

Afscheidsrede
prof. dr.
Thijs Merkx

**Trends en patronen
in kanker en zorg**
Gericht, innovatief
en samen



Prof. dr. Thijs Merx (1959) is arts, tandarts, MKA-chirurg, hoogleraar en bestuurder. Hij wordt gezien als een prominente stem binnen de Nederlandse oncologische zorg. Van december 2019 tot april 2026 was hij voorzitter van de Raad van Bestuur van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKCN), het landelijke kennisinstituut voor oncologische en palliatieve zorg en beheerder van de Nederlandse Kankerregistratie. Onder zijn leiding werden onder meer de bestuurlijke fusie met DICA en de ontwikkeling van de Nederlandse Kankeragenda gerealiseerd.

Na studies tandheelkunde en geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen specialiseerde Merx zich in Nijmegen tot mond-, kaak- en aangezichtschirurg. In 2000 promoveerde hij op onderzoek naar bottransplantaten binnen de MKA-chirurgie. Vanaf 1994 was hij verbonden aan het Radboudumc, waar hij uitgroeide tot specialist in hoofd-halsoncologie. In 2008 werd hij benoemd tot hoogleraar MKA-oncologie en orale geneeskunde. Sinds 2021 bekleedt hij de bijzondere leerstoel 'Trends en Patronen in Kanker en Zorg' aan de Radboud Universiteit.

Gedurende zijn loopbaan combineerde Merx medische expertise met bestuurlijke verantwoordelijkheid. Hij vervulde diverse nationale en internationale functies op het gebied van oncologie, opleiding, palliatieve zorg en kwaliteit van zorg. Zijn werk kenmerkt zich door het verbinden van wetenschap, praktijk en maatschappelijke impact, met bijzondere aandacht voor kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en passende kankerzorg.

TRENDS EN PATRONEN IN ONCOLOGIE EN ZORG GERICHT, INNOVATIEF EN SAMEN

Trends en patronen in oncologie en zorg

Gericht, innovatief en samen

Rede uitgesproken bij het afscheid als hoogleraar 'Trends en Patronen in Kanker en Zorg' aan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Radboud Universiteit, op donderdag 8 oktober 2026

door prof. dr. Thijs Merkx

Trends en Patronen in Oncologie en Zorg: Gericht, Innovatief en Samen

Uitgegeven door RADBOUD UNIVERSITY PRESS
Postbus 9100, 6500 HA Nijmegen
www.radbouduniversitypress.nl | radbouduniversitypress@ru.nl

Deze publicatie maakt deel uit van de series Redes en Oraties.

Omslag: naar ontwerp van Textcetera
Print en distributie: Pumbo.nl

Gratis te downloaden op: www.radbouduniversitypress.nl

© 2026 Thijs Merkx

**RADBOUD
UNIVERSITY
PRESS**

Dit is een Open Access boek gepubliceerd onder de termen van de Naamsvermelding-NietCommercieel-GeenAfgeleideWerken 4.0 Internationaal (CC BY-NC-ND 4.0). De gebruiker dient de maker van het werk te vermelden, een link naar de licentie te plaatsen en aan te geven of het werk veranderd is. De gebruiker mag dat op redelijke wijze doen, maar niet zodanig dat de indruk gewekt wordt dat de licentiegever instemt met het werk of het gebruik van het werk. Gebruik voor commerciële doeleinden is onder deze licentie niet toegestaan. De gebruiker mag geen juridische voorwaarden of technologische voorzieningen toepassen die anderen er juridisch in beperken om iets te doen wat de licentie toestaat. Men mag het veranderde materiaal niet verspreiden als men het werk heeft geremixt, veranderd, of op het werk heeft voortgebouwd.

1 – Inleiding: van tong naar systeem

Mijnheer de rector magnificus, dames en heren.

Heeft u wel eens op uw tong gebeten? Of uw tong verbrand aan een hete kop soep? Ja natuurlijk! Want wanneer de tong pijn doet, beseffen we hoe belangrijk zij is. De tong helpt ons eten, drinken, spreken, slikken, proeven én zoenen. De volgorde, voor wat betreft belangrijkheid, verandert met de leeftijd. Kortom: de tong is een spiegel van het leven.

Bij mijn oratie in 2008, sprak ik over de tong, met de titel: “Zonder tong geen Leven: een hoofdhalszaak”¹. Als MKA-chirurg en hoofdhalsoncoloog heb ik een groot deel van mijn professionele leven besteed aan dit stuk weefsel dat klein lijkt, maar essentieel is voor menselijke waardigheid. De tong werd voor mij een metafoor. Voor de hoofdhalsoncologie, en uiteindelijk voor de oncologie als geheel. Want ziekte gaat nooit alleen over anatomie. Ziekte gaat over functioneren, over identiteit, over mens-zijn. Daar begon mijn fascinatie voor patronen in ziekte en zorg. Daar begon de vraag die centraal is komen te staan in mijn loopbaan: hoe organiseren wij zorg die niet alleen technisch goed is, maar ook menselijk waardevol?

Bij het schrijven van dit college dacht ik regelmatig aan The Last Lecture van Randy Pausch². Niet vanwege zijn ziekte maar vanwege de vraag die hij stelde: wat geef je mee wanneer dit misschien de laatste keer is dat je vanaf een kathedraal spreekt? Wanneer mensen terugkijken op een academische loopbaan gebeurt dat vaak aan de hand van functies, publicaties en bestuurlijke verantwoordelijkheden. Maar ik herinner mij vooral mensen. Talloze patiënten, collega's en medewerkers. Mensen die mij hebben geïnspireerd, gevormd en uitgedaagd.

Dit college is daarom geen terugblik, maar een overdracht. Ik neem u mee langs drie woorden die mijn kompas zijn geworden: ‘gericht, innovatief en samen’. En ik eindig bij een vraag die mij de laatste jaren steeds meer heeft beziggehouden: niet alleen hoeveel gezondheid wij creëren, maar ook hoe eerlijk die gezondheid verdeeld is?

Een moment dat mij daarin sterk heeft beïnvloed, was een jonge patiënt met tongkanker. Hij was ongeveer even oud als mijn oudste zoon en droeg dezelfde naam. Uiteindelijk vroeg ik een collega de operatie uit te voeren, omdat de professionele afstand ontbrak. Dat bleek achteraf een kantelpunt. Mijn aandacht verschoof geleidelijk van de individuele patiënt naar de vraag, hoe wij een systeem organiseren dat toekomstige patiënten toegang blijft bieden tot goede zorg. Die vraag bracht mij uiteindelijk naar het Integraal Kankercentrum Nederland, het IKNL. Hét onafhankelijk kennisinstituut voor de kanker- én palliatieve zorg.

Daar aangekomen, zag ik figuurlijk een indrukwekkend containerschip, vol kennis, expertise en bevlogenheid. Maar ook een schip met veel verschillende, soms niet goed aangesjorde containers. De opgave was niet om méér containers toe te voegen, maar om

bétere verbindingen te maken. Niet alleen op het schip zelf, maar ook met de omgeving, de havens waar aangelegd moest worden en aangelegd moest gaan worden. Het creëren van het gevoel van ‘gericht, innovatief en samen’.

Van “MKA-oncologie en orale geneeskunde” naar “Trends en Patronen in Oncologie en Zorg”.

2 – De paradox van succes

Wij leven in een bijzondere tijd. De waarde van preventie wordt zichtbaar, we leven steeds gezonder en daardoor worden we minder vaak ziek³. Maar niet iedereen profiteert! Dat zien we terug in onze ‘kanker-impact-barometer’ en wordt bevestigd door het Trimbos instituut⁴. Wij begrijpen kanker steeds beter – en tegelijk nog steeds heel weinig. Nog nooit beschikten wij over zoveel behandelopties, maar we zijn steeds minder tevreden. Nog nooit was de overleving zo hoog, en nog steeds streven wij een hogere na. Waarom groeit dan onze bezorgdheid? Omdat het succes zelf een nieuwe uitdaging heeft gecreëerd! Mensen leven langer. Daardoor krijgen meer mensen kanker of opnieuw kanker. En met het fysiologisch proces van het ouder worden, komen ook bijkomende ziekten: een kankerpatiënt met hartfalen, met een progressieve neurodegeneratieve aandoening, of met chronisch obstructief longlijden. Polymorbiditeit!

Het resultaat is paradoxaal. Ons succes vergroot én compliceert de zorgvraag. De vraag is niet langer: kunnen wij patiënten met kanker behandelen? Steeds vaker is het antwoord daarop: ja, maar! De vraag wordt: kunnen wij deze zorg ook in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en bemensbaar houden? En moet alles wat kan, kan alles wat moet, en kan en moet alles nog overal? Dit patroon zien wij niet alleen in Nederland. Het is een maatschappelijke uitdaging voor de hele ontwikkelde wereld. Ondanks onze zeer bevoorrechte positie vanuit mondiaal perspectief.

De tweede ontwikkeling is dat kanker steeds vaker het karakter krijgt van een chronische ziekte. Vroeger bestond een scherpe scheiding: genezen of overlijden. Vandaag leeft een groeiende groep patiënten jarenlang met en ná kanker. Soms zonder behandeling, vaak met restverschijnselen, soms met blijvende lichamelijke en psychosociale gevolgen. Bij jongvolwassenen raakt dat aan opleiding, werk, relaties, vruchtbaarheid en identiteit. Daarmee gaat de oncologie niet langer uitsluitend over diagnostiek en behandeling, maar ook over langdurige begeleiding, nazorg, re-integratie en participatie. Wij spreken vaak over overleving. Veel minder vaak over leven ná overleving. De vraag is dus niet alleen: hoe zorgen wij dat mensen langer leven? Maar ook: hoe zorgen wij dat mensen langer *góed* leven?

En niet alle patiënten genezen. Hoe succesvol de oncologische behandeling ook wordt, wij zijn allemaal geboren met een dodelijke ziekte, die wij ‘Leven’ noemen. Het gilde van de onsterfelijke Sinterklaas en de Kerstman wordt helaas niet uitgebreid.

Tijdens een interview met de Financial Times⁵ in 2022, werd mij gevraagd wat Nederland, v.w.b. de oncologie, onderscheidt van het Verenigd Koninkrijk en veel andere landen. Mijn antwoord ging niet over innovaties, technologie, concentratie van zorg of dure geneesmiddelen. Het ging over palliatieve zorg. In Nederland zijn wij gaan begrijpen dat palliatieve zorg niet begint wanneer alle behandelopties zijn uitgeput, maar wanneer ernstige ziekte impact krijgt op het leven van mensen. Het tweesporenbeleid⁶. Uitgezaaid is bijvoorbeeld nog niet uitgeleefd⁷. De aandacht verschuift van de laatste dagen naar het laatste levensjaar. Van sterven naar leven. Jarenlang dachten wij dat palliatieve zorg pas relevant werd wanneer behandelen niet meer mogelijk was. Vandaag weten wij dat zij juist het meeste effect heeft wanneer zij vroeg wordt geïntegreerd. Niet als alternatief voor behandeling, maar als aanvulling óp behandeling. Daarom wordt Nederland internationaal gezien als voorbeeld van geïntegreerde palliatieve zorg.

Deze ontwikkelingen raken ook de zorgprofessionals. Meer patiënten, in meer fasen van hun leven en ziekte, betekent dat de patiëntenzorg groeit in complexiteit en om steeds meer afstemming vraagt. Tegelijkertijd neemt de schaarste op de arbeidsmarkt toe. Oncologische en palliatieve zorg concurreren om dezelfde professionals als de rest van de zorg. En de opleidingscapaciteit gaat de komende decennia zeker niet groeien. Het kabinetsbeleid lezende eerder krimpen.

Daardoor ontstaat een tweede paradox. Wij beschikken over steeds meer mogelijkheden. Maar niet automatisch over meer capaciteit om deze mogelijkheden uit te voeren.

3 – Organisatie van zorg

Als er één vakgebied is dat mijn denken over organisatie van zorg heeft gevormd, dan is het de hoofdhalsoncologie. Door de patiënten, de behandelingen, maar vooral door de vragen waarvoor dit vakgebied ons reeds vroeg stelde. De hoofdhalsoncologie is namelijk een laagfrequent, vaak anatomisch en functioneel complex en bij uitstek een multidisciplinair domein. Een groep van zeldzame kankers: jaarlijks krijgen ongeveer 3.000 Nederlanders een hoofdhalstumor. Om die reden werd deze zorg al vanaf de jaren ‘90 geconcentreerd in gespecialiseerde centra en preferente partnerziekenhuizen – op initiatief van de professionals zelf, niet door druk van bovenaf. Mét landelijk dekkende richtlijnen. In 2014 mocht ik als voorzitter van de Nederlandse Werkgroep Hoofdhals Tumoren (NWHHT) de finale handtekening zetten onder het landelijke samenwerkingsdocument waarin concentratie en spreiding met de Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ) werden vastgelegd. Het voorwerk was toen al gedaan door mijn bestuurlijke voorgangers.

3.1 - Multidisciplinair

Achteraf bezien was dat veel meer dan een organisatorische keuze. Het was een fundamentele verschuiving in denken. Van afzonderlijke wetenschappelijke verenigingen

en afdelingen naar zorgketens. Van individuele professionals naar multidisciplinaire teams. Van aanbod-gestuurde naar patiënt-gestuurde zorg. Van ziekenhuis- denken naar netwerk-denken. Juist in de hoofdhalsoncologie realiseerden wij ons dat een patiënt niet wordt behandeld door één specialist, maar door een team: MKA-chirurgen, KNO-artsen, radiotherapeuten, medisch oncologen, radiologen, pathologen, anesthesisten, verpleegkundigen, tandartsen, mondhygiënist, fysiotherapeuten, logopedisten, diëtisten, huisartsen, specialisten ouderen geneeskunde en vele anderen, gezamenlijk verantwoordelijk voor het eindresultaat. Concentratie en spreiding avant la lettre, gedragen door multidisciplinair collegiaal vertrouwen en gelijkwaardigheid.

3.2 - Kwaliteit van zorg

Dat leidde tot een tweede inzicht: wanneer zorg wordt geleverd door een keten, moet kwaliteit ook op ketenniveau worden beoordeeld. Niet per afdeling. Niet per discipline. Maar vanuit het perspectief van de patiënt. Dat inzicht vormde de basis voor de Dutch Head & Neck Audit. Deze audit werd ontwikkeld vanuit drie simultane perspectieven: dat van patiënten, van medisch specialisten én van paramedici. Niet de behandeling stond centraal, maar de volledige keten: van verwijzing en diagnostiek tot behandeling en nazorg. Met niet alleen procesindicatoren zoals doorlooptijd, maar nadrukkelijk ook uitkomstindicatoren: overleving, recidieven, kwaliteit van leven en patiëntervaringen.

De audit leerde ons bijvoorbeeld dat doorlooptijd een klinisch relevante kwaliteitsindicator is: kortere wachttijden gaat gepaard met minder recidieven en betere overleving⁸. Kwaliteit is dus afhankelijk van continuïteit, capaciteit en kwantiteit van zorg, en ontstaat gedurende de hele reis die een patiënt doorloopt – van het eerste vermoeden van kanker tot en met herstel, nazorg of palliatieve begeleiding.

3.3 - Ketensturing

Daarmee kwamen wij tot een derde inzicht. Ziekenhuizen worden traditioneel bestuurd via afdelingen, en iedere afdeling optimaliseert haar eigen planning, capaciteit en processen. Maar patiënten bewegen zich langs zorgketens. Een kleine anekdote hierover: Toen de afdelingsleiding van één van de essentiële ketenafdelingen vanuit management perspectief in haar wijsheid bedacht, te kunnen beslissen om de afdeling tijdens het kerststreeks te sluiten, was mijn ondeugende vraag of kankercellen dan ook kerstvakantie kregen. Met rasse schreden werd op deze niet-patiëntgerichte beslissing teruggekomen.

In de hoofdhalsoncologie hebben wij geleerd dat echte verbetering pas ontstaat wanneer keteneigenaren, professionals en bestuurders gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor het totale traject. De hoofdhalsoncologie in het Radboudumc liep daarin landelijk en internationaal voorop. Ik ben opeenvolgende raden van bestuur, centrum- en afdelingsleidingen erkentelijk voor hun steun aan deze ontwikkeling.

Deze lessen zijn veel breder toepasbaar in vrijwel alle zorgnetwerken. De toekomst van de zorg ligt niet in steeds grotere instellingen, maar in beter verbonden netwerken – ook over ziekenhuismuren heen. Netwerken waarin expertise wordt geconcentreerd én toegankelijk blijft. Waarin gegevens worden gedeeld, van uitkomsten wordt geleerd en professionals gezamenlijk optrekken. En waarin de patiënt niet van loket naar loket hoeft te reizen om passende zorg te ontvangen.

Ook voor de palliatieve zorg. Nederland heeft de afgelopen twintig jaar bewust geïnvesteerd in eerstelijns zorg, thuis en in hospices, zodat steeds meer mensen kunnen kiezen waar zij hun laatste levensfase doorbrengen. Niet omdat het goedkoper is, maar omdat het beter aansluit bij wat mensen belangrijk vinden. Organisatie van zorg is uiteindelijk geen logistiek vraagstuk. Het is een waardenvraagstuk. Goede zorg ontstaat niet doordat één professional uitblinkt, maar doordat een netwerk uitblinkt: de juiste zorg, voor de juiste patiënt, op het juiste moment, op de juiste plaats. Laten wij daar trots op zijn.

4 – Gericht: Handvatten voor de zorg van morgen

Mijn loopbaan begon bij patiënten en eindigde in een wereld van beleid met geaggregeerde informatie, gebaseerd op betrouwbare data. Het houvast in de oncologie was lange tijd gebaseerd op gemiddelden: gemiddelde overleving, gemiddelde respons, gemiddeld risico. Maar patiënten zijn geen gemiddelden. Iedere patiënt brengt een eigen context mee. Een eigen genetisch profiel, eigen wensen, eigen doelen, eigen zorgen. De oncologische zorg is verschoven van generiek naar gepersonaliseerd. Van wat werkt gemiddeld? Naar: wat werkt voor deze patiënt? Maar welk houvast hebben we dan?

Drie handvatten staan ons hiertoe ter beschikking:

4.1 - De Nederlandse Kankerregistratie

Ten eerste de Nederlandse Kankerregistratie. Om ontwikkelingen te herkennen en monitoren hebben wij betrouwbare gegevens en informatie nodig. Daarom zijn ook anderen de laatste jaren de meerwaarde van de Nederlandse Kankerregistratie gaan zien. Niet als databank – landelijk dekkend sinds 1989 – maar als het collectieve geheugen van en als stuurinstrument voor de oncologische en palliatieve zorg, beheerd door IKNL en gevuld door hoogopgeleide onafhankelijke datamanagers, data-specialisten en klinisch informatici. Registreren was nooit het doel. Het doel is leren en verbeteren: de spreiding en determinanten van kanker bestuderen. En met die kennis gezondheidsproblemen voorkomen en beheersen vanuit maatschappelijk perspectief.

IKNL maakt met bescheiden lef dit zichtbaar vanuit haar missie: de impact van kanker reduceren door data te laten leven. Wat gaat beter? Wat blijft achter? Waar blijven

verschillen bestaan? Waar zijn verbeteringen mogelijk? Het gaat om het begrijpen van een ziekte en haar impact op mens en maatschappij – niet alleen van een behandeling. Een soort Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) voor de oncologische en palliatieve zorg.

4.2 - De Kankeratlas

Een tweede prachtig handvat van wat een landelijk dekkende registratie mogelijk maakt, is de door IKNL in 2021 gelanceerde interactieve Nederlandse Kankeratlas. Toen deze verscheen, zagen velen landkaarten. Ik zag vooral vragen. Waarom meer huidkanker langs de kust? Waarom regionale verschillen in longkanker, in baarmoederhalskanker, tussen bevolkingsgroepen? De kracht van de atlas zit niet in het tonen van verschillen, maar in het zichtbaar maken van kansen voor verbetering. De atlas leidde tot lokale preventieprogramma's van GGD's en gemeenten, gesubsidieerd door KWF-kankerbestrijding. Data werden informatie, informatie werd actie, actie werd gezondheidswinst, bijvoorbeeld door stijging van de participatiegraad aan bevolkingsonderzoeken. Soms binnen één specifieke wijk.

De impact van de Nederlandse Kankeratlas reikt inmiddels verder dan Nederland. Onder leiding van Gijs Geleijnse, senior clinical data scientist bij IKNL, werken sinds 2025, 29 landen binnen het Europese CancerWatch-programma samen aan een gezamenlijke infrastructuur voor kankerregistratie en kankerintelligentie⁹. Het doel is niet alleen beter inzicht te krijgen in kankerincidentie en overleving in Europa, maar ook in gezondheidsverschillen, preventie, kwaliteit van leven en de effectiviteit van zorg.

Daarmee groeien de Nederlandse Kankeratlas én de Nederlandse Kankerregistratie uit van nationale instrumenten tot onderdeel van een bredere Europese kennisomgeving.

4.3 - Passende zorg

Passende zorg is het derde handvat: de leidraad voor het organiseren en leveren van zorg, waarbij centraal staat: wat heeft deze patiënt écht nodig, wat werkt, en hoe kunnen we dat op een goede en houdbare manier organiseren, om de zorg van de toekomst in te richten met ruimte om op de eigen manier te leven én te sterven.

Wat dat betekent wordt het scherpst zichtbaar in het leven van Lieke Marsman. Toen Lieke Marsman zei¹⁰: "Ik ga alsnog dood, dat weet ik ook wel, maar wél op mijn manier", gaf zij woorden aan een spanning die in de oncologie dagelijks voelbaar is. De spanning tussen medische logica en persoonlijke betekenis. Marsman, Dichter des Vaderlands van 2021 tot 2023, leefde acht jaar met een zeldzame kanker, kraakbeenkanker, die in het medisch jargon al snel 'uitbehandeld' heet. Dat woord is in haar verhaal nauwelijks meer houdbaar. Zij schreef door, trouwde, reisde. Zij koos voor amputatie en bleef zoeken naar behandeling, tijd en ruimte om te leven. Met voor haar een goede kwaliteit van leven. Zij overleed op 3 juni jongstleden op 35-jarige leeftijd.

Dit is geen pleidooi voor doorgaan tegen beter weten in. Het is een pleidooi voor ruimte. Ruimte om medische mogelijkheden te wegen in het licht van persoonlijke waarden. Ruimte om af te wijken van de standaard zonder buiten de zorg te vallen. In het denken over passende zorg klinkt vaak de vraag: wanneer is genoeg genoeg? Marsman draait die vraag subtiel om: genoeg voor wie?

Voor mensen met een zeldzame kanker – één op de vijf kankerpatiënten – is die spanning het scherpst. Hun overlevingskansen zijn gemiddeld slechter en expertise is schaars. Versnippering van zorg is dan ook geen organisatorisch detail, maar een existentiële kwestie. Passende zorg is dus niet het zoeken naar één juiste uitkomst, maar het creëren van een veld waarin verschillende uitkomsten mogelijk blijven – zolang zij gedragen worden door expertise én door de mens zelf. Lieke Marsman vraagt ons, ook na haar overlijden, om die ruimte serieus te nemen.

5 - Innovatief: Ontwikkelingen

De oncologische én de gehele zorg gaat én moet veranderen. De komende twintig jaar krijgen we meer patiënten, meer overlevers, meer zorgvraag, schaarser personeel en hogere verwachtingen. Zonder veranderingen én innovatie gaat ons systeem vastlopen. Ik zie hiertoe drie grote ontwikkelingen op ons afkomen.

5.1 - Nieuwe geneesmiddelen:

Ten eerste nieuwe veelal dure geneesmiddelen gebaseerd op de kennis van ons immuunsysteem, immuuntherapie. De meest indrukwekkende medische ontwikkeling van dit moment. Bij uitgezaaid melanoom, longkanker en hematologische kanker zien wij overlevingscijfers die vroeger nauwelijks voorstelbaar waren^{11,12}. Maar zeer kostbare immuuntherapie leert ons ook iets anders. Niet iedere patiënt profiteert. Niet iedere behandeling voegt waarde toe. Niet iedere ontwikkeling is automatisch een verbetering. De centrale vraag wordt daarom: voor wie werkt deze behandeling? En voor wie niet? Dat zijn vragen die niet meer te beantwoorden zijn in een dubbelblind gerandomiseerde prospectieve studie van acht tot tien jaar. Daarvoor gaan ontwikkelingen te snel: het Zorginstituut spreekt over meer dan honderd nieuwe dure geneesmiddelen de komende jaren, alleen al binnen de oncologie.

5.2 - Informatie Technologie

Ten tweede real-world data. Up-to-date praktijkgegevens worden steeds belangrijker. Registratiestudies laten zien wat mogelijk is. Real-world data laten zien wat werkelijk gebeurt. Juist de verbinding van real-world data met fundamenteel en translationeel onderzoek maakt het mogelijk om ontdekkingen uit het laboratorium sneller naar de patiënt te brengen, terwijl ervaringen uit de dagelijkse praktijk nieuwe wetenschappelijke onderzoeksvragen opwerpen. De combinatie van de kennisinstituten DICA en IKNL maakt

het vervolgens mogelijk om deze ontwikkelingen in de dagelijkse praktijk voortdurend te evalueren en te verbeteren. De toekomst behoort toe aan lerende zorgsystemen aan de hand van up-to-date informatie. Systemen waarin iedere patiënt bijdraagt aan betere zorg voor de volgende patiënt.

5.3 - Van patiënt naar prepatiënt:

En ten derde: de geneeskunde verschuift van reageren naar voorspellen. De filosoof Jos de Mul¹³, beschrijft hoe de patiënt steeds meer prépatiënt wordt. Mensen die zich gezond voelen, maar die door screening, biomarkers, genetische profielen en kunstmatige intelligentie, gezien gaan worden als iemand met een verhoogd risico op een toekomstige ziekte.

Deze ontwikkeling roept nieuwe vragen op. Wat is gezondheid? Hoe maakbaar is het? Wat is de toegevoegde waarde van screeningstests buiten de bevolkingsonderzoeken om? Hoe gaan wij om met risico, angst en onzekerheid, zonder te vervallen in overdiagnostiek? En hoe blijven wij menselijk in een steeds digitalere zorg? Om verwachtingen te kanaliseren hebben we hier met elkaar het maatschappelijke gesprek over te voeren. De vraag blijft dezelfde: moet alles wat kan ook daadwerkelijk worden gedaan? Want aan 'Leven' ga je immers dood.

6 – Samen: Niemand kan het alleen

De grootste les uit mijn loopbaan is misschien wel deze: geen enkele organisatie bezit de regie over de toekomst van de zorg en de oncologie. Niet de ziekenhuizen en zorginstellingen. Niet de universiteiten en UMC's. Niet de onderzoekers. Niet de professionals. Niet de bestuurders. Niet de patiëntenorganisaties. Niet de zorgverzekeraars, het Zorginstituut of de Zorgautoriteit. En ook het ministerie van VWS heeft die regie niet – en kan die, in ons stelsel, ook niet hebben. Iedereen is schakel in een complexe keten. Niemand voert de regie. Dus zullen de schakels het met elkaar moeten doen. De hoofdhalsoncologie heeft laten zien wat samenwerking kan opleveren: concentratie van expertise, betere uitkomsten en continu leren van elkaar.

Maar ook de kennisinstituten Dutch Institute of Clinical Auditing (DICA) en IKNL zijn een voorbeeld van 'samen'. Ik ben trots dat de bestuurlijke fusie per 1 januari jongstleden een feit is, en dat de weg richting een juridische fusie is ingeslagen. Waarom dat nodig is? Omdat wij elkaar kwadratisch kunnen versterken. Omdat epidemiologische kennis over kanker, kwaliteitsverbetering en databeschikbaarheid steeds meer samenkomen. Omdat zo één onafhankelijk kennisinstituut ontstaat met één onderliggende data-infrastructuur. Zo kunnen we registratielast verminderen en beter omgaan met de groeiende informatiebehoefte. Omdat patiënten recht hebben op zorg die zichzelf blijft monitoren en verbeteren. Kennis is daarbij geen kostenpost. Kennis is een investering in kwaliteit en duurzaamheid van zorg.

De uitdagingen waarvoor Nederland staat, zijn niet uniek. Heel Europa vergrijst. Heel Europa ziet de kankerincidentie stijgen. Heel Europa worstelt met personeelstekorten.

Heel Europa zoekt naar houdbare zorgsystemen. Daarom wordt Europese samenwerking steeds belangrijker. Het Europese kankerplan zette in 2021 kanker bovenaan de Europese gezondheidsagenda¹⁴. De Europese Health Data Space maakt het mogelijk over s' landsgrenzen heen, gegevens verantwoord te delen en van elkaar te leren¹⁵. Want ook Nederland kan leren van initiatieven in het buitenland. Ik zie daarin een belangrijke rol voor DICA|IKNL en de Nederlandse Kanker Agenda¹⁶. Niet als machtscentrum, maar als onderdeel – en soms aanjager – van een zenuwstelsel dat kennis verbindt en beweging mogelijk maakt.

7 – De keuzes richting 2045

Mijn persoonlijke samenvatting van de belangrijkste inzichten uit 5 verschillende publieke rapporten, te weten de drie signalementen Passende Zorg voor mensen met kanker vanuit het Zorginstituut^{17,18,19}, het RVS-advies op gezondheid en zorgstelsel²⁰ en de Nederlandse Kanker Agenda¹⁶, stelt ons richting 2045 voor zeven fundamentele keuzes in en voor de oncologische zorg.

- (1) Van zorg naar gezondheid;
- (2) Van maximale zorg naar passende zorg;
- (3) Van generieke oncologie naar precisiegeneeskunde;
- (4) Van registreren naar leren;
- (5) Van ziekenhuizen naar netwerken;
- (6) Van uitsluitend overleving naar betekenisvol leven met en na kanker.
- (7) En van nationale naar Europese oplossingen.

Er is naar mijn overtuiging echter nog één, niet genoemde, achtste keuze toe te voegen. Misschien wel de belangrijkste: gelijke kansen! Van alle ontwikkelingen die ik de afgelopen jaren heb gezien, hebben gezondheidsverschillen mij het meest beziggehouden.

Iedere innovatie draagt het risico in zich, om gezondheidsverschillen te vergroten. Dat geldt voor preventie, vaccinatie, screening, digitale zorg, kunstmatige intelligentie en precisiegeneeskunde. Daarom moeten wij niet alleen kijken hoeveel gezondheid wij creëren, maar ook hoe eerlijk die gezondheid verdeeld wordt? Vooruitgang moet niet alleen zichtbaar zijn in overleving, incidentie en sterfte. Maar ook in gezonde toegevoegde levensjaren, toegang tot innovatie, kwaliteit van leven, kansen op gezondheid. Ondanks dat er altijd verschillen zullen blijven, moeten we wel iets doen. De verschillen zijn nu, ook binnen de oncologie, te groot^{21,22,23}. Opleiding, inkomen, leefomgeving en gezondheidsvaardigheden. Ook in wijken, op scholen, op werkplekken en in woningen. In de maatschappelijke omstandigheden en context waarin mensen leven. Ze beïnvloeden allemaal de kans op ziekte én op gezondheid. Hier ligt misschien wel de grootste maatschappelijke uitdaging van de komende decennia. Niemand voert hier namelijk regie op. Met name omdat dit een interdepartementaal vraagstuk is, belegd bij meerdere ministeries.

Misschien moet daarom de volgende generatie Kankeratlas uiteindelijk niet alleen een atlas van kanker zijn. Maar een atlas van gezondheidskansen. Ik pleit vanaf deze plaats voor het opnemen van een nieuwe indicator binnen de Nederlandse Kankeratlas én de Nederlandse Kanker Agenda. Een Kankerkansen-index! En het liefst Europees ingebed binnen CancerWatch.

Deze index kan vier kansen meten.

- (1) De kans om kanker te voorkómen zoals de waarde van preventie, leefstijl, wonen, werken, omgeving, milieu of deelname aan vaccinatieprogramma's.
- (2) De kans op vroege detectie via bijvoorbeeld bevolkingsonderzoeken.
- (3) De kans voor toegang tot innovatieve behandeling.
- (4) En de kans op overleving én kwaliteit van leven.

Uitgesplitst naar regio, land, sociaaleconomische positie, tumorsoort en leeftijd. Zo kan niet alleen zichtbaar worden wat een behandeling oplevert, maar ook waar de winst het grootst is en het fruit het laagst hangt.

Zoals reeds gezegd hebben wij gedurende vele jaren de vooruitgang in de oncologie afgemeten aan gemiddelden. Maar dat is dus niet het hele verhaal. Wanneer de overleving stijgt én de verschillen tussen bevolkingsgroepen groter worden, is er vooruitgang én toename van ongelijkheid tegelijk. Een gelijk spelveld voor gezondheid is misschien wel de meest fundamentele kwaliteitsindicator van een rechtvaardiger maatschappij- en zorgsysteem. Niet voor niets heeft de Gezondheidsraad gezondheidsverschillen tot centraal thema van haar strategie gemaakt²⁴.

Echte vooruitgang ontstaat pas wanneer gezondheid verbetert én verschillen tussen mensen kleiner worden. Dat is mijns inziens de belangrijkste opdracht voor de komende decennia in een dubbel vergrijzende maatschappij met steeds meer technische en innovatieve mogelijkheden.

8 - De Agenda naar morgen

Eén van de initiatieven waar ik het meest trots op ben, is de reeds eerdergenoemde Nederlandse Kanker Agenda¹⁶, in 2023 geïnitieerd en gepresenteerd door KWF-kankerbestrijding, de Nederlandse Federatie van Kankerpatiënt-organisaties (NFK) en IKNL. Deze agenda is uitgegroeid tot een gezamenlijke ambitie van patiëntenorganisaties, zorgverleners, onderzoekers én overheid om de impact van kanker op de samenleving te verkleinen²⁵. En richt zich op het voorkomen van kanker, vroegere opsporing, betere behandelingen en een hogere kwaliteit van leven voor mensen met en na kanker. Zeven doelen krijgen daarbij extra aandacht waaronder minder roken, betere deelname aan bevolkingsonderzoeken, betere zorg voor zeldzame kankers, het verminderen van late gevolgen van kanker en het ondersteunen van kankerpatiënten om te kunnen blijven werken.

Nederland was tot voor kort het enige land in Europa zonder een dergelijke agenda, maar sluit nu ook aan bij het Europese kankerplan. Deze kankeragenda is geen document maar een belofte. Een belofte aan mensen vóór, met en na kanker. Een belofte dat samenwerking belangrijker blijft dan instituties. Een belofte dat de mens centraal blijft staan. Een belofte om vol te houden. Juist wanneer het ingewikkeld wordt.

9 - Slotbeschouwing – Het kompas

Dames en heren. De paradox van succes is niet of ontwikkelingen en innovaties doorgaan. Die gaan door. Wat mij wakker houdt, is of wij voldoende mensen hebben om de voordelen van die ontwikkelingen en innovaties ook werkelijk beschikbaar te maken voor patiënten. Tijdens mijn loopbaan heb ik vier revoluties meegemaakt.

- (1) Van papier naar digitaal: elektronische patiëntendossiers en kunstmatige intelligentie.
- (2) Van handwerk naar innovatieve en planbare behandelingen.
- (3) Van achteraf analyseren naar monitoren en voorspellen^{27,28}.
- (4) Van monodisciplinair naar multidisciplinair.

Deze laatste is mijns inziens uiteindelijk belangrijker dan alle anderen. Want als professionals zijn wij ons steeds meer bewust geworden dat achter ieder samenwerkingsverband, ieder beleidsstuk, iedere registratie, ieder dashboard, iedere richtlijn en ieder algoritme een mens zit. Een mens die hoopt. Een mens die twijfelt. Een mens die wil leven.

Kijkend naar het containerschip met steviger vastgesjorde containers, constateer ik dat er nieuwe bemanning aan boord zal komen en dat nieuwe bestemmingen zich zullen aandienen. Maar de richting blijft dezelfde. Daarom sluit ik af met het kompas dat mij in mijn loopbaan heeft geholpen:

- Gericht: om iedere patiënt werkelijk te zien.
- Innovatief: om nieuwe mogelijkheden en kansen te creëren en te gebruiken.
- Samen: omdat niemand deze opgave alleen kan dragen.

10 - Dankwoord

Mijnheer de rector magnificus, dames en heren,

Na mijn afscheidscollege over de toekomst van de oncologie en zorg, wil ik natuurlijk een aantal, voor mij belangrijke sleutelfiguren, bedanken. Mensen die mij hebben gevormd, geïnspireerd, uitgedaagd en met wie ik heb mogen schuren.

Allereerst dank ik de leden en oud-leden van het College van Bestuur van de Radboud Universiteit, de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van het Radboudumc, en in het bijzonder de decaan Jan Smit, voor het vertrouwen dat sprak uit de doorontwikkeling van deze leerstoel. Het bood mij de mogelijkheid om de wereld van patiëntenzorg te verbinden met die van beleid, organisatie, onderwijs en onderzoek.

Mijn dank gaat ook uit naar de leden van de Raad van Toezicht van IKNL en in het bijzonder de elkaar opvolgende voorzitters Emile Lohman en Gijs de Vries. En de leden van de Raad van Toezicht van DICA en sinds 1 januari jongstleden DICA | IKNL. Besturen is uiteindelijk mensenwerk. Grote veranderingen, zoals de weg die heeft geleid tot de bestuurlijke fusie, ontstaat alleen wanneer mensen bereid zijn over hun eigen schaduw heen te stappen en het gezamenlijke en maatschappelijk belang centraal te stellen. Dank voor jullie steun en vertrouwen.

Aan mijn collega's binnen IKNL: Peter Huijgens, Valery Lemmens, Suzanne Verboort, en sinds de bestuurlijke fusie met DICA ook Bente Jorritsma. En alle medewerkers waarmee ik heb mogen samenwerken. Wat mij steeds heeft getroffen is de combinatie van vakmanschap en betrokkenheid. Samen hebben wij laten zien dat data, omgevormd tot begrijpelijke informatie, pas echt betekenis krijgen wanneer ze bijdragen aan betere zorg voor mens en maatschappij en dus ook patiënten. Een speciale dank aan de datamanagers van de Nederlandse Kankerregistratie. U wordt zelden genoemd in een rapport, proefschrift, oratie, laat staan in een afscheidscollege. Toch is er geen trend of patroon in het symposium en dit college dat niet uiteindelijk op uw werk rust.

Mijn professionele wortels liggen in de mond-, kaak- en aangezichtschirurgie en de hoofdhalsoncologie. Daarom een bijzonder woord van dank aan mijn opleiders Hans Peter Freihofer, Paul Stoeltinga en Ingolv Bruaset. Jullie leerden mij niet alleen een vak, maar vooral een manier van kijken naar ziekte en gezondheid. Ook dank ik de afdelingshoofden MKA en IQ Health, respectievelijk Stefaan Berge, Gert Westert en Bart Kiemeny en alle collega's van deze twee afdelingen. Jullie boden mij de ruimte om nieuwsgierig te blijven en nieuwe wegen te verkennen.

Alle andere collega's, promovendi, studenten en onderzoekers: dank voor de gesprekken en jullie vragen. Vaak waren die belangrijker dan de antwoorden. Het was een voorrecht om te mogen blijven leren. Veel van wat ik vandaag heb verteld, vloeit voort uit gevoerde discussies.

Ook dank ik alle opeenvolgende bestuurders van de Nederlandse Werkgroep Hoofdhals Tumoren (NWHHT), het landelijk platvorm zeldzame kankers (DRCP) en alle collega's binnen lokale, landelijke en internationale netwerken waarmee ik heb mogen samenwerken. Als dit college één boodschap had, dan is het dat niemand de opgaven van de toekomst alleen kan dragen. De mooiste resultaten ontstaan wanneer professionals bereid zijn zelf en samen verantwoordelijkheid te nemen. Goed voorbeeld doet hopelijk volgen!

Een bijzonder woord van dank aan allen die deze dag mogelijk hebben gemaakt. Achter een symposium en een afscheidscollege schuilt altijd een indrukwekkende hoeveelheid werk. Vanuit de Radboud Universiteit en het Radboudumc: Nico Bouman, Jacqueline Berns en Marjolein Klomp. Vanuit IKNL: Mieke Schreuder, Jolanda Sinha, Mardie Vermunt en Melanie Tol. En Marja van Vliet voor de wederom prachtige vormgeving van het symposium en deze rede. Dank voor jullie professionaliteit, betrokkenheid en geduld.

Dan onze vrienden. In alfabetische volgorde: de fiets-, film-, Ghost, golf-, harmonie, jaar-, kook-, kunst-in-de-kamer-, Rotary-, en tennisclub, en alle andere, ook kleinere verbanden die ons leven kleur geven. Jullie herinneren ons eraan dat er naast werk ook nog een sociale wereld bestaat. Minstens zo belangrijk en misschien wel belangrijker.

Familie en schoonfamilie, broers, zussen, neven, nichten. Dank dat jullie in zo'n grote getale vandaag gekomen zijn. Het laat zien dat een stamboom meer is dan een schematisch harkje. Wij delen niet alleen de overgedragen genen, maar ook de verbanden die een mensenleven kleur en betekenis geven. Uiteindelijk vormen ook families een netwerk: niet georganiseerd, niet gestuurd, maar gedragen door betrokkenheid, loyaliteit en genegenheid.

Mijn ouders, mijn moeder hier aanwezig, dank ik voor alles wat mij in mijn opvoeding is meegegeven. Voor de waarden die de basis vormden van alles wat daarna kwam. Voor de liefde, de steun, en zoals ik het zelf graag zeg: voor het voeden en polijsten.

En tenslotte ons gezin, stevast thuis-thuis genoemd. Liesbeth, mijn één en alles, en onze kinderen Emilie & Aiko met Loek en Julie, Coen & Sophie, Job & Anna. In dit college heb ik gesproken over kwaliteit van leven, waarden en wat er werkelijk toe doet. De belangrijkste lessen daarover heb ik niet geleerd in het ziekenhuis, niet aan de universiteit en niet bij IKNL. Die heb ik thuis geleerd, elkaar coachend aan de keukentafel. Dank voor het accepteren van de vele verstoorde avonden en weekenden met onverwachte telefoontjes en mailtjes. Voor het feit dat er altijd een warm thuis is om thuis te komen. Als er één aspect is dat ik gedurende mijn leven heb geleerd, dan is het dit: successen vervliegen, functies vervallen, posities verlopen, maar blijvend zijn de mensen met wie je de waarden van het leven deelt. Dank voor jullie onvoorwaardelijke liefde, steun en toeverlaat.

Ik heb gezegd.

Referenties

- ¹ Zonder tong geen leven: een hoofdhalzaak! Thijs Merx, 17-12-2008 <https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/65646>
- ² The last lecture. Randy Pausch. Hyperion 2008
- ³ Ik durf het bijna niet te zeggen, maar we leven steeds gezonder. Rosanne Hertzberger. NRC 13-08-2026 nrc.nl/nieuws/ik-durf-het-bijna-niet-te-zeggen-maar-we-leven-steeds-gezonder
- ⁴ De kanker impact barometer. 04-12-2024 <https://nederlandskankercollectief.nl/kanker-impact-barometer/>
- ⁵ Wat kan het VK leren van de Nederlandse aanpak van zorg aan het einde van het leven? Thijs Merx. Financial Times, 13-07-2022 <https://www.ft.com/1>
- ⁶ IKNL. Uitgezaaide kanker in beeld. 05-10-2020 [uitgezaaide-kanker-in-beeld-rapport.pdf](https://iknl.nl/uitgezaaide-kanker-in-beeld-rapport.pdf)
- ⁷ IKNL. Uitgezaaid, nog niet uitgeleefd. 11-11-2025 [rapport-Uitgezaaide-kanker-2025.pdf](https://iknl.nl/rapport-uitgezaaide-kanker-2025.pdf)
- ⁸ Schutte HW et al. Impact of optimizing diagnostic workup and reducing the time to treatment in head and neck cancer. Cancer 01-09-2020 <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cncr.33037>
- ⁹ Europese CancerWatch programma, 22-09-2025 <https://cancerwatch.eu/>
- ¹⁰ Op een andere planneet kunnen ze me redden. Lieke Marsman. Uitgeverij Pluim, 2025
- ¹¹ IKNL. Immunotherapie bij longkanker en melanoom: inzichten uit de praktijk. 23-06-2026 <https://iknl.nl/nieuws/2026/rapport-immunotherapie>
- ¹² IKNL. Trends binnen de hemato-oncologie in Nederland. 18-03-2026 <https://iknl.nl/nieuws/2026/rapport-10-jaar-trends-hemato-oncologie>
- ¹³ De geneeskunde transformeert: hoe artsen ziektes steeds beter kunnen voorspellen. Jos de Mul. Lezing tijdens de Domus Dag van de KNMG. NRC 10-04-2026 <https://www.eur.nl/esphil/nieuws/wanneer-wordt-gezond-zijn-een-illusie-jos-de-mul-over-de-prepatient>
- ¹⁴ Europese beating cancerplan. 03-02-2021. european-health-union/cancer-plan-europe_en
- ¹⁵ Europese verordening voor de Gezondheidsgegevensruimte (EHDS) 05-03-2025 https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_en
- ¹⁶ Nederlandse kanker agenda. Nederlands Kanker Collectief, 27-11-2023 <https://nederlandskankercollectief.nl/agenda/>
- ¹⁷ Signalement passende zorg voor mensen met kanker; netwerk en expertzorg. Zorginstituut 26-09-2022 <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2022/09/26/signalement-passende-zorg-kanker-netwerk-en-expertzorg>
- ¹⁸ Signalement passende zorg voor mensen met kanker; waarde gedreven oncologische zorg. Zorginstituut 11-06-2024 <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2024/06/11/signalement-passende-zorg-kanker-waardegedreven-zorg>
- ¹⁹ Signalement passende zorg voor mensen met kanker; omgaan met kanker in en buiten de spreekkamer. Zorginstituut 31-03-2025 <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2025/03/31/signalement-passende-kanker-in-en-buiten-de-sprekkamer>

- ²⁰ Andere benadering nodig voor verouderende samenleving. Raad Volksgezondheid en Samenleving, 08-09-2025 <https://www.raadvr.nl/actueel/nieuws/2025/09/08/rvs-andere-benadering-nodig-voor-verouderende-samenleving>
- ²¹ IKNL. Kanker in Nederland: sociaaleconomische verschillen. Deel I: verschillen vóór en rondom diagnose. 19-02-2024 <https://iknl.nl/kanker-in-nederland-ses-rapport-1>
- ²² IKNL. Kanker in Nederland: sociaaleconomische verschillen. Deel II: verschillen rondom behandeling. 25-06-2024 <https://iknl.nl/kanker-in-nederland-ses-rapport-2>
- ²³ IKNL. Kanker in Nederland: sociaaleconomische verschillen. Deel III: verschillen in overleving, verloop, gevolgen en (na)zorg bij mensen met of na kanker. 06-11-2024 <https://iknl.nl/kanker-in-nederland-ses-rapport-3>
- ²⁴ Gezondheidsraad. Strategie Gezondheidsraad 2024-2030. Den Haag: Gezondheidsraad; 09-07-2024. <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2024/07/09/strategie-gezondheidsraad-2024-2030>
- ²⁵ De Nederlandse Kanker Agenda. Rijksoverheid. 30-11-2023 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2023/11/30/nederlandse-kanker-agenda>
- ²⁶ De staat van de arbeidsmarkt zorg en welzijn 2025 – trendrapportage, CBS 14-01-2026 [de-staat-van-de-arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn-2025-trendrapportage](https://www.cbs.nl/nl-nl/publicaties/publicatie/2025/14/de-staat-van-de-arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn-2025-trendrapportage)
- ²⁷ Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060: Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Deel 1: toekomstprojecties. 20-04-2020 [rivm.nl/publicaties/toekomstverkenning-zorguitgaven-2015-2060](https://www.wetenschappelijke-raad.nl/publicaties/toekomstverkenning-zorguitgaven-2015-2060)

