

wo 10-06-2020 17:28

Dank je wel [redacted]! [redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

[redacted]

vr 12-06-2020 11:59
Hoi [redacted],

Bijgaand enkele suggesties voor persbericht. Zoals ik al zei; kan me voorstellen dat je er niets mee doen, maar wellicht helpt het je in denkproces/input voor Q&A.
Wanneer kunnen we een eerste versie van de Q&A verwachten?

Voor jou ook goed om te weten (kreeg ik door van collega):
[redacted]

Artikel 11 lid 1 Wob

Ik mail je straks nog wat dingen die opvielen, vragen etc. Ook als input voor jou om wellicht nog mee te nemen in Q&A?

[redacted]

Documenten

Bijlage 2: BIJLAGE 2 Longkanker in Beverwijk nu ook bij mannen - 2020.01.20 - herzien

Longkanker in Beverwijk nu ook bij mannen – was de luchtverontreiniging nu hoger?

Concept versie 20 januari 2020 – herzien, incl. uitkomsten RIVM-onderzoek

In tegenstelling tot het eerste onderzoek was het optreden van longkanker nu ook bij mannen in Beverwijk hoger dan gemiddeld in Nederland, dus niet alleen bij vrouwen. De vraag is nu of dit een aanwijzing is dat er in de tweede periode sprake was van een relatief sterkere invloed van de luchtverontreiniging op het ontstaan van longkanker dan bij de eerste periode.

Allereerst moet worden opgemerkt dat een *relatief* sterkere invloed van luchtverontreiniging ook kan betekenen dat de luchtverontreiniging elders in Nederland in de tweede periode van blootstelling lager was dan in de eerste periode. Een eventueel relatief sterkere invloed betekent dus niet automatisch dat er hogere luchtverontreiniging was in de IJmond.

Op zichzelf zijn er twee argumenten die tegen een hogere bijdrage van de luchtverontreiniging in de tweede registratieperiode pleiten.

- De kankerincidentiegegevens uit de eerste registratieperiode zijn destijds ook door het RIVM onderzocht, op een meer gedetailleerde en meer relevante manier. Zij vonden in de tien postcodegebieden met de hoogste luchtverontreiniging in de regio ook bij mannen een hoger optreden van longkanker, iets hoger nog dan bij vrouwen. Het betrof vier postcodegebieden in Beverwijk en zes in de gemeente Velsen. Met andere woorden, in het voor de luchtverontreiniging meest relevante geografische gebied was wel sprake van een hoger optreden van longkanker bij mannen.
- Het optreden van longkanker bij vrouwen, uitgedrukt als CIF, was in de tweede periode niet in evenredige mate hoger dan in de eerste periode. Met andere woorden, bij vrouwen is in de tweede periode geen CIF gevonden die beduidend hoger was dan de 131 uit de eerste periode, wat je bij een hogere luchtverontreiniging wel zou hebben verwacht.

Er is echter ook een argument dat een uitspraak voor of tegen een mogelijk hogere luchtverontreiniging in de tweede periode minder zeker maakt. Dat betreft de onzekerheid over het rookgedrag in het verleden.
We kennen de sterke invloed van het rookgedrag op het ontstaan van longkanker. Er is onvoldoende informatie over het rookgedrag van Beverwijkse mannen en vrouwen in de periode vóór 2008. Zoals eerder gezegd is echter de kans aanwezig dat in Beverwijk vroeger gemiddeld meer gerookt werd dan gemiddeld in Nederland, wat een deel van de verklaring zou kunnen zijn voor het vaker voorkomen van longkanker in Beverwijk.
Hierbij is van belang dat het rookgedrag in Nederland sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw een aantal belangrijke veranderingen heeft laten zien. Bij mannen is het percentage rokers eerst snel en daarna langzamer afgenomen. Vrouwen zijn juist aanvankelijk meer gaan roken, waarna eveneens een langzame daling volgde (ref.).
Het is aannemelijk dat deze veranderingen niet overal in Nederland even snel zijn gegaan. Dit zou eventueel een verklaring kunnen zijn voor het verschil tussen mannen en vrouwen in Beverwijk wat betreft de CIF in de achtereenvolgende registratieperioden. Met andere woorden, eventuele lokale

afwijkingen in (delen van) Beverwijk van de algemene landelijke trends in rookgedrag zouden ook een verklaring kunnen zijn voor de uitkomsten in Beverwijk.

De vraag was hoe het voor het eerst verhoogd optreden van longkanker bij mannen in Beverwijk verklaard zou kunnen worden. De conclusie is dat we dat niet precies weten. Er is echter geen duidelijke aanleiding te veronderstellen dat er bij de tweede registratieperiode sprake is geweest van een hoger niveau van luchtverontreiniging in de IJmond dan daarvoor.

(Blootstelling aan luchtverontreiniging bij werknemers in bepaalde industrieën zoals hoogovens kan in het verleden ook hebben bijgedragen aan het optreden van longkanker. Deze blootstelling op de werkvloer zal dan, zeker in het verleden, vooral betrekking hebben gehad op mannelijke werknemers.
Als deze blootstelling op de werkvloer mede van invloed is geweest op de in de tweede periode voor het eerst verhoogde CIF bij mannen in Beverwijk, zou dat verklaard moeten worden doordat in de tweede blootstellingsperiode relatief meer mannen werkzaam waren in de industrie dan in de eerste periode, wat niet heel aannemelijk is, de trend is immers eerder andersom.)

Kankerincidentie-onderzoek GGD Kennemerland 2004-2018

Presentatie voor bewoners en ambtenaren,
23 januari 2020

GGD Kennemerland

Kankerincidentie-onderzoek 2004-2018: belangrijkste uitkomsten

- ± 25% meer longkanker bij mannen en bij vrouwen in Beverwijk dan gemiddeld in Nederland

- relatie met luchtverontreiniging Tata-Steel-terrrein ?

GGD Kennemerland

Voorgeschiedenis en context

- 2007: eerste kankerincidentie-onderzoek GGD Kennemerland 1989-2003
- 2009: tv-uitzending Zembla
- 2018: grafietregens Wijk-aan-Zee
- (zomer 2019: leukemiecluster Velsen-Noord)
- december 2019: uitstoot sinterfabriek Tata Steel

GGD Kennemerland

Luchtverontreiniging van Tata-Steel-terrein

- luchtverontreiniging door met name fijn stof
- ook zware metalen; depositie roet en stof
- ± 10% hoger dan achtergrondconcentraties in Nederland

- chronische luchtwegaandoeningen, hart- en vaatziekten, longkanker

GGD Kennemerland

Lokaal onderzoek gezondheidseffecten

- 1996: effecten bij een groep COPD-patiënten, Landbouwuniversiteit

- *Kankerincidentie-onderzoek 1989-2003*, GGD Kennemerland
  2007: longkanker vrouwen Beverwijk

Na 'Zembla':

- RIVM 2009: kankerincidentie verhoogd in postcodegebieden rondom Tata-Steel-terrein
- Nivel 2009: huisartsregistratiegegevens – geen verbanden
- Gezondheidsmonitor IJmond 2012 en 2016 (en 2020): onderzoek naar vóórkomen van hart- en vaatziekten en COPD; hinder

GGD Kennemerland

Uitkomsten kankerincidentie-onderzoek 1989 – 2003 (I)

GGD Kennemerland:

- bij vrouwen in Beverwijk ± 30% meer longkanker dan gemiddeld in Nederland
- opleiding? sociaal-economische status?
- (mannen: werknemers hoogovens?)
- luchtverontreiniging 20-30 jaar daarvóór, van de hoogovens?

Overig:

- mesothelioom (borstvlieskanker): Ijmond en Haarlem
- melanoom – kustgemeenten Nederland
- diversen – 'toeval'

GGD Kennemerland

Uitkomsten kankerincidentie-onderzoek 1989 – 2003 (II)

RIVM 2009

- meer longkanker in postcodegebieden in Beverwijk en Velsen rondom het hoogoventerrein
- onvoldoende gegevens over het verleden - luchtverontreiniging en rookgedrag / sociaal-economische status
- geen stellige uitspraken mogelijk

GGD Kennemerland

Herhaling kankerincidentie-onderzoek

- ‘onderdeel’ Gezondheidsmonitor IJmond:
- herhaling vorige onderzoek – elke 15 jaar?

Context o.a.:

- grafietregens: ongerustheid ook over zware metalen en deposities, enzovoort; extra kanker ?
- Sinterfabriek

GGD Kennemerland

Kankerincidentie-onderzoek 2004-2018: onderzoeksopzet (I)

Overwegingen bij de onderzoeksopzet:

- opzet zo identiek mogelijk aan vorige keer – zo goed mogelijke vergelijking
- dus de gehele regio Kennemerland, nu incl. Haarlemmermeer
- 'rest van de regio':
  ter vergelijking (controlepopulatie)
  ook andere kankers verhoogd hier en daar?

GGD Kennemerland

Kankerincidentie-onderzoek 2004-2018: onderzoeksopzet (II)

Onderzoeks-methoden

- gegevens en berekeningen van de Nederlandse Kankerregistratie c.q. Integraal Kanker Centrum Nederland
- CIF is uitkomstmaat: indicatie van mate van verhoging, rekening houdend met eventuele verschillen in leeftijdsopbouw en geslacht (bijv. CIF = 121: ± 20% verhoging)
- onzekerheidsmarges bij kleine verschillen en/of kleine aantallen: statistische significantie c.q. 95%-betrouwbaarheidsintervallen

GGD Kennemerland

Kankerincidentie-onderzoek 2004-2018: resultaten (I)

Longkanker:

- ± 25% meer longkanker bij mannen en bij vrouwen in Beverwijk dan gemiddeld in Nederland (CIF in beide gevallen 127)
- nu ook IJmond als geheel statistisch significant hoger
- ook meer longkanker in Haarlem (mannen en vrouwen)
- minder longkanker in Bloemendaal (idem)

Melanoom (huidkanker):

- Meer melanoom in Bloemendaal, Haarlem, Haarlemmermeer, Heemskerk en Heemstede

GGD Kennemerland

Kankerincidentie-onderzoek 2004-2018: resultaten (II)

Hematologische maligniteiten ('bloedkankers', o.a. leukemie):

- mannen: verhoging in Haarlem, Haarlemmermeer, Velsen en Zandvoort
- vrouwen: verhoging in Beverwijk en Haarlemmermeer

Overig:

- meer darmkanker bij vrouwen in Haarlem
- meer prostaatkanker bij mannen in Haarlemmermeer

GGD Kennemerland

Kankerincidentie-onderzoek 2004-2018: resultaten (III)

Mesothelioom (borstvlieskanker):

- Meer in Beverwijk, Haarlem en Heemskerk

Conclusie regio Kennemerland:

- meer longkanker in Beverwijk en in Haarlem, minder in Bloemendaal

En in sommige gemeenten ook:

- meer melanoom (gevaarlijke huidkanker)
- meer bloedkankers (hematologische maligniteiten)
- en een paar andere kankers

GGD Kennemerland

Longkanker Beverwijk

- CIF mannen en vrouwen beide 127, dus ruim 25% meer longkanker dan landelijk, rekening houdend met leeftijdsopbouw en geslacht
- In totaal waren er in Beverwijk elk jaar gemiddeld 35 mensen met nieuw opgetreden longkanker. Hiervan zijn er 7 extra t.o.v. het gemiddelde in Nederland.
- Dat de extra luchtverontreiniging in de IJmond een rol heeft gespeeld bij deze extra longkanker is aannemelijk. Het is onbekend in welke mate dit precies het geval was. Rookgedrag kan bijvoorbeeld ook hebben bijgedragen aan de verhoging.
- In deze tweede registratieperiode was er dit keer ook extra longkanker bij mannen in Beverwijk. Kan dit betekenen dat de luchtverontreiniging in deze tweede periode hoger was?
- We kunnen deze vraag niet met zekerheid beantwoorden. Er zijn geen duidelijke aanwijzingen dat dit het geval was.

GGD Kennemerland

Longkanker in de IJmond en in Beverwijk

Longkanker in de IJmond en in Beverwijk wordt hier apart besproken vanwege de mogelijke associatie met de luchtverontreiniging afkomstig van de nabijgelegen hoogovens / staalindustrie en andere industrie en vanwege de eerdere onderzoeken van RIVM en anderen.

In de IJmond is er zowel bij mannen als bij vrouwen sprake van een met ongeveer 10% (licht) verhoogde, statistisch significante incidentie van longkanker ten opzichte van het landelijke incidentiecijfer. Zoals kan worden gezien aan de hoogte van de verschillende CIF's is dit grotendeels toe te schrijven aan longkanker van inwoners van de gemeente Beverwijk.

Gecorrigeerd voor eventuele verschillen in geslacht en leeftijdsopbouw komt longkanker in Beverwijk zowel bij mannen als bij vrouwen ruim een kwart vaker voor dan gemiddeld in Nederland (mannen, CIF = 127, 95%-betrouwbaarheidsinterval 113-142; vrouwen, CIF = 127, 95%-betrouwbaarheidsinterval 110-144).

In de eerdere periode 1989-2003 was alleen longkanker bij vrouwen in Beverwijk statistisch significant verhoogd (CIF=131); bij mannen was de CIF destijds 112, een tendens naar een verhoging die net niet statistisch significant was. Voor de IJmond als geheel was de CIF voor longkanker in die periode zowel bij mannen als de vrouwen normaal.

Blootstelling aan schadelijke stoffen kan leiden tot het ontstaan van longkanker. Wereldwijd kan ongeveer 85-90% van alle gevallen longkanker worden toegeschreven aan roken ([1]). Andere mogelijke oorzaken zijn luchtverontreiniging in de woonomgeving, en luchtverontreiniging en andere invloeden zoals beroepsmatige blootstelling aan bijvoorbeeld asbest bij werknemers in bepaalde industrieën en bedrijfstakken.

Met opmerkingen [AO1]: Toegevoegd zodat hier niet alleen roken expliciet genoemd is.

Bij kanker ligt er doorgaans een lange tijd tussen de invloed van de schadelijke stoffen en het manifest worden van de ziekte. Van roken is bekend dat dit een periode is van gemiddeld 20 tot 30 jaar ([2]).

Omdat het roken zo'n belangrijke oorzakelijke factor is bij het ontstaan van longkanker, is de kans aanwezig dat het verhoogde voorkomen van longkanker in Beverwijk voor een deel kan worden verklaard door het rookgedrag in het verleden in deze gemeente. Dit zou dan impliceren dat de mannelijke en/of vrouwelijke bevolking van Beverwijk meer heeft gerookt dan gemiddeld in Nederland. Dit kan het geval zijn geweest als de bevolking in Beverwijk destijds een ander karakter had dan gemiddeld. Dit laatste moet dan niet of minder het geval zijn geweest bij de bevolking in de omliggende gemeenten in de IJmond, want daar komt geen extra longkanker voor.

Het is daarnaast niet uit te sluiten dat de luchtverontreiniging in het verleden afkomstig van de staalindustrie ook een rol heeft gespeeld. Van luchtverontreiniging door fijn stof is bekend dat elk extra verhoging van de concentratie gepaard kan gaan met het extra optreden van longkanker ([3]).

In de periode dat voor het eerst gegevens bekend waren, was de concentratie van fijnstof in de IJmond gemiddeld naar schatting xx% hoger dan de achtergrondconcentratie in Nederland. In de jaren daarna zijn zowel de concentratie fijnstof in de IJmond als de achtergrondconcentratie in Nederland in ongeveer dezelfde mate gedaald. Dit betekent dat de luchtverontreiniging door fijn stof in de IJmond nog steeds hoger is dan die elders in Nederland.

Met opmerkingen [IZ2]: Beter specifiek jaren, zullen we uitzoeken net als xx%

De luchtverontreiniging en de fijnstofconstellaties zijn het in de woongebieden vlak rondom het Tata-Steel-terrein.

heeft verwijderd: hoogst

---

[1] Williams 2001
[2] Peto 1986
[3] RIVM 2019

Ook van sommige componenten van fijnstof is bekend dat het risico voor het optreden van longkanker is verhoogd, zoals benzoapyreen (BaP) ([4]). Werknemers van hoogovens kunnen in het verleden aan hogere concentraties luchtverontreiniging zijn blootgesteld dan omwonenden.
De in dit rapport gerapporteerde gegevens over longkanker hebben betrekking op de periode 2004-2018. De voor het ontstaan van longkanker relevante periode van blootstelling aan luchtverontreiniging in de woonomgeving of beroepsmatige blootstelling ligt daarmee waarschijnlijk vanaf ongeveer halverwege de jaren zeventig tot op zijn laatst eind jaren negentig.
Vanaf 1983 zijn met enkele onderbrekingen schattingen beschikbaar van jaargemiddelde concentraties van sommige componenten van luchtverontreiniging in de woonkernen rondom het Corusterrein. Dit betreft ook benzoapyreen (BaP). In de jaren tachtig werd de gezondheidkundige norm voor deze stof regelmatig overschreden bij sommige meetstations, maar dat was slechts in geringe mate. Vanaf eind jaren negentig zijn meetgegevens van fijn stof rondom het industrieterrein bekend ([5]). Tot op heden worden de advieswaarden voor fijn stof van de Wereldgezondheidsorganisatie overschreden op een aantal (?RK) luchtmeetstations in de IJmond.

Eerder lokaal onderzoek

In 2004 heeft GGD Kennemerland een rapport uitgebracht met de wetenschappelijke stand van zaken van dat moment over de mogelijke relatie tussen luchtverontreiniging in de IJmond en ziekte en sterfte bij de bevolking ([6]). Deze mogelijke extra ziekte en sterfte door luchtverontreiniging door fijnstof betreft overigens niet alleen longkanker, maar ook hart- en vaatziekten en chronische luchtwegaandoeningen.
Begin 2008 werd vervolgens door de GGD het rapport over de kankerincidentie in Kennemerland gepubliceerd met daarin de gegevens over verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk bij vrouwen ([8]). Snel daarna kwam de uitzending van het televisieprogramma Zembla over de gezondheidssituatie in de IJmond. In combinatie was dit aanleiding voor het toenmalige Ministerie van Infrastructuur en Milieu om opdracht te geven aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) om het onderzoek naar de incidentie van longkanker in de IJmond te herhalen.
De onderzoekers van het RIVM konden gebruik maken van onderzoeksmethoden waarbij ook gecorrigeerd kon worden voor het verband met de toenmalige sociaal-economische status van de bevolking, en daarmee indirect waarschijnlijk ook voor het rookgedrag van de bevolking in het verleden. Ook hebben zij gebruik gemaakt van historische gegevens van de luchtverontreiniging door de staalindustrie ([9]).
Niet alleen bij vrouwen in Beverwijk maar ook bij mannen en in andere postcodegebieden in Velsen vlak rondom de staalindustrie bleek bij elkaar 33% vaker longkanker te zijn voorgekomen dan in de onderzochte gebieden met weinig luchtverontreiniging. Wanneer rekening werd gehouden met verschillen in sociaal-economische status tussen de postcodegebieden, als een indicatie van het rookgedrag in het verleden, was er sprake van een 21% hogere incidentie van longkanker in de betreffende postcodegebieden. De uitkomst van 33% kon dus waarschijnlijk voor een deel worden toegeschreven aan het rookgedrag van de bevolking. Door onzekerheid over het precieze rookgedrag in het verleden en door andere factoren konden echter geen stellige conclusies worden getrokken ([10]).

Met opmerkingen [AO4]: Deze zin was al in een eerder stadium toegevoegd op verzoek van een van de externe adviseurs.

heeft verwijderd: In het rapport werd geconcludeerd dat de extra luchtverontreiniging door fijn stof in de IJmond relatief gering was ten opzichte van concentraties elders. Ook de mogelijke bijkomende effecten op de gezondheid zijn daarmee relatief gering ([7]).

heeft verwijderd: ¶

Met opmerkingen [AO6]: Op verzoek van de deelnemers aan het overleg zijn hier de getallen uit dat onderzoek vermeld met de bijbehorende toelichting.

Met opmerkingen [AO7]: Gespecificeerd en dus minder vatbaar voor verkeerde interpreatie.

---

[4] IARC 2018
[5] GGD Kennemerland 2004
[6] GGD Kennemerland 2004
[8] GGD 2007
[9] Van Wiechen 2009
[10] Van Wiechen 2009

Zowel in het eerste als in het voorliggende rapport over de kankerincidentie werd een verhoogd voorkomen van mesothelioom gevonden bij mannen en vrouwen in Beverwijk en Heemskerk. Mesothelioom (borst- en buikvlieskanker) is een zeldzame vorm van kanker die bijna volledig kan worden toegeschreven aan blootstelling aan asbest in het verleden. In de meeste gevallen betrof het blootstelling aan asbest op de werkvloer, maar ook blootstelling in de hobbysfeer of mee naar huis gebrachte asbestvezels in de kleding van werknemers kunnen een rol hebben gespeeld.
Mesothelioom wordt hier genoemd omdat asbest ook longkanker kan veroorzaken. Dat mesothelioom verhoogd was in Beverwijk en Heemskerk, kan er dus op wijzen dat een deel van de longkanker in deze gemeenten ook aan blootstelling in het verleden aan asbest zou kunnen worden toegeschreven.

Met opmerkingen [AO8]: Toegevoegd omdat blootstelling aan asbest in het verleden ook kan hebben bijgedragen aan de verhoging van longkanker in Beverwijk.

In dit voorliggende rapport zijn nu gegevens over de incidentie van longkanker gepresenteerd over de meest recente registratieperiode van 2004-2018. Daarbij is opnieuw de vraag aan de orde in hoeverre de verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk kan worden toegeschreven aan de toenmalige luchtverontreiniging ter plaatse, aan het rookgedrag van de bevolking in Beverwijk of aan andere factoren.
De luchtverontreiniging was in de relevante blootstellingsperiode van ongeveer halverwege de jaren zeventig tot eind jaren negentig (zie boven) in de IJmond en in Beverwijk steeds hoger dan gemiddeld in Nederland.
In hoeverre het rookgedrag in deze periode eveneens een rol kan hebben gespeeld kan niet goed worden achterhaald. Over de betreffende blootstellingsperiode zijn geen precieze gegevens bekend. Wel zijn onderzoeksgegevens bekend uit gezondheidsenquêtes in 2008, 2012 en 2016 van GGD Kennemerland bij volwassenen in Beverwijk. Bij één van deze gezondheidsmonitors (2012) kwam naar voren dat door de volwassen bevolking in Beverwijk relatief veel gerookt werd ([11]).
Al met al is het net als bij de vorige registratieperiode onzeker in welke mate de gevonden verhoogde incidentie kan worden toegeschreven aan de lokale luchtverontreiniging of aan andere factoren.

heeft verwijderd: Van d

heeft verwijderd: is bekend of aannemelijk dat deze

heeft verwijderd: nog

heeft verwijderd: was

Met opmerkingen [AO9]: Toegevoegd om niet alleen roken te noemen

Met opmerkingen [AO10]: @ Rinske en Ingrid: Voor zover ik weet zijn van de jaren zeventig geen gegevens bekend, dus van die jaren weet je het niet met zekerheid.

Met opmerkingen [AO11]: Toegevoegd.

Longkanker in Beverwijk nu ook bij mannen – was de luchtverontreiniging deze keer relatief hoger?
In tegenstelling tot het eerste onderzoek was het optreden van longkanker nu ook bij mannen in Beverwijk hoger dan gemiddeld in Nederland, dus niet alleen bij vrouwen. De vraag is nu of dit een aanwijzing is dat er in de tweede periode sprake was van een relatief hoge luchtverontreiniging in de IJmond in vergelijking met de eerste blootstellingsperiode.
Allereerst moet worden opgemerkt dat een *relatief* hogere luchtverontreiniging ook kan betekenen dat de luchtverontreiniging elders in Nederland in de tweede periode van blootstelling lager was dan in de eerste periode. Een eventueel relatief hoge luchtverontreiniging betekent dus niet automatisch dat de luchtverontreiniging in de IJmond in de tweede periode hoger was dan in de eerste periode. Het gaat om de vraag of het *contrast* tussen de IJmond en de achtergrondconcentratie in de tweede periode hoger was dan in de eerste periode.
Op zichzelf zijn er twee argumenten die tegen een relatief hoge luchtverontreiniging in de IJmond in de tweede registratieperiode pleiten.

- De kankerincidentiegegevens uit de eerste registratieperiode zijn destijds ook door het RIVM onderzocht, op een meer gedetailleerde en meer relevante manier. Zij vonden in de tien postcodegebieden met de hoogste luchtverontreiniging in de regio ook bij mannen een hoger optreden van longkanker, iets hoger nog dan bij vrouwen. Het betrof vier postcodegebieden in Beverwijk en zes in de gemeente Velsen. Met andere woorden, in het voor de luchtverontreiniging

Met opmerkingen [AO12]: @ Ingrid: de tekst was 'een relatief sterkere invloed van de luchtverontreiniging op het ontstaan van longkanker' en dit lijkt mij bij nader inzien een rare formulering. Wat ik bedoel is de vraag of de luchtverontreiniging in deze tweede periode relatief hoger was dan in de eerste periode.

[11] GGD Kennemerland 2019

meest relevante geografische gebied was wel sprake van een hoger optreden van longkanker bij mannen.

- Het optreden van longkanker bij vrouwen, uitgedrukt als CIF, was in de tweede periode niet in evenredige mate hoger dan in de eerste periode. Met andere woorden, bij vrouwen is in de tweede periode geen CIF gevonden die beduidend hoger was dan de 131 uit de eerste periode, wat je bij een hogere luchtverontreiniging wel zou hebben verwacht.

Er is echter ook een argument dat een uitspraak voor of tegen een relatief hoge luchtverontreiniging in de tweede periode minder zeker maakt. Dat betreft de onzekerheid over het rookgedrag in het verleden.
We kennen de sterke invloed van het rookgedrag op het ontstaan van longkanker. Er is onvoldoende informatie over het rookgedrag van Beverwijkse mannen en vrouwen in de periode vóór 2008. Zoals eerder gezegd is echter de kans aanwezig dat in Beverwijk vroeger gemiddeld meer gerookt werd dan gemiddeld in Nederland, wat een deel van de verklaring zou kunnen zijn voor het vaker voorkomen van longkanker in Beverwijk.
Hierbij is van belang dat het rookgedrag in Nederland sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw een aantal belangrijke veranderingen heeft laten zien. Bij mannen is het percentage rokers eerst snel en daarna langzamer afgenomen. Vrouwen zijn juist aanvankelijk meer gaan roken, waarna eveneens een langzame daling volgde (ref.).
Het is aannemelijk dat deze veranderingen niet overal in Nederland even snel zijn gegaan. Dit zou eventueel een verklaring kunnen zijn voor het verschil tussen mannen en vrouwen in Beverwijk wat betreft de CIF in de achtereenvolgende registratieperioden. Met andere woorden, eventuele lokale afwijkingen in (delen van) Beverwijk van de algemene landelijke trends in rookgedrag zouden ook een verklaring kunnen zijn voor de uitkomsten in Beverwijk.

De vraag was hoe het voor het eerst verhoogd optreden van longkanker bij mannen in Beverwijk verklaard zou kunnen worden. De conclusie is dat we dat niet precies weten. Er is echter geen duidelijke aanleiding te veronderstellen dat er bij de tweede registratieperiode sprake is geweest van een hoger niveau van luchtverontreiniging in de IJmond dan daarvoor.

(Blootstelling aan luchtverontreiniging bij werknemers in bepaalde industrieën zoals hoogovens kan in het verleden ook hebben bijgedragen aan het optreden van longkanker. Deze blootstelling op de werkvloer zal dan, zeker in het verleden, vooral betrekking hebben gehad op mannelijke werknemers. Als deze blootstelling op de werkvloer mede van invloed is geweest op de in de tweede periode voor het eerst verhoogde CIF bij mannen in Beverwijk, zou dat verklaard moeten worden doordat in de tweede blootstellingsperiode relatief meer mannen werkzaam waren in de industrie dan in de eerste periode, wat niet heel aannemelijk is, de trend is immers eerder andersom.)

GGD Kennemerland

Concept Memo

Aan: Leden van de bestuurscommissie PG & MZ
Van: Bert van de Velden, DPG
Datum: 24 februari 2020
Betreft: Publicatie Rapportage ' Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2004-2018'
Bijlage: Rapportage ' Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2004-2018'

Met opmerkingen [AvG1]: Doen we nu alleen de KIO exclusief de huidige luchtkwaliteit?

ONDER EMBARGO

Met dit memo wordt u geïnformeerd over de inhoud en het proces rond publicatie van Rapportage ' Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2004-2018'

Verondersteld mag worden dat het rapport zal leiden tot aandacht in de media en bij bewoners en dat het bij raadsleden bijzondere belangstelling zal kunnen wekken. Bestuurders kunnen hierop bevraagd worden, u wordt hierbij alvast geïnformeerd over de belangrijkste resultaten.

Planning publicatie

De publicatie wordt met de communicatieafdelingen van de gemeenten in de IJmond afgestemd. Het rapport wordt online gepubliceerd en zal vanaf 27 februari te downloaden zijn op de website van de GGD. Aansluitend zal een persbericht uitgaan en zal een Q&A op de website van de GGD te vinden zijn. *Het rapport en het persbericht zal u worden nagezonden op 17 februari zodat u zich hierop kunt voorbereiden.*

Met opmerkingen [AvG2]: Zijn er nog afspraken gemaakt met de andere Kennemerlandse gemeenten?

Samenvatting

Het rapport geeft inzicht in het aantal nieuwe gevallen en het vóórkomen van kanker in de 9 gemeenten van GGD regio Kennemerland in de periode 2004-2018. Dit onderzoek is onderdeel van de gezondheidsmonitor IJmond zoals die periodiek door de GGD wordt uitgevoerd. Het sluit aan op de vragen over gezondheid die in de huidige periode van ongerustheid over milieufactoren in de IJmond leven.

De resultaten voor de GGD-regio Kennemerland laten een divers beeld zien. Het optreden (de incidentie) van enkele vormen kanker is verhoogd in sommige gemeenten, de incidentie van andere vormen is verlaagd. Zie ook de tabel in de bijlage. Dit beeld komt grotendeels overeen met de uitkomsten van het eerste onderzoek naar kankerincidentie uit 2007.
De resultaten voor de IJmond in deze periode 2004-2018 zijn grotendeels vergelijkbaar met het vorige GGD onderzoek, namelijk in Beverwijk bij vrouwen een verhoogde incidentie van longkanker met ongeveer 25% ten opzichte van het landelijke gemiddelde. Deze keer is ook bij mannen eveneens sprake van een duidelijke verhoging met ongeveer 25%. De verhoging bij vrouwen en bij mannen in Beverwijk droeg in belangrijke mate bij aan de eveneens verhoogde aantal nieuwe gevallen van kanker in de IJmond als geheel. In de overige drie gemeenten in de IJmond, Heemskerk,

Uitgeest en Velsen, was geen sprake van een duidelijke verhoging van de incidentie van longkanker ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde.

Andere soorten kanker die meer voorkomen in de GGD-regio hebben betrekking op melanoom, een vorm van huidkanker, in diverse gemeenten. Mogelijk hangt dit samen met frequente blootstelling aan de zon bij deze patiënten in het verleden. In Nederland is de laatste jaren sprake van een toename van huidkanker.

Daarnaast is er een verhoogd voorkomen bij de hematologische maligniteiten ('bloed- en lymfeklierkanker') geconstateerd in vijf van de 10 gemeenten. Volgens mededeling van de leverancier van de gegevens (IKNL) spelen verschillen in diagnostiek en registratie met het gemiddelde in Nederland hierin een rol. Hierover is IKNL om nadere bevestiging gevraagd.

Met opmerkingen [AO3]: We kunnen IKNL hier vóór donderdag a.s. om vragen. Dan hoeven we niet te zeggen dat het nog gaat worden gevraagd en kunnen we zeggen dat daar al om gevraagd is.

Conclusie

Samenvattend is het voorkomen van kanker verhoogd in de GGD regio Kennemerland;

- 25% meer longkanker bij mannen en bij vrouwen in Beverwijk.
- Meer melanoom (kwaadaardige huidkanker) in 5 van de 10 gemeenten, tot bijna ongeveer 60% meer bij vrouwen in Heemstede.

Met opmerkingen [AO4]: Ik schat de kans op media-aandacht voor melanoom in als redelijk groot. Daarom moet dit punt ook duidelijk onder de aandacht komen van de bestuurders vind ik.

Aanbevelingen voor nader onderzoek

- Voor zover dit mogelijk is, laten onderzoeken of er oorzaken te vinden zijn van het relatief vaak voorkomen van hematologische maligniteiten in de GGD-regio Kennemerland, zoals variaties in registratie en diagnostiek die zich bij deze vormen van kanker kunnen voordoen.
- Gezien het vaker voorkomen van melanoom nagaan of (advisering over) preventiemaatregelen zinvol en mogelijk is, zoals publiekscampagnes en maatregelen in het kader van de Omgevingswet gericht op zonbescherming
- Overwegen om net als destijds het RIVM te verzoeken nader onderzoek te doen naar de incidentie van kanker in Kennemerland.. Opgemerkt moet worden dat ook daarmee niet onomstotelijk vast te stellen is wat de precieze invloed is geweest van luchtverontreiniging in het verleden op het ontstaan van longkanker in de IJmond (ten opzichte van andere factoren?)
- Onderzoek naar mogelijkheden om de luchtkwaliteit verder te verbeteren en de blootstelling van inwoners hieraan te verminderen door integraal beleid.

Met opmerkingen [RK5]: Willen we aansturen op nader onderzoek?

Met opmerkingen [AvG6]: Nu snap ik hem niet meer, want uit de eerdere alinea lijkt het alsof dit een fout is in de registratie en dus het onderzoeken niet waard is, althans zo lees ik hem.

Met opmerkingen [RK7]: Even Danny bellen voor een tekst?

De betekenis van het rapport

Het is aannemelijk dat de luchtverontreiniging van het hoogoventerrein in het verleden heeft bijgedragen aan het optreden van longkanker in Beverwijk. Het is onbekend in welke mate dit precies het geval was, hierin kunnen de sociaal-economische status en veranderingen van het rookgedrag eveneens een rol hebben gespeeld.

In het onderzoek werd voor de eerste keer ook meer longkanker gevonden bij mannen in Beverwijk. Hier kunnen echter geen conclusies aan worden verbonden. In het nadere onderzoek van het RIVM uit 2009 werden al aanwijzingen gevonden voor meer longkanker bij mannen in Beverwijk.

Luchtverontreiniging geeft een hoger risico op luchtwegaandoeningen, zoals longkanker, en hart- en vaatziekten. Elke verbetering van de luchtkwaliteit geeft gezondheidswinst. De luchtkwaliteit in de IJmond voldoet nog niet aan de WHO advieswaarden. Dit betekent dat het belangrijk blijft om

maatregelen ter verbetering van de luchtkwaliteit te nemen om hier minstens aan te voldoen (in gezamenlijkheid met de gemeenten en partners).

De mogelijke oorzaken van kanker liggen veelal in het verleden. Het voorliggende rapport geeft geen informatie over de gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit. Daarom is een verkenning gemaakt van te verwachten gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit in de IJmond. Hierover zal het bestuur separaat worden geïnformeerd en apart worden gepubliceerd op de website van de GGD.

Achtergrondinformatie
Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de gezondheidsmonitor IJmond en is een herhaling van het kankerincidentie-onderzoek van 2007. Een klankbordgroep van bewoners, ambtelijke adviseurs, en Omgevingsdienst IJmond, was betrokken bij de totstandkoming, GGD Amsterdam en RIVM als resp. 2de en 3de lijn adviseur medische milieukunde. Doel van het onderzoek was de monitoring van de incidentie van kanker in de gemeenten in Kennemerland in vergelijking met de rest van Nederland. Het geeft een (deel)antwoord op de vragen en bezorgdheid bij inwoners over gezondheidsaspecten van het wonen in de IJmond.

Vervolg
De Gezondheidsmonitor IJmond zal in 2020 integraal herhaald worden (vragenlijstonderzoek en analyse medicatiegegevens i.s.m. RIVM), publicatie daarvan volgt begin 2022. Na een periode van 15 jaar zijn er voldoende gegevens beschikbaar om het kankerincidentie onderzoek door de GGD opnieuw te herhalen.

Meer informatie
Het volledige onderzoek kunt u hier downloaden (link wordt actief op 24 februari).

Voor inhoudelijke vragen over de het onderzoek kan contact worden opgenomen met epidemioloog [redacted] ([redacted] of [redacted] of arts [redacted] ([redacted] of [redacted]

Aangenomen wordt u hiermee voldoende en naar tevredenheid te hebben geïnformeerd.

Tabel 1; Incidentie van de 6 meest voorkomende vormen van kanker in de gemeenten van GGD regio Kennemerland t.o.v. Nederland

Gemeente	*Soort kanker; geslacht*	*Verhoogd / verlaagd*	*CIF*
Beverwijk	Longkanker mannen	Verhoogd	127
	Longkanker vrouwen	Verhoogd	127
	Hematologische maligniteiten vrouwen	Verhoogd	129
Bloemendaal	Longkanker mannen	Verlaagd	71
	Longkanker vrouwen	Verlaagd	69
	Melanoom mannen	Verhoogd	155
Haarlem	Longkanker mannen	Verhoogd	109
	Longkanker vrouwen	Verhoogd	122
	Darmkanker vrouwen	Verhoogd	109
	Hematologische maligniteiten mannen	Verhoogd	110
	Melanoom vrouwen	Verhoogd	114
Haarlemmermeer	Hematologische maligniteiten mannen	Verhoogd	119

Met opmerkingen [AvG8]: CIF hierin nog heel kort toelichten?

	Hematologische maligniteiten vrouwen	Verhoogd	116
	Prostaatkanker	Verhoogd	106
	Melanoom mannen	Verhoogd	130
	Melanoom vrouwen	Verhoogd	118
Heemskerk	Melanoom vrouwen	Verhoogd	125
Heemstede	Melanoom mannen	Verhoogd	157
	Melanoom vrouwen	Verhoogd	135
Velsen	Hematologische maligniteiten mannen	Verhoogd	116
Zandvoort	Hematologische maligniteiten mannen	Verhoogd	139

Verkorte weergave gespreksverslag

Bijeenkomst bewoners en ambtenaren, GGD Kennemerland over Kankerincidentie Onderzoek 2004-2018, 23 januari 2020

Aanwezig: [redacted]

Er wordt een presentatie gehouden van de belangrijkste resultaten van het onderzoek, zie bijgevoegd document met dia's die besproken zijn of op dat moment aanleiding gaven tot opmerkingen (en ter verheldering dia's over de vorige periode en de context)

Bij de inleidende dia's, nr. 3 wordt opgemerkt dat het hierin gaat om de huidige luchtverontreiniging in PM10 die momenteel ongeveer 10 % hoger is dan de achtergrond concentratie in Nederland. Het verschil is de laatste jaren constant, de afname is vooral te wijten aan de afname van de concentratie in NL. Voorheen in de periode van 15 jaar geleden was de bijdrage van Tata procentueel groter.

Bij dia 9; de incidentie stijgt in het algemeen door o.a. vergrijzing en leeftijdsopbouw van de bevolking in Nederland. Daarom wordt hier de CIF gebruikt, dit is een verhoudingsgetal wat t.o.v. de rest van NL geeft.

Bij dia Longkanker in Beverwijk (nr 13)
De 7 extra gevallen van Beverwijk zijn mannen en vrouwen
Dit zal nu als volgt in het rapport worden geformuleerd: Dat de extra luchtverontreiniging in de IJmond een rol heeft gespeeld bij deze extra longkanker is aannemelijk. Het is onbekend in welke mate dit precies het geval was. Rookgedrag kan bijvoorbeeld ook hebben bijgedragen aan de verhoging. Er kunnen meerdere factoren van invloed zijn geweest zoals rookgedrag en beroepsmatige blootstelling.

Art. 11 lid 1 Wob

Een belangrijke reden waarom er *aannemelijk* behoort te staan, motiveerde [redacted] als volgt: Heemskerk en Beverwijk zijn grotendeels vergelijkbaar in Sociaal Economische Samenstelling (Heemskerk iets beter). Bij de aanname dat dan het rookgedrag ongeveer vergelijkbaar is, zou je op grond daarvan vergelijkbare longkanker-resultaten verwachten. Dit is echter niet het geval en daarom is het aannemelijk dat de verhoogde blootstelling door luchtverontreiniging van het Tata in de gemeente Beverwijk (incl. Wijk aan Zee) van invloed is geweest (t.o.v. de lagere blootstelling in Heemskerk).

Naar aanleiding van de discussie over rookgedrag en luchtverontreiniging;
Er wordt om verheldering gevraagd van het cijfer dat longkanker voor 85 % wordt veroorzaakt door roken. Dit zijn cijfers van het RIVM in wereldwijd verband en voor NL als geheel en hoeft niet in dezelfde verhouding te gelden voor Beverwijk. Dit zal in het rapport worden toegelicht.
Het lijkt een logische vervolgactie om in ieder geval wel weer de soorten kanker waarvan bekend is dat deze door luchtverontreiniging kunnen worden veroorzaakt, te onderzoeken door uitsplitsing naar blootstelling (5 gebieden). Klopt het dat rookgedrag (door de enquête van ongeveer 10 jaar geleden) nu nauwkeuriger bekend is in alle postcodegebieden? In dat geval zouden de 5 blootstellingsgebieden en de correctie voor SES/rookgedrag beter kunnen plaatsvinden? (opmerking Linda).
De indeling in 5 postcode gebieden en correctie voor SES/rookgedrag kan de GGD niet onderzoeken.

De vorige keer heeft het RIVM dit gedaan als een aparte opdracht. Dit zal ter overweging worden meegegeven voor verder onderzoek.

Voor het rapport over de huidige luchtkwaliteit, graag opnemen dat op verschillende plaatsen (meetlocaties) de normen regelmatig worden overschreden of zit het tegen de Europese norm aan en sowieso worden de WHO-gezondheidsnormen overschreden. Daar zouden we in 2030 aan moeten gaan voldoen (volgens de afspraak van het SLA, ondertekend door de gemeenten). Dit zal worden meegenomen in de communicatie.

Niet op de bijeenkomst zo duidelijk besproken;

Voor het vervolgtraject van het rapport en publicatie;

Op 6 februari zal een mededeling worden gedaan in het ambtelijk overleg van de GGD.
De opmerkingen van vandaag zullen worden verwerkt in een nieuwe versie. Deze zal op 7 februari aan de deelnemers van dit overleg worden toegestuurd voor een laatste reactie, en een week later aan de wethouders worden voorgelegd zodat zij zich kunnen voorbereiden op de bespreking van dit onderwerp in de bestuurscommissie van 24 februari. Publicatie volgt vlak daarna
De communicatieadviseurs zullen op basis van de samenvatting een persbericht en Q en A opstellen in overleg met de gemeenten.

Op het moment van publicatie zullen Tata Steel en de Provincie worden geïnformeerd

Kankerincidentie-onderzoek - overleg met Bert, 25 februari 2020

Voorbereiding [redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Bezwaren zoals op dit moment bekend bij ons

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Belangrijkste bezwaren tegen de huidige versie (het Memo) zoals naar voor gebracht door [redacted]

1. [redacted]
2. [redacted]
3. [redacted]

Art. 11 lid 1 Wob

En aanvullend nog een belangrijk bezwaar van [redacted]

Art. 10 lid 2 sub e Wob

[redacted]

Art. 11 lid 1 Wob

Te bespreken op het overleg:

- Allereerst nagaan of dit ook de bezwaren zijn die Bert heeft

[redacted]

Art. 11 lid 1 Wob

[redacted]

Voorstel voor formulering c.q. opbouw van het bewijs:

- Uit de wetenschappelijke literatuur is bekend dat luchtverontreiniging door fijn stof longkanker kan veroorzaken.
- Het is bekend dat in de daarvoor relevante periode de luchtverontreiniging in de IJmond hoger was dan gemiddeld in Nederland.
- (Op basis van de uit de literatuur bekende dosisresponsrelatie is modelmatig 6% meer longkanker te verwachten in de IJmond dan elders (spreiding 3 – 12%).
- In Beverwijk is over de periode 2004-2018 opnieuw ongeveer 25% meer longkanker gevonden. In de periode 1989-2003 was dit (bij vrouwen) eveneens het geval. Het RIVM vond meer longkanker in de meest hoogbelaste gebieden rondom het industrieterrein de IJmond, waaronder delen van Beverwijk.
- Dat de verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk veroorzaakt is door de luchtverontreiniging in het verleden kan niet rechtstreeks worden aangetoond met dit type onderzoek. Op basis van de hierboven genoemde wetenschappelijke literatuur is het echter aannemelijk dat deze verhoogde longkankerincidentie voor een deel gerelateerd is aan de luchtverontreiniging in het verleden.
- De bijdrage van de luchtverontreiniging aan het verhoogde optreden van longkanker kan niet exact worden gekwantificeerd
- Andere mogelijke factoren die elk een deel van de verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk zouden kunnen verklaren zijn onder meer het rookgedrag en de arbeidsgerelateerde blootstelling aan luchtverontreiniging en aan asbest in het verleden.

Conclusie: Inhoudelijk gezien heeft ‘aannemelijk’ onze voorkeur, meer dan ‘kan niet worden uitgesloten’ e.d. Het ìs o.i. namelijk aannemelijk.

[redacted]

Art. 11 lid 1 Wob

Ad 2) Het woord ‘Tata’.

- In de Gezondheidsmonitor IJmond gebruikte termen zijn ‘Tata-Steel-terrein’ en ‘basismetaalindustrie’. Ons voorstel is om die termen aan te houden, net als toen.

Art. 11 lid 1 Wob

Ad 3 [redacted]

Art. 11 lid 1 Wob

Ad 4) ([redacted]

Portefeuillehoudersoverleg Gezondheid IJmond

Aan	Marianne Steijn (wethouder Velsen) Haydar Erol (wethouder Beverwijk) Krijn Rijke (wethouder Heemskerk) Bert van de Velden (directeur Publieke Gezondheid)
Van	[redacted]
Cc	
Datum	28 februari 2020
Onderwerp	PHO Gezondheid op woensdag 4 maart 2020 van 13.00 tot 14.00 uur in Velsen

Art. 10 lid 2 sub e Wob

AGENDA

1. Opening en vaststellen agenda

2. Terugblik PHO Gezondheid 7 november 2019 (verslag ontbreekt)

3. Mededelingen en actualiteiten

4. Ter informatie

- Kankerincidentieonderzoek (stand van zaken). Het KIO, als onderdeel van de reguliere taak van de GGD voor de 9 gemeenten, bevindt zich momenteel in de concept fase. De gemeenten hebben (ambtelijk) gereageerd en ook vertegenwoordigers van bewoners, hun opmerkingen en zorgen worden momenteel verwerkt. AO/BC route volgens de voorlopige planning: 19 maart AO en BC 6 april. Tussen 19 en 30 maart zal gelegenheid zijn het communicatie traject verder goed voor te bereiden met oa persbericht en Q en A met input van de gemeenten.

[redacted]

Art. 11 lid 1 Wob

- RIVM-vervolgonderzoek (stand van zaken)

  [redacted]

- [redacted]

5. Ter gedachtevorming

-

6. Ter besluitvorming *(bijlagen volgen op maandag 2 maart aanstaande)*

-

7. Wat verder ter tafel komt en rondvraag

-
-

8. Sluiting

Toelichting bevindingen KIO, indien gewenst; Samenvatting

Enkele veel voorkomende vormen van kanker waren in de afgelopen 15 jaar in de GGD-regio Kennemerland vaker opgetreden dan gemiddeld in Nederland, dus de incidentie was hoger. Dit betreft:

- Melanoom (een vorm van huidkanker), dat zowel bij mannen als bij vrouwen ongeveer 20% vaker voorkwam dan gemiddeld in Nederland (CIF mannen 120, CIF vrouwen 119).
- Longkanker bij vrouwen, ongeveer 10% vaker (CIF 109).
- Darmkanker bij vrouwen, ongeveer 5% vaker (CIF 106).

Longkanker blijkt in Beverwijk en in Haarlem vaker op te treden dan gemiddeld in Nederland, ook wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijdsopbouw. Zowel bij mannen als bij vrouwen in Beverwijk komt het ongeveer 25% vaker voor dan in Nederland; in Haarlem is dit bijna 10% voor mannen en ruim 20% voor vrouwen.
Van luchtverontreiniging met fijn stof is het bekend dat deze in de relevante periode in het verleden in de IJmond hoger was dan gemiddeld in Nederland, wat het aannemelijk maakt dat deze risicofactor voor een deel verantwoordelijk was voor de verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk. Daarnaast kan het zijn dat het rookgedrag in het verleden voor een deel een rol heeft gespeeld in zowel Beverwijk als Haarlem en bij de relatief lage incidentie in Bloemendaal. Ook werk gerelateerde blootstelling kan een rol hebben gespeeld. Echter, in welke mate dit het geval is geweest, is onbekend.

Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2004-2018

Afd. Advies en Onderzoek
Sectie Epidemiologie

Concept v5.2, maart 2020

1 SAMENVATTING ... 3
2 INLEIDING ... 8
3 INCIDENTIE ... 14
4 VERGELIJKING MET NEDERLAND ... 17
4.1 PER GEMEENTE ... 18
4.2 PER KANKERSOORT ... 20
5 PREVALENTIE ... 23
6 VIJF VEEL VOOROMENDE TYPEN KANKER NADER BEKEKEN ... 27
6.1 BORSTKANKER ... 27
6.1 PROSTAATKANKER ... 31
6.2 LONGKANKER ... 35
6.3 DARMKANKER ... 42
6.4 MELANOOM ... 47
6.5 VERGELIJKING MET GEMEENTEN EN GGD-REGIO'S ELDERS IN NEDERLAND ... 54
7 GERAADPLEEGDE BRONNEN ... 59
8 BIJLAGE 1 : KANKER, LEEFTIJD, ONDERZOEKSMETHODEN ... 61
8.1 INCIDENTIE ... 61
8.2 LOKALISATIE ... 63
8.3 VERGRIJZING ... 63
8.4 CIF – DE ZIEKTEMAAT ... 66
8.1 EXTRA INCIDENTIE OMGEREKEND IN AANTALLEN MENSEN ... 69
9 BIJLAGE 2 : GEGEVENS PER REGIO/GEMEENTE ... 70
9.1 ALLE LOKALISATIES PER GEMEENTE ... 70
9.2 GGD-REGIO KENNEMERLAND ... 72
9.3 ZUID-KENNEMERLAND ... 75
9.4 MIDDEN-KENNEMERLAND ... 78
9.5 BENNEBROEK ... 81
9.6 BEVERWIJK ... 82
9.7 BLOEMENDAAL ... 85
9.8 HAARLEM ... 88
9.9 HAARLEMMERLIEDE EN SPAARNWOUDE ... 91
9.10 HEEMSKERK ... 94
9.11 HEEMSTEDE ... 97
9.12 UITGEEST ... 100
9.13 VELSEN ... 103
9.14 ZANDVOORT ... 106
9.15 HAARLEMMERMEER ... 109
9.16 KENNEMERLAND (ZUID- EN MIDDEN KENNEMERLAND) ... 112
10 BIJLAGE 3 : VIJF VEEL VOOROMENDE VORMEN VAN KANKER ... 116
10.1 PROSTAAT EN BORST ... 116
10.2 LONG ... 118
10.3 DARM ... 120
10.5 MELANOOM ... 123
11 BIJLAGE 4 : HEMATOLOGISCHE MALIGNITEITEN ... 125

1 Samenvatting

Dit rapport bevat gegevens van de Nederlandse Kankerregistratie over de incidentie en prevalentie van kanker in de GGD-regio Kennemerland over de registratieperiode 2004-2018.
De incidentie is het optreden van nieuwe gevallen. De prevalentie is het aantal mensen bij wie tijdens de registratieperiode de diagnose is gesteld en die aan het eind van de registratieperiode nog in leven zijn.
Het onderzoek is uitgevoerd als onderdeel van de reguliere taak van de GGD, het bieden van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking aan de gemeenten in de GGD-regio Kennemerland.
Het rapport sluit aan op dat van het vorige kankerincidentie-onderzoek uit 2007, over de registratieperiode 1989-2003.

Resultaten

Voor onderzoek naar eventuele verschillen met gemiddelden in Nederland is in het rapport de zogenaamde CIF gebruikt. Dit is een verhoudingsgetal dat ongeveer het procentuele verschil in het optreden van kanker weergeeft, rekening houdend met mogelijke verschillen in leeftijdsopbouw van de bevolking. Zie onderstaande tekstbox voor verdere toelichting.

Vergelijking met Nederland – het verhoudingsgetal CIF

De incidentie, het aantal nieuwe gevallen van kanker, is groter als een gemeente meer inwoners heeft. Daarom heeft het meestal weinig zin om incidenties tussen gemeenten onderling te vergelijken. Bovendien zijn er verschillen tussen gemeenten die samenhangen met de leeftijdsopbouw van de bevolking. Het optreden van bijna alle vormen van kanker neemt namelijk sterk toe met de leeftijd.
Om toch een vergelijking tussen gemeenten en met het gemiddelde in Nederland mogelijk te maken, zijn aparte berekeningen gedaan. Dit geeft uitkomsten die onafhankelijk zijn van het inwonersaantal en van de leeftijdsopbouw van een gemeente. Hiervoor zijn de voor leeftijd gecorrigeerde verschillen uitgedrukt in het verhoudingsgetal CIF, waarmee het verschil met het gemiddelde in Nederland wordt uitgedrukt.
Een CIF van 100 bij een gemeente wil zeggen dat de incidentie van de betreffende vorm van kanker in die gemeente exact overeenkomt met het gemiddelde in Nederland, zoals gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Het verschil met 100 geeft ongeveer aan in welke mate in die gemeente deze kanker procentueel gezien vaker of minder vaak voorkomt. Een CIF van 115 wil zeggen dat de kanker ongeveer 15% meer voorkomt in die gemeente dan gemiddeld in Nederland, gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Bij een CIF van 85 is er sprake van ongeveer 15% minder vaak voorkomen.

De regio: komt in de GGD-regio Kennemerland meer kanker voor dan gemiddeld in Nederland?

Enkele van de zes meest voorkomende vormen van kanker waren in de afgelopen 15 jaar in de GGD-regio Kennemerland vaker opgetreden dan gemiddeld in Nederland, dus de incidentie was hoger. Dit betreft:

- Melanoom (een vorm van huidkanker), dat zowel bij mannen als bij vrouwen ongeveer 20% vaker voorkwam dan gemiddeld in Nederland (CIF mannen 120, CIF vrouwen 119).
- Longkanker bij vrouwen, ongeveer 10% vaker (CIF 109).
- Darmkanker bij vrouwen, ongeveer 5% vaker (CIF 106).

Samengenomen betekent dit dat voor alle vormen van kanker het optreden van kanker in de GGD-regio Kennemerland ongeveer 5% hoger was dan gemiddeld in Nederland (CIF mannen 105, CIF vrouwen 106).

De gemeenten: zijn er verschillen tussen afzonderlijke gemeenten en het gemiddelde in Nederland?

In de volgende tabel is per gemeente bij de vijf meest voorkomende vorm van kanker weergegeven wanneer er sprake was van een verhoging of verlaging ten opzichte van het gemiddelde in Nederland.

Overzicht van de verhogingen of verlagingen van de incidenties van vijf veel voorkomende vormen van kanker in de GGD-regio Kennemerland, registratieperiode 2004-2018

Gemeente	Soort kanker; geslacht	Verhoogd / verlaagd	CIF
Beverwijk	Longkanker mannen	Verhoogd	127
	Longkanker vrouwen	Verhoogd	127
Bloemendaal	Melanoom mannen	Verhoogd	155
	Longkanker mannen	Verlaagd	71
	Longkanker vrouwen	Verlaagd	69
Haarlem	Melanoom vrouwen	Verhoogd	114
	Longkanker mannen	Verhoogd	109
	Longkanker vrouwen	Verhoogd	122
	Darmkanker vrouwen	Verhoogd	109
	Prostaatkanker mannen	Verlaagd	89
Haarlemmermeer	Melanoom mannen	Verhoogd	130
	Melanoom vrouwen	Verhoogd	118
	Prostaatkanker mannen	Verhoogd	106
Heemskerk	Melanoom vrouwen	Verhoogd	125
Heemstede	Melanoom mannen	Verhoogd	157
	Melanoom vrouwen	Verhoogd	135

De focus bij het onderzoek lag bij de zes meest voorkomende vormen van kanker in Nederland. Eén van deze zes soorten kanker zijn de hematologische maligniteiten. Echter, de uitkomsten voor hematologische maligniteiten zijn niet vermeld in het rapport, maar in bijlage 4. De reden is dat de aan de GGD geleverde gegevens van deze vorm van kanker hoogstwaarschijnlijk niet goed vergelijkbaar zijn tussen gemeenten en met de rest van Nederland. De meest aannemelijke oorzaak hiervoor is een over-registratie in de ruwe gegevens.
Hieronder worden de resultaten besproken van de overige vijf veel voorkomende vormen van kanker.

Melanoom

Van de verschillende veel voorkomende vormen van kanker waarbij sprake is van een verhoogd voorkomen in Kennemerland is dit bij melanoom het vaakst het geval, met de meeste gemeenten met een verhoging en met de grootste procentuele verhogingen.
Melanoom is de meest kwaadaardige vorm van huidkanker. In vijf van de 10 gemeenten in de regio komt melanoom vaker voor de gemiddeld in Nederland, bij mannen en/of vrouwen. Dit betreft mannen in de gemeenten Bloemendaal, Heemstede en Haarlemmermeer (CIF respectievelijk 155, 157 en 130) en vrouwen in de gemeenten Heemstede, Haarlemmermeer, Haarlem en Heemskerk (CIF

respectievelijk 135, 118, 114 en 125). Daarnaast zijn er hogere CIF's bij mannen en bij vrouwen in Zandvoort en bij vrouwen in Uitgeest en Velsen die ook aan het toeval kunnen worden toegeschreven (net niet statistisch significant). Omgerekend zijn dit jaarlijks 31 extra gevallen van melanoom in de GGD-regio.
Het optreden van melanoom is onder meer gerelateerd aan blootstelling aan de zon in de jeugd. Ook in andere gemeenten dichtbij de kust in Nederland komt melanoom relatief veel voor.

Longkanker

Longkanker blijkt in Beverwijk en in Haarlem vaker op te treden dan gemiddeld in Nederland, ook wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijdsopbouw. Zowel bij mannen als bij vrouwen in Beverwijk komt het ongeveer 25% vaker voor dan in Nederland; in Haarlem is dit bijna 10% voor mannen en ruim 20% voor vrouwen. In Bloemendaal komt longkanker juist minder voor dan in Nederland. In Beverwijk betreft het jaarlijks ongeveer 7 extra mensen met longkanker, in Haarlem 15 (absolute aantallen, verschillen door inwoner aantal en bevolkingsopbouw).

Risicofactoren voor het optreden van longkanker zijn onder meer roken, meeroken, werk gerelateerde blootstelling aan stoffen zoals zware metalen en asbest en luchtverontreiniging in de leef- en werkomgeving.

Het is aannemelijk dat het rookgedrag in het verleden een rol heeft gespeeld in zowel Beverwijk als Haarlem en bij de relatief lage incidentie in Bloemendaal. Wereldwijd wordt 85-90% van de gevallen van longkanker veroorzaakt door roken. Gezien deze in het algemeen sterke samenhang met roken is het aannemelijk dat variaties in het rookgedrag tussen gemeenten in de regio Kennemerland een deel van de verhoging van de incidenties in de betreffende gemeenten verklaart.
Van roken is bekend dat dit in de laatste decennia meer voorkomt bij bevolkingsgroepen met een lagere opleiding (lage sociaal-economische status (SES)). Zowel Beverwijk als Haarlem hebben naar verhouding meer bevolkingsgroepen met een lage sociaal-economische status. Gegevens uit het verleden hierover en over de toenmalige relatie tussen SES en rookgedrag zijn echter niet goed bekend. Het is dus onbekend in welke mate het rookgedrag in het verleden van belang is geweest.

Ook werk gerelateerde blootstelling aan bepaalde stoffen in het verleden kan in Beverwijk en Haarlem een rol hebben gespeeld bij het ontstaan van longkanker in deze gemeenten.
Van luchtverontreiniging met fijn stof is het bekend dat deze in de relevante periode in het verleden in de IJmond hoger was dan gemiddeld in Nederland, dit maakt het aannemelijk dat deze risicofactor een rol heeft gespeeld bij de verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk. Dit kan echter niet exact worden gekwantificeerd, omdat de aard en samenstelling van het fijnstof destijds niet bekend zijn.
In Haarlem zou de luchtverontreiniging door wegverkeer in deze middelgrote stad eveneens van belang kunnen zijn geweest, maar ook daarover ontbreken relevante gegevens.

In de vorige registratieperiode 1989-2003 zijn ook verhogingen of verlagingen ten opzichte van het gemiddelde in Nederland gevonden. Gedeeltelijk was dit in dezelfde gemeenten of delen van de gemeenten.

Mesothelioom

Mesothelioom (borst- en buikvlieskanker) is een weinig voorkomende vorm van kanker, die bijna uitsluitend ontstaat door werk gerelateerde blootstelling aan asbest in het verleden, voornamelijk bij mannen. De incidentie van mesothelioom is verhoogd in de IJmond-gemeenten Beverwijk en

Heemskerk, met als eventuele bronnen van werkgerelateerde blootstelling in het verleden met name het hoogovens-industriegebied en het havengebied. Ook in Haarlem is het optreden verhoogd. In Velsen is er een tendens naar een verhoging.

Overige lokale verschillen

De overige verschillen met het gemiddelde in Nederland in de tabel hierboven zijn een verhoogde incidentie van darmkanker bij vrouwen in Haarlem, een verlaagde incidentie van prostaatkanker bij mannen in Haarlem, en een verhoogde incidentie van prostaatkanker bij mannen in de gemeente Haarlemmermeer. Het is onduidelijk welke betekenis moet worden gehecht aan deze bevindingen.

Vergelijking met GGD-regio's en gemeenten elders in Nederland

Met hulp van openbare bronnen en met aanvullende gegevens van het Integraal Kankercentrum Nederland kon voor de hier besproken vijf veel voorkomende kankersoorten tot op zekere hoogte een vergelijking worden gemaakt met de hoogte van de incidentie in andere GGD-regio's en gemeenten in Nederland. Daar konden de volgende conclusies uit worden getrokken.

- In de GGD-regio Kennemerland is de CIF van melanoom wel hoog maar niet het hoogst van Nederland.
- Bij longkanker is de hoogte van de CIF in de hele GGD-regio Kennemerland vergelijkbaar met die in andere GGD-regio's in Nederland met (in het verleden) industrie en/of met een grootstedelijk karakter.
- De gemeenten in Kennemerland met een verhoogde CIF voor een vaak voorkomende vorm van kanker behoren in ongeveer vier gevallen bij de paar procent van gemeenten in Nederland met relatief hoge uitkomsten. De twee meest hoge uitkomsten zijn melanoom bij mannen in Bloemendaal en in Heemstede. De overige twee met relatief hoge uitkomsten betreffen de mannen en vrouwen in Beverwijk met longkanker.

Het verloop van de incidenties in de tijd

Bij de meeste vormen van kanker neemt het optreden daarvan, de incidentie, toe met de tijd. Dit is een gevolg van de vergrijzing van de samenleving, dus van het feit dat Nederlandse bevolking gemiddeld steeds ouder wordt. Berekend over alle vormen van kanker samengenomen was er in de periode 2004-2018 in de GGD-regio Kennemerland sprake van een toename van de incidentie, dus van het aantal nieuwe gevallen, met 29% over deze jaren. In de vorige registratieperiode 1989-2003 was deze stijging met 9% een stuk kleiner.
Een uitzondering in die eerste periode was longkanker bij mannen waarvan de incidentie in de loop van die jaren daalde, waarschijnlijk doordat mannen in Nederland sinds de jaren vijftig minder zijn gaan roken. Over de meest recente periode 2004-2018 is er bij mannen in de regio echter opnieuw sprake van een lichte stijging van de incidentie van longkanker. Dit kan betekenen dat de verdere verbetering in het rookgedrag van mannen niet langer voldoende was om de stijging van de incidentie door de vergrijzing te compenseren.
Bij vrouwen nam de incidentie van longkanker in de afgelopen registratieperiode 2004-2018 in de regio met 43% sterker toe dan het gemiddelde van 29% voor alle vormen van kanker. In het verleden zijn vrouwen een tijd lang juist meer gaan roken, wat wellicht een verklaring kan zijn voor deze relatief sterke toename bij vrouwen. Er zijn geen aanwijzingen dat luchtverontreiniging of andere factoren de genoemde stijging van de incidenties van longkanker bij mannen en vrouwen kunnen verklaren. Voor zover bekend is de luchtverontreiniging in de betreffende periode van blootstelling (jaren tachtig en negentig) gedaald in de regio.

Ook bij melanoom, een kwaadaardige vorm van huidkanker, was de stijging in de GGD-regio Kennemerland over de periode 2004-2018 met 69% veel groter dan het gemiddelde van 29% voor alle vormen van kanker.

Overleving

Door betere behandeling, en bij borstkanker en darmkanker door vroege opsporing, zijn in Kennemerland de percentages mensen nog in leven aan het eind van de registratieperiode gestegen in vergelijking met de vorige registratieperiode.

Aanbevelingen

GGD Kennemerland doet naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek de volgende aanbevelingen.

1. Aanvullende preventiemaatregelen treffen tegen het optreden van melanoom en longkanker. Mogelijk zijn publiekscampagnes en lokale initiatieven van het nationale preventie akkoord voor het stoppen van roken, en bij de inrichting van de openbare ruimte rekening houden met zonbescherming en bij planvorming in het kader van de Omgevingswet.
2. Nagaan of het zinvol en mogelijk is om samen met het RIVM en andere relevante partners nader onderzoek te doen naar de verhoogde incidentie van longkanker in de IJmond in relatie tot milieufactoren.
3. Onderzoek doen naar mogelijkheden om de luchtkwaliteit verder te verbeteren en de blootstelling van inwoners aan luchtverontreiniging door integraal beleid verder te verminderen (wordt vervangen door nieuwe versie)

2 Inleiding

In 2007 verscheen het eerste rapport van GGD Kennemerland waarin de incidentie en prevalentie van kanker in de gemeenten in Kennemerland werd beschreven. Het betrof de kankerregistratiegegevens over de periode 1989-2003. Nu volgt het tweede rapport, over de periode 2004-2018, opnieuw een onderzoeksperiode van 15 jaar.
Net als de eerste keer bevat dit rapport registratiegegevens over de incidentie, dit zijn nieuw opgetreden gevallen van kanker. Daarnaast bevat het rapport gegevens over de prevalentie, dat is het aantal mensen met een vorm van kanker dat op een bepaald moment nog in leven is.
Deze keer heeft het onderzoek betrekking op alle gemeenten in de GGD-regio Kennemerland. Dat is nu voor het eerst inclusief de gemeente Haarlemmermeer. Het is ook inclusief de gemeente Haarlemmerliede en Spaarnwoude, die tijdens de onderzoeksperiode nog een zelfstandige gemeente was.

GGD Kennemerland heeft dit onderzoek uitgevoerd in het kader van zijn wettelijke taak zoals beschreven in Wet Publieke Gezondheid, het inzicht bieden aan de gemeenten in de gezondheidssituatie van de bevolking.

Kanker is een verzamelnaam voor een groot aantal kwaadaardige ziekten, waarvan het natuurlijk beloop gevarieerd is. Het is in Nederland de meest voorkomende doodsoorzaak.
Van de meeste vormen van kanker zijn lang niet alle doodsoorzaken bekend. Een beperkt deel van de oorzaken betreft risicofactoren die met preventie kunnen worden beïnvloed. Sommige vormen van kanker kunnen vroegtijdig worden opgespoord met bevolkingsonderzoeken.
Gelukkig zijn diagnostiek en behandelmogelijkheden de laatste decennia sterk verbeterd, waardoor meer patiënten dan vroeger in leven blijven met de ziekte.

Gegevens

Nederlandse Kankerregistratie
Nieuwe gevallen van kanker worden in Nederland geregistreerd in ziekenhuizen. Sinds 1988 worden de gegevens landelijk opgeslagen in de databank van de Nederlandse Kankerregistratie onder beheer van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). De cijfermatige gegevens over kanker in deze rapportage zijn afkomstig van het IKNL, dat ook een groot deel van de berekeningen heeft uitgevoerd voor de GGD.
De gegevens zijn exclusief niet-invasieve vormen van kanker. De cijfers over 2017 en 2018 zijn onder voorbehoud van juistheid.

Onderdelen rapport
In dit rapport wordt de incidentie beschreven, dus het aantal nieuwe gevallen van kanker; de trends in deze incidentie; de vraag of kanker meer voorkomt in de regio en in de gemeenten dan gemiddeld in Nederland; en de prevalentie. Dit laatste is het aantal personen bij wie tijdens de registratieperiode de diagnose is gesteld en dat aan het eind van deze periode nog in leven was.
Dit alles gebeurt voor alle invasieve vormen van kanker in totaal. Dit is exclusief de niet-invasieve vormen van kanker, waarbij zich ook de meeste vormen van huidkanker bevinden.
Daarnaast wordt ingezoomd op vijf veel voorkomende invasieve kankersoorten, borstkanker, prostaatkanker, longkanker, darmkanker en melanoom.[1]

[1] Oorspronkelijk betrof dit de zes meest voorkomende soorten kanker inclusief de hematologische maligniteiten, zie de tekst op de volgende pagina voor verdere toelichting.

Ten slotte worden waar relevant vergelijkingen gemaakt met de uitkomsten van de vorige registratieperiode 1989-2003. In de tabellen in de bijlagen zijn meer details vermeld.
Voor een adequate vergelijking van de incidentie met de Nederlandse gemiddelden moest rekening worden gehouden met mogelijke verschillen in leeftijdsopbouw van de bevolking. Daartoe heeft het IKNL telkens voor de GGD de CIF berekend, de zogenaamde Comparative Incidence Figure, waarmee bij mannen en bij vrouwen gecorrigeerd wordt voor deze verschillen. Een CIF van 110 betekent een ongeveer 1,10 maal vaker voorkomen, dus ongeveer 10% meer, ervan uitgaande dat de verschillen in leeftijdsopbouw niet al te groot zijn. Een CIF van 85 betekent ongeveer 15% minder vaak voorkomen.

De uitkomsten over de zogenaamde hematologische maligniteiten (bloed- en lymfeklierkanker) zijn opgenomen in een bijlage. Het IKNL heeft namelijk verklaard dat er bij de betreffende cijfers sprake was van een over-registratie doordat die gegevens in Noord-Holland op een andere manier zijn verzameld dan elders in Nederland.[2] Zoals te zien in de bijlage lijkt dit gepaard te gaan met veel verhogingen in de GGD-regio Kennemerland, die dus hoogstwaarschijnlijk niet de werkelijkheid weergeven. Ook in andere gemeenten in Noord-Holland is sprake van veel verhogingen van hematologische maligniteiten bij gemeenten.

Interpretatie van de grootte van de CIF
Een bepaalde uitkomst in de vorm van een CIF van een bepaalde grootte is niet altijd makkelijk te interpreteren. Kleine aantallen gegevens kunnen op basis van toeval tot een hoge uitkomst leiden, c.q. tot een relatief sterke afwijking ten opzichte van het gemiddelde van 100. Aan de andere kant kunnen 'kleine uitkomsten', dus kleine afwijkingen ten opzichte van 100, ook moeilijk te interpreteren zijn. Betekent een CIF van 105 of van 94 nu iets of niet?
Om een indruk te krijgen of uitkomsten kunnen berusten op toeval, gebaseerd op kleine aantallen gegevens of bij kleine afwijkingen ten opzichte van 100, is getoetst op statistische significantie. Daarnaast is net als in het vorige rapport bij statistische significante uitkomsten een systematische indeling gehanteerd, met de categorieën normaal, licht verhoogd of verlaagd, verhoogd of verlaagd, en sterk verhoogd of verlaagd. Bij niet statistisch significante uitkomsten is een onderscheid gemaakt tussen normaal en een tendens naar verhoogd of verlaagd uitkomsten. Zie voor de gehanteerde grenzen van de genoemde categorieën onderstaande tabel 3-1.

Tabel 3-1: Interpretatie van de CIF in deze rapportage

	Waarde CIF	Significant (100 niet in betrouwbaarheidsinterval)	Niet significant (100 wel in betrouwbaarheidsinterval)
Kleiner dan 70		Sterk verlaagd	Tendens naar verlaagde …..
70 t/m 89		Verlaagd	
90 t/m 110	90 t/m 95	Licht verlaagd	Normaal
	96 t/m 104	Normaal	
	105 t/m 110	Licht verhoogd	
111 t/m 140		Verhoogd	Tendens naar verhoogde ….
Groter dan 140		Sterk verhoogd	

[2] Bij hematologische maligniteiten zijn in Noord-Holland de zogenaamde dbc's meegerekend (diagnose-behandeling-combinatie). Dit is elders in Nederland niet gebeurd, en ook niet bij de andere vormen van kanker.

Classificatie van kankers
Kankersoorten worden geregistreerd volgens de International Classification of Diseases (ICD). Dit is een classificering op grond van de lokalisatie en de morfologie van kankers. In de vorige registratieperiode van 1989-2003 werd daartoe de ICD-10 gehanteerd. Vlak daarna is het IKNL overgegaan op een meer geavanceerd classificatiesysteem, die gebruik maakt van topologie, gedrag van de tumor en morfologie. De veranderingen kunnen mogelijk tot fouten in de vergelijkingen met de eerste registratieperiode hebben geleid (zogenaamde trendbreuk).
Om de mogelijke invloed van deze veranderingen in de classificatiesystematiek te onderzoeken, heeft het IKNL met terugwerkende kracht alle kankers over voor registratieperiode 1989-2003 alsnog ingedeeld volgens de nieuwe classificatie. Die gegevens zijn vergeleken met de uitkomsten volgens de oude systematiek uit die periode. De verschillen bleken maximaal slechts enkele procenten te zijn.
Voor de vergelijking tussen de vorige en de huidige registratieperiode zijn de cijfers uit het rapport van 2007 gebruikt.
In onderstaande tabel 2-1 is een overzicht gegeven van de vormen van kanker die in dit rapport beschreven worden.

Tabel 2-1: Vormen van kanker en de bijbehorende (toenmalige) ICD-10 code(s)

	Lokalisatie	**ICD-10 codes**
1	Hoofd & hals	C00-C14, C30-C32
2	Slokdarm	C15
3	Maag	C16, nu inclusief cardia
4	Darm	C18-C20
5	Alvleesklier	C25
6	Long	C34
7	Melanoom	C43
8	Long- of buikvlies (mesothelioom)	C45
9	Borst	C50 (*)
10	Baarmoederhals	C53
11	Baarmoederlichaam	C54-C55
12	Eierstok	C56
13	Prostaat	C61
14	Nier	C64
15	Blaas & overige urinewegen	C65-C68
16	Hematologie	C81-C96
17	Overig	C17, C21-C24, C26, C33, C37-C41, C44, C46-C49, C51-C52, C57-C60, C62-C63, C69-C80

(*) alleen vrouwen; mannen zijn ingedeeld bij 'overig'

Regio en gemeenten
In de vorige registratieperiode van 1989-2003 hadden de gegevens betrekking op de regio Kennemerland. Dit waren Midden-Kennemerland (de IJmond) en Zuid-Kennemerland exclusief de gemeente Haarlemmermeer, met in totaal 10 gemeenten.
Het huidige rapport heeft betrekking op dezelfde regio, maar nu met daarbij inbegrepen de gemeente Haarlemmermeer. De totale regio wordt in het huidige rapport aangeduid als GGD-regio Kennemerland. Deze regio bevat opnieuw 10 gemeenten, omdat in de tussentijd de gemeenten Bennebroek en Bloemendaal gefuseerd zijn. (De fusie tussen de gemeenten Haarlemmermeer en Haarlemmerliede & Spaarnwoude vond pas plaats vlak na het einde van de huidige registratieperiode.)
Vergelijkingen tussen de vorige en de huidige registratieperiode gaan niet over de totale GGD-regio Kennemerland, maar hebben betrekking op wat in het rapport aangeduid wordt als de subregio Kennemerland. Dit dus omdat destijds de gemeente Haarlemmermeer ontbrak bij de gegevens.

Risicofactoren – mogelijke relatie met incidentie en prevalentie

Van een aantal factoren is bekend dat zij de kans op het ontstaan van bepaalde vormen van kanker kunnen vergroten, de zogenaamde risicofactoren. Als dergelijke risicofactoren vaker voorkomen in de regio of een gemeente, kan dat dus in principe leiden tot een relatief hoge incidentie van de betreffende vorm van kanker. Het is echter lang niet altijd mogelijk om het vaker optreden van een vorm van kanker rechtstreeks toe te schrijven aan het eventueel vaker voorkomen van een risicofactor in een regio of gemeente. De redenen hiervoor is dat dit onderzoek geen studie is naar de oorzaken van kanker. In hoeverre in een bepaald geval sprake is van een mogelijk verband, wordt in de betreffende hoofdstukken beschreven.
Andere mogelijke verklaringen voor het vaker optreden van kanker in de regio of in een gemeente kunnen gelegen zijn in onbekende risicofactoren of in toeval.
De factoren die de prevalentie kunnen bepalen, worden beschreven in het algemene hoofdstuk over de prevalentie, hoofdstuk 5.

Preventie

Met preventie door vermijding van sommige van de hierboven besproken risicofactoren kan het optreden van kanker worden tegengegaan. Een deel van het optreden van kanker is dus mogelijk te voorkomen door veranderingen in leefstijl en/of de leefomgeving. Dit wil echter niet zeggen dat individuele gevallen van kanker rechtstreeks aan bepaalde risicofactoren kunnen worden toegeschreven.
In hoofdstuk 6 zijn van vijf veel voorkomende vormen van kanker de belangrijkste risicofactoren beschreven. Zie verder de websites van het Integraal Kankercentrum Nederland (www.iknl.nl) en van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (volksgezondheidenzorg.info).
Verschillende van deze preventiemogelijkheden zijn ook onderdeel van de Regionale nota gezondheid van GGD Kennemerland, met daarin beleidsafspraken met de regionale gemeenten.

Leeswijzer

Hoofdstuk 3 'Incidentie' toont de gegevens van het aantal nieuwe gevallen van kanker in de GGD-regio Kennemerland in de registratieperiode. Het geeft dus een beschrijving van het optreden, de incidentie, van de verschillende vormen van kanker.
Hoofdstuk 4 'Vergelijking met Nederland' laat eerst de incidentie van het totaal aan kanker zien voor de afzonderlijke gemeenten in de regio. Vervolgens wordt opnieuw het verhoudingsgetal CIF kort geïntroduceerd, waarna van alle afzonderlijke gemeenten de CIF voor het totaal aan kanker wordt gepresenteerd. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk worden per vorm van kanker de CIF's voor de gehele GGD-regio Kennemerland gegeven.
Hoofdstuk 5 'Prevalentie' beschrijft de mate van vóórkomen van kanker, dat wil zeggen het aantal inwoners met een bepaalde vorm van kanker dat aan het eind van de registratieperiode nog in leven was. Ook wordt in de hoofdstuk kort ingegaan op enkele factoren die de prevalentie kunnen beïnvloeden.
Hoofdstuk 6 'Veel voorkomende typen kanker nader bekeken' beschrijft de incidentie en prevalentie van achtereenvolgens borstkanker, prostaatkanker, longkanker, darmkanker en melanoom. Melanoom is de meest kwaadaardige vorm van huidkanker; de overige vormen van huidkanker worden verder niet besproken in dit rapport.
In elke paragraaf over deze vijf vormen van kanker is een gedeelte opgenomen over de duiding van de gevonden verschillen met de gemiddelde incidentie in Nederland.

In de laatste paragraaf van hoofdstuk worden de verhoogde incidenties in de GGD-regio Kennemerland vergeleken met gegevens van gemeenten en GGD-regio's elders in Nederland.

Het rapport eindigt met een overzicht van de geraadpleegde bronnen en met bijlagen, waaronder de tabellen met alle gegevens, en een bijlage met de gegevens over hematologische maligniteiten.

3 Incidentie

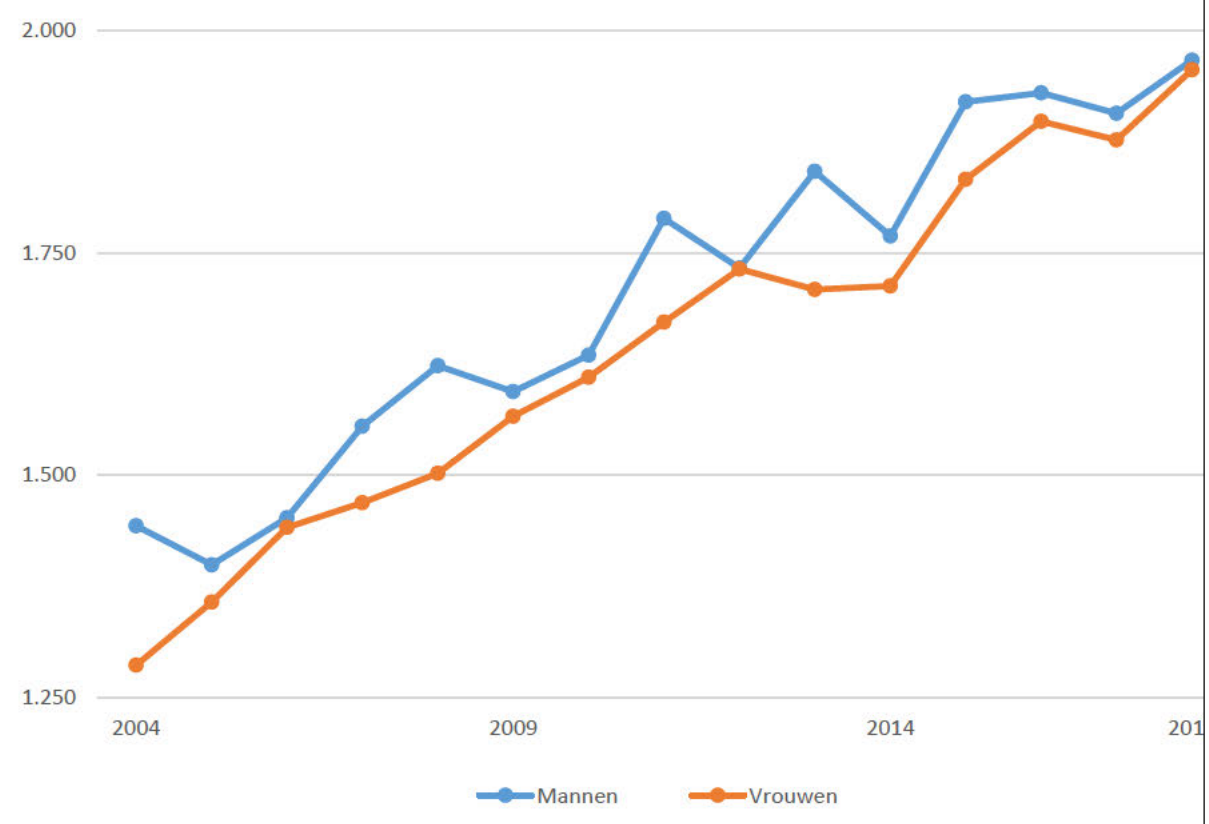
De incidentie is het aantal nieuwe ziektegevallen dat zich in de loop van een tijdsperiode voordoet. Voor de periode 2004 t/m 2018 hebben gemiddeld 100.000 mensen per jaar in Nederland de diagnose kanker gekregen. Voor de GGD-regio Kennemerland bedraagt het totaal aantal nieuwe kankers in deze periode 50.179 (3,35% van de landelijke incidentie). Dit betekent een gemiddeld aantal van 3.345 nieuwe gevallen van kanker per jaar (zie tabel 3-0). Dat zijn er 9 per dag.

Tabel 3-0 : De incidentie in de periode 2004-2018 in de GGD-regio Kennemerland en Nederland

	GGD-regio Kennemerland			Nederland	
	Totale incidentie	Gemiddeld per jaar		Totale incidentie	Gemiddeld per jaar
Mannen	25.558	1.704		781.869	52.125
Vrouwen	24.621	1.641		714.565	47.638
Totaal	50.179	3.345		1.496.434	99.763

De incidentie is gedurende de onderzoeksperiode gestegen van gemiddeld 2.905 in de periode 2004-2008 naar 3.754 (+29%) in de periode 2014-2018, waarbij de stijging van de incidentie bij vrouwen (van gemiddeld 1.411 per jaar naar 1.855: +31%) iets groter was dan die bij mannen (van gemiddeld 1.494 per jaar naar 1.899: +27%).

Figuur 3-1 : Incidentie van kanker naar geslacht in Kennemerland (2004-2018)



Indien we de incidentiecijfers voor mannen en vrouwen samen nemen, is borstkanker de meest frequent voorkomende soort kanker (6.849), gevolgd door darmkanker (6.413), longkanker (5.899) en prostaatkanker (4.987). Deze vier lokalisaties samen maken bijna 50% van alle nieuw geregistreerde kankers uit.
Tabel 3-1 geeft een overzicht van de incidentie naar lokalisatie per geslacht. Bij de vrouwen komt borstkanker (28%) op de eerste plaats gevolgd door darmkanker (12%), longkanker (10%) en hematologische maligniteiten (8%); bij de mannen neemt prostaatkanker met een aandeel van 20% de eerste plaats in, gevolgd door longkanker (13%), darmkanker (13%) en hematologische maligniteiten (10%).

Tabel 3-1 : De incidentie per lokalisatie naar geslacht (2004-2018)

	Mannen	Aantal	Perc.		Vrouwen	Aantal	Perc.
1	Prostaat	4.987	20%	1	Borst	6.849	28%
2	Long	3.409	13%	2	Dikke & endeldarm	3.023	12%
3	Dikke & endeldarm	3.390	13%	3	Long	2.490	10%
4	Hematologie	2.643	10%	4	Hematologie	2.040	8%
5	Melanoom van de huid	1.308	5%	5	Melanoom van de huid	1.533	6%
6	Blaas & overige urinewegen	1.234	5%	6	Baarmoederlichaam	866	4%
7	Hoofd en hals	1.027	4%	7	Eierstok & eileider	696	3%
8	Nier	730	3%	8	Alvleesklier	584	2%
9	Slokdarm	718	3%	9	Hoofd en hals	548	2%
10	Alvleesklier	592	2%	10	Blaas & overige urinewegen	424	2%
11	Maag (excl. cardia)	350	1%	11	Nier	409	2%
12	Mesothelioom	281	1%	12	Baarmoederhals	377	2%
13	Overig	4.889	19%	13	Slokdarm	276	1%
				14	Maag (excl. cardia)	240	1%
				15	Mesothelioom	37	0%
				16	Overig	4.229	17%
	Totaal	25.558	100%		Totaal	24.621	100%

In de analyseperiode is er wel iets veranderd. Bij de mannen (tabel 3-2 op de volgende bladzijde) is in de eerste verslagperiode (2004-2008) prostaatkanker met 21% de meest voorkomende vorm van kanker voor longkanker (15%) en darmkanker (13%). In de laatste 5-jaarperiode (2014-2018) zijn prostaat- en longkanker procentueel afgenomen naar respectievelijk 18% en 12%, terwijl het aandeel van darmkanker en melanoom is toegenomen.

Bij vrouwen bleef borstkanker de meest voorkomende vorm van kanker. Het aandeel in de totale incidentie daalde van 29% naar 27%. Daarna komt darmkanker. Het aandeel van deze kanker daalde licht van 13% naar 12%. Het aandeel van longkanker in de totale incidentie steeg licht van 10% naar 11%. Een sterk opkomend type kanker, ook landelijk gezien, is melanoom. Het aandeel van deze kanker steeg van 5% in 2004-2008 naar 7% in 2014-2018.

Tabel 3-2 : De meest voorkomende vormen van kanker naar geslacht in de perioden 2004-2008 en 2014-2018

	2004-2008	2014-2018			2004-2008	2014-2018
Mannen	**Perc.**	**Perc.**		**Vrouwen**	**Perc.**	**Perc.**
Prostaat	21%	18%		Borst	29%	27%
Long	15%	12%		Darm	13%	12%
Darm	13%	14%		Long	10%	11%
Hematologie	10%	9%		Hematologie	9%	7%
Melanoom van de huid	5%	6%		Melanoom van de huid	5%	7%

4 Vergelijking met Nederland

In onderstaande tabel is de incidentie per gemeente weergegeven. De gemiddelde incidentie per jaar is het hoogst in de grotere gemeenten zoals Haarlem (937), Haarlemmermeer met (781) en Velsen met gemiddeld (462) per jaar. De laagste gemiddelde incidentie per jaar is in de kleinere gemeenten zoals Haarlemerliede met (35) en Uitgeest met (73).

Tabel 4-1 : Aantal nieuwe gevallen van kanker per gemeente in de GGD-regio Kennemerland 2004 – 2018

	Mannen			Vrouwen			Totaal		
	Aantal	**Perc.**	**Gemiddeld per jaar**	**Aantal**	**Perc.**	**Gemiddeld per jaar**	**Aantal**	**Perc.**	**Gemiddeld per jaar**
Haarlem	6.871	27%	458	7.191	29%	479	14.062	28%	937
Heemstede	1.588	6%	106	1.613	7%	108	3.201	6%	213
Bloemendaal	1.379	5%	92	1.306	5%	87	2.685	5%	179
Zandvoort	1.092	4%	73	1.059	4%	71	2.151	4%	143
Haarlemmerliede	246	1%	16	275	1%	18	521	1%	35
Zuid-Kennemerland	11.176	44%	745	11.444	46%	763	22.620	45%	1.508
Velsen	3.593	14%	240	3.337	14%	222	6.930	14%	462
Heemskerk	2.161	8%	144	1.875	8%	125	4.036	8%	269
Beverwijk	1.953	8%	130	1.838	7%	123	3.791	8%	253
Uitgeest	560	2%	37	533	2%	36	1.093	2%	73
Midden Kennemerland	8.267	32%	551	7.583	31%	506	15.850	32%	1.057
Kennemerland	19.443	76%	1.296	19.027	77%	1.268	38.470	77%	2.565
Haarlemmermeer	6.115	24%	408	5.594	23%	373	11.709	23%	781
GGD-regio Kennemerland	25.558	100%	1.704	24.621	100%	1.641	50.179	100%	3.345

Kanker komt vaker voor naarmate de bevolkingsomvang van een gemeente groter is en er meer oudere mensen in die gemeente woonachtig zijn ([3]). Bij het vergelijken van de kankerincidentie tussen verschillende populaties moet dan ook gebruik worden gemaakt van een ziektemaat die rekening houdt met de omvang en de leeftijdsopbouw van een populatie. In deze rapportage is dat het "**Comparative Incidence Figure" (CIF)**. In bijlage 2-9.4. wordt deze CIF uitvoerig besproken en wordt aangegeven hoe deze maat in dit rapport moet worden geïnterpreteerd. De CIF is berekend indien er meer dan 30 nieuwe gevallen in de geanalyseerde periode waren.

[3] zie bijlage 1: kanker en leeftijd.

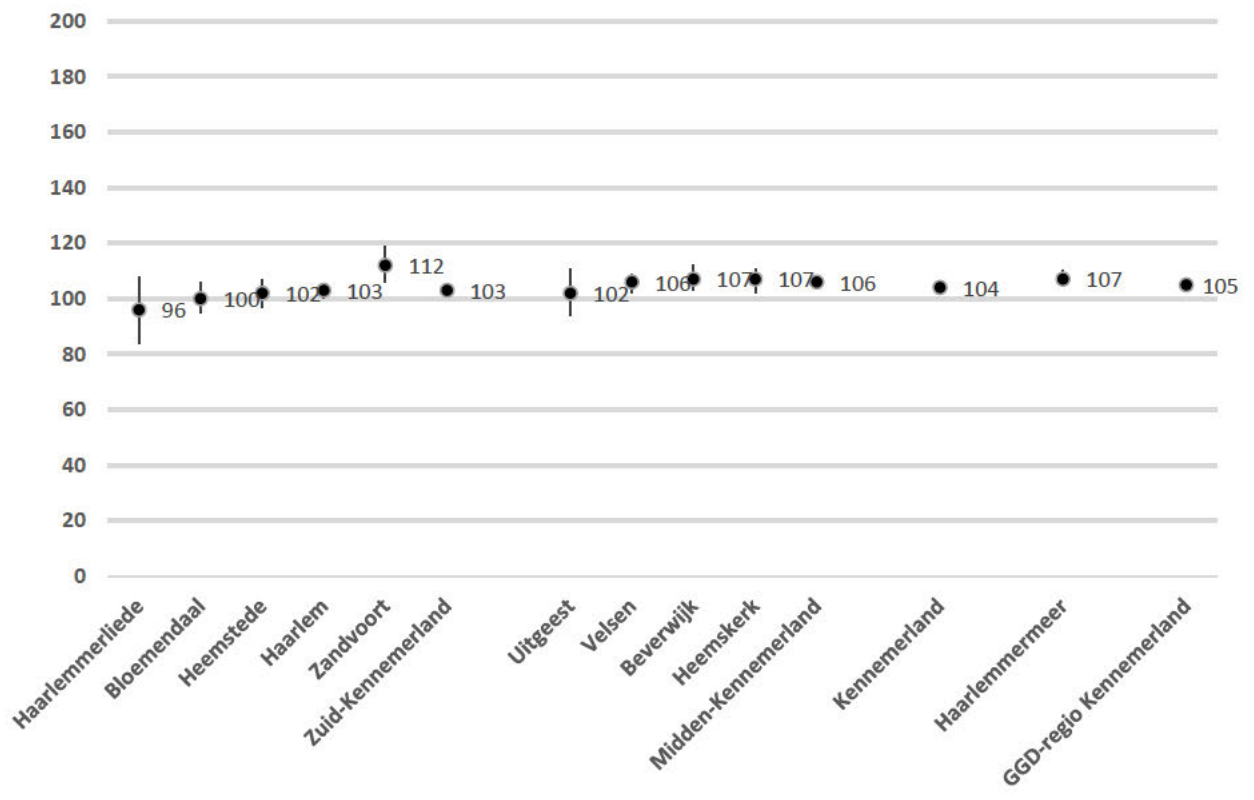
4.1 Per gemeente

Mannen

De CIF-waarden voor mannen in de gemeenten in de GGD-regio Kennemerland zijn weergegeven in figuur 4-1. Voor de regio als geheel bedraagt de CIF-waarde 105 ([4]) en is significant ([5]), waarmee wordt aangegeven dat de incidentie van kanker bij de mannen op een *licht verhoogd* niveau ligt.

In een aantal gemeenten is eveneens sprake van een afwijkend incidentieniveau. In Zandvoort is de incidentie *verhoogd* . De CIF bedraagt in deze gemeente 112 en is significant.
Van een *licht verhoogde* incidentie t.o.v. het landelijke niveau is sprake in Beverwijk (CIF=107), Heemskerk (CIF=107) en Velsen (CIF=106). Ook in de Haarlemmermeer is sprake van een *licht verhoogd* incidentieniveau (CIF=107). In alle andere gemeenten is sprake van een normaal incidentieniveau (zie ook tabel 9-1.1).

Figuur 4-1 : Vergelijking incidentie van kanker per gemeente in de GGD-regio Kennemerland met de incidentie in Nederland onder mannen, op basis van CIF's (2004 - 2018)



[4] zie bijlage 3: gegevens per regio/gemeente
[5] De grootte van het betrouwbaarheidsinterval van een CIF-waarde is, onder andere, afhankelijk van het aantal nieuwe gevallen van kanker: hoe groter de aantallen waarop het is berekend hoe kleiner het betrouwbaarheidsinterval. Om deze reden worden kleine afwijkingen van 100 (van 96 t/m 104), ook als deze statistisch significant zijn, toch als normaal beschouwd. Dergelijke kleine afwijkingen zijn bij grote aantallen dus altijd te vinden en zijn, hoewel statistisch significant, niet relevant.

Vrouwen

Voor de gehele regio Kennemerland is de incidentie van kanker bij de vrouwen eveneens *licht verhoogd*.

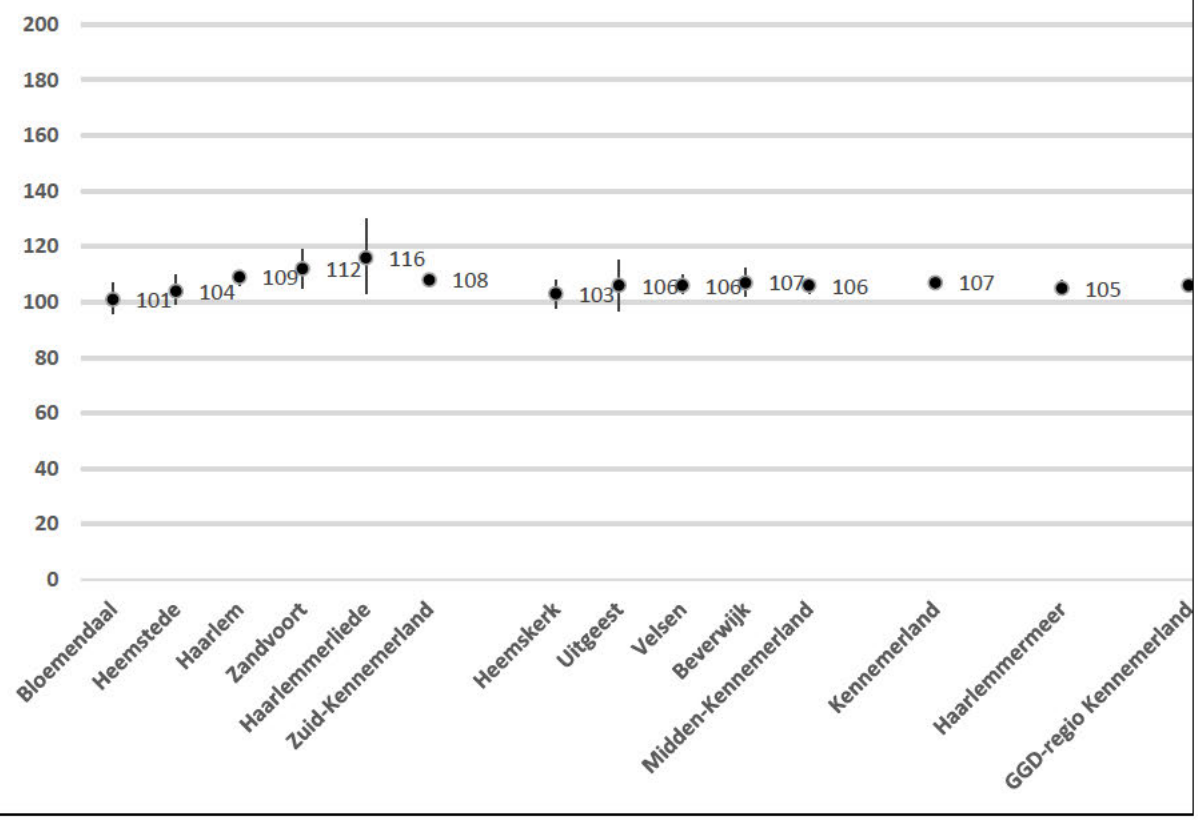
De CIF-waarde, weergegeven in figuur 4-2, bedraagt 106 en is significant en geeft daarmee aan dat de incidentie afwijkt van de landelijke incidentie.

Evenals bij de mannen geldt voor de vrouwelijke bevolking van Zandvoort dat de totale kankerincidentie *verhoogd* is t.o.v. het landelijke incidentieniveau. De CIF-waarde bedraagt 112 en is significant. Ook in Haarlemmerliede is sprake van een *verhoogd* incidentie niveau (CIF=116 en significant).

Gemeenten waar sprake is van een *licht verhoogde* incidentie zijn Haarlem (CIF=109), Beverwijk (CIF=107), Velsen (CIF=106), en Haarlemmermeer (CIF=105).

In de overige gemeenten is sprake van een incidentieniveau dat overeenkomt met het landelijke niveau.

Figuur 4-2 : Vergelijking incidentie van kanker per gemeente in de GGD-regio Kennemerland met de incidentie in Nederland onder vrouwen, op basis van CIF's (2004 - 2018)



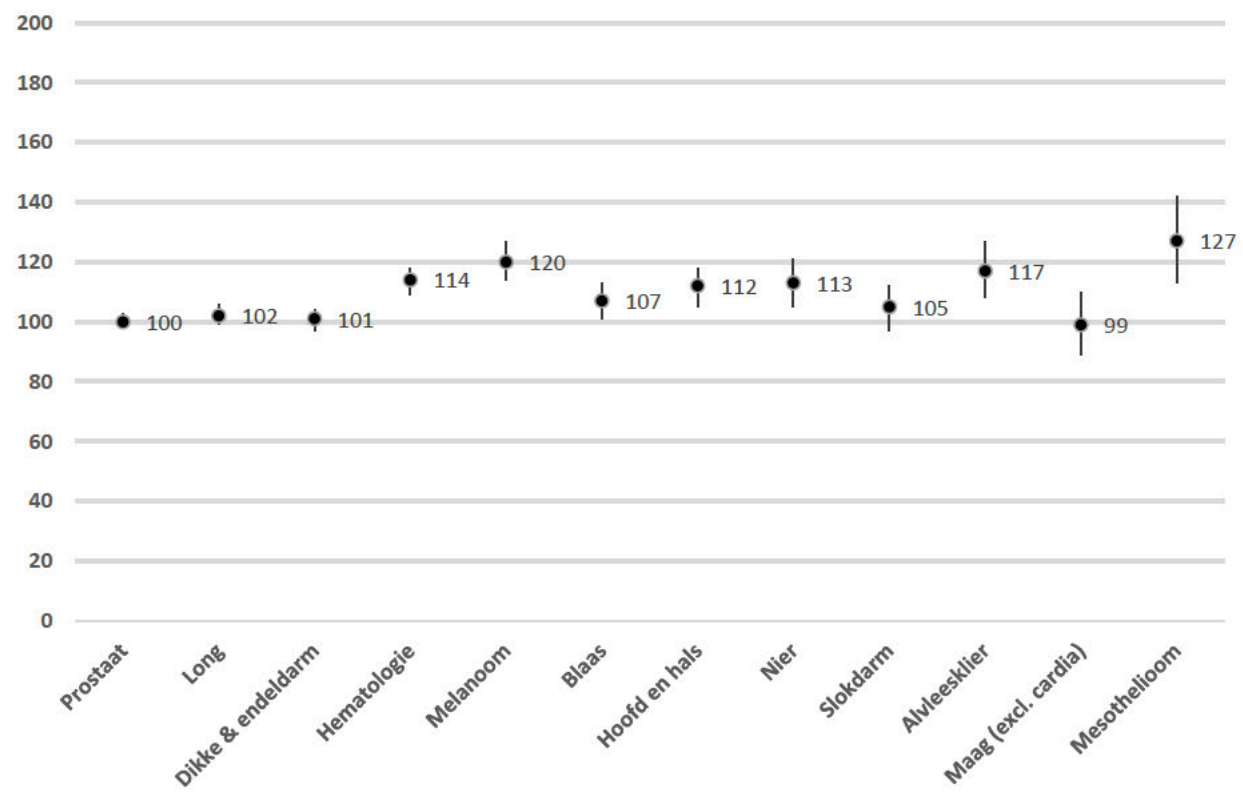
4.2 Per kankersoort

Mannen

In figuur 4-3 zijn de berekende CIF-waarden weergegeven per kankersoort ([6]) voor mannen in de GGD-regio Kennemerland. In de vorige paragraaf is geconstateerd dat de incidentie van kanker bij mannen licht verhoogd is. Maar dat beeld geldt niet voor alle soorten kanker. Bij de drie meest voorkomende vormen kanker (prostaat-, long- en darmkanker) is sprake van een normaal niveau.

Bij een aantal minder voorkomende vormen is wel sprake van een afwijkend niveau. Zo is de incidentie van blaaskanker (CIF=107) *licht verhoogd*. *Verhoogd* zijn de incidentie van mesothelioom (CIF=127), melanoom (CIF=120), alvleesklier (CIF= 117), hematologische maligniteiten (CIF=114), nier (CIF=113) en hoofd en hals (CIF=112).

Figuur 4-3 : Vergelijking incidentie van kanker per lokalisatie in de GGD-regio Kennemerland met die in Nederland onder mannen, op basis van CIF's (2004-2018)



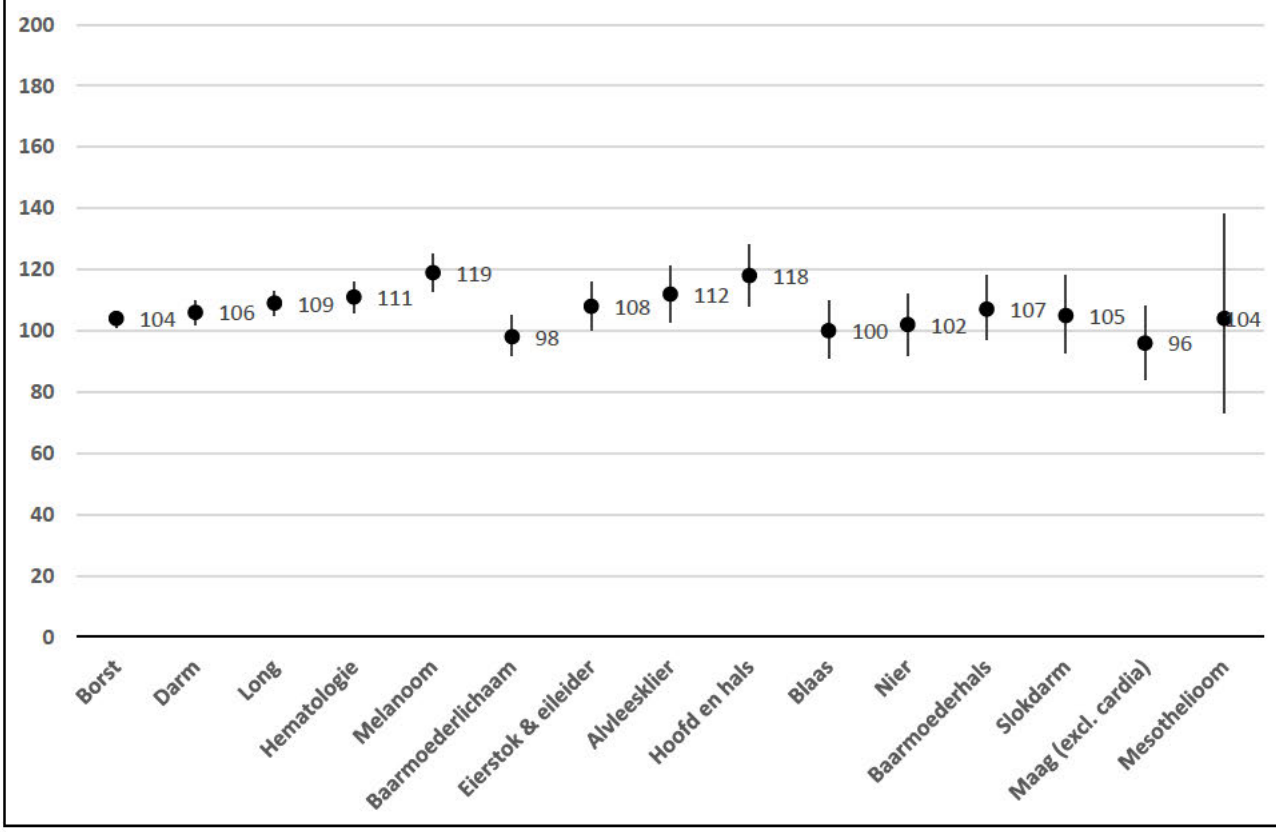
[6] Deze grafiek is gesorteerd op grootte van de CIF

Vrouwen.

In paragraaf 3.1 is geconstateerd dat ook de incidentie van kanker bij vrouwen licht hoger is dan de landelijke incidentie. Maar ook hier geldt dat dat beeld niet voor alle soorten kanker het geval is.
In figuur 4-4 zijn de berekende CIF-waarden weergegeven per kankersoort voor vrouwen in de GGD-regio Kennemerland.

De CIF-waarden van 6 van de beschreven kankersoorten zijn substantieel groter dan 100. In geval van melanoom (CIF=119), hoofd en halskanker (CIF=118) alvleesklierkanker (CIF=112) en hematologie (CIF=111) kan geconcludeerd worden dat de incidentie *verhoogd* is.
Bij longkanker (CIF=109) en darmkanker (CIF=106) is sprake van een *licht verhoogd* incidentieniveau.

Figuur 4-4 : Vergelijking incidentie van kanker per lokalisatie in de GGD-regio Kennemerland met die in Nederland onder vrouwen, op basis van CIF's (2004 - 2018)



Mesothelioom (borst- en buikvlieskanker)

Mesothelioom ofwel borst- en buikvlieskanker is een weinig voorkomende vorm van kanker, die bijna uitsluitend is ontstaan door (beroepsmatige) blootstelling aan asbest in de arbeidssituatie in het verleden. Vanwege de beroepsmatige blootstelling komt hij ook duidelijk meer voor bij mannen dan bij vrouwen. In de registratieperiode 2004-2018 zijn bij mannen in de GGD regio Kennemerland 281 patiënten met mesothelioom gediagnosticeerd, tegen 37 bij vrouwen.
Mesothelioom komt sterk verhoogd voor in de IJmond-gemeenten Beverwijk en Heemskerk, met als waarschijnlijke bronnen van blootstelling het basismetaal-industriegebied, andere industrieën en de scheepvaart. Ook in Haarlem is het optreden verhoogd. Een mogelijke bron van werk gerelateerde blootstelling daar was de werkplaats van de spoorwegen. In Velsen is er een tendens naar een verhoging.
In onderstaande tabel zijn de belangrijkste gegevens over mesothelioom weergegeven. Bij vrouwen is er geen sprake van verhogingen.

Tabel 4-2: Incidentie van mesothelioom bij mannen

	Aantal	CIF
GGD-regio Kennemerland	281	127
Midden-Kennemerland	120	169
Beverwijk	32	204
Haarlem	78	110
Heemskerk	35	186

5 Prevalentie

Het totale aantal personen dat op 31 december 2018 in leven was en bij wie na 31-12-2003 de diagnose kanker is gesteld noemen wij hier de 15-jaars prevalentie.

Landelijk gezien waren er 715.691 personen die op 31-12-2018 nog in leven waren en bij wie na 31-12-2003 de diagnose kanker is gesteld (tabel 5-1). Voor de GGD-regio Kennemerland bedraagt deze 15-jaars prevalentie 23.854 (3,33% van de landelijke prevalentie). De werkelijke prevalentie zal nog hoger zijn geweest, omdat er ook nog personen in leven waren bij wie voor 1-1-2004 kanker was geconstateerd. Dit betreft vooral personen bij wie in het verleden een relatief goed behandelbare aandoening is vastgesteld.

Per gemeente

Het feit dat de percentages per gemeente in onderstaande tabel ongeveer hetzelfde zijn als in tabel 4-1 is een indicatie dat er weinig verschillen zijn tussen gemeenten in de mate waarin patiënten overleven na het vaststellen van kanker. Op zijn beurt is dat weer een indicatie dat er geen of nauwelijks verschillen zijn tussen gemeenten in de toegankelijkheid en kwaliteit van de medische zorg voor kankerpatiënten.

Tabel 5-1: 15-jaars prevalentie per gemeente en naar geslacht per 31-12-2018

	Mannen	Perc.	Vrouwen	Perc.	Totaal	Perc.
Haarlem	2.726	25,0	3.582	27,6	6.308	26,4
Heemstede	719	6,6	841	6,5	1.560	6,5
Bloemendaal	617	5,7	723	5,6	1.340	5,6
Zandvoort	457	4,2	526	4,1	983	4,1
Haarlemmerliede	110	1,0	164	1,3	274	1,1
Zuid-Kennemerland	4.629	42,5	5.836	45,0	10.465	43,9
Velsen	1.448	13,3	1.655	12,8	3.103	13,0
Heemskerk	911	8,4	1.034	8,0	1.945	8,2
Beverwijk	795	7,3	923	7,1	1.718	7,2
Uitgeest	259	2,4	314	2,4	573	2,4
Midden-Kennemerland	3.413	31,3	3.926	30,3	7.339	30,8
Kennemerland	8.042	73,9	9.762	75,3	17.804	74,6
Haarlemmermeer	2.845	26,1	3.205	24,7	6.050	25,4
GGD-regio Kennemerland	10.887	100,0	12.967	100,0	23.854	100,0
Nederland	338.011		377.680		715.691	

Per kankersoort

Zo'n 22% van de totale prevalentie (tabel 5-2) betreft borstkanker (5.197 personen). Andere maligniteiten met een hoge prevalentie zijn prostaatkanker (3.264 personen of 13,7% van het totaal), darmkanker (3.217 personen of 13,5% van het totaal) en hematologische maligniteiten (10,2%).

Tabel 5-2 : Prevalentie per lokalisatie en geslacht in de regio Kennemerland per 31-12-2018

	Mannen	Perc.		Vrouwen	Perc.
Prostaat	3.264	30,0%	Borst	5.197	40,1%
Dikke & endeldarm	1.710	15,7%	Dikke & endeldarm	1.507	11,6%
Hematologie	1.344	12,3%	Melanoom van de huid	1.309	10,1%
Melanoom van de huid	976	9,0%	Hematologie	1.097	8,5%
Long	549	5,0%	Long	590	4,6%
Hoofd en hals	492	4,5%	Baarmoederlichaam	566	4,4%
Blaas & overige urinewegen	453	4,2%	Hoofd en hals	278	2,1%
Nier	365	3,4%	Eierstok & eileider	260	2,0%
Slokdarm	145	1,3%	Baarmoederhals	241	1,9%
Maag (excl. cardia)	54	0,5%	Nier	213	1,6%
Alvleesklier	32	0,3%	Blaas & overige urinewegen	145	1,1%
Mesothelioom	27	0,2%	Slokdarm	53	0,4%
			Maag (excl. cardia)	44	0,3%
			Alvleesklier	30	0,2%
			Mesothelioom	5	0,0%
Overig	1.476		Overig	1.432	11,0%
Totaal	10.887	100,0%	**Totaal**	12.967	100,0%

In tabel 5-3 op de volgende bladzijde wordt de verhouding tussen prevalentie en incidentie weergegeven. Deze verhouding is een indicatie van de mate waarin patiënten in leven zijn gebleven nadat de diagnose werd gesteld; met andere woorden, deze verhouding is een indicatie van de prognose.
Van alle personen is 47,5% bij wie in de periode 2004-2018 een vorm van kanker werd vastgesteld op 31 december 2018 nog in leven. Dit komt oveereen met het landelijke beeld.
Opvallend is de hoge prevalentie van het melanoom (9,6% van de totale prevalentie) tegen 5,7% van de totale incidentie). Ruim 80% van de personen bij wie melanoom is genosticeerd was op 13-12-2018 nog in leven.

Deze relatief hoge prevalentie wordt vooral veroorzaakt door de gunstige prognose en de relatief jonge leeftijd van patiënten met een melanoom. De prevalentie van longkanker is juist relatief laag (4,7% van het totaal bij 12% van de incidentie) door de slechte prognose van longkanker.

De overlevingskansen van patiënten zijn in het algemeen t.o.v de periode 1989-2003 gestegen. In die periode was de 15-jaars verhouding incidentie/prevalentie 36%. Voor dit verschijnsel geeft het IKA twee oorzaken. Ten eerste hebben veranderingen in incidentie van veel voorkomende vormen van kanker geleid tot gunstiger overlevingscijfers voor alle kankerpatiënten tezamen. Immers, een aantal vormen van kanker met een slechte prognose (met name longkanker, eierstokkanker en alvleesklierkanker) komt relatief steeds minder vaak voor, terwijl vormen van kanker met een relatief gunstige prognose (met name huidkanker, borstkanker en prostaatkanker) steeds vaker voorkomen. Ten tweede is de overleving, met name van patiënten met borstkanker, darmkanker en prostaatkanker, gestegen door verbeteringen in de medische behandeling. Omdat deze vormen van

kanker veel voorkomen werkt dat door in gunstiger overlevingscijfers voor alle kankerpatiënten tezamen([7]).

Tabel 5-3: Verhouding incidentie en prevalentie 2004 - 2018			
	Totale Incidentie	**Totale prevalentie**	**Verhouding**
Melanoom van de huid	2.841	2.285	80,4%
Borst	6.892	5.227	75,8%
Prostaat	4.987	3.264	65,5%
Baarmoederlichaam	866	566	65,4%
Baarmoederhals	377	241	63,9%
Hematologie	4.683	2.441	52,1%
Nier	1.139	578	50,7%
Dikke & endeldarm	6.413	3.217	50,2%
Hoofd en hals	1.575	770	48,9%
Eierstok & eileider	696	260	37,4%
Blaas & overige urinewegen	1.658	598	36,1%
Slokdarm	994	198	19,9%
Long	5.899	1.139	19,3%
Maag (excl. cardia)	590	98	16,6%
Mesothelioom	318	32	10,1%
Alvleesklier	1.176	62	5,3%
Overig	9.075	2.878	31,7%
Totaal	50.179	23.854	47,5%
Nederland	1.496.434	715.691	47,8%

Betere overleving door betere behandeling en door screening

Voor veel vormen van kanker in Nederland geldt dat de prognose c.q. de kans om na een aantal jaren nog in leven te zijn de afgelopen decennia sterk is verbeterd door betere behandeling, en voor borstkanker en darmkanker door vroege opsporing met een bevolkingsonderzoek (screening). ([8])
In onderstaande tabel zijn de verschillen met de vorige registratieperiode samengevat voor de vijf veel voorkomende vormen van kanker.

Tabel 5-4: Nog in leven aan einde registratieperiode – meest voorkomende vormen van kanker		
*(percentages berekend over de subregio Kennemerland) **		
	1989-2003	*2004-2018*
Borstkanker	64%	76%
Prostaatkanker	44%	65%
Longkanker	12%	19%
Darmkanker	35%	49%
Hematologische kanker	51%	34%
Melanoom	75%	79%

* In de eerste registratieperiode 1989-2003 had GGD Kennemerland niet de beschikking over de gegevens van de gemeente Haarlemmermeer

[7] IKA 2004, blz 12.
[8] RIVM 2019

6 Vijf veel voorkomende typen kanker nader bekeken

6.1 Borstkanker

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van invasieve kanker in Nederland (de meeste vormen van huidkanker dus niet meegerekend). Verreweg het grootste deel komt voor bij vrouwen, borstkanker bij mannen is zeldzaam.
Er zijn een aantal risicofactoren bekend. Voor een deel hangen deze samen met de vruchtbare periode bij de vrouw. Het betreft het krijgen van de eerste menstruatie op jonge leeftijd, late overgang, het gebruik van de pil, kinderloosheid, en eerste voldragen zwangerschap op latere leeftijd. Daarnaast zijn risicofactoren borstkanker in de familie, overgewicht na de overgang, hormoongebruik in de overgang, en alcoholgebruik. Beschermende factoren zijn het geven van borstvoeding en regelmatige lichamelijke activiteit.([9])
Vroege opsporing is zinvol aangezien door screening in de vorm van een mammografie de diagnose vaker kan worden gesteld op het moment dat de lymfeklieren in de oksel nog niet zijn aangetast. De ziekte kan dan effectiever worden behandeld.

De aantallen

In het volgende gedeelte worden de absolute aantallen in regio en gemeenten besproken, de incidenties. Het is niet zinvol om het aantal in een gemeente te vergeleken met dat van een andere gemeente, wegens verschillen in inwoneraantal en leeftijdsopbouw. Voor de vergelijking tussen gemeenten, zie het volgende gedeelte van de paragraaf, 'Vergelijking met Nederland'.

Borstkanker is in de periode 2004-2018 de meest voorkomende kanker in de GGD-regio Kennemerland, net als in de periode 1989-2003. In totaal werden 6.849 nieuwe gevallen geregistreerd (tabel 6-1). Dat is een incidentie van gemiddeld 457 per jaar.

Tabel 6-1 : Incidentie van borstkanker per gemeente in Kennemerland 2004–2018

	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal	Gemiddeld	Percentage
Bloemendaal	121	103	123	347	23	5%
Haarlem	627	663	664	1.954	130	29%
Haarlemmerliede c.a.	24	26	29	79	5	1%
Heemstede	138	148	160	446	30	7%
Zandvoort	108	87	95	290	19	4%
Zuid-Kennemerland	1.018	1.027	1.071	3.116	208	45%
Beverwijk	150	143	175	468	31	7%
Heemskerk	131	178	229	538	36	8%
Uitgeest	34	44	76	154	10	2%
Velsen	297	306	322	925	62	14%
Midden-Kennemerland	612	671	802	2.085	139	30%
Kennemerland	1.630	1.698	1.873	5.201	347	76%
Haarlemmermeer	446	594	608	1.648	110	24%
GGD-regio Kennemerland	2.076	2.292	2.481	6.849	457	100%

[9] RIVM 2019

Als naar het verloop in deze analyseperiode wordt gekeken dan is de incidentie gestegen van gemiddeld 415 per jaar in de periode 2004-2008 naar 496 in de periode 2014-2018. Een toename van bijna 20%.
Weglating van de gemeente Haarlemmermeer uit de aantallen laat een toename zien voor Kennemerland (Midden- en Zuid-Kennemerland) van 239 per jaar in de periode 1989-2003 ([10]) tot 375 in de periode 2014-2018, een toename van 57%.

De vergelijking met Nederland – verschillen tussen gemeenten

Met de gegevens in het volgende gedeelte is het mogelijk om een vergelijking te maken met het gemiddelde in Nederland, door middel van het zogenaamde verhoudingsgetal CIF. Daarmee kan ook een vergelijking tussen afzonderlijke gemeenten worden gemaakt. In het tekstblok wordt de CIF verder toegelicht.

Vergelijking met Nederland – het verhoudingsgetal CIF

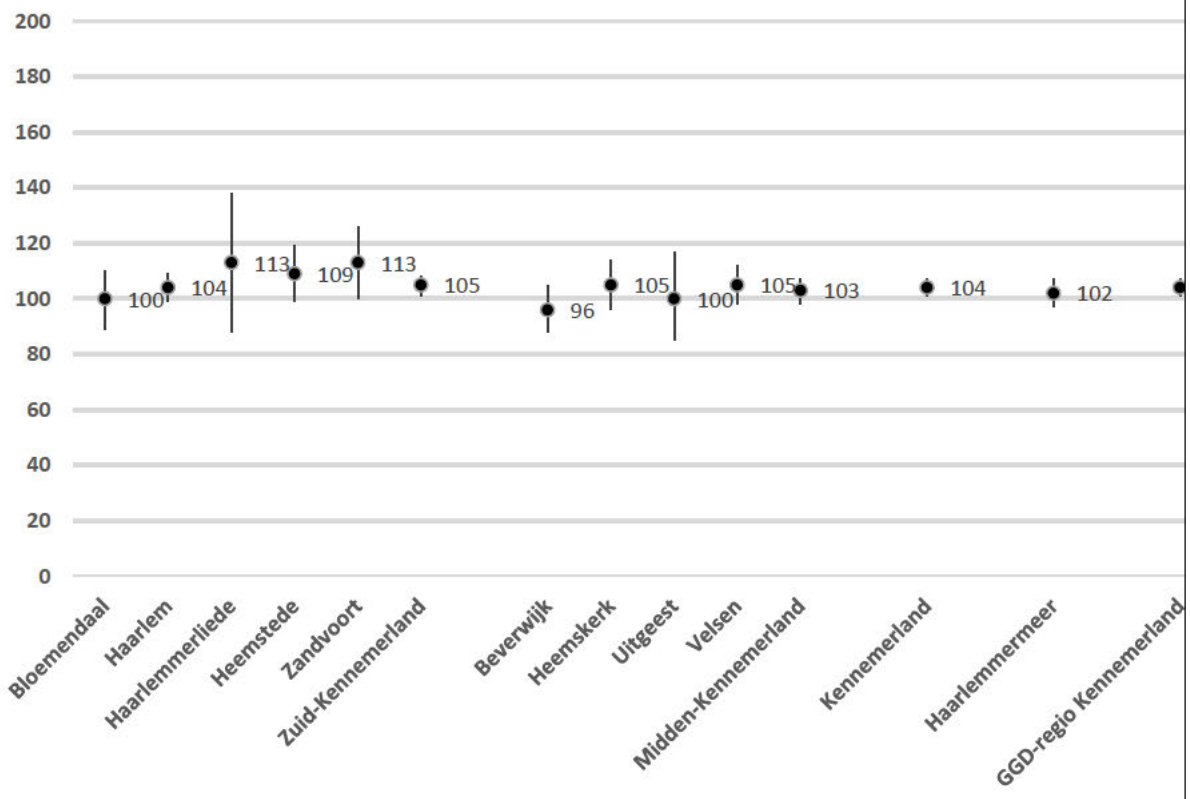
De incidentie, het aantal nieuwe gevallen van kanker, is groter als een gemeente meer inwoners heeft. Daarom heeft het meestal weinig zin om incidenties tussen gemeenten onderling te vergelijken. Bovendien zijn er verschillen tussen gemeenten die samenhangen met de leeftijdsopbouw van de bevolking. Het optreden van bijna alle vormen van kanker neemt namelijk sterk toe met de leeftijd.
Om toch een vergelijking tussen gemeenten en met het gemiddelde in Nederland mogelijk te maken, zijn aparte berekeningen gedaan. Dit geeft uitkomsten die onafhankelijk zijn van het inwonersaantal en van de leeftijdsopbouw van een gemeente. Hiervoor zijn de voor leeftijd gecorrigeerde verschillen uitgedrukt in het verhoudingsgetal CIF, waarmee het verschil met het gemiddelde in Nederland wordt uitgedrukt.
Een CIF van 100 bij een gemeente wil zeggen dat de incidentie van de betreffende vorm van kanker in die gemeente exact overeenkomt met het gemiddelde in Nederland, nadat is gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Het verschil met 100 geeft ongeveer aan in welke mate in die gemeente deze kanker procentueel gezien vaker of minder vaak voorkomt. Een CIF van 115 wil zeggen dat de kanker ongeveer 15% meer voorkomt in die gemeente dan gemiddeld in Nederland, gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Bij een CIF van 85 is er sprake van ongeveer 15% minder vaak voorkomen.

In figuur 6-1 wordt de incidentie van borstkanker per gemeente vergeleken met de incidentie in Nederland. Uit deze figuur is af te leiden dat de incidentie van borstkanker in de GGD-regio Kennemerland ongeveer op het landelijke incidentieniveau ligt (CIF=102).
Alle gemeenten afzonderlijk bekijkend is Zandvoort de enige gemeente waarbij sprake is van een afwijkend incidentieniveau. In deze gemeente is er een *tendens naar verhoogde* incidentie. (CIF=113, statistisch niet-significant).

In de andere negen gemeenten komt de incidentie ongeveer overeen met de landelijke incidentie van borstkanker. Wel is de totale incidentie in de regio Zuid-Kennemerland als gemiddelde licht verhoogd (CIF=105, statistisch significant).

[10] GGD 2007

Figuur 6-1 : Vergelijking van de incidentie per gemeente van borstkanker in Kennemerland met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)



Duiding van de uitkomsten

Er waren geen bijzonderheden bij het vóórkomen van borstkanker in de regio.

Prevalentie

Op 1 januari 2019 waren bijna 5.200 vrouwen die in de periode 2004-2018 borstkanker hadden gekregen nog in leven (tabel 6-2 op de volgende bladzijde). Dat is bijna 76% van de incidentie in die periode. Ter vergelijking: in Kennemerland was het betreffende percentage voor de periode 1989-2003 nog 64% ([11]).

[11] GGD 2007

Tabel 6-2 : Prevalentie (*) van borstkanker per gemeente in Kennemerland per 1-1-2019

	Aaantal	Percentage
Bloemendaal	272	5%
Haarlem	1.434	28%
Haarlemmerliede c.a.	65	1%
Heemstede	329	6%
Zandvoort	211	4%
Zuid-Kennemerland	2.311	44%
Beverwijk	342	7%
Heemskerk	432	8%
Uitgeest	124	2%
Velsen	678	13%
Midden-Kennemerland	1.576	30%
Kennemerland	3.887	75%
Haarlemmermeer	1.310	25%
GGD-regio Kennemerland	5.197	100%

(*) Het aantal personen dat op 31 december 2018 in leven was en bij wie na 01-01-2004 de diagnose kanker is gesteld.

6.1 Prostaatkanker

Prostaatkanker is een vorm van kanker die alleen bij mannen voorkomt. Voor de periode 2004-2018 is het de meest voorkomende kanker bij mannen in de GGD-regio Kennemerland.
Over de factoren die bijdragen tot het ontstaan van prostaatkanker is niet veel bekend. Het is een ouderdomsziekte, de incidentie neemt toe met het stijgen van de leeftijd. Prostaatkanker komt vooral voor bij mannen ouder dan zestig jaar. Voor het vijftigste levensjaar is prostaatkanker zeldzaam. Daarnaast spelen mannelijke geslachtshormonen een rol, maar hoe precies is nog onbekend. Verder is prostaatkanker bij een klein percentage erfelijk bepaald.([12])

De aantallen

In dit gedeelte worden de absolute aantallen in regio en gemeenten besproken, de incidenties. Het is niet zinvol om het aantal in een gemeente te vergeleken met dat van een andere gemeente, wegens verschillen in inwoneraantal en leeftijdsopbouw. Voor de vergelijking tussen gemeenten, zie het volgende gedeelte van de paragraaf, 'Vergelijking met Nederland'.

De regionale incidentie van prostaatkanker in de periode 2004-2018 bedraagt 4.987. Dat is gemiddeld 332 per jaar. De incidentie in de drie vijfjaarsperioden varieerde van 313 in 2004-2008 tot 348 in de periode 2009-2013. Ter vergelijking: in de periode 1989-2003 was er bij prostaatkanker nog sprake van een stijging van 27% over de toenmalige drie vijfjaarsperioden ([13]).

Tabel 6-3 : Incidentie van prostaatkanker per gemeente in Kennemerland 2004–2018

	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal	Gemiddeld	Percentage
Bloemendaal	105	106	106	317	21	6%
Haarlem	388	416	389	1.193	80	24%
Haarlemmerliede c.a.	18	15	18	51	3	1%
Heemstede	112	116	113	341	23	7%
Zandvoort	82	86	52	220	15	4%
Zuid-Kennemerland	705	739	678	2.122	141	43%
Beverwijk	93	143	130	366	24	7%
Heemskerk	114	166	168	448	30	9%
Uitgeest	36	54	40	130	9	3%
Velsen	194	268	233	695	46	14%
Midden-Kennemerland	437	631	571	1.639	109	33%
Kennemerland	1.142	1.370	1.249	3.761	251	75%
Haarlemmermeer	425	370	431	1.226	82	25%
GGD-regio Kennemerland	1.567	1.740	1.680	4.987	332	100%
Nederland	48.319	55.724	56.349	160.392	10.693	

[12] RIVM 2019
[13] GGD 2007

De vergelijking met Nederland – verschillen tussen gemeenten

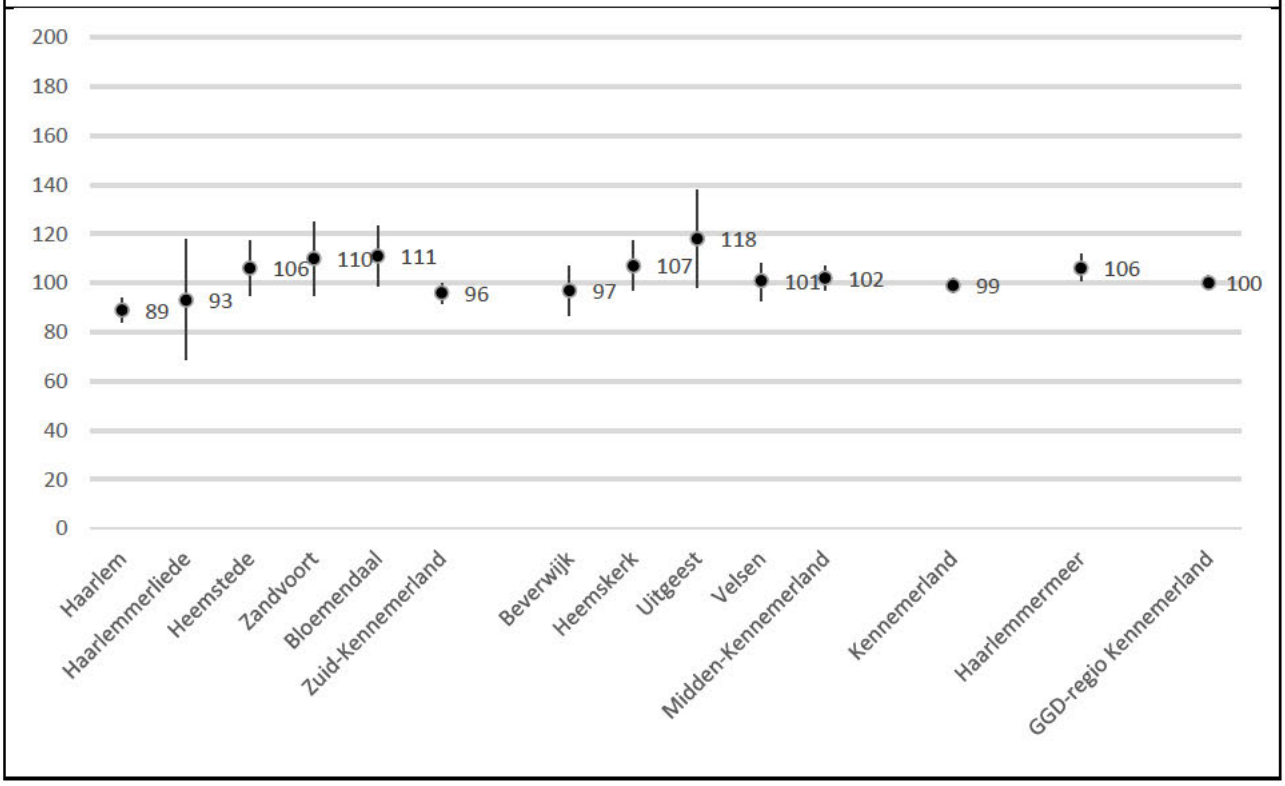
Met de gegevens in dit gedeelte is het mogelijk om een vergelijking te maken met het gemiddelde in Nederland, door middel van het zogenaamde verhoudingsgetal CIF. Daarmee kan ook een vergelijking tussen afzonderlijke gemeenten worden gemaakt. In het tekstblok wordt de CIF verder toegelicht.

Vergelijking met Nederland – het verhoudingsgetal CIF

De incidentie, het aantal nieuwe gevallen van kanker, is groter als een gemeente meer inwoners heeft. Daarom heeft het meestal weinig zin om incidenties tussen gemeenten onderling te vergelijken. Bovendien zijn er verschillen tussen gemeenten die samenhangen met de leeftijdsopbouw van de bevolking. Het optreden van bijna alle vormen van kanker en ook longkanker neemt namelijk sterk toe met de leeftijd.
Om toch een vergelijking tussen gemeenten en met het gemiddelde in Nederland mogelijk te maken, zijn aparte berekeningen gedaan. Dit geeft uitkomsten die onafhankelijk zijn van het inwonersaantal en van de leeftijdsopbouw van een gemeente. Hiervoor zijn de voor leeftijd gecorrigeerde verschillen uitgedrukt in het verhoudingsgetal CIF, waarmee het verschil met het gemiddelde in Nederland wordt uitgedrukt.
Een CIF van 100 bij een gemeente wil zeggen dat de incidentie van de betreffende vorm van kanker in die gemeente exact overeenkomt met het gemiddelde in Nederland, zoals gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Het verschil met 100 geeft ongeveer aan in welke mate in die gemeente deze kanker procentueel gezien vaker of minder vaak voorkomt. Een CIF van 115 wil zeggen dat de kanker ongeveer 15% meer voorkomt in die gemeente dan gemiddeld in Nederland, gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Bij een CIF van 85 is er sprake van ongeveer 25% minder vaak voorkomen.

In figuur 6-2 wordt het incidentiecijfer van prostaatkanker per gemeente vergeleken met het incidentiecijfer in Nederland. Uit deze figuur is af te leiden dat deze voor de gehele GGD-regio Kennemerland identiek is aan Nederland (CIF=100).
In de gemeente Haarlemmermeer waren relatief veel nieuwe gevallen van prostaatkanker geconstateerd. De CIF-waarde was hier 106, statistisch significant. Dit komt overeen met jaarlijks 5 extra gevallen. In Haarlem was het incidentiecijfer met 89 juist statistisch significant verlaagd. Daarnaast was er sprake van een *tendens* naar verhoogde incidentie in Bloemendaal en Uitgeest. In deze gemeenten waren de gevonden CIF-waarde weliswaar wat groter (CIF 111 respectievelijk 107), maar dat was statistisch niet-significant. In de overige gemeenten kunnen de incidentieniveaus als normaal worden beschouwd.

Figuur 6-2 : Vergelijking van de incidentie per gemeente van prostaatkanker in Kennemerland met die in Nederland op basis van CIF's (1989-2003) (*)



Duiding van de uitkomsten

Bij mannen in de gemeente Haarlemmermeer was het aantal nieuwe gevallen van prostaatkanker hoger dan gemiddeld in Nederland, gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. In Haarlem was het juist minder.
Van prostaatkanker zijn geen risicofactoren bekend op het vlak van leefstijl en leefomgeving. Er is geen verklaring voor het verhoogd optreden in de gemeente Haarlemmermeer.

Prevalentie

Op 1 januari 2019 waren ongeveer 3.200 mannen die in de periode 2004-2018 prostaatkanker hadden gekregen nog in leven (tabel 6-2).

Tabel 6-4 : Prevalentie (*) van prostaatkanker per gemeente in Kennemerland per 1-1-2019		
	Aantal	**Percentage**
Bloemendaal	206	6%
Haarlem	719	22%
Haarlemmerliede c.a.	29	1%
Heemstede	235	7%
Zandvoort	152	5%
Zuid-Kennemerland	1.341	41%
Beverwijk	252	8%
Heemskerk	287	9%
Uitgeest	88	3%
Velsen	435	13%
Midden-Kennemerland	1.062	33%
Kennemerland	2.403	74%
Haarlemmermeer	861	26%
GGD-regio Kennemerland	3.264	100%
Nederland	106.992	

(*) Het aantal personen dat op 31 december 2018 in leven was en bij wie na 01-01-2004 de diagnose kanker is gesteld.

6.2 Longkanker

Bij ruim 85% is roken de oorzaak van het ontstaan van longkanker. Daarnaast spelen omgevingsfactoren mee zoals blootgesteld zijn aan sigarettenrook in de omgeving (passief roken) en de werk relateerde blootstelling aan stoffen en asbest. ([14]) Ook luchtverontreiniging door fijn stof kan longkanker veroorzaken. ([15])

De aantallen

In het volgende gedeelte worden de absolute aantallen in regio en gemeenten besproken, de incidenties. Het is niet zinvol om het aantal in een gemeente te vergeleken met dat van een andere gemeente, wegens verschillen in inwoneraantal en leeftijdsopbouw. Voor de vergelijking tussen gemeenten, zie het volgende gedeelte van de paragraaf, 'Vergelijking met Nederland'.

In de periode 2004-2018 werden in de GGD-regio Kennemerland 5.899 nieuwe kwaadaardige longtumoren vastgesteld (tabel 6-5). Dat betekent voor de gehele onderzoeksperiode een gemiddeld aantal van 393 per jaar. Bij de mannen vertegenwoordigen de 3.409 geregistreerde maligniteiten één vijfde van alle maligniteiten. Bij vrouwen komt het aantal longkankers overeen met 10% van het totaal aantal kankers, dus de helft van de incidentie bij mannen. In 1989-2003 was dit bij vrouwen voor Kennemerland nog 7% ([16]).

Tabel 6-5 : Incidentie van longkanker per gemeente in Kennemerland 1989–2003 per geslacht

	Mannen						Vrouwen					
	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal	Gem	Perc.	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal	Gem	Perc.
Bloemendaal	49	45	42	136	9	4%	25	28	37	90	6	4%
Haarlem	336	332	324	992	66	29%	238	273	270	781	52	31%
Haarlemmerliede c.a.	10	11	8	29	2	1%	12	5	9	26	2	1%
Heemstede	60	65	62	187	12	5%	40	51	49	140	9	6%
Zandvoort	33	49	48	130	9	4%	31	40	49	120	8	5%
Zuid-Kennemerland	488	502	484	1.474	98	43%	346	397	414	1.157	77	46%
Beverwijk	115	111	85	311	21	9%	50	73	89	212	14	9%
Heemskerk	86	93	112	291	19	9%	60	43	86	189	13	8%
Uitgeest	18	26	29	73	5	2%	11	17	16	44	3	2%
Velsen	150	165	173	488	33	14%	96	117	129	342	23	14%
Midden-Kennemerland	369	395	399	1.163	78	34%	217	250	320	787	52	32%
Kennemerland	857	897	883	2.637	176	77%	563	647	734	1.944	130	78%
Haarlemmermeer	244	240	288	772	51	23%	121	183	242	546	36	22%
GGD-regio Kennemerland	1.101	1.137	1.171	3.409	227	100%	684	830	976	2.490	166	100%
Nederland	33.984	36.209	36.331	106.524	7.102		18.675	23.901	28.525	71.101	4.740	

[14] RIVM 2019
[15] RIVM 2019
[16] GGD 2007

De incidentie van longkanker steeg per saldo van gemiddeld 357 per jaar in de periode 2004-2008 naar 429 in de periode 2014-2018. Bij mannen steeg deze incidentie van gemiddeld 220 naar 234 per jaar (+6%). Bij vrouwen was de stijging groter, van gemiddeld 137 per jaar in de periode 2004-2008 naar 195 in de periode 2014-2018 (+43%). Hierdoor is het aandeel van vrouwen in de totale longkankerincidentie zoals gezegd gestegen tot 50%.
Voor de subregio Kennemerland zijn deze percentages vergelijkbaar. In de periode 1989-2003 was er in deze regio nog sprake van een daling van de gemiddelde jaarlijkse incidenties van longkanker bij mannen over de verschillende vijf-jaars-perioden ([17]).

De vergelijking met Nederland – verschillen tussen gemeenten

Met de gegevens in het volgende gedeelte is het mogelijk om een vergelijking te maken met het gemiddelde in Nederland, door middel van het zogenaamde verhoudingsgetal CIF. Daarmee kan ook een vergelijking tussen afzonderlijke gemeenten worden gemaakt. In het tekstblok wordt de CIF verder toegelicht.

Vergelijking met Nederland – het verhoudingsgetal CIF

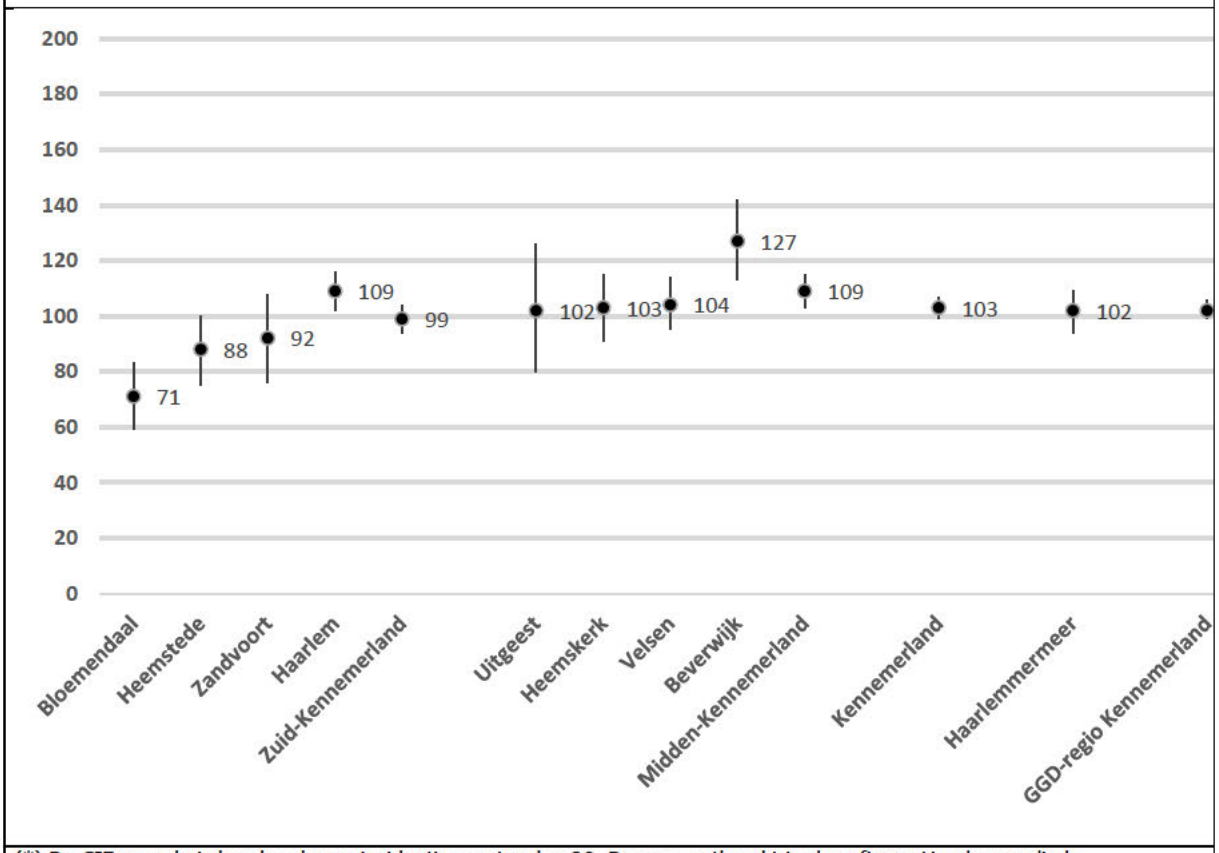
De incidentie, het aantal nieuwe gevallen van kanker, is groter als een gemeente meer inwoners heeft. Daarom heeft het meestal weinig zin om incidenties tussen gemeenten onderling te vergelijken. Bovendien zijn er verschillen tussen gemeenten die samenhangen met de leeftijdsopbouw van de bevolking. Het optreden van bijna alle vormen van kanker neemt namelijk sterk toe met de leeftijd.
Om toch een vergelijking tussen gemeenten en met het gemiddelde in Nederland mogelijk te maken, zijn aparte berekeningen gedaan. Dit geeft uitkomsten die onafhankelijk zijn van het inwonersaantal en van de leeftijdsopbouw van een gemeente. Hiervoor zijn de voor leeftijd gecorrigeerde verschillen uitgedrukt in het verhoudingsgetal CIF, waarmee het verschil met het gemiddelde in Nederland wordt uitgedrukt.
Een CIF van 100 bij een gemeente wil zeggen dat de incidentie van de betreffende vorm van kanker in die gemeente exact overeenkomt met het gemiddelde in Nederland, nadat is gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Het verschil met 100 geeft ongeveer aan in welke mate in die gemeente deze kanker procentueel gezien vaker of minder vaak voorkomt. Een CIF van 115 wil zeggen dat de kanker ongeveer 15% meer voorkomt in die gemeente dan gemiddeld in Nederland, gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Bij een CIF van 85 is er sprake van ongeveer 15% minder vaak voorkomen.

[17] GGD 2007

Mannen

Uit figuur 6-3 blijkt dat het incidentiecijfer in de gehele GGD-regio ongeveer op het landelijke incidentieniveau ligt (CIF=102).

Figuur 6-3 : Vergelijking van de incidentie per gemeente van longkanker in Kennemerland met die in Nederland voor mannen op basis van CIF's (2004-2018) (*)



(*) De CIF-waarde is berekend voor incidenties groter dan 30. Daarom ontbreekt in deze figuur Haarlemmerliede.

Op gemeentelijk niveau springen een aantal gemeenten in het oog. Zo is het incidentiecijfer in Bloemendaal *verlaagd* (CIF=71, statistisch significant), Heemstede laat een *tendens naar verlaagde* incidentie zien (CIF=88, statistisch niet significant). In Beverwijk is het incidentiecijfer bij mannen *verhoogd* en in Haarlem *licht verhoogd*. In deze twee gemeenten zijn de CIF-waarden respectievelijk 127 en 109, beide statistisch significant.

Gemiddeld voor de vier gemeenten van Midden-Kennemerland (de IJmond) is per saldo eveneens sprake van een *licht verhoogd* incidentiecijfer van 109, statistisch significant. In 1989-2003 was in deze regio nog sprake van een normaal incidentiecijfer. In Beverwijk was er destijds bij mannen alleen sprake van een tendens naar een verhoogd incidentiecijfer (CIF=112, niet statistisch significant) ([18]).

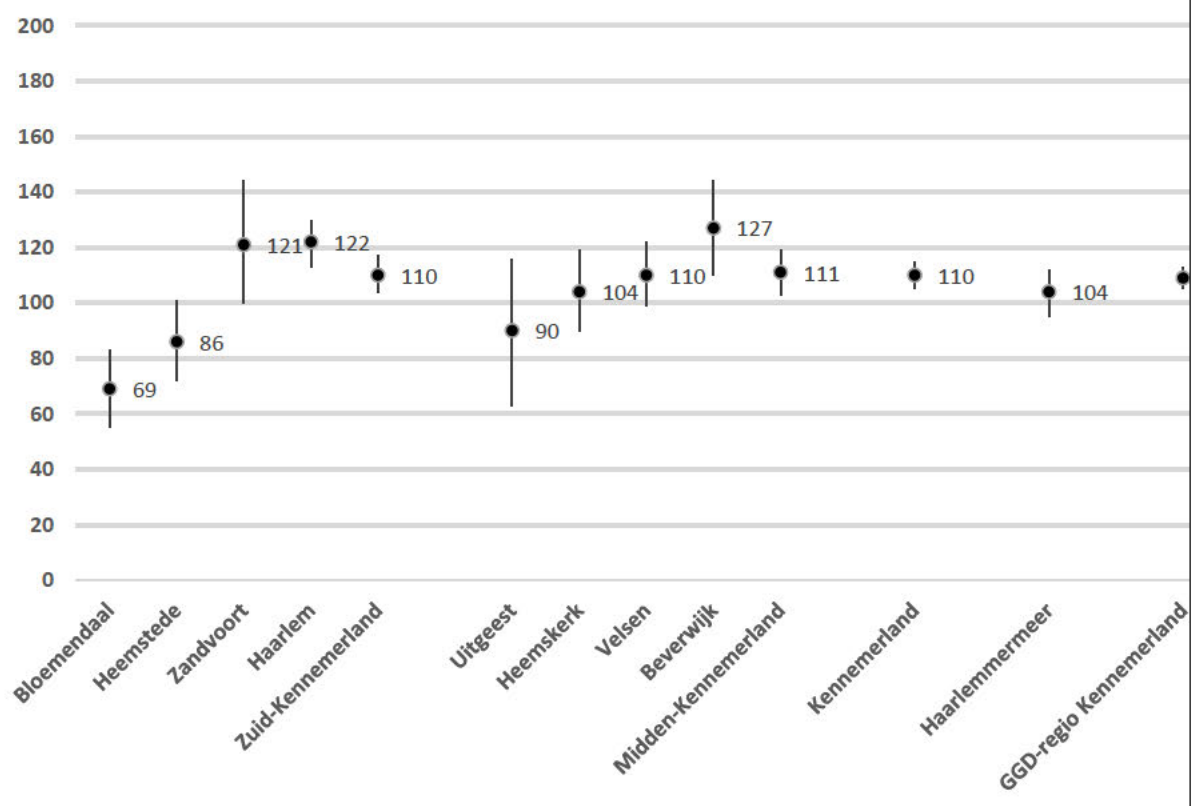
Vrouwen

Bij de vrouwen zien we in figuur 6-4 een ander beeld. In totaal voor de gehele GGD-regio is er sprake van een *licht verhoogd* incidentieniveau. De CIF-waarde waarde bedraagt 109 en is statistisch significant, wat impliceert dat er aantoonbaar meer nieuwe gevallen van longkanker zijn geconstateerd

[18] GGD 2007

in vergelijking met het landelijke incidentiecijfer. De incidentiecijfers zijn voor de subregio's Kennemerland en Zuid-Kennemerland eveneens licht verhoogd. In Midden-Kennemerland (de IJmond) is volgens onze classificatiesystematiek sprake van een incidentiecijfer voor longkanker bij vrouwen dat *verhoogd* is met een statistisch significante CIF van 111.

Figuur 6-4 : Vergelijking van de incidentie per gemeente van longkanker in Kennemerland met die in Nederland voor vrouwen op basis van CIF's (2004-2018 (*)



(*) De CIF-waarde is berekend voor incidenties groter dan 30. Daarom ontbreekt in deze figuur Haarlemmerliede.

Alle gemeenten afzonderlijk bekijkend blijken Beverwijk en Haarlem gemeenten te zijn waarbij gesproken kan worden van *verhoogde* incidentiecijfers. In deze gemeenten zijn de cif-waarde respectievelijk 127 en 122 en statistisch significant. In Zandvoort is sprake van een *tendens naar verhoogde* incidentie (CIF=121, statistisch niet significant).
Gemeenten waar bij vrouwen sprake is van een *(sterk) verlaagd* of een *tendens naar een verlaagd* incidentieniveau van longkanker, zijn Bloemendaal en Heemstede (CIF=69 en 86, respectievelijk wel en niet statistisch significant).

Duiding van de uitkomsten

In de tabel 6-5 is voor longkanker voor mannen en vrouwen de incidentie per gemeente weergegeven, dit is het aantal nieuw opgetreden gevallen van longkanker in de registratieperiode. Deze aantallen verschillen sterk tussen gemeenten, vooral vanwege verschillen in inwoneraantal. Daarnaast zullen er verschillen zijn die samenhangen met de leeftijdsopbouw (niet weergegeven). Het optreden van bijna alle vormen van kanker neemt namelijk sterk toe met de leeftijd.

In figuur 6-3 en 6-4 is weergegeven of er verschillen zijn tussen gemeenten wanneer er statistisch is gecorrigeerd voor eventuele verschillen door leeftijd. Dit is gedaan met het verhoudingsgetal CIF. Een CIF van 115 betekent dat de betreffende vorm van kanker ongeveer 15% meer voorkomt in een gemeente dan gemiddeld in Nederland, gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Zie verder de tekstbox voor een toelichting over de CIF

Zoals is te zien in de figuren 6-3 en 6-4, is de incidentie van longkanker statistisch significant verhoogd in de gemeenten Beverwijk en in Haarlem, gecorrigeerd voor de invloed van leeftijd. In Beverwijk was de CIF voor zowel mannen als vrouwen 127; in Haarlem was de CIF voor mannen 109 en voor vrouwen 122. In de gemeente Bloemendaal komt longkanker bij mannen en vrouwen in verhouding tot gemiddeld Nederland significant minder vaak voor.

De vraag is nu of hier verklaringen voor kunnen worden gegeven.

Risicofactoren voor het optreden van longkanker zijn onder meer roken, meeroken, beroepsmatige blootstelling aan stoffen zoals zware metalen en asbest (RIVM 2020) en luchtverontreiniging in de leef- en werkomgeving (RIVM 2020, IARC 2013).

Welke van deze risicofactoren zouden een (gedeeltelijke) verklaring kunnen zijn voor de bovengenoemde bevindingen in de drie gemeenten in Kennemerland?

Bij kanker ligt er doorgaans een lange tijd tussen de invloed van de schadelijke stoffen en het manifest worden van de ziekte. Van roken is bekend dat dit een periode is van gemiddeld 20 tot 30 jaar voordat longkanker kan optreden ([19]).
De in dit rapport gerapporteerde gegevens over longkanker hebben betrekking op de periode 2004-2018. De voor het ontstaan van longkanker relevante blootstellingsperiode aan risicofactoren in de woonomgeving of beroepsmatige blootstelling ligt daarmee waarschijnlijk vanaf ongeveer halverwege de jaren zeventig tot op zijn laatst eind jaren negentig.

Over het rookgedrag in de gemeenten Bloemendaal, Beverwijk en Haarlem in die periode zijn geen gegevens bekend, onder meer omdat de GGD voor 2008 nog niet systematisch deze informatie verzamelde.
Van roken is, in algemene zin, bekend dat dit meer voorkomt bij bevolkingsgroepen met een lagere opleiding (lage sociaal-economische status (SES)). Zowel Beverwijk als Haarlem hebben momenteel naar verhouding wat meer bevolkingsgroepen met een lage SES. Ook over SES zijn in het verleden geen exacte gegevens bekend.

Vanaf eind jaren zestig daalt zowel bij mannen als bij vrouwen het percentage rokers in Nederland gestaag (Stivoro). Het is aannemelijk dat deze daling niet in alle gemeenten in Nederland precies even snel is gegaan. Variaties in de percentages rokers ten opzichte van het gemiddelde in Nederland gedurende de blootstellingsperiode kunnen gedeeltelijk van invloed zijn geweest op de verhoogde respectievelijk verlaagde incidenties van longkanker in de drie betreffende gemeenten.
In Nederland als geheel is de daling in het aantal gevallen van longkanker bij mannen tot en met 2018 doorgegaan, als gevolg van een daling van het percentage rokers bij mannen in de periode 1960 - 1990. ([20]) In Kennemerland heeft deze daling dus niet doorgezet. Mogelijk is in deze regio het percentage rokers in de betreffende periode minder gedaald dan in Nederland als geheel, maar daar

[19] Peto 1986
[20] RIVM 2019

zijn geen gegevens over. Wereldwijd wordt 85-90% van de gevallen van longkanker veroorzaakt door roken (RIVM 2019).
Vrouwen in Nederland zijn sinds de jaren zestig meer gaan roken, overigens gevolgd door een daling vanaf de jaren tachtig. ([21])
Ondanks het feit dat historische gegevens over het roken ontbreken, is het daarom aannemelijk dat verschillen in het rookgedrag in het verleden tussen gemeenten een rol heeft gespeeld bij de nu gevonden verhoogde incidenties in enkele gemeenten.

Waarschijnlijk was een relatief groot deel van de mannelijke bevolking in Beverwijk destijds werkzaam bij de basismetaalindustrie, andere industrieën en de scheepvaart (havens) en werd daar blootgesteld aan risicofactoren voor longkanker van stoffen zoals zware metalen, asbest en luchtverontreiniging. In Haarlem is deze beroepsgerelateerde blootstelling waarschijnlijk minder omvangrijk geweest.
De zeldzame vorm van kanker genaamd mesothelioom wordt bijna uitsluitend door asbest veroorzaakt. Zowel in Haarlem als in Beverwijk is de incidentie van mesothelioom bij mannen verhoogd ten opzichte van Nederland. Dit geeft aan dat er bij mannelijke bewoners in beide gemeenten sprake moet zijn geweest van verhoogde (werk gerelateerde) blootstelling aan asbest. Blootstelling aan asbest kan ook een verhoogd risico geven op het ontstaan van longkanker. Het is daarom aannemelijk dat de verhoogde incidentie van longkanker voor een klein deel ook met de verhoogde blootstelling aan asbest bij de mannelijke bevolking van Beverwijk en Haarlem samenhangt. Echter, in Beverwijk was de incidentie van longkanker in dezelfde mate bij vrouwen verhoogd als bij mannen. Het is niet waarschijnlijk dat vrouwen in dezelfde mate op de werkplek zijn blootgesteld aan deze risicofactoren als mannen.

Het is bekend dat de luchtverontreiniging in de woon- in leefomgeving in de IJmond van onder meer fijnstof hoger was dan gemiddeld in Nederland, vooral vanwege de aanwezigheid van de basismetaalindustrie in dit gebied (ref.).
Daarnaast bekend is dat luchtverontreiniging door fijn stof een risicofactor is zijn van het ontstaan van longkanker (IARC 2013). Het is het aannemelijk dat de luchtverontreiniging in het verleden een rol speelt bij een deel van de verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk. Dit kan echter niet exact worden gekwantificeerd, omdat de aard en samenstelling van het fijnstof destijds niet bekend zijn.

In de gemeente Heemskerk en in de zuidelijk gelegen delen van de gemeente Velsen was de luchtverontreiniging door fijn stof destijds waarschijnlijk lager dan in Beverwijk. In hoeverre de verschillen in incidentie tussen de drie gemeenten samenhangen met de luchtverontreiniging en met andere risicofactoren van longkanker kan echter niet met voldoende zekerheid uit de beschikbare gegevens worden afgeleid. In hoeverre ook in Haarlem destijds sprake was van meer luchtverontreiniging dan gemiddeld in Nederland, bijvoorbeeld door industrie en/of verkeer in deze middelgrote stad, is niet goed bekend.

In de vorige registratieperiode 1989-2003 was in Beverwijk alleen de incidentie van longkanker bij vrouwen verhoogd, in ongeveer dezelfde mate als in het huidige onderzoek. Waarom er toen bij mannen geen significante verhoging was en nu wel, is niet bekend. Wel bleek in nader onderzoek van het RIVM in 2009, dat in de postcodegebieden met de meeste historische luchtverontreiniging zowel bij mannen als bij vrouwen sprake was van een verhoogde incidentie van longkanker, waarbij die bij mannen statistisch significant was. Een deel van deze postcodegebieden bevond zich in Beverwijk (RIVM 2009).

[21] RIVM 2019

In die vorige registratieperiode was longkanker ook verhoogd bij vrouwen in Haarlem en Zandvoort en verlaagd bij vrouwen in Heemstede en bij mannen in Bloemendaal, Heemstede en Zandvoort. Hier zijn geen verklaringen voor anders dan een mogelijke samenhang met het rookgedrag in het verleden. De gemeente Haarlemmermeer was destijds geen onderdeel van het onderzoek.

Aannemelijk is dat verschillende risicofactoren in het verleden een rol hebben gespeeld bij het optreden van longkanker. In welke mate dit is voor ieder van de risicofactoren kan echter niet exact worden bepaald.

Prevalentie

Op 1 januari 2019 waren er in de GGD-regio Kennemerland 1.139 personen bij wie vanaf 2004 longkanker is geconstateerd nog in leven (tabel 6-6). Dat is 19% van de incidentie. Dit is iets hoger dan de 12% voor de periode 1989-2003 in Kennemerland ([22]).

Tabel 6-6 : Prevalentie(*) van longkanker per gemeente in Kennemerland per 01-01-2019

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Aantal	**Perc.**	**Aantal**	**Perc.**	**Aantal**	**Perc.**
Bloemendaal	22	4%	26	4%	48	4%
Haarlem	154	28%	163	28%	317	28%
Haarlemmerliede c.a.	3	1%	4	1%	7	1%
Heemstede	33	6%	31	5%	64	6%
Zandvoort	27	5%	29	5%	56	5%
Zuid-Kennemerland	239	44%	253	43%	492	43%
Beverwijk	38	7%	62	11%	100	9%
Heemskerk	39	7%	50	8%	89	8%
Uitgeest	13	2%	12	2%	25	2%
Velsen	75	14%	73	12%	148	13%
Midden-Kennemerland	165	30%	197	33%	362	32%
Kennemerland	404	74%	450	76%	854	75%
Haarlemmermeer	145	26%	140	24%	285	25%
GGD-regio Kennemerland	549	100%	590	100%	1.139	100%
Nederland	16.708		15.956		32.664	

(*) Het aantal personen dat op 31-12-2018 in leven was en bij wie na 01-01-2004 de diagnose kanker is gesteld.

[22] GGD 2007

6.3 Darmkanker

Ongeveer de helft van de gevallen van darmkanker wordt veroorzaakt door leefstijlfactoren zoals voeding, te weinig lichaamsbeweging, overgewicht, alcohol en roken. Ongeveer een zesde deel is erfelijk bepaald. ([23])
Sinds enkele jaren wordt in Nederland bevolkingsonderzoek gedaan naar de vroegtijdige opsporing van darmkanker. ([24])

De aantallen

In het volgende gedeelte worden de absolute aantallen in regio en gemeenten besproken, de incidenties. Het is niet zinvol om het aantal in een gemeente te vergeleken met dat van een andere gemeente, wegens verschillen in inwoneraantal en leeftijdsopbouw. Voor de vergelijking tussen gemeenten, zie het volgende gedeelte van de paragraaf, 'Vergelijking met Nederland'.

In Kennemerland zijn in de periode 2004-2018 een totaal van 6.412 nieuwe kwaadaardige darmtumoren vastgesteld, waarvan 3.390 bij mannen en 3.023 bij vrouwen (tabel 6-7). Darmkanker komt bij de man op de derde plaats na prostaat- en longkanker, bij de vrouw neemt deze kanker de tweede plaats in na borstkanker. Bij de mannen vertegenwoordigen zij ongeveer 13% van alle kankers en bij de vrouwen 12%.

De incidentie van darmkanker in de onderzoeksperiode is gestegen van gemiddeld 369 per jaar in de periode 2004-2008 naar 492 in de periode 2014-2018. De toename bij mannen (van 192 naar 270 gemiddeld per jaar: +40%) was duidelijk groter dan bij vrouwen (van 177 naar 222 gemiddeld per jaar: +26%). De stijgingspercentages zijn groter dan in de vorige periode van 1989-2003 van 22% respectievelijk 5%, zoals berekend over Kennemerland.

[23] RIVM 2019
[24] RIVM 2019

Tabel 6-7 : Incidentie van darmkanker per gemeente in Kennemerland 2004–2018 per geslacht												
	Mannen						Vrouwen					
	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal	Gem.	Perc.	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal	Gem.	Perc.
Bloemendaal	45	64	62	171	11	5%	62	61	58	181	12	6%
Haarlem	282	296	368	946	63	28%	264	282	337	883	59	29%
Haarlemmerliede c.a.	5	5	13	23	2	1%	9	5	11	25	2	1%
Heemstede	53	67	91	211	14	6%	54	78	75	207	14	7%
Zandvoort	44	45	52	141	9	4%	33	52	42	127	8	4%
Zuid-Kennemerland	429	477	586	1.492	99	44%	422	478	523	1.423	95	47%
Beverwijk	69	86	95	250	17	7%	74	79	81	234	16	8%
Heemskerk	90	112	108	310	21	9%	68	75	76	219	15	7%
Uitgeest	17	20	33	70	5	2%	25	23	25	73	5	2%
Velsen	126	158	191	475	32	14%	132	158	152	442	29	15%
Midden-Kennemerland	302	376	427	1.105	74	33%	299	335	334	968	65	32%
Kennemerland	731	853	1.013	2.597	173	77%	721	813	857	2.391	159	79%
Haarlemmermeer	231	224	338	793	53	23%	162	216	254	632	42	21%
GGD-regio Kennemerland	962	1.077	1.351	3.390	226	100%	883	1.029	1.111	3.023	202	100%
Nederland	30.056	35.502	42.085	107.643	7.176		26.447	29.112	32.421	87.980	5.865	

De vergelijking met Nederland – verschillen tussen gemeenten

Met de gegevens in het volgende gedeelte is het mogelijk om een vergelijking te maken met het gemiddelde in Nederland, door middel van het zogenaamde verhoudingsgetal CIF. Daarmee kan ook een vergelijking tussen afzonderlijke gemeenten worden gemaakt. In het tekstblok wordt de CIF verder toegelicht.

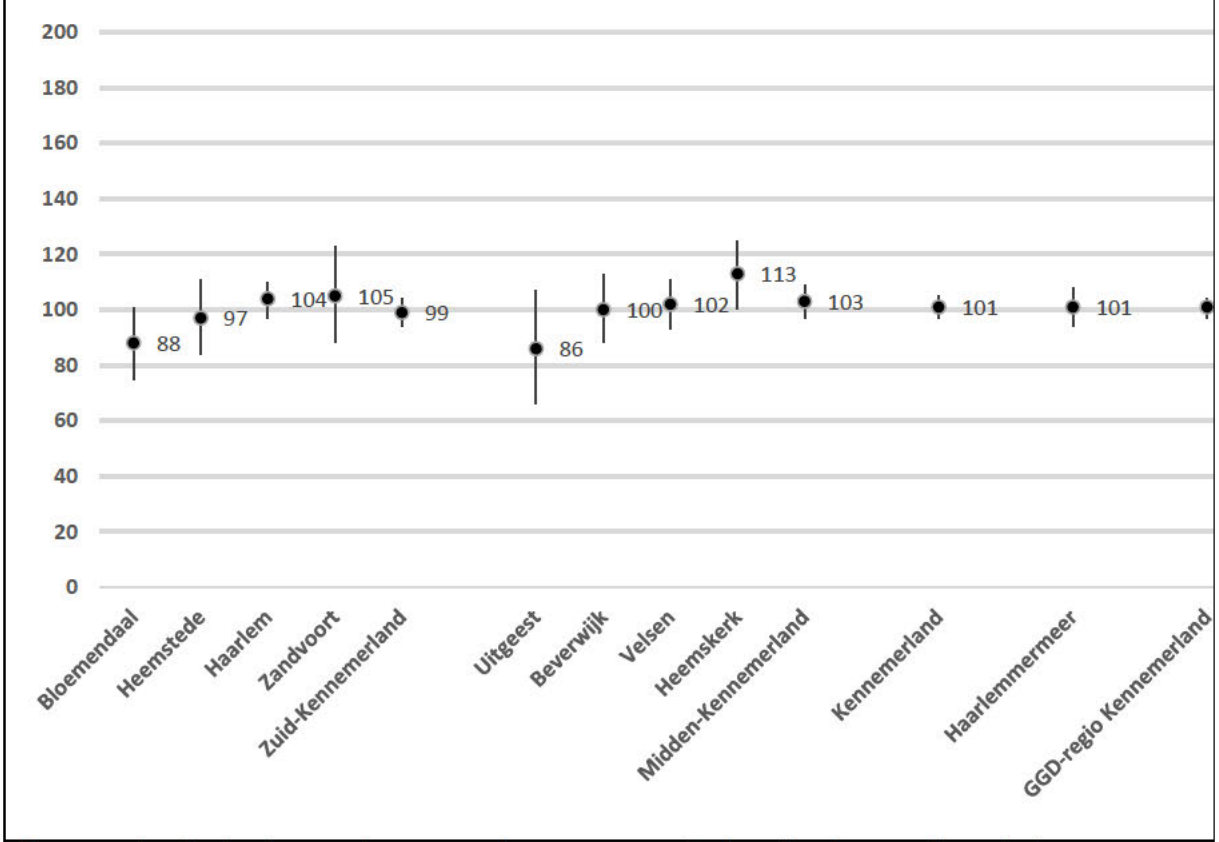
Vergelijking met Nederland – het verhoudingsgetal CIF

De incidentie, het aantal nieuwe gevallen van kanker, is groter als een gemeente meer inwoners heeft. Daarom heeft het meestal weinig zin om incidenties tussen gemeenten onderling te vergelijken. Bovendien zijn er verschillen tussen gemeenten die samenhangen met de leeftijdsopbouw van de bevolking. Het optreden van bijna alle vormen van kanker neemt namelijk sterk toe met de leeftijd.
Om toch een vergelijking tussen gemeenten en met het gemiddelde in Nederland mogelijk te maken, zijn aparte berekeningen gedaan. Dit geeft uitkomsten die onafhankelijk zijn van het inwonersaantal en van de leeftijdsopbouw van een gemeente. Hiervoor zijn de voor leeftijd gecorrigeerde verschillen uitgedrukt in het verhoudingsgetal CIF, waarmee het verschil met het gemiddelde in Nederland wordt uitgedrukt.
Een CIF van 100 bij een gemeente wil zeggen dat de incidentie van de betreffende vorm van kanker in die gemeente exact overeenkomt met het gemiddelde in Nederland, nadat is gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Het verschil met 100 geeft ongeveer aan in welke mate in die gemeente deze kanker procentueel gezien vaker of minder vaak voorkomt. Een CIF van 115 wil zeggen dat de kanker ongeveer 15% meer voorkomt in die gemeente dan gemiddeld in Nederland, gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Bij een CIF van 85 is er sprake van ongeveer 15% minder vaak voorkomen.

Mannen

In figuur 6-5 wordt de incidentie van darmkanker per gemeente vergeleken met de incidentie in Nederland. Uit deze figuur blijkt dat de incidentiecijfers in de regio, in de subregio's en in bijna alle gemeenten ongeveer conform de landelijke incidentie is met uitzondering van Bloemendaal, Uitgeest en Heemskerk. In de eerste twee gemeenten is er een *tendens naar verlaagde* incidentie waar te nemen (CIF=88 respectievelijk 86, beide niet statistisch significant) en in de derde gemeente een *tendens naar verhoogde* incidentie (CIF=113, eveneens niet statistisch significant).

Figuur 6-5 : Vergelijking van de incidentie van darmkanker in Kennemerland met die in Nederland voor mannen op basis van CIF's (2004-2018) (*)



(*) CIF-waarde is berekend voor incidenties groter dan 30. Daarom ontbreekt in deze figuur Haarlemmerliede

Vrouwen

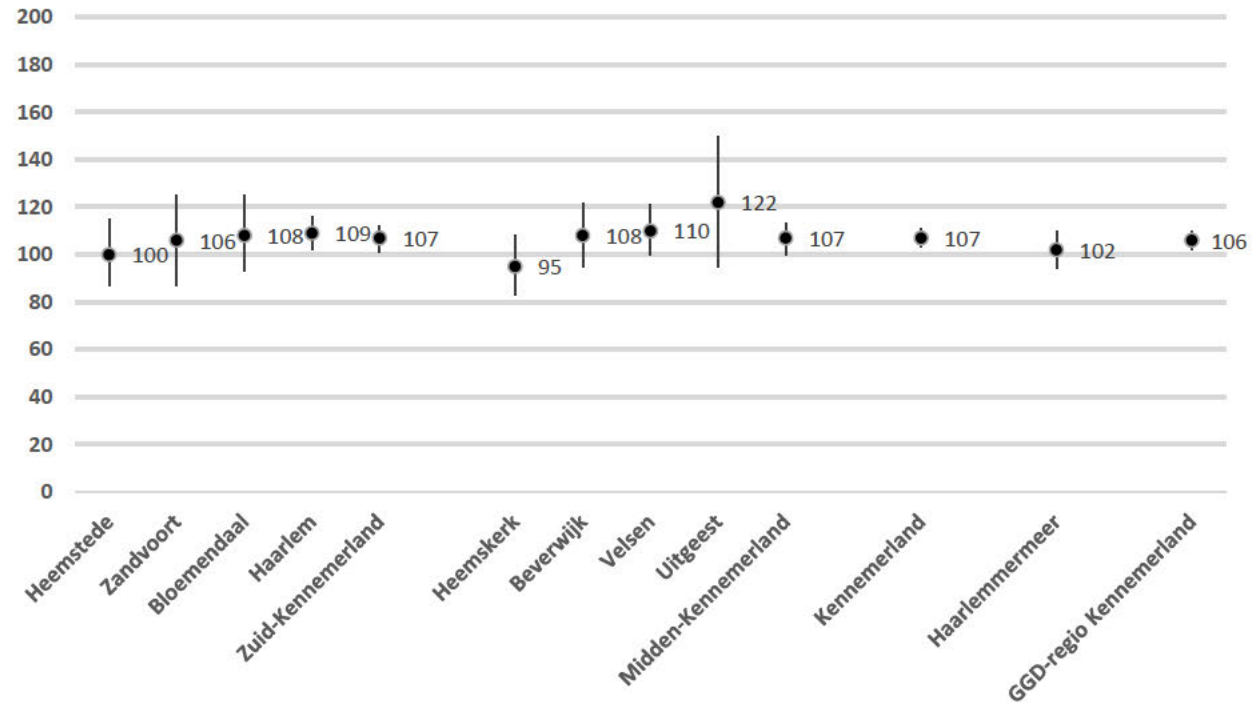
In figuur 6-6 wordt de incidentie van darmkanker voor vrouwen per gemeente vergeleken met de incidentie in Nederland. In deze registratieperiode is hier het incidentiecijfer hoger dan 100 bij alle gemeenten behalve Heemstede en Heemskerk. In Haarlem is dit met een CIF van 109 statistisch significant *licht verhoogd*. Dit komt overeen met jaarlijks 5 extra gevallen. In Uitgeest is er sprake van een *tendens naar verhoogde incidentie* (CIF=122, niet statistisch significant).

Dit resulteert in statistisch significante lichte verhogingen in de GGD-regio Kennemerland (CIF=106), evenals in de subregio's Zuid-Kennemerland en Kennemerland.

In de voorafgaande registratieperiode 1989-2003 was er bij vrouwen in het algemeen nog sprake van normale incidentiecijfers ten opzichte van Nederland ([25]).

[25] GGD 2007

Figuur 6-6 : Vergelijking van de incidentie van darmkanker in Kennemerland met die in Nederland voor vrouwen op basis van CIF's (2004-2018) (*)



(*) CIF-waarde is berekend voor incidenties groter dan 30. Daarom ontbreekt in deze figuur Haarlemmerliede.

Duiding van de uitkomsten

In de gemeente Haarlem was het optreden van darmkanker bij vrouwen verhoogd ten opzichte van het gemiddelde in Nederland, gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw van de bevolking. Het is onbekend in hoeverre dit verband houdt met verschillen in leefstijlfactoren zoals voeding, te weinig lichaamsbeweging, overgewicht, alcohol en roken. Exacte gegevens daarover uit het verleden zijn niet bekend.

Prevalentie

Op 1 januari 2019 waren er 3.217 personen bij wie na 31-12-2003 darmkanker is geconstateerd nog in leven (tabel 6-8).

Tabel 6-8 : Prevalentie (*) van darmkanker per gemeente in Kennemerland per 31-12-2018

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Aantal	**Perc.**	**Aantal**	**Perc.**	**Aantal**	**Perc.**
Bloemendaal	88	5%	103	7%	191	6%
Haarlem	464	27%	432	29%	896	28%
Haarlemmerliede c.a.	16	1%	17	1%	33	1%
Heemstede	108	6%	93	6%	201	6%
Zandvoort	72	4%	58	4%	130	4%
Zuid-Kennemerland	748	44%	703	47%	1.451	45%
Beverwijk	116	7%	111	7%	227	7%
Heemskerk	159	9%	113	7%	272	8%
Uitgeest	37	2%	36	2%	73	2%
Velsen	220	13%	212	14%	432	13%
Midden-Kennemerland	532	31%	472	31%	1.004	31%
Kennemerland	1.280	75%	1.175	78%	2.455	76%
Haarlemmermeer	430	25%	332	22%	762	24%
GGD-regio Kennemerland	1.710	100%	1.507	100%	3.217	100%
Nederland	54.090		44.632		98.722	

Dit is 50% van de incidentie van darmkanker over deze periode.
Voor de subregio Kennemerland was dit percentage 49%, wat hoger is dan het betreffende percentage van 35% voor de voorafgaande registratieperiode van 1989-2003.

6.4 Melanoom

Melanoom is de meest kwaadaardige vorm van huidkanker. In tegenstelling tot enkele andere veel voorkomende vormen van huidkanker kan melanoom namelijk relatief gemakkelijk uitzaaien.
In Nederland en andere westerse landen is er de laatste jaren een sterke toename van het optreden van melanoom. Deze toename is waarschijnlijk gerelateerd aan overdadige en intermitterende blootstelling aan zonlicht in de jeugd. ([26])

De aantallen

In het volgende gedeelte worden de absolute aantallen in regio en gemeenten besproken, de incidenties. Het is niet zinvol om het aantal in een gemeente te vergeleken met dat van een andere gemeente, wegens verschillen in inwoneraantal en leeftijdsopbouw. Voor de vergelijking tussen gemeenten, zie het volgende gedeelte van de paragraaf, 'Vergelijking met Nederland'.

In de periode 2004-2018 zijn in de GGD-regio Kennemerland in totaal 2.841 nieuwe gevallen van melanoom vastgesteld, waarvan 1.308 bij mannen en 1.533 bij vrouwen (tabel 6-12). Dit is samen gemiddeld 189 nieuwe gevallen van melanoom per jaar.
Melanoom komt zowel bij mannen als bij vrouwen op de vijfde plaats van meest voorkomende vormen van kanker (de overige vormen van huidkanker niet meegerekend). Bij de mannen vertegenwoordigen zij ongeveer 5% van al deze kankers en bij de vrouwen 6%.

De incidentie van melanoom steeg in de GGD-regio Kennemerland van gemiddeld 144 per jaar in de periode 2004-2008 naar 243 in de periode 2014-2018 (+69%). De stijging bij mannen was iets kleiner (van gemiddeld 69 naar 113 per jaar: +64%) dan bij vrouwen (van 75 naar gemiddeld 130 per jaar: +74%).
Berekend over de subregio Kennemerland was in de registratieperiode 2008-2019 de toename 68%, terwijl in de voorafgaande registratieperiode 1989-2003 de stijging in de incidentie van melanoom 45% was.

[26] IKNL 2016

Tabel 6-12 : Incidentie van melanoom per gemeente in Kennemerland 2004–2018 naar geslacht												
	Mannen						Vrouwen					
	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal	Gem.	Perc.	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal	Gem.	Perc.
Bloemendaal	21	28	35	84	6	6%	13	25	40	78	5	5%
Haarlem	89	97	149	335	22	26%	108	140	184	432	29	28%
Haarlemmerliede c.a.	5	5	3	13	1	1%	1	9	6	16	1	1%
Heemstede	29	23	43	95	6	7%	19	35	50	104	7	7%
Zandvoort	9	20	24	53	4	4%	17	22	28	67	4	4%
Zuid-Kennemerland	153	173	254	580	39	44%	158	231	308	697	46	45%
Beverwijk	23	22	48	93	6	7%	22	39	36	97	6	6%
Heemskerk	29	29	34	92	6	7%	40	33	48	121	8	8%
Uitgeest	4	6	13	23	2	2%	12	12	18	42	3	3%
Velsen	50	46	64	160	11	12%	51	55	86	192	13	13%
Midden-Kennemerland	106	103	159	368	25	28%	125	139	188	452	30	29%
Kennemerland	259	276	413	948	63	72%	283	370	496	1.149	77	75%
Haarlemmermeer	86	120	154	360	24	28%	90	140	154	384	26	25%
GGD-regio Kennemerland	345	396	567	1.308	87	100%	373	510	650	1.533	102	100%
Nederland	8.183	11.802	15.077	35.062	2.337		10.357	13.564	16.274	40.195	2.680	

De vergelijking met Nederland – verschillen tussen gemeenten

Met de gegevens in het volgende gedeelte is het mogelijk om een vergelijking te maken met het gemiddelde in Nederland, door middel van het zogenaamde verhoudingsgetal CIF. Daarmee kan ook een vergelijking tussen afzonderlijke gemeenten worden gemaakt. In het tekstblok wordt de CIF verder toegelicht.

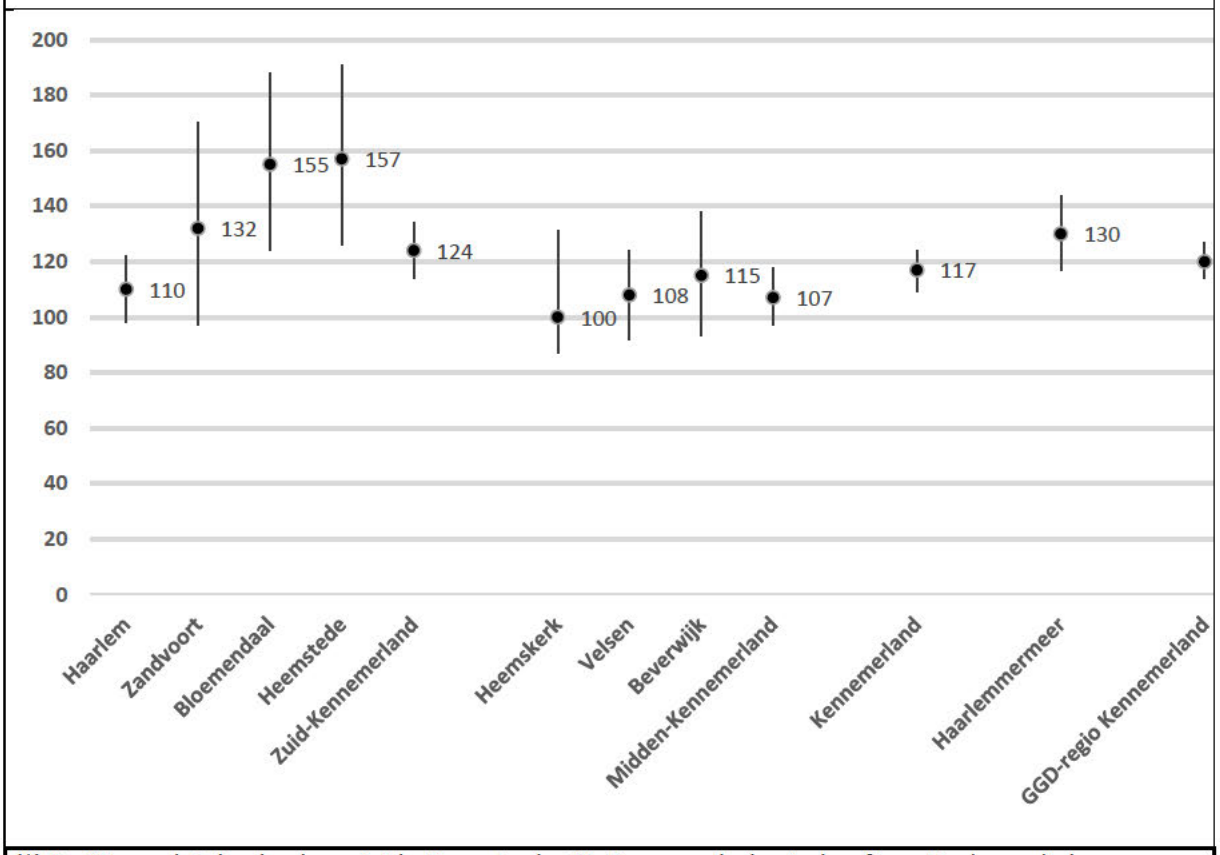
Vergelijking met Nederland – het verhoudingsgetal CIF

De incidentie, het aantal nieuwe gevallen van kanker, is groter als een gemeente meer inwoners heeft. Daarom heeft het meestal weinig zin om incidenties tussen gemeenten onderling te vergelijken. Bovendien zijn er verschillen tussen gemeenten die samenhangen met de leeftijdsopbouw van de bevolking. Het optreden van bijna alle vormen van kanker neemt namelijk sterk toe met de leeftijd.
Om toch een vergelijking tussen gemeenten en met het gemiddelde in Nederland mogelijk te maken, zijn aparte berekeningen gedaan. Dit geeft uitkomsten die onafhankelijk zijn van het inwonersaantal en van de leeftijdsopbouw van een gemeente. Hiervoor zijn de voor leeftijd gecorrigeerde verschillen uitgedrukt in het verhoudingsgetal CIF, waarmee het verschil met het gemiddelde in Nederland wordt uitgedrukt.
Een CIF van 100 bij een gemeente wil zeggen dat de incidentie van de betreffende vorm van kanker in die gemeente exact overeenkomt met het gemiddelde in Nederland, nadat is gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Het verschil met 100 geeft ongeveer aan in welke mate in die gemeente deze kanker procentueel gezien vaker of minder vaak voorkomt. Een CIF van 115 wil zeggen dat de kanker ongeveer 15% meer voorkomt in die gemeente dan gemiddeld in Nederland, gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Bij een CIF van 85 is er sprake van ongeveer 15% minder vaak voorkomen.

Mannen
In figuur 6-9 wordt de incidentiecijfers van melanoom bij mannen per gemeente vergeleken met de incidentie in Nederland. Uit deze figuur is af te leiden dat de incidentie van melanoom in de GGD-regio Kennemerland *verhoogd* is t.o.v. het landelijk incidentieniveau. De CIF is 120, statistisch significant. Ook bij de subregio's Kennemerland en Zuid-Kennemerland is sprake van verhoogde en statistisch significante incidentiecijfers (CIF respectievelijk 117 en 124).

Alle gemeenten afzonderlijk bekijkend blijken alle gemeenten een CIF te hebben van 100 of hoger. Met name in Zuid-Kennemerland blijkt sprake te zijn van verhogingen. In Bloemendaal en Heemstede is sprake van een *sterke verhogingen*, met een CIF van respectievelijk 155 en 157, beide statistisch significant. In Zandvoort is sprake van een *tendens naar verhoging* (CIF=132, niet statistisch significant).
Ook de gemeente Haarlemmermeer heeft met een CIF van 130 een statistisch significante *verhoging*. In Beverwijk is er net als in Zandvoort een *tendens naar verhoging* (CIF=115, niet significant). In Haarlem, Velsen en Heemskerk kunnen de incidentieniveaus van melanoom bij mannen als *normaal* worden beschouwd.

Figuur 6-9 : Vergelijking van de incidentie van melanoom in Kennemerland met die in Nederland voor mannen op basis van CIF's, in de periode 1989-2003



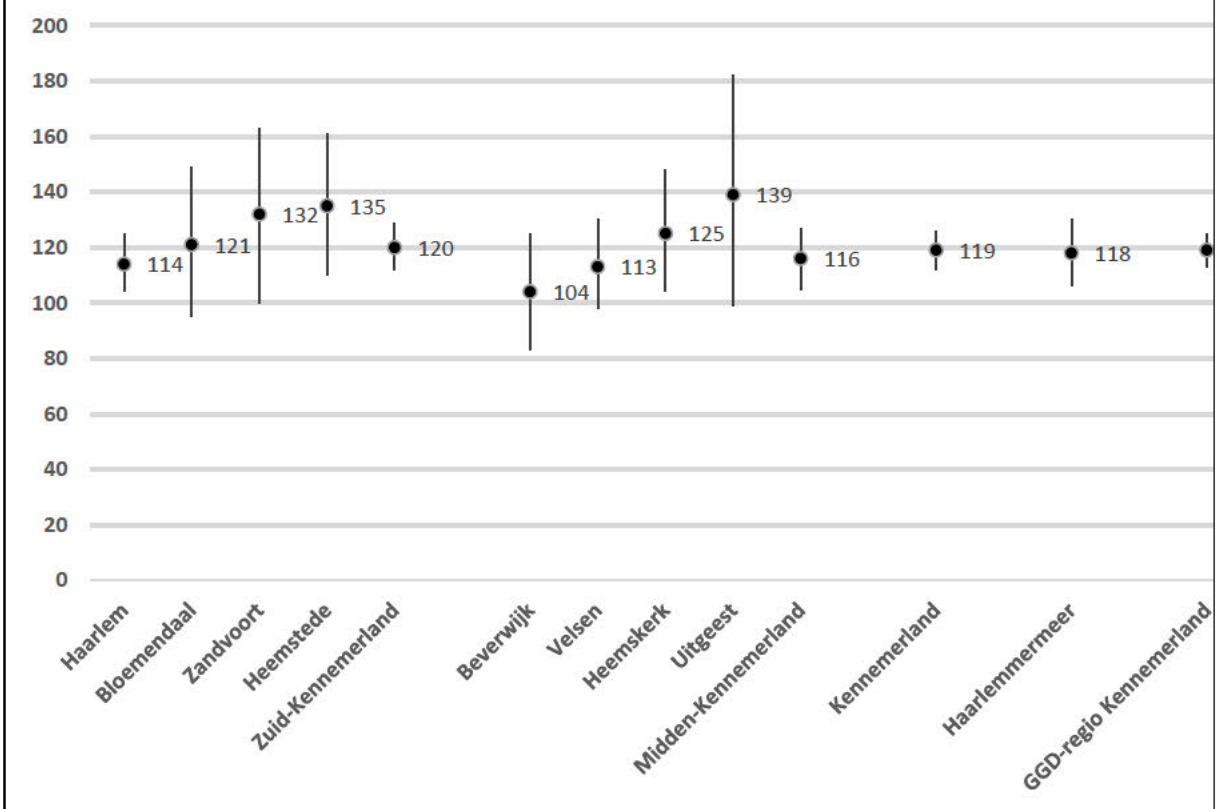
(*) De CIF-waarde is berekend voor incidenties groter dan 30. Daarom ontbreken in deze figuur Haarlemmerliede en Uitgeest.

Vrouwen

In figuur 6-10 wordt de incidentie van melanoom bij vrouwen per gemeente vergeleken met de incidentie in Nederland. Nog wat sterker dan bij de mannen is er ook bij de vrouwen sprake van een *verhoogd* incidentieniveau. De CIF is 125 en statistisch significant. Ook bij de drie subregio's Kennemerland, Midden-Kennemerland en Zuid-Kennemerland is sprake van verhoogde en statistisch significante incidentiecijfers (CIF respectievelijk 119, 116 en 120).

Uit de figuur blijkt verder dat in alle gemeenten het incidentiecijfer boven de 100 ligt, met alleen in Beverwijk een CIF die als normaal kan worden beschouwd. De incidentiecijfers zijn *verhoogd* in Haarlem, Heemstede, Heemskerk en Haarlemmermeer. De CIF-waarden daar zijn respectievelijk 114, 135, 125 en 118, alle statistisch significant. In Bloemendaal, Zandvoort, Uitgeest, en Velsen is sprake van een niet statistisch significante *tendens naar verhoging* van melanoom bij vrouwen (CIF's respectievelijk 121, 132, 139 en 113).

Figuur 6-10 : Vergelijking van de incidentie van melanoom in Kennemerland met die in Nederland voor vrouwen op basis van CIF's, in de periode 2004-2018 (*)



(*) CIF-waarden zijn alleen berekend voor incidenties groter dan 30. Daarom ontbreekt in deze figuur Haarlemmerliede.

Samenvatting en bespreking van de uitkomsten

Melanoom komt in de regio dus vaker voor dan gemiddeld in Nederland. Uitgesplitst naar mannen en vrouwen is er 7 maal sprake van een verhoging, bij in totaal 5 van de 10 gemeenten in GGD-regio Kennemerland. De verhoging varieert van ongeveer 14% bij vrouwen in Haarlem tot ongeveer 57% bij mannen in Heemstede. Zie tabel 6-13 op de volgende bladzijde.

Daarnaast zijn er hoge CIF's bij mannen en bij vrouwen in Zandvoort en bij vrouwen in Uitgeest en Velsen welke ook aan het toeval kunnen worden toegeschreven (net niet statistisch significant).

In de GGD-regio Kennemerland als geheel kwam melanoom in totaal ruim 25% vaker voor dan gemiddeld. Berekend over alle gemeenten was dit jaarlijks een extra aantal in vergelijking met het gemiddelde in Nederland van 31.

Tabel 6-13 : De zeven gevonden verhogingen van melanoom bij gemeenten in GGD-regio Kennemerland

Gemeente	*Geslacht*	*Verhoogd / verlaagd*	*CIF*	*97,5-percentiel-waarde CIF's van alle gemeenten Nederland **	*Jaarlijks extra aantal*
Bloemendaal	Mannen	Verhoogd	155	147	2
Haarlem	Vrouwen	Verhoogd	114	147	4
Haarlemmermeer	Mannen	Verhoogd	130	147	6
	Vrouwen	Verhoogd	118	147	4
Heemskerk	Vrouwen	Verhoogd	125	147	2
Heemstede	Mannen	Verhoogd	157	147	2
	Vrouwen	Verhoogd	135	147	2

* 97,5-percentiel-waarde: de CIF-waarde waarbij er ongeveer 8 gemeenten in Nederland zijn met een hogere waarde (± 2,5% van de 355 gemeenten in Nederland), uitgaande van een normale verdeling van de CIF's.

In de voorafgaande registratieperiode van 1989-2003 was de incidentie van melanoom ook al hoger dan gemiddeld, bij mannen vergelijkbaar met de huidige registratieperiode, bij vrouwen nog meer dan nu. ([27]).

Het is aannemelijk dat melanoom mede veroorzaakt wordt door overdadige en intermitterende blootstelling aan zonlicht in de jeugd ([28]). Daarnaast is bekend dat melanoom ook relatief vaak voorkomt in andere kustgemeenten in Nederland ([29]). Het zou dus kunnen zijn dat inwoners van kustgemeenten in hun jeugd relatief vaak en veel blootgesteld zijn aan de zon.

Prevalentie

Op 1 januari 2019 waren 2285 personen bij wie na 31-12-2003 een melanoom is geconstateerd nog in leven (tabel 6-14 op de volgende bladzijde). Dat is 80% van de incidentie (subregio Kennemerland 79%). Dit is iets meer dan de bijna 75% voor Kennemerland in de vorige registratieperiode 1989-2003.

[27] GGD 2007
[28] IKNL 2016
[29] mondelinge mededeling IKNL 2019

Tabel 6-14 : Prevalentie(*) van melanoom per gemeente in Kennemerland per 1-1-2019						
	Mannen		**Vrouwen**		**Totaal**	
	Aantal	**Perc.**	**Aantal**	**Perc.**	**Aantal**	**Perc.**
Bloemendaal	57	6%	68	5%	125	5%
Haarlem	250	26%	356	27%	606	27%
Haarlemmerliede c.a.	11	1%	16	1%	27	1%
Heemstede	66	7%	95	7%	161	7%
Zandvoort	39	4%	51	4%	90	4%
Zuid-Kennemerland	423	43%	586	45%	1.009	44%
Beverwijk	75	8%	79	6%	154	7%
Heemskerk	72	7%	108	8%	180	8%
Uitgeest	16	2%	38	3%	54	2%
Velsen	110	11%	160	12%	270	12%
Midden-Kennemerland	273	28%	385	29%	658	29%
Kennemerland	696	71%	971	74%	1.667	73%
Haarlemmermeer	280	29%	338	26%	618	27%
GGD-regio Kennemerland	976	100%	1.309	100%	2.285	100%
Nederland	26.515		33.453		59.968	

(*) Het aantal personen dat op 31-12-2018 in leven was en bij wie na 01-01-2004 de diagnose kanker is gesteld.

6.5 Vergelijking met gemeenten en GGD-regio's elders in Nederland

In hoofdstuk 4 'Vergelijking met Nederland' is voor alle gemeenten in Kennemerland beschreven in hoeverre de incidentie van het totaal van alle vormen van kanker bij elkaar voor die gemeenten lager of hoger was dan gemiddeld in Nederland. Daarnaast zijn van de verschillende typen kanker de totalen van de GGD-regio Kennemerland vergeleken met gemiddeld.
Deze vergelijkingen zeggen op zichzelf nog niet heel veel, omdat de achtergrond van elke vorm van kanker anders is en omdat geheel Kennemerland vergeleken wordt met het gemiddelde in Nederland, wat ook weinig context geeft.
In dit hoofdstuk 6 is tot dusver van vijf veel voorkomende typen kanker beschreven in hoeverre deze ook *per gemeente* vaker voorkwamen dan gemiddeld in Nederland. Om verschillende redenen zou het zinvol zijn om die uitkomsten vervolgens te kunnen vergelijken met gegevens over de kankerincidentie in *gemeenten elders in Nederland*. Aanvullend zou het zinvol kunnen zijn om per kankersoort het totaal van de GGD-regio Kennemerland te kunnen vergelijken met andere GGD-regio's in Nederland. De redenen hiervoor zijn als volgt.

- Betrouwbaarheid van de uitkomsten: is een verhoging in een gemeente of in Kennemerland van een bepaalde vorm van kanker een toevalsbevinding, of kun je stellen dat het een logische uitkomst is gezien de verhoogde incidentie in vergelijkbare gemeenten of regio's elders in Nederland?
- Duiding van de hoogte van een uitkomst: zijn sommige uitkomsten in Kennemerland (sterk) verhoogd? Hoe moet je een verhoging van bijvoorbeeld 25% interpreteren, is dat veel of weinig? Komen verhogingen van een dergelijke omvang ook elders in Nederland voor?

Beschikbare gegevens

Voor zover bekend, zijn er geen openbaar toegankelijke gegevens van de incidentie per gemeente beschikbaar. Wel zijn er op de website Volksgezondheidenzorg.info van het RIVM gegevens te vinden van de incidentie van een aantal belangrijke vormen van kanker *naar GGD-regio*, waaronder dus ook de GGD-regio Kennemerland ([30]).
Daarnaast heeft het IKNL op verzoek van de GGD van de vijf veel voorkomende typen kanker gegevens geleverd over de *range in uitkomsten* van de incidenties naar gemeente. Wat was bij een bepaalde vorm van kanker de hoogste CIF van alle gemeenten van Nederland? Hoe was de spreiding, de verdeling, van alle uitkomsten?

Er zijn ook gegevens van de *sterfte* voor bepaalde soorten kanker per gemeente ([31]). Echter, het blijkt dat de betreffende verschillen tussen gemeenten weinig overeenkomen met de verschillen tussen gemeenten in incidentie in Kennemerland. Ook tussen de sterfte per GGD-regio en de incidentie per GGD-regio zijn weinig overeenkomsten. Waarschijnlijk varieert de sterfte tussen gemeenten en regio's niet alleen door verschillen in incidentie, maar ook door verschillen in bijvoorbeeld toegankelijkheid van zorg, de mate van vroegsignalering van vormen van kanker, en de kwaliteit van behandeling en zorg. Er is hier dus verder geen gebruik gemaakt van de sterfte-gegevens.

Incidenties naar GGD-regio

Gegevens hierover zijn te vinden op de website Volksgezondheidenzorg.info van het RIVM: (https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/kanker/regionaal-internationaal/regionaal-voorkomen)

[30] RIVM 2019
[31] RIVM 2019, gegevens CBS

Het betreft gegevens van 2012 tot en met 2015. Voor elke GGD-regio is het aantal nieuwe gevallen per 100.000 inwoners berekend, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. De 25 GGD-regio's zijn vervolgens ingedeeld in vier categorieën, al naargelang de hoogte van de uitkomst. Voor onze vergelijking zijn alleen longkanker en melanoom hier van belang.

Longkanker

De regio GGD Kennemerland bevindt zich in de hoogste categorie, dus met relatief een hoge gemiddelde incidentie van longkanker.
De uitkomsten van de andere GGD-regio's in de betreffende categorie met de hoogste incidenties zijn te vinden in de onderstaande tabel.

Tabel 6-15 : Incidentie van longkanker van GGD-regio's in de categorie met de hoogste incidenties in Nederland, van de jaren 2012 – 2015

GGD-regio	*Aantal nieuwe gevallen van longkanker per 100.000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht*
GGD Kennemerland	8,3
GGD Amsterdam	8,1
GGD Rotterdam Rijnmond	8,1
GGD Twente	8,1
GGD West-Brabant	8,2
GGD Hart voor Brabant	8,3
GGD Zuid-Limburg	8,3

Te zien is dat zich hier een aantal gebieden bij bevinden met industrie en/of met industrie in het verleden (in elk geval Rijnmond, Zuid-Limburg, Twente). Ook betreft het gedeeltelijk stedelijke gebieden met waarschijnlijk in het verleden een gemiddeld relatief lage sociaal-economische status van de bevolking en dus waarschijnlijk relatief meer rookgedrag (zoals Amsterdam).
In elk geval is de situatie wat betreft de regio GGD Kennemerland niet uitzonderlijk. De hoogte van de incidentie van longkanker in al deze gebieden over deze periode was overal ongeveer hetzelfde.

Ter vergelijking zijn de gegevens uit paragraaf 6.2 van het rapport samengevat in onderstaande tabel.

Tabel 6-16 : Incidentie van longkanker GGD regio Kennemerland jaren 2004-2018 (uit paragraaf 6.2 rapport)

Gebied	*Mannen*	*Vrouwen*
GGD-regio Kennemerland	102	109 *
IJmond (Midden-Kennemerland)	109 *	111 *

* : statistisch significant

Melanoom

De CIF's voor melanoom in de GGD-regio Kennemerland zijn voor mannen 120 en voor vrouwen 119, beide een statistisch significante verhoging ten opzichte van het landelijke gemiddelde.

Zoals te zien op de website van Volksgezondheidenzorg.info had Kennemerland in de jaren 2012-2015 een incidentie van 3,6 per 100.000 inwoners. Kennemerland bevond zich hiermee in de één-na-hoogste categorie voor deze vorm van kanker.
In de hoogste categorie bevonden zich de GGD-regio's Hollands Noorden, Zaanstreek-Waterland, en Drenthe, met respectievelijk 4,8, 3,8 en 3,8 per 100.000 inwoners.
In de ene hoogste categorie bevinden zich nog negen andere GGD-regio's, met incidentie variërend van 3,4-3,7 per 100.000 inwoners.
We kunnen hieruit concluderen dat ook de uitkomsten van de GGD-regio's Zaanstreek-Waterland en Drenthe hiermee vergelijkbaar zijn, en dat daarmee vergeleken alleen GGD Hollands Noorden een echt hoge uitkomst heeft.
Als we aannemen dat de gegevens over deze registratieperiode van vier jaar vergeleken kunnen worden met de langere registratieperiode van 15 jaar in dit rapport, dan betekent dit dat de incidentie van melanoom in de GGD-regio Kennemerland niet sterk verhoogd is in vergelijking met elders in Nederland.

Range in uitkomsten naar gemeenten

Zoals gezegd heeft GGD Kennemerland van het IKNL gegevens gekregen over de range in uitkomsten van vijf veel voorkomende vormen van kanker in alle 355 gemeenten in Nederland. Bij deze range in uitkomsten zijn twee zogenaamde spreidingsmaten het meest relevant. Dit zijn:

- De zogenaamde 97,5-percentiel-waarde waarboven zich ongeveer 8 van de 355 gemeenten in Nederland bevinden met de 2,5% hoogste uitkomsten (gebaseerd op de zogenaamde standaarddeviatie; het aantal van 8 gemeenten is onder de aanname van een normale verdeling van uitkomsten).
- De maximum CIF, de CIF-waarde bij de gemeente met de hoogste CIF voor die vorm van kanker van alle gemeenten in Nederland.

De in het onderzoek geconstateerde verhogingen in de GGD-regio Kennemerland worden in de vierde kolom van tabel 6-15 op de volgende bladzijde vergeleken met de hierboven genoemde 97,5-percentiel-waarde.
Om deze vergelijking inzichtelijk te krijgen is een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de zes kleinere gemeenten in de tabel en anderzijds de twee grote gemeenten Haarlem en Haarlemmermeer.

De zes kleinere gemeenten in de tabel

Dit betreft de gemeenten Beverwijk, Bloemendaal, Heemskerk, Heemstede, Velsen, en Zandvoort. Op deze zes gemeenten is telkens een van de drie onderstaande mogelijkheden van toepassing:

- De verhoogde uitkomsten in die gemeenten bevinden zich ongeveer bij de grens waarboven zich de 8 gemeenten in Nederland bevinden met de hoogste uitkomsten (in drie gevallen).
- De uitkomst bevindt zich (enigszins) onder die grens (drie gevallen).
- De uitkomst bevindt zich (enigszins) daarboven. Dit betreft melanoom bij mannen in Bloemendaal en Heemstede en hematologische maligniteiten bij mannen in Zandvoort.

Gemeenten Haarlem en Haarlemmermeer

Bij deze twee gemeenten bevinden alle uitkomsten zich duidelijk of enigszins onder de genoemde grens. Hierbij kan een rol spelen dat door de grotere aantallen inwoners in deze twee gemeenten met de daarmee gepaard gaande hogere incidenties relatief kleine verhogingen daarvan al statistisch significant kunnen zijn.

Maximumwaarde
Geen van de verhogingen in Kennemerland komt in de buurt van de maximumwaarde in Nederland.

Tabel 6-17 : Van vijf veel voorkomende vormen van kanker de ten opzichte van Nederland verhoogde incidenties in de verschillende gemeenten in de GGD-regio Kennemerland, met verhoudingsgetal CIF en met 97,5-percentielwaarde en maximum-waarde CIF's in Nederland

Gemeente	*Soort kanker; geslacht*	*CIF*	*97,5-percentiel-waarde CIF's waarbij ± 8 gemeenten in Nederland een nog hogere CIF hebben **	*Maximum CIF ***
Beverwijk	Longkanker mannen	127	125	145
	Longkanker vrouwen	127	132	206
	Hematologische maligniteiten vrouwen	129	128	182
Bloemendaal	Longkanker mannen	71	- (n.v.t.)	-
	Longkanker vrouwen	69	-	-
	Melanoom mannen	155	147	189
Haarlem	Longkanker mannen	109	125	145
	Longkanker vrouwen	122	132	206
	Darmkanker vrouwen	109	126	167
	Hematologische maligniteiten mannen	110	127	185
	Melanoom vrouwen	114	147	189
Haarlemmermeer	Hematologische maligniteiten mannen	119	127	185
	Hematologische maligniteiten vrouwen	116	128	182
	Prostaatkanker	106	127	149
	Melanoom mannen	130	147	189
	Melanoom vrouwen	118	147	189
Heemskerk	Melanoom vrouwen	125	147	189
Heemstede	Melanoom mannen	157	147	189
	Melanoom vrouwen	135	147	189
Velsen	Hematologische maligniteiten mannen	116	127	185
Zandvoort	Hematologische maligniteiten mannen	139	128	182

* de waarde van alle CIF-waarden van gemeenten in Nederland waarbij ongeveer 8 gemeenten in Nederland (± 2,5% van alle 355 gemeenten) een nog hogere CIF hebben (namelijk het gemiddelde plus twee keer de standaarddeviatie, dus uitgaande van een normale verdeling; gegevens IKNL)
** gemeente met de hoogste CIF in Nederland (gegevens IKNL), mogelijk een over-registratie voor hematologische maligniteiten

Interpretatie gegevens naar gemeente

De zes uitkomsten rondom of boven de genoemde grens worden hier verder besproken.
Twee van deze uitkomsten betreft longkanker bij mannen en vrouwen in Beverwijk. Zoals eerder in het rapport besproken, kan de verklaring voor deze hoge incidentie liggen bij het rookgedrag in het verleden en/of de blootstelling aan luchtverontreiniging in het verleden. Het is niet bekend welke de andere gemeenten in Nederland zijn met vergelijkbare hoge incidenties voor longkanker en of daarvoor dus hetzelfde geldt.
Twee van de uitkomsten betreffen melanoom, namelijk bij mannen in Bloemendaal en in Heemstede. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het om kustgemeenten gaat.

Samenvatting en conclusies

Op basis van de gegevens over GGD-regio's respectievelijk gemeenten elders in Nederlands kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

- Bij longkanker is de verhoging van de CIF in de GGD-regio Kennemerland vergelijkbaar met die in andere GGD-regio's in Nederland met (in het verleden) industrie en/of met een grootstedelijk karakter.
- Bij melanoom is de CIF van de GGD-regio Kennemerland wel hoog maar niet het hoogst van Nederland.
- De gemeenten in Kennemerland met een verhoogde CIF voor een vaak voorkomende vorm van kanker behoren in ongeveer zes gevallen bij de paar procent van gemeenten in Nederland met relatief hoge uitkomsten. Daarvan zijn de drie meest hoge uitkomsten melanoom bij mannen in Bloemendaal en Heemstede.
  Van de overige drie met relatief hoge uitkomsten betreffen er twee de mannen en vrouwen in Beverwijk met longkanker.

7 Geraadpleegde bronnen

GGD Kennemerland 2004. Gezondheidseffecten van luchtverontreiniging door fijn stof in de IJmond. A Oosterlee, RH Keuken, L Staal. Haarlem: GGD Kennemerland/ Hulpverleningsdienst Kennemerland.

GGD 2007. Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland. Haarlem: Hulpverleningsdienst Kennemerland / GGD.

GGD Kennemerland 2019
https://gezondheidsatlaskennemerland.nl

IARC 2018
https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/mono100F-14.pdf

IKA 2004. Visser O. Incidentie en overleving van kanker in Noord-Holland/Flevoland, 1988-2001. Amsterdam: Integraal Kankercentrum Amsterdam, 2004.

IKNL 2016. (Integraal Kankercentrum Nederland)
https://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=39115&richtlijn_id=988

IKNL 2019
https://www.iknl.nl/kankersoorten/hemato-oncologie/registratie/incidentie

Peto R. Influence of dose and duration of smoking on lung cancer rates. IARC Sci Publ. 1986;(74):23–33.

RIVM 2019 (Volksgezondheidenzorg.info):
https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/kanker/cijfers-context/sterfte-en-overleving#node-overleving-kanker
https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/kanker/cijfers-context/sterfte-en-overleving#node-sterfte-aan-kanker
https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/borstkanker/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen
https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/prostaatkanker/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#node-oorzaken-1
https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/longkanker/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen
https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/fysieke-omgeving/cijfers-context/luchtverontreiniging#node-gezondheidseffecten-van-fijn-stof
https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/trends#node-trend-roken-volwassenen
https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/longkanker/cijfers-context/trends#node-trend-nieuwe-gevallen-longkanker
https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/dikkedarmkanker/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen
https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-darmkanker
https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/kanker/regionaal-internationaal/regionaal-voorkomen

https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/kanker/regionaal-internationaal/regionaal-sterfte#node-sterfte-aan-kanker-gemeente

Van Wiechen 2009. CMAG van Wiechen et al. Geografisch patroon van kanker in de IJmond en omstreken. Deelrapport 3 in de reeks rapporten over de invloed van uitstoot van Corus op de omgeving. RIVM-rapport 630006001/2009. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Visser O, van Wijnen JH, van Leeuwen FE. Incidence of cancer in the area around Amsterdam Airport Schiphol in 1998-2003: a population-based ecological study. BMC Public Health 2005; 5:127.

Williams 2001. Williams MD, Sandler AB. The epidemiology of lung cancer. Cancer Treat Res. 2001;105:31-52.

8 Bijlage 1 : Kanker, leeftijd, onderzoeksmethoden

8.1 Incidentie

De incidentie van kanker hangt zeer nauw samen met de leeftijd. Figuur 8-1 geeft de leeftijdsspecifieke incidentiecijfers voor Nederland in 2018 weer([32]).

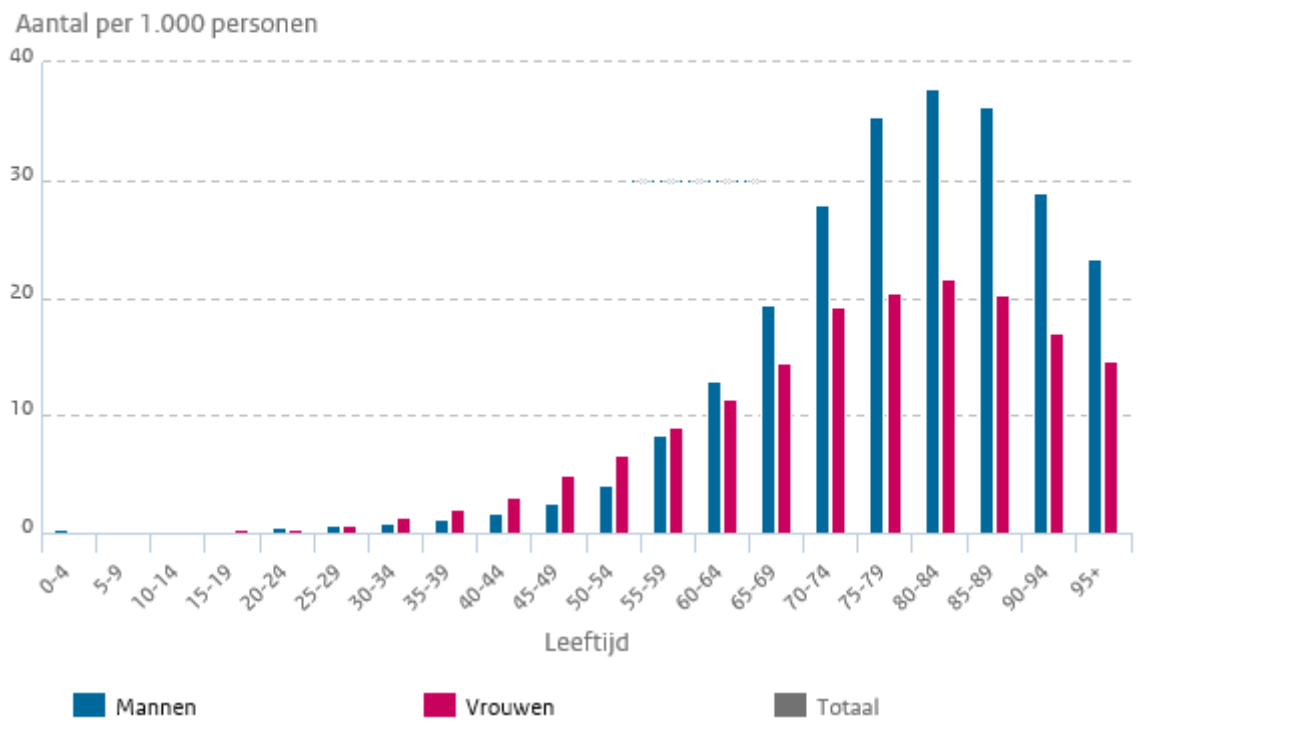
Meeste nieuwe gevallen van kanker op oudere leeftijd

Kanker is een ziekte die vooral op oudere leeftijd voorkomt. In 2018 was 43% van alle nieuwe patiënten tussen de 60 en 75 jaar oud en 31% was 75 jaar of ouder. Van alle nieuwe kankerpatiënten was 6% jonger dan 45 jaar en 0,4% jonger dan 15 jaar.

In leeftijdsgroep van 30 tot 60 jaar meer kanker bij vrouwen

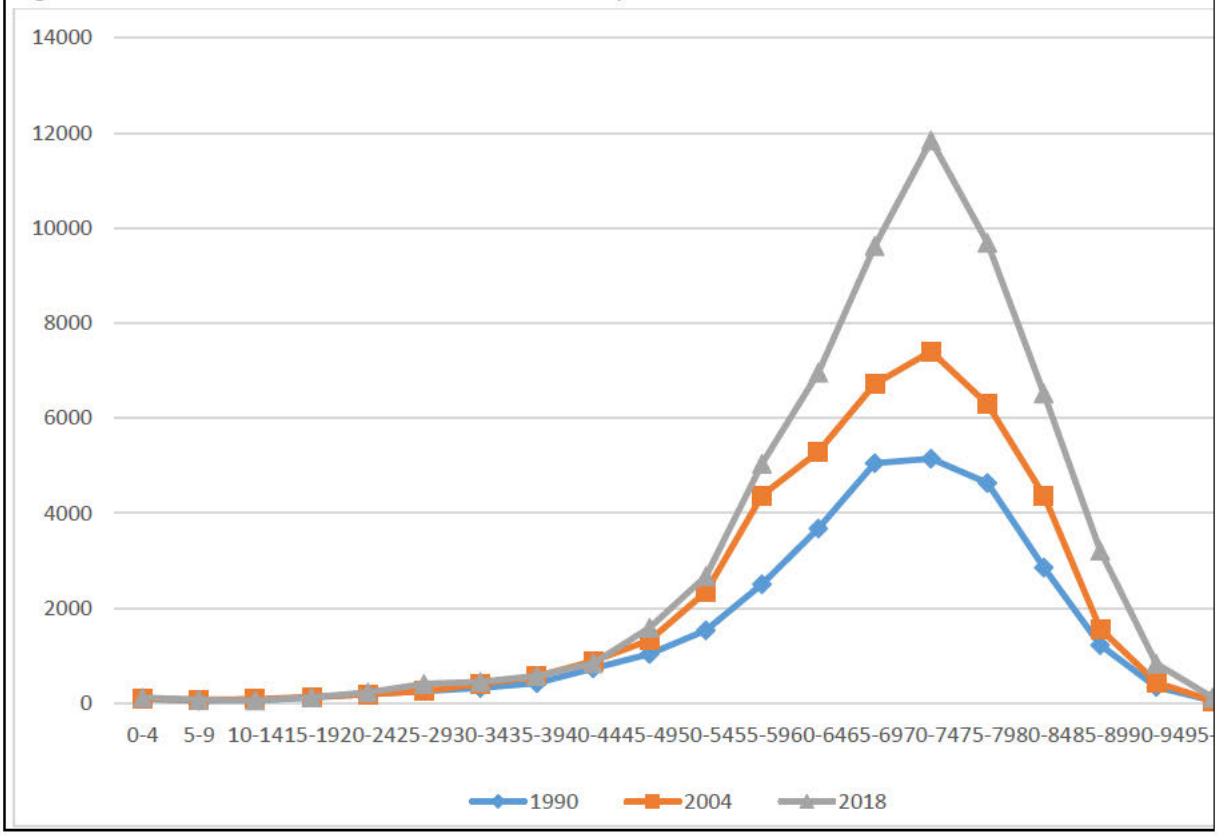
In de leeftijdsgroep van 30 tot 60 jaar komt kanker vaker voor bij vrouwen, doordat borstkanker en kanker van de vrouwelijke geslachtsorganen in deze leeftijdsgroep relatief vaak voorkomen (zie figuur 8-1). Vanaf de leeftijd van 60 jaar komt kanker veel vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Dit komt vooral doordat prostaatkanker en longkanker vaker voorkomen bij mannen van 60 jaar en ouder.

Figuur 8-1 : Voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie van kanker naar geslacht in Nederland in 2018

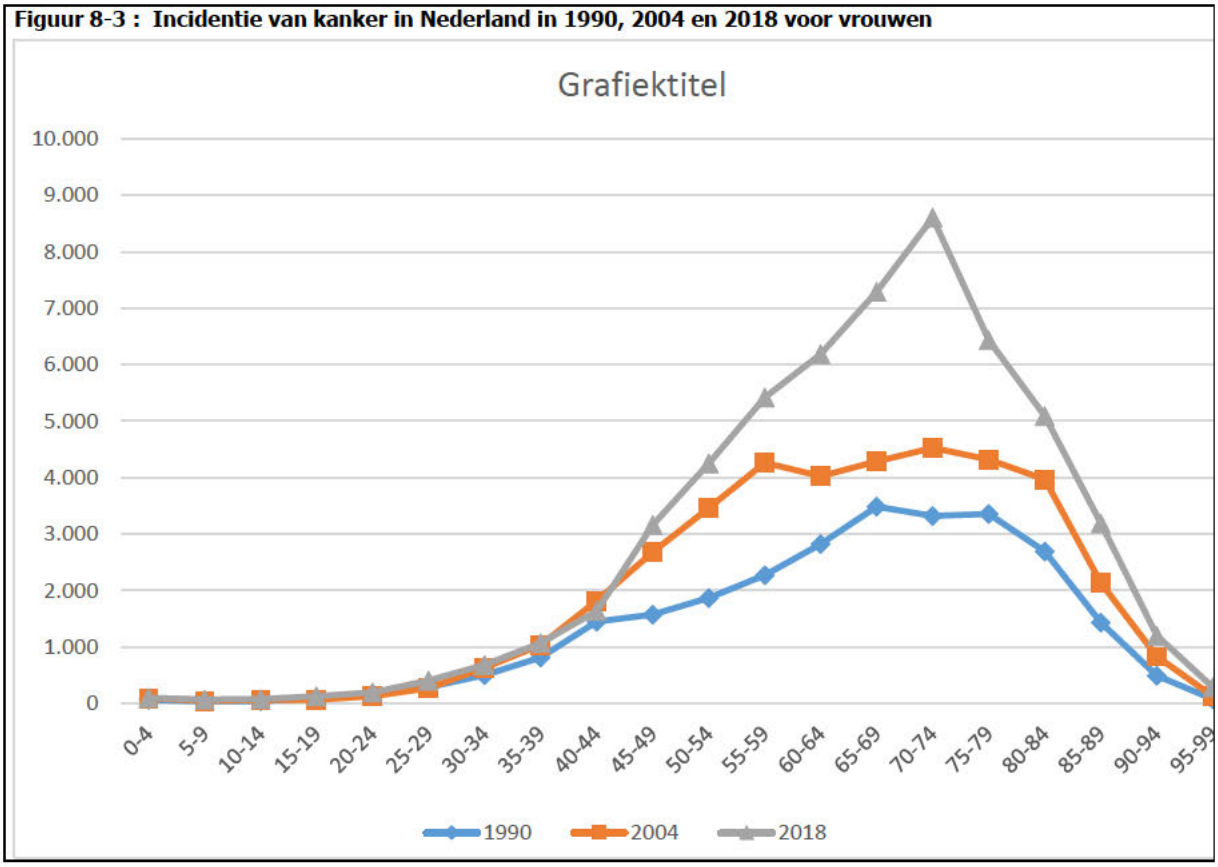


[32] "https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/kanker/cijfers-context/huidige-situatie#node-aantal-nieuwe-gevallen-van-kanker

Figuur 8-2 : Incidentie van kanker in Nederland in 1990, 2004 en 2018 voor mannen



Figuur 8-3 : Incidentie van kanker in Nederland in 1990, 2004 en 2018 voor vrouwen



8.2 Lokalisatie

De verdeling van de aangetaste lokalisaties varieert ook als functie van de leeftijd. Tabel 8-1 geeft de 5 meest voorkomende kankersoorten per leeftijdsgroep van 15 jaar per geslacht([33]). Leukemie en maligniteiten van het centraal zenuwstelsel kwamen bij kinderen het meest voor. De relatief zeldzame hematologische maligniteiten evenals hersenmaligniteiten, maligne melanomen en kankers van de reproductieve organen komen meer voor op jonge en middelleeftijd, terwijl de meer frequente tumoren veeleer in de oudere leeftijdsgroep terug te vinden zijn.

TABEL 8-1: Meest frequente maligniteiten per leeftijdsgroep van 15 jaar en per geslacht

Leeftijd	geslacht	1	2	3	4	5
0-14	M+V	Leukemie	Hersenen	Lymfomen	Weke weefsels	Nier
15-29	M	Testis	Lymfomen	Huid, melonama	Leukemie	Hersenen
	V	Huid, melanoma	Lymfomen	Borst	Cervix	Eierstok
30-44	M	Testis	Huid, overig	Lymfomen	Long	Darm
	V	Borst	Huid, melanoma	Baarmoederhals	Ovarium	Long
45-59	M	Long	Darm	Prostaat	Hoofd en hals	Lymfomen
	V	Borst	Darm	Long	Baarmoederlichaam	Eierstok
60-74	M	Prostaat	Long	Darm	Blaas en urinewegen	Huid, overige
	V	Borst	Darm	Long	Baarmoederlichaam	Eierstok
75+	M	Prostaat	Long	Darm	Huid	Blaas en urinewegen
	V	Borst	Darm	Huid,	Baarmoederlichaam	Maag

8.3 Vergrijzing

Het aantal nieuwe gevallen van kanker is de afgelopen jaren fors toegenomen. Er zijn 2 factoren die daarbij een grote rol spelen nl. de omvang van de bevolking en de samenstelling van de bevolking.

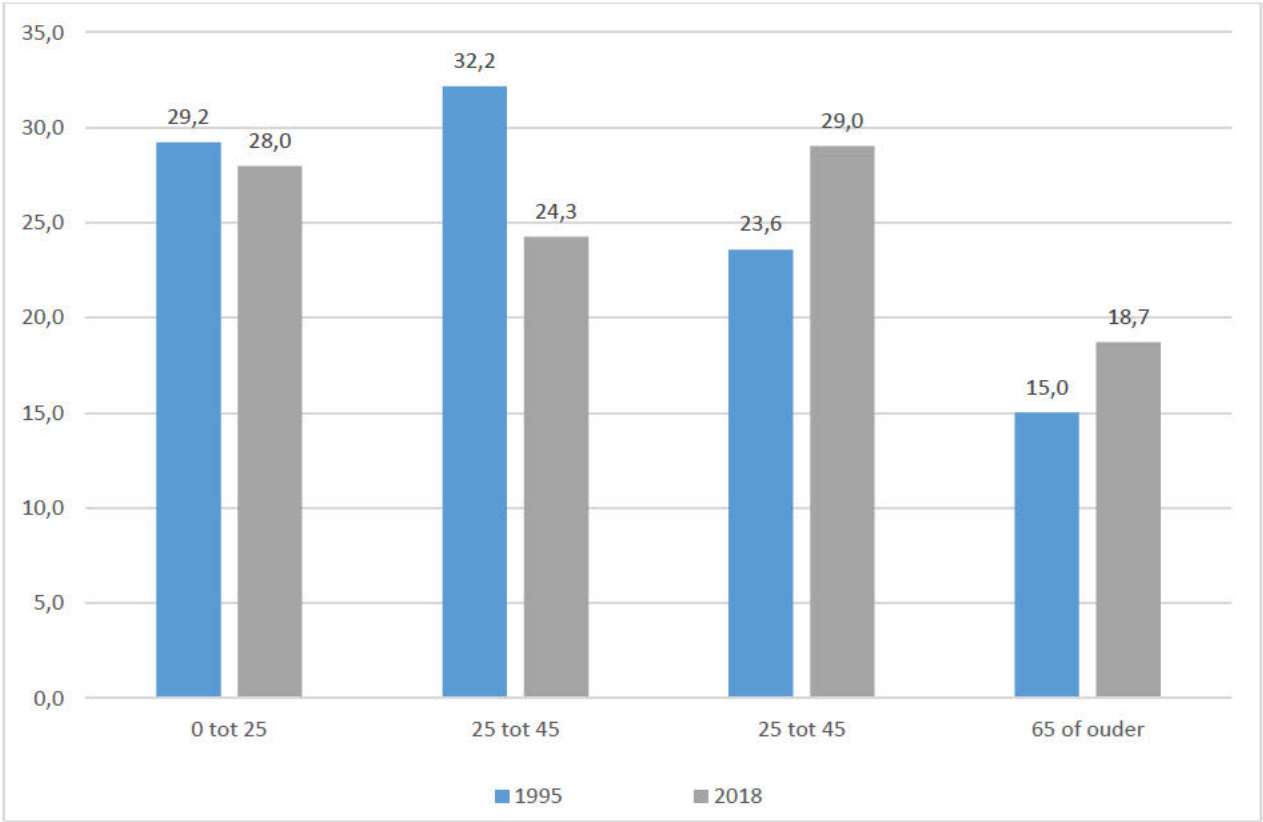
Tabel 8-2 laat zien dat de omvang van de bevolking in de GGD-regio Kennemerland aanzienlijk is gegroeid. In de periode 1995-2018 is de Kennemerlandse bevoking met 15,9% gegroeid en dat is iets meer dan het groeipercentage voor Nederland als geheel.

TABEL 8-2: Bevolkingsgroei in GGD-regio Kennemerland en Nederland

	GGD-regio Kennemerland	Nederland
1995	437.365	15.424.122
2018	541.690	17.181.084
Groei	15,9%	11,4%

[33] "Incidence of cancer in the Netherlands 1998
Tenth report of the Netherlands Cancer Registry, blz 16
Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC)

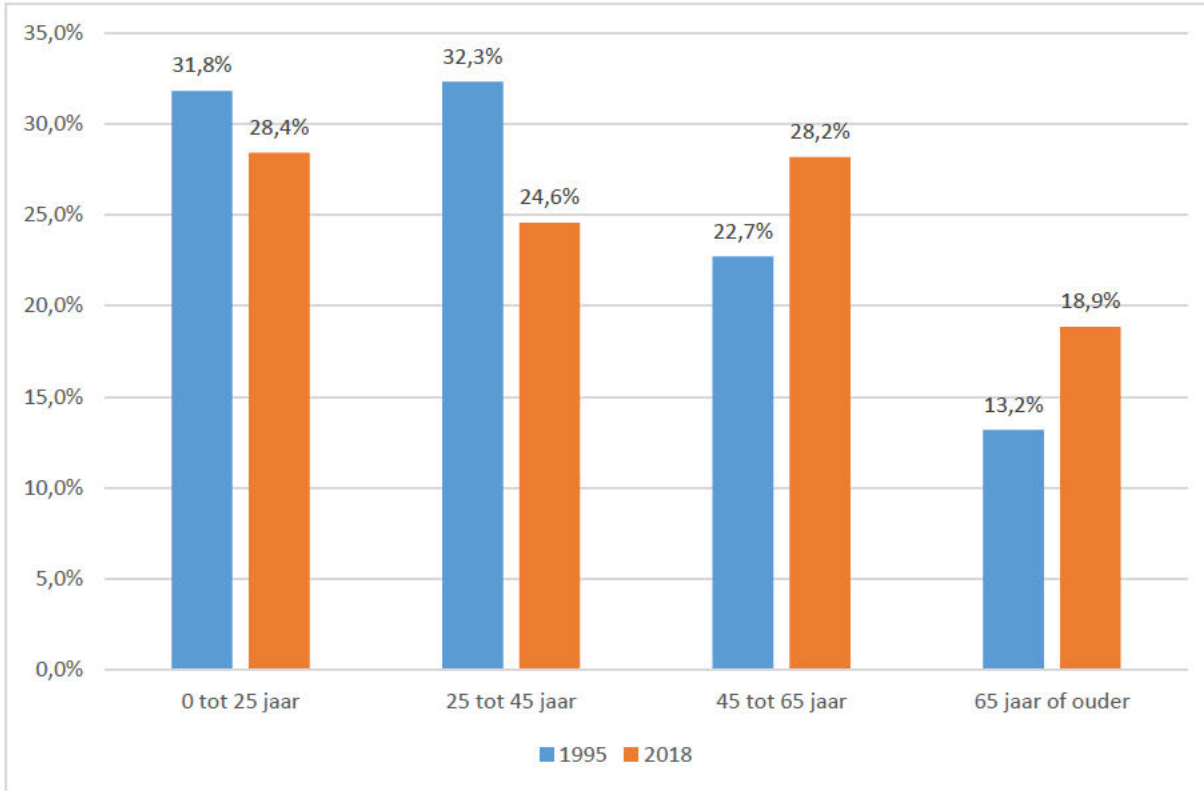
Figuur 8-4 : Bevolking van de GGD regio Kennemerland naar 4 leeftijdscategorieën in 1995 en 2018



Figuren 8-4 en 8-5 laten de verandering in de samenstelling van de bevolking zien voor de GGD-regio Kennemerland en Nederland. In de periode 1995-2018 is in beide figuren te zien dat het aandeel van de oudere leeftijdscategorieen is toegenomen. Landelijk is de groep ouder dan 65 jaar met 5,7% toegenomen en in de GGD-regio Kennemerland met 3,7%.

Kanker is een aandoening die vooral voorkomt op oudere leeftijd; tweederde van alle patiënten is ouder dan zestig jaar ten tijde van het stellen van de diagnose. Door de grote toename van het aantal mensen in deze leeftijdsgroep zal het absolute aantal mensen dat kanker krijgt sterk stijgen. Ook worden de ouderen steeds ouder. De combinatie van een toename in het aantal ouderen en het feit dat die ook nog ouder worden, wordt 'dubbele vergrijzing' genoemd. Verwacht wordt dat dit proces van vergrijzing zich nog zal doorzetten tot ongeveer 2040 en daarmee zorgt voor een toename in de incidentie van kanker.

Figuur 8-5 : Bevolking van Nederland naar 4 leeftijdscategorieën in 1995 en 2018



Deze ontwikkelingen op het gebied van kanker hebben gevolgen voor de zorg voor kankerpatiënten. Door de sterke stijging van het aantal nieuwe gevallen van kanker zal naar verwachting het absolute aantal mensen dat sterft als gevolg van kanker ook toenemen. Dit zal leiden tot een stijging van de vraag naar palliatieve zorg en stervensbegeleiding. Daarnaast zal door de verbeterde overleving de behoefte aan nazorg toenemen. Want ondanks het feit dat ze zijn genezen, leven veel ex-kankerpatiënten nog jaren met lichamelijke en/of emotionele gevolgen van hun aandoening. De zorg voor deze mensen zal voornamelijk plaatsvinden in de eerste lijn (huisarts, fysiotherapeut, thuiszorg). Zo zal een huisarts in de toekomst meer ex-kankerpatiënten in de praktijk hebben dan nu.

8.4 CIF – de ziektemaat

Kanker komt het meest voor bij oudere mensen. Dit betekent dat het incidentiecijfer wordt beïnvloed door het percentage ouderen in de totale bevolking. Een hoog percentage ouderen resulteert in een hoog incidentiecijfer, terwijl een hoog percentage jongeren resulteert in een laag incidentiecijfer. Daarom wordt bij het in kaart brengen van de kankerincidentie, naast de absolute aantallen nieuwe kankergevallen, ook gebruik gemaakt van de door het IKA([34]) berekende " **Comparative Incidence Figure** "(CIF's):

> *De CIF is een verhoudingsgetal dat de incidentie van kanker in het te bestuderen gebied weergeeft in vergelijking met de incidentie in het referentiegebied, waarbij gecorrigeerd is voor leeftijdsopbouw* ([35]).

In dit verslag is Nederland het referentiegebied; het te bestuderen gebied betreft de regio Kennemerland of de afzonderlijke gemeenten van de regio. Met behulp van een CIF is het dus mogelijk de incidentie van kanker in (de gemeenten van) Kennemerland te vergelijken met de incidentie in Nederland.

Een CIF van 100 wil zeggen dat de kankerincidentie in het te bestuderen gebied niet verschilt van die in Nederland. Een getal onder 100 geeft aan dat de incidentie in het te bestuderen gebied lager is dan in Nederland en een getal groter dan 100 duidt er op dat het aantal nieuwe gevallen van kanker in het te bestuderen gebied hoger is dan in Nederland.
Het kan zijn dat een CIF afwijkend van 100 berust op toeval. Als een CIF *significant* verschilt van 100 is de kans echter vrij klein dat het een toevallig resultaat betreft. Bij een niet-statistisch significante CIF is er een (grotere) kans dat er sprake is van een toevallig resultaat. Pas als gegevens over een langere periode beschikbaar zijn, kan duidelijk worden of het een systematisch verschil betreft.

Het bepalen van de significantie van de CIF gebeurt aan de hand van een *95%-betrouw-baarheidsinterval*. Als de waarde '100' niet in het betrouwbaarheidsinterval ligt, is de CIF statistisch significant. Vertaald naar het onderwerp van dit rapport zou dan kunnen worden geconcludeerd dat in het te bestuderen gebied, de kankerincidentie (significant) groter of kleiner is dan die in Nederland.

Het is bij de interpretatie van de CIF van belang dit cijfer te bekijken in relatie tot de grootte van het betrouwbaarheidsinterval. Bij een groot betrouwbaarheidsinterval kan een CIF aanzienlijk kleiner/groter zijn dan 100 zonder dat dit verschil statistisch significant is. In deze rapportage wordt dan gesproken van een *tendens* tot verlaagde/verhoogde incidentie. Anderzijds kan het tegenovergestelde het geval zijn: een CIF die afwijkt van 100 kan wel statistisch significant verschillen van 100 als gevolg van een klein betrouwbaarheidsinterval.
De grootte van het betrouwbaarheidsinterval heeft onder andere te maken met het aantal gevallen van kanker: hoe groter de aantallen hoe kleiner het betrouwbaarheidsinterval. Om deze reden worden kleine afwijkingen van 100 (van 96 t/m 104), ook als deze statistisch significant zijn, toch als normaal beschouwd. Dergelijke kleine afwijkingen zijn bij grote aantallen dus altijd te vinden en zijn, hoewel statistisch significant, niet relevant. (zie voor de interpretaitie van de CIF ook tabel 9.4 en figuur 9.5).

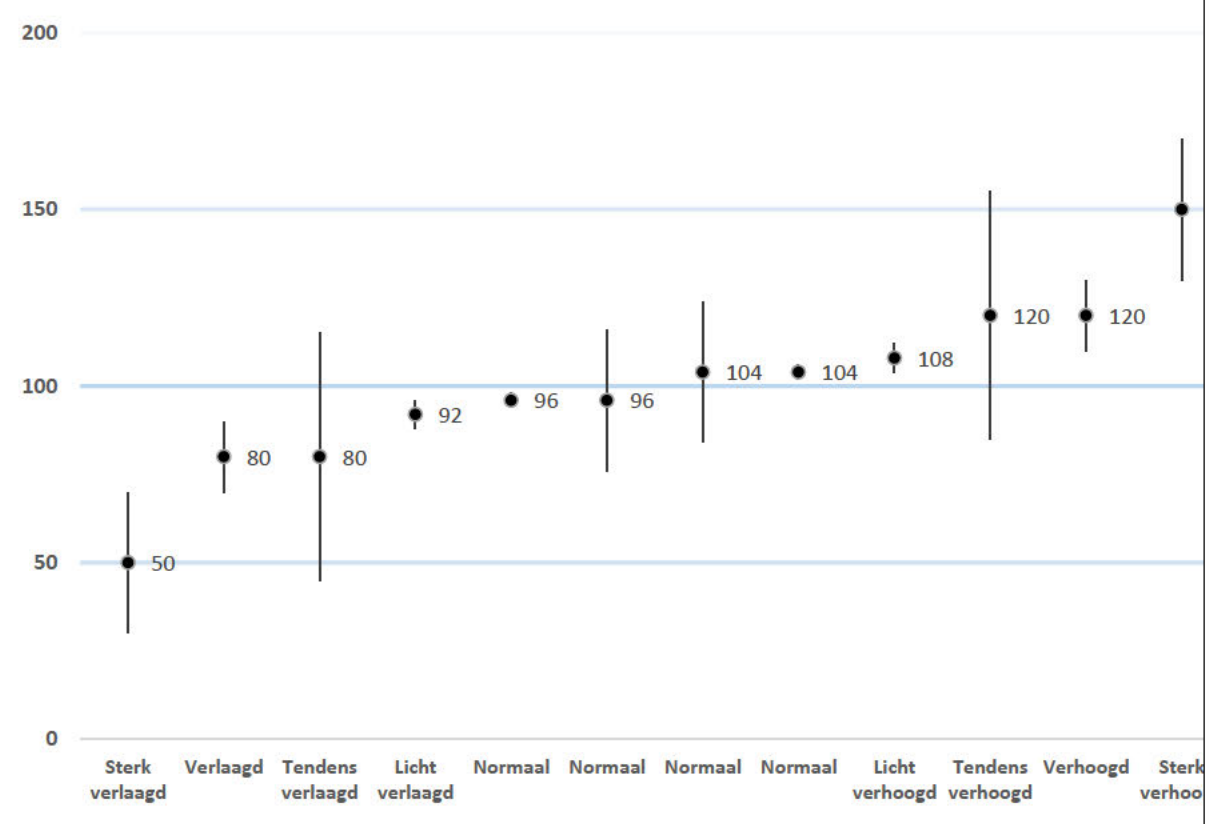
---

[34] Registratie vindt plaats op basis van klinische diagnoses of nadat in een pathologisch-anatomisch of hematologisch laboratorium de diagnose is gesteld (IKA, 1993).

[35] Het betreft hier een directe vorm van standaardisatie, hetgeen inhoudt dat de CIF's van de afzonderlijke gemeenten met elkaar vergeleken mogen worden (ook als deze gemeenten onderling afwijken wat betreft leeftijdsopbouw).

Tabel 8-4: Interpretatie van de CIF in deze rapportage			
	Waarde CIF	**Significant** (100 niet in betrouwbaarheidsinterval)	**Niet significant** (100 wel in betrouwbaarheidsinterval)
Kleiner dan 70		Sterk verlaagd	Tendens naar verlaagde .....
70 t/m 89		Verlaagd	
90 t/m 110	90 t/m 95	Licht verlaagd	Normaal
	96 t/m 104	Normaal	
	105 t/m 110	Licht verhoogd	
111 t/m 140		Verhoogd	Tendens naar verhoogde ....
Groter dan 140		Sterk verhoogd	

Figuur 8-5 : Uitwerking interpretatie van de CIF



8.1 Extra incidentie omgerekend in aantallen mensen

Longkanker in Beverwijk als voorbeeld

De gegevens voor onderstaande berekeningen zijn gebaseerd op tabel 9-6.1 in Bijlage 2 van het rapport.

Mannen

Over de 15 jaren van registratie was het aantal nieuwe gevallen van longkanker bij mannen in Beverwijk 311. Dit is afgerond gemiddeld 21 per jaar.
De CIF voor mannen is 127. Als de incidentie bij mannen in Beverwijk identiek zou zijn geweest aan die van Nederland (rekening houdend met verschillen in leeftijdsopbouw en geslacht), dan zou het aantal nieuwe gevallen 245 zijn geweest, namelijk 100/127 * 311.
Het verschil betekent dat jaarlijks gemiddeld 4 nieuwe gevallen van longkanker bij mannen extra zijn opgetreden, dus van de gemiddeld 21 per jaar zijn er 4 extra ten opzichte van het gemiddelde in Nederland.

Vrouwen

Over de 15 jaren van registratie was het aantal nieuwe gevallen van longkanker bij vrouwen in Beverwijk 212. Dit is afgerond gemiddeld 14 per jaar.
De CIF voor vrouwen is eveneens 127. Als de incidentie bij vrouwen in Beverwijk identiek zou zijn geweest aan die van Nederland (rekening houdend met verschillen in leeftijdsopbouw en geslacht), dan zou het aantal nieuwe gevallen 167 zijn geweest, namelijk 100/127 * 212.
Het verschil betekent dat jaarlijks gemiddeld 3 nieuwe gevallen van longkanker bij vrouwen extra zijn opgetreden, dus van de gemiddeld 14 per jaar zijn er 3 extra ten opzichte van het gemiddelde in Nederland.

Totaal

Over de 15 jaren van registratie was het aantal nieuwe gevallen van longkanker bij inwoners van Beverwijk in totaal 523. Dit is afgerond gemiddeld bijna 35 per jaar.
Bij elkaar zijn er jaarlijks gemiddeld 7 nieuwe gevallen van longkanker geweest bij de inwoners van Beverwijk. Dus van de gemiddeld 35 per jaar zijn er 7 extra ten opzichte van het gemiddelde in Nederland.

9 Bijlage 2 : gegevens per regio/gemeente

9.1 Alle lokalisaties per gemeente

Tabel 9-1.1 : Vergelijking van de totale incidentie van kanker per gemeente met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Bloemendaal	1.379	100	95	106		Normaal
Haarlem	6.871	103	100	105		Normaal
Haarlemmerliede	246	96	84	108		Normaal
Heemstede	1.588	102	97	107		Normaal
Zandvoort	1.092	112	106	119	*	Verhoogd
Zuid-Kennemerland	11.176	103	101	105	*	Normaal
Beverwijk	1.953	107	103	112	*	Licht verhoogd
Heemskerk	2.161	107	102	111	*	Licht verhoogd
Uitgeest	560	102	94	111		Normaal
Velsen	3.593	106	102	109	*	Licht verhoogd
Midden-Kennemerland	8.267	106	104	108	*	Licht verhoogd
Kennemerland	19.443	104	103	106	*	Normaal
Haarlemmermeer	6.115	107	105	110	*	Licht verhoogd
GGD-regio Kennemerland	25.558	105	103	106	*	Licht verhoogd
Nederland	781.869					

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Bloemendaal	1.306	101	96	107		Normaal
Haarlem	7.191	109	106	111	*	Licht verhoogd
Haarlemmerliede	275	116	103	130	*	Verhoogd
Heemstede	1.613	104	99	110		Normaal
Zandvoort	1.059	112	105	119	*	Verhoogd
Zuid-Kennemerland	11.444	108	106	110	*	Licht verhoogd
Beverwijk	1.838	107	102	112	*	Licht verhoogd
Heemskerk	1.875	103	98	108		Normaal
Uitgeest	533	106	97	115		Normaal
Velsen	3.337	106	103	110	*	Licht verhoogd
Midden-Kennemerland	7.583	106	103	108	*	Licht verhoogd
Kennemerland	19.027	107	105	108	*	Licht verhoogd
Haarlemmermeer	5.594	105	103	108	*	Licht verhoogd
GGD-regio Kennemerland	24.621	106	105	108	*	Licht verhoogd
Nederland	714.565					

(*) Statistisch significant

Tabel 9-1.2 : 15-jaars prevalentie van alle kankers per gemeente in Kennemerland per 31-12-2018

	Mannen	%-1	%-2	Vrouwen	%-1	%-2	Totaal	%-1	%-2
Bloemendaal	617	5,7	7,7	723	5,6	7,4	1.340	5,6	7,5
Haarlem	2.726	25,0	33,9	3.582	27,6	36,7	6.308	26,4	35,4
Haarlemmerliede	110	1,0	1,4	164	1,3	1,7	274	1,1	1,5
Heemstede	719	6,6	8,9	841	6,5	8,6	1.560	6,5	8,8
Zandvoort	457	4,2	5,7	526	4,1	5,4	983	4,1	5,5
Zuid-Kennemerland	4.629	42,5	57,6	5.836	45,0	59,8	10.465	43,9	58,8
Beverwijk	795	7,3	9,9	923	7,1	9,5	1.718	7,2	9,6
Heemskerk	911	8,4	11,3	1.034	8,0	10,6	1.945	8,2	10,9
Uitgeest	259	2,4	3,2	314	2,4	3,2	573	2,4	3,2
Velsen	1.448	13,3	18,0	1.655	12,8	17,0	3.103	13,0	17,4
Midden-Kennemerland	3.413	31,3	42,4	3.926	30,3	40,2	7.339	30,8	41,2
Kennemerland	8.042	73,9	100,0	9.762	75,3	100,0	17.804	74,6	100,0
Haarlemmermeer	2.845	26,1		3.205	24,7		6.050	25,4	
GGD-regio Kennemerland	10.887	100,0		12.967	100,0		23.854	100,0	
Nederland	338.011			377.680			715.691		

9.2 GGD-regio Kennemerland

Tabel 9-2.1 : Incidentie van kanker per lokalisatie in de GGD-regio Kennemerland (2004-2018)

	Aantallen					Percentages			
Mannen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Prostaat	1.567	1.740	1.680	4.987	332	21%	20%	18%	20%
Long	1.101	1.137	1.171	3.409	227	15%	13%	12%	13%
Dikke & endeldarm	962	1.077	1.351	3.390	226	13%	13%	14%	13%
Hematologie	782	960	901	2.643	176	10%	11%	9%	10%
Melanoom van de huid	345	396	567	1.308	87	5%	5%	6%	5%
Blaas & overige urinewegen	373	427	434	1.234	82	5%	5%	5%	5%
Hoofd en hals	336	334	357	1.027	68	4%	4%	4%	4%
Nier	210	254	266	730	49	3%	3%	3%	3%
Slokdarm	210	238	270	718	48	3%	3%	3%	3%
Alvleesklier	196	210	186	592	39	3%	2%	2%	2%
Maag (excl. cardia)	127	113	110	350	23	2%	1%	1%	1%
Mesothelioom	85	93	103	281	19	1%	1%	1%	1%
Overig	1.178	1.614	2.097	4.889	326	16%	19%	22%	19%
Totaal	7.472	8.593	9.493	25.558	1.704	100%	100%	100%	100%

	Aantallen					Percentages			
Vrouwen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Borst	2.076	2.292	2.481	6.849	457	29%	28%	27%	28%
Dikke & endeldarm	883	1.029	1.111	3.023	202	13%	12%	12%	12%
Long	684	830	976	2.490	166	10%	10%	11%	10%
Hematologie	620	732	688	2.040	136	9%	9%	7%	8%
Melanoom van de huid	373	510	650	1.533	102	5%	6%	7%	6%
Baarmoederlichaam	274	306	286	866	58	4%	4%	3%	4%
Eierstok & eileider	211	266	219	696	46	3%	3%	2%	3%
Alvleesklier	202	185	197	584	39	3%	2%	2%	2%
Hoofd en hals	139	201	208	548	37	2%	2%	2%	2%
Blaas & overige urinewegen	128	147	149	424	28	2%	2%	2%	2%
Nier	134	146	129	409	27	2%	2%	1%	2%
Baarmoederhals	123	120	134	377	25	2%	1%	1%	2%
Slokdarm	82	82	112	276	18	1%	1%	1%	1%
Maag (excl. cardia)	80	84	76	240	16	1%	1%	1%	1%
Mesothelioom	10	9	18	37	2	0%	0%	0%	0%
Overig	1.036	1.350	1.843	4.229	282	15%	16%	20%	17%
Totaal	7.055	8.289	9.277	24.621	1.641	100%	100%	100%	100%

Tabel 9-2.2 : Vergelijking van de incidentie van kanker per lokalisatie in de GGD-regio Kennemerland met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Prostaat	4.987	100	98	103		Normaal
Long	3.409	102	99	106		Normaal
Dikke & endeldarm	3.390	101	97	104		Normaal
Hematologie	2.643	114	109	118	*	Verhoogd
Melanoom van de huid	1.308	120	114	127	*	Verhoogd
Blaas & overige urinewegen	1.234	107	101	113	*	Licht verhoogd
Hoofd en hals	1.027	112	105	118	*	Verhoogd
Nier	730	113	105	121	*	Verhoogd
Slokdarm	718	105	97	112		Normaal
Alvleesklier	592	117	108	127	*	Verhoogd
Maag (excl. cardia)	350	99	89	110		Normaal
Mesothelioom	281	127	113	142	*	Verhoogd
Overig	4.889					
Totaal	25.558	105	103	106	*	Licht Verhoogd

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Borst	6.849	104	101	106	*	Normaal
Dikke & endeldarm	3.023	106	102	110	*	Licht verhoogd
Long	2.490	109	105	113	*	Licht verhoogd
Hematologie	2.040	111	106	116	*	Verhoogd
Melanoom van de huid	1.533	119	113	125	*	Verhoogd
Baarmoederlichaam	866	98	92	105		Normaal
Eierstok & eileider	696	108	100	116		Normaal
Alvleesklier	584	112	103	121	*	Verhoogd
Hoofd en hals	548	118	108	128	*	Verhoogd
Blaas & overige urinewegen	424	100	91	110		Normaal
Nier	409	102	92	112		Normaal
Baarmoederhals	377	107	97	118		Normaal
Slokdarm	276	105	93	118		Normaal
Maag (excl. cardia)	240	96	84	108		Normaal
Mesothelioom	37	104	73	138		Normaal
Overig	4.229					
Totaal	24.621	106	105	108	*	Licht verhoogd

(*) Statistisch significant

Tabel 9-2.3 : 15-jaars prevalentie van kanker per lokalisatie in Kennemerland per 31-12-2018

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Perc.
Borst		5.197	5.197	21,8%
Prostaat	3.264		3.264	13,7%
Dikke & endeldarm	1.710	1.507	3.217	13,5%
Hematologie	1.344	1.097	2.441	10,2%
Melanoom van de huid	976	1.309	2.285	9,6%
Long	549	590	1.139	4,8%
Hoofd en hals	492	278	770	3,2%
Blaas & overige urinewegen	453	145	598	2,5%
Nier	365	213	578	2,4%
Baarmoederlichaam		566	566	2,4%
Eierstok & eileider		260	260	1,1%
Baarmoederhals		241	241	1,0%
Slokdarm	145	53	198	0,8%
Maag (excl. cardia)	54	44	98	0,4%
Alvleesklier	32	30	62	0,3%
Mesothelioom	27	5	32	0,1%
Overig	1.476	1.432	2.908	12,2%
Totaal	10.887	12.967	23.854	100,0%

9.3 Zuid-Kennemerland

Tabel 9-3.1 : Incidentie van kanker per lokalisatie in Zuid-Kennemerland (2004-2018)

	Aantallen					Percentages			
Mannen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Prostaat	705	739	678	2.122	141	21%	20%	17%	19%
Dikke & endeldarm	429	477	586	1.492	99	13%	13%	14%	13%
Long	488	502	484	1.474	98	15%	13%	12%	13%
Hematologie	352	423	387	1.162	77	10%	11%	10%	10%
Melanoom van de huid	153	173	254	580	39	5%	5%	6%	5%
Blaas & overige urinewegen	163	189	170	522	35	5%	5%	4%	5%
Hoofd en hals	163	157	162	482	32	5%	4%	4%	4%
Nier	92	121	99	312	21	3%	3%	2%	3%
Slokdarm	88	112	104	304	20	3%	3%	3%	3%
Alvleesklier	94	86	90	270	18	3%	2%	2%	2%
Maag (excl. cardia)	56	43	46	145	10	2%	1%	1%	1%
Mesothelioom	36	35	42	113	8	1%	1%	1%	1%
Overig	544	695	959	2.198	147	16%	19%	24%	20%
Totaal	3.363	3.752	4.061	11.176	745	100%	100%	100%	100%

	Aantallen					Percentages			
Vrouwen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Borst	1.018	1.027	1.071	3.116	208	30%	27%	26%	27%
Dikke & endeldarm	422	478	523	1.423	95	12%	12%	13%	12%
Long	346	397	414	1.157	77	10%	10%	10%	10%
Hematologie	302	310	290	902	60	9%	8%	7%	8%
Melanoom van de huid	158	231	308	697	46	5%	6%	7%	6%
Baarmoederlichaam	144	154	128	426	28	4%	4%	3%	4%
Eierstok & eileider	95	134	103	332	22	3%	3%	2%	3%
Alvleesklier	104	89	84	277	18	3%	2%	2%	2%
Hoofd en hals	60	99	94	253	17	2%	3%	2%	2%
Blaas & overige urinewegen	64	76	72	212	14	2%	2%	2%	2%
Nier	66	62	56	184	12	2%	2%	1%	2%
Baarmoederhals	54	55	74	183	12	2%	1%	2%	2%
Slokdarm	37	40	58	135	9	1%	1%	1%	1%
Maag (excl. cardia)	37	41	36	114	8	1%	1%	1%	1%
Mesothelioom	7	2	11	20	1	0%	0%	0%	0%
Overig	480	676	857	2.013	134	14%	17%	21%	18%
Totaal	3.394	3.871	4.179	11.444	763	100%	100%	100%	100%

Tabel 9-3.2 : Vergelijking van de incidentie van kanker per lokalisatie in Zuid-Kennemerland met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Prostaat	2.122	96	92	100		Normaal
Dikke & endeldarm	1.492	99	94	104		Normaal
Long	1.474	99	94	104		Normaal
Hematologie	1.162	113	106	119	*	Verhoogd
Melanoom van de huid	580	124	114	134	*	Verhoogd
Blaas & overige urinewegen	522	99	91	108		Normaal
Hoofd en hals	482	119	109	130	*	Verhoogd
Nier	312	110	98	122		Normaal
Slokdarm	304	101	89	112		Normaal
Alvleesklier	270	119	105	134	*	Verhoogd
Maag (excl. cardia)	145	91	77	106		Normaal
Mesothelioom	113	114	94	135		Tendens naar verhoogde incidentie
Overig	2.198					
Totaal	11.176	103	101	105	*	Normaal

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Borst	3.116	105	101	108	*	Licht verhoogd
Dikke & endeldarm	1.423	107	101	112	*	Licht verhoogd
Long	1.157	110	104	117	*	Licht verhoogd
Hematologie	902	106	100	113		Normaal
Melanoom van de huid	697	120	112	129	*	Verhoogd
Baarmoederlichaam	426	104	94	114		Normaal
Eierstok & eileider	332	110	99	122		Normaal
Alvleesklier	277	113	100	126		Tendens naar verhoogde incidentie
Hoofd en hals	253	117	103	132	*	Verhoogd
Blaas & overige urinewegen	212	107	92	121		Normaal
Nier	184	99	85	113		Normaal
Baarmoederhals	183	119	102	137	*	Verhoogd
Slokdarm	135	111	93	129		Tendens naar verhoogde incidentie
Maag (excl. cardia)	114	95	79	113		Normaal
Mesothelioom	20					
Overig	2.013					
Totaal	11.444	108	106	110	*	Licht verhoogd

(*) Statistisch significant

Tabel 9-3.3 : 15-jaars prevalentie van kanker per lokalisatie in Zuid-Kennemerland per 31-12-2018

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Perc.
Borst		2.311	2.311	22,1%
Dikke & endeldarm	748	703	1.451	13,9%
Prostaat	1.341		1.341	12,8%
Hematologie	572	477	1.049	10,0%
Melanoom van de huid	423	586	1.009	9,7%
Long	239	253	492	4,7%
Hoofd en hals	216	123	339	3,2%
Baarmoederlichaam		263	263	2,5%
Blaas & overige urinewegen	173	69	242	2,3%
Nier	150	89	239	2,3%
Baarmoederhals		114	114	1,1%
Eierstok & eileider		105	105	1,0%
Slokdarm	52	23	75	0,7%
Maag (excl. cardia)	17	23	40	0,4%
Alvleesklier	16	15	31	0,3%
Mesothelioom	13	3	16	0,2%
Overig	654	669	1.323	12,7%
Totaal	4.614	5.826	10.440	100,0%

9.4 Midden-Kennemerland

Tabel 9-4.1 : Incidentie van kanker per lokalisatie bij mannen in Midden-Kennemerland (2004-2018)

	Aantallen					Percentages			
Mannen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Prostaat	437	631	571	1.639	109	19%	22%	19%	20%
Long	369	395	399	1.163	78	16%	14%	13%	14%
Dikke & endeldarm	302	376	427	1.105	74	13%	13%	14%	13%
Hematologie	238	305	282	825	55	10%	11%	9%	10%
Blaas & overige urinewegen	126	129	165	420	28	5%	4%	5%	5%
Melanoom van de huid	106	103	159	368	25	5%	4%	5%	4%
Hoofd en hals	102	113	115	330	22	4%	4%	4%	4%
Nier	61	84	86	231	15	3%	3%	3%	3%
Slokdarm	65	81	83	229	15	3%	3%	3%	3%
Alvleesklier	57	64	53	174	12	2%	2%	2%	2%
Maag (excl. cardia)	45	38	41	124	8	2%	1%	1%	1%
Mesothelioom	37	41	42	120	8	2%	1%	1%	1%
Overig	380	523	636	1.539	103	16%	18%	21%	19%
Totaal	2.325	2.883	3.059	8.267	551	100%	100%	100%	100%

	Aantallen					Percentages			
Vrouwen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Borst	612	671	802	2.085	139	28%	27%	28%	27%
Dikke & endeldarm	299	335	334	968	65	14%	13%	12%	13%
Long	217	250	320	787	52	10%	10%	11%	10%
Hematologie	198	251	220	669	45	9%	10%	8%	9%
Melanoom van de huid	125	139	188	452	30	6%	6%	7%	6%
Baarmoederlichaam	72	79	88	239	16	3%	3%	3%	3%
Eierstok & eileider	58	70	64	192	13	3%	3%	2%	3%
Alvleesklier	61	52	66	179	12	3%	2%	2%	2%
Hoofd en hals	41	63	62	166	11	2%	3%	2%	2%
Blaas & overige urinewegen	38	44	46	128	9	2%	2%	2%	2%
Nier	41	49	35	125	8	2%	2%	1%	2%
Baarmoederhals	35	37	30	102	7	2%	1%	1%	1%
Slokdarm	27	28	32	87	6	1%	1%	1%	1%
Maag (excl. cardia)	32	26	23	81	5	1%	1%	1%	1%
Mesothelioom	1	2	5	8	1	0%	0%	0%	0%
Overig	337	422	556	1.315	88	15%	17%	19%	17%
Totaal	2.194	2.518	2.871	7.583	506	100%	100%	100%	100%

Tabel 9-4.2 : Vergelijking van de incidentie van kanker per lokalisatie in Midden-Kennemerland met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Prostaat	1.639	102	97	107		Normaal
Long	1.163	109	103	115	*	Licht verhoogd
Dikke & endeldarm	1.105	103	97	109		Normaal
Hematologie	825	110	103	118	*	Licht verhoogd
Blaas & overige urinewegen	420	112	101	123	*	Verhoogd
Melanoom van de huid	368	107	97	118		Normaal
Hoofd en hals	330	112	100	124		Tendens naar verhoogde incidentie
Nier	231	113	99	128		Tendens naar verhoogde incidentie
Slokdarm	229	104	91	118		Normaal
Alvleesklier	174	108	92	124		Normaal
Maag (excl. cardia)	124	106	88	125		Normaal
Mesothelioom	120	169	139	200	*	Sterk verhoogd
Overig	1.539					
Totaal	8.267	106	104	108	*	Licht verhoogd

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Borst	2.085	103	98	107		Normaal
Dikke & endeldarm	968	107	100	113		Normaal
Long	787	111	103	119	*	Verhoogd
Hematologie	669	116	107	125	*	Verhoogd
Melanoom van de huid	452	116	105	127	*	Verhoogd
Baarmoederlichaam	239	87	76	98	*	Verlaagd
Eierstok & eileider	192	97	83	111		Normaal
Alvleesklier	179	107	92	123		Normaal
Hoofd en hals	166	117	99	135		Tendens naar verhoogde incidentie
Blaas & overige urinewegen	128	96	80	114		Normaal
Nier	125	100	83	117		Normaal
Baarmoederhals	102	97	79	116		Normaal
Slokdarm	87	106	84	129		Normaal
Maag (excl. cardia)	81	105	83	129		Normaal
Mesothelioom	8					
Overig	1.315					
Totaal	7.583	106	103	108	*	Licht verhoogd

(*) Statistisch significant

Tabel 9-4.3 : 15-jaars prevalentie van kanker per lokalisatie in Midden-Kennemerland per 31-12-2018

Prevalentie per 31-12-2018	Mannen	Vrouwen	Totaal	Perc.
Borst		1.576	1.576	21,5%
Prostaat	1.062		1.062	14,5%
Dikke & endeldarm	532	472	1.004	13,7%
Hematologie	410	351	761	10,4%
Melanoom van de huid	273	385	658	9,0%
Long	165	197	362	4,9%
Hoofd en hals	163	94	257	3,5%
Blaas & overige urinewegen	151	47	198	2,7%
Nier	119	57	176	2,4%
Baarmoederlichaam		157	157	2,1%
Eierstok & eileider		68	68	0,9%
Baarmoederhals		66	66	0,9%
Slokdarm	47	16	63	0,9%
Maag (excl. cardia)	24	14	38	0,5%
Alvleesklier	8	9	17	0,2%
Mesothelioom	6	0	6	0,1%
Overig	453	417	870	11,9%
Totaal	3.413	3.926	7.339	100,0%

9.5 Bennebroek

Gemeente is samengevoegd met Bloemendaal.

9.6 Beverwijk

Tabel 9-6.1 : Incidentie kanker naar lokalisatie in Beverwijk (2004-2018)

	Aantallen					Percentages			
Mannen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Prostaat	93	143	130	366	24	16%	21%	19%	19%
Long	115	111	85	311	21	20%	16%	12%	16%
Dikke & endeldarm	69	86	95	250	17	12%	13%	14%	13%
Hematologie	57	66	65	188	13	10%	10%	9%	10%
Blaas & overige urinewegen	33	33	37	103	7	6%	5%	5%	5%
Melanoom van de huid	23	22	48	93	6	4%	3%	7%	5%
Hoofd en hals	36	25	30	91	6	6%	4%	4%	5%
Slokdarm	13	20	23	56	4	2%	3%	3%	3%
Nier	13	25	11	49	3	2%	4%	2%	3%
Alvleesklier	15	13	8	36	2	3%	2%	1%	2%
Mesothelioom	8	11	13	32	2	1%	2%	2%	2%
Maag (excl. cardia)	9	9	8	26	2	2%	1%	1%	1%
Overig	96	117	139	352	23	17%	17%	20%	18%
Totaal	580	681	692	1.953	130	100%	100%	100%	100%

	Aantallen					Percentages			
Vrouwen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Borst	150	143	175	468	31	27%	24%	26%	25%
Dikke & endeldarm	74	79	81	234	16	14%	13%	12%	13%
Long	50	73	89	212	14	9%	12%	13%	12%
Hematologie	50	72	59	181	12	9%	12%	9%	10%
Mesothelioom	22	39	36	97	6	4%	6%	5%	5%
Baarmoederlichaam	20	17	23	60	4	4%	3%	3%	3%
Hoofd en hals	12	19	23	54	4	2%	3%	3%	3%
Alvleesklier	21	11	14	46	3	4%	2%	2%	3%
Eierstok & eileider	11	15	13	39	3	2%	2%	2%	2%
Nier	12	16	9	37	2	2%	3%	1%	2%
Baarmoederhals	13	10	5	28	2	2%	2%	1%	2%
Blaas & overige urinewegen	7	8	12	27	2	1%	1%	2%	1%
Maag (excl. cardia)	9	7	6	22	1	2%	1%	1%	1%
Slokdarm	4	6	9	19	1	1%	1%	1%	1%
Mesothelioom	0	2	2	4	0	0%	0%	0%	0%
Overig	93	90	127	310	21	17%	15%	19%	17%
Totaal	548	607	683	1.838	123	100%	100%	100%	100%

Tabel 9-6.2 : Vergelijking van de incidentie van kanker per lokalisatie in Beverwijk met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Prostaat	366	97	87	107		Normaal
Long	311	127	113	142	*	Verhoogd
Dikke & endeldarm	250	100	88	113		Normaal
Hematologie	188	107	92	122		Normaal
Blaas & overige urinewegen	103	121	99	144		Tendens naar verhoogde incidentie
Melanoom van de huid	93	115	93	138		Tendens naar verhoogde incidentie
Hoofd en hals	91	134	107	162	*	Verhoogd
Slokdarm	56	110	82	139		Normaal
Nier	49	103	76	132		Normaal
Alvleesklier	36	98	68	131		Normaal
Mesothelioom	32	204	134	281	*	Sterk verhoogd
Maag (excl. cardia)	26	96	63	133		Normaal
Overig	352					
Totaal	1.953	107	103	112	*	Licht verhoogd

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Borst	468	96	88	105		Normaal
Dikke & endeldarm	234	108	95	122		Normaal
Long	212	127	110	144	*	Verhoogd
Hematologie	181	129	111	148	*	Verhoogd
Melanoom van de huid	97	104	83	125		Normaal
Baarmoederlichaam	60	93	70	118		Normaal
Hoofd en hals	54	159	118	203	*	Sterk verhoogd
Alvleesklier	46	119	86	156		Tendens naar verhoogde incidentie
Eierstok & eileider	39	82	57	109		Tendens naar verlaagde incidentie
Nier	37	119	83	157		Tendens naar verhoogde incidentie
Baarmoederhals	28	X				
Blaas & overige urinewegen	27	X				
Maag (excl. cardia)	22	X				
Slokdarm	19	X				
Mesothelioom	4	X				
Overig	310					
Totaal	1.838	107	102	112	*	Licht verhoogd

(*) Statistisch significant X = Aantal waarnemingen < 30

Tabel 9-6.3 : 15-jaars prevalentie van kanker per lokalisatie in Beverwijk per 31-12-2018

Prevalentie per 31-12-2018	Mannen	Vrouwen	Totaal	Perc.
Borst		342	342	19,9%
Prostaat	252		252	14,7%
Dikke & endeldarm	116	111	227	13,2%
Hematologie	86	97	183	10,7%
Melanoom van de huid	75	79	154	9,0%
Long	38	62	100	5,8%
Hoofd en hals	44	32	76	4,4%
Blaas & overige urinewegen	33	14	47	2,7%
Nier	23	15	38	2,2%
Baarmoederlichaam		37	37	2,2%
Baarmoederhals		21	21	1,2%
Slokdarm	11	5	16	0,9%
Eierstok & eileider		15	15	0,9%
Maag (excl. cardia)	4	3	7	0,4%
Alvleesklier	0	2	2	0,1%
Mesothelioom	2	0	2	0,1%
Overig	111	88	199	11,6%
Totaal	795	923	1.718	100,0%

9.7 Bloemendaal

Tabel 9-7.1 : Incidentie van kanker per lokalisatie in Bloemendaal (2004-2018)

	Aantallen					Percentages			
Mannen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Prostaat	105	106	106	317	21	25%	23%	21%	23%
Dikke & endeldarm	45	64	62	171	11	11%	14%	12%	12%
Hematologie	35	52	62	149	10	8%	11%	12%	11%
Long	49	45	42	136	9	12%	10%	8%	10%
Melanoom van de huid	21	28	35	84	6	5%	6%	7%	6%
Blaas & overige urinewegen	31	23	21	75	5	8%	5%	4%	5%
Hoofd en hals	16	15	21	52	3	4%	3%	4%	4%
Nier	12	15	10	37	2	3%	3%	2%	3%
Slokdarm	11	12	9	32	2	3%	3%	2%	2%
Alvleesklier	13	11	6	30	2	3%	2%	1%	2%
Maag (excl. cardia)	9	3	4	16	1	2%	1%	1%	1%
Mesothelioom	4	2	3	9	1	1%	0%	1%	1%
Overig	61	79	131	271	18	15%	17%	26%	20%
Totaal	412	455	512	1.379	92	100%	100%	100%	100%

	Aantallen					Percentages			
Vrouwen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Borst	121	103	123	347	23	31%	23%	26%	27%
Dikke & endeldarm	62	61	58	181	12	16%	14%	12%	14%
Hematologie	36	48	28	112	7	9%	11%	6%	9%
Long	25	28	37	90	6	6%	6%	8%	7%
Melanoom van de huid	13	25	40	78	5	3%	6%	8%	6%
Baarmoederlichaam	14	23	19	56	4	4%	5%	4%	4%
Eierstok & eileider	18	13	17	48	3	5%	3%	4%	4%
Alvleesklier	10	9	8	27	2	3%	2%	2%	2%
Hoofd en hals	5	13	7	25	2	1%	3%	1%	2%
Nier	8	7	9	24	2	2%	2%	2%	2%
Blaas & overige urinewegen	7	8	6	21	1	2%	2%	1%	2%
Baarmoederhals	8	5	7	20	1	2%	1%	1%	2%
Maag (excl. cardia)	4	4	5	13	1	1%	1%	1%	1%
Slokdarm	2	2	9	13	1	1%	0%	2%	1%
Mesothelioom	0	1	1	2	0	0%	0%	0%	0%
Overig	54	93	102	249	17	14%	21%	21%	19%
Totaal	387	443	476	1.306	87	100%	100%	100%	100%

Tabel 9-7.2 : Vergelijking van de incidentie van kanker per lokalisatie in Bloemendaal met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Prostaat	317	111	99	123		Tendens naar verhoogde incidentie
Dikke & endeldarm	171	88	75	101		Tendens naar verlaagde incidentie
Hematologie	149	118	100	137		Tendens naar verhoogde incidentie
Long	136	71	59	83	*	Verlaagd
Melanoom van de huid	84	155	124	188	*	Sterk verhoogd
Blaas & overige urinewegen	75	110	87	135		Normaal
Hoofd en hals	52	102	75	132		Normaal
Nier	37	103	72	136		Normaal
Slokdarm	32	82	54	113		Tendens naar verlaagde incidentie
Alvleesklier	30	104	69	142		Normaal
Maag (excl. cardia)	16					
Mesothelioom	9					
Overig	271					
Totaal	1.379	100	95	106		Normaal

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Borst	347	100	89	110		Normaal
Dikke & endeldarm	181	108	93	125		Normaal
Hematologie	112	112	92	133		Tendens naar verhoogde incidentie
Long	90	69	55	83	*	Sterk verlaagd
Melanoom van de huid	78	121	95	149		Tendens naar verhoogde incidentie
Baarmoederlichaam	56	110	83	140		Normaal
Eierstok & eileider	48	136	99	175		Tendens naar verhoogde incidentie
Alvleesklier	27	X				
Hoofd en hals	25	X				
Nier	24	X				
Blaas & overige urinewegen	21	X				
Baarmoederhals	20	X				
Maag (excl. cardia)	13	X				
Slokdarm	13	X				
Mesothelioom	2	X				
Overig	249					
Totaal	1.306	101	96	107		Normaal

(*) Statistisch significant X = Aantal waarnemingen < 30

Tabel 9-7.3 : 15-jaars prevalentie van kanker per lokalisatie in Bloemendaal per 31-12-2018

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Perc.
Borst		272	272	20,3%
Prostaat	206	3	209	15,6%
Dikke & endeldarm	88	103	191	14,3%
Hematologie	82	65	147	11,0%
Melanoom van de huid	57	68	125	9,3%
Long	22	26	48	3,6%
Baarmoederlichaam		39	39	2,9%
Blaas & overige urinewegen	21	8	29	2,2%
Nier	18	11	29	2,2%
Hoofd en hals	21		21	1,6%
Slokdarm	6	11	17	1,3%
Baarmoederhals		15	15	1,1%
Eierstok & eileider		14	14	1,0%
Alvleesklier	1	0	1	0,1%
Maag (excl. cardia)	0	1	1	0,1%
Mesothelioom	0	0	0	0,0%
Overig	95	87	182	13,6%
Totaal	617	723	1.340	100,0%

9.8 Haarlem

Tabel 9-8.1 : Incidentie van kanker per lokalisatie in Haarlem (2004-2018)

	Aantallen					Percentages			
Mannen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Prostaat	388	416	389	1.193	80	1%	18%	16%	17%
Long	336	332	324	992	66	5%	14%	13%	14%
Dikke & endeldarm	282	296	368	946	63	10%	13%	15%	14%
Hematologie	213	258	231	702	47	10%	11%	9%	10%
Melanoom van de huid	89	97	149	335	22	2%	4%	6%	5%
Hoofd en hals	119	106	99	324	22	6%	5%	4%	5%
Blaas & overige urinewegen	79	115	113	307	20	1%	5%	5%	4%
Slokdarm	52	78	73	203	14	2%	3%	3%	3%
Alvleesklier	67	58	65	190	13	16%	3%	3%	3%
Nier	52	68	60	180	12	2%	3%	2%	3%
Maag (excl. cardia)	37	28	30	95	6	4%	1%	1%	1%
Mesothelioom	24	28	26	78	5	6%	1%	1%	1%
Overig	347	422	557	1.326	88	17%	18%	22%	19%
Totaal	2.085	2.302	2.484	6.871	458	82%	100%	100%	100%

	Aantallen					Percentages			
Vrouwen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Borst	627	663	664	1.954	130	29%	27%	25%	27%
Dikke & endeldarm	264	282	337	883	59	12%	12%	13%	12%
Long	238	273	270	781	52	11%	11%	10%	11%
Hematologie	189	194	188	571	38	9%	8%	7%	8%
Melanoom van de huid	108	140	184	432	29	5%	6%	7%	6%
Baarmoederlichaam	96	90	74	260	17	4%	4%	3%	4%
Eierstok & eileider	48	87	58	193	13	2%	4%	2%	3%
Alvleesklier	71	56	58	185	12	3%	2%	2%	3%
Hoofd en hals	38	61	64	163	11	2%	3%	2%	2%
Blaas & overige urinewegen	44	56	47	147	10	2%	2%	2%	2%
Baarmoederhals	32	39	54	125	8	1%	2%	2%	2%
Nier	44	36	37	117	8	2%	1%	1%	2%
Slokdarm	24	25	36	85	6	1%	1%	1%	1%
Maag (excl. cardia)	26	27	24	77	5	1%	1%	1%	1%
Mesothelioom	4	0	6	10	1	0%	0%	0%	0%
Overig	294	407	507	1.208	81	14%	17%	19%	17%
Totaal	2.147	2.436	2.608	7.191	479	100%	100%	100%	100%

Tabel 9-8.2 : Vergelijking van de incidentie van kanker per lokalisatie in Haarlem met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Prostaat	1.193	137	118	157	*	Verhoogd
Long	992	95	85	106		Normaal
Dikke & endeldarm	946	104	97	110		Normaal
Hematologie	702	109	102	116	*	Licht verhoogd
Melanoom van de huid	335	99	79	120		Normaal
Hoofd en hals	324	110	98	122		Normaal
Blaas & overige urinewegen	307	128	100	158		Tendens naar verhoogde incidentie
Slokdarm	203	102	87	117		Normaal
Alvleesklier	190	89	84	94		Tendens naar verlaagde incidentie
Nier	180	109	95	124		Normaal
Maag (excl. cardia)	95	128	114	142	*	Verhoogd
Mesothelioom	78	110	102	118	*	Licht verhoogd
Overig	1.326					
Totaal	6.871	103	100	105		Normaal

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Borst	77	104	99	108		Normaal
Dikke & endeldarm	432	109	102	116	*	Licht verhoogd
Long	193	122	113	130	*	Verhoogd
Hematologie	10	108	100	117		Normaal
Melanoom van de huid	163	114	104	125	*	Verhoogd
Baarmoederlichaam	781	104	91	116		Normaal
Eierstok & eileider	260	104	89	119		Normaal
Alvleesklier	1.954	124	107	142	*	Verhoogd
Hoofd en hals	85	125	106	145	*	Verhoogd
Blaas & overige urinewegen	571	123	104	144	*	Verhoogd
Baarmoederhals	883	124	103	146	*	Verhoogd
Nier	125	104	86	124		Normaal
Slokdarm	117	113	89	138		Tendens naar verhoogde incidentie
Maag (excl. cardia)	185	104	81	128		Normaal
Mesothelioom	147	X				
Overig	1.208					
Totaal	7.191	109	106	111	*	Licht verhoogd

(*) Statistisch significant X = Aantal waarnemingen < 30

Tabel 9-8.3 : 15-jaars prevalentie van kanker per lokalisatie in Haarlem per 31-12-2018

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Perc.
Borst		1.434	1.434	22,7%
Dikke & endeldarm	464	432	896	14,2%
Prostaat	719		719	11,4%
Hematologie	339	291	630	10,0%
Melanoom van de huid	250	356	606	9,6%
Long	154	163	317	5,0%
Hoofd en hals	141	81	222	3,5%
Baarmoederlichaam		156	156	2,5%
Blaas & overige urinewegen	106	43	149	2,4%
Nier	89	59	148	2,3%
Baarmoederhals		77	77	1,2%
Eierstok & eileider		60	60	1,0%
Slokdarm	32	12	44	0,7%
Maag (excl. cardia)	13	15	28	0,4%
Alvleesklier	10	11	21	0,3%
Mesothelioom	9	2	11	0,2%
Overig	400	390	790	12,5%
Totaal	2.726	3.582	6.308	100,0%

9.9 Haarlemmerliede en Spaarnwoude

Tabel 9-9.1 : Incidentie van kanker per lokalisatie in Haarlemmerliede c.a. (2004-2018)

	Aantallen					Percentages			
Mannen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Prostaat	18	15	18	51	3	25%	17%	21%	21%
Long	10	11	8	29	2	14%	13%	9%	12%
Hematologie	8	14	4	26	2	11%	16%	5%	11%
Dikke & endeldarm	5	5	13	23	2	7%	6%	15%	9%
Blaas & overige urinewegen	5	8	2	15	1	7%	9%	2%	6%
Melanoom van de huid	5	5	3	13	1	7%	6%	3%	5%
Hoofd en hals	4	2	5	11	1	5%	2%	6%	4%
Slokdarm	1	2	6	9	1	1%	2%	7%	4%
Alvleesklier	1	4	2	7	0	1%	5%	2%	3%
Nier	2	4	1	7	0	3%	5%	1%	3%
Maag (excl. cardia)	1	2	0	3	0	1%	2%	0%	1%
Mesothelioom	2	0	1	3	0	3%	0%	1%	1%
Overig	11	15	23	49	3	15%	17%	27%	20%
Totaal	73	87	86	246	16	100%	100%	100%	100%

	Aantallen					Percentages			
Vrouwen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Borst	24	26	29	79	5	28%	29%	29%	29%
Long	12	5	9	26	2	14%	6%	9%	9%
Dikke & endeldarm	9	5	11	25	2	10%	6%	11%	9%
Hematologie	5	6	7	18	1	6%	7%	7%	7%
Melanoom van de huid	1	9	6	16	1	1%	10%	6%	6%
Alvleesklier	7	5	1	13	1	8%	6%	1%	5%
Baarmoederlichaam	3	4	3	10	1	3%	4%	3%	4%
Eierstok & eileider	2	3	4	9	1	2%	3%	4%	3%
Blaas & overige urinewegen	2	1	4	7	0	2%	1%	4%	3%
Nier	1	3	2	6	0	1%	3%	2%	2%
Baarmoederhals	3	2	0	5	0	3%	2%	0%	2%
Slokdarm	3	0	1	4	0	3%	0%	1%	1%
Maag (excl. cardia)	1	0	1	2	0	1%	0%	1%	1%
Mesothelioom	0	1	1	2	0	0%	1%	1%	1%
Hoofd en hals	0	2	0	2	0	0%	2%	0%	1%
Overig	13	17	21	51	3	15%	19%	21%	19%
Totaal	86	89	100	275	18	100%	100%	100%	100%

Tabel 9-9.2 : Vergelijking van de incidentie van kanker per lokalisatie in Haarlemmerliede c.a. met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI		Interpretatie incidentie
Prostaat	51	93	69	118	Normaal
Long	29	X			
Hematologie	26	X			
Dikke & endeldarm	23	X			
Blaas & overige urinewegen	15	X			
Melanoom van de huid	13	X			
Hoofd en hals	11	X			
Slokdarm	9	X			
Alvleesklier	7	X			
Nier	7	X			
Maag (excl. cardia)	3	X			
Mesothelioom	3	X			
Overig	49				
Totaal	246	96	84	108	Normaal

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Borst	79	113	88	138		Tendens naar verhoogde incidentie
Long	26	X				
Dikke & endeldarm	25	X				
Hematologie	18	X				
Melanoom van de huid	16	X				
Alvleesklier	13	X				
Baarmoederlichaam	10	X				
Eierstok & eileider	9	X				
Blaas & overige urinewegen	7	X				
Nier	6	X				
Baarmoederhals	5	X				
Slokdarm	4	X				
Maag (excl. cardia)	2	X				
Mesothelioom	2	X				
Hoofd en hals	2	X				
Overig	51					
Totaal	275	116	103	130	*	Verhoogd

(*) Statistisch significant X = Aantal waarnemingen < 30

Tabel 9-9.3 : 15-jaars prevalentie per lokalisatie in Haarlemmerliede c.a. per 31-12-2018

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Perc.
Borst		65	65	23,7%
Dikke & endeldarm	16	17	33	12,0%
Prostaat	29		29	10,6%
Melanoom van de huid	11	16	27	9,9%
Hematologie	10	12	22	8,0%
Blaas & overige urinewegen	5	6	11	4,0%
Hoofd en hals	8	0	8	2,9%
Baarmoederlichaam		7	7	2,6%
Long	3	4	7	2,6%
Eierstok & eileider		6	6	2,2%
Nier	2	3	5	1,8%
Baarmoederhals		4	4	1,5%
Slokdarm	3	1	4	1,5%
Alvleesklier	1	0	1	0,4%
Maag (excl. cardia)	0	1	1	0,4%
Mesothelioom	0	0	0	0,0%
Overig	22	22	44	16,1%
Totaal	110	164	274	100,0%

9.10 Heemskerk

Tabel 9-10.1 : Incidentie van kanker per lokalisatie in Heemskerk (2004-2018)

	Aantallen					Percentages			
Mannen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Prostaat	114	166	168	448	30	19%	22%	21%	21%
Dikke & endeldarm	90	112	108	310	21	15%	15%	13%	14%
Long	86	93	112	291	19	15%	12%	14%	13%
Hematologie	51	83	82	216	14	9%	11%	10%	10%
Blaas & overige urinewegen	29	36	34	99	7	5%	5%	4%	5%
Melanoom van de huid	29	29	34	92	6	5%	4%	4%	4%
Hoofd en hals	21	32	26	79	5	4%	4%	3%	4%
Nier	14	27	28	69	5	2%	4%	3%	3%
Slokdarm	19	15	16	50	3	3%	2%	2%	2%
Alvleesklier	13	12	18	43	3	2%	2%	2%	2%
Maag (excl. cardia)	15	9	13	37	2	3%	1%	2%	2%
Mesothelioom	12	12	11	35	2	2%	2%	1%	2%
Overig	94	132	166	392	26	16%	17%	20%	18%
Totaal	587	758	816	2.161	144	100%	100%	100%	100%

	Aantallen					Percentages			
Vrouwen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Borst	131	178	229	538	36	26%	29%	30%	29%
Dikke & endeldarm	68	75	76	219	15	13%	12%	10%	12%
Long	60	43	86	189	13	12%	7%	11%	10%
Hematologie	48	50	60	158	11	9%	8%	8%	8%
Melanoom van de huid	40	33	48	121	8	8%	5%	6%	6%
Baarmoederlichaam	18	23	27	68	5	4%	4%	4%	4%
Alvleesklier	14	12	19	45	3	3%	2%	3%	2%
Eierstok & eileider	10	16	17	43	3	2%	3%	2%	2%
Blaas & overige urinewegen	10	15	10	35	2	2%	2%	1%	2%
Hoofd en hals	5	15	15	35	2	1%	2%	2%	2%
Baarmoederhals	8	12	10	30	2	2%	2%	1%	2%
Maag (excl. cardia)	8	7	7	22	1	2%	1%	1%	1%
Nier	6	7	8	21	1	1%	1%	1%	1%
Slokdarm	7	5	2	14	1	1%	1%	0%	1%
Mesothelioom	1	0	3	4	0	0%	0%	0%	0%
Overig	77	115	141	333	22	15%	19%	19%	18%
Totaal	511	606	758	1.875	125	100%	100%	100%	100%

Tabel 9-10.2 : Vergelijking van de incidentie van kanker per lokalisatie in Heemskerk met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Prostaat	448	107	97	117		Normaal
Dikke & endeldarm	310	113	100	125		Tendens naar verhoogde incidentie
Long	291	103	91	115		Normaal
Hematologie	216	111	96	126		Tendens naar verhoogde incidentie
Blaas & overige urinewegen	99	104	84	125		Normaal
Melanoom van de huid	92	109	87	131		Normaal
Hoofd en hals	79	103	81	127		Normaal
Nier	69	126	97	157		Tendens naar verhoogde incidentie
Slokdarm	50	93	69	119		Normaal
Alvleesklier	43	98	71	128		Normaal
Maag (excl. cardia)	37	122	86	162		Tendens naar verhoogde incidentie
Mesothelioom	35	186	127	249	*	Sterk verhoogd
Overig	392					
Totaal	2.161	107	102	111	*	Licht verhoogd

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Borst	538	105	96	114		Normaal
Dikke & endeldarm	219	95	83	108		Normaal
Long	189	104	90	119		Normaal
Hematologie	158	110	93	127		Normaal
Melanoom van de huid	121	125	104	148	*	Verhoogd
Baarmoederlichaam	68	95	72	118		Normaal
Alvleesklier	45	105	75	138		Normaal
Eierstok & eileider	43	84	60	109		Tendens naar verlaagde incidentie
Blaas & overige urinewegen	35	104	71	140		Normaal
Hoofd en hals	35	96	66	129		Normaal
Baarmoederhals	30	118	79	162		Tendens naar verlaagde incidentie
Maag (excl. cardia)	22	X				
Nier	21	X				
Slokdarm	14	X				
Mesothelioom	4	X				
Overig	333					
Totaal	1.875	103	98	108		Normaal

(*) Statistisch significant X = Aantal waarnemingen < 30

Tabel 9-10.3 : 15-jaars prevalentie per lokalisatie in Heemskerk per 31-12-2018

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Perc.
Borst		432	432	22,2%
Prostaat	287		287	14,8%
Dikke & endeldarm	159	113	272	14,0%
Hematologie	114	84	198	10,2%
Melanoom van de huid	72	108	180	9,3%
Long	39	50	89	4,6%
Hoofd en hals	43	22	65	3,3%
Baarmoederlichaam		53	53	2,7%
Blaas & overige urinewegen	36	14	50	2,6%
Nier	39	8	47	2,4%
Baarmoederhals		17	17	0,9%
Eierstok & eileider		17	17	0,9%
Maag (excl. cardia)	9	4	13	0,7%
Slokdarm	8	1	9	0,5%
Alvleesklier	3	1	4	0,2%
Mesothelioom	2	0	2	0,1%
Overig	100	110	210	10,8%
Totaal	911	1.034	1.945	100,0%

9.11 Heemstede

Tabel 9-11.1 : Incidentie van kanker per lokalisatie in Heemstede (2004-2018)

	Aantallen					Percentages			
Mannen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Prostaat	112	116	113	341	23	24%	22%	19%	21%
Dikke & endeldarm	53	67	91	211	14	11%	13%	15%	13%
Long	60	65	62	187	12	13%	13%	10%	12%
Hematologie	57	59	45	161	11	12%	11%	8%	10%
Melanoom van de huid	29	23	43	95	6	6%	4%	7%	6%
Blaas & overige urinewegen	27	26	21	74	5	6%	5%	4%	5%
Hoofd en hals	13	22	21	56	4	3%	4%	4%	4%
Nier	16	19	18	53	4	3%	4%	3%	3%
Alvleesklier	10	7	9	26	2	2%	1%	2%	2%
Slokdarm	10	9	7	26	2	2%	2%	1%	2%
Maag (excl. cardia)	5	5	9	19	1	1%	1%	2%	1%
Mesothelioom	4	3	9	16	1	1%	1%	2%	1%
Overig	75	99	149	323	22	16%	19%	25%	20%
Totaal	471	520	597	1.588	106	100%	100%	100%	100%

	Aantallen					Percentages			
Vrouwen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Borst	138	148	160	446	30	29%	28%	26%	28%
Dikke & endeldarm	54	78	75	207	14	11%	15%	12%	13%
Long	40	51	49	140	9	8%	10%	8%	9%
Hematologie	49	41	45	135	9	10%	8%	7%	8%
Baarmoederlichaam	19	35	50	104	7	4%	7%	8%	6%
Baarmoederlichaam	21	21	20	62	4	4%	4%	3%	4%
Eierstok & eileider	20	20	18	58	4	4%	4%	3%	4%
Hoofd en hals	12	15	11	38	3	3%	3%	2%	2%
Alvleesklier	10	11	13	34	2	2%	2%	2%	2%
Nier	8	10	3	21	1	2%	2%	0%	1%
Blaas & overige urinewegen	6	4	7	17	1	1%	1%	1%	1%
Slokdarm	6	6	5	17	1	1%	1%	1%	1%
Baarmoederhals	5	3	8	16	1	1%	1%	1%	1%
Maag (excl. cardia)	2	4	5	11	1	0%	1%	1%	1%
Mesothelioom	2	0	1	3	0	0%	0%	0%	0%
Overig	80	88	136	304	20	17%	16%	22%	19%
Totaal	472	535	606	1.613	108	100%	100%	100%	100%

Tabel 9-11.2 : Vergelijking van de incidentie van kanker per lokalisatie in Heemstede met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Prostaat	341	106	95	117		Normaal
Dikke & endeldarm	211	97	84	111		Normaal
Long	187	88	75	100		Tendens naar verlaagde incidentie
Hematologie	161	111	95	129		Tendens naar verhoogde incidentie
Melanoom van de huid	95	157	126	191		Sterk verhoogd
Blaas & overige urinewegen	74	95	75	117		Normaal
Hoofd en hals	56	98	73	124		Normaal
Nier	53	134	99	173		Tendens naar verhoogde incidentie
Alvleesklier	26	X				
Slokdarm	26	X				
Maag (excl. cardia)	19	X				
Mesothelioom	16	X				
Overig	323					
Totaal	1.588	102	97	107		Normaal

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Borst	446	109	99	119		Normaal
Dikke & endeldarm	207	100	87	115		Normaal
Long	140	86	72	101		Tendens naar verlaagde incidentie
Hematologie	135	112	94	131		Tendens naar verhoogde incidentie
Baarmoederlichaam	104	135	110	161	*	Verhoogd
Baarmoederlichaam	62	105	80	132		Normaal
Eierstok & eileider	58	130	99	163		Tendens naar verhoogde incidentie
Hoofd en hals	38	113	77	152		Tendens naar verhoogde incidentie
Alvleesklier	34	87	59	118		Tendens naar verlaagde incidentie
Nier	21	X				
Blaas & overige urinewegen	17	X				
Slokdarm	17	X				
Baarmoederhals	16	X				
Maag (excl. cardia)	11	X				
Mesothelioom	3	X				
Overig	304					
Totaal	1.613	104	99	110		Normaal

(*) Statistisch significant X = Aantal waarnemingen < 30

Tabel 9-11.3 : 15-jaars prevalentie van kanker per lokalisatie in Heemstede per 31-12-2018

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Perc.
Borst		329	329	21,1%
Prostaat	235		235	15,1%
Dikke & endeldarm	108	93	201	12,9%
Melanoom van de huid	66	95	161	10,3%
Hematologie	86	75	161	10,3%
Long	33	31	64	4,1%
Hoofd en hals	29	16	45	2,9%
Baarmoederlichaam		39	39	2,5%
Blaas & overige urinewegen	24	8	32	2,1%
Nier	24	8	32	2,1%
Eierstok & eileider		17	17	1,1%
Slokdarm	7	3	10	0,6%
Baarmoederhals		9	9	0,6%
Maag (excl. cardia)	3	4	7	0,4%
Alvleesklier	3	1	4	0,3%
Mesothelioom	4	0	4	0,3%
Overig	97	113	210	13,5%
Totaal	719	841	1.560	100,0%

9.12 Uitgeest

Tabel 9-12.1 : Incidentie van kanker per lokalisatie in Uitgeest (2004-2018)

	Aantallen					Percentages			
Mannen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Prostaat	36	54	40	130	9	24%	29%	18%	23%
Long	18	26	29	73	5	12%	14%	13%	13%
Dikke & endeldarm	17	20	33	70	5	12%	11%	15%	13%
Hematologie	20	15	12	47	3	14%	8%	5%	8%
Blaas & overige urinewegen	6	6	16	28	2	4%	3%	7%	5%
Melanoom van de huid	4	6	13	23	2	3%	3%	6%	4%
Slokdarm	3	11	8	22	1	2%	6%	4%	4%
Hoofd en hals	5	8	8	21	1	3%	4%	4%	4%
Mesothelioom	5	2	6	13	1	3%	1%	3%	2%
Nier	6	2	4	12	1	4%	1%	2%	2%
Maag (excl. cardia)	3	2	3	8	1	2%	1%	1%	1%
Alvleesklier	3	3	0	6	0	2%	2%	0%	1%
Overig	21	32	54	107	7	14%	17%	24%	19%
Totaal	147	187	226	560	37	100%	100%	100%	100%

	Aantallen					Percentages			
Vrouwen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Borst	34	44	76	154	10	24%	25%	36%	29%
Dikke & endeldarm	25	23	25	73	5	17%	13%	12%	14%
Hematologie	7	22	19	48	3	5%	12%	9%	9%
Long	11	17	16	44	3	8%	10%	8%	8%
Melanoom van de huid	12	12	18	42	3	8%	7%	8%	8%
Alvleesklier	6	6	4	16	1	4%	3%	2%	3%
Eierstok & eileider	8	5	2	15	1	6%	3%	1%	3%
Baarmoederlichaam	4	2	7	13	1	3%	1%	3%	2%
Slokdarm	6	4	2	12	1	4%	2%	1%	2%
Hoofd en hals	5	6	1	12	1	3%	3%	0%	2%
Maag (excl. cardia)	4	4	1	9	1	3%	2%	0%	2%
Blaas & overige urinewegen	2	2	4	8	1	1%	1%	2%	2%
Baarmoederhals	2	1	2	5	0	1%	1%	1%	1%
Nier	1	3	1	5	0	1%	2%	0%	1%
Mesothelioom	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Overig	16	26	35	77	5	11%	15%	16%	14%
Totaal	143	177	213	533	36	100%	100%	100%	100%

Tabel 9-12.2 : Vergelijking van de incidentie van kanker per lokalisatie in Uitgeest met die in Nederland op basis van CIF's (1989-2003)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI		Interpretatie incidentie
Prostaat	130	118	98	138	Tendens naar verhoogde incidentie
Long	73	102	80	126	Normaal
Dikke & endeldarm	70	86	66	107	Tendens naar verlaagde incidentie
Hematologie	47	89	65	116	Tendens naar verlaagde incidentie
Blaas & overige urinewegen	28	X			
Melanoom van de huid	23	X			
Slokdarm	22	X			
Hoofd en hals	21	X			
Mesothelioom	13	X			
Nier	12	X			
Maag (excl. cardia)	8	X			
Alvleesklier	6	X			
Overig	107				
Totaal	560	102	94	111	Normaal

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI		Interpretatie incidentie
Borst	154	100	85	117	Normaal
Dikke & endeldarm	73	122	95	150	Tendens naar verhoogde incidentie
Hematologie	48	119	86	153	Tendens naar verhoogde incidentie
Long	44	90	63	116	Normaal
Melanoom van de huid	42	139	99	182	Tendens naar verhoogde incidentie
Alvleesklier	16	X			
Eierstok & eileider	15	X			
Baarmoederlichaam	13	X			
Slokdarm	12	X			
Hoofd en hals	12	X			
Maag (excl. cardia)	9	X			
Blaas & overige urinewegen	8	X			
Baarmoederhals	5	X			
Nier	5	X			
Mesothelioom	0	X			
Overig	77				
Totaal	533	106	97	115	Normaal

(*) Statistisch significant X = Aantal waarnemingen < 30

Tabel 9-12.3 : 15-jaars prevalentie van kanker per lokalisatie in Uitgeest per 31-12-2018

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Perc.
Borst		124	124	21,6%
Prostaat	91		91	15,9%
Dikke & endeldarm	37	36	73	12,7%
Hematologie	24	32	56	9,8%
Melanoom van de huid	16	38	54	9,4%
Long	13	12	25	4,4%
Slokdarm	9	7	16	2,8%
Blaas & overige urinewegen	11	2	13	2,3%
Hoofd en hals	12	0	12	2,1%
Baarmoederlichaam		9	9	1,6%
Nier	4	2	6	1,0%
Eierstok & eileider		5	5	0,9%
Maag (excl. cardia)	2	1	3	0,5%
Baarmoederhals		2	2	0,3%
Alvleesklier	0	1	1	0,2%
Mesothelioom	1	0	1	0,2%
Overig	42	40	82	14,3%
Totaal	259	314	573	100,0%

9.13 Velsen

Tabel 9-13.1 : Incidentie van kanker per lokalisatie in Velsen (2004-2018)

	Aantallen					Percentages			
Mannen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Prostaat	194	268	233	695	46	19%	21%	18%	19%
Long	150	165	173	488	33	15%	13%	13%	14%
Dikke & endeldarm	126	158	191	475	32	12%	13%	14%	13%
Hematologie	110	141	123	374	25	11%	11%	9%	10%
Blaas & overige urinewegen	58	54	78	190	13	6%	4%	6%	5%
Melanoom van de huid	50	46	64	160	11	5%	4%	5%	4%
Hoofd en hals	40	48	51	139	9	4%	4%	4%	4%
Nier	28	30	43	101	7	3%	2%	3%	3%
Slokdarm	30	35	36	101	7	3%	3%	3%	3%
Alvleesklier	26	36	27	89	6	3%	3%	2%	2%
Maag (excl. cardia)	18	18	17	53	4	2%	1%	1%	1%
Mesothelioom	12	16	12	40	3	1%	1%	1%	1%
Overig	169	242	277	688	46	17%	19%	21%	19%
Totaal	1.011	1.257	1.325	3.593	240	100%	100%	100%	100%

	Aantallen					Percentages			
Vrouwen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Borst	297	306	322	925	62	30%	27%	26%	28%
Dikke & endeldarm	132	158	152	442	29	13%	14%	12%	13%
Long	96	117	129	342	23	10%	10%	11%	10%
Hematologie	93	107	82	282	19	9%	9%	7%	8%
Melanoom van de huid	51	55	86	192	13	5%	5%	7%	6%
Baarmoederlichaam	30	37	31	98	7	3%	3%	3%	3%
Eierstok & eileider	29	34	32	95	6	3%	3%	3%	3%
Alvleesklier	20	23	29	72	5	2%	2%	2%	2%
Hoofd en hals	19	23	23	65	4	2%	2%	2%	2%
Nier	22	23	17	62	4	2%	2%	1%	2%
Blaas & overige urinewegen	19	19	20	58	4	2%	2%	2%	2%
Slokdarm	10	13	19	42	3	1%	1%	2%	1%
Baarmoederhals	12	14	13	39	3	1%	1%	1%	1%
Maag (excl. cardia)	11	8	9	28	2	1%	1%	1%	1%
Mesothelioom	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Overig	151	191	253	595	40	15%	17%	21%	18%
Totaal	992	1.128	1.217	3.337	222	100%	100%	100%	100%

Tabel 9-13.2 : Vergelijking van de incidentie van kanker per lokalisatie in Velsen met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Prostaat	695	101	93	108		Normaal
Long	488	104	95	114		Normaal
Dikke & endeldarm	475	102	93	111		Normaal
Hematologie	374	116	105	128	*	Verhoogd
Blaas & overige urinewegen	190	113	97	129		Tendens naar verhoogde incidentie
Melanoom van de huid	160	108	92	124		Normaal
Hoofd en hals	139	109	91	127		Normaal
Nier	101	113	92	135		Tendens naar verhoogde incidentie
Slokdarm	101	104	84	125		Normaal
Alvleesklier	89	126	100	152		Tendens naar verhoogde incidentie
Maag (excl. cardia)	53	104	77	133		Normaal
Mesothelioom	40	129	90	171		Tendens naar verhoogde incidentie
Overig	688					
Totaal	3.593	106	102	109	*	Licht verhoogd

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Borst	925	105	98	112		Normaal
Dikke & endeldarm	442	110	100	121		Normaal
Long	342	110	99	122		Normaal
Hematologie	282	112	99	125		Tendens naar verhoogde incidentie
Melanoom van de huid	192	113	98	130		Tendens naar verhoogde incidentie
Baarmoederlichaam	98	82	66	98	*	Verlaagd
Eierstok & eileider	95	110	88	134		Normaal
Alvleesklier	72	95	74	117		Normaal
Hoofd en hals	65	104	80	130		Normaal
Nier	62	114	87	144		Tendens naar verhoogde incidentie
Blaas & overige urinewegen	58	100	76	126		Normaal
Slokdarm	42	117	83	153		Tendens naar verhoogde incidentie
Baarmoederhals	39	86	59	114		Tendens naar verlaagde incidentie
Maag (excl. cardia)	28	X				
Mesothelioom	0	X				
Overig	595					
Totaal	3.337	106	103	110	*	Licht verhoogd

(*) Statistisch significant X = Aantal waarnemingen < 30

Tabel 9-13.3 : 15-jaars prevalentie van kanker per lokalisatie in Velsen per 31-12-2018

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Perc.
Borst		678	678	21,8%
Prostaat	435		435	14,0%
Dikke & endeldarm	220	212	432	13,9%
Hematologie	186	138	324	10,4%
Melanoom van de huid	110	160	270	8,7%
Long	75	73	148	4,8%
Hoofd en hals	64	33	97	3,1%
Blaas & overige urinewegen	71	17	88	2,8%
Nier	53	32	85	2,7%
Baarmoederlichaam		58	58	1,9%
Eierstok & eileider		31	31	1,0%
Baarmoederhals		26	26	0,8%
Slokdarm	19	7	26	0,8%
Maag (excl. cardia)	9	6	15	0,5%
Alvleesklier	5	5	10	0,3%
Mesothelioom	1	0	1	0,0%
Overig	200	179	379	12,2%
Totaal	1.448	1.655	3.103	100,0%

9.14 Zandvoort

Tabel 9-14.1 : Incidentie van kanker per lokalisatie in Zandvoort (2004-2018)

Mannen	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal	Gemiddeld per jaar	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal
Prostaat	82	86	52	220	15	25%	22%	14%	20%
Dikke & endeldarm	44	45	52	141	9	14%	12%	14%	13%
Long	33	49	48	130	9	10%	13%	13%	12%
Hematologie	39	40	45	124	8	12%	10%	12%	11%
Melanoom van de huid	9	20	24	53	4	3%	5%	6%	5%
Blaas & overige urinewegen	21	17	13	51	3	7%	4%	3%	5%
Hoofd en hals	11	12	16	39	3	3%	3%	4%	4%
Nier	10	15	10	35	2	3%	4%	3%	3%
Slokdarm	14	11	9	34	2	4%	3%	2%	3%
Alvleesklier	3	6	8	17	1	1%	2%	2%	2%
Maag (excl. cardia)	4	5	3	12	1	1%	1%	1%	1%
Mesothelioom	2	2	3	7	0	1%	1%	1%	1%
Overig	50	80	99	229	15	16%	21%	26%	21%
Totaal	322	388	382	1.092	73	100%	100%	100%	100%

	Aantallen					Percentages			
Vrouwen	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal	Gemiddeld per jaar	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal
Borst	108	87	95	290	19	36%	24%	24%	27%
Dikke & endeldarm	33	52	42	127	8	11%	14%	11%	12%
Long	31	40	49	120	8	10%	11%	13%	11%
Melanoom van de huid	17	22	28	67	4	6%	6%	7%	6%
Hematologie	23	21	22	66	4	8%	6%	6%	6%
Baarmoederlichaam	10	16	12	38	3	3%	4%	3%	4%
Hoofd en hals	5	8	12	25	2	2%	2%	3%	2%
Eierstok & eileider	7	11	6	24	2	2%	3%	2%	2%
Blaas & overige urinewegen	5	7	8	20	1	2%	2%	2%	2%
Alvleesklier	6	8	4	18	1	2%	2%	1%	2%
Baarmoederhals	6	6	5	17	1	2%	2%	1%	2%
Nier	5	6	5	16	1	2%	2%	1%	2%
Slokdarm	2	7	7	16	1	1%	2%	2%	2%
Maag (excl. cardia)	4	6	1	11	1	1%	2%	0%	1%
Mesothelioom	1	0	2	3	0	0%	0%	1%	0%
Overig	39	71	91	201	13	13%	19%	23%	19%
Totaal	302	368	389	1.059	71	100%	100%	100%	100%

Tabel 9-14.2 : Vergelijking van de incidentie van kanker per lokalisatie in Zandvoort met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Prostaat	220	110	95	125		Normaal
Dikke & endeldarm	141	105	88	123		Normaal
Long	130	92	76	108		Normaal
Hematologie	124	139	115	164	*	Verhoogd
Melanoom van de huid	53	132	97	170		Tendens naar verhoogde incidentie
Blaas & overige urinewegen	51	109	81	139		Normaal
Hoofd en hals	39	109	75	145		Normaal
Nier	35	140	96	188		Tendens naar verhoogde incidentie
Slokdarm	34	129	88	175		Tendens naar verhoogde incidentie
Alvleesklier	17	X				
Maag (excl. cardia)	12	X				
Mesothelioom	7	X				
Overig	229					
Totaal	1.092	112	106	119	*	Verhoogd

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Borst	290	113	100	126		Tendens naar verhoogde incidentie
Dikke & endeldarm	127	106	87	125		Normaal
Long	120	121	100	144		Tendens naar verhoogde incidentie
Melanoom van de huid	67	132	100	163		Tendens naar verhoogde incidentie
Hematologie	66	88	68	109		Tendens naar verlaagde incidentie
Baarmoederlichaam	38	103	70	138		Normaal
Hoofd en hals	25	X				
Eierstok & eileider	24	X				
Blaas & overige urinewegen	20	X				
Alvleesklier	18	X				
Baarmoederhals	17	X				
Nier	16	X				
Slokdarm	16	X				
Maag (excl. cardia)	11	X				
Mesothelioom	3	X				
Overig	201					
Totaal	1.059	112	105	119	*	Verhoogd

(*) Statistisch significant X = Aantal waarnemingen < 30

Tabel 9-14.3 : 15-jaars prevalentie van kanker per lokalisatie in Zandvoort per 31-12-2018

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Perc.
Borst		211	211	21,5%
Prostaat	152		152	15,5%
Dikke & endeldarm	72	58	130	13,2%
Melanoom van de huid	39	51	90	9,2%
Hematologie	55	35	90	9,2%
Long	27	29	56	5,7%
Hoofd en hals	17	15	32	3,3%
Nier	17	8	25	2,5%
Baarmoederlichaam		22	22	2,2%
Blaas & overige urinewegen	17	4	21	2,1%
Baarmoederhals		9	9	0,9%
Eierstok & eileider		8	8	0,8%
Slokdarm	4	4	8	0,8%
Alvleesklier	1	3	4	0,4%
Maag (excl. cardia)	1	2	3	0,3%
Mesothelioom	0	1	1	0,1%
Overig	55	66	121	12,3%
Totaal	457	526	983	100,0%

9.15 Haarlemmermeer

Tabel 9-15.1 : Incidentie van kanker per lokalisatie in Haarlemmermeer (2004 – 2018)

	Aantallen					Percentages			
Mannen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Prostaat	425	370	431	1.226	82	24%	19%	18%	20%
Dikke & endeldarm	231	224	338	793	53	13%	11%	14%	13%
Long	244	240	288	772	51	14%	12%	12%	13%
Hematologie	192	232	232	656	44	11%	12%	10%	11%
Melanoom van de huid	86	120	154	360	24	5%	6%	6%	6%
Blaas & overige urinewegen	84	109	99	292	19	5%	6%	4%	5%
Hoofd en hals	71	64	80	215	14	4%	3%	3%	4%
Nier	57	49	81	187	12	3%	3%	3%	3%
Slokdarm	57	45	83	185	12	3%	2%	3%	3%
Alvleesklier	45	60	43	148	10	3%	3%	2%	2%
Maag (excl. cardia)	26	32	23	81	5	1%	2%	1%	1%
Mesothelioom	12	17	19	48	3	1%	1%	1%	1%
Overig	254	396	502	1.152	77	14%	20%	21%	19%
Totaal	1.784	1.958	2.373	6.115	408	100%	100%	100%	100%

	Aantallen					Percentages			
Vrouwen	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gemiddeld per jaar**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**
Borst	446	594	608	1.648	110	30%	31%	27%	29%
Dikke & endeldarm	162	216	254	632	42	11%	11%	11%	11%
Long	121	183	242	546	36	8%	10%	11%	10%
Hematologie	120	171	178	469	31	8%	9%	8%	8%
Melanoom van de huid	90	140	154	384	26	6%	7%	7%	7%
Baarmoederlichaam	58	73	70	201	13	4%	4%	3%	4%
Eierstok & eileider	58	62	52	172	11	4%	3%	2%	3%
Hoofd en hals	38	39	52	129	9	3%	2%	2%	2%
Alvleesklier	37	44	47	128	9	3%	2%	2%	2%
Nier	27	35	38	100	7	2%	2%	2%	2%
Baarmoederhals	34	28	30	92	6	2%	1%	1%	2%
Blaas & overige urinewegen	26	27	31	84	6	2%	1%	1%	2%
Slokdarm	18	14	22	54	4	1%	1%	1%	1%
Maag (excl. cardia)	11	17	17	45	3	1%	1%	1%	1%
Mesothelioom	2	5	2	9	1	0%	0%	0%	0%
Overig	219	252	430	901	60	15%	13%	19%	16%
Totaal	1.467	1.900	2.227	5.594	373	100%	100%	100%	100%

Tabel 9-15.2 : Vergelijking van de incidentie van kanker per lokalisatie in Haarlemmermeer met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Prostaat	1.226	106	101	112	*	Licht verhoogd
Dikke & endeldarm	793	101	94	108		Normaal
Long	772	102	94	109		Normaal
Hematologie	656	119	110	128	*	Verhoogd
Melanoom van de huid	360	130	117	144	*	Verhoogd
Blaas & overige urinewegen	292	115	102	128	*	Verhoogd
Hoofd en hals	215	99	86	112		Normaal
Nier	187	120	103	137	*	Verhoogd
Slokdarm	185	114	98	131		Tendens naar verhoogde incidentie
Alvleesklier	148	120	102	140	*	Verhoogd
Maag (excl. cardia)	81	108	85	132		Normaal
Mesothelioom	48	93	68	120		Normaal
Overig	1.152					
Totaal	6.115	107	105	110	*	Licht verhoogd

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Borst	1.648	102	97	107		Normaal
Dikke & endeldarm	632	102	94	110		Normaal
Long	546	104	95	112		Normaal
Hematologie	469	116	105	126	*	Verhoogd
Melanoom van de huid	384	118	106	130	*	Verhoogd
Baarmoederlichaam	201	100	87	114		Normaal
Eierstok & eileider	172	117	100	134		Tendens naar verhoogde incidentie
Hoofd en hals	129	122	101	144	*	Verhoogd
Alvleesklier	128	116	96	137		Tendens naar verhoogde incidentie
Nier	100	110	89	132		Normaal
Baarmoederhals	92	99	80	120		Normaal
Blaas & overige urinewegen	84	96	76	116		Normaal
Slokdarm	54	98	73	126		Normaal
Maag (excl. cardia)	45	85	60	111		Tendens naar verlaagde incidentie
Mesothelioom	9	X				
Overig	901					
Totaal	5.594	105	103	108	*	Licht verhoogd

(*) Statistisch significant

Tabel 9-15.3 : 15-jaars prevalentie van kanker per lokalisatie in Haarlemmermeer per 31-12-2018

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Perc.
Borst		1.310	1.310	21,7%
Prostaat	861		861	14,2%
Hematologie	362	269	631	10,4%
Melanoom van de huid	280	338	618	10,2%
Dikke & endeldarm	430	87	517	8,5%
Eierstok & eileider		332	332	5,5%
Long	145	140	285	4,7%
Hoofd en hals	113	61	174	2,9%
Nier	96	67	163	2,7%
Blaas & overige urinewegen	129	29	158	2,6%
Baarmoederlichaam		146	146	2,4%
Baarmoederhals		61	61	1,0%
Slokdarm	46	14	60	1,0%
Maag (excl. cardia)	13	7	20	0,3%
Alvleesklier	8	6	14	0,2%
Mesothelioom	8	2	10	0,2%
Overig	354	336	690	11,4%
Totaal	2.845	3.205	6.050	100,0%

9.16 Kennemerland (Zuid- en Midden Kennemerland)

Tabel 9-16.1 : Incidentie van kanker per lokalisatie in Kennemerland (2004 – 2018)

Mannen	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal	Gemiddeld per jaar	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal
Prostaat	1.142	1.370	1.249	3.761	251	20%	21%	18%	19%
Long	857	897	883	2.637	176	15%	14%	12%	14%
Dikke & endeldarm	731	853	1.013	2.597	173	13%	13%	14%	13%
Hematologie	590	728	669	1.987	132	10%	11%	9%	10%
Melanoom van de huid	259	276	413	948	63	5%	4%	6%	5%
Blaas & overige urinewegen	289	318	335	942	63	5%	5%	5%	5%
Hoofd en hals	265	270	277	812	54	5%	4%	4%	4%
Nier	153	205	185	543	36	3%	3%	3%	3%
Slokdarm	153	193	187	533	36	3%	3%	3%	3%
Alvleesklier	151	150	143	444	30	3%	2%	2%	2%
Maag (excl. cardia)	101	81	87	269	18	2%	1%	1%	1%
Mesothelioom	73	76	84	233	16	1%	1%	1%	1%
Overig	924	1.218	1.595	3.737	249	16%	18%	22%	19%
Totaal	5.688	6.635	7.120	19.443	1.296	100%	100%	100%	100%

	Aantallen					Percentages			
Vrouwen	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal	Gemiddeld per jaar	2004-2008	2009-2013	2014-2018	Totaal
Borst	1.630	1.698	1.873	5.201	347	29%	27%	27%	27%
Dikke & endeldarm	721	813	857	2.391	159	13%	13%	12%	13%
Long	563	647	734	1.944	130	10%	10%	10%	10%
Hematologie	500	561	510	1.571	105	9%	9%	7%	8%
Melanoom van de huid	283	370	496	1.149	77	5%	6%	7%	6%
Baarmoederlichaam	216	233	216	665	44	4%	4%	3%	3%
Eierstok & eileider	153	204	167	524	35	3%	3%	2%	3%
Alvleesklier	165	141	150	456	30	3%	2%	2%	2%
Hoofd en hals	101	162	156	419	28	2%	3%	2%	2%
Blaas & overige urinewegen	102	120	118	340	23	2%	2%	2%	2%
Nier	107	111	91	309	21	2%	2%	1%	2%
Baarmoederhals	89	92	104	285	19	2%	1%	1%	1%
Slokdarm	64	68	90	222	15	1%	1%	1%	1%
Maag (excl. cardia)	69	67	59	195	13	1%	1%	1%	1%
Mesothelioom	8	4	16	28	2	0%	0%	0%	0%
Overig	817	1.098	1.413	3.328	222	15%	17%	20%	17%
Totaal	5.588	6.389	7.050	19.027	1.268	100%	100%	100%	100%

Tabel 9-16.2 : Vergelijking van de incidentie van kanker per lokalisatie in Kennemerland met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Prostaat	3.761	99	96	102		Normaal
Long	2.637	103	99	107		Normaal
Dikke & endeldarm	2.597	101	97	105		Normaal
Hematologie	1.987	112	107	117	*	Verhoogd
Melanoom van de huid	948	117	109	124	*	Verhoogd
Blaas & overige urinewegen	942	104	98	111		Normaal
Hoofd en hals	812	117	109	125	*	Verhoogd
Nier	543	111	102	121	*	Verhoogd
Slokdarm	533	102	94	111		Normaal
Alvleesklier	444	115	104	126	*	Verhoogd
Maag (excl. cardia)	269	98	86	110		Normaal
Mesothelioom	233	137	120	155	*	Verhoogd
Overig	3.737					
Totaal	19.443	104	103	106	*	Normaal

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Borst	5.201	104	101	107	*	Normaal
Dikke & endeldarm	2.391	107	103	111	*	Licht verhoogd
Long	1.944	110	105	115	*	Licht verhoogd
Hematologie	1.571	110	105	116	*	Licht verhoogd
Melanoom van de huid	1.149	119	112	126	*	Verhoogd
Baarmoederlichaam	665	97	90	105		Normaal
Eierstok & eileider	524	105	96	114		Normaal
Alvleesklier	456	111	101	121	*	Verhoogd
Hoofd en hals	419	117	106	128	*	Verhoogd
Blaas & overige urinewegen	340	102	91	113		Normaal
Nier	309	99	88	110		Normaal
Baarmoederhals	285	110	97	123		Normaal
Slokdarm	222	109	94	123		Normaal
Maag (excl. cardia)	195	99	85	113		Normaal
Mesothelioom	28	99	64	138		Normaal
Overig	3.328					
Totaal	19.027	107	105	108	*	Licht verhoogd

Tabel 9-16.3 : 15-jaars prevalentie van kanker per lokalisatie in Kennemerland per 31-12-2018

Prevalentie per 31-12-2018	Mannen	Vrouwen	Totaal	Perc.
Borst		3.887	3.887	21,8%
Dikke & endeldarm	1.280	1.175	2.455	13,8%
Prostaat	2.403		2.403	13,5%
Hematologie	982	828	1.810	10,2%
Melanoom van de huid	696	971	1.667	9,4%
Long	404	450	854	4,8%
Hoofd en hals	379	217	596	3,3%
Blaas & overige urinewegen	324	116	440	2,5%
Baarmoederlichaam		420	420	2,4%
Nier	269	146	415	2,3%
Baarmoederhals		180	180	1,0%
Eierstok & eileider		173	173	1,0%
Slokdarm	99	39	138	0,8%
Maag (excl. cardia)	41	37	78	0,4%
Alvleesklier	24	24	48	0,3%
Mesothelioom	19	3	22	0,1%
Overig	1.122	1.096	2.218	12,5%
Totaal	8.042	9.762	17.804	100,0%

10 Bijlage 3 : Vijf veel voorkomende vormen van kanker

10.1 Prostaat en borst

Tabel 10-1.1 : Vergelijking van de incidentie van prostaat- en borstkanker per gemeente met die in Nederland op basis van CIF's (1989-2003)

Prostaatkanker	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Bloemendaal	317	111	99	123		Tendens naar verhoogde incidentie
Haarlem	1.193	89	84	94	*	Verlaagde incidentie
Haarlemmerliede	51	93	69	118		Normaal
Heemstede	341	106	95	117		Normaal
Zandvoort	220	110	95	125		Normaal
Zuid-Kennemerland	2.122	96	92	100		Normaal
Beverwijk	366	97	87	107		Normaal
Heemskerk	448	107	97	117		Normaal
Uitgeest	130	118	98	138		Tendens naar verhoogde incidentie
Velsen	695	101	93	108		Normaal
Midden-Kennemerland	1.639	102	97	107		Normaal
Kennemerland	3.761	99	96	102		Normaal
Haarlemmermeer	1.226	106	101	112	*	Licht verhoogd
GGD-regio Kennemerland	4.987	100	98	103		Normaal
Nederland	160.390					

Borstkanker	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Bloemendaal	347	100	89	110		Normaal
Haarlem	1.954	104	99	108		Normaal
Haarlemmerliede	79	113	88	138		Tendens naar verhoogde incidentie
Heemstede	446	109	99	119		Normaal
Zandvoort	290	113	100	126		Tendens naar verhoogde incidentie
Zuid-Kennemerland	3.116	105	101	108	*	Licht verhoogd
Beverwijk	468	96	88	105		Normaal
Heemskerk	538	105	96	114		Normaal
Uitgeest	154	100	85	117		Normaal
Velsen	925	105	98	112		Normaal
Midden-Kennemerland	2.085	103	98	107		Normaal
Kennemerland	5.201	104	101	107	*	Normaal
Haarlemmermeer	1.648	102	97	107		Normaal
GGD-regio Kennemerland	6.849	104	101	106	*	Normaal
Nederland	204.962					

(*) Statistisch significant X = Aantal waarnemingen < 30

Tabel 10-1.2 : 15-jaars prevalentie van prostaat- en borstkanker per gemeente per 31-12-2018				
	Mannen (Prostaatkanker)	**Perc.**	**Vrouwen (Borstkanker)**	**Perc.**
Bloemendaal	206	6,3	272	5,2
Haarlem	719	22,0	1.434	27,6
Haarlemmerliede	29	0,9	65	1,3
Heemstede	235	7,2	329	6,3
Zandvoort	152	4,7	211	4,1
Zuid-Kennemerland	1.341	41,1	2.311	44,5
Beverwijk	252	7,7	342	6,6
Heemskerk	287	8,8	432	8,3
Uitgeest	88	2,7	124	2,4
Velsen	435	13,3	678	13,0
Midden-Kennemerland	1.062	32,5	1.576	30,3
Kennemerland	2.403	73,6	3.887	74,8
Haarlemmermeer	861	26,4	1.310	25,2
GGD-regio Kennemerland	3.264	100,0	5.197	100,0
Nederland	106.990		155.677	

10.2 Long

Tabel 10-2.1 : Vergelijking van de totale incidentie van longkanker per gemeente met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Bloemendaal	136	71	59	83	*	Verlaagd
Haarlem	992	109	102	116	*	Licht verhoogd
Haarlemmerliede	29	x	x	x		
Heemstede	187	88	75	100		Tendens naar verlaagde incidentie
Zandvoort	130	92	76	108		Normaal
Zuid-Kennemerland	1.474	99	94	104		Normaal
Beverwijk	311	127	113	142	*	Verhoogd
Heemskerk	291	103	91	115		Normaal
Uitgeest	73	102	80	126		Tendens naar verlaagde incidentie
Velsen	488	104	95	114		Normaal
Midden-Kennemerland	1.163	109	103	115	*	Licht verhoogd
Kennemerland	2.637	103	99	107		Normaal
Haarlemmermeer	772	102	94	109		Normaal
GGD-regio Kennemerland	3.409	102	99	106		Normaal
Nederland	106.524					

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Bloemendaal	90	69	55	83	*	Sterk verlaagd
Haarlem	781	122	113	130	*	Verhoogd
Haarlemmerliede	26	x	x	x		
Heemstede	140	86	72	101		Tendens naar verlaagde incidentie
Zandvoort	120	121	100	144		Tendens naar verhoogde incidentie
Zuid-Kennemerland	1.157	110	104	117	*	Licht verhoogd
Beverwijk	212	127	110	144	*	Verhoogd
Heemskerk	189	104	90	119		Normaal
Uitgeest	44	90	63	116		Normaal
Velsen	342	110	99	122		Normaal
Midden-Kennemerland	787	111	103	119	*	Verhoogd
Kennemerland	1.944	110	105	115	*	Licht verhoogd
Haarlemmermeer	546	104	95	112		Normaal
GGD-regio Kennemerland	2.490	109	105	113	*	Licht verhoogd
Nederland	71.101					

(*) Statistisch significant

Tabel 10-2.2: 15-jaars prevalentie van longkanker per gemeente per 31-12-2018

	Mannen	Perc.	Vrouwen	Perc.	Totaal	Perc.
Bloemendaal	22	4,0	26	4,4	48	4,2
Haarlem	154	28,1	163	27,6	317	27,8
Haarlemmerliede	3	0,5	4	0,7	7	0,6
Heemstede	33	6,0	31	5,3	64	5,6
Zandvoort	27	4,9	29	4,9	56	4,9
Zuid-Kennemerland	239	43,5	253	42,9	492	43,2
Beverwijk	38	6,9	62	10,5	100	8,8
Heemskerk	39	7,1	50	8,5	89	7,8
Uitgeest	13	2,4	12	2,0	25	2,2
Velsen	75	13,7	73	12,4	148	13,0
Midden-Kennemerland	165	30,1	197	33,4	362	31,8
Kennemerland	404	73,6	450	76,3	854	75,0
Haarlemmermeer	145	26,4	140	23,7	285	25,0
GGD-regio Kennemerland	549	100,0	590	100,0	1.139	100,0
Nederland	16.708		15.956		32.664	

10.3 Darm

Tabel 10-3.1 : Vergelijking van de totale incidentie van darmkanker per gemeente met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Bloemendaal	171	88	75	101		Tendens naar verlaagde incidentie
Haarlem	946	104	97	110		Normaal
Haarlemmerliede	23	x	x	x		
Heemstede	211	97	84	111		Normaal
Zandvoort	141	105	88	123		Normaal
Zuid-Kennemerland	1.492	99	94	104		Normaal
Beverwijk	250	100	88	113		Normaal
Heemskerk	310	113	100	125		Tendens naar verhoogde incidentie
Uitgeest	70	86	66	107		Tendens naar verlaagde incidentie
Velsen	475	102	93	111		Normaal
Midden-Kennemerland	1.105	103	97	109		Normaal
Kennemerland	2.597	101	97	105		Normaal
Haarlemmermeer	793	101	94	108		Normaal
GGD-regio Kennemerland	3.390	101	97	104		Normaal
Nederland	107.643					

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Bloemendaal	181	108	93	125		Normaal
Haarlem	883	109	102	116	*	Licht verhoogd
Haarlemmerliede	25	X	X	X		
Heemstede	207	100	87	115		Normaal
Zandvoort	127	106	87	125		Normaal
Zuid-Kennemerland	1.423	107	101	112	*	Licht verhoogd
Beverwijk	234	108	95	122		Normaal
Heemskerk	219	95	83	108		Normaal
Uitgeest	73	122	95	150		Tendens naar verhoogde incidentie
Velsen	442	110	100	121		Normaal
Midden-Kennemerland	968	107	100	113		Normaal
Kennemerland	2.391	107	103	111	*	Licht verhoogd
Haarlemmermeer	632	102	94	110		Normaal
GGD-regio Kennemerland	3.023	106	102	110	*	Licht verhoogd
Nederland	87.980					

(*) Statistisch significant X = Aantal waarnemingen < 30

Tabel 10-3.2 : 15-jaars prevalentie van darmkanker per gemeente per 31-12-2018

	Mannen	Perc.	Vrouwen	Perc.	Totaal	Perc.
Bloemendaal	88	5,1	103	6,8	191	5,9
Haarlem	464	27,1	432	28,7	896	27,9
Haarlemmerliede	16	0,9	17	1,1	33	1,0
Heemstede	108	6,3	93	6,2	201	6,2
Zandvoort	72	4,2	58	3,8	130	4,0
Zuid-Kennemerland	748	43,7	703	46,6	1.451	45,1
Beverwijk	116	6,8	111	7,4	227	7,1
Heemskerk	159	9,3	113	7,5	272	8,5
Uitgeest	37	2,2	36	2,4	73	2,3
Velsen	220	12,9	212	14,1	432	13,4
Midden-Kennemerland	532	31,1	472	31,3	1.004	31,2
Kennemerland	1.280	74,9	1.175	78,0	2.455	76,3
Haarlemmermeer	430	25,1	332	22,0	762	23,7
GGD-regio Kennemerland	1.710	100,0	1.507	100,0	3.217	100,0
Nederland	54.090		44.632		98.722	

10.5 Melanoom

Tabel 10-5.1 : Vergelijking van de incidentie van melanoom per gemeente in Kennemerland met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Haarlem	335	110	98	122		Normaal
Heemstede	95	157	126	191	*	Sterk verhoogd
Bloemendaal	84	155	124	188	*	Sterk verhoogd
Zandvoort	53	132	97	170		Tendens naar verhoogde incidentie
Haarlemmerliede	13	x	x	x		
Zuid-Kennemerland	580	124	114	134	*	Verhoogd
Velsen	160	108	92	124		Normaal
Beverwijk	93	115	93	138		Tendens verhoogde incidentie
Heemskerk	92	109	87	131		Normaal
Uitgeest	23	x	x	x		
Midden-Kennemerland	368	107	97	118		Normaal
Kennemerland	948	117	109	124	*	Verhoogd
Haarlemmermeer	360	130	117	144	*	Verhoogd
GGD-regio Kennemerland	1.308	120	114	127	*	Verhoogd
Nederland	35.062					

Vrouwen	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Bloemendaal	78	121	95	149		Tendens naar verhoogde incidentie
Haarlem	432	114	104	125	*	Verhoogd
Haarlemmerliede	16	x	x	x		
Heemstede	104	135	110	161	*	Verhoogd
Zandvoort	67	132	100	163		Tendens naar verhoogde incidentie
Zuid-Kennemerland	697	120	112	129	*	Verhoogd
Beverwijk	97	104	83	125		Normaal
Heemskerk	121	125	104	148	*	Verhoogd
Uitgeest	42	139	99	182		Tendens naar verhoogde incidentie
Velsen	192	113	98	130		Tendens naar verhoogde incidentie
Midden-Kennemerland	452	116	105	127	*	Verhoogd
Kennemerland	1.149	119	112	126	*	Verhoogd
Haarlemmermeer	384	118	106	130	*	Verhoogd
GGD-regio Kennemerland	1.533	119	113	125	*	Verhoogd
Nederland	40.195					

(*) Statistisch significant X = Aantal waarnemingen < 30

Tabel 10-5.2 : 15-jaars prevalentie van melanoom per gemeente per 31-12-2018						
	Mannen	**Perc.**	**Vrouwen**	**Perc.**	**Totaal**	**Perc.**
Bloemendaal	57	5,8	68	5,2	125	5,5
Haarlem	250	25,6	356	27,2	606	26,5
Haarlemmerliede	11	1,1	16	1,2	27	1,2
Heemstede	66	6,8	95	7,3	161	7,0
Zandvoort	39	4,0	51	3,9	90	3,9
Zuid-Kennemerland	423	43,3	586	44,8	1.009	44,2
Beverwijk	75	7,7	79	6,0	154	6,7
Heemskerk	72	7,4	108	8,3	180	7,9
Uitgeest	16	1,6	38	2,9	54	2,4
Velsen	110	11,3	160	12,2	270	11,8
Midden-Kennemerland	273	28,0	385	29,4	658	28,8
Kennemerland	696	71,3	971	74,2	1.667	73,0
Haarlemmermeer	280	28,7	338	25,8	618	27,0
GGD-regio Kennemerland	976	100,0	1.309	100,0	2.285	100,0
Nederland	26.515		33.453		59.968	

11 Bijlage 4 : Hematologische maligniteiten

In deze bijlage zijn de uitkomsten opgenomen over de zogenaamde hematologische maligniteiten (bloed- en lymfeklierkanker). De leverancier van de gegevens, het Integraal Kankercentrum Nederland, heeft namelijk verklaard dat de cijfers van deze vorm van kanker hoogstwaarschijnlijk een over-registratie in de ruwe gegevens zijn doordat die gegevens in de provincie Noord-Holland sinds 2003 op een andere manier zijn verzameld dan elders in Nederland. ([36])

Zoals in deze bijlage te zien lijkt dit gepaard te gaan met veel verhogingen in de GGD-regio Kennemerland, die dus hoogstwaarschijnlijk niet de werkelijkheid weergeven. Ook in andere gemeenten in Noord-Holland is sprake van veel verhogingen van hematologische maligniteiten bij gemeenten.

In de bijlage worden alle aan de GGD ter beschikking gestelde gegevens weergegeven in de tabellen. De uitkomsten worden kort besproken.

Hematologische maligniteiten hebben betrekking op bloed, beenmerg en lymfeklieren. Het betreft onder meer (Non) Hodgkin lymfoom, plasmaceltumoren en allerlei vormen van leukemie. Deze vormen van kanker worden ook wel aangeduid als bloed- en lymfeklierkanker. Het zijn aandoeningen die vooral op latere leeftijd voorkomen. ([37])

In tabel 11-1 zijn de aantallen (de incidenties) weergegeven per gemeente in de regio.

Tabel 11-1 : Incidentie van hematologische maligniteiten per gemeente in Kennemerland 2004–2018 naar geslacht

	Mannen						Vrouwen					
	2004-2008	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gem.**	**Perc.**	**2004-2008**	**2009-2013**	**2014-2018**	**Totaal**	**Gem.**	**Perc.**
Bloemendaal	35	52	62	149	10	6%	36	48	28	112	7	5%
Haarlem	213	258	231	702	47	27%	189	194	188	571	38	28%
Haarlemmerliede c.a.	8	14	4	26	2	1%	5	6	7	18	1	1%
Heemstede	57	59	45	161	11	6%	49	41	45	135	9	7%
Zandvoort	39	40	45	124	8	5%	23	21	22	66	4	3%
Zuid-Kennemerland	352	423	387	1.162	77	44%	302	310	290	902	60	44%
Beverwijk	57	66	65	188	13	7%	50	72	59	181	12	9%
Heemskerk	51	83	82	216	14	8%	48	50	60	158	11	8%
Uitgeest	20	15	12	47	3	2%	7	22	19	48	3	2%
Velsen	110	141	123	374	25	14%	93	107	82	282	19	14%
Midden-Kennemerland	238	305	282	825	55	31%	198	251	220	669	45	33%
Kennemerland	590	728	669	1.987	132	75%	500	561	510	1.571	105	77%
Haarlemmermeer	192	232	232	656	44	25%	120	171	178	469	31	23%
GGD-regio Kennemerland	782	960	901	2.643	176	100%	620	732	688	2.040	136	100%
Nederland	21.353	25.548	28.334	75.235	5.016		16.987	19.386	20.532	56.905	3.794	

[36] Volledige zekerheid hierover is echter moeilijk te verkrijgen (schriftelijke mededeling Integraal Kankercentrum Nederland 2020).
[37] IKNL 2019

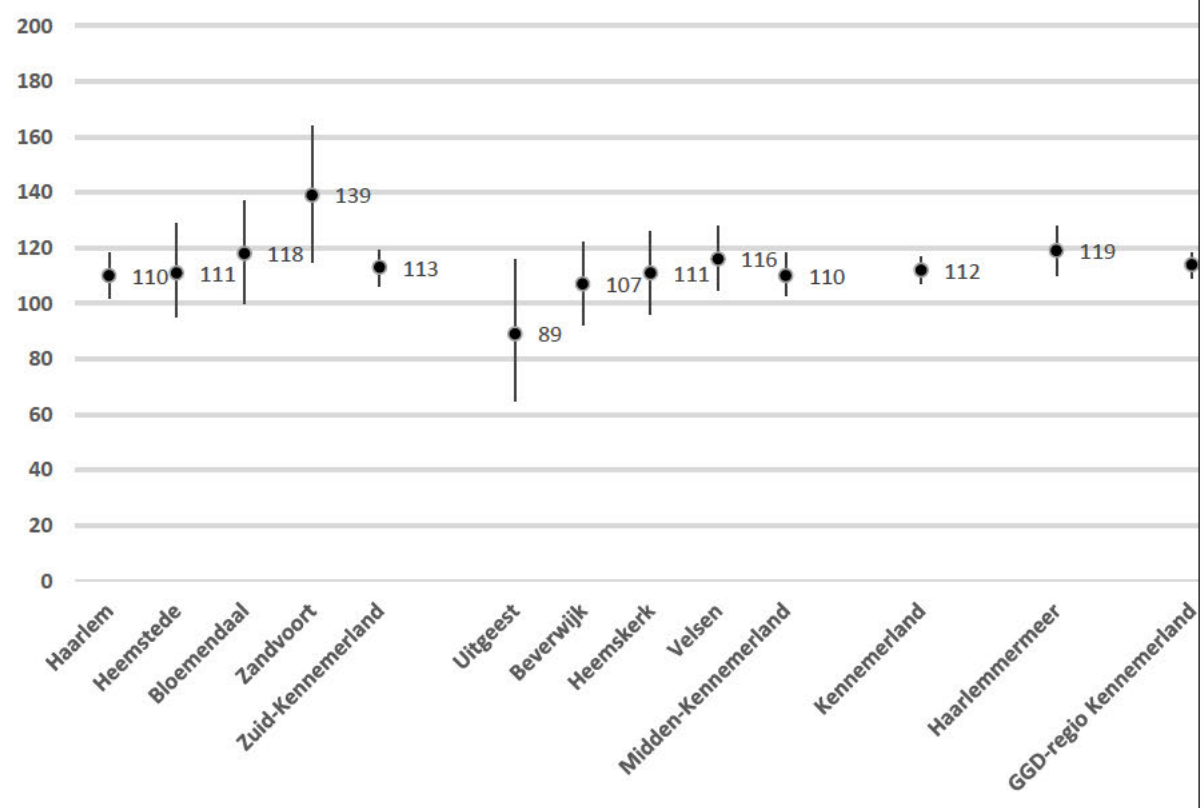
Mannen

Uit figuur 11-1 is af te leiden dat de incidentie van hematologische maligniteiten in de GGD-regio Kennemerland volgens de cijfers bij mannen *verhoogd* lijkt te zijn. De CIF is 114 en statistisch significant. Ook bij alle drie de subregio's Kennemerland, Midden-Kennemerland en Zuid-Kennemerland is sprake van verhoogde en statistisch significante incidentiecijfers.

Bij de gemeenten Haarlem, Zandvoort, Velsen en Haarlemmermeer is volgens de cijfers sprake van *(licht) verhoogde* en statistisch significante incidenties, met een CIF van respectievelijk 110, 139, 116 en 119. Bij de gemeenten Heemstede, Bloemendaal en Heemskerk is sprake van een *tendens naar een verhoging* (CIF=111, 118, 111; allen niet statistisch significant). De gemeente Beverwijk heeft een normale CIF, bij Uitgeest is sprake van een *tendens naar verlaagde incidentie* voor deze vorm van kanker bij mannen (CIF=89, niet statistisch significant).

In de voorafgaande registratieperiode 1989-2003 was sprake van een in mindere mate verhoogde incidentie in Kennemerland met een CIF van 107, en met een sterke verhoging in de gemeente Bloemendaal (CIF 146). ([38])

Figuur 11-1 : Vergelijking van de incidentie van hematologische maligniteiten in Kennemerland met die in Nederland voor mannen op basis van CIF's, in de periode 2004-2018



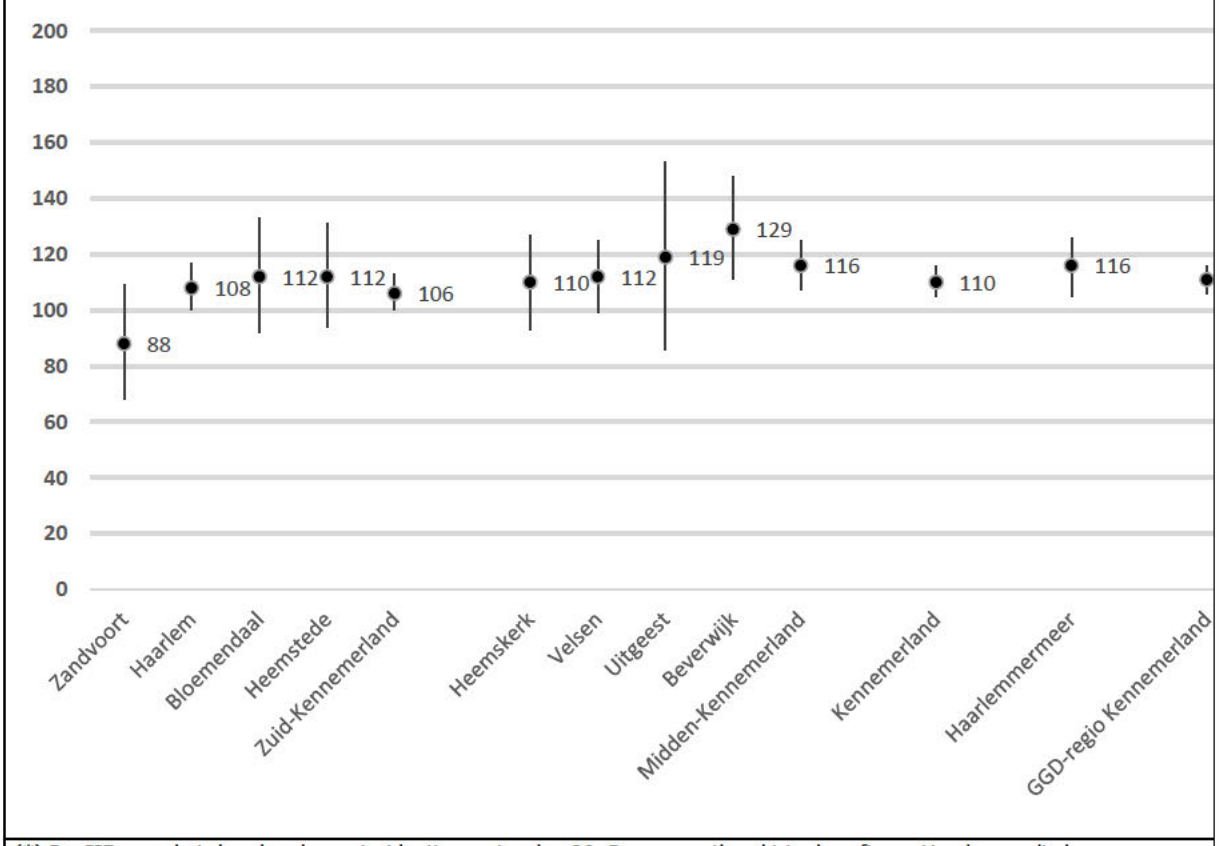
(*) De CIF-waarde is berekend voor incidenties groter dan 30. Daarom ontbreekt in deze figuur Haarlemmerliede.

[38] GGD 2007

Vrouwen.
Uit figuur 11-2 is af te leiden dat de incidentie van hematologische maligniteiten voor vrouwen in de GGD-regio Kennemerland volgens de cijfers *verhoogd* lijkt te zijn. De CIF is 111 en statistisch significant. Ook bij de subregio's Kennemerland en Midden-Kennemerland is sprake van (licht) verhoogde en statistisch significante incidentiecijfers.
Bij de gemeenten Beverwijk en Haarlemmermeer is volgens de cijfers sprake van *verhoogde* en statistisch significante incidentiecijfers, met CIF's van respectievelijk 129 en 116. Bij de gemeenten Haarlem, Bloemendaal, Heemstede, Velsen en Uitgeest is sprake van een *tendens naar een verhoging* (CIF=108, 112, 112, 112, 119; allen niet statistisch significant). De gemeente Heemskerk heeft bij vrouwen een normale CIF; bij Zandvoort is sprake van een *tendens naar verlaagde incidentie* voor deze vorm van kanker bij vrouwen (CIF=88, niet statistisch significant).

In de voorafgaande registratieperiode 1989-2003 was sprake van een normale, niet statistisch significante incidentie in Kennemerland met een CIF van 106, met bij de gemeenten een wisselend beeld ([39]).

Figuur 11-2 : Vergelijking van de incidentie van hematologische maligniteiten in Kennemerland met die in Nederland voor vrouwen op basis van CIF's, in de periode 2004-2018 (*)



(*) De CIF-waarde is berekend voor incidenties groter dan 30. Daarom ontbreekt in deze figuur Haarlemmerliede.

[39] GGD 2007

Samenvatting verhoogde incidentie

Samenvattend is goed te zien dat de waarden in de GGD-reio Kennemerland duidelijk hoger zijn dan elders in Nederland. Er is bij hematologische maligniteiten in totaal zes keer een statistisch significant verhoogde incidentie in vergelijking met gemiddeld in Nederland, bij mannen en/of vrouwen in de regio, rekening houdend met de leeftijdsopbouw. Dit betreft vijf van de negen gemeenten. Zie tabel 11-2 voor een overzicht.

Tabel 11-2 : De 6 gevonden verhogingen van hematologische maligniteiten bij gemeenten in GGD-regio Kennemerland

Gemeente	*Geslacht*	*Verhoogd / verlaagd*	*CIF*	*97,5-percentiel-waarde CIF's van alle gemeenten Nederland **
Beverwijk	Vrouwen	Verhoogd	129	128
Haarlem	Mannen	Verhoogd	110	127
Haarlemmermeer	Mannen	Verhoogd	119	127
	Vrouwen	Verhoogd	116	128
Velsen	Mannen	Verhoogd	116	127
Zandvoort	Mannen	Verhoogd	139	127

* 97,5-percentiel-waarde: de CIF-waarde waarbij er ongeveer 8 gemeenten in Nederland zijn met een hogere waarde (± 2,5% van de 355 gemeenten in Nederland), uitgaande van een normale verdeling van de CIF's.

In deze tabel is ter vergelijking ook nog de zogenaamde 97,5-percentielwaarde van de uitkomsten van alle gemeenten in Nederland weergegeven. Dit is de waarde waarboven 2,5% van alle uitkomsten zich bevindt, overeenkomend met ongeveer 8 gemeenten in Nederland (zie paragraaf 6.6 van hoofdstuk 6 voor een verdere toelichting).
Bij twee gemeenten in de tabel is de verhoging dusdanig, dat deze gemeenten behoren tot de 2,5% gemeenten in Nederland met de hoogste uitkomsten. Dit zijn Beverwijk en met name Zandvoort. (N.B. Bij de 2,5% gemeenten in Nederland met de hoogste uitkomsten zitten mogelijk ook enkele gemeenten in Noord-Holland, waar de uitkomsten hoogstwaarschijnlijk ook niet betrouwbaar zijn.)

In de vorige registratieperiode 1989 – 2003 was er alleen bij mannen in Bloemendaal sprake van een verhoogde incidentie.

Prevalentie

Op 1 januari 2019 waren 2.442 personen bij wie in de analyseperiode een hematologische maligniteit is geconstateerd nog in leven (tabel 1-3 op de volgende bladzijde). Dat is ongeveer 52% van de incidentie (subregio Kennemerland 51%). Deze percentages zijn hoger dan het betreffende percentage voor Kennemerland van 34% voor de voorafgaande registratieperiode van 1989-2003 ([40]).

[40] GGD 2007

Tabel 11-3 : Prevalentie(*) van hematologische maligniteiten per gemeente in Kennemerland per 1-1-2019

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Aantal	**Perc.**	**Aantal**	**Perc.**	**Aantal**	**Perc.**
Bloemendaal	82	6%	65	6%	147	6%
Haarlem	339	25%	291	27%	630	26%
Haarlemmerliede c.a.	10	1%	12	1%	22	1%
Heemstede	86	6%	75	7%	161	7%
Zandvoort	55	4%	35	3%	90	4%
Zuid-Kennemerland	572	43%	478	44%	1.050	43%
Beverwijk	86	6%	97	9%	183	7%
Heemskerk	114	8%	84	8%	198	8%
Uitgeest	24	2%	32	3%	56	2%
Velsen	186	14%	138	13%	324	13%
Midden-Kennemerland	410	31%	351	32%	761	31%
Kennemerland	982	73%	829	76%	1.811	74%
Haarlemmermeer	362	27%	269	24%	631	26%
GGD-regio Kennemerland	1.344	100%	1.098	100%	2.442	100%
Nederland	38.464		30.406		68.870	

(*) Het aantal personen dat op 31-12-2018 in leven was en bij wie na 01-01-2004 de diagnose kanker is gesteld.

Voor de volledigheid zijn gegevens uit de figuren 11-1 en 11-2 ook nog weergegeven in tabel 11-4 op de volgende bladzijde.

Tabel 11-4 : Vergelijking van de incidentie van hematologische maligniteiten per gemeente met die in Nederland op basis van CIF's (2004-2018)

Mannen 2004 - 2018	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Bloemendaal	149	118	100	137		Tendens naar verhoogde incidentie
Haarlem	702	110	102	118	*	Licht verhoogd
Haarlemmerliede	26	x	x	x		
Heemstede	161	111	95	129		Tendens naar verhoogde incidentie
Zandvoort	124	139	115	164	*	Verhoogd
Zuid-Kennemerland	1.162	113	106	119	*	Verhoogd
Beverwijk	188	107	92	122		Normaal
Heemskerk	216	111	96	126		Tendens naar verhoogde incidentie
Uitgeest	47	89	65	116		Tendens naar verlaagde incidentie
Velsen	374	116	105	128	*	Verhoogd
Midden-Kennemerland	825	110	103	118	*	Licht verhoogd
Kennemerland	1.987	112	107	117	*	Verhoogd
Haarlemmermeer	656	119	110	128	*	Verhoogd
GGD-regio Kennemerland	2.643	114	109	118	*	Verhoogd
Nederland	75.235					

Vrouwen 2004 - 2018	Totaal aantal	CIF (NL=100)	95% BI			Interpretatie incidentie
Bloemendaal	112	112	92	133		Tendens naar verhoogde incidentie
Haarlem	571	108	100	117		Normaal
Haarlemmerliede	18	x	x	x		
Heemstede	135	112	94	131		Tendens naar verhoogde incidentie
Zandvoort	66	88	68	109		Tendens naar verlaagde incidentie
Zuid-Kennemerland	902	106	100	113		Normaal
Beverwijk	181	129	111	148	*	Verhoogd
Heemskerk	158	110	93	127		Normaal
Uitgeest	48	119	86	153		Tendens naar verhoogde incidentie
Velsen	282	112	99	125		Tendens naar verhoogde incidentie
Midden-Kennemerland	669	116	107	125	*	Verhoogd
Kennemerland	1.571	110	105	116	*	Licht verhoogd
Haarlemmermeer	469	116	105	126	*	Verhoogd
GGD-regio Kennemerland	2.040	111	106	116	*	Verhoogd
Nederland	56.905					

(*) Statistisch significant **X = Aantal waarnemingen < 30**

Concept
Memo

Aan:	Leden van de bestuurscommissie PG & MZ
Van:	Bert van de Velden, Directeur Publieke Gezondheid
Datum:	6 april 2020
Betreft:	Publicatie Rapportage 'Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2004-2018'
Bijlage:	**ONDER EMBARGO tot 6 april** Rapportage 'Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2004-2018' Persbericht

ONDER EMBARGO tot 6 april

Met dit memo wordt u vooraf geïnformeerd over de inhoud en proces rond de publicatie van het rapport 'Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2004-2018'. Tijdens de vergadering van de BC PG&MZ op 6 april wordt een presentatie gegeven en is er gelegenheid om uw vragen te beantwoorden.

Verondersteld mag worden dat het rapport zal leiden tot aandacht in de media en bij bewoners. Ook bij raadsleden zal het belangstelling kunnen wekken. Bestuurders kunnen hierop bevraagd worden, u wordt hierbij vooraf geïnformeerd over de belangrijkste resultaten.

Publicatie

Bij de totstandkoming van het rapport was een klankbordgroep van bewoners en ambtelijk adviseurs betrokken. De publicatie is met de communicatieafdelingen van de negen gemeenten afgestemd. Het rapport wordt online gepubliceerd en zal op 6 april 2020 te downloaden zijn op de website van de GGD. Parallel publiceert de GGD een persbericht en een Q&A. Het rapport en het persbericht wordt u hierbij onder embargo toegestuurd, zodat u zich hier op kunt voorbereiden.

Samenvatting

Het rapport geeft inzicht in het aantal nieuwe gevallen en het vóórkomen van kanker in de 9 gemeenten van GGD regio Kennemerland in de periode 2004-2018. De resultaten voor de GGD-regio Kennemerland laten een divers beeld zien. Het optreden (de incidentie) van enkele vormen kanker is verhoogd in sommige gemeenten, de incidentie van andere vormen is verlaagd. De gegevens van dit onderzoek zijn aangeleverd door het Integraal Kankercentrum Nederland.

In de afgelopen 15 jaar kwamen de volgende vormen van kanker in Kennemerland vaker voor dan gemiddeld in Nederland:

- Melanoom (een vorm van huidkanker), dat zowel bij mannen als bij vrouwen ongeveer 20% vaker voorkwam dan gemiddeld in Nederland.
- Longkanker bij vrouwen, ongeveer 10% vaker.
- Darmkanker bij vrouwen, ongeveer 5% vaker.

Het meer voorkomen van melanoom in diverse gemeenten van de GGD regio Kennemerland hangt mogelijk samen met blootstelling aan de zon bij deze patiënten in het verleden. Ook in andere gemeenten dichtbij de kust in Nederland komt melanoom relatief veel voor.
Longkanker blijkt in Beverwijk en in Haarlem vaker op te treden dan gemiddeld in Nederland, ook wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijdsopbouw. Zowel bij mannen als bij vrouwen in Beverwijk komt het ongeveer 25% vaker voor dan in Nederland. In Haarlem is dit bijna 10% voor mannen en ruim 20% voor vrouwen.

De betekenis van het rapport
De resultaten komen grotendeels overeen met de uitkomsten van het eerste GGD onderzoek naar kankerincidentie van de periode vóór 2004. De mogelijke oorzaken van kanker liggen veelal in het verleden. De incidentie van kanker neemt in algemene zin toe in Nederland, dit hangt grotendeels samen met de vergrijzing.

Er kan in enige mate een vergelijking worden gemaakt met de hoogte van de incidentie in andere GGD-regio's en gemeenten in Nederland.

- In de GGD regio Kennemerland komt melanoom vaker voor dan gemiddeld maar de uitkomsten zijn niet het hoogst van Nederland.
- Bij longkanker is het aantal extra gevallen in de hele GGD-regio Kennemerland vergelijkbaar met die in andere GGD-regio's in Nederland met (in het verleden) industrie en/of met een grootstedelijk karakter.
- Vergeleken met Nederland zijn de meest opvallende verhogingen die van melanoom bij mannen in Bloemendaal en in Heemstede en longkanker bij mannen en vrouwen in Beverwijk.

Risicofactoren voor het optreden van longkanker zijn onder meer roken, meeroken, beroepsmatige blootstelling aan stoffen zoals zware metalen en asbest en luchtverontreiniging in de leef- en werkomgeving. Rookgedrag in het verleden kan voor een deel een rol hebben gespeeld in zowel Beverwijk als Haarlem en bij de relatief lage incidentie in Bloemendaal. Ook werk gerelateerde blootstelling kan een rol hebben gespeeld. Van luchtverontreiniging met fijnstof is bekend dat deze in de relevante periode in het verleden in de IJmond hoger was dan gemiddeld in Nederland, wat het aannemelijk maakt dat deze risicofactor een rol heeft gespeeld bij de verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk. De bijdrage aan het optreden van longkanker van de hier genoemde factoren kan niet exact worden bepaald.

Aanbevelingen
Aanbevolen wordt in te zetten op de preventie. Hierbij kan voor de regio worden gedacht aan lokale initiatieven voor een bewust zongedrag en vermindering van het roken. In de hele regio en meer specifiek in IJmond zijn maatregeling ter verbetering van de luchtkwaliteit nog steeds van belang.
Puntsgewijs:

- Aanvullende preventiemaatregelen treffen tegen het optreden van melanoom en longkanker. Mogelijk zijn publiekscampagnes en lokale initiatieven van het nationale preventie akkoord voor het stoppen van roken. Bij de inrichting van de openbare ruimte rekening houden met zonbescherming, en bij de planvorming in het kader van de Omgevingswet.

- Nagaan of het zinvol en mogelijk is om samen met het RIVM en andere relevante partners nader onderzoek te doen naar de verhoogde incidentie van longkanker in de IJmond in relatie tot milieufactoren.
- Onderzoek doen naar mogelijkheden om de luchtkwaliteit verder te verbeteren en de blootstelling van inwoners aan luchtverontreiniging door integraal beleid verder te verminderen.

Vervolg
Na een periode van 15 jaar zijn er voldoende gegevens beschikbaar om het kankerincidentie onderzoek door de GGD te herhalen. Ander onderzoek zoals de Gezondheidsmonitor geeft inzicht in indicatoren van leefstijl en het voorkomen van chronische aandoeningen in Kennemerland in het heden. Deze kent een separate rapportage voor de IJmond en rondom Schiphol en wordt in 2020 integraal herhaald, publicatie daarvan volgt begin 2022.

Meer informatie
Het volledige rapport kunt u hier downloaden (link wordt actief op 6 april).

Voor inhoudelijke vragen over de het onderzoek kan contact worden opgenomen met epidemioloog Arie Oosterlee (aoosterlee@ggdkennemerland.nl of 0655285937) of arts medische milieukunde Rinske Keuken (rhkeuken@ggdkennemerland.nl of 0612057471).

Aangenomen wordt u hiermee voldoende en naar tevredenheid te hebben geïnformeerd.

Tabel 1 Overzicht van significant afwijkende Incidentie van de meest voorkomende vormen van kanker in de gemeenten van GGD regio Kennemerland t.o.v. Nederland. Voor de gemeenten Uitgeest, Velsen en Zandvoort zijn geen significante afwijkingen gevonden.

Overzicht van de verhogingen of verlagingen van de incidentie van veel voorkomende vormen van kanker in de GGD-regio Kennemerland, registratieperiode 2004-2018			
Gemeente	*Soort kanker; geslacht*	*Verhoogd / verlaagd*	*CIF*
Beverwijk	Longkanker mannen	Verhoogd	127
	Longkanker vrouwen	Verhoogd	127
Bloemendaal	Melanoom mannen	Verhoogd	155
	Longkanker mannen	Verlaagd	71
	Longkanker vrouwen	Verlaagd	69
Haarlem	Melanoom vrouwen	Verhoogd	114
	Longkanker mannen	Verhoogd	109
	Longkanker vrouwen	Verhoogd	122
	Darmkanker vrouwen	Verhoogd	109
	Prostaatkanker	Verlaagd	89
Haarlemmermeer	Melanoom mannen	Verhoogd	130
	Melanoom vrouwen	Verhoogd	118
	Prostaatkanker	Verhoogd	106
Heemskerk	Melanoom vrouwen	Verhoogd	125
Heemstede	Melanoom mannen	Verhoogd	157
	Melanoom vrouwen	Verhoogd	135

De CIF is een verhoudingsgetal waarmee het verschil met het gemiddelde in Nederland wordt uitgedrukt. Een CIF van 100 bij een gemeente wil zeggen dat de incidentie van de betreffende vorm van kanker in die gemeente exact overeenkomt met het gemiddelde in Nederland, zoals gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Een CIF van 115 wil zeggen dat de kanker ongeveer 15% meer voorkomt in die gemeente dan gemiddeld in Nederland, gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Bij een CIF van 85 is er sprake van ongeveer 15% minder vaak voorkomen.

Persbericht - tweede concept voor het kankerincidentie-onderzoek, IZ 03 februari 2020

GGD onderzoekt hoeveel kanker voorkomt in Kennemerland.
In de GGD regio Kennemerland wordt opnieuw meer huidkanker en longkanker gevonden.

GGD Kennemerland heeft een rapport uitgebracht over het voorkomen van kanker in de 9 gemeenten in de GGD regio Kennemerland. Dit is het rapport 'Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2004-2018'.
Dit rapport bevat gegevens van de Nederlandse Kankerregistratie over de incidentie en prevalentie van kanker in de GGD-regio Kennemerland over de registratieperiode 2004-2018. Het is het vervolg op het eerder GGD onderzoek over de registratiejaren 1989-2003.

Dit zijn de belangrijkste uitkomsten uit het rapport over het onderzoek:

In de afgelopen 15 jaar kwamen longkanker en melanoom in de regio Kennemerland vaker voor dan gemiddeld in Nederland.
Longkanker blijkt in Beverwijk en in Haarlem vaker op te treden dan gemiddeld in Nederland, ook wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijdsopbouw. Zowel bij mannen als bij vrouwen in Beverwijk komt het ongeveer 25% vaker voor dan in Nederland. Dit zijn elk jaar ongeveer 7 nieuwe patiënten met longkanker meer ten opzichte van Nederland. In Haarlem zijn er bijna 10% mannen en ruim 20% vrouwen meer met longkanker, dit zijn ongeveer 15 patiënten meer per jaar.

Melanoom is de meest kwaadaardige vorm van huidkanker. Van huidkanker is bekend dat overmatige blootstelling aan zonlicht de kans erop vergroot. Veel gemeenten in de regio Kennemerland liggen vlakbij de kust. Het vaker voorkomen van melanoom in deze regio kan mogelijk samenhangen met extra veel zonnen in het verleden. In het vorige onderzoek (periode 1989-2003) werd ook al vaker melanoom gevonden.

Risicofactoren voor het ontstaan van longkanker zijn onder meer roken, meeroken, beroepsmatige blootstelling aan stoffen en luchtverontreiniging. Het rookgedrag in het verleden kan voor een deel een rol heeft gespeeld in zowel Beverwijk als Haarlem. Het is bekend dat luchtverontreiniging met fijnstof dat deze in de relevante periode in het verleden in de IJmond hoger was dan gemiddeld in Nederland. Dit maakt het aannemelijk dat deze risicofactor voor een deel een rol heeft gespeeld bij de verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk. Ook werk gerelateerde blootstelling kan een rol hebben gespeeld. Echter, in welke mate dit voor iedere risicofactor het geval is geweest, is onbekend.

Aanbevolen wordt in te zetten op de preventie. Hierbij kan voor de regio worden gedacht aan lokale initiatieven voor een bewust zongedrag (niet of beperkt zonnen tussen 12:00 en 14:00 uur en het gebruiken van zonnebrandcrème met hoge factor) en het stoppen met roken. In de hele regio en meer specifiek in IJmond zijn maatregelen ter verbetering van de luchtkwaliteit nog steeds van belang.

Meer informatie over het onderzoek kan worden verkregen bij …. .
Het rapport is te vinden op de website van de GGD …..

V 5.2.2 Samenvatting

1 Samenvatting

Dit rapport bevat gegevens van de Nederlandse Kankerregistratie over de incidentie en prevalentie van kanker in de GGD-regio Kennemerland over de registratieperiode 2004-2018.
De incidentie is het optreden van nieuwe gevallen. De prevalentie is het aantal mensen bij wie tijdens de registratieperiode de diagnose is gesteld en die aan het eind van de registratieperiode nog in leven zijn.
Het onderzoek is uitgevoerd als onderdeel van de reguliere taak van de GGD, het bieden van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking aan de gemeenten in de GGD-regio Kennemerland.
Het rapport sluit aan op dat van het vorige kankerincidentie-onderzoek uit 2007, over de registratieperiode 1989-2003.

Resultaten

Voor onderzoek naar eventuele verschillen met gemiddelden in Nederland is in het rapport de zogenaamde CIF gebruikt. Dit is een verhoudingsgetal dat ongeveer het procentuele verschil in het optreden van kanker weergeeft, rekening houdend met mogelijke verschillen in leeftijdsopbouw van de bevolking. Zie onderstaande tekstbox voor verdere toelichting.

Vergelijking met Nederland – het verhoudingsgetal CIF

De incidentie, het aantal nieuwe gevallen van kanker, is groter als een gemeente meer inwoners heeft. Daarom heeft het meestal weinig zin om incidenties tussen gemeenten onderling te vergelijken. Bovendien zijn er verschillen tussen gemeenten die samenhangen met de leeftijdsopbouw van de bevolking. Het optreden van bijna alle vormen van kanker neemt namelijk sterk toe met de leeftijd.
Om toch een vergelijking tussen gemeenten en met het gemiddelde in Nederland mogelijk te maken, zijn aparte berekeningen gedaan. Dit geeft uitkomsten die onafhankelijk zijn van het inwonersaantal en van de leeftijdsopbouw van een gemeente. Hiervoor zijn de voor leeftijd gecorrigeerde verschillen uitgedrukt in het verhoudingsgetal CIF, waarmee het verschil met het gemiddelde in Nederland wordt uitgedrukt.
Een CIF van 100 bij een gemeente wil zeggen dat de incidentie van de betreffende vorm van kanker in die gemeente exact overeenkomt met het gemiddelde in Nederland, zoals gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Het verschil met 100 geeft ongeveer aan in welke mate in die gemeente deze kanker procentueel gezien vaker of minder vaak voorkomt. Een CIF van 115 wil zeggen dat de kanker ongeveer 15% meer voorkomt in die gemeente dan gemiddeld in Nederland, gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Bij een CIF van 85 is er sprake van ongeveer 15% minder vaak voorkomen.

De focus bij het onderzoek lag bij de zes meest voorkomende vormen van kanker in Nederland. Eén van deze zes soorten kanker zijn de hematologische maligniteiten. Echter, de uitkomsten voor

hematologische maligniteiten zijn niet vermeld in het rapport, maar in bijlage 4. De reden is dat de aan de GGD geleverde gegevens van deze vorm van kanker hoogstwaarschijnlijk niet goed vergelijkbaar zijn tussen gemeenten en met de rest van Nederland. De meest aannemelijke oorzaak hiervoor is een over-registratie in de ruwe gegevens.
Hieronder worden de resultaten besproken van de overige vijf veel voorkomende vormen van kanker.

De regio: komt in de GGD-regio Kennemerland meer kanker voor dan gemiddeld in Nederland?

Enkele van de zes meest voorkomende vormen van kanker waren in de afgelopen 15 jaar in de GGD-regio Kennemerland vaker opgetreden dan gemiddeld in Nederland, dus de incidentie was hoger. Dit betreft:

- Longkanker bij vrouwen, ongeveer 10% vaker (CIF 109).
- Darmkanker bij vrouwen, ongeveer 5% vaker (CIF 106).
- Melanoom (een vorm van huidkanker), dat zowel bij mannen als bij vrouwen ongeveer 20% vaker voorkwam dan gemiddeld in Nederland (CIF mannen 120, CIF vrouwen 119).

Al met al heeft het bovenstaande mede bijgedragen aan de uitkomst dat voor alle vormen van kanker samengenomen het optreden van kanker in de GGD-regio Kennemerland ongeveer 5% hoger was dan gemiddeld in Nederland (CIF mannen 105, CIF vrouwen 106).

De gemeenten: zijn er verschillen tussen afzonderlijke gemeenten en het gemiddelde in Nederland?

In de volgende tabel is per gemeente bij de vijf meest voorkomende vorm van kanker weergegeven wanneer er sprake was van een verhoging of verlaging ten opzichte van het gemiddelde in Nederland.

Overzicht van de verhogingen of verlagingen van de incidenties van vijf veel voorkomende vormen van kanker in de GGD-regio Kennemerland, registratieperiode 2004-2018

Gemeente	*Soort kanker; geslacht*	*Verhoogd / verlaagd*	*CIF*
Beverwijk	Longkanker mannen	Verhoogd	127
	Longkanker vrouwen	Verhoogd	127
Bloemendaal	Melanoom mannen	Verhoogd	155
	Longkanker mannen	Verlaagd	71
	Longkanker vrouwen	Verlaagd	69
Haarlem	Melanoom vrouwen	Verhoogd	114
	Longkanker mannen	Verhoogd	109
	Longkanker vrouwen	Verhoogd	122
	Darmkanker vrouwen	Verhoogd	109
	Prostaatkanker mannen	Verlaagd	89
Haarlemmermeer	Melanoom mannen	Verhoogd	130
	Melanoom vrouwen	Verhoogd	118

	Prostaatkanker mannen	Verhoogd	106
Heemskerk	Melanoom vrouwen	Verhoogd	125
Heemstede	Melanoom mannen	Verhoogd	157
	Melanoom vrouwen	Verhoogd	135

Melanoom

Van de verschillende veel voorkomende vormen van kanker waarbij sprake is van een verhoogd voorkomen in Kennemerland is dit bij melanoom het vaakst het geval, met de meeste gemeenten met een verhoging en met de grootste procentuele verhogingen.
Melanoom is de meest kwaadaardige vorm van huidkanker. In vijf van de 10 gemeenten in de regio komt melanoom vaker voor de gemiddeld in Nederland, bij mannen en/of vrouwen. Dit betreft mannen in de gemeenten Bloemendaal, Heemstede en Haarlemmermeer (CIF respectievelijk 155, 157 en 130) en vrouwen in de gemeenten Heemstede, Haarlemmermeer, Haarlem en Heemskerk (CIF respectievelijk 135, 118, 114 en 125). Daarnaast zijn er hoge CIF's bij mannen en bij vrouwen in Zandvoort en bij vrouwen in Uitgeest en Velsen die ook aan het toeval kunnen worden toegeschreven (net niet statistisch significant). Omgerekend zijn dit jaarlijks 31 extra gevallen van melanoom in de GGD-regio.
Het optreden van melanoom is gerelateerd aan blootstelling aan de zon in de jeugd. Ook in andere gemeenten dichtbij de kust in Nederland komt melanoom relatief veel voor.

Longkanker

Longkanker blijkt in Beverwijk en in Haarlem vaker op te treden dan gemiddeld in Nederland, ook wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijdsopbouw. Zowel bij mannen als bij vrouwen in Beverwijk komt het ongeveer 25% vaker voor dan in Nederland; in Haarlem is dit bijna 10% voor mannen en ruim 20% voor vrouwen. In Bloemendaal komt longkanker juist minder voor dan in Nederland. In Beverwijk betreft het jaarlijks ongeveer 7 extra mensen met longkanker, in Haarlem 15 (absolute aantallen, verschillen door inwoner aantal en bevolkingsopbouw).

Risicofactoren voor het optreden van longkanker zijn onder meer roken, meeroken, beroepsmatige blootstelling aan stoffen zoals zware metalen en asbest en luchtverontreiniging in de leef- en werkomgeving.

Het kan zijn dat het rookgedrag in het verleden voor een deel een rol heeft gespeeld in zowel Beverwijk als Haarlem en bij de relatief lage incidentie in Bloemendaal. Wereldwijd wordt 85-90% van de gevallen van longkanker veroorzaakt door roken. Gezien deze in het algemeen sterke samenhang met roken is het aannemelijk dat variaties in het rookgedrag tussen gemeenten in de regio Kennemerland een deel van de verhoging van de incidenties in de betreffende gemeenten kunnen verklaren.
Van roken is bekend dat dit in de laatste decennia meer voorkomt bij bevolkingsgroepen met een lagere opleiding (lage sociaal-economische status (SES)). Zowel Beverwijk als Haarlem hebben naar verhouding meer bevolkingsgroepen met een lage sociaal-economische status. Gegevens uit het verleden hierover en over de toenmalige relatie tussen SES en rookgedrag zijn echter niet goed bekend. Het is dus onbekend of en in welke mate roken en SES in het verleden van belang zijn geweest.

Ook beroepsgerelateerde blootstelling aan bepaalde stoffen in het verleden kan in Beverwijk en Haarlem een rol hebben gespeeld bij het ontstaan van longkanker in deze gemeenten.

Van luchtverontreiniging met fijn stof is het bekend dat deze in de relevante periode in het verleden in de IJmond hoger was dan gemiddeld in Nederland, dit maakt het aannemelijk dat deze risicofactor een rol heeft gespeeld bij de verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk. Dit kan echter niet exact worden gekwantificeerd, omdat de aard en samenstelling van het fijnstof destijds niet bekend zijn.

In Haarlem zou de luchtverontreiniging door wegverkeer in deze middelgrote stad eveneens van belang kunnen zijn geweest, maar ook daarover ontbreken relevante gegevens.

In de vorige registratieperiode 1989-2003 zijn ook verhogingen of verlagingen ten opzichte van het gemiddelde in Nederland gevonden. Gedeeltelijk was dit in dezelfde gemeenten en bij dezelfde delen van een gemeente (man en/of vrouw), gedeeltelijk was dit in andere gemeenten of delen van de gemeenten.

Mesothelioom

Mesothelioom (borst- en buikvlieskanker) is een weinig voorkomende vorm van kanker, die bijna uitsluitend ontstaat door (beroepsmatige) blootstelling aan asbest in het verleden, voornamelijk bij mannen en soms bij gezinsleden door meegebracht materiaal. De incidentie van mesothelioom is sterk verhoogd in de IJmond-gemeenten Beverwijk en Heemskerk, met als eventuele bronnen van werkgerelateerde blootstelling in het verleden met name het hoogovens-industriegebied en het havengebied. Ook in Haarlem is het optreden verhoogd. In Velsen is er een tendens naar een verhoging.

Overige lokale verschillen

De overige verschillen met het gemiddelde in Nederland in de tabel hierboven zijn een verhoogde incidentie van darmkanker bij vrouwen in Haarlem, een verlaagde incidentie van prostaatkanker bij mannen in Haarlem, en een verhoogde incidentie van prostaatkanker bij mannen in de gemeente Haarlemmermeer. Het is onduidelijk welke betekenis moet worden gehecht aan deze bevindingen.

Vergelijking met GGD-regio's en gemeenten elders in Nederland

Met hulp van openbare bronnen en met aanvullende gegevens van het Integraal Kanker Centrum Nederland kon voor de hier besproken vijf veel voorkomende kankersoorten tot op zekere hoogte een vergelijking worden gemaakt met de hoogte van de incidentie in andere GGD-regio's en gemeenten in Nederland. Daar konden de volgende conclusies uit worden getrokken.

- In de GGD-regio Kennemerland is de CIF van melanoom wel hoog maar niet het hoogst van Nederland.
- Bij longkanker is de hoogte van de CIF in de GGD-regio Kennemerland vergelijkbaar met die in andere GGD-regio's in Nederland met (in het verleden) industrie en/of met een grootstedelijk karakter.

- De gemeenten in Kennemerland met een verhoogde CIF voor een vaak voorkomende vorm van kanker behoren in ongeveer vier gevallen bij de paar procent van gemeenten in Nederland met relatief hoge uitkomsten. De twee meest hoge uitkomsten zijn melanoom bij mannen in Bloemendaal en in Heemstede. De overige twee met relatief hoge uitkomsten betreffen de mannen en vrouwen in Beverwijk met longkanker.

Het verloop van de incidenties in de tijd

Bij de meeste vormen van kanker neemt het optreden daarvan, de incidentie, toe met de tijd. Dit is een gevolg van de vergrijzing van de samenleving, dus van het feit dat Nederlandse bevolking gemiddeld steeds ouder wordt. Berekend over alle vormen van kanker samengenomen was er in de periode 2004-2018 in de GGD-regio Kennemerland sprake van een toename van de incidentie, dus van het aantal nieuwe gevallen, met 29% over deze jaren. In de vorige registratieperiode 1989-2003 was deze stijging met 9% een stuk kleiner.
Een uitzondering in die eerste periode was longkanker bij mannen waarvan de incidentie in de loop van die jaren daalde, waarschijnlijk doordat mannen in Nederland sinds de jaren vijftig minder zijn gaan roken. Over de meest recente periode 2004-2018 is er bij mannen in de regio echter opnieuw sprake van een lichte stijging van de incidentie van longkanker. Dit kan betekenen dat de verdere verbetering in het rookgedrag van mannen niet langer voldoende was om de stijging van de incidentie door de vergrijzing te compenseren.
Bij vrouwen nam de incidentie van longkanker in de afgelopen registratieperiode 2004-2018 in de regio met 43% sterker toe dan het gemiddelde van 29% voor alle vormen van kanker. In het verleden zijn vrouwen een tijd lang juist meer gaan roken, wat wellicht een verklaring kan zijn voor deze relatief sterke toename bij vrouwen. Er zijn geen aanwijzingen dat luchtverontreiniging of andere factoren de genoemde stijging van de incidenties van longkanker bij mannen en vrouwen kunnen verklaren. Voor zover bekend is de luchtverontreiniging in de betreffende periode van blootstelling (jaren tachtig en negentig) gedaald in de regio.
Ook bij melanoom, een kwaadaardige vorm van huidkanker, was de stijging in de GGD-regio Kennemerland over de periode 2004-2018 met 69% veel groter dan het gemiddelde van 29% voor alle vormen van kanker.

Overleving

Door betere behandeling, en bij borstkanker en darmkanker door vroege opsporing, zijn in Kennemerland de percentages mensen nog in leven aan het eind van de registratieperiode gestegen in vergelijking met de vorige registratieperiode.

Aanbevelingen

GGD Kennemerland doet naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek de volgende aanbevelingen.

1. Aanvullende preventiemaatregelen treffen tegen het optreden van melanoom en longkanker. Mogelijk zijn publiekscampagnes en lokale initiatieven van het nationale preventie akkoord voor

het stoppen van roken, en bij de inrichting van de openbare ruimte rekening houden met zonbescherming en bij planvorming in het kader van de Omgevingswet.

2. Nagaan of het zinvol en mogelijk is om samen met het RIVM en andere relevante partners nader onderzoek te doen naar de verhoogde incidentie van longkanker in de IJmond in relatie tot milieufactoren.
3. Onderzoek doen naar mogelijkheden om de luchtkwaliteit verder te verbeteren en de blootstelling van inwoners aan luchtverontreiniging door integraal beleid verder te verminderen.

Persbericht - concept voor het kankerincidentie-onderzoek, 05-06-2020

GGD onderzoekt hoeveel kanker voorkomt in Kennemerland/ In de GGD regio Kennemerland wordt opnieuw meer huidkanker en longkanker gevonden.

GGD Kennemerland heeft een rapport uitgebracht over het voorkomen van kanker in de 9 gemeenten in de GGD-regio Kennemerland. Het is het vervolg op het eerder GGD onderzoek uit 2007 . Dit rapport bevat gegevens over nieuwe gevallen en het vóórkomen van kanker in de GGD-regio Kennemerland in de periode 2004-2018. Daaruit blijkt opnieuw dat in GGD-regio Kennemerland meer huidkanker en longkanker voorkomt. Van belang blijft preventie door een gezonde leefstijl en gezonde leefomgeving.

Dit rapport bevat gegevens van de Nederlandse Kankerregistratie over de incidentie en prevalentie van kanker in de GGD-regio Kennemerland over de registratieperiode 2004-2018. Het is het vervolg op het eerder GGD onderzoek uit 2007 over de registratiejaren 1989-2003. Het is onderdeel van de GGD taak van het monitoren van gezondheid van bewoners van de regio.

Dit zijn de belangrijkste uitkomsten uit het rapport over het onderzoek:

In de afgelopen 15 jaar kwamen melanoom en longkanker in de regio Kennemerland opnieuw vaker voor dan gemiddeld in Nederland.

Melanoom is de meest kwaadaardige vorm van huidkanker, deze komt in een aantal gemeenten tussen de 18 en 55 % méér voor dan gemiddeld in Nederland. Van huidkanker is bekend dat overmatige blootstelling aan zonlicht de kans erop vergroot. Veel gemeenten in de regio Kennemerland liggen vlakbij de kust. Het vaker voorkomen van melanoom in deze regio kan mogelijk samenhangen met extra veel zonnen in het verleden. In het vorige onderzoek (periode 1989-2003) werd ook al vaker melanoom gevonden.

Longkanker blijkt in Beverwijk en in Haarlem vaker op te treden dan gemiddeld in Nederland, ook wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijdsopbouw. Zowel bij mannen als bij vrouwen in Beverwijk komt het ongeveer 25% vaker voor dan in Nederland. Dit zijn elk jaar ongeveer 7 nieuwe patiënten met longkanker meer ten opzichte van Nederland. In Haarlem zijn er bijna 10% mannen en ruim 20% vrouwen meer met longkanker, dit zijn ongeveer 15 patiënten meer per jaar.

Risicofactoren voor het ontstaan van longkanker zijn onder meer roken, meeroken, beroepsmatige blootstelling aan stoffen en luchtverontreiniging. Het is aannemelijk dat verschillen in rookgedrag in het verleden voor een deel een rol heeft gespeeld in zowel Beverwijk als Haarlem. Het is bekend dat luchtverontreiniging met fijnstof dat deze in de relevante periode in het verleden in de IJmond hoger was dan gemiddeld in Nederland. Dit maakt het aannemelijk dat deze risicofactor voor een deel een rol heeft gespeeld bij de verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk. Met dit onderzoek kan de bijdrage aan het optreden van longkanker voor ieder van deze risicofactoren in het verleden echter niet exact worden bepaald.

Aanbevolen wordt in te zetten op de preventie. Hierbij kan voor de regio worden gedacht aan lokale initiatieven voor een bewust zongedrag (niet of beperkt zonnen tussen 12:00 en 14:00 uur en het gebruiken van zonnebrandcrème met hoge factor) en het stoppen met roken. Algemeen zijn een gezonde leefstijl en leefomgeving speerpunt in preventie. In de hele regio en meer specifiek in IJmond zijn maatregelen ter verbetering van de luchtkwaliteit nog steeds van belang.

Meer informatie over het onderzoek kan worden verkregen bij ([redacted] voor het persbericht)
Het rapport is te vinden op de website van de GGD (link)

Samenvatting Rapport Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2004-2018

Juni 2020

Dit rapport bevat gegevens van de Nederlandse Kankerregistratie over de incidentie en prevalentie van kanker in de GGD-regio Kennemerland over de registratieperiode 2004-2018.
De incidentie is het optreden van nieuwe gevallen. De prevalentie is het aantal mensen bij wie tijdens de registratieperiode de diagnose is gesteld en die aan het eind van de registratieperiode nog in leven zijn.
Het onderzoek is uitgevoerd als onderdeel van de reguliere taak van de GGD, het bieden van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking aan de gemeenten in de GGD-regio Kennemerland. Het rapport sluit aan op dat van het vorige kankerincidentie-onderzoek uit 2007, over de registratieperiode 1989-2003.

Resultaten

Voor onderzoek naar eventuele verschillen met gemiddelden in Nederland is in het rapport de zogenaamde CIF gebruikt. Dit is een verhoudingsgetal dat ongeveer het procentuele verschil in het optreden van kanker weergeeft, rekening houdend met mogelijke verschillen in leeftijdsopbouw van de bevolking. Zie onderstaande tekstbox voor verdere toelichting.

Vergelijking met Nederland – het verhoudingsgetal CIF

De incidentie, het aantal nieuwe gevallen van kanker, is groter als een gemeente meer inwoners heeft. Daarom heeft het meestal weinig zin om incidenties tussen gemeenten onderling te vergelijken. Bovendien zijn er verschillen tussen gemeenten die samenhangen met de leeftijdsopbouw van de bevolking. Het optreden van bijna alle vormen van kanker neemt namelijk sterk toe met de leeftijd.

Om toch een vergelijking tussen gemeenten en met het gemiddelde in Nederland mogelijk te maken, zijn aparte berekeningen gedaan. Dit geeft uitkomsten die onafhankelijk zijn van het inwonersaantal en van de leeftijdsopbouw van een gemeente. Hiervoor zijn de voor leeftijd gecorrigeerde verschillen uitgedrukt in het verhoudingsgetal CIF, waarmee het verschil met het gemiddelde in Nederland wordt uitgedrukt.

Een CIF van 100 bij een gemeente wil zeggen dat de incidentie van de betreffende vorm van kanker in die gemeente exact overeenkomt met het gemiddelde in Nederland, zoals gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Het verschil met 100 geeft ongeveer aan in welke mate in die gemeente deze kanker procentueel gezien vaker of minder vaak voorkomt. Een CIF van 115 wil zeggen dat de kanker ongeveer 15% meer voorkomt in die gemeente dan gemiddeld in Nederland, gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Bij een CIF van 85 is er sprake van ongeveer 15% minder vaak voorkomen.

De regio: komt in de GGD-regio Kennemerland meer kanker voor dan gemiddeld in Nederland?

Enkele van de zes meest voorkomende vormen van kanker waren in de afgelopen 15 jaar in de GGD-regio Kennemerland vaker opgetreden dan gemiddeld in Nederland, dus de incidentie was hoger. Dit betreft:

- Melanoom (een vorm van huidkanker), dat zowel bij mannen als bij vrouwen ongeveer 20% vaker voorkwam dan gemiddeld in Nederland (CIF mannen 120, CIF vrouwen 119).
- Longkanker bij vrouwen, ongeveer 10% vaker (CIF 109).
- Darmkanker bij vrouwen, ongeveer 5% vaker (CIF 106).

Samengenomen betekent dit dat voor alle vormen van kanker het optreden van kanker in de GGD-regio Kennemerland ongeveer 5% hoger was dan gemiddeld in Nederland (CIF mannen 105, CIF vrouwen 106).

De gemeenten: zijn er verschillen tussen afzonderlijke gemeenten en het gemiddelde in Nederland?

In de volgende tabel is per gemeente bij de vijf meest voorkomende vorm van kanker weergegeven wanneer er sprake was van een verhoging of verlaging ten opzichte van het gemiddelde in Nederland.

Overzicht van de verhogingen of verlagingen van de incidenties van vijf veel voorkomende vormen van kanker in de GGD-regio Kennemerland, registratieperiode 2004-2018

Gemeente	Soort kanker; geslacht	Verhoogd / verlaagd	CIF
Beverwijk	Longkanker mannen	Verhoogd	127
	Longkanker vrouwen	Verhoogd	127
Bloemendaal	Melanoom mannen	Verhoogd	155
	Longkanker mannen	Verlaagd	71
	Longkanker vrouwen	Verlaagd	69
Haarlem	Melanoom vrouwen	Verhoogd	114
	Longkanker mannen	Verhoogd	109
	Longkanker vrouwen	Verhoogd	122
	Darmkanker vrouwen	Verhoogd	109
	Prostaatkanker mannen	Verlaagd	89
Haarlemmermeer	Melanoom mannen	Verhoogd	130
	Melanoom vrouwen	Verhoogd	118
	Prostaatkanker mannen	Verhoogd	106
Heemskerk	Melanoom vrouwen	Verhoogd	125
Heemstede	Melanoom mannen	Verhoogd	157
	Melanoom vrouwen	Verhoogd	135

De focus bij het onderzoek lag bij de zes meest voorkomende vormen van kanker in Nederland. Eén van deze zes soorten kanker zijn de hematologische maligniteiten. Echter, de uitkomsten voor hematologische maligniteiten zijn niet vermeld in het rapport, maar in bijlage 4. De reden is dat de

aan de GGD geleverde gegevens van deze vorm van kanker hoogstwaarschijnlijk niet goed vergelijkbaar zijn tussen gemeenten en met de rest van Nederland. De meest aannemelijke oorzaak hiervoor is een over-registratie in de ruwe gegevens.
Hieronder worden de resultaten besproken van de overige vijf veel voorkomende vormen van kanker.

Melanoom

Van de verschillende veel voorkomende vormen van kanker waarbij sprake is van een verhoogd voorkomen in Kennemerland is dit bij melanoom het vaakst het geval, met de meeste gemeenten met een verhoging en met de grootste procentuele verhogingen.
Melanoom is de meest kwaadaardige vorm van huidkanker. In vijf van de 10 gemeenten in de regio komt melanoom vaker voor de gemiddeld in Nederland, bij mannen en/of vrouwen. Dit betreft mannen in de gemeenten Bloemendaal, Heemstede en Haarlemmermeer (CIF respectievelijk 155, 157 en 130) en vrouwen in de gemeenten Heemstede, Haarlemmermeer, Haarlem en Heemskerk (CIF respectievelijk 135, 118, 114 en 125). Daarnaast zijn er hogere CIF's bij mannen en bij vrouwen in Zandvoort en bij vrouwen in Uitgeest en Velsen die ook aan het toeval kunnen worden toegeschreven (net niet statistisch significant). Omgerekend zijn dit jaarlijks 31 extra gevallen van melanoom in de GGD-regio.
Het optreden van melanoom is onder meer gerelateerd aan blootstelling aan de zon in de jeugd. Ook in andere gemeenten dichtbij de kust in Nederland komt melanoom relatief veel voor.

Longkanker

Longkanker blijkt in Beverwijk en in Haarlem vaker op te treden dan gemiddeld in Nederland, ook wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijdsopbouw. Zowel bij mannen als bij vrouwen in Beverwijk komt het ongeveer 25% vaker voor dan in Nederland; in Haarlem is dit bijna 10% voor mannen en ruim 20% voor vrouwen. In Bloemendaal komt longkanker juist minder voor dan in Nederland. In Beverwijk betreft het jaarlijks ongeveer 7 extra mensen met longkanker, in Haarlem 15 (absolute aantallen, verschillen door inwoner aantal en bevolkingsopbouw).

Risicofactoren voor het optreden van longkanker zijn onder meer roken, meeroken, werk gerelateerde blootstelling aan stoffen zoals zware metalen en asbest en luchtverontreiniging in de leef- en werkomgeving.

Het is aannemelijk dat het rookgedrag in het verleden een rol heeft gespeeld in zowel Beverwijk als Haarlem en bij de relatief lage incidentie in Bloemendaal. Wereldwijd wordt 85-90% van de gevallen van longkanker veroorzaakt door roken. Gezien deze in het algemeen sterke samenhang met roken is het aannemelijk dat variaties in het rookgedrag tussen gemeenten in de regio Kennemerland een deel van de verhoging van de incidenties in de betreffende gemeenten verklaart.
Van roken is bekend dat dit in de laatste decennia meer voorkomt bij bevolkingsgroepen met een lagere opleiding (lage sociaal-economische status (SES)). Zowel Beverwijk als Haarlem hebben naar verhouding meer bevolkingsgroepen met een lage sociaal-economische status. Gegevens uit het verleden hierover en over de toenmalige relatie tussen SES en rookgedrag zijn echter niet goed bekend. Het is dus onbekend in welke mate het rookgedrag in het verleden van belang is geweest.

Ook werk gerelateerde blootstelling aan bepaalde stoffen in het verleden kan in Beverwijk en Haarlem een rol hebben gespeeld bij het ontstaan van longkanker in deze gemeenten.
Van luchtverontreiniging met fijn stof is het bekend dat deze in de relevante periode in het verleden in de IJmond hoger was dan gemiddeld in Nederland, dit maakt het aannemelijk dat deze risicofactor een rol heeft gespeeld bij de verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk. Dit kan echter niet exact worden gekwantificeerd, omdat de aard en samenstelling van het fijnstof destijds niet bekend zijn.
In Haarlem zou de luchtverontreiniging door wegverkeer in deze middelgrote stad eveneens van belang kunnen zijn geweest, maar ook daarover ontbreken relevante gegevens.

In de vorige registratieperiode 1989-2003 zijn ook verhogingen of verlagingen ten opzichte van het gemiddelde in Nederland gevonden. Gedeeltelijk was dit in dezelfde gemeenten of delen van de gemeenten.

Mesothelioom

Mesothelioom (borst- en buikvlieskanker) is een weinig voorkomende vorm van kanker, die bijna uitsluitend ontstaat door werk gerelateerde blootstelling aan asbest in het verleden, voornamelijk bij mannen. De incidentie van mesothelioom is verhoogd in de IJmond-gemeenten Beverwijk en Heemskerk, met als eventuele bronnen van werkgerelateerde blootstelling in het verleden met name het hoogovens-industriegebied en het havengebied. Ook in Haarlem is het optreden verhoogd. In Velsen is er een tendens naar een verhoging.

Overige lokale verschillen

De overige verschillen met het gemiddelde in Nederland in de tabel hierboven zijn een verhoogde incidentie van darmkanker bij vrouwen in Haarlem, een verlaagde incidentie van prostaatkanker bij mannen in Haarlem, en een verhoogde incidentie van prostaatkanker bij mannen in de gemeente Haarlemmermeer. Het is onduidelijk welke betekenis moet worden gehecht aan deze bevindingen.

Vergelijking met GGD-regio’s en gemeenten elders in Nederland

Met hulp van openbare bronnen en met aanvullende gegevens van het Integraal Kankercentrum Nederland kon voor de hier besproken vijf veel voorkomende kankersoorten tot op zekere hoogte een vergelijking worden gemaakt met de hoogte van de incidentie in andere GGD-regio’s en gemeenten in Nederland. Daar konden de volgende conclusies uit worden getrokken.

- In de GGD-regio Kennemerland is de CIF van melanoom wel hoog maar niet het hoogst van Nederland.
- Bij longkanker is de hoogte van de CIF in de hele GGD-regio Kennemerland vergelijkbaar met die in andere GGD-regio’s in Nederland met (in het verleden) industrie en/of met een grootstedelijk karakter.
- De gemeenten in Kennemerland met een verhoogde CIF voor een vaak voorkomende vorm van kanker behoren in ongeveer vier gevallen bij de paar procent van gemeenten in Nederland met

relatief hoge uitkomsten. De twee meest hoge uitkomsten zijn melanoom bij mannen in Bloemendaal en in Heemstede. De overige twee met relatief hoge uitkomsten betreffen de mannen en vrouwen in Beverwijk met longkanker.

Het verloop van de incidenties in de tijd

Bij de meeste vormen van kanker neemt het optreden daarvan, de incidentie, toe met de tijd. Dit is een gevolg van de vergrijzing van de samenleving, dus van het feit dat Nederlandse bevolking gemiddeld steeds ouder wordt. Berekend over alle vormen van kanker samengenomen was er in de periode 2004-2018 in de GGD-regio Kennemerland sprake van een toename van de incidentie, dus van het aantal nieuwe gevallen, met 29% over deze jaren. In de vorige registratieperiode 1989-2003 was deze stijging met 9% een stuk kleiner.
Een uitzondering in die eerste periode was longkanker bij mannen waarvan de incidentie in de loop van die jaren daalde, waarschijnlijk doordat mannen in Nederland sinds de jaren vijftig minder zijn gaan roken. Over de meest recente periode 2004-2018 is er bij mannen in de regio echter opnieuw sprake van een lichte stijging van de incidentie van longkanker. Dit kan betekenen dat de verdere verbetering in het rookgedrag van mannen niet langer voldoende was om de stijging van de incidentie door de vergrijzing te compenseren.
Bij vrouwen nam de incidentie van longkanker in de afgelopen registratieperiode 2004-2018 in de regio met 43% sterker toe dan het gemiddelde van 29% voor alle vormen van kanker. In het verleden zijn vrouwen een tijd lang juist meer gaan roken, wat wellicht een verklaring kan zijn voor deze relatief sterke toename bij vrouwen. Er zijn geen aanwijzingen dat luchtverontreiniging of andere factoren de genoemde stijging van de incidenties van longkanker bij mannen en vrouwen kunnen verklaren. Voor zover bekend is de luchtverontreiniging in de betreffende periode van blootstelling (jaren tachtig en negentig) gedaald in de regio.
Ook bij melanoom, een kwaadaardige vorm van huidkanker, was de stijging in de GGD-regio Kennemerland over de periode 2004-2018 met 69% veel groter dan het gemiddelde van 29% voor alle vormen van kanker.

Overleving

Door betere behandeling, en bij borstkanker en darmkanker door vroege opsporing, zijn in Kennemerland de percentages mensen nog in leven aan het eind van de registratieperiode gestegen in vergelijking met de vorige registratieperiode.

Aanbevelingen

GGD Kennemerland doet naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek de volgende aanbevelingen.

1. Aanvullende preventiemaatregelen treffen tegen het optreden van melanoom en longkanker. Mogelijk zijn publiekscampagnes en lokale initiatieven van het nationale preventie akkoord voor het stoppen van roken, en bij de inrichting van de openbare ruimte rekening houden met zonbescherming en bij planvorming in het kader van de Omgevingswet.

2. Nagaan of het zinvol en mogelijk is om samen met het RIVM en andere relevante partners nader onderzoek te doen naar de verhoogde incidentie van longkanker in de IJmond in relatie tot milieufactoren.
3. Onderzoek doen naar mogelijkheden om de luchtkwaliteit verder te verbeteren en de blootstelling van inwoners aan luchtverontreiniging door integraal beleid verder te verminderen.

Longkanker in Beverwijk nu ook bij de mannen – nieuwe versie, 20-1-2020

Longkanker in Beverwijk nu ook bij mannen – was de luchtverontreiniging nu hoger?

Concept versie 20 januari 2020 – herzien, incl. uitkomsten RIVM-onderzoek

In tegenstelling tot het eerste onderzoek was het optreden van longkanker nu ook bij mannen in Beverwijk hoger dan gemiddeld in Nederland, dus niet alleen bij vrouwen. De vraag is nu of dit een aanwijzing is dat er in de tweede periode sprake was van een relatief sterkere invloed van de luchtverontreiniging op het ontstaan van longkanker dan bij de eerste periode.

Allereerst moet worden opgemerkt dat een *relatief* sterkere invloed van luchtverontreiniging ook kan betekenen dat de luchtverontreiniging elders in Nederland in de tweede periode van blootstelling lager was dan in de eerste periode. Een eventueel relatief sterkere invloed betekent dus niet automatisch dat er hogere luchtverontreiniging was in de IJmond.

Op zichzelf zijn er twee argumenten die tegen een hogere bijdrage van de luchtverontreiniging in de tweede registratieperiode pleiten.

- De kankerincidentiegegevens uit de eerste registratieperiode zijn destijds ook door het RIVM onderzocht, op een meer gedetailleerde en meer relevante manier. Zij vonden in de tien postcodegebieden met de hoogste luchtverontreiniging in de regio ook bij mannen een hoger optreden van longkanker, iets hoger nog dan bij vrouwen. Het betrof vier postcodegebieden in Beverwijk en zes in de gemeente Velsen. Met andere woorden, in het voor de luchtverontreiniging meest relevante geografische gebied was wel sprake van een hoger optreden van longkanker bij mannen.
- Het optreden van longkanker bij vrouwen, uitgedrukt als CIF, was in de tweede periode niet in evenredige mate hoger dan in de eerste periode. Met andere woorden, bij vrouwen is in de tweede periode geen CIF gevonden die beduidend hoger was dan de 131 uit de eerste periode, wat je bij een hogere luchtverontreiniging wel zou hebben verwacht.

Er is echter ook een argument dat een uitspraak voor of tegen een mogelijk hogere luchtverontreiniging in de tweede periode minder zeker maakt. Dat betreft de onzekerheid over het rookgedrag in het verleden.
We kennen de sterke invloed van het rookgedrag op het ontstaan van longkanker. Er is onvoldoende informatie over het rookgedrag van Beverwijkse mannen en vrouwen in de periode vóór 2008. Zoals eerder gezegd is echter de kans aanwezig dat in Beverwijk vroeger gemiddeld meer gerookt werd dan gemiddeld in Nederland, wat een deel van de verklaring zou kunnen zijn voor het vaker voorkomen van longkanker in Beverwijk.
Hierbij is van belang dat het rookgedrag in Nederland sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw een aantal belangrijke veranderingen heeft laten zien. Bij mannen is het percentage rokers eerst snel en daarna langzamer afgenomen. Vrouwen zijn juist aanvankelijk meer gaan roken, waarna eveneens een langzame daling volgde (ref.).
Het is aannemelijk dat deze veranderingen niet overal in Nederland even snel zijn gegaan. Dit zou eventueel een verklaring kunnen zijn voor het verschil tussen mannen en vrouwen in Beverwijk wat betreft de CIF in de achtereenvolgende registratieperioden. Met andere woorden, eventuele lokale

afwijkingen in (delen van) Beverwijk van de algemene landelijke trends in rookgedrag zouden ook een verklaring kunnen zijn voor de uitkomsten in Beverwijk.

De vraag was hoe het voor het eerst verhoogd optreden van longkanker bij mannen in Beverwijk verklaard zou kunnen worden. De conclusie is dat we dat niet precies weten. Er is echter geen duidelijke aanleiding te veronderstellen dat er bij de tweede registratieperiode sprake is geweest van een hoger niveau van luchtverontreiniging in de IJmond dan daarvoor.

(Blootstelling aan luchtverontreiniging bij werknemers in bepaalde industrieën zoals hoogovens kan in het verleden ook hebben bijgedragen aan het optreden van longkanker. Deze blootstelling op de werkvloer zal dan, zeker in het verleden, vooral betrekking hebben gehad op mannelijke werknemers.
Als deze blootstelling op de werkvloer mede van invloed is geweest op de in de tweede periode voor het eerst verhoogde CIF bij mannen in Beverwijk, zou dat verklaard moeten worden doordat in de tweede blootstellingsperiode relatief meer mannen werkzaam waren in de industrie dan in de eerste periode, wat niet heel aannemelijk is, de trend is immers eerder andersom.)

Context van de kankerincidentiegegevens van Kennemerland

De context van de kankerincidentiegegevens van Kennemerland - hoe vaak komen vormen van kanker elders in Nederland vaker voor?

Concept-tekst, 21 januari 2020

Om verschillende redenen is het zinvol om de uitkomsten van het kankerincidentie-onderzoek in Kennemerland te vergelijken met gegevens over de kankerincidentie elders in Nederland.

- Betrouwbaarheid van de uitkomsten: is een verhoging een toevalsbevinding, of kun je stellen dat het een logische uitkomst is gezien de verhoogde incidentie in vergelijkbare gebieden elders in Nederland?
- Duiding van de hoogte van een uitkomst: zijn sommige uitkomsten in Kennemerland (extreem) hoog? Hoe moet je een verhoging van bijvoorbeeld 25% interpreteren, is dat veel of weinig? Komen verhogingen van een dergelijke omvang ook elders in Nederland voor?

Beschikbare gegevens

Op de website Volksgezondheidenzorg.info van het RIVM zijn gegevens te vinden van de incidentie van een aantal belangrijke vormen van kanker naar GGD-regio, waaronder dus ook de GGD-regio Kennemerland (ref.).
Voor zover bekend, zijn er geen openbaar toegankelijke gegevens van de incidentie per gemeente beschikbaar. Wel heeft het IKNL op verzoek van de GGD gegevens geleverd over de *range in uitkomsten* van de incidenties naar gemeente, van de zes meest voorkomende vormen van invasieve kanker in Nederland. Wat was bij een bepaalde vorm van kanker de hoogste CIF van alle gemeenten van Nederland?

Verder zijn er ook gegevens van de *sterfte* voor bepaalde soorten kanker per gemeente (ref.). Echter, het blijkt dat de betreffende verschillen tussen gemeenten weinig overeenkomen met de verschillen tussen gemeenten in incidentie in Kennemerland. Ook tussen de sterfte per GGD-regio en de incidentie per GGD-regio zijn weinig overeenkomsten. Waarschijnlijk varieert de sterfte tussen gemeenten en regio's niet alleen door verschillen in incidentie, maar ook door verschillen in bijvoorbeeld toegankelijkheid van zorg, de mate van vroegsignalering van vormen van kanker, en de kwaliteit van behandeling en zorg. Er is hier dus verder geen gebruik gemaakt van de sterfte-gegevens.

Incidenties naar GGD-regio

Gegevens hierover zijn te vinden op de website Volksgezondheidenzorg.info van het RIVM: (https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/kanker/regionaal-internationaal/regionaal-voorkomen)
Het betreft gegevens van 2012 tot en met 2015. Voor elke GGD-regio is het aantal nieuwe gevallen per 100.000 inwoners berekend, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. De 25 GGD-regio's zijn vervolgens ingedeeld in vier categorieën, al naargelang de hoogte van de uitkomst. Voor onze vergelijking zijn alleen longkanker en melanoom hier van belang.

Longkanker

De regio GGD Kennemerland bevindt zich in de hoogste categorie, dus met relatief een hoge gemiddelde incidentie van longkanker.
De uitkomsten van de andere GGD-regio's in de betreffende categorie met de hoogste incidenties zijn te vinden in de onderstaande tabel.

Incidentie van longkanker van GGD-regio's in de categorie met de hoogste incidenties in Nederland, van de jaren 2012 – 2015	
GGD-regio	*Aantal nieuwe gevallen van longkanker per 100.000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht*
GGD Kennemerland	8,3
GGD Amsterdam	8,1
GGD Rotterdam Rijnmond	8,1
GGD Twente	8,1
GGD West-Brabant	8,2
GGD Hart voor Brabant	8,3
GGD Zuid-Limburg	8,3

Te zien is dat zich hier een aantal gebieden bij bevinden met industrie en/of met industrie in het verleden (in elk geval Rijnmond, Zuid-Limburg, Twente). Ook betreft het gedeeltelijk stedelijke gebieden met waarschijnlijk in het verleden een gemiddeld relatief lage sociaal-economische status van de bevolking en dus waarschijnlijk relatief meer rookgedrag (zoals Amsterdam).
In elk geval is de situatie wat betreft de regio GGD Kennemerland niet uitzonderlijk. De hoogte van de incidentie van longkanker in al deze gebieden over deze periode was overal ongeveer hetzelfde.

Ter vergelijking zijn de gegevens uit paragraaf 6.2 van het rapport samengevat in onderstaande tabel.

Incidentie van longkanker GGD regio Kennemerland jaren 2004-2018 (paragraaf 6.2 rapport)		
Gebied	*Mannen*	*Vrouwen*
GGD-regio Kennemerland	102	109 *
IJmond (Midden-Kennemerland)	109 *	111 *

*: statistisch significant

Melanoom

De CIF's voor melanoom in de GGD-regio Kennemerland zijn voor mannen 120 en voor vrouwen 119, beide een statistisch significante verhoging ten opzichte van het landelijke gemiddelde.
Zoals te zien op de website van Volksgezondheidenzorg.info had Kennemerland in de jaren 2012-2015 een incidentie van 3,6 per 100.000 inwoners. Kennemerland bevond zich hiermee in de één-na-hoogste categorie voor deze vorm van kanker.
In de hoogste categorie bevonden zich de GGD-regio's Hollands Noorden, Zaanstreek-Waterland, en Drenthe, met respectievelijk 4,8, 3,8 en 3,8 per 100.000 inwoners.
In de ene hoogste categorie bevinden zich nog negen andere GGD-regio's, met incidentie variërend van 3,4-3,7 per 100.000 inwoners.
We kunnen hieruit concluderen dat ook de uitkomsten van de GGD-regio's Zaanstreek-Waterland en Drenthe hiermee vergelijkbaar zijn, en dat daarmee vergeleken alleen GGD Hollands Noorden een echt hoge uitkomst heeft.
Als we aannemen dat de gegevens over deze registratieperiode van vier jaar vergeleken kunnen worden met de langere registratieperiode van 15 jaar in dit rapport, dan betekent dit dat de incidentie van melanoom in de GGD-regio Kennemerland niet extreem hoog is in vergelijking met elders in Nederland.

Range in uitkomsten naar gemeenten

Zoals gezegd heeft GGD Kennemerland van het IKNL gegevens gekregen over de range in uitkomsten van de zes meest voorkomende vormen van kanker in alle gemeenten in Nederland. Bij deze range in uitkomsten zijn twee zogenaamde spreidingsmaten het meest relevant. Dit zijn:

- De grens waarboven zich de ongeveer 8 gemeenten in Nederland bevinden met de hoogste uitkomsten (gebaseerd op de zogenaamde standaarddeviatie).
- De maximum CIF, CIF-waarde bij de gemeente met de hoogste CIF voor die vorm van kanker van alle gemeenten in Nederland.

De in het onderzoek geconstateerde verhogingen in de GGD-regio Kennemerland worden in vierde kolom van de tabel op de volgende bladzijde vergeleken met de grens waarboven zich de 8 gemeenten in Nederland bevinden met de hoogste uitkomsten.
Om deze vergelijking inzichtelijk te krijgen is een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de zes kleinere gemeenten in de tabel en anderzijds de twee grote gemeenten Haarlem en Haarlemmermeer.

De zes kleinere gemeenten in de tabel

Dit betreft de gemeenten Beverwijk, Bloemendaal, Heemskerk, Heemstede, Velsen, en Zandvoort.
Op deze zes gemeenten is telkens een van de drie onderstaande mogelijkheden van toepassing:

- De verhoogde uitkomsten in die gemeenten bevinden zich ongeveer bij de grens waarboven zich de 8 gemeenten in Nederland bevinden met de hoogste uitkomsten (in drie gevallen).
- De uitkomst bevindt zich (enigszins) onder die grens (drie gevallen).
- De uitkomst bevindt zich (enigszins) daarboven. Dit betreft melanoom bij mannen in Bloemendaal en Heemstede en hematologische maligniteiten bij mannen in Zandvoort.

Gemeenten Haarlem en Haarlemmermeer

Bij deze twee gemeenten bevinden alle uitkomsten zich duidelijk of enigszins onder de genoemde grens. Hierbij kan een rol spelen dat door de grotere aantallen inwoners in deze twee gemeenten met de daarmee gepaard gaande hogere incidenties relatief kleine verhogingen daarvan al statistisch significant kunnen zijn.

Maximumwaarde

Geen van de verhogingen in Kennemerland komt in de buurt van de maximumwaarde in Nederland.

Gemeente	*Soort kanker; geslacht*	*CIF*	*CIF=waarde waarbij ± 8 gemeenten in Nederland een nog hogere CIF hebben **	*Maximum CIF ***
Beverwijk	Longkanker mannen	127	125	145
	Longkanker vrouwen	127	132	206
	Hematologische maligniteiten vrouwen	129	128	182
Bloemendaal	Longkanker mannen	71	- (n.v.t.)	-
	Longkanker vrouwen	69	-	-
	Melanoom mannen	155	147	189
Haarlem	Longkanker mannen	109	125	145
	Longkanker vrouwen	122	132	206
	Darmkanker vrouwen	109	126	167
	Hematologische maligniteiten mannen	110	127	185
	Melanoom vrouwen	114	147	189
Haarlemmermeer	Hematologische maligniteiten mannen	119	127	185
	Hematologische maligniteiten vrouwen	116	128	182
	Prostaatkanker	106	127	149
	Melanoom mannen	130	147	189
	Melanoom vrouwen	118	147	189
Heemskerk	Melanoom vrouwen	125	147	189
Heemstede	Melanoom mannen	157	147	189
	Melanoom vrouwen	135	147	189
Velsen	Hematologische maligniteiten mannen	116	127	185
Zandvoort	Hematologische maligniteiten mannen	139	128	182

* de grens van alle CIF-waarden waarbij ongeveer 8 gemeenten in Nederland (± 2,5% van alle 355 gemeenten) een nog hogere CIF hebben (namelijk het gemiddelde plus twee keer de standaarddeviatie, dus uitgaande van een normale verdeling; gegevens IKNL)
** gemeente met de hoogste CIF in Nederland (gegevens IKNL)

Interpretatie gegevens naar gemeente

De zes uitkomsten rondom of boven de genoemde grens worden hier verder besproken.

Twee van deze uitkomsten betreft longkanker bij mannen en vrouwen in Beverwijk. Zoals eerder in het rapport besproken, kan de verklaring voor deze hoge incidentie liggen bij het rookgedrag in het verleden en/of de blootstelling aan luchtverontreiniging in het verleden. Het is niet bekend welke de andere gemeenten in Nederland zijn met vergelijkbare hoge incidenties voor longkanker en of daarvoor dus hetzelfde geldt.
Twee van de uitkomsten betreffen melanoom, namelijk bij mannen in Bloemendaal en in Heemstede. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het om kustgemeenten gaat.
Blijven over hematologische maligniteiten bij vrouwen in Beverwijk en bij mannen in Zandvoort. Zoals eerder gezegd, kan weinig worden gezegd over de oorzaken van deze vorm van kanker. Toeval zou een rol kunnen spelen. Voor de zes meest voorkomende vormen van kanker in de acht gemeenten in Kennemerland (Haarlemmerliede wegens de kleine aantallen buiten beschouwing gelaten) en uitgesplitst naar geslacht is het aantal mogelijke uitkomsten 96. Bij een spreiding in uitkomsten op basis van toeval is het daarmee normaal dat één uitkomst in Kennemerland behoort bij de 1% met hoogste uitkomsten in Nederland (zoals hematologische maligniteiten bij mannen in Zandvoort), en dat daarnaast nog eens één andere uitkomst behoort bij de 2% met hoogste uitkomsten (zoals hematologische maligniteiten bij vrouwen in Beverwijk).

Samenvatting en conclusies

Op basis van de gegevens over GGD-regio's respectievelijk gemeenten kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

- Bij longkanker is de verhoging van de CIF in de regio Kennemerland vergelijkbare met andere regio's in Nederland met industrie in het verleden en/of met een grootstedelijk karakter.
- Bij melanoom is de CIF van de GGD-regio Kennemerland wel hoog maar niet extreem hoog.
- De gemeenten in Kennemerland met een verhoogde CIF voor een vaak voorkomende vorm van kanker behoren in ongeveer zes gevallen bij de paar procent van gemeenten in Nederland met relatief hoge uitkomsten. Daarvan zijn de drie meest hoge uitkomsten melanoom bij mannen in Bloemendaal en Heemstede en hematologische maligniteiten bij mannen in Zandvoort.
  Van de overige drie betreffen er twee de mannen en vrouwen in Beverwijk met longkanker. De laatste is hematologische maligniteiten bij vrouwen in Beverwijk.

Samenvatting rapport KIO eind

Samenvatting Rapport Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2004-2018

Juni 2020

Dit rapport bevat gegevens van de Nederlandse Kankerregistratie over de incidentie en prevalentie van kanker in de GGD-regio Kennemerland over de registratieperiode 2004-2018.
De incidentie is het optreden van nieuwe gevallen. De prevalentie is het aantal mensen bij wie tijdens de registratieperiode de diagnose is gesteld en die aan het eind van de registratieperiode nog in leven zijn.
Het onderzoek is uitgevoerd als onderdeel van de reguliere taak van de GGD, het bieden van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking aan de gemeenten in de GGD-regio Kennemerland. Het rapport sluit aan op dat van het vorige kankerincidentie-onderzoek uit 2007, over de registratieperiode 1989-2003.

Resultaten

Voor onderzoek naar eventuele verschillen met gemiddelden in Nederland is in het rapport de zogenaamde CIF gebruikt. Dit is een verhoudingsgetal dat ongeveer het procentuele verschil in het optreden van kanker weergeeft, rekening houdend met mogelijke verschillen in leeftijdsopbouw van de bevolking. Zie onderstaande tekstbox voor verdere toelichting.

Vergelijking met Nederland – het verhoudingsgetal CIF

De incidentie, het aantal nieuwe gevallen van kanker, is groter als een gemeente meer inwoners heeft. Daarom heeft het meestal weinig zin om incidenties tussen gemeenten onderling te vergelijken. Bovendien zijn er verschillen tussen gemeenten die samenhangen met de leeftijdsopbouw van de bevolking. Het optreden van bijna alle vormen van kanker neemt namelijk sterk toe met de leeftijd.

Om toch een vergelijking tussen gemeenten en met het gemiddelde in Nederland mogelijk te maken, zijn aparte berekeningen gedaan. Dit geeft uitkomsten die onafhankelijk zijn van het inwonersaantal en van de leeftijdsopbouw van een gemeente. Hiervoor zijn de voor leeftijd gecorrigeerde verschillen uitgedrukt in het verhoudingsgetal CIF, waarmee het verschil met het gemiddelde in Nederland wordt uitgedrukt.

Een CIF van 100 bij een gemeente wil zeggen dat de incidentie van de betreffende vorm van kanker in die gemeente exact overeenkomt met het gemiddelde in Nederland, zoals gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Het verschil met 100 geeft ongeveer aan in welke mate in die gemeente deze kanker procentueel gezien vaker of minder vaak voorkomt. Een CIF van 115 wil zeggen dat de kanker ongeveer 15% meer voorkomt in die gemeente dan gemiddeld in Nederland, gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Bij een CIF van 85 is er sprake van ongeveer 15% minder vaak voorkomen.

De regio: komt in de GGD-regio Kennemerland meer kanker voor dan gemiddeld in Nederland?

Enkele van de zes meest voorkomende vormen van kanker waren in de afgelopen 15 jaar in de GGD-regio Kennemerland vaker opgetreden dan gemiddeld in Nederland, dus de incidentie was hoger. Dit betreft:

- Melanoom (een vorm van huidkanker), dat zowel bij mannen als bij vrouwen ongeveer 20% vaker voorkwam dan gemiddeld in Nederland (CIF mannen 120, CIF vrouwen 119).
- Longkanker bij vrouwen, ongeveer 10% vaker (CIF 109).
- Darmkanker bij vrouwen, ongeveer 5% vaker (CIF 106).

Samengenomen betekent dit dat voor alle vormen van kanker het optreden van kanker in de GGD-regio Kennemerland ongeveer 5% hoger was dan gemiddeld in Nederland (CIF mannen 105, CIF vrouwen 106).

De gemeenten: zijn er verschillen tussen afzonderlijke gemeenten en het gemiddelde in Nederland?

In de volgende tabel is per gemeente bij de vijf meest voorkomende vorm van kanker weergegeven wanneer er sprake was van een verhoging of verlaging ten opzichte van het gemiddelde in Nederland.

Overzicht van de verhogingen of verlagingen van de incidenties van vijf veel voorkomende vormen van kanker in de GGD-regio Kennemerland, registratieperiode 2004-2018			
Gemeente	Soort kanker; geslacht	Verhoogd / verlaagd	CIF
Beverwijk	Longkanker mannen	Verhoogd	127
	Longkanker vrouwen	Verhoogd	127
Bloemendaal	Melanoom mannen	Verhoogd	155
	Longkanker mannen	Verlaagd	71
	Longkanker vrouwen	Verlaagd	69
Haarlem	Melanoom vrouwen	Verhoogd	114
	Longkanker mannen	Verhoogd	109
	Longkanker vrouwen	Verhoogd	122
	Darmkanker vrouwen	Verhoogd	109
	Prostaatkanker mannen	Verlaagd	89
Haarlemmermeer	Melanoom mannen	Verhoogd	130
	Melanoom vrouwen	Verhoogd	118
	Prostaatkanker mannen	Verhoogd	106
Heemskerk	Melanoom vrouwen	Verhoogd	125
Heemstede	Melanoom mannen	Verhoogd	157
	Melanoom vrouwen	Verhoogd	135

De focus bij het onderzoek lag bij de zes meest voorkomende vormen van kanker in Nederland. Eén van deze zes soorten kanker zijn de hematologische maligniteiten. Echter, de uitkomsten voor hematologische maligniteiten zijn niet vermeld in het rapport, maar in bijlage 4. De reden is dat de aan de GGD geleverde gegevens van deze vorm van kanker hoogstwaarschijnlijk niet goed vergelijkbaar zijn tussen gemeenten en met de rest van Nederland. De meest aannemelijke oorzaak hiervoor is een over-registratie in de ruwe gegevens.
Hieronder worden de resultaten besproken van de overige vijf veel voorkomende vormen van kanker.

Melanoom

Van de verschillende veel voorkomende vormen van kanker waarbij sprake is van een verhoogd voorkomen in Kennemerland is dit bij melanoom het vaakst het geval, met de meeste gemeenten met een verhoging en met de grootste procentuele verhogingen.
Melanoom is de meest kwaadaardige vorm van huidkanker. In vijf van de 10 gemeenten in de regio komt melanoom vaker voor de gemiddeld in Nederland, bij mannen en/of vrouwen. Dit betreft mannen in de gemeenten Bloemendaal, Heemstede en Haarlemmermeer (CIF respectievelijk 155, 157 en 130) en vrouwen in de gemeenten Heemstede, Haarlemmermeer, Haarlem en Heemskerk (CIF respectievelijk 135, 118, 114 en 125). Daarnaast zijn er hogere CIF's bij mannen en bij vrouwen in Zandvoort en bij vrouwen in Uitgeest en Velsen die ook aan het toeval kunnen worden toegeschreven (net niet statistisch significant). Omgerekend zijn dit jaarlijks 31 extra gevallen van melanoom in de GGD-regio.
Het optreden van melanoom is onder meer gerelateerd aan blootstelling aan de zon in de jeugd. Ook in andere gemeenten dichtbij de kust in Nederland komt melanoom relatief veel voor.

Longkanker

Longkanker blijkt in Beverwijk en in Haarlem vaker op te treden dan gemiddeld in Nederland, ook wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijdsopbouw. Zowel bij mannen als bij vrouwen in Beverwijk komt het ongeveer 25% vaker voor dan in Nederland; in Haarlem is dit bijna 10% voor mannen en ruim 20% voor vrouwen. In Bloemendaal komt longkanker juist minder voor dan in Nederland. In Beverwijk betreft het jaarlijks ongeveer 7 extra mensen met longkanker, in Haarlem 15 (absolute aantallen, verschillen door inwoner aantal en bevolkingsopbouw).

Risicofactoren voor het optreden van longkanker zijn onder meer roken, meeroken, werk gerelateerde blootstelling aan stoffen zoals zware metalen en asbest en luchtverontreiniging in de leef- en werkomgeving.

Het is aannemelijk dat het rookgedrag in het verleden een rol heeft gespeeld in zowel Beverwijk als Haarlem en bij de relatief lage incidentie in Bloemendaal. Wereldwijd wordt 85-90% van de gevallen van longkanker veroorzaakt door roken. Gezien deze in het algemeen sterke samenhang met roken is het aannemelijk dat variaties in het rookgedrag tussen gemeenten in de regio Kennemerland een deel van de verhoging van de incidenties in de betreffende gemeenten verklaart.
Van roken is bekend dat dit in de laatste decennia meer voorkomt bij bevolkingsgroepen met een lagere opleiding (lage sociaal-economische status (SES)). Zowel Beverwijk als Haarlem hebben naar verhouding meer bevolkingsgroepen met een lage sociaal-economische status. Gegevens uit het verleden hierover en over de toenmalige relatie tussen SES en rookgedrag zijn echter niet goed bekend. Het is dus onbekend in welke mate het rookgedrag in het verleden van belang is geweest.

Ook werk gerelateerde blootstelling aan bepaalde stoffen in het verleden kan in Beverwijk en Haarlem een rol hebben gespeeld bij het ontstaan van longkanker in deze gemeenten.
Van luchtverontreiniging met fijn stof is het bekend dat deze in de relevante periode in het verleden in de IJmond hoger was dan gemiddeld in Nederland, dit maakt het aannemelijk dat deze risicofactor een rol heeft gespeeld bij de verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk. Dit kan echter niet exact worden gekwantificeerd, omdat de aard en samenstelling van het fijnstof destijds niet bekend zijn.
In Haarlem zou de luchtverontreiniging door wegverkeer in deze middelgrote stad eveneens van belang kunnen zijn geweest, maar ook daarover ontbreken relevante gegevens.

In de vorige registratieperiode 1989-2003 zijn ook verhogingen of verlagingen ten opzichte van het gemiddelde in Nederland gevonden. Gedeeltelijk was dit in dezelfde gemeenten of delen van de gemeenten.

Mesothelioom

Mesothelioom (borst- en buikvlieskanker) is een weinig voorkomende vorm van kanker, die bijna uitsluitend ontstaat door werk gerelateerde blootstelling aan asbest in het verleden, voornamelijk bij mannen. De incidentie van mesothelioom is verhoogd in de IJmond-gemeenten Beverwijk en Heemskerk, met als eventuele bronnen van werkgerelateerde blootstelling in het verleden met name

het hoogovens-industriegebied en het havengebied. Ook in Haarlem is het optreden verhoogd. In Velsen is er een tendens naar een verhoging.

Overige lokale verschillen

De overige verschillen met het gemiddelde in Nederland in de tabel hierboven zijn een verhoogde incidentie van darmkanker bij vrouwen in Haarlem, een verlaagde incidentie van prostaatkanker bij mannen in Haarlem, en een verhoogde incidentie van prostaatkanker bij mannen in de gemeente Haarlemmermeer. Het is onduidelijk welke betekenis moet worden gehecht aan deze bevindingen.

Vergelijking met GGD-regio's en gemeenten elders in Nederland

Met hulp van openbare bronnen en met aanvullende gegevens van het Integraal Kankercentrum Nederland kon voor de hier besproken vijf veel voorkomende kankersoorten tot op zekere hoogte een vergelijking worden gemaakt met de hoogte van de incidentie in andere GGD-regio's en gemeenten in Nederland. Daar konden de volgende conclusies uit worden getrokken.

- In de GGD-regio Kennemerland is de CIF van melanoom wel hoog maar niet het hoogst van Nederland.
- Bij longkanker is de hoogte van de CIF in de hele GGD-regio Kennemerland vergelijkbaar met die in andere GGD-regio's in Nederland met (in het verleden) industrie en/of met een grootstedelijk karakter.
- De gemeenten in Kennemerland met een verhoogde CIF voor een vaak voorkomende vorm van kanker behoren in ongeveer vier gevallen bij de paar procent van gemeenten in Nederland met relatief hoge uitkomsten. De twee meest hoge uitkomsten zijn melanoom bij mannen in Bloemendaal en in Heemstede. De overige twee met relatief hoge uitkomsten betreffen de mannen en vrouwen in Beverwijk met longkanker.

Het verloop van de incidenties in de tijd

Bij de meeste vormen van kanker neemt het optreden daarvan, de incidentie, toe met de tijd. Dit is een gevolg van de vergrijzing van de samenleving, dus van het feit dat Nederlandse bevolking gemiddeld steeds ouder wordt. Berekend over alle vormen van kanker samengenomen was er in de periode 2004-2018 in de GGD-regio Kennemerland sprake van een toename van de incidentie, dus van het aantal nieuwe gevallen, met 29% over deze jaren. In de vorige registratieperiode 1989-2003 was deze stijging met 9% een stuk kleiner.
Een uitzondering in die eerste periode was longkanker bij mannen waarvan de incidentie in de loop van die jaren daalde, waarschijnlijk doordat mannen in Nederland sinds de jaren vijftig minder zijn gaan roken. Over de meest recente periode 2004-2018 is er bij mannen in de regio echter opnieuw sprake van een lichte stijging van de incidentie van longkanker. Dit kan betekenen dat de verdere verbetering in het rookgedrag van mannen niet langer voldoende was om de stijging van de incidentie door de vergrijzing te compenseren.
Bij vrouwen nam de incidentie van longkanker in de afgelopen registratieperiode 2004-2018 in de regio met 43% sterker toe dan het gemiddelde van 29% voor alle vormen van kanker. In het verleden zijn vrouwen een tijd lang juist meer gaan roken, wat wellicht een verklaring kan zijn voor deze

relatief sterke toename bij vrouwen. Er zijn geen aanwijzingen dat luchtverontreiniging of andere factoren de genoemde stijging van de incidenties van longkanker bij mannen en vrouwen kunnen verklaren. Voor zover bekend is de luchtverontreiniging in de betreffende periode van blootstelling (jaren tachtig en negentig) gedaald in de regio.
Ook bij melanoom, een kwaadaardige vorm van huidkanker, was de stijging in de GGD-regio Kennemerland over de periode 2004-2018 met 69% veel groter dan het gemiddelde van 29% voor alle vormen van kanker.

Overleving

Door betere behandeling, en bij borstkanker en darmkanker door vroege opsporing, zijn in Kennemerland de percentages mensen nog in leven aan het eind van de registratieperiode gestegen in vergelijking met de vorige registratieperiode.

Aanbevelingen

GGD Kennemerland doet naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek de volgende aanbevelingen.

- Aanvullende preventiemaatregelen treffen tegen het optreden van melanoom en longkanker. Mogelijk zijn publiekscampagnes en lokale initiatieven van het nationale preventie akkoord voor het stoppen van roken, en bij de inrichting van de openbare ruimte rekening houden met zonbescherming en bij planvorming in het kader van de Omgevingswet.
- Nagaan of het zinvol en mogelijk is om samen met het RIVM en andere relevante partners nader onderzoek te doen naar de verhoogde incidentie van longkanker in de IJmond in relatie tot milieufactoren.
- Onderzoek doen naar mogelijkheden om de luchtkwaliteit verder te verbeteren en de blootstelling van inwoners aan luchtverontreiniging door integraal beleid verder te verminderen.

Vragen en antwoorden behorend bij GGD rapportage over kanker in Kennemerland 2004-2018

Vragen & Antwoorden
Rapportage Incidentie en prevalentie van kanker in de GGD regio Kennemerland 2004 - 2018.

1. **Waar komen de cijfers in dit rapport vandaan?**
   De cijfermatige gegevens over kanker in deze rapportage zijn afkomstig van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), dat ook een groot deel van de berekeningen heeft uitgevoerd voor de GGD. In de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) van worden diverse gegevens vastgelegd over de diagnostiek en behandeling van alle patiënten met kanker in Nederland.

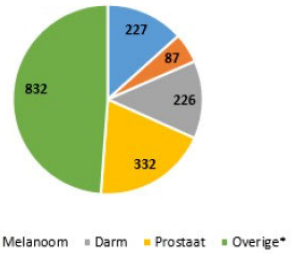
2. **Wat staat er in het rapport?**
   In dit rapport wordt de incidentie beschreven, dus het aantal nieuwe gevallen van kanker; de trends in deze incidentie; de vraag of kanker meer voorkomt in de regio en in de gemeenten dan gemiddeld in Nederland; en de prevalentie.

3. **Wat wordt bedoeld met incidentie en prevalentie van kanker?**
   Dit rapport bevat gegevens van de Nederlandse Kankerregistratie over de incidentie en prevalentie van kanker in de GGD-regio Kennemerland over de registratieperiode 2004-2018. De incidentie is het optreden van nieuwe gevallen/aantal nieuwe diagnoses van kanker per jaar. De prevalentie is het aantal mensen bij wie tijdens de registratieperiode de diagnose is gesteld en die aan het eind van de registratieperiode nog in leven zijn.

4. **Welke soorten van kanker worden besproken in het rapport?**
   Vijf veel voorkomende vormen van kanker in Nederland. Deze zijn; melanoom (een kwaadaardige vorm van huidkanker), darmkanker, longkanker, prostaatkanker en borstkanker. Zie verder bijlage 2 voor een toelichting over elk van deze soorten van kanker in Nederland. Daarnaast wordt in hoofdstuk 6 van de rapportage ingegaan op de aantallen voor de regio Kennemerland.

5. **Welke soorten kanker komen het meest voor in Kennemerland?**
   Om welke aantallen mensen gaat het?
   Gemiddeld per jaar werd in de GGD regio Kennemerland bij 1.704 mannen en bij 1.641 vrouwen de diagnose kanker gesteld in de periode 2004-2018. Dit gaat om gemiddelde aantallen per jaar, niet gelijk over de jaren verdeeld. Zie de onderstaande figuren voor de aantallen in de regio Kennemerland per kankersoort per jaar.

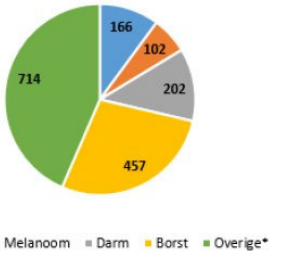
Aantallen mannen in Kennemerland met nieuw opgetreden vormen van kanker, **gemiddeld per jaar**, 2004-2018



*Zie tabel 3-1 van het rapport

Mannen	Gemiddeld per jaar
Prostaat	332
Long	227
Darm	226
Melanoom	87
Blaas & overige urinewegen	82
Hoofd en hals	68
Nier	49
Slokdarm	48
Alvleesklier	39
Maag (excl. cardia)	23
Mesothelioom	19
Andere vormen van kanker	502

Aantallen vrouwen in Kennemerland met nieuw opgetreden vormen van kanker, **gemiddeld per jaar**, 2004-2018



*Zie tabel 3-1 van het rapport

Vrouwen	Gemiddeld per jaar
Borst	457
Darm	202
Long	166
Melanoom	102
Baarmoederlichaam	58
Eierstok & eileider	46
Alvleesklier	39
Hoofd en hals	37
Blaas & overige urinewegen	28
Nier	27
Baarmoederhals	25
Slokdarm	18
Maag (excl. cardia)	16
Mesothelioom	2
Andere vormen van kanker	418

6. **Hoe kun je de cijfers vergelijken met Nederland?**
   Om aantallen mensen met kanker voor gemeenten onderling en met Nederland te kunnen vergelijken is in de GGD rapportage gebruik gemaakt van berekeningen van het IKNL, die leidden tot de zogeheten CIF. Daarmee wordt de vergelijking onafhankelijk van het inwonersaantal en van de leeftijdsopbouw van een gemeente. Dit is de zogenaamde CIF.

7. **Welke soorten kanker komen in GGD-regio Kennemerland relatief méér voor dan gemiddeld in Nederland?**
   Enkele van de bovengenoemde voorkomende vormen van kanker in Nederland waren in de afgelopen 15 jaar in de GGD-regio Kennemerland vaker opgetreden dan gemiddeld in Nederland, dus de incidentie was hoger. Dit zijn: melanoom (de meeste kwaadaardige vorm van huidkanker), dat zowel bij mannen als bij vrouwen ongeveer 20% vaker voorkwam dan gemiddeld in Nederland, longkanker bij vrouwen, ongeveer 10% vaker en darmkanker bij vrouwen, ongeveer 5% vaker. Bij de berekening is gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd.

8. **Welke aantallen komen in Kennemerland relatief meer voor?**

Het gaat om jaarlijks gemiddeld 31 extra gevallen van melanoom in de GGD-regio. Het optreden van melanoom is onder meer gerelateerd aan blootstelling aan de zon in de jeugd. Ook in andere gemeenten dichtbij de kust in Nederland komt melanoom relatief veel voor. Zowel bij mannen als bij vrouwen in Beverwijk komt longkanker ongeveer 25% vaker voor dan in Nederland; in Haarlem is dit bijna 10% voor mannen en ruim 20% voor vrouwen. In Bloemendaal komt longkanker juist minder voor dan in Nederland. Bij longkanker gaat het om het jaarlijks ongeveer 7 extra mensen in Beverwijk en in Haarlem 15. Dit zijn absolute aantallen, het percentage is in Beverwijk hoger dan in Haarlem. Dit verschil komt doordat Haarlem meer inwoners heeft en een andere bevolkingsopbouw.

9. **Waarom is het optreden van kanker gestegen in de tijd?**
   Bij de meeste vormen van kanker neemt het optreden daarvan, de incidentie, toe met de tijd. Dit is een gevolg van de vergrijzing van de samenleving, dus van het feit dat Nederlandse bevolking gemiddeld steeds ouder wordt. Berekend over alle vormen van kanker samengenomen was er in de periode 2004-2018 in de GGD-regio Kennemerland sprake van een toename van de incidentie, dus van het aantal nieuwe gevallen, met 29% over deze jaren. In de vorige registratieperiode 1989-2003 was deze stijging met 9% een stuk kleiner.
   Het aantal nieuwe gevallen van kanker in de GGD-regio Kennemerland ligt 5% hoger ten opzichte van gemiddeld in Nederland (licht verhoogd).

10. **Wat is het verschil van dit rapport (2004-2018) met de vorige periode (1989-2003)?** In 2007 verscheen het eerste rapport van GGD Kennemerland waarin de incidentie en prevalentie van kanker in de gemeenten in Kennemerland werd beschreven. Het betrof de kankerregistratiegegevens over de periode 1989-2003. Deze keer heeft het onderzoek betrekking op alle gemeenten in de GGD-regio Kennemerland, inclusief de gemeenten Haarlemmermeer en de gemeente Haarlemmerliede en Spaarnwoude.
    In de afgelopen 15 jaar kwamen melanoom en longkanker opnieuw vaker voor dan gemiddeld in Nederland. Een verschil met de vorige periode is dat nu ook longkanker bij mannen (zoals eerder bij vrouwen) in Beverwijk verhoogd is t.o.v. Nederland. Net als in de vorige periode is het voorkomen van melanoom verhoogd in de regio Kennemerland. Gelukkig zijn diagnostiek en behandelmogelijkheden de laatste decennia sterk verbeterd, waardoor meer pat ënten dan vroeger in leven blijven met de ziekte. Bijlage 1 bevat voor totaal kanker, melanoom en longkanker de verschillen tussen 2004-2018 en de vorige periode (19892003).

11. **Wat zijn de meest voorkomende oorzaken van melanoom?**
    Overmatige blootstelling aan UV-straling van zon en/of zonnebank is de belangrijkste oorzaak van melanoom. Adviezen ter voorkoming van melanoom zijn o.a.: geniet van de zon maar zorg dat je niet verbrand, bescherm je huid tegen directe UV straling en zoek tussen 11:00 en 15:00 de schaduw op.

12. **Wat zijn de meest voorkomende oorzaken van longkanker?**
    Bij het optreden van longkanker speelt onder meer roken, meeroken van sigaretten als anderen roken, werk gerelateerde blootstelling aan stoffen zoals zware metalen en asbest en luchtverontreiniging in de leef- en werkomgeving een rol.

https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/longkanker/cijfers-context/oorzaken-engevolgen#node-risicoverhogende-factoren

13. **Hoe speelt roken een rol bij longkanker?**

Veruit de meeste gevallen van longkanker zijn het gevolg van het roken van sigaretten, een pijp of sigaren. Hoe meer en hoe langer iemand heeft gerookt, des te groter is de kans op longkanker. Van roken is bekend dat dit in de laatste decennia meer voorkomt bij bevolkingsgroepen met een lagere opleiding (lage sociaal-economische status (SES)). Zowel Beverwijk als Haarlem hebben naar verhouding meer bevolkingsgroepen met een lage sociaal-economische status. Gegevens uit het verleden hierover en over de toenmalige relatie tussen SES en rookgedrag zijn echter niet goed bekend. Het is dus onbekend in welke mate het rookgedrag in het verleden van belang is geweest.

14. **Waarom is luchtverontreiniging (fijnstof) een mogelijke oorzaak van longkanker?**
Langdurige blootstelling aan lage concentraties fijnstof kan (blijvende) gezondheidsklachten veroorzaken. Van vermindering van de longfunctie tot verergering van luchtwegklachten en longaandoeningen zoals astma, COPD (chronic obstructive pulmonary disease) en longkanker. Sinds 2013 heeft het IARC, het internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek, fijnstof ingedeeld als kankerverwekkend, in categorie 1 (zie bijlage 3). Luchtvervuiling is geklasseerd als 'zeker kankerverwekkend' in 2013. "De experts hebben besloten (...) dat er voldoende aanwijzingen zijn om te stellen dat blootstelling aan vervuilde buitenlucht longkanker veroorzaakt". Ook neemt het risico op hart- en vaatziekten en vroegtijdige sterfte toe (RIVM, 2018). **https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0016.pdf**

15. **Waarom is het niet mogelijk in deze rapportage een hard oorzakelijk verband aan te geven voor longkanker en veelgenoemde oorzaken als roken, werk gerelateerde blootstelling en luchtverontreiniging?**
Van een aantal factoren is bekend dat zij de kans op het ontstaan van bepaalde vormen van kanker kunnen vergroten, de zogenaamde risicofactoren. Andere mogelijke verklaringen voor het vaker optreden van kanker in de regio of in een gemeente kunnen gelegen zijn in onbekende risicofactoren of in toeval.
Met deze rapportage kan de bijdrage aan het optreden van longkanker voor ieder van deze risicofactoren in het verleden echter niet exact worden bepaald. De rapportage gaat immers om een beschrijvend epidemiologisch onderzoek. Kanker kent veelal een lang ontwikkelingsproces (voor longkanker is dat ca. 20 jaar), het beloop is vaak onvoorspelbaar en kent vaak een combinatie van oorzaken.

16. **Hoe komt het dat longkanker in Beverwijk vaker voorkomt dan in de rest van Kennemerland en in Nederland in zijn geheel?**
Risicofactoren voor het ontstaan van longkanker zijn onder meer roken, meeroken, beroepsmatige blootstelling aan stoffen en luchtverontreiniging. Het is aannemelijk dat verschillen met landelijk in rookgedrag in het verleden voor een deel een rol hebben gespeeld in zowel Beverwijk als Haarlem. Ook is bekend dat luchtverontreiniging met fijnstof in het verleden in de IJmond hoger was dan gemiddeld in Nederland. Dit maakt het aannemelijk dat deze risicofactor in het verleden ook een rol heeft gespeeld bij de verhoogde incidentie van longkanker in Beverwijk. Het is niet goed bekend hoe groot deze rol was in het verleden . Bij longkanker is het verhoogde percentage in de GGD regio Kennemerland vergelijkbaar met die in andere GGD regio's in Nederland met (in het verleden) industrie en/of grootstedelijke karakter. Zie
https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/kanker/regionaal-internationaal/regionaal-voorkomen#node-aantal-gevallen-van-invasieve-kanker-ggd-regio

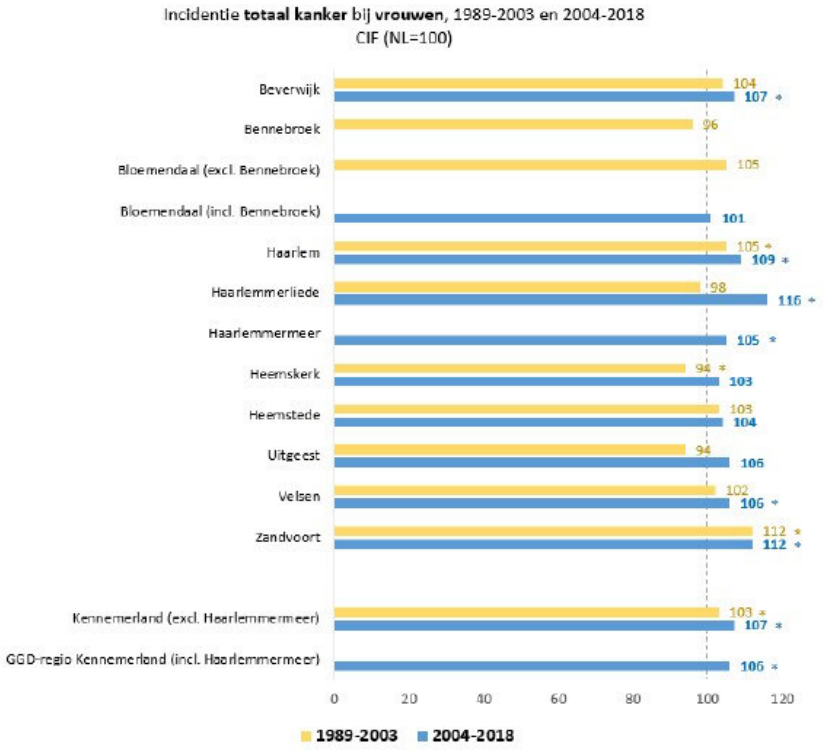
17. **Kun je de percentages in deze GGD rapportage vergelijken met het RIVM onderzoek in 2009?** De onderzoeken verschillen niet veel van elkaar. De gevonden percentages in deze

GGD rapportage zijn echter niet 1-op-1 vergelijkbaar met het RIVM onderzoek uit 2009 (geografisch patroon van kanker in de IJmond en omstreken). Dit komt onder meer omdat het andere jaren betreft, het RIVM rapport kijkt naar postcodegebieden, en de invloed van rookgedrag meenam (met sociaal-economische status als indicator voor roken).

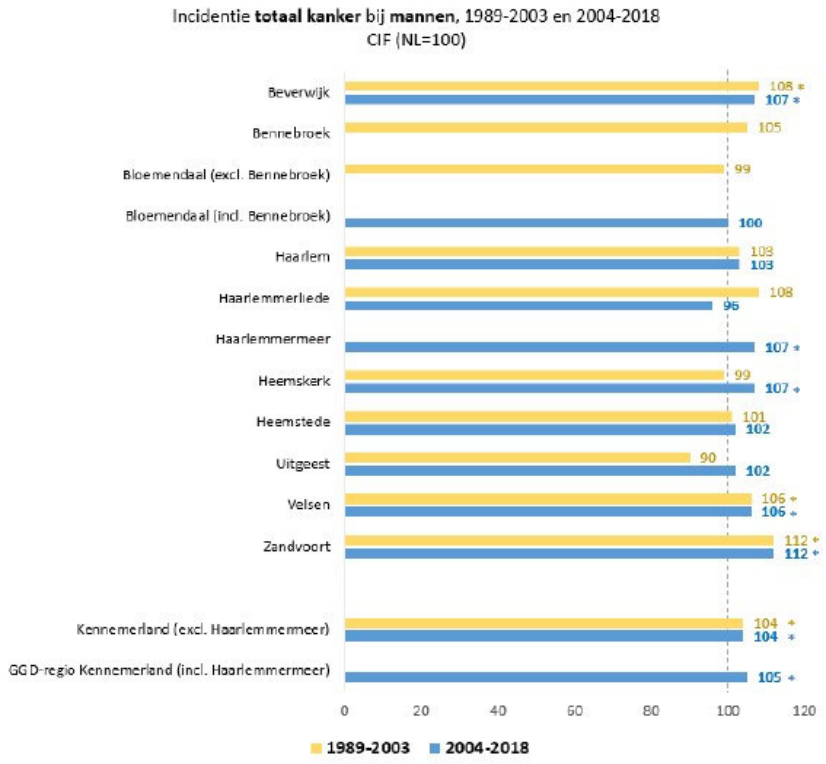
18. **Wat zeggen de gevonden aantallen van kanker over de risicofactoren nu?**
    Mogelijke oorzaken van kanker liggen veelal in het verleden. Door periodiek over kanker te rapporteren kan vinger aan de pols worden gehouden en worden mogelijke trends zichtbaar.

19. **Waarom wordt minder ingegaan op de hematologische kankersoorten in de rapportage?**
    De reden is dat de aan de GGD geleverde gegevens van deze vorm van kanker hoogstwaarschijnlijk niet goed vergelijkbaar zijn tussen gemeenten en met de rest van Nederland. De meest aannemelijke oorzaak hiervoor is een over-registratie in de ruwe gegevens. Dat wil zeggen dat het bijhouden van deze soort kanker waarschijnlijk beter is gedaan in deze regio dan elders in Nederland en je dus sneller verhogingen zal zien ten opzichte van Nederland.

Bijlage 1 Verschillen met Nederland en periodes



**Significant afwijkend van Nederland*



**Significant afwijkend van Nederland*

Bijlage 2 De meest voorkomende kankersoorten in Nederland (IKNL)

Darmkanker is een veel voorkomende vorm van kanker in Nederland en staat voor zowel mannen als vrouwen op de derde plek als meest voorkomende kankersoort. Darmkanker wordt onderverdeeld in tumoren in de dikke darm (colontumoren) en tumoren in de endeldarm (rectumtumoren). Ongeveer een derde van alle gevallen is gelokaliseerd in het laatste deel van de darm: de endeldarm. In de afgelopen jaren is de incidentie van darmkanker in Nederland meer dan verdubbeld, zo blijkt uit de registratiedata. In totaal steeg het aantal nieuwe gevallen van dikke darmkanker van 4.600 in 1989 naar ruim 9.800 in 2018 en het aantal nieuwe gevallen van endeldarmkanker van 2.600 naar ruim 4.400. De afgelopen jaren lijkt de incidentie weer af te nemen. Bij deze stijging speelt de bevolkingsonderzoeken een rol, hierdoor is de opsporing verbeterd. https://www.iknl.nl/nieuws/2018/effect-bevolkingsonderzoek-darmkanker-meer-diagnos

Huidkanker is de meest voorkomende vorm van kanker in Nederland. Bij het ontstaan van huidkanker speelt overmatige blootstelling (met name op jonge leeftijd) aan uv-straling afkomstig van de zon en/of de zonnebank een belangrijke rol. Hoe de huid daarop reageert,

hangt mede af van het huidtype. Het **melanoom** van de huid is een vorm van kanker met een sterke neiging tot uitzaaien. De afgelopen decennia is het voorkomen van deze aandoening fors gestegen. Mede doordat het melanoom tegenwoordig in een relatief vroeg stadium wordt gediagnosticeerd en verwijderd, is de sterfte minder toegenomen dan de incidentie. Vroege diagnostiek en behandeling van het melanoom zijn dus van groot belang voor de prognose van de betrokken patiënten. In het rapport wordt over melanoom separaat gerapporteerd van andere vormen van huidkanker volgens de systematiek van het IKNL.

Longkanker is de meest voorkomende vorm van kanker wereldwijd bij mannen.. Longkanker is een ernstige ziekte, maar er zijn de afgelopen jaren ook verbeteringen zichtbaar in de overleving. Jaarlijks krijgen ruim 13.000 mensen in Nederland de diagnose longkanker. Het is zowel bij mannen als vrouwen de vierde meest voorkomende vorm van kanker. Ook mesothelioom (ook wel asbestkanker genoemd) hoort oorzakelijk gezien bij longkanker, zie onder

Prostaatkanker vormt bijna een vijfde van alle vormen van kanker bij mannen en is daarmee de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen in Nederland. De gemiddelde leeftijd van de diagnose is 70 jaar. Een groot deel van de patiënten heeft bij diagnose lokaal beperkte ziekte (prostaatkanker beperkt tot de prostaat). Maar, bij een deel van de pat ënten is er bij diagnose al sprake van lokaal uitgebreide of uitgezaaide ziekte.

Borstkanker. Een op de zeven vrouwen in Nederland krijgt gedurende haar leven borstkanker. Er zijn veel verschillende factoren die de kans op borstkanker kunnen beïnvloeden. Zo spelen leeftijd, erfelijkheid en hormonen een rol. Maar ook voeding en leefstijl zijn belangrijke risicofactoren. De incidentie van borstkanker is de afgelopen decennia toegenomen en is steeds meer aandacht voor het zoveel mogelijk voorkomen van late gevolgen. Ook bij borstkanker is de diagnose stelling verbeterd door bevolkingsonderzoek.
https://www.iknl.nl/kankersoorten/borstkanker/onderzoek/monitor-bevolkingsonderzoek

Bloedkanker of hematologische kanker hebben betrekking op bloed, beenmerg en lymfeklieren. Het betreft onder meer (Non) Hodgkin lymfoom, plasmaceltumoren en allerlei vormen van leukemie. Deze vormen van kanker worden ook wel aangeduid als bloed- en lymfeklierkanker. Het zijn aandoeningen die vooral op latere leeftijd voorkomen. Het totaal aantal diagnoses hematologische kanker is in een periode van ruim 25 jaar meer dan verdubbeld van circa 4.200 in 1989 naar 9.700 in 2016. Hematologische kankersoorten komen veel voor bij ouderen; bijna de helft van alle patiënten is 70 jaar of ouder als zij de diagnose krijgen. Het aantal patiënten met hematologische kanker zal gezien de vergrijzing de komende jaren dan ook aanzienlijk toenemen.

Mesothelioom (borst- en buikvlieskanker) is een weinig voorkomende vorm van kanker, die bijna uitsluitend ontstaat door werk gerelateerde blootstelling aan asbest in het verleden, voornamelijk bij mannen. Asbest is een materiaal dat vroeger veel gebruikt werd in de bouw van woningen en andere bouwwerken, zware industrie of bij een scheepswerf. Mesothelioom groeit vaak vanuit het borstvlies naar de organen in de buurt van het borstvlies. Bijvoorbeeld naar de longen, het middenrif en de organen in de buik. Een mesothelioom groeit snel en is meestal niet te genezen. Gemiddeld leven mensen na de diagnose nog 13 tot 15 maanden.

Zie https://www.iknl.nl/kankersoorten

Bijlage 3 IARC; longkanker en fijnstof

Het Internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek (IARC) is een intergouvernementeel agentschap dat onderdeel uitmaakt van de Wereldgezondheidsorganisatie van de Verenigde Naties. Het doet onderzoek naar de oorsprong van kanker, naar de mechanismen van het ontstaan van kanker en voert epidemiologische en toxicologische onderzoeken uit.

Het IARC klasseert chemische producten en fabricatieprocedures in vijf groepen die internationaal erkend zijn en in overeenstemming zijn met de beschikbare wetenschappelijke gegevens:

Groep 1: De substantie (het mengsel) is carcinogeen voor de mens. De carcinogeniteit van deze stoffen is *bewezen met voldoende* aanwijzingen.

Groep 2: Men vindt in deze categorie agentia waarvoor de aanwijzingen voor een carcinogene werking bij de mens bijna voldoende zijn en stoffen waarvoor de carcinogeniteit experimenteel werd vastgesteld zonder dat men over gegevens voor de mens beschikt. Deze categorie bestaat uit twee subgroepen;
2A De substantie (het mengsel) is *waarschijnlijk* carcinogeen voor de mens, 2B De substantie is *mogelijk* carcinogeen voor de mens.

Groep 3: De substantie (het mengsel of de omstandigheden van de blootstelling) is niet onder te brengen voor wat betreft de carcinogeniteit voor de mens

Groep 4: De substantie (het mengsel of de omstandigheden van de blootstelling) is waarschijnlijk niet carcinogeen voor de mens.

Luchtvervuiling is geklasseerd als 'zeker kankerverwekkend' in 2013, klasse 1. "De experts hebben besloten (...) dat er voldoende aanwijzingen zijn om te stellen dat blootstelling aan vervuilde buitenlucht longkanker veroorzaakt".
https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/AirPollutionandCancer161.pdf

Beantwoording vragen van de raad 23-6 def + opmerkingen [redacted]

Beantwoording vragen van de raad

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Datum collegevergadering	23-6-2020
Registratienummer	Rs20 00439
Naam raadslid	Hoekstra Hendriks de Winter Kwant Korf Eggermont Smeets van Koten Stam en Scholts
Fractie	Groen Links PvdA CU LGV Velsen Lokaal CDA D66 PS fractie Peter Stam en Forza Jmond
Portefeuillehouder(s)	M Steijn

Onderwerp: Onderzoek GGD naar kanker in de regio

Toelichting bij de vragen:

De aanleiding van deze vragen is het rapport van GGD Kennemerland, Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2004-2018 versie juni 2020, de presentatie ervan en de aandacht die eraan is besteed in de uitzendingen van EenVandaag van 16 en 18 juni 2020. In de uitzending van 18 juni 2020 komen twee versies naar voren, een concept- en een eindversie, met verschillen. De voornaamste zijn dat verwijzingen naar "Tata Steel", "staalproductie" of "hoogovens" zijn verwijderd, en dat geldt ook voor dat de passage "afkomstig van de staalindustrie" in de zin "het is zelfs aannemelijk dat de luchtverontreiniging in de leefomgeving afkomstig van de staalindustrie in het verleden een rol heeft gespeeld bij het verhoogd voorkomen van longkanker in Beverwijk over de registratieperiode 2004-2018" (p. 38 in de conceptversie, p. 41 in de definitieve versie).

Onze fracties willen het college daarom de volgende vragen stellen:

Vraag 1

Hoe verklaart het college de verschillen tussen concept- en eindversie van het rapport?

Antwoord vraag 1

Als college kunnen wij deze verschillen niet verklaren. De GGD heeft dit onderzoek namelijk zelfstandig uitgevoerd in het kader van hun reguliere taken. We verwijzen u voor het antwoord op deze vraag daarom naar de verklaring die de GGD hierover gegeven heeft. Zie bijlage.

Vraag 2

Is het college op de hoogte van enige inmenging of beïnvloeding bij de totstandkoming van het rapport? Zo ja, op welk moment bent u daarvan op de hoogte gekomen? Zo ja, welke acties heeft u daarop genomen?

Antwoord vraag 2

Nee, wij zijn daarvan niet op de hoogte. Het college heeft op geen enkele wijze invloed uitgeoefend op de totstandkoming van het rapport. Daarom hebben wij net als media om opheldering gevraagd. Dat heeft geresulteerd in de bijgevoegde verklaring van de GGD.

Vraag 3

Is het college van Velsen zelf of de ambtelijke organisatie van Velsen betrokken geweest bij de totstandkoming van het rapport? Zo ja, in welke hoedanigheid?

Antwoord vraag 3

Het college is niet betrokken geweest bij het opstellen van het onderzoek. Op 29 juni aanstaande wordt het rapport besproken in het bestuurlijk overleg publieke gezondheid en maatschappelijke zorg. Ambtenaren uit Velsen hebben deelgenomen in de klankbordgroep van het onderzoek. In deze klankbordgroep namen ook ambtenaren uit andere gemeenten deel en inwoners uit de IJmond. Die klankbordgroep is in januari dit jaar éénmalig bijeengekomen. Daar is een conceptversie van het rapport besproken. In de bijeenkomst van de klankbordgroep in januari zijn technische vragen over het rapport gesteld en is het rapport op leesbaarheid en begrijpelijkheid voor inwoners bekeken. De definitieve versie van het rapport is ons toegezonden half juni en besproken in een ambtelijk overleg van de commissie publieke gezondheid en maatschappelijke zorg waarin ambtenaren uit de negen gemeenten uit de regio Kennemerland deelnemen.

Met opmerkingen [IZ1]: [redacted]

Vraag 4

Kunt u zich voorstellen dat het vertrouwen van inwoners in de onafhankelijkheid van dit onderzoek geschaad is, en wat kunt u daaraan doen?

Antwoord vraag 4

De onafhankelijkheid van de GGD is voor ons college een groot goed. Het is belangrijk voor onze inwoners dat gezondheidsonderzoeken vanuit de GGD betrouwbaar en onafhankelijk zijn. Alleen dan kunnen we als gemeenten de juiste besluiten nemen om de gezondheid zo goed mogelijk te waarborgen. Wij betreuren het als het vertrouwen van inwoners in dit onderzoek geschaad is. Wij willen volledig transparant zijn in de manier waarop het rapport tot stand is gekomen. De GGD heeft aangegeven dat er van buitenaf geen invloed is geweest op de totstandkoming van het definitieve rapport. Op basis hiervan hebben wij vertrouwen in de onafhankelijke rol van de GGD in dit onderzoek.

Vraag 5

Kunt u aangeven welke concrete stappen u verder gaat nemen naar aanleiding van de verontrustende conclusies van het GGD-rapport?

Antwoord vraag 5

Het is nu belangrijk om te kijken welke vervolgacties nodig zijn op basis van dit rapport. Dat gaan we op 29 juni bespreken in de Bestuurscommissie Publieke Gezondheid en Maatschappelijke Zorg samen met de GGD. Daarnaast vindt op dit moment het RIVM gezondheidsonderzoek plaats, is er een Visie Gezondheid en Luchtkwaliteit in de maak en ligt er een conceptprogramma Tata Steel 2020-2050: Samenwerken aan een gezondere en veilige IJmond. Bij alle drie staat gezondheid voorop. Het is belangrijk om nu te weten te komen welke stoffen waarvandaan komen, waar terechtkomen en wat de effecten van deze stoffen zijn op gezondheid. En op basis daarvan gerichte verbetermaatregelen te nemen bovenop de maatregelen die al in gang zijn gezet. Er worden dus op alle fronten stappen gezet om te werken aan een gezondere luchtkwaliteit in de IJmond.

Met opmerkingen [IZ2]: [redacted]

Het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Velsen

Aanbiedingsbrief rapportage kankerincidentie in Kennemerland rk 28-7

Directie

Retouradres: Postbus 5514, 2000 GM Haarlem

Datum	
Kenmerk	Bert van de Velden
Contactpersoon	
Emailadres	[redacted]n@vrk.nl art. 10 lid 2 sub e Wob
Onderwerp	Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 2004-2018

Geachte

B j deze b ed k u de rapportage 'Inc dent e en preva ent e van kanker n de reg o Kennemer and 2004 2018' aan en schets k de context en beteken s van de rapportage. Ik ga ook n op het bee d dat s neergezet n de med a na pub cat e van de rapportage op 16 jun j . Met het rapport doe k een aanta a gemene aanbeve ngen en voorste en voor het u tvoeren van aanvu ende act es, d e onder andere door de GGD u tgevoerd kunnen worden.

Inleiding

In het voorjaar van 2019 s er de keuze gemaakt om het vóórkomen van kanker n de gemeenten b nnen de Ve ghe dsreg o Kennemer and opn euw n bee d te brengen (ge jk dat ook n 2007 s gedaan). Het opha en en de en van d t bee d past b nnen de wette jke opdracht van de GGD om rege mat g onderzoek te doen naar de gezondhe dss tuat e van bewoners n het geb ed waar n wordt gewerkt. In d t geva gaat het om het nventar seren van gegevens over de meest voorkomende vormen van kanker en de omvang waar n ze z jn vastgeste d n een bepaa de per ode (het aanta geva en wordt gete d en onder meer gewogen naar eeft jd). Hoewe de daadwerke jke b ootste ng aan r s cofactoren n et s vast te ste en u t de gegevens n de Neder andse Kanker Reg strat e (gegevensbron van het rapport) en n et a e re evante gegevens voorhanden z jn, staat dat n et n de weg om op bas s van de nventar sat e du d ng te geven aan r s co's d e een ro kunnen hebben gespee d n het ver eden. Een oorzake jk verband kan u t deze gegevens n et her e d worden.

Resultaten

B jgevoegd rapport s een nventar sat e van n euwe geva en en de aanwez ghe d van kanker n de 9 gemeenten van de Ve ghe dsreg o Kennemer and over de per ode 2004 2018.

Het aanta n euwe geva en van kanker n de GGD reg o Kennemer and gt ongeveer 5% hoger ten opz chte van gem dde d n Neder and. In de afge open 15 jaar kwamen me anoom en ongkanker, net a s n het eerste rapport u t 2007, vaker dan gem dde d n Neder and voor.

Me anoom s de meest kwaadaard ge vorm van hu dkanker. Deze komt n een aanta gemeenten, waaronder Heemstede en B oemendaa , tussen de 14 en 57%, méér voor dan gem dde d n Neder and. Omgerekend gaat het jaar jks om gem dde d 31 extra geva en van me anoom n de gehe e GGD reg o Kennemer and. Longkanker b jkt n Beverw jk, maar ook n Haar em, vaker op te treden dan gem dde d n Neder and, ook wanneer reken ng wordt

gehouden met versch en n eeft jdsopbouw. Zowe b j mannen a s b j vrouwen n Beverw jk komt het ongeveer 25% vaker voor dan n Neder and. D t z jn ten opz chte van Neder and ongeveer 7 n euwe pat ënten met ongkanker per jaar meer n Beverw jk. In Haar em z jn er b jna 10% mannen en ru m 20% vrouwen meer met ongkanker. Dan gaat het om ongeveer 15 pat ënten meer per jaar.

Het vaker vóórkomen van me anoom n meerdere gemeenten n Ve ghe dsreg o Kennemer and hangt moge jk samen met b ootste ng aan de zon b j deze pat ënten n het ver eden. Er z jn aanw jz ngen dat ook n andere kustgemeenten n Neder and me anoom re at ef vee voorkomt.
R s cofactoren voor het ontstaan van ongkanker z jn onder meer roken, meeroken, beroepsmat ge b ootste ng aan stoffen en uchtverontre n g ng. Het s aanneme jk dat de n het oog spr ngende versch en met het ande jk bee d, te maken hebben met het rookgedrag n het ver eden n genoemde gemeenten. Ook s bekend dat uchtverontre n g ng met f jnstof n onder andere de IJmond n het ver eden hoger was dan gem dde d n Neder and, met name door aanwez ghe d van bas smetaa ndustr e. D t maakt het aanneme jk dat deze r s cofactor een ro heeft gespee d b j de verhoogde nc dent e van ongkanker n Beverw jk.

Ook werkgere ateerde b ootste ng kan een ro hebben gespee d. Met deze rapportage kan de b jdrage aan het optreden van ongkanker voor eder van deze r s cofactoren n het ver eden echter n et worden bepaa d.

Conclusies en aanbevelingen op basis van de rapportage inzake kankerincidentie in Kennemerland

Vanu t oogpunt van de pub eke gezondhe d wordt aanbevo en n te b jven zetten op prevent e. In het a gemeen z jn een gezonde eefst j en gezonde eefomgev ng speerpunten. H erb j kan worden gedacht aan oka e en/of reg ona e n t at even voor een bewust zongedrag en verm nder ng van het roken. De bestuurscomm ss e Pub eke Gezondhe d & Maatschappe jke Zorg heeft eerder u tgesproken de beweg ng van de rookvr je generat e te ondersteunen en daarmee k nderen te beschermen tegen de schade jke nv oeden van roken.

Voer een haa baarhe dsstud e u t voor nader onderzoek naar de verhoogde nc dent e van ongkanker n de IJmond n re at e tot m eufactoren. In de he e reg o en meer spec f ek n IJmond z jn maatrege en ter verbeter ng van de uchtkwa te t nog steeds van be ang.

Input voor een breder palet aan gezondheid bevorderende maatregelen in Kennemerland
De h erboven genoemde aanbeve ngen maken onderdee u t van een breder pa et ten aanz en van wat nod g s om de gezondhe d voor de nwoners verder te verbeteren:

1. Zet het be e d ter verbeter ng van de uchtkwa te t, zoa s dat onder andere n de IJmond s ngezet, onverm nderd voort, waardoor de b ootste ng van nwoners aan uchtverontre n g ng verder wordt verm nderd. Om gezondhe dsw nst te beha en b jft het van be ang te werken aan verbeteren van de uchtkwa te t tot tenm nste de WHO adv eswaarden en m n ma seren van em ss e van ZZS. Beperk em ss es van en b ootste ng aan uchtverontre n g ng, zowe vanu t ndustr e, maar ook van andere bronnen, zoa s o.a. b omassa/houtstook, wegverkeer en scheepvaart. Gebru k daarb j de nz chten n b jdragen per bron aan de oka e uchtkwa te t.
2. Neem extra maatrege en ter bescherm ng van hoog gevoe ge groepen rond zogenoemde 'hot spots' (ocat es met re at ef vee uchtverontre n g ng) met gevoe ge

Met opmerkingen [RK3]: [redacted]

Met opmerkingen [BvdV4]: [redacted]

Met opmerkingen [RK5R4]: [redacted]

bestemm ngenbe e d en act ef verspre den van spec f eke gedragsadv ezen t jdens per oden met meer uchtverontre n g ng.

3. Veranker het meewegen van gezondhe dsaspecten b j de vergunn ngver en ng door n het proces de werkw jze waarop over gezondhe dsaspecten wordt geadv seerd door de GGD vast te eggen.

4. Maak gezondhe d een vast onderdee van de be angenafweg ng n ru mte jk be e d. Leg gezondhe dsamb t es vast en werk deze u t n versch ende nstrumenten van de Omgev ngswet.

5. Voer een act ef be e d om gezondhe d te bevorderen. Laat pos t eve gezondhe d het vertrekpunt van denken z jn. Te denken va t aan pub ekscampagnes en oka e n t at even op bas s van het Nat onaa Prevent eakkoord voor prevent e van en stoppen met roken, voor ve g zongedrag en andere eefst j thema's. Verken samen met bewoners ntegraa de moge kheden om de gezondhe d en de kwa te t van hun eefomgev ng te bevorderen. Besteed daarb j aandacht aan de zorgen over gezondhe d. Betrek (hu s)artsen en andere zorgprofess ona s h erb j.

6. Zet n op een gezonde eefomgev ng, d e gezond gedrag bevordert en moge jk maakt. Houdt b j de nr cht ng van de openbare ru mte b jvoorbee d reken ng met het creëren van schaduw en rookvr je p ekken.

He pend s a s k achten op een punt kunnen worden geme d en voorz e n een ntegra e afdoen ng h ervan, nc us ef de terugkoppe ng naar k ager wat met k acht s gedaan. D t komt tegemoet aan de wensen van nwoners. Mon tor h nder en k achten en treedt sne en daadkracht g op a s maatrege en nod g of gewenst z jn. Het s daarb j goed dat nwoners sne en eenvoud g dage jks nformat e kunnen v nden over de actue e ucht , m eu en gezondhe dskwa te t en act v te ten. B jf daarover n gesprek met bewoners. Maak b j be e dsvorm ng gebru k van bestaande en n euwe onderzoeks , h nder en mon tor ngu tkomsten over m eu en gezondhe d.

Hoe aan deze aanbeve ngen u tvoer ng kan worden gegeven, za a ereerst besproken kunnen worden n de ambte jke en bestuur jke over eggen Pub eke Gezondhe d & Maatschappe jke Zorg; de ambte jke over eggen Industr e & Gezondhe d IJmond en het P atform M eu & Gezondhe d IJmond. Daarb j wordt er aans u t ng gemaakt met de reg ona e nota gezondhe dsbe e d, m eube e dsp annen, de V s e Gezondhe d en Luchtkwa te t IJmond en het Programma Tata Stee 2020 2050. Voor bepaa de onderde en kan GGD Kennemer and de u tvoer ng op z ch nemen.

Ontstane commotie

Na het u tbrengen van de kanker nc dent erapportage s door de omgev ng, en meer n het b jzonder n de IJmond, de suggest e gewerkt dat Tata Stee nv oed heeft u tgeoefend op het gepresenteerde rapport. Dat s n et het geva geweest. Tata Stee was we op de hoogte van de u tgevoerde nventar sat e.

In het word ngsproces s n ambte jke werkvers es we gesproken over Tata Stee , maar bedr jfsnaam en ndustr eterre n z jn u t oogpunt van zorgvu d ghe d vervangen door de term bas smetaa ndustr e. De zegg ngskracht van de u tkomsten z jn met het veranderen van de term no og e n et wezen jk veranderd. Het proces w jkt n et af van wat a gemeen te doen gebru ke jk s. Naar de toekomst toe s we een aanta eerpunten opgetekend. Meer n het b jzonder over hoe bewonerspart c pat e het beste kan worden vormgegeven en hoe dat op een goede en zorgvu d ge man er gesta te kan kr jgen en we ke afspraken gemaakt moeten worden. De samenste ng van de k ankbordgroep s er mede de oorzaak van geweest dat n

Met opmerkingen [BvdV6]: [redacted]

Art. 1 W

Met opmerkingen [RK7R6]: [redacted]

Met opmerkingen [BvdV8]: [redacted]

Met opmerkingen [RK9R8]: [redacted]

eerste aan eg vee accent s komen te ggen op de s tuat e n de IJmond. Dat s aan het e nd van het schr jfproces gecorr geerd, ge jk toen ook de nbreng van deskund gen van het R jks nst tuut voor Vo ksgezondhe d (RIVM) en de GGD Amsterdam s verwerkt.

Art 1 W

Met opmerkingen [RK10]: [redacted]

Temporiseren uitbrengen rapportage
Met het ontro en van de coronacr s s beg n maart s a e aandacht en nzet van GGD personee u tgegaan naar de bestr jd ng van de (effecten) van COVID 19. Dat s de verk ar ng waarom het proces meer t jd heeft genomen dan verwacht.

Vervolgactiviteiten
[redacted].

Met opmerkingen [RK11]: [redacted]

Art. 11 1 Wob

Afsluitend
Ik bevee de rapportage 'Inc dent e en preva ent e van kanker n de reg o Kennemer and 2004 2018' n uw be angste ng aan en verzoek u de meegegeven adv ezen n overweg ng te nemen. De GGD s van harte bere d mee te denken over we ke act es opgepakt kunnen worden, hoe dat vorm en nhoud te geven en daar n een ro te spe en. De GGD s voora nzetbaar voor adv ser ng, ondersteun ng en onderzoek, maar kan ook worden ngezet voor het aanjagen, het agenderen en het verb nden.

Met vr ende jke groet,
Bert van de Ve den
D recteur Pub eke Gezondhe d Kennemer and

GGD BRANDWEER Veiligheidsregio Kennemerland	Sector/afdeling: Directie
Geleide formulier voor portefeuillehouders overleg Gezondheid IJmond	Leidinggevende: Bert van de Velden
	Auteur: [redacted]
Niet mee BIJLAGE 26 Kankerincidentie-onderzoek - notitie bestuur def.docx	

1 Doel agendering:

	Beeldvorming
x	**O**ordeelsvorming
x	**B**esluitvorming

2 Vraagstelling

Na de publicatie van de Gezondheidsmonitor IJmond 2016 lag de vraag op tafel of het kankerincidentie-onderzoek, dat in 2007 is uitgevoerd, herhaald zou moeten worden. Daarin zit zeker meerwaarde. Sinds 2007 zijn genoeg jaren verstreken om opnieuw met voldoende gegevens over een serie van 10 jaar of langer betrouwbare analyses te kunnen doen. Herhaling helpt ook om een beeld op te bouwen of er een trend waarneembaar is.
Daarbij dient te worden aangetekend dat de waarde van de naar boven te halen informatie beperkt is. Het zegt op zich niet direct iets over de huidige gezondheidssituatie. De (mogelijke) oorzaak van longkanker ligt in het verleden en kan niet samen hangen met de huidige luchtkwaliteit. Een causaal verband tussen het voorkomen van kanker en de huidige luchtkwaliteit is niet direct te geven.
Dit laatste doet de vraag naar boven komen of een combinatie van een kanker incidentieonderzoek sec met een verkenning van de te verwachten gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit een optie is die helpend kan zijn bij de duiding van de uitkomsten van welk onderzoek dan ook.
Er bestaat op dit moment ongerustheid bestaat over het ziekterisico door stofemissies in de IJmond. Het herhalen van het kankerincidentie onderzoek kan helpend zijn, zodat vragen van bewoners over het vóórkomen van kanker hiermee beantwoord kunnen worden. Het mag echter duidelijk zijn dat helderheid over de verwachtingen, die ontleend mogen worden aan het onderzoek en de communicatie hierover, belangrijke randvoorwaarden zijn. Oorzakelijke verbanden zullen bijvoorbeeld niet aantoonbaar zijn.

3 Achtergrondinformatie:

Vanuit inhoudelijk perspectief hebben beide opties, wel of niet herhalen, elk hun voor- en nadeel. Wel herhalen komt tegemoet aan de vraag om inzicht in de gezondheidssituatie bij de bevolking, en, afhankelijk van de uitkomsten, mogelijk verminderen van ongerustheid. Herhaling van het onderzoek kan anderzijds als nadeel hebben dat, ook afhankelijk van de uitkomsten, juist (onnodige) ongerustheid kan worden gecreëerd. Hierbij moet namelijk worden bedacht dat een eventueel verhoogd voorkomen van vormen van kanker door milieubelasting de weerslag zal zijn van blootstelling aan deze milieubelasting 20 of 30 jaar vóór het optreden van de betreffende ziekte. En er ook geen oorzakelijk verband kan worden aangetoond met industriële verontreiniging in de IJmond.

Onderstaand een globaal overzicht van de benodigde investeringen en het tijdsverloop van een eventueel nieuw kankerincidentie-onderzoek door de GGD.

Investering in uren:	160 voor epidemioloog/onderzoeker, 40 voor Medisch Milieukunde (MMK), 40 uur Communicatie en 20 uur coördinatie en afstemming
Benodigde middelen:	€ 26.000,-
Doorlooptijd:	Enkele maanden netto
Resultaat:	Het optreden (de incidentie) van alle vaak of redelijk vaak voorkomende (groepen van) soorten kanker per gemeente in Kennemerland, ook uitgesplitst naar geslacht, gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw van de bevolking, uitgedrukt als verhoudingsgetal met het regionale dan wel landelijke gemiddelde
Verwachte datum rapportage:	Eind 2019
Eventuele eerdere oplevering:	In overleg

4 Consequenties en risico's kankerincidentie onderzoek:

Na intern beraad en overleg met de afdeling leefomgeving van de GGD Amsterdam, wordt nog het volgende meegeven.
Bij de statistische analyses van de kankerincidentiegegevens, kan de GGD geen rekening houden met de eventuele invloed van de (lagere) sociaaleconomische status van de bevolking in de IJmond op de uitkomsten. Hiervoor zijn kennis en statistische software nodig, die de GGD niet bezit. Een gevonden verband kan daarom in werkelijkheid samenhangen met een lager opleidingsniveau van de bevolking met daaraan vaak verbonden een meer ongezonde leefstijl, met name roken.
In 2009 is het kankerincidentie-onderzoek in opdracht van het Ministerie van Infrastructuur en Milieu na de Zembla uitzending 'het gif van CORUS' herhaald door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Daarbij bleek inderdaad dat het door de GGD gevonden verband voor een deel door een lagere sociaaleconomische status kon worden verklaard. Echter, ook na de 'correctie voor sociaaleconomische status' waren nog steeds aanwijzingen aanwezig voor het vaker voorkomen van longkanker in de woonkernen rondom het Tata-Steel-terrein.
De kans is reëel dat na het uitkomen van het GGD-rapport naar aanleiding van het kanker incidentieonderzoek opnieuw om aanvullend onderzoek zal worden gevraagd. Immers, het GGD-onderzoek zal op zichzelf staand geen uitsluitsel kunnen geven over de vraag naar het feitelijke verband van kanker met het wonen rondom het Tata-Steel-terrein.
De vraag is daarom gerechtvaardigd of het niet beter is direct in te steken op een verdiepend onderzoek, waarmee ook de vergelijkbaarheid met het RIVM-onderzoek uit 2009 beter is gewaarborgd. Het ligt dan in de rede dat de GGD op voorhand het RIVM zal betrekken in het onderzoek. Op dit moment is het onduidelijk welke kostenconsequenties dat met zich meebrengt. Mocht de wens bestaan om te gaan voor deze diepgaandere variant, dan zal alsnog een kostencalculatie worden gemaakt.

5 Verkenning van te verwachten gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit in de IJmond

Bij nieuwe gevallen van longkanker in het heden kan het gaan om de invloed van milieufactoren uit het verleden (naast roken als belangrijkste oorzaak). Een incidentie onderzoek sec geeft zoals gezegd geen informatie over de huidige luchtkwaliteit. Vanuit communicatieoogpunt kan het nuttig zijn om het kankerincidentie onderzoek te combineren met een verkenning van te verwachten gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit.

Een schatting van de ziektelast geeft bewoners en gemeenten informatie over de mogelijke gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit. Het gaat dan bijvoorbeeld om effect op levensduur, dagen met beperkte activiteit en longkanker. Dit kan worden berekend met behulp van resultaten van (inter)nationaal onderzoek naar luchtverontreiniging op basis van de huidige concentraties in de IJmond. Maar ook een vergelijking met aantal meegerookte sigaretten, verontreiniging als gevolg van wegverkeer e.d. kunnen meegenomen worden. Door te kijken naar andere bronnen dan industrie en te vergelijken met andere gemeenten in Noord Holland worden mogelijke gezondheidseffecten door luchtverontreiniging in de IJmond (Beverwijk, Heemskerk, Velsen, Uitgeest) beter in perspectief geplaatst.

Deze verkenning is een aanvulling op de gezondheidsmonitor IJmond. Bij de gezondheidsmonitor IJmond wordt hinder, beleving, een aantal chronische aandoeningen en medicatiegebruik in samenhang met de luchtkwaliteit gemonitord. Bij deze verkenning wordt daarnaast op basis van de luchtkwaliteit direct inzicht gegeven in mogelijke gezondheidseffecten.

Bij deze verkenning wordt gebruikt gemaakt van twee wetenschappelijke onderbouwde methoden: Kwantificeren van de gezondheidsschade door luchtverontreiniging voor GGD-en' en 'Luchtverontreiniging in perspectief'. Aan deze methoden zijn enige beperkingen zoals de aanname dat de bevolkingsopbouw in de IJmond gelijk is aan Nederland met gemiddelde rookgewoonten.

Gegevens over luchtkwaliteit kunnen worden opgevraagd bij het RIVM. Het is op dit moment nog onduidelijk of hiervoor kosten worden berekend.

Investering in uren:	± 170 medische milieukunde + 30 uur Communicatie
Benodigde middelen:	20.000,-
Doorlooptijd:	Enkele maanden netto
Resultaat:	Berekening gezondheidseffecten per IJmond gemeente op basis van lokale luchtkwaliteit (zoals levensduur, dagen met beperkte activiteit, longkanker en meegerookte sigaretten. Vergelijking met andere bronnen en elders in Noord Holland. Wijze van presentatie: in rapportage of ander communicatiemiddel. Extra optie: kaartjes per 1x1 km grid in elke IJmond gemeente voor levensduur en meeroken.
Verwachte datum rapportage:	Eind 2019

Eventuele eerdere opleveringen:	In overleg

6 Voorstel te nemen besluit:

Het portefeuillehouders overleg Gezondheid IJmond wordt gevraagd:

1. Kennis te nemen van de vraagstelling en meegegeven overwegingen ten aanzien van het herhalen van het kankerincidentie onderzoek en de twee plusvarianten (aanvullend onderzoek om vergelijkbaarheid met in opdracht van het Rijk door het RIVM uitgevoerde onderzoek uit 2009 mogelijk te maken en het uitvoeren van een verkenning naar te verwachten gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit in de IJmond
2. Een richtinggevende uitspraak te doen welke scenario's uitgewerkt dienen te worden

7 Vervolgtraject:

8 Bijlage(n):

Schematische samenvatting belangrijkste conclusies Rapport Kanker Incidentie periode 2004-2018

Voor de gehele regio Kennemerland

Regio Kennemerland	Verhoging t.o.v. rest NL
Longkanker bij vrouwen	10 %
Hematologische maligniteiten zoals leukemie, mannen en vrouwen	10%
Darmkanker vrouwen	5 %
Melanoom, mannen en vrouwen	25 %
Alle vormen samengenomen, mannen en vrouwen	5 %

In de IJmond, en t.o.v. vorige periode

	Periode 2004-2018 t.o.v. NL	1989-2004 t.o.v. NL
Beverwijk, longkanker vrouwen	25%	30 %
Beverwijk, longkanker mannen	25 %	10 %, niet significant
IJmond, longkanker als geheel, mannen en vrouwen	10%	Niet afwijkend
Heemskerk, Uitgeest en Velsen	Niet verhoogd	

Portefeuillehouderoverleg Gezondheid

Aan	Marianne Steijn (wethouder Velsen) Haydar Erol (wethouder Beverwijk) Krijn Rijke (wethouder Heemskerk) Bert van de Velden (directeur Publieke Gezondheid)
Van	[redacted]
Cc	
Datum	11 oktober 2019
Onderwerp	Concept-verslag PHO Gezondheid 11 oktober van 09.00 tot 10.00 uur in Heemskerk

Art. 10 lid 2 sub e Wob

Concept-verslag van PHO Gezondheid van 11 oktober

1. Opening en vaststellen agenda
   Krijn zit voor en heet welkom. Agenda wordt ongewijzigd vastgesteld.

2. Vaststellen verslag van 21 juni 2019
   Het verslag wordt ongewijzigd vastgesteld.

3. Mededelingen en actualiteiten
   Er zijn geen mededelingen. Er wordt kennisgenomen van het memo met actualiteiten.

4. Ter informatie
   - Kankerincidentieonderzoek
     Bert geeft wat aanvullende informatie bij het memo. Er wordt afgesproken om nu eerst de resultaten van dit onderzoek (herhaling van het onderzoek uit 2007), zoals verwoord in het memo af te wachten en daarna verder te praten over mogelijke vervolgonderzoek.

5. Ter gedachtenvorming
6. Ter besluitvorming
   - Er liggen geen voorstellen voor.

7. Wat verder ter tafel komt en rondvraag
8. Sluiting
   Krijn sluit om 10.30 uur de vergadering.

------Geplande overleggen:

15 oktober 2019	Bestuurlijk Overleg Milieu en Gezondheid
Ntb	PHO Gezondheid
13 november 2019	Platform Milieu en Gezondheid

Verslag portefeuillehouders overleg Gezondheid IJmond d.d. 1 april 2019

Aanwezig: Marianne Steijn (wethouder Velsen), Hayder Erol (wethouder Beverwijk), Krijn Rijke (wethouder Heemskerk) en Bert van de Velden (GGD Kennemerland)

1. ***Opening***

Krijn Rijke opent, als gastheer, de bijeenkomst.

2. ***Actualiteit***
3. ***Kanker incidentieonderzoek***

Bert meldt een korte notitie te hebben aangereikt als inleiding op dit onderwerp. In het verleden is er een kanker incidentieonderzoek uitgevoerd. Op een later moment heeft dat geleid tot media-aandacht en onrust onder de bevolking, gevolgd door een onderzoek vanuit het RIVM. Dat gaf beeld over het aantal ziektegevallen als gevolg van kanker, maar daarmee kon geen verband worden gelegd met het wonen naast een industrieel complex als Tata Steel. Destijds is uitgesproken dat het meerwaarde zou hebben om het onderzoek na 10 jaar te herhalen.

Voor nu is het zijn bedoeling bij de bestuurders te peilen of zij aanleiding zien voor het uitvoeren van een dergelijk onderzoek.

[redacted]

Art. 11 lid 1 Wob

[redacted]

[redacted]

[redacted].

Geconcludeerd wordt dat het meerwaarde heeft om een afgewogen bestuurlijk voorstel te laten voorbereiden. Bert zal de voorbereidingen hiervoor in gang zetten.

4. ***Onderzoek RIVM***

antwoord zal hij zo snel als mogelijk daarna terug melden aan de bestuurders.

5. ***Voorbereiding***
6. Wat verder ter tafel komt
7. sluiting

Memo

Aan: PHO gezondheid IJmond
Van: Bert van de Velden, directeur publieke gezondheid
Datum: 3 oktober 2019
Betreft: Actuele ontwikkelingen milieu en gezondheid IJmond

Voortgang kankerincidentie-onderzoek Kennemerland
Op dit moment worden de gegevens van het Integraal Kankercentrum Nederland geanalyseerd. Oplevering van de rapportage is gepland in december. In oktober is een bijeenkomst van de ambtelijke werkgroep. Hierbij wordt onder meer de planning, proces en communicatie besproken.

Tegelijk met het opleveren van de rapportage van het kankerincidentie-onderzoek wordt een rapportage opgeleverd met een verkenning van te verwachten gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit. Door te kiezen voor het gebruik van bestaande gegevens en bekende tools kan relatief snel en eenvoudig inzicht worden gegeven in te verwachten gezondheidseffecten zoals levensduurverlies, astma, ziekenhuisopnames, ed. Ook wordt een vergelijking met meeroken gemaakt. Dit geeft inzicht in de gezondheidseffecten van luchtkwaliteit op basis van de risicoschattingen van (inter)nationaal onderzoek naar luchtverontreiniging, de orde van grootte van bijdrage van luchtverontreiniging aan voorkomen van ziekten als astma en kan de effecten ook in perspectief zetten door een vergelijking te maken met een ander gebied. Dit kan helpend zijn voor de communicatie bij het uitkomen van de kankerincidentie-rapportage, omdat deze geen inzicht geeft in gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit.

Dit levert de volgende gegevens op over gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit:
- Per gemeente op basis van de jaargemiddelde blootstellingsgewogen concentratie fijn stof en stikstofdioxide en inwonersaantal (op basis van berekende luchtkwaliteit 2017):
- Per blootstellingsgebied uit de gezondheidsmonitor IJmond op basis van de gemiddelde extra bijdrage van primair fijn stof (en NO2) van Tata steel en inwonersaantal (gegevens 2015)
- Vergelijking tussen jaargemiddelde concentraties fijn stof op luchtmeetstations in de IJmond en Vondelpark in Amsterdam (gegevens 2017) alleen voor levensduurverlies en meeroken

Aangenomen wordt u hiermee voldoende en naar tevredenheid te hebben geïnformeerd.

Verslag portefeuillehouders overleg Gezondheid IJmond d.d. 25 april 2019

Aanwezig: Haydar Erol (wethouder Beverwijk), Krijn Rijke (wethouder Heemskerk) en Bert van de Velden (GGD Kennemerland)

Afwezig: Marianne Steijn (wethouder Velsen)

1. ***Opening***

Haydar Erol opent, als gastheer, de bijeenkomst.

2. ***Mededelingen/actualiteiten***

Bert meldt dat [redacted] was gevraagd aan te schuiven bij dit overleg, maar zij heeft laten weten dat dit haar voor nu minder goed uitkomt en graag haar inbreng goed wil kunnen voorbereiden. Voor dat laatste is nog wat tijd en afstemming nodig.

3. ***Verslag 1 april 2019***

Zoals toegezegd is een conceptvoorstel over een te houden kanker incidentieonderzoek aangereikt. Bert geeft aan hier graag even van gedachten over te willen wisselen.

4. ***project***
5. ***Terugblik platform***
6. ***Voor bespreken overleg met provincie.***

Dit overleg is afgezegd. Agendapunt kan vervallen.

7. ***Voorbereiding platform Milieu en Gezondheid op 22 mei a.s.***

Om tijdsreden blijft dit punt onbesproken.

8. ***Bewonersbijeenkomst*** Dit onderwerp blijft buiten bespreking
9. ***Kanker incidentieonderzoek.***

Bert geeft aan de behoefte te hebben om toch even stil te staan bij de notitie over een kanker incidentieonderzoek, die hij op de valreep naar de portefeuillehouders heeft gestuurd. [redacted] Het was al de bedoeling dat de GGD het in 2007 gehouden kanker incidentieonderzoek zou herhalen (is bij de Gezondheidsmonitor 2016 ook aangegeven). In de klankbordgroep van het project RIVM [redacted] laten uitschijnen dat de GGD het kanker incidentieonderzoek dit jaar gaat uitvoeren. [redacted] Er is een verwachting gewekt, dus hij kiest er nu voor om hier ook uitvoering aan te geven. Hij zal dit voor zover mogelijk binnen de meegegeven kaders tot een oplossing brengen en als dat niet mogelijk is, het bestuur hierover rapporteren.

Art. 11 lid 1 Wob

Art. 10 lid 2 sub e Wob

De portefeuillehouders onderschrijven deze opvatting. Dit is bijna niet uit te leggen en zal het vertrouwen in de overheid ernstig doen schaden.

Daarnaast speelt dat als een vergelijk mogelijk wil worden gemaakt met het door het RIVM in opdracht van de Minister van IM in 2009 uitgevoerde onderzoek gemaakt wil worden, er nog meer te doen is. Dat onderzoek had een bredere opzet dan het oorspronkelijke kanker incidentieonderzoek en herhaling hiervan (N.B. wat ons betreft gaat dit herhalen alleen over deelrapport 3, Geografisch patroon van kanker in de IJmond en omstreken uit 2009) vraagt ook meer van de organisatie.

Als de wens bestaat om het uit te voeren kanker incidentieonderzoek op het zelfde niveau te brengen als het destijds door het RIVM uitgevoerde onderzoek, zal dat meer van de organisatie vragen en meer kosten met zich meebrengen.

Daarenboven is het een idee om analoog aan het kanker incidentieonderzoek een verkenning uit te voeren naar de gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit. De uitkomsten van een dergelijk onderzoek kunnen helpen bij het geven van duiding aan de omgeving. Deze verkenning staat niet geprogrammeerd en als dat wordt gewenst, zal hier een afzonderlijke opdracht voor nodig zijn en bereidheid om bij te dragen in de kosten.

Op de laatste twee zaken zal hij later terug komen.

10. Wat verder ter tafel komt

Geen.

11. Sluiting

De voorzitter sluit de bijeenkomst onder dankzegging voor een ieder zijn inbreng.

V5

Gespreksnotitie: **Onderzoek kankerincidentie / verkenning gezondheidseffecten luchtkwaliteit IJmond**

Samenvatting:

GGD en RIVM hebben in het verleden onderzoek gedaan naar het voorkomen van kanker in de regio. Het RIVM onderzoek gaf aan dat in bepaalde delen van de IJmond meer longkanker voorkomt dan gemiddeld in de regio. Destijds bestond het voornemen om het onderzoek periodiek te herhalen. De evaluatie van de gezondheidsmonitor IJmond werd als een goed moment gezien om hierover te besluiten.

Aangezien op dit moment ongerustheid bestaat over het ziekterisico door stofemissies in de IJmond, kan hierin wellicht aanleiding worden gevonden om het onderzoek naar voren te halen en het kankerincidentie onderzoek dit jaar al te herhalen., zodat vragen van bewoners over het vóórkomen van kanker hiermee beantwoord kunnen worden.

Aangezien een mogelijke oorzaak voor longkanker in het verleden ligt en niet samen kan hangen met de huidige luchtkwaliteit, is het een optie om het hierboven bedoeld onderzoek te combineren met een verkenning van te verwachten gezondheidseffecten van de huidige luchtkwaliteit. Het mag duidelijk zijn dat helderheid over de verwachtingen die ontleend mogen worden aan het onderzoek en de communicatie hierover belangrijke randvoorwaarden zijn. Oorzakelijke verbanden zullen bijvoorbeeld niet aantoonbaar zijn.

Aanleiding

In 2007 heeft GGD Kennemerland een rapport over kankerincidentie in Kennemerland uitgebracht. Bevindingen waren onder meer een duidelijk verhoogde incidentie van melanoom in de regio en (een tendens naar) meer longkanker in Beverwijk (bij vrouwen 30% en bij mannen 12%).

In 2009 heeft het RIVM dit onderzoek herhaald met meer geavanceerde analyse technieken in het kader van de onderzoeken naar de gezondheidseffecten van de staalindustrie. Hierbij vond men 22% meer longkanker in bepaalde delen van Beverwijk en Velsen dan gemiddeld in de regio en werd het GGD signaal bevestigd. De verhoging kwam overeen met circa 7 gevallen van longkanker extra op 39 nieuwe gevallen per jaar. Vanwege ontbrekende gegevens over rookgedrag in het verleden is gecorrigeerd voor sociaal economische status. Volgens berekeningen aan de hand van concentraties in het verleden kon 6% van de extra longkanker gevallen door luchtverontreiniging in het verleden worden verklaard. Het was niet mogelijk met dit onderzoek om stellige conclusies te trekken over de relatie tussen ziekte en de oorzaak hiervan. Het merendeel van de extra longkanker gevallen zou kunnen samenhangen met vroegere rookgewoonten, maar kon ook andere oorzaken hebben zoals beroepsmatige blootstelling en luchtverontreiniging in het verleden.

Aangegeven is dat het in verband met de relatief lage aantal nieuwe gevallen van longkanker na 10 jaar het weer mogelijk was om dit onderzoek te herhalen. Bij het opstellen van de gezondheidsmonitor IJmond in 2016 is al aan de orde geweest om het onderzoek in de toekomst te herhalen en daarbij mogelijk ook andere en/of betere mogelijkheden van monitoring in te zetten.

De context is gewijzigd met de zorgen over gezondheid naar aanleiding van de recente grafietregens. Vragen over kanker in relatie tot Tata steel worden regelmatig door burgers gesteld. Dit heeft ook het RIVM in het kader van het project aangegeven. Daarin ligt de aanleiding om het herhalen van het kankerincidentie onderzoek dit jaar, aan de orde te stellen.

[redacted]

[redacted]

Onderzoek geeft beeld over het verleden. Wat zou daarvan geleerd kunnen worden naar de toekomst? Dan zou je de correlatie moeten zien te vinden tussen ziekte en aanwijsbare oorzaak toch? De laatste zin lijkt daarop te wijzen.

[redacted]

Longkanker in het heden zegt helaas niets over de luchtkwaliteit nu. Wel hebben mensen nu vragen over kanker. Die kan je dan tenminste wel beantwoorden met de juiste uitleg over heden en verleden. Dus die passage er in houden? Dat is vooral de reden om dit onderzoek te doen.

[redacted]

[redacted]

Lettertype: Vet

[redacted]

Whatsapp-gesprekken

Alles weggelakt op grond van art. 10 lid 2 sub e Wob en art. 11 lid 1 Wob

Whatsapp-gesprekken [redacted]

Met [redacted]

06-06-20 05:14 - [redacted]: IMG-20200606-WA0001.jpg (bestand bijgevoegd)

06-06-20 05:15 - [redacted]: In Dagblad Kennemerland van vandaag.

11-06-20 16:04 - [redacted]: [redacted], mocht er ergens vanuit de kant van de gemeenten een kink in de kabel komen als het gaat om het moment van openbaarmaking, wanneer hoor jij dat dan?

11-06-20 17:24 - [redacted]: Goed vraag! Is het een idee om morgen een mail rond te sturen naar de ambtenaren? Ze weten dat ze tot 16 uur hebben om te reageren (op marginale tekstuele wijzigingen)....

11-06-20 18:43 - [redacted]: Prima, morgen maar even reacties afwachten en dam maar een mailtje de deur uit.

15-06-20 13:01 - [redacted]: Zijn er nog (bestuurlijke) signalen die duiden op het niet kunnen openbaar maken van het KIO morgen?

16-06-20 08:20 - [redacted]: Vanmiddag om 14:00 uur op de [redacted] een afspraak met [redacted] over rapport.

16-06-20 08:24 - [redacted]: Top!!

16-06-20 14:06 - [redacted] https://eenvandaag.avrotros.nl/item/meer-longkanker-door-roken-en-luchtverontreiniging-rond-beverwijk-blijkt-uit-ggd-onderzoek/

https://www.noordhollandsdagblad.nl/cnt/dmf20200616_22869823/dorpsraad-wijk-aan-zee-wel-degelijk-verband-tussen-longkanker-en-luchtverontreiniging-van-tata-steel

16-06-20 14:41 - [redacted] https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/ggd-ziet-meer-longkanker-in-beverwijk-verband-met-tata-steel-onzeker~b7e852b1

16-06-20 15:13 - [redacted]: https://www.haarlemsdagblad.nl/cnt/dmf20200616_57647195/huidkanker-in-heemstede-en-bloemendaal-ver-boven-het-gemiddelde-longkanker-scoort-hoog-in-beverwijk

16-06-20 18:15 - [redacted]: Was al bij RTL nieuws om 18 uur....

16-06-20 18:15 - [redacted]: Was daar prima

4-06-20 17:05 - [redacted]: IMG-20200604-WA0000.jpg (bestand bijgevoegd)

04-06-20 17:05 - [redacted] Ter info

[redacted]

05-06-20 13:22 - [redacted] Het kankerincidentieonderzoek dat de GGD in opdracht van oa de IJmondgemeenten uitvoert, is klaar. Maar het wordt nog niet openbaar gemaakt. Ik begrijp van VRK dat de GGD het pas openbaar kan maken als het is aangeboden aan de bestuurscommissie publieke gezondheid en maatschappelijke zorg, waar onder anderen een wethouder van Beverwijk in zit. Het duurt nog twee weken totdat het rapport aan die commissie wordt aangeboden en daarna nog een onbepaalde tijd totdat de gemeentebesturen het vrij geven. Een en ander leidt bij inwoners

van Wijk aan Zee, die hierop al erg lang zitten te wachten, tot de conclusie dat het rapport ‘onder de pet’ wordt gehouden door de GGD en de gemeentebesturen.

Dit brengt mij tot de volgende vraag.

Kan de wethouder die in die commissie zit, aangeven waarom het rapport – dat inhoudelijk 100% klaar is – nog niet openbaar wordt gemaakt?

Ik werk aan een artikel voor de krant van morgen en zou graag spoedig antwoord ontvangen.

Met vriendelijke groet,

05-06-20 13:22 - [redacted]: Deze vraag hebben we van [redacted] gekregen

05-06-20 13:39 - [redacted] Ok

06-06-20 05:13 - [redacted]: IMG-20200606-WA0001.jpg (bestand bijgevoegd)

GGD ontkent rapport over kanker in IJmond onder de pet te houden

In Dagblad Kennemerland van vandaag.

06-06-20 09:02 - [redacted]: [redacted] [redacted]?

06-06-20 09:09 [redacted]: Het is zelfs een 'Premium' artikel geworden. Schroeft de verwachtingen wel heel hoog op. Maar goed, meer kon ik er niet uit halen. De opmerking van Haijder helpen ook.

06-06-20 09:23 - [redacted] [redacted]. Dat moeten we heel goed begeleiden

18-06-20 20:23 - [redacted] Zie je inbox (1Vandaag), morgen maar even contact (09:00 uur)?

[redacted]

04-06-20 17:04 - [redacted] IMG-20200604-WA0000.jpg (bestand bijgevoegd)

04-06-20 17:05 - [redacted]: Ter info

04-06-20 17:07 - [redacted]: Thnx!

06-06-20 05:13 - [redacted]IMG-20200606-WA0001.jpg (bestand bijgevoegd)

In Dagblad Kennemerland van vandaag.

06-06-20 09:36 - [redacted]: 👈 Zag 'm staan!

12-06-20 10:11 - [redacted]: [redacted] (EenVandaag) probeerde mij net te bellen. Kan niet opnemen want zit nu in overleg. Heb jij haar nog gespropen? Weet pers al dat rapport dinsdag openbaar wordt?

12-06-20 10:14 - [redacted] Zit in overleg; bel je straks terug. Kan nu alleen appen...

12-06-20 10:14 - [redacted] Helemaal goed.

15-06-20 13:34 - [redacted]: Hoi [redacted], kun jij aangeven wanneer de Q&A KIO onze kant opkomt?

15-06-20 13:54 - [redacted]: Wordt nog aan gesleuteld. Zodra ik het heb krijg je het.

15-06-20 14:31 - [redacted]: 👈

16-06-20 13:42 - [redacted]: Kan niet bellen, zit in retraite met college. Kan wel appen want nu even toehoorder.

18-06-20 18:18 - [redacted]: Hoi [redacted] er schijnt vanmiddag op Radio1 een item geweest te zijn waarin is gezegd dat in eerste versie rapport Tata veel meer genoemd stond en dit er uitgesleuteld is. Heb jij dit gehoord en wat is er van waar? Groet, [redacted]

Rinske Keuken

04-06-20 11:10 - [redacted]: Nog met [redacted] gesproken over voortgang KIO?

04-06-20 11:24 - [redacted]: Ja, zal ik even langslopen later?

04-06-20 11:28 - [redacted]: Ik bel je wel even zo.

06-06-20 05:14 - [redacted]: <Media weggelaten>

06-06-20 05:15 - [redacted]: In Dagblad Kennemerland van vandaag

06-06-20 07:27 - [redacted]: Goed gedaan! Beverwijk heeft ook je kernboodschap voor [redacted] gebruikt.

07-06-20 11:59 - [redacted]: [redacted], wil je mij de laatste versie van het KIO en bijbehorend memo mischien mailen? Dan kan ik er morgen gelijk mee aan de slag. Groet [redacted]

07-06-20 12:29 - [redacted]: Hoi [redacted], was ik idd al van plan. Ik kijk later vandaag nog een keer naar het memo en persbericht. Opdracht van [redacted] is dat we niet door de kat 😾 of de hond 🐶 gebeten kunnen worden. Leuke uitdaging ! Zal ik morgen naar de GGD komen? Fijne zondag nog.

07-06-20 15:47 - [redacted] Ik werk vanuit huis.

07-06-20 20:32 - [redacted]: Hai [redacted], dag voor het sturen vd documente en je aanvullende opmerkingen. Ik ga er morgen mee aan de slag.👈

07-06-20 20:33 - [redacted]: 💪

08-06-20 12:11 - [redacted]: [redacted], aantal patiënten meer is voor het totaal per gemeenten, ook volgens [redacted]. Dus klopt zo. Eventueel bij Haarlem erbij: '....omdat dit een grotere gemeente is'

08-06-20 16:51 - [redacted] Hoi [redacted] als we ergens RIVM in het persbericht opnemen, moeten we het vooraf ook even met hen afstemmen. [redacted] werkt er voorlopig nog.

08-06-20 17:56 - [redacted]: Aantal van 7 meer per jaar tov NL in Beverwijk klopt zeker: rekenvoorbeeld staat op pag 69 van het KIO.

[redacted] heeft dit voor Haarlem apart zelf bekend. Staat niet in rapport, maar moet ook per jaar zijn.

08-06-20 17:56 - [redacted] [redacted]: Ok

08-06-20 18:00 - [redacted]: Dank voor je update.

08-06-20 18:01 - [redacted] We hebben [redacted] inmiddels als hulplijn namens de epi's. Toch wel fijn 👆

08-06-20 18:06 - [redacted] Heb net laatste versie van PB en een herziene versie van het memo gemaild. Lukt het je daar nog naar te kijken?

08-06-20 18:07 - [redacted] Ja zie het al. Dank je!

09-06-20 21:02 [redacted]
https://www.noordhollandsdagblad.nl/cnt/dmf20200609_73774752/krant-dient-wob-verzoeken-in-voor-chroom-6-metingen-bij-tata-steel-en-harsco

10-06-20 12:37 - [redacted]: Ha [redacted], gewoon nog geen bericht van Bert of had je al overleg?

10-06-20 12:41 - [redacted] Nog geen reactie. Volgt gauw hoop ik. Heb 'm net gesproken.

11-06-20 07:26 - [redacted] <Media weggelaten>

11-06-20 17:32 - [redacted]: Hoi [redacted] leef je nog? Is er nog veel gebeurd op KIO gebied?

16-06-20 14:06 - [redacted]: https://eenvandaag.avrotros.nl/item/meer-longkanker-door-roken-en-luchtverontreiniging-rond-beverwijk-blijkt-uit-ggd-onderzoek/

https://www.noordhollandsdagblad.nl/cnt/dmf20200616_22869823/dorpsraad-wijk-aan-zee-wel-degelijk-verband-tussen-longkanker-en-luchtverontreiniging-van-tata-steel

16-06-20 14:41 - [redacted] https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/ggd-ziet-meer-longkanker-in-beverwijk-verband-met-tata-steel-onzeker~b7e852b1

16-06-20 17:38 - [redacted] https://www.ggdkennemerland.nl/professionals/-/media/ggdwebsites-2016/documenten/onderzoek/vragen-en-antwoorden-behorend-bij-ggd-rapportage-over-kanker-in-kennemerland-2004---2018.ashx?la=nl-nl

16-06-20 20:40 - [redacted]: Bij deze!

Groet, [redacted]

BEVERWIJK - Het aantal mensen met longkanker in Beverwijk is fors hoger dan in andere gemeenten, bleek vandaag uit een onderzoek van de GGD Kennemerland. Vingers wezen meteen naar Tata Steel. NH Nieuws vraagt longarts Pauline Dekker en de GGD om verduidelijking.

Het vandaag gepubliceerde rapport gaat over het ontstaan van nieuwe gevallen van vijf kankervormen tussen 2004 en 2018. Net als in de periode 1989-2003 blijkt dat in de laatste periode

in de IJmond vooral in Beverwijk longkanker bij zowel mannen als vrouwen 25 procent vaker voor dan gemiddeld in Nederland.Dat betekent dat in Beverwijk zeven mensen per jaar méér longkanker krijgen dan in andere Nederlandse gemeenten. "We zagen een trend", licht GGD-arts Rinske Keuken toe. De cijfers over mensen met kanker zijn aangevraagd bij het Integraal Kankercentrum Nederland, maar zeggen alleen niets over de oorzaak van de longkanker. Keuken: "De oorzaak van longkanker kan teruggaan tot twintig jaren daarvoor en veroorzaakt worden door meerdere factoren, zoals vergrijzing en roken."DorpsraadDe dorpsraad van Wijk aan Zee bijna denkt zeker te weten dat die vergrote kans op kanker te maken heeft met Tata Steel. "Omdat de wind meestal uit het zuidwesten komt, is luchtvervuiling door de staalfabriek de meest waarschijnlijke verklaring. Heemskerk ligt verder weg van Tata en heeft er daarom daar minder last van."Zo simpel ligt het alleen niet. Pauline Dekker, longarts in het Rode Kruis Ziekenhuis, legt uit: "Als iemand longkanker heeft, kan je niet zien wat daarvan de oorzaak is, dus dan zou je twintig tot dertig jaar terug moeten onderzoeken wat mensen met longkanker deden."Beverwijk, rookgemeenteDe GGD heeft risicofactoren voor het optreden van longkanker wel in beeld: roken, meeroken en ook werkgerelateerde blootstelling aan stoffen zoals zware metalen en asbest en luchtverontreiniging in de leef- en werkomgeving. Maar, aldus Dekker, er is in Beverwijk een factor die het vinden van de link met die laatste risicofactor bemoeilijkt. "Het aantal rokers is namelijk in deze gemeente ook veel hoger dan elders. Dat kan ook net zo goed de oorzaak zijn." Dekker zegt niet per se dat Tata Steel niets te maken heeft met het grotere aantal mensen met longkanker, 'maar het aantonen kan op dit moment gewoon niet'. Volgens Dekker moet je dan vanaf nu het aantal rokers in Beverwijk gelijktrekken met andere gemeenten en kan je over 20 tot 30 jaar zien of er nog steeds een hoger aantal mensen is met longkanker.

16-06-20 20:56 - [redacted] Prima toch?

16-06-20 21:03 - [redacted] Yep