

Gevolgen van de coronacrisis voor de oncologische zorg

Analyse van de doelgroep nieuwvormingen

NZa
Update, 21 juli 2020

In samenwerking met:

SONCOS

Stichting Oncologische Samenwerking



Zorg voor data

KNL integraal
kankercentrum
Nederland



palga

DICA
DUTCH
INSTITUTE
FOR CLINICAL
AUDITING

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
1.1 Bronnen	6
1.2 Samenvatting	6
2. Bevolkingsonderzoeken	8
2.1 Stopzetten van bevolkingsonderzoeken	8
2.2 Opstart bevolkingsonderzoeken	9
2.3 Uitgestelde zorgvraag	12
3. Verwijzingen Zorgdomein	14
3.1 Data	14
3.2 Zorgvragen oncologie	14
3.3 Resultaten verwijzingen	15
3.3.1 Totaal oncologische verwijzingen	15
3.3.2 Verwijzingen oncologie per ROAZ regio	17
3.3.3 Verwijzingen oncologie per type verwijzing	19
3.3.4 Verwijzingen per zorgvraag	21
3.4 Urgente verwijzing per zorgvraag	24
4. Oncologische diagnoses	26
5. Actuele productie	33
5.1 Patiënten	33
5.1.1 Patiënten met verdenking van kanker	34
5.1.2 Onderhanden werk per ROAZ regio, doelgroep en specialisme	35
5.2 Verrichtingen	40
5.3 Productie per urgentieklasse	45

1. Inleiding

In deze rapportage geven we een eerste inzicht in de gevolgen van Covid-19 op de reguliere zorg voor patiënten met een (mogelijke) vorm van kanker. We maken daarbij gebruik van verschillende data, zoals verwijsgegevens van ZorgDomein en productiedata van Dutch Hospital Data (DHD) die van alle patiënten de diagnose en behandelingen registreert. Hoe deze patiëntgroep precies is afgebakend wordt nader toegelicht in de betreffende hoofdstukken. Binnen de patiëntgroep worden uitsplitsingen gemaakt naar zorgvraag (bij de verwijsdata), naar doelgroep en specialisme (bij de productiedata), en naar regio. Daarbij zijn de ROAZ-regio's het uitgangspunt. De afbakening van deze regio's is te zien in Figuur 1.

Wij danken alle betrokken ziekenhuizen, ZorgDomein, DHD, RIVM, IKNL, SONCOS en DICA voor hun bijdrage aan de ontwikkeling van deze rapportage.

In deze rapportage treft u eerst een analyse van de impact van het stopzetten en weer opstarten van de bevolkingsonderzoeken, gevolgd door overzichten van naar het ziekenhuis verwezen patienten met een klacht die mogelijk wijst op een tumor; van de oncologische diagnosen zoals verzameld door IKNL, en ten slotte van de ziekenhuisproductie met betrekking tot nieuwvormingen.

Figuur 1 ROAZ indeling



1.1 Bronnen

Dit rapport is een gezamenlijk product van NZa, RIVM, IKNL, DICA, DHD, ZorgDomein en SONCOS en maakt dankbaar gebruik van verschillende bronnen die ons zijn aangereikt: de ziekenhuisdata die door DHD worden verzameld, gecontroleerd en voor ons bewerkt en geaggregeerd om analyses op te kunnen doen, geaggregeerde verwijzdata van Zorgdomein, cijfers van het RIVM over de bevolkingsonderzoeken en cijfers van IKNL en PALGA over gestelde diagnoses.

1.2 Samenvatting

De urgente zorg voor oncologische patiënten heeft voor een groot deel gewoon doorgang gevonden tijdens de corona crisis. Inmiddels zien we dat ook de uit te stellen zorg weer bijna op hetzelfde niveau is als de meest urgente zorg. In de periode tussen half maart en half mei zijn minder nieuwe patiënten naar het ziekenhuis gekomen en is het aantal gevonden tumoren met ongeveer 20 - 25% afgenomen. Eind juni is dat aantal weer bijna op het oude niveau. De bevolkingsonderzoeken zijn weer gestart, de verwijzingen van de huisarts zijn weer op het niveau van voor de corona-uitbraak en in juni melden zich opvallend veel nieuwe patiënten bij de ziekenhuizen. De 'achterstand' in gestelde diagnoses wordt nog niet ingehaald. Het aantal behandelingen per week dat we in de ziekenhuis registraties vinden blijft nog achter. Dat kan ook komen doordat deze later geregistreerd worden of doordat de zorg over minder behandelmomenten wordt gespreid.

De bevolkingsonderzoeken zijn weer hervat, maar nog niet met de volledige capaciteit. Gestart is met de mensen die aan de beurt waren toen de bevolkingsonderzoeken werden gestaakt. De periode tussen twee screeningsmomenten (uitstrijkje, mammografie, ontlastingstest) is nu dus ongeveer 3 maanden langer dan gebruikelijk. Het is voorlopig niet de verwachting dat deze achterstand ingehaald kan worden.

Het darmkankeronderzoek startte al op 11 mei weer op. In juni zijn in totaal iets meer dan 116 duizend mensen benaderd, 78% van het aantal dat in juni 2019 uitgenodigd was. De borstkankerscreening is vanaf 8 juli hervat op 40% van de normale capaciteit en het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is op 1 juli hervat met het reguliere aantal vrouwen dat per week wordt uitgenodigd. Er zijn nog geen gegevens beschikbaar over de deelname.

Het aantal verwijzingen is bijna terug op het oude niveau in alle regio's en bij sommige oncologische verwijzingen is er mogelijk sprake van een inhaalslag. Opvallend daarbij is de toename van verwijzingen van (voorstadium van) huidkanker. Het aantal verwijzingen komt ruim boven het niveau van de eerste weken van het jaar. In 2018 en 2019 ging het aantal verwijzingen met (een voorstadium van) huidkanker echter ook omhoog in de zomermaanden.

De verwijzingen vanwege een afwijkend uitstrijkje en afwijkingen in de borst zijn ook toegenomen maar blijven nog onder het oude niveau. Dit verschil is ongeveer even groot als het aantal verwijzingen naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek in 2018.

Het aantal nieuwe tumoren dat is gevonden in juni is sterk gestegen ten opzichte van de maanden ervoor. Sinds april herstelt het aantal diagnoses. Uit de rapportages van IKNL blijkt dat het aantal gevonden tumoren de afgelopen maand weer binnen het 10-jaars gemiddelde viel. Er is nog geen sprake van een structurele inhaalslag.

Het totaal aantal patiënten dat in juni voor het eerst naar het ziekenhuis kwam, is relatief groot in vergelijking met vorig jaar. In de eerste zes maanden van 2019 werden in totaal 7,4 miljoen patiënten in het ziekenhuis behandeld. Daarbij baseren we ons op de productiecijfers van ziekenhuizen (bron: DHD in de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuizen). In de registratie vinden we in de eerste helft van 2020 6,2 miljoen patiënten terug. We weten echter dat een deel van de patiënten in zorg nog niet zijn geregistreerd. Het aantal behandelde patiënten in de ziekenhuiszorg is naar schatting inmiddels ruim 90% van wat we zouden verwachten op basis van de aantallen van vorig jaar. Dit geldt vermoedelijk ook voor het aantal oncologische patiënten.

De hoeveelheid zorg per week neemt in juni veel minder hard toe. Het aantal patiënten dat per week naar het ziekenhuis gaat en het aantal verrichtingen en opnames blijven nog achter. We verwachten dat dit een combinatie is van het samenvoegen van afspraken, uitgestelde zorg en achterblijvende registratie. We zien wel dat nu ook de uitstelbare zorg weer op gang komt, zoals plastische chirurgie (vermoedelijk borstreconstructies).

2. Bevolkingsonderzoeken

In opdracht van het Ministerie van VWS organiseert RIVM landelijke bevolkingsonderzoeken om bepaalde kankersoorten vroegtijdig op te sporen. Bij een deel van de patiënten geven de resultaten van het bevolkingsonderzoek aanleiding voor verder onderzoek. De bevolkingsonderzoeken betekenen daarom een constante toestroom van patiënten naar de medisch specialistische zorg. Bij een deel zal het vervolgonderzoek in het ziekenhuis in een diagnose van kanker resulteren en zal er dus verdere behandeling nodig zijn.¹

Er zijn drie landelijke bevolkingsonderzoeken met betrekking tot het vroegtijdig opsporen van kanker:

- Het onderzoek naar borstkanker: alle vrouwen tussen 50 en 75 jaar krijgen iedere twee jaar een uitnodiging voor onderzoek. Hierbij worden er twee röntgenfoto's gemaakt van de borst. Op de röntgenfoto's wordt naar afwijkingen gezocht om een eventuele kwaadaardige tumor vroegtijdig op te sporen. In 2018 zijn er ongeveer 1,3 miljoen vrouwen uitgenodigd voor het onderzoek (IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek borstkanker 2018).
- Het onderzoek naar baarmoederhalskanker: dit onderzoek kijkt of vrouwen risico hebben op baarmoederhalskanker. Vrouwen tussen 30 en 60 jaar krijgen ieder vijf jaar een uitnodiging voor het onderzoek. In 2018 zijn er bijna 800 duizend vrouwen uitgenodigd (IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 2018).
- Het onderzoek naar darmkanker: alle mannen en vrouwen tussen de 55 en 75 jaar krijgen iedere twee jaar een uitnodiging voor het onderzoek. Het onderzoek probeert (dikke)darmkanker in een vroeg stadium op te sporen. In 2018 zijn er bijna 2,2 miljoen mensen uitgenodigd (IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek darmkanker 2018).

2.1 Stopzetten van bevolkingsonderzoeken

Om genoeg vrije capaciteit te behouden in de medisch specialistische zorg voor het behandelen van patiënten met COVID-19, zijn de bevolkingsonderzoeken op 16 maart stopgezet. Er werden geen nieuwe uitnodigingen gestuurd. Alleen deelnemers aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker die na een half jaar opnieuw getest moesten worden op afwijkende cellen zijn

¹ Bij darmkanker werd in 2018 bijvoorbeeld bij 6% van de patiënten die een vervolgonderzoek (coloscopie) ondergingen darmkanker vastgesteld. Verder werden bij 36% poliepen (advanced adenomen) verwijderd, waarmee de kans op de ontwikkeling van darmkanker verkleind werd (IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek darmkanker, 2018). Van de vrouwen die naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker naar een gynaecoloog doorverwezen werden in 2018, werd bij 34% een voorstadium van kanker vastgesteld (IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, 2018). De verwijzingen naar aanleiding van het borstkankeronderzoek resulteerden bij 29% van de vrouwen in de diagnose borstkanker in 2017 (IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek borstkanker, 2018).

afgelopen maanden (zoals gebruikelijk) wel uitgenodigd. Het stopzetten van de bevolkingsonderzoeken leidde tot een daling van het aantal verwijzingen voor vervolgonderzoek en vervolgens tot een daling in de gestelde diagnoses.

Met het stopzetten van de bevolkingsonderzoeken kwam niet per direct de hele keten tot stilstand. De resultaten van de al gemaakte onderzoeken of ingestuurde testen werden bijvoorbeeld nog bekend waaruit een advies voor vervolgonderzoek (verwijzing) kon volgen. Die vervolgonderzoeken konden bij sommige huisartsen en/of ziekenhuizen niet meer door gaan, of zijn uitgesteld en daardoor kwamen die patiënten op de wachtlijst. De grote daling in het aantal verwijzingen volgt daarom het stilleggen van onderzoeken met een aantal weken vertraging. Een verwachte daling van het aantal diagnoses als gevolg van het stopzetten van bevolkingsonderzoeken volgt nog een paar weken later omdat die is gebaseerd op de resultaten van het vervolgonderzoek. Hetzelfde geldt voor het opstarten van de bevolkingsonderzoeken. Het versturen van de uitnodigingen gaat niet meteen in verwijzingen resulteren, maar met een paar weken vertraging.

2.2 Opstart bevolkingsonderzoeken

De bevolkingsonderzoeken worden gefaseerd weer opgestart. Voor de herstart van het bevolkingsonderzoek borstkanker is het nodig dat er capaciteit beschikbaar is voor vervolgonderzoek in het ziekenhuis, dat screeningslocaties aangepast worden naar aanleiding van de COVID-19 maatregelen en dat er genoeg beschermingsmiddelen beschikbaar zijn. Vanaf 24 juni worden er weer uitnodigingen verstuurd en vanaf 8 juli is de screening hervat.² Eerst worden de vrouwen uitgenodigd die ten tijde van de stopzetting al een uitnodiging hadden ontvangen maar toen niet meer konden komen. Zij worden in een aantal fases uitgenodigd, afgestemd op de onder COVID-19 maatregelen-beschikbare capaciteit. Op dit moment is de productie op 40% van de normale capaciteit. Door het verder optimaliseren van de werkwijze van screening met COVID-19 maatregelen kan de capaciteit hopelijk binnen twee maanden opgehoogd worden (Bron: RIVM).

Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is op 1 juli hervat met het reguliere aantal vrouwen dat per week wordt uitgenodigd. Eerst krijgen de vrouwen een uitnodiging die vóór 16 maart al een uitnodigingsbrief of zelfafnameset in huis hadden, maar toen niet meer konden deelnemen. Daarna, een paar weken later, worden de vrouwen uitgenodigd die op 16 maart een brief hadden moeten krijgen. Er zijn nog geen gegevens beschikbaar over de deelname.

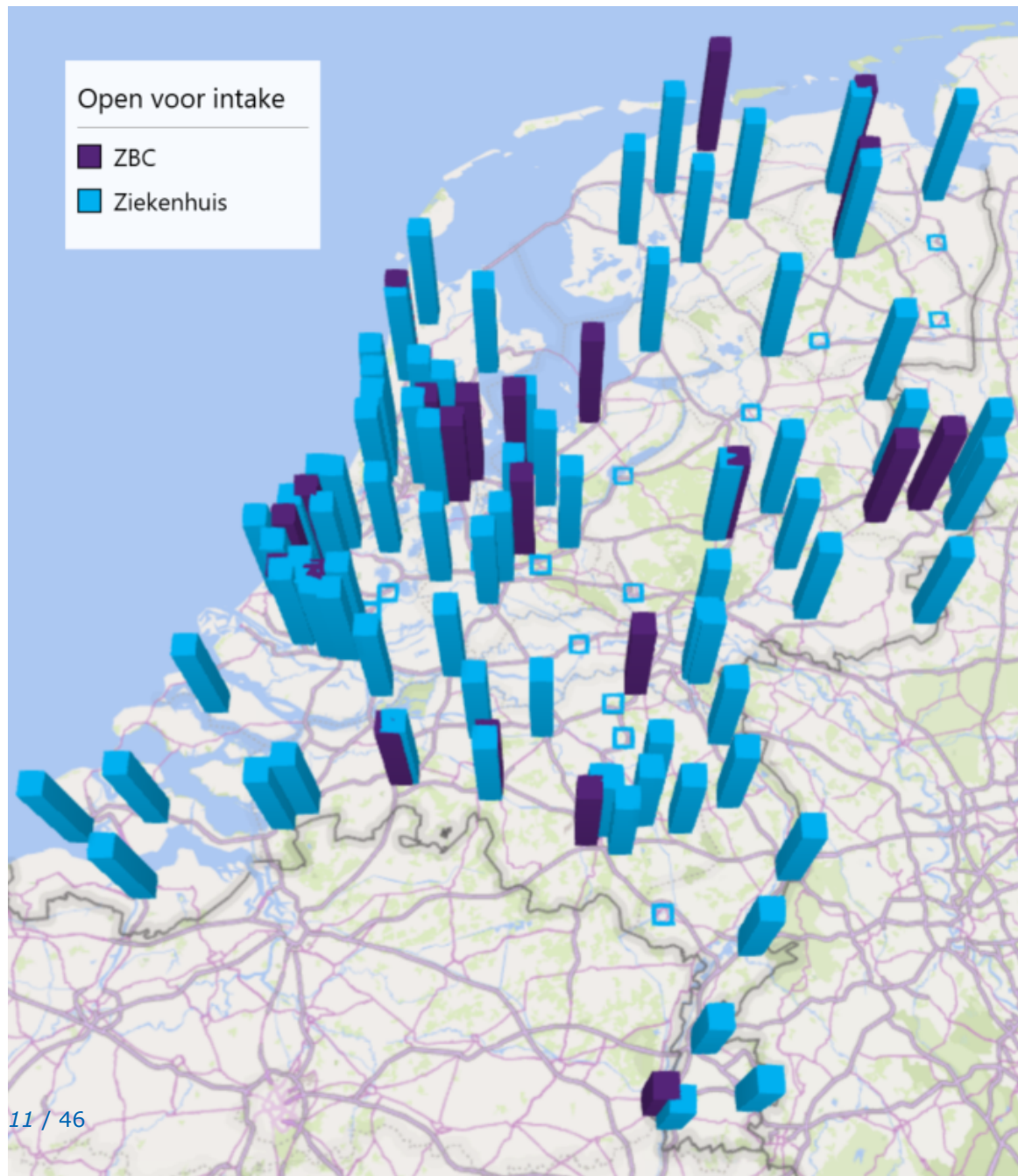
Het darmkankeronderzoek startte op 11 mei weer op. Eerst zijn de mensen die al voor 16 maart een uitnodiging hadden gekregen maar daarna hun test niet meer konden insturen, opgeroepen om hun test alsnog in te sturen. Pas daarna, vanaf 1 juni zijn er nieuwe uitnodigingen verstuurd. In juni zijn in totaal iets meer dan 116.000 mensen benaderd. Dit is het 78% van het aantal dat in

² Medio juni was een kleine groep vrouwen als proef op de screening met coronamaatregelen uitgenodigd en gescreend.

juni 2019 uitgenodigd was.

Het aantal uitnodigingen wordt afgestemd op de beschikbare capaciteit van ziekenhuizen voor de vervolgonderzoeken (coloscopie). Figuur 2 laat zien welke coloscopiecentra open zijn voor onderzoek (peildatum 6 juli). De staafjes zijn de ZBC's (zelfstandig behandelcentra) en ziekenhuizen die slots hebben opengezet voor onderzoek. De hoogte is niet representatief voor het aantal slots. De lege vierkanten representeren centra die nog niet open zijn. De cliënten in gebieden waar relatief minder centra open zijn worden waar nodig in omliggende centra (binnen een straal van 40 kilometer) geplaatst.

Figuur 2 Status coloscopiecentra op 8 juni 2020 (Bron: RIVM)



Tabel 1 Opstart bevolkingsonderzoek darmkanker tussen 11 mei en 6 juli 2020

Peildatum	Beschikbare capaciteit
11 mei 2020	35,8%
18 mei 2020	52,7%
25 mei 2020	57,4%
2 juni 2020	61,4%
8 juni 2020	62,2%
15 juni 2020	63,4%
22 juni 2020	63,2%
29 juni 2020	64,1%
6 juli 2020	71,1%

Bron: RIVM

Tabel 1 laat de ontwikkeling in de beschikbare capaciteit (percentage slots open voor onderzoek t.o.v. capaciteit op basis van jaaropgaven) zien. Deze capaciteit kon niet meteen volledig benut worden omdat eerst de hele keten op gang moest komen. Wel zijn er coloscopie onderzoeken gedaan en is 87% van de coloscopieën die nog uitgevoerd moesten worden tot 6 juli ingehaald. In mei was de gemiddelde wachttijd voor vervolgonderzoek 15 werkdagen door de toen nog beperkte beschikbare capaciteit. In juni is de gemiddelde wachttijd teruggelopen tot 5 werkdagen. Dat is onder het jaarlijkse gemiddelde van 9 dagen in 2019 (Bron: RIVM).

2.3 Uitgestelde zorgvraag

In Tabel 2 brengen we in kaart hoeveel mensen normaal gesproken aan een bevolkingsonderzoek deelnemen en tot hoeveel verwijzingen en diagnoses dit leidt. De eerste twee rijen geven aan hoeveel uitnodigingen er jaarlijks (in 2018) worden uitgestuurd per bevolkingsonderzoek (BVO) en hoeveel mensen hieraan gehoor geven. De volgende twee rijen laten zien hoeveel testen positief zijn en leiden tot een verwijzing voor vervolgonderzoek en hoeveel mensen deze verwijzing opvolgen. De laatste rij geeft aan hoeveel mensen na de onderzoeken de diagnose kanker krijgen. Deze diagnoses zijn niet allemaal in 2018 gesteld omdat er altijd een paar weken zitten tussen de screening en de diagnose.

Als we deze cijfers terugrekenen op weken of maanden dan krijgen we een beeld over de gemiste verwijzingen en de nog niet gestelde diagnoses als gevolg van het stopzetten van de bevolkingsonderzoeken. De verwijzingen na de bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker gaan via de huisarts. Uit Tabel 2 kunnen we zien dat er maandelijks meer dan 3.100

Tabel 2 Bevolkingsonderzoek in 2018

	BVO borstkanker	BVO baarmoederhalskanker	BVO darmkanker
Uitnodigingen in 2018	1.273.732	799.173	2.186.186
Screeningen in 2018	976.032	460.518	1.589.322
Verwijzingen in 2018	21.870	15.595	71.118
Deelname aan vervolgonderzoek in 2018	21.695	10.366	58.627
Diagnoses na bvo in 2018	6.519	132*	3.733

*Dit betreft alleen kanker diagnoses. Bij een grotere groep vrouwen wordt een voorstadium van kanker gevonden. Zij zijn hierbij niet meegenomen.

¹ Bron bvo baarmoederhalskanker: IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 2018

² Bron bvo darmkanker: IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek darmkanker 2018

³ Bron bvo borskanker: RIVM

verwijzingen volgen uit deze onderzoeken. Per week komt dat op iets meer dan 700 verwijzingen neer. In het volgende hoofdstuk bespreken we het aantal verwijzingen door de huisarts. Vervolgens verbinden we, voor zo ver als mogelijk, dit aan het stopzetten van bevolkingsonderzoeken voor borstkanker en baarmoederhalskanker.

In hoofdstuk 4 geven we inzicht in de afname van gestelde kanker diagnoses in de periode van de coronavirusuitbraak. Een deel van de afname is het gevolg van het stopzetten van de bevolkingsonderzoeken. In Tabel 2 is te zien dat de drie bevolkingsonderzoeken in 2018 leidden tot meer dan 10.000 diagnoses. Dit betekent ongeveer 800 diagnoses per maand.³

³ Hierbij hebben we met 13 maanden gerekend omdat niet alle diagnoses in het jaar zelf gesteld worden.

3. Verwijzingen Zorgdomein

ZorgDomein biedt een online platform waar vraag (vanuit de patiënt en huisarts) en aanbod bij elkaar komen. Huisartsen kunnen via het platform van ZorgDomein patiënten doorverwijzen naar aangesloten instellingen. Vrijwel alle ziekenhuizen en een groot deel van de huisartsen maakt gebruik van dit systeem. De NZa ontvangt van ZorgDomein wekelijks een geaggregeerd bestand met verwijstotalen per provincie, ROAZ regio, specialisme en verwijstype naar zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en ziekenhuizen. Behalve de gegevens van dit jaar ontvangen wij ook de data van dezelfde weken uit 2018 en 2019.⁴ De NZa verwerkt voor deze rapportage geen gegevens van individuele ziekenhuizen.

3.1 Data

Bij het interpreteren van de verwijsdata geldt een aantal aandachtspunten:

- Een verwijzing betekent niet automatisch dat een patiënt hier ook daadwerkelijk gevolg aan geeft. Het aantal verwijzingen is dus waarschijnlijk een overschatting van het aantal mensen dat daadwerkelijk naar het ziekenhuis gaat. Dit effect kan door angst voor besmetting groter zijn dan normaal.
- Verwijzingen zijn niet op patiëntniveau, sommige patiënten krijgen meer dan één verwijzing. Het aantal patiënten waarop de verwijzingen betrekking hebben is dus lager dan het totaal aantal verwijzingen.

Omdat we het aantal verwijzingen niet één op één kunnen vertalen naar het aantal patiënten, spreken we in de analyses altijd over aantal verwijzingen.

3.2 Zorgvragen oncologie

ZorgDomein maakt onderscheid tussen 350 verschillende zorgvragen. In overleg met een aantal medisch specialisten van SONCOS zijn zorgvragen geselecteerd die betrekking hebben op oncologie zoals een afwijkende uitslag van een uitstrijkje of mammografie,

⁴ Week 1 bestaat niet elk jaar uit hetzelfde aantal dagen, daarom zijn gegevens van week 1 niet vergelijkbaar tussen jaren en met andere weken en is deze week weggelaten in de plots.

een knobbeltje of vlekje, maar ook vagere klachten die mogelijk op een tumor kunnen duiden, zoals bloedarmoede of klachten die juist samenhangen met een al gediagnosticeerde tumor.⁵

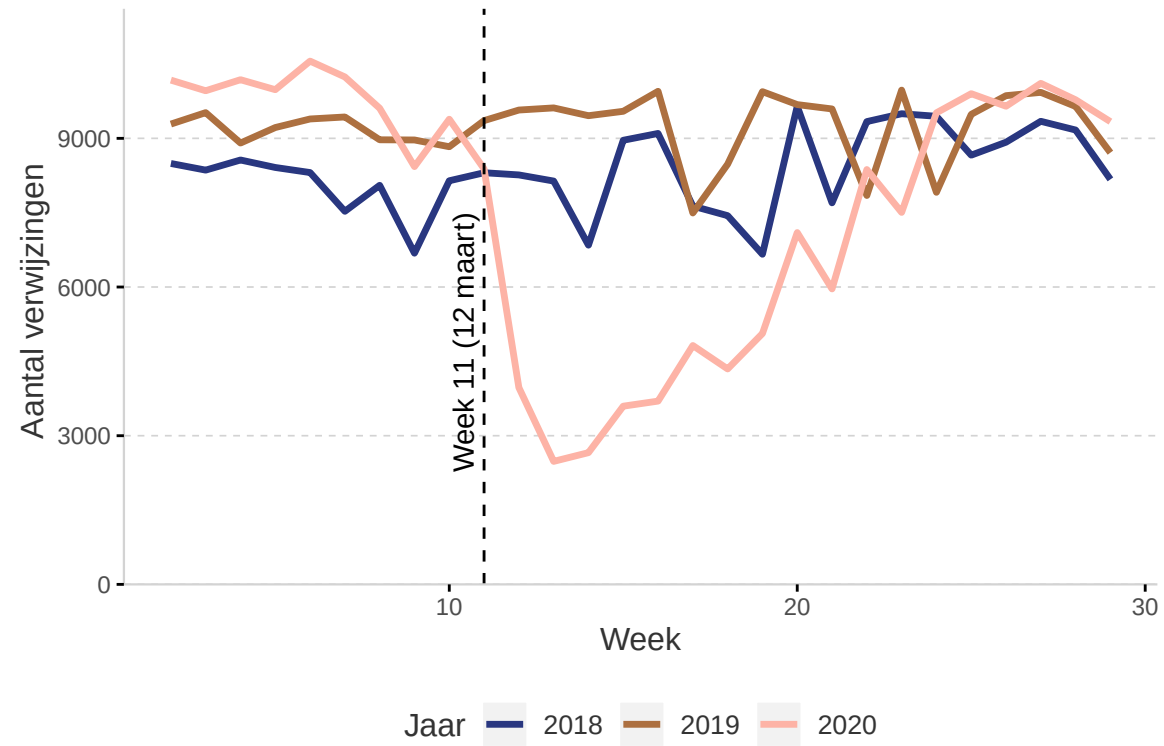
3.3 Resultaten verwijzingen

3.3.1 Totaal oncologische verwijzingen

In Figuur 3 wordt het landelijke verwijzingsvolume getoond voor de eerste 29 weken van 2018, 2019 en 2020. In de figuur is week 11 gemarkeerd met een verticale lijn. In deze week valt 12 maart, het moment waarop de eerste landelijke covid-19 maatregelen werden aangekondigd (op deze dag werden evenementen afgelast en riep de overheid op om zoveel mogelijk thuis te werken). Het aantal verwijzingen valt in deze week sterk terug, en in week 13 bereikt dit zijn minimum met iets minder dan 2.500 verwijzingen. Sindsdien stijgt het aantal verwijzingen weer en komen zij tot meer dan 9000 verwijzingen in week 29. De zigzaglijn van de weken 19-24 is mogelijk het gevolg van kortere werkweken door feestdagen.

⁵ Geselecteerde zorgvragen: anemie (bloedarmoede), mammapathologie (borstafwijking), verdenking maligniteit / hemoptoë (ophoesten van bloed), (pre)maligne huidafwijkingen ((voorstadium van) huidkanker), verdenking maligniteit (verdenking op kanker), dysfagie (slikklachten), hematurie (bloed in urine), rectaal bloedverlies (bloed bij de ontlasting), zwellingen hoofd-hals, oncologische pijn, afwijkend uitstrijkje, cyclusstoorn./abn. vag. bloedverlies (post)menopauzaal (onverklaard vaginaal bloedverlies, (post)menopauzaal), cyclusstoorn./abn. vag. bloedverlies premenopauzaal (onverklaard tussentijds vaginaal bloedverlies), focale leverafwijking op echo (lokale leverafwijking gezien op echo), verdenking hematologische maligniteit (verdenking leukemie), verhoogd psa, borst- en/of eierstokkanker, darmkanker, overige zorgvragen oncogenetica (erfelijkheidsvragen oncologie), palliatieve zorg

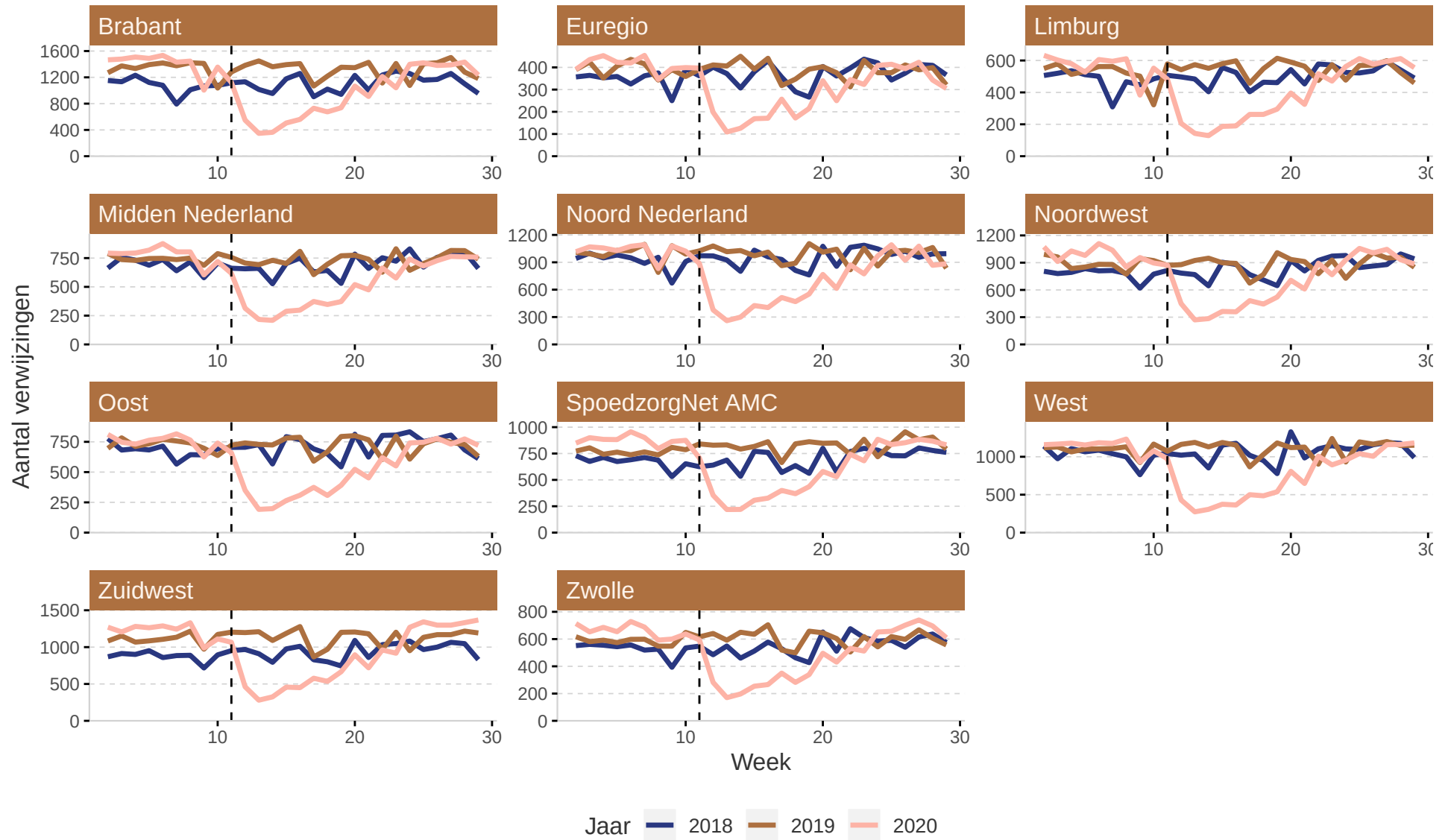
Figuur 3 Landelijk verwijzingsvolume nieuwvormingen 2018-2020 per week



3.3.2 Verwijzingen oncologie per ROAZ regio

Figuur 4 geeft het aantal verwijzingen weer uitgesplitst naar ROAZ regio's. Hieruit valt op te maken dat er geen uitzonderingen zijn op de terugval in verwijzingen. Het herstel verloopt ook vergelijkbaar in de verschillende regio's. Het aantal verwijzingen is bijna terug op het oude niveau in alle regio's.

Figuur 4 Landelijk verwijzsvolume nieuwvormingen 2018-2020 per ROAZ regio per week



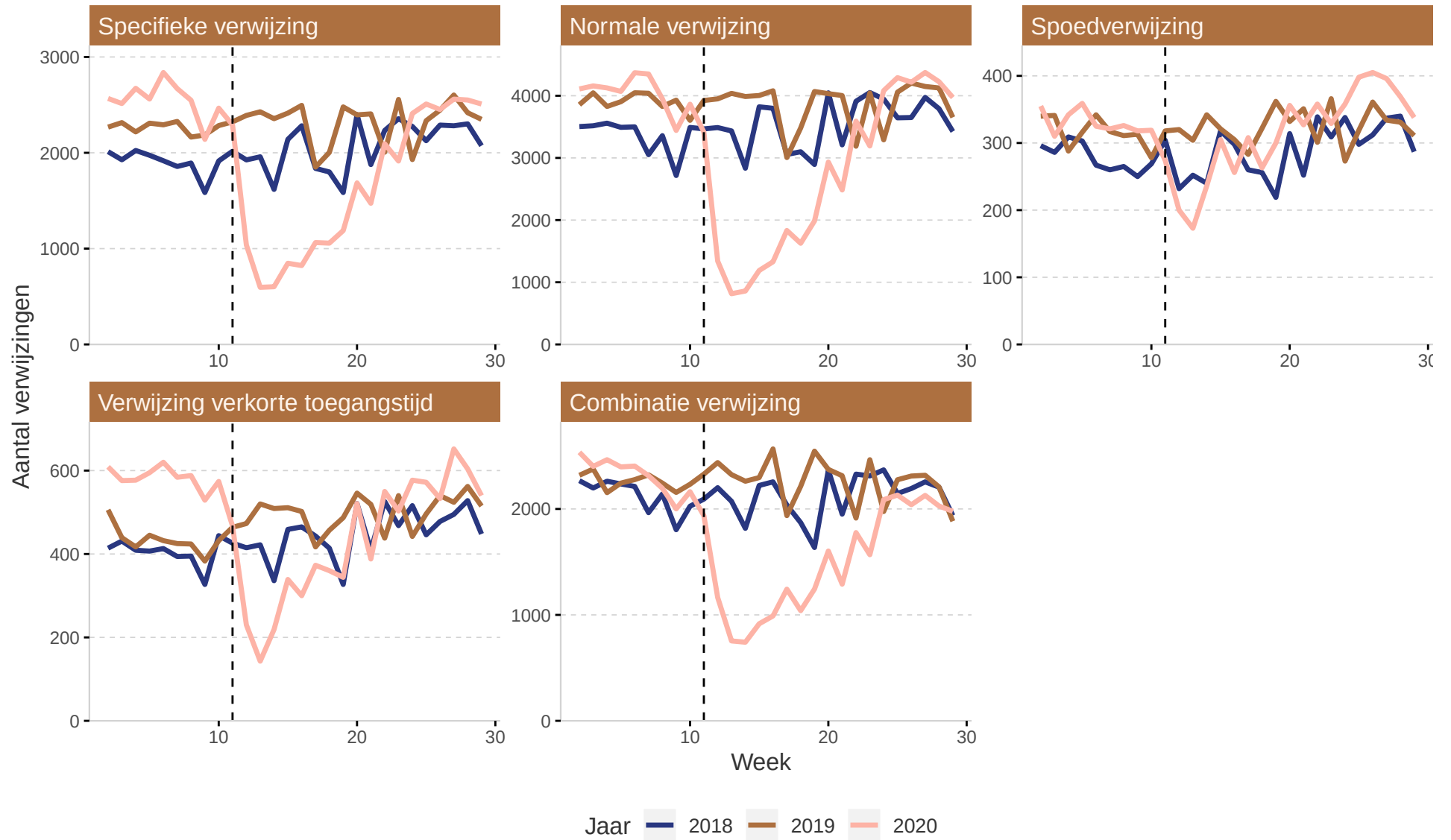
3.3.3 Verwijzingen oncologie per type verwijzing

De gegevens van ZorgDomein bevatten ook informatie over het type verwijzing. Zoals te zien is in Figuur 5 kent alleen de categorie spoedverwijzingen vrijwel geen terugval. Alle andere verwijstypes vielen sterk terug tijdens de coronavirusuitbraak.

De spoedverwijzingen en verwijzingen met verkorte toegangstijd, waarbij de huisarts aangeeft dat iemand niet acuut maar wel snel behandeld moet worden, namen na het dieptepunt in week 13 weer wel snel toe en zijn zelfs even boven het oude niveau gekomen. Bij de spoedverwijzingen gaat het om een relatief klein aantal patiënten waarvan ongeveer de helft een verwijzing krijgt vanwege (voorstadium van) huidkanker.

Specifieke verwijzingen en normale verwijzingen namen na week 13 ook geleidelijk toe en zijn in de afgelopen weken weer terug op het oude niveau. Het herstel van het aantal verwijzingen duurt bij combinatieverwijzingen het langst. Bij dit type verwijzing verwijst de huisarts de patiënt naar meerdere medisch specialisten tegelijk.

Figuur 5 Verwijzingsvolume nieuwvormingen per type verwijzing per week



3.3.4 Verwijzingen per zorgvraag

In Figuur 6 en 7 splitsen we de verwijzingen uit naar zorgvraag. De volgende zorgvragen tonen we niet vanwege het beperkt aantal patiënten: darmkanker, oncologische pijn, palliatieve zorg, verdenking hematologische maligniteit (verdenking leukemie). Deze zorgvragen zijn wel in de figuren hierboven opgenomen.

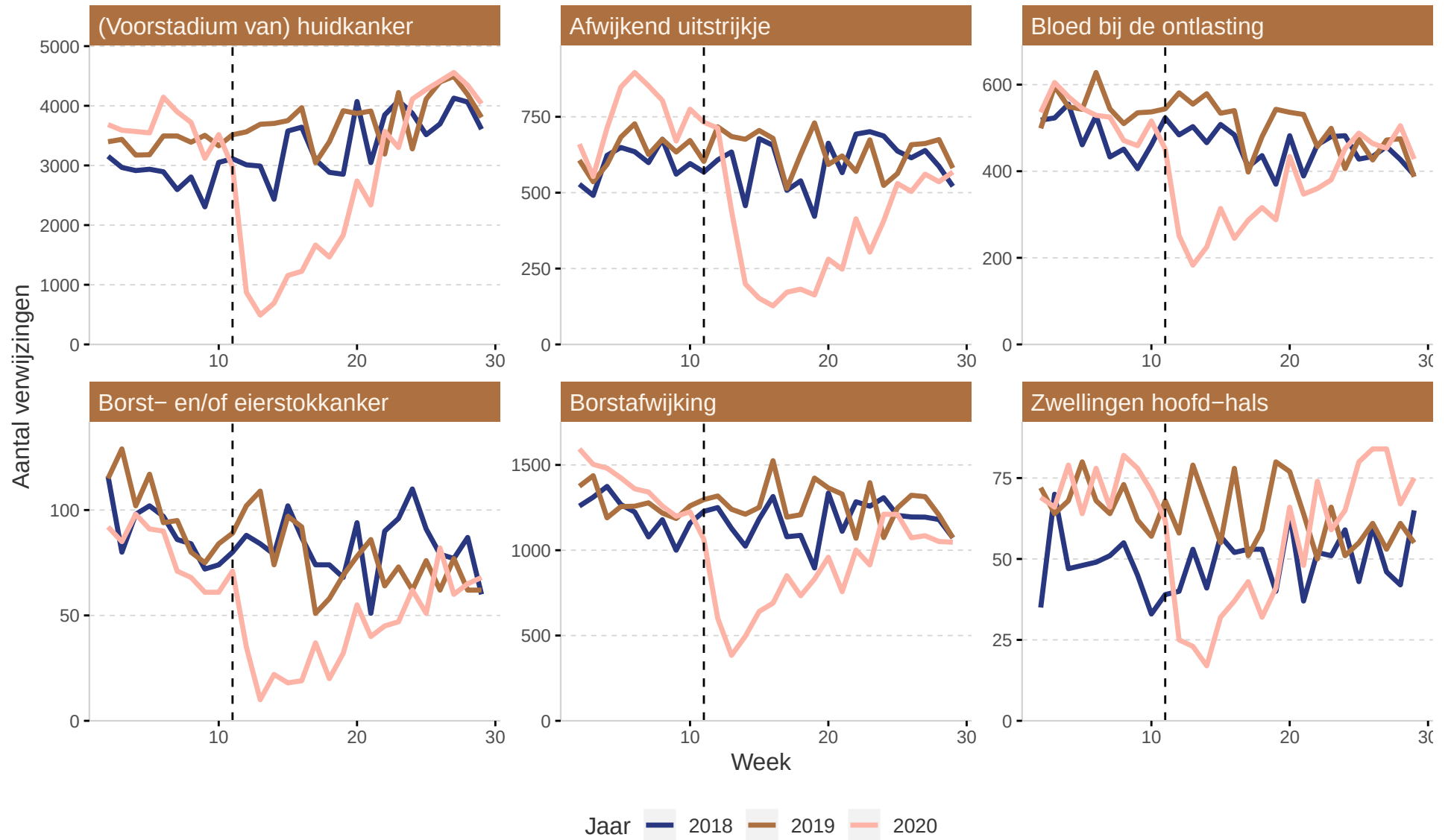
Opvallend is de toename van verwijzingen van (voorstadium van) huidkanker in Figuur 6. Het aantal verwijzingen komt boven het niveau van de eerste weken van het jaar. In 2018 en 2019 ging het aantal verwijzingen met (voorstadium van) huidkanker ook omhoog. De stijging in dit jaar kan daarom een seizoenseffect of een inhaalslag zijn.

De verwijzingen vanwege een afwijkend uitstrijkje blijven nog onder het oude niveau. Dit komt waarschijnlijk doordat het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker net weer gestart is. In 2018 leidde het bevolkingsonderzoek tot ongeveer de helft van de verwijzingen. Dat waren ongeveer 300 verwijzingen per week. Dit is ongeveer ook het aantal dat nu nog mist om tot het oude niveau te komen.

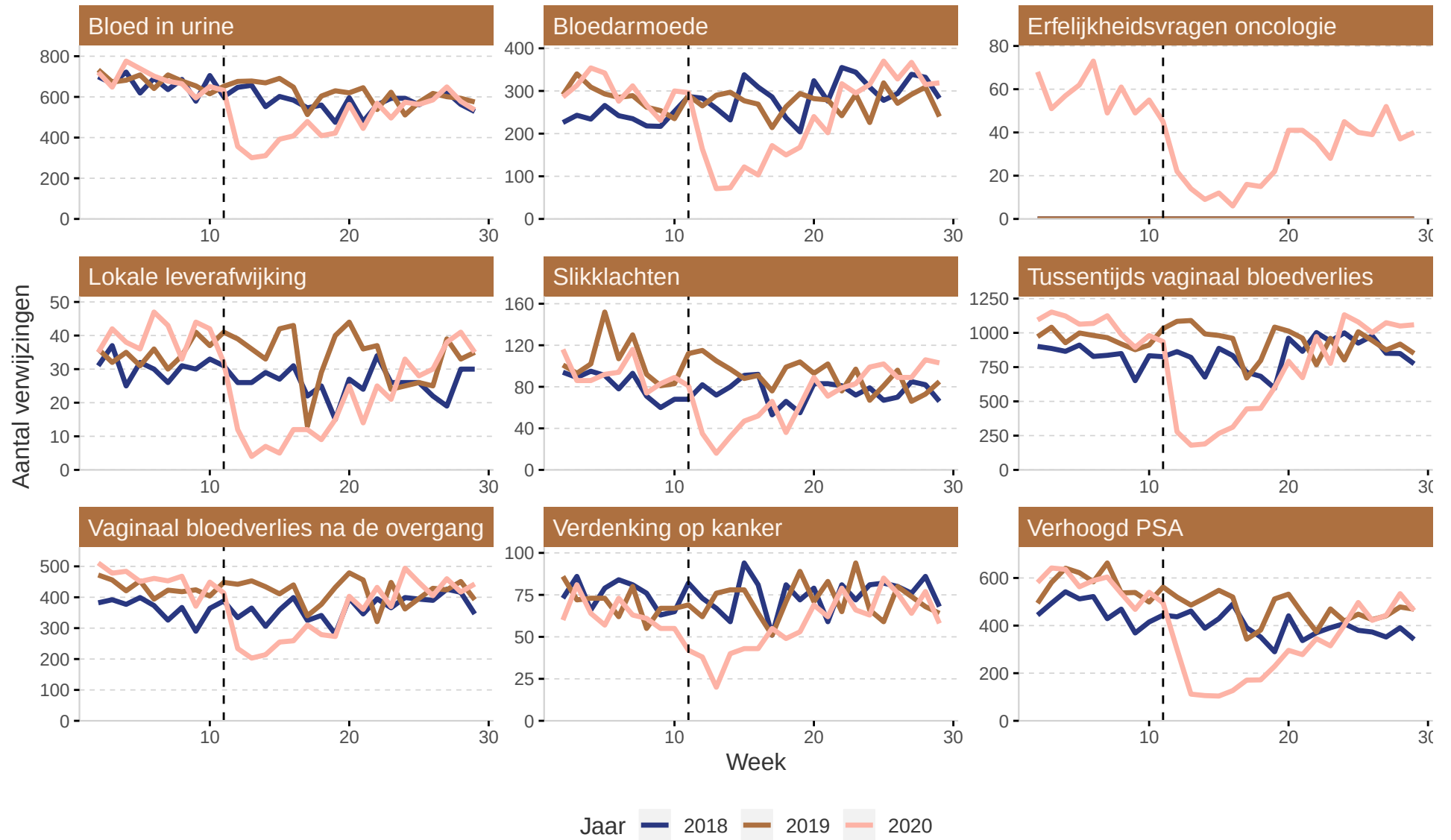
Verwijzingen vanwege bloed in de ontlasting zijn ongeveer op het niveau van de jaren 2018 en 2019. Hier worden de verwijzingen naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek darmkanker niet meegenomen omdat deze niet via de huisarts lopen.

Bij de verwijzingen vanwege (verdenkingen op) borst- en/of eierstokkanker en vanwege borstafwijking worden ook de verwijzingen naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek borstkanker meegenomen. In 2018 waren dat gemiddeld 400 verwijzingen per week. Als we deze bij de huidige cijfers optellen komt het aantal verwijzingen ongeveer op het oude niveau. De interpretatie is hier echter niet zo duidelijk omdat bij dit type verwijzingen al in de eerste weken van het jaar een dalende trend te zien was.

Figuur 6 Verwijzingsvolume nieuwvormingen per zorgvraag per week



Figuur 7 Verwijzvolume nieuwvormingen per zorgvraag per week

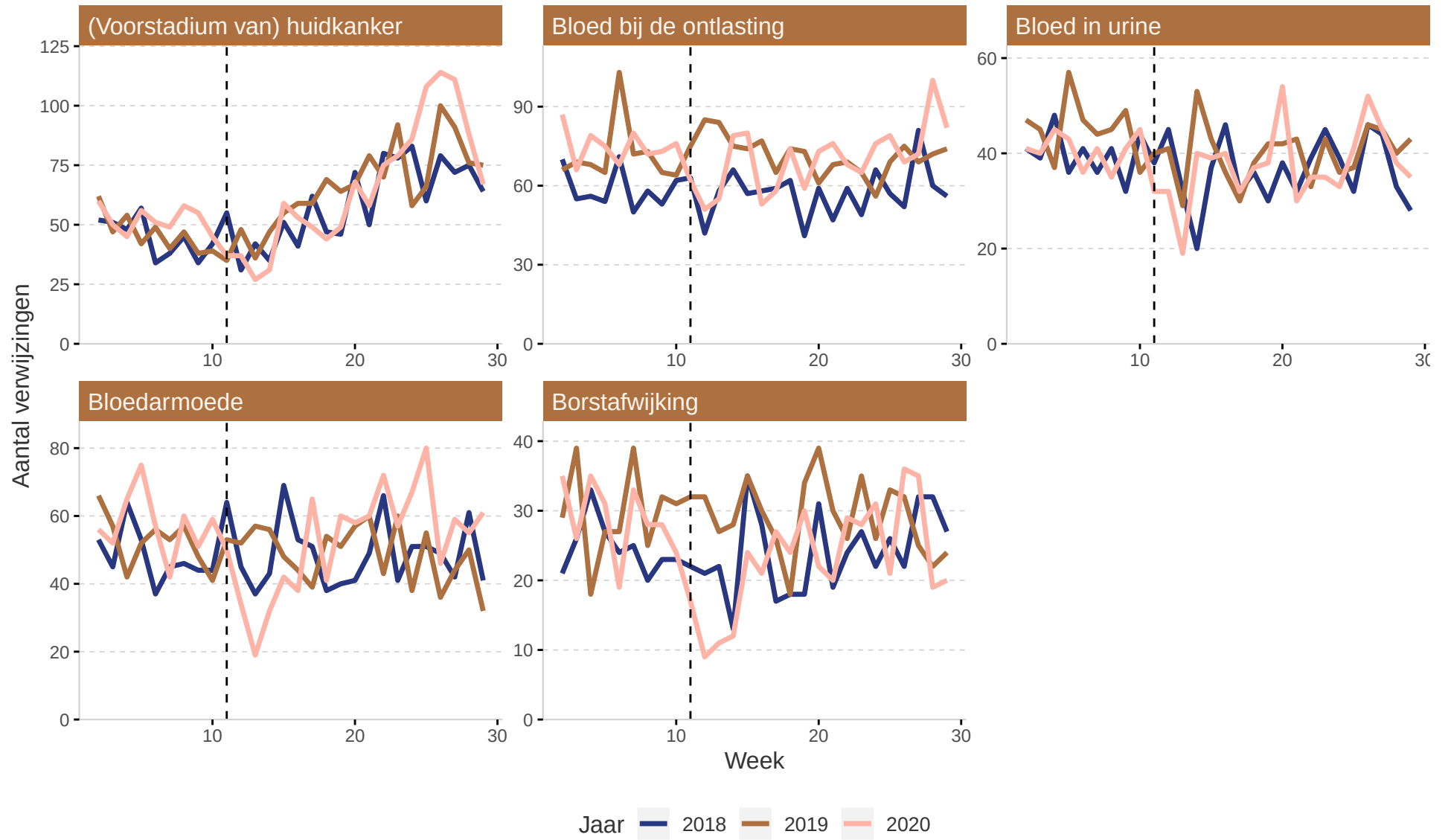


3.4 Urgente verwijzing per zorgvraag

In Figuur 8 zoomen we in op de spoedverwijzingen en splitsen we deze uit naar zorgvraag. Vanwege het beperkt aantal patiënten tonen we de volgende zorgvragen niet: afwijkend uitstrijkje, borst- en/of eierstokkanker, cyclusstörungen/abnormaal vaginaal bloedverlies (pre-/post)menopauzaal (onverklaard vaginaal bloedverlies, (pre-/post)menopauzaal), dysfagie (slikklachten), focale leverafwijking op echo (lokale leverafwijking gezien op echo), oncologische pijn, verdenking hematologische maligniteit (verdenking leukemie), verdenking maligniteit (verdenking op kanker), verhoogd psa, zwellingen hoofd-hals.

Bij alle getoonde zorgvragen liggen de verwijzingen op een vergelijkbaar niveau met voorgaande jaren. De terugval lijkt bij bloedarmoede en knobbeltje (afwijking) in de borst het grootst te zijn geweest maar ook bij deze zorgvragen is het aantal verwijzingen inmiddels hersteld.

Figuur 8 Verwijzingsvolume spoedverwijzing nieuwvormingen per zorgvraag per week



4. Oncologische diagnoses

Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) verzamelt informatie over de diagnose, ziekte en behandeling van alle patiënten met kanker in Nederland voor wetenschappelijk onderzoek. In de Nederlandse Kankerregistratie staat actuele informatie over onder andere het aantal gestelde diagnoses. De informatie over diagnose is grotendeels gebaseerd op de Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA) registratie waarin alle uitslagen van pathologieonderzoek staan. Deze registratie omvat een groot deel van alle kanker diagnoses. Slechts bij 10-15% van de patiënten wordt op een andere manier de diagnose gesteld.

In een recent gepubliceerd artikel⁶ hebben onderzoekers van IKNL de ontwikkeling van het aantal kanker diagnoses in kaart gebracht. Op hun website⁷ worden deze cijfers regelmatig geactualiseerd. De cijfers betreffen voorlopige aantallen diagnoses in de Nederlandse Kankerregistratie op basis van de landelijke pathologiedatabase, PALGA.

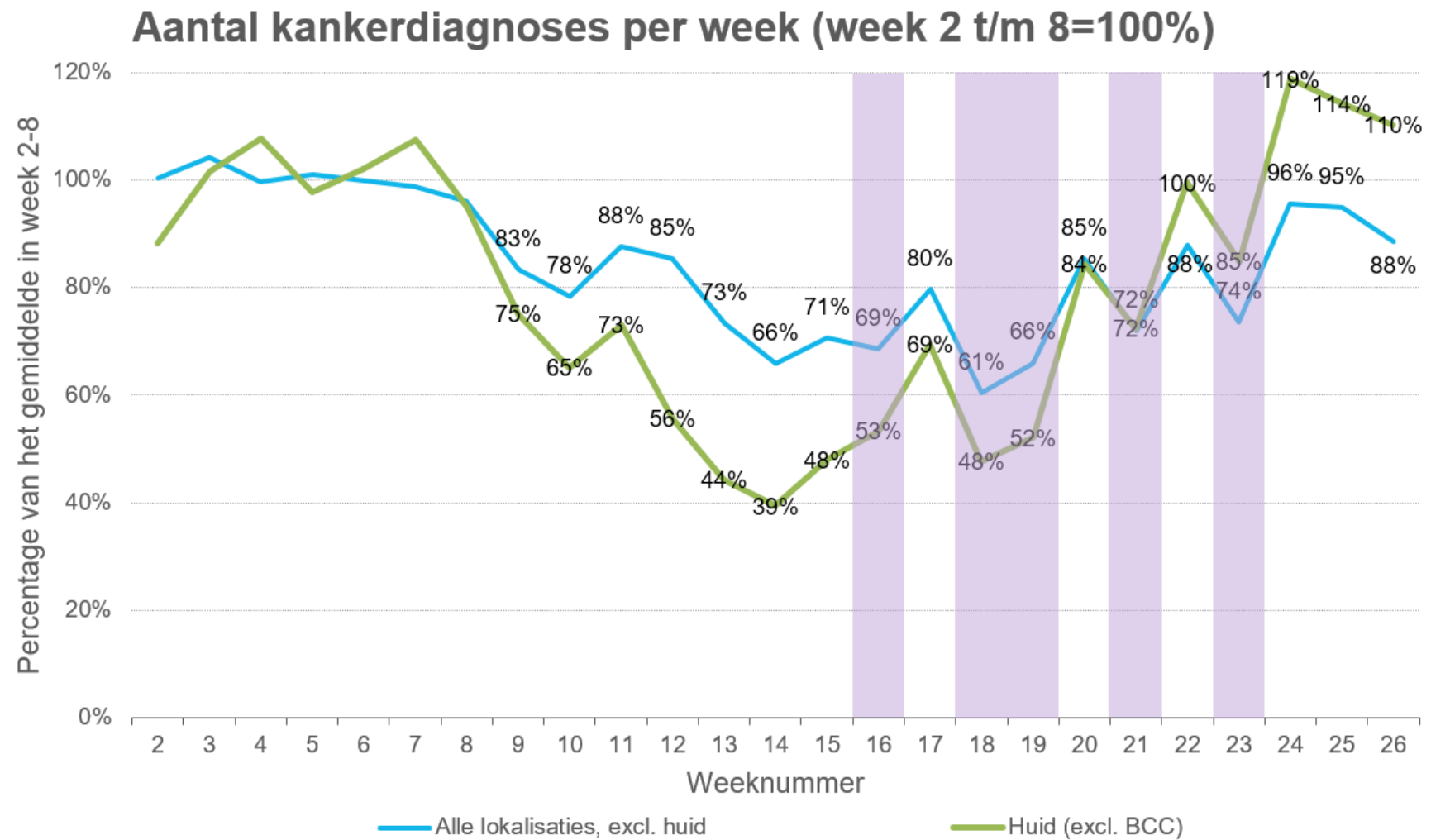
Figuur 9 laat het aantal gestelde diagnoses zien per week in relatie tot het gemiddelde aantal in de weken 2 t/m 8. Week 16, 18, 19 en 21 zijn gemarkeerd in de figuur omdat zij vanwege feestdagen een werkdag minder hebben. Het aantal diagnoses in april is met 25 - 30% gedaald. Voor huidkanker was de daling zelfs meer dan 50%. Vanaf week 15 neemt het aantal gedetecteerde tumoren weer toe, hoewel door de vele feestdagen in deze periode de vergelijking moeilijk is. Vanaf de tweede helft van mei is het aantal diagnoses op ongeveer 90% van het oude niveau.

Voor huidkanker geldt dat na de grote daling in april, het aantal diagnoses in de afgelopen weken zelfs boven het oude niveau ligt. In Figuur 6 is te zien dat er inderdaad meer verwijzingen zijn dan in de eerste weken van het jaar. Dit geldt echter ook voor 2018 en 2019; het hogere aantal diagnoses kan een inhaalslag of een seizoeneffect zijn.

⁶ Dinmohamed, Avinash G., et al. "Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands." *The Lancet Oncology* (2020)

⁷ <https://www.iknl.nl/covid-19>

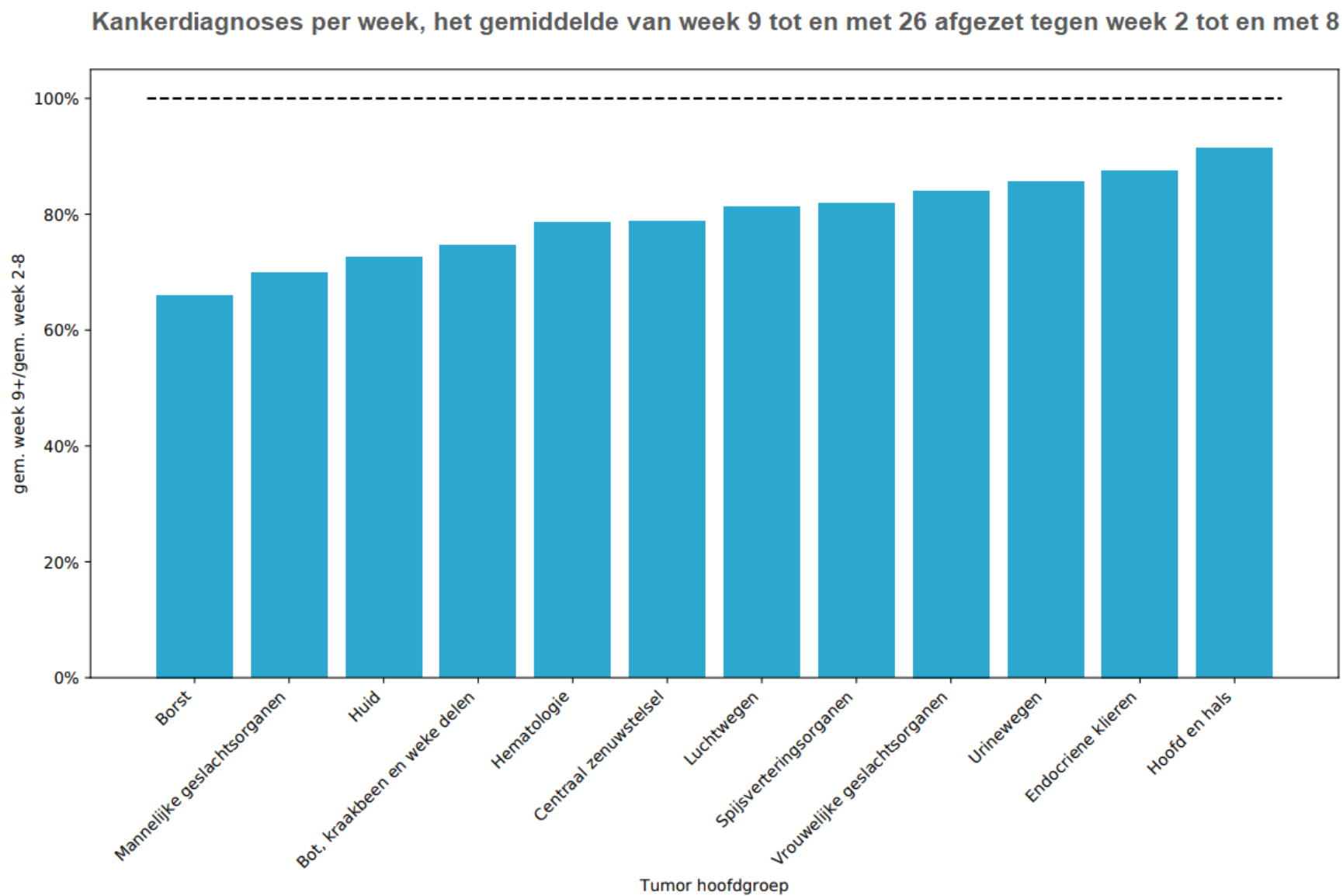
Figuur 9 Aantal kanker diagnoses tussen 6 januari en 31 mei.



NB week 16, 18, 19, 21 en 23 hebben 1 werkdag minder ivm feestdagen

Figuur 10 laat de gemiddelde afname per tumorsoort zien in de weken 9 t/m 24. Door het hogere aantal diagnoses huidkanker in de afgelopen weken is de gemiddelde afname niet meer bij dit soort kanker het hoogst. Het aantal diagnoses is gemiddeld bij borstkanker het meest afgenomen, vermoedelijk als gevolg van het stopzetten van het bevolkingsonderzoek in de periode 16 maart - 1 juli.

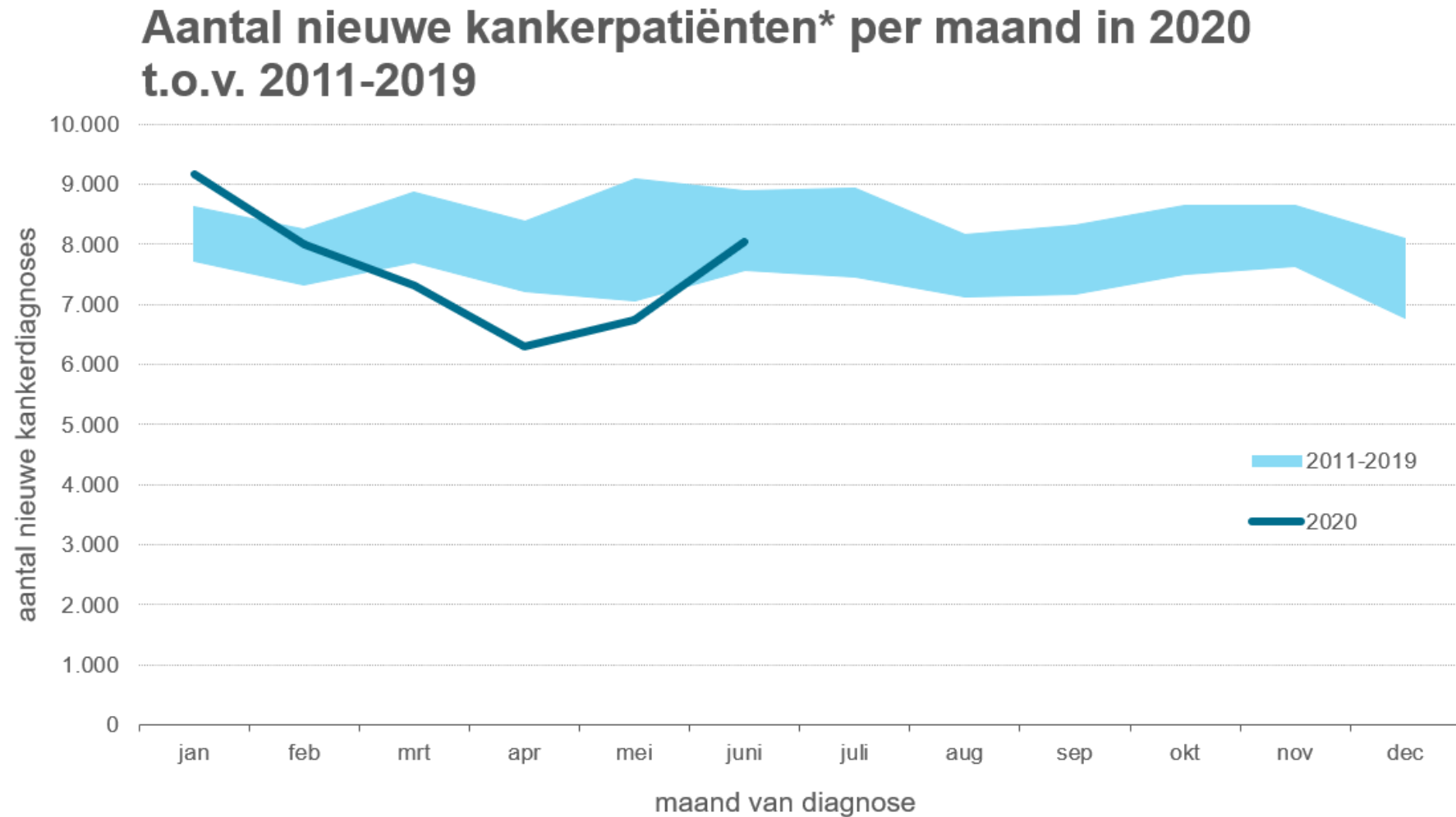
Figuur 10 Gemiddelde afname per tumorsoort.



IKNL (<https://www.iknl.nl/covid-19>) vergelijkt ook het aantal nieuwe kankerpatiënten (invasieve kanker) per maand in 2020 met het aantal nieuwe kankerpatiënten per maand in de periode 2011-2019. Dit is te zien in Figuur 11. Normaal gesproken neemt het absolute aantal kankerdiagnoses in Nederland door de tijd toe als gevolg van bevolkingsgroei en vergrijzing. In maart, april en mei 2020 ligt het aantal nieuwe kankerpatiënten echter duidelijk lager dan in voorgaande jaren.

In hoofdstuk 2 lieten we zien dat er ongeveer 10.000 kankerdiagnoses zijn gesteld in 2018 naar aanleiding van de bevolkingsonderzoeken. Omdat de bevolkingsonderzoeken in april stil lagen, zijn er toen ongeveer 800 diagnoses minder gesteld. Dit verklaart een groot deel van de afname.

Figuur 11 Aantal kanker diagnoses per maand in 2020 t.o.v. 2011-2019.



* pathologisch bevestigde eerste invasieve tumoren (incl. Ta-blaastumoren; excl. AvL & BCC/PCC van de huid)

De auteurs noemen een aantal mogelijke oorzaken van de terugloop in het aantal diagnoses. Patiënten gingen minder snel naar een huisarts omdat ze bang waren om besmet te raken of omdat ze het zorgsysteem niet verder wilden belasten. Huisartsen stelden mogelijk ook onderzoeken uit als de symptomen niet direct aan kanker deden denken omdat veel (niet urgente) afspraken telefonisch werden gedaan. Ook ziekenhuizen stelden niet urgente onderzoeken uit om hun capaciteit voor de zorg aan coronapatiënten in te kunnen zetten. De verwijzingen die vanuit de bevolkingsonderzoeken volgen, vielen tot en met mei ook weg, wat het aantal diagnoses ook verminderde. IKNL verwacht dat er globaal genomen ongeveer vijfduizend diagnoses nog niet zijn gesteld.

Desondanks hebben huisartsen het grootste deel van de patiënten toch weten te identificeren. De IKNL cijfers tonen immers alleen de bevestigde kankerdiagnoses. Het aantal verwijzingen voor (onder meer) diagnostiek is ongeveer met driekwart gedaald in maart, terwijl het aantal gedetecteerde tumoren met ongeveer een derde is gedaald.

IKNL wijst er bovendien op dat niet alle vormen van kanker direct levensbedreigend zijn, zoals huidkanker, en uitstel dus niet directe gevolgen voor de gezondheid hoeft te hebben. Bij de meeste soorten kanker zal een achterstand echter ingelopen moeten worden om negatieve gevolgen voor de gezondheid te voorkomen.

5. Actuele productie

Van Dutch Hospital Data (DHD) hebben we data ontvangen over het onderhanden werk van ziekenhuizen. DHD verzamelt, beheert en bewerkt data van ziekenhuizen en beheert standaarden voor de registratie ervan. Dankzij de aanlevering hebben we inzicht in het onderhanden werk van 53 ziekenhuizen die dit versneld hebben kunnen aanleveren. Dit biedt ons de mogelijkheid om te kijken waar en in welke mate de productie is teruggevallen naar aanleiding van de coronacrisis. In de rapportage zijn alleen ziekenhuizen weergegeven die over de gehele periode hebben aangeleverd en waarvan de data voor de uitbraak voldoende volledig en betrouwbaar is.

Het onderhanden werk omvat de productiecijfers tot en met juni 2020 (week 26). Dit is zorg die al wel aan patiënten is verleend maar nog niet is gedeclareerd. Net zoals bij de verwijzingen vergelijken we de wekelijkse cijfers met dezelfde weken in 2018 en 2019. Hierbij moet nog wel worden opgemerkt dat de cijfers van 2020 minder volledig zijn dan die van de jaren ervoor. Daarnaast is het onderhanden werk versneld uitgevraagd en loopt de registratie hierdoor gewoonlijk over de laatste twee weken nog iets achter op de weken daarvoor.

Ten slotte vermoeden we dat door de bijzondere omstandigheden tijdens de coronacrisis de hoeveelheid zorg die is geregistreerd de afgelopen maanden niet de feitelijke productie weergeeft, omdat de hoeveelheid zorg per patiënt veel minder is dan eerdere jaren. Omdat dit niet is veranderd in de opeenvolgende aanleveringen, kunnen we hier niet inschatten of en wanneer de registratie compleet is. De consequentie is dat de afname van de reguliere productie waarschijnlijk wordt overschat.

5.1 Patiënten

Uit de ontwikkelingen van de totale ziekenhuiszorg weten we dat het totaal aantal patiënten dat in juni voor het eerst naar het ziekenhuis kwam, relatief groot is in vergelijking met vorig jaar. Het totaal aantal unieke patiënten in zorg in de onderhandenwerk registratie van 2020, in de periode januari t/m juni, 6,2 miljoen is. Dat is 17% minder dan in 2019. Het aantal patiënten dat in zorg is bij een ziekenhuis is veel minder afgenomen dan het aantal patiëntcontacten. We vermoeden dat registratieeffecten hier een grote rol spelen. Daarnaast zal de hoeveelheid zorg per patiënt ook daadwerkelijk zijn verminderd. Dit kan komen doordat patiënten met minder verschillende klachten naar het ziekenhuis zijn gegaan, maar ook doordat het aantal contactmomenten per klacht is teruggebracht. Een deel van de vervolgzorg kan tijdelijk zijn uitgesteld. Het lijkt er echter ook op dat zorg op een andere manier is geleverd, waarbij contactmomenten zijn samengevoegd: er komen dan minder patiënten per week, terwijl de zorg wel wordt geleverd. Dit geldt vermoedelijk ook voor het aantal oncologische patiënten.

In deze paragraaf geven de figuren het aantal patiënten per week weer. Op alle figuren zit een verticale lijn bij week 11. In die week viel 12 maart toen de eerste landelijke maatregelen werden aangekondigd. Verder is week 1 uit de figuren weggelaten omdat deze niet vergelijkbaar is met de andere weken en ook niet tussen de jaren (omdat het geen volledige week is). Gegevens vanaf week 24 in 2020 geven we weer met een stippellijn omdat deze sterk beïnvloed zijn door het registratie-effect.

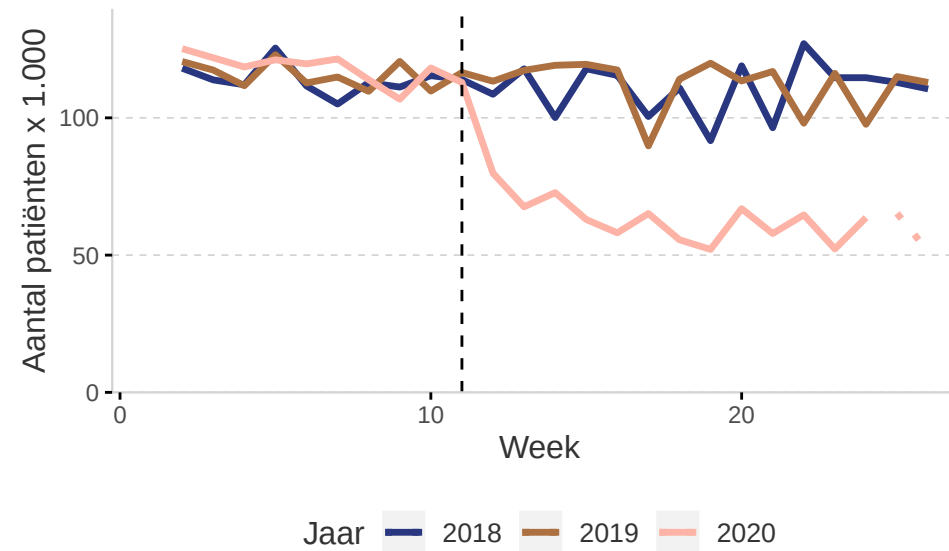
5.1.1 Patiënten met verdenking van kanker

Voor deze rapportage selecteren we in de data van DHD alle patiënten die een diagnose hebben in de groep “Nieuwvormingen” om de actuele productie voor patienten met een verdenking van kanker in kaart te brengen. De reden om niet alleen patiënten met kanker mee te nemen is dat het doorgaans na diagnostiek duidelijk wordt of het om een goedaardige of kwaadaardige nieuwvorming gaat. De data van onderhanden werk laat zien waar een patiënt staat in het behandeltraject. Als de patiënt enkel voor een eerste bezoek in het ziekenhuis is geweest, is de precieze diagnose vaak niet bekend. In dat geval kunnen we goedaardige en kwaadaardige nieuwvormingen nog niet onderscheiden. Het is wel belangrijk om te kijken hoeveel onderhanden werk er is in de hele groep. Figuur 12 geeft aan hoeverre de zorg voor patiënten met een verdenking van kanker al opgestart is in het ziekenhuis. In deze figuur is een correctie toegepast door patiënten die in de data (nog) niet gekoppeld zijn aan een specialisme, evenredig te verdelen over alle patiëntgroepen. Daarbij doen we de veronderstelling dat de registratie van (de behandelend specialist van) patiënten met nieuwvormingen even goed plaatsvindt als bij andere patiënten⁸. In de uitsplitsingen op de volgende pagina's kan deze correctie niet worden toegepast, waardoor het aantal patiënten en verrichtingen dus wordt onderschat.

Gemiddeld genomen schommelt het aantal oncologische patiënten per week, gecorrigeerd voor het aantal niet toegekende diagnoses, rond de 60.000 patiënten in april en mei. Het aantal patienten blijft vanaf mei stabiel. Rekening houdend met registratie-effecten zou er sprake kunnen zijn van een lichte stijging. De verminderde aanlevering van productie in de laatste twee weken van juni is een bekend registratie-effect.

⁸ In 2018/2019 is gemiddeld 20% van de patienten niet gekoppeld aan specialisme, in de meest recente weken van 2020 loopt dit op tot ca. 40%

Figuur 12 Aantal oncologische patiënten in het onderhanden werk 2018-2020.



Als specialisme en diagnose bekend zijn, en er hebben al meerdere zorgactiviteiten plaatsvonden, dan kunnen we een inschatting maken van de aard van de zorgvraag. Dit onderscheid is belangrijk omdat we verwachten dat patiënten met een kwaadaardige nieuwvorming sneller zorg nodig hebben dan patiënten met een goedaardige nieuwvorming. Deze koppeling van onderhanden werk aan urgentieklassen bespreken we in paragraaf 5.3.

5.1.2 Onderhanden werk per ROAZ regio, doelgroep en specialisme

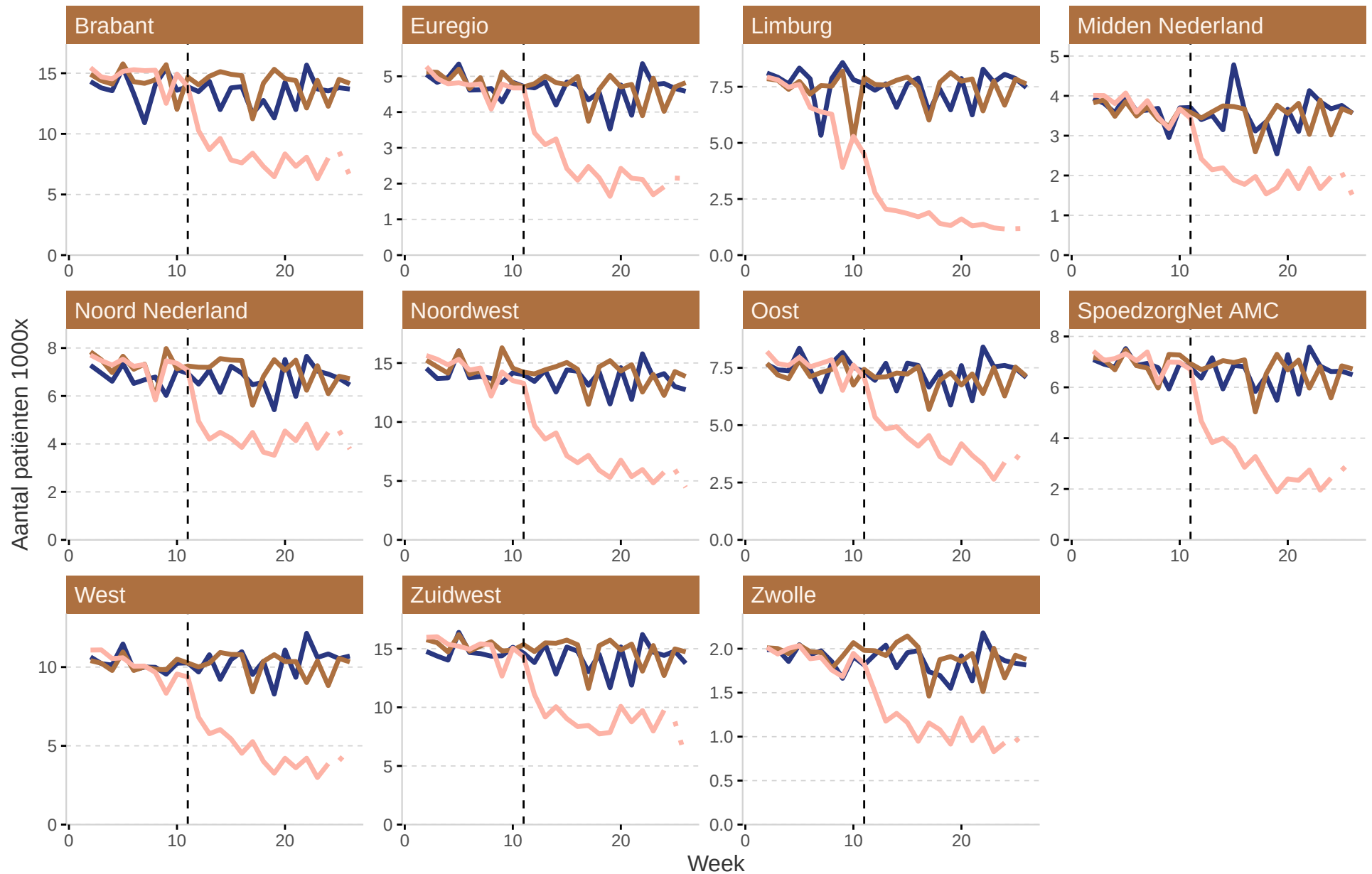
Omdat sommige ROAZ-regio's weinig ziekenhuizen tellen laten we het aantal patiënten op de verticale as achterwege in Figuur 13.

Figuur 14 laat zien dat het aantal patiënten toeneemt bij de doelgroepen baarmoederhalskanker en huidkanker. Het aantal patiënten bij de doelgroepen darmkanker en overige geslachtsorganen vrouw blijft stabiel terwijl de andere doelgroepen een verdere daling laten zien in het aantal patiënten.

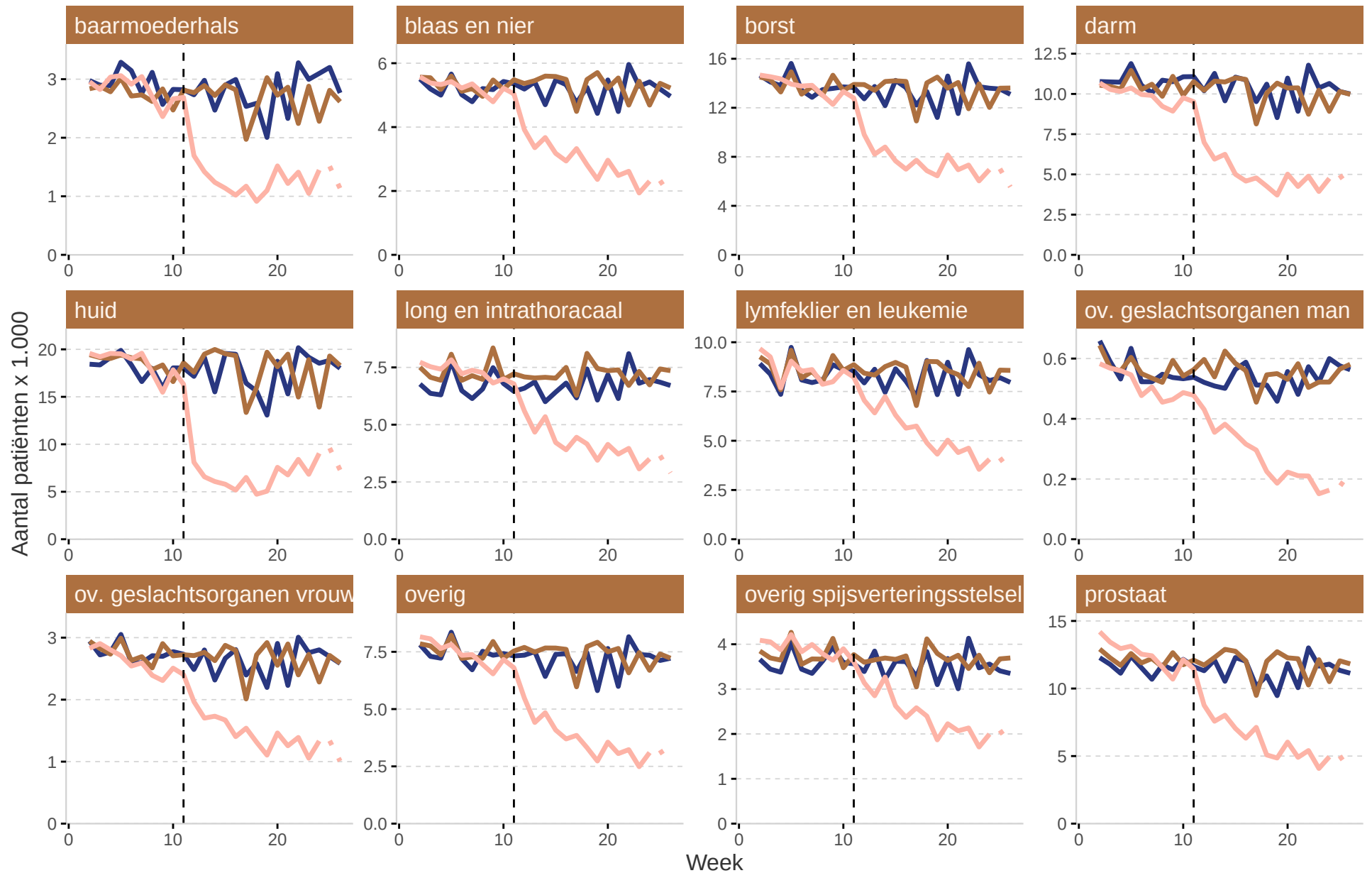
Figuur 15 geeft het aantal patiënten per week per specialisme weer. Bij de specialismen dermatologie en plastische chirurgie neemt het aantal patiënten duidelijk toe. Daarnaast laten verloskunde en gynecologie, maag-, lever en darmziekten, heilkunde, keel-, neus

en oorheekunde en orthopedie een lichte stijging zien. Dit beeld over de ontwikkelingen in aantal patiënten kan echter vertekend zijn door het registratie-effect.

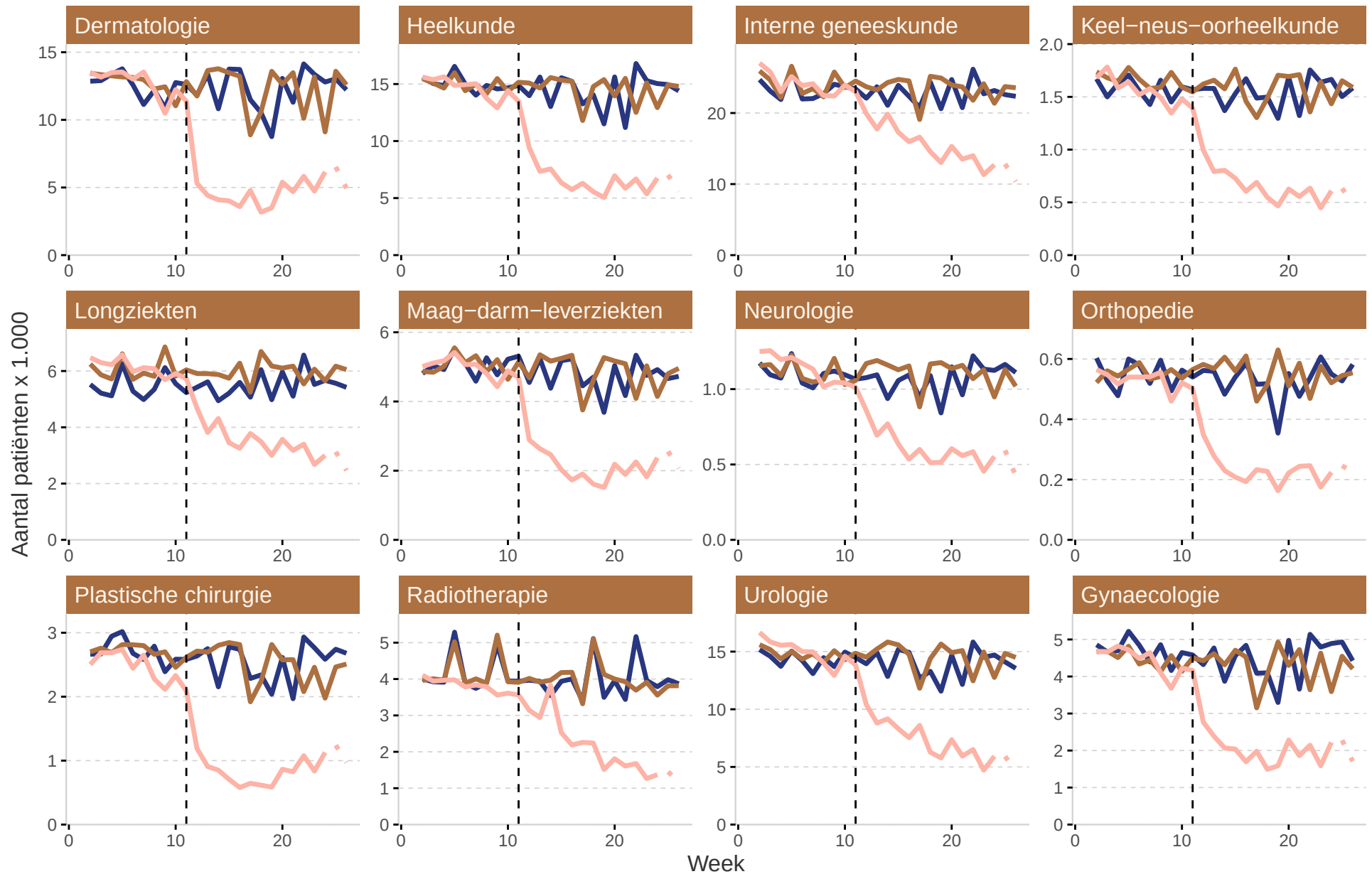
Figuur 13 Aantal patiënten nieuwvormingen in het onderhanden werk 2018-2020 per roaz regio.



Figuur 14 Aantal patiënten nieuwvormingen in het onderhanden werk 2018-2020 per doelgroep



Figuur 15 Aantal patiënten nieuwvormingen in het onderhanden werk 2018-2020 per specialisme



5.2 Verrichtingen

In dit rapport kijken we naast het aantal nieuwe patiënten ook naar het aantal verrichtingen. We maken hier een splitsing tussen polikliniekbezoeken, klinische opnames en operaties.

In de figuren laten we de twaalf specialismen zien met de hoogste patiëntaantallen. Specialismen met gemiddeld minder dan 10 verrichtingen per week in de eerste 26 van 2019 laten we niet zien.

Figuur 16 heeft betrekking op polikliniekbezoeken. Dit kunnen ook teleconsulten zijn. Het aantal polikliniekbezoeken is sterk afgenomen in week 11 bij de specialismen dermatologie, heilkunde, orthopedie, plastische chirurgie. Bij de overige specialismen is er ook een afname zichtbaar, maar die loopt geleidelijker en kan ook te maken hebben met een registratie effect. We zien vanaf week 18 een verandering van het patroon die duidt op herstel. Bij de specialismen dermatologie, plastische chirurgie en verloskunde/gynaecologie zien we een duidelijk herstel.

Figuur 17 laat het aantal opnames zien. Deze zijn bij de specialismen interne geneeskunde, longziekten en plastische chirurgie in week 11 duidelijk afgeschaald. Ook bij neurologie, gynaecologie en MDL is een korte terugval zichtbaar. Er is hier nog geen duidelijke verandering in de trend zichtbaar. Alleen bij plastische chirurgie neemt het aantal verpleegdagen vanaf week 18 weer toe.

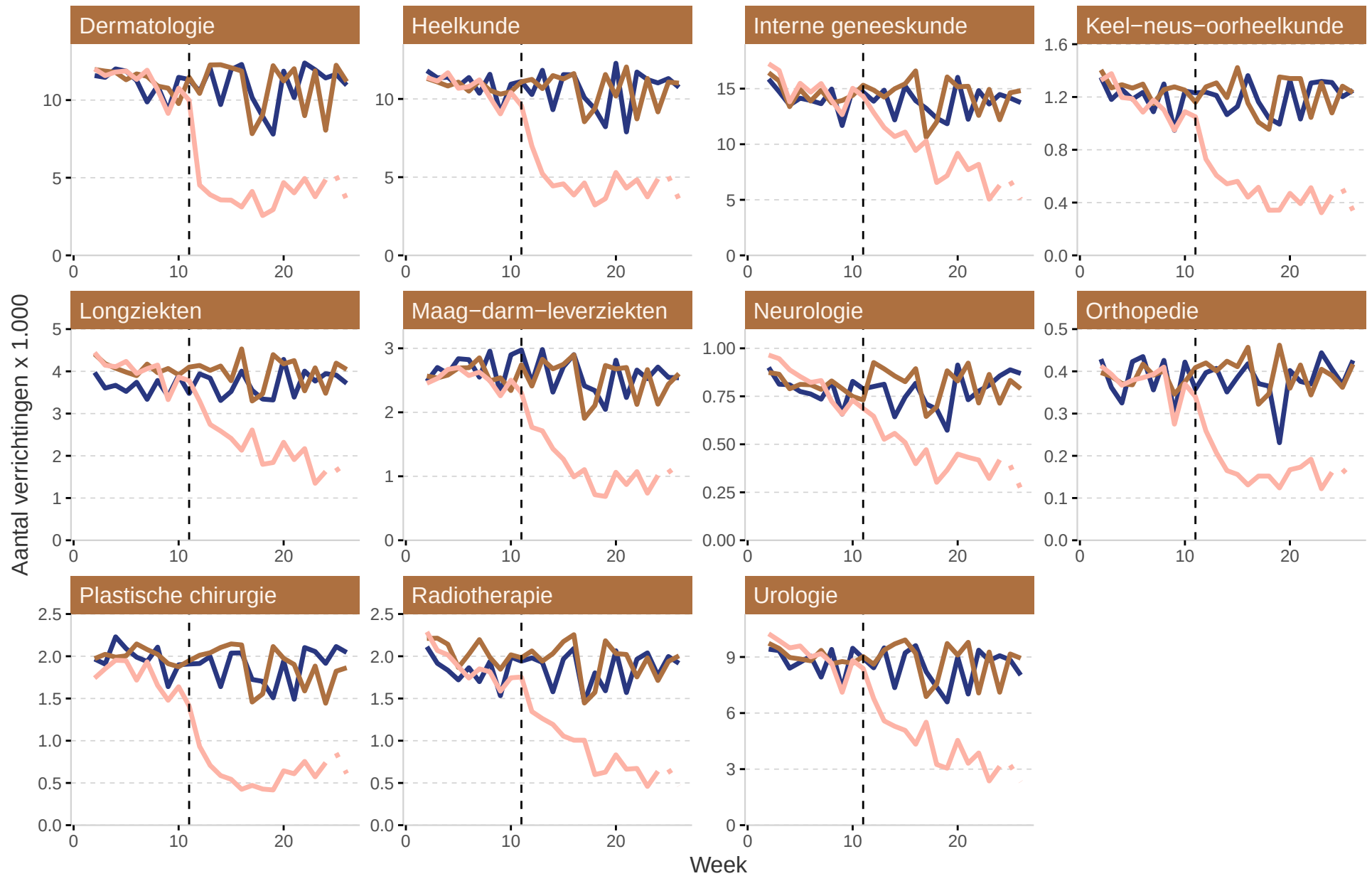
Operatieve activiteiten (18) zijn in week 11 duidelijk afgeschaald bij dermatologie, heilkunde en plastische chirurgie. Over de hele periode is een dalende trend zichtbaar tot week 18. Vanaf week 18 is er geen sprake meer van een structurele daling. Dit duidt op herstel. De operatieve activiteiten nemen bij dermatologie, heilkunde en plastische chirurgie duidelijk weer toe.

Het registratie effect verklaart vermoedelijk een (groot) deel van de daling in de productie. Dit effect is bij deze verrichtingen veel groter dan bij de tellingen van het aantal patiënten, omdat deze gegevens pas later aan de registratie worden toegevoegd. Wij zien bijvoorbeeld dat het aantal klinische opnames (Figuur 17) al in de eerste 10 weken veel lager is dan de jaren daarvoor. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de wijze waarop de registratie plaatsvindt en niet met het daadwerkelijke aantal opnames.

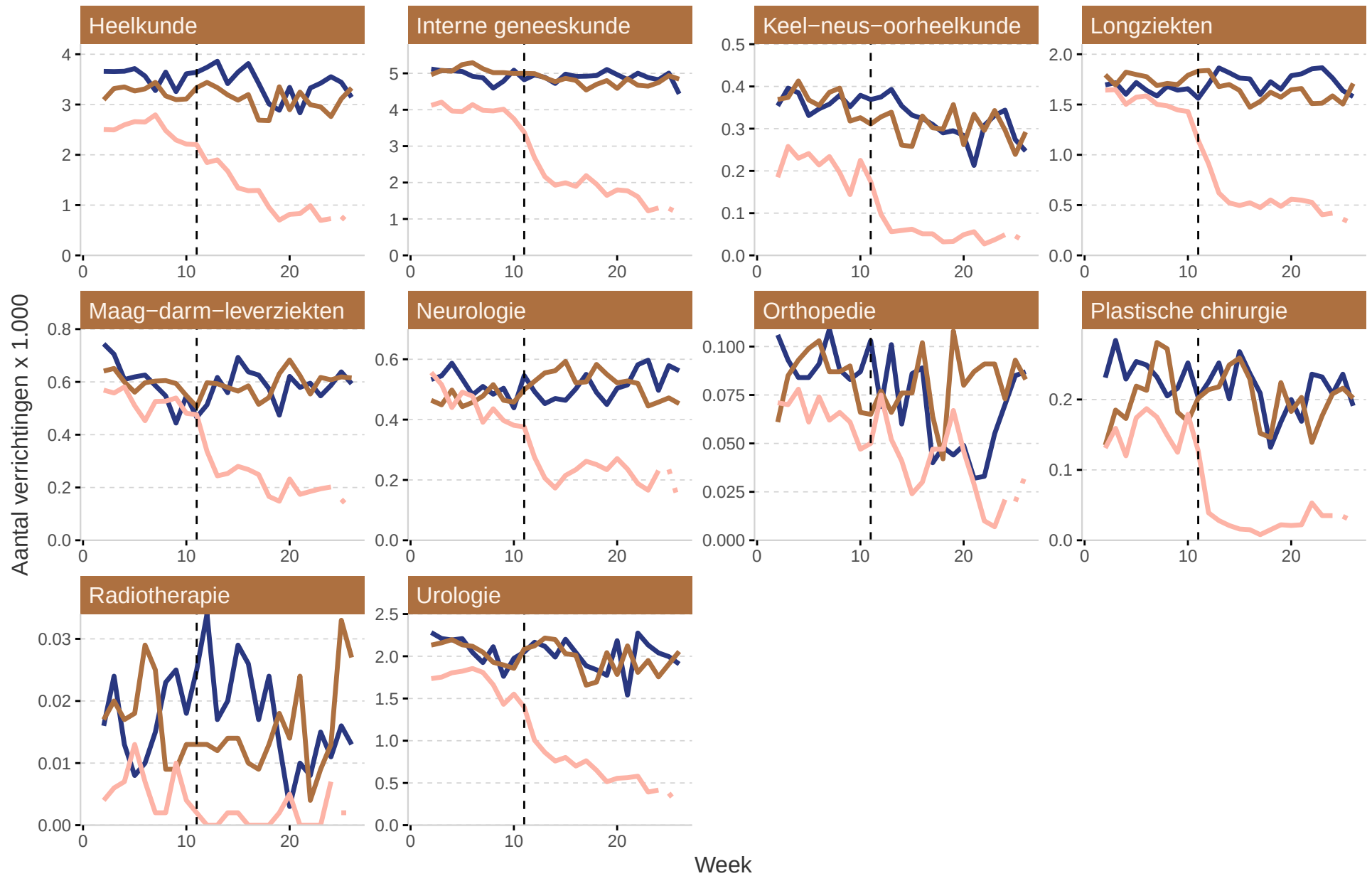
Deze gegevens zijn gebaseerd op de aanlevering van onderhandenwerk. De profielinformatie wordt vaak pas compleet geregistreerd en gekoppeld aan een zorgtraject/patiënt als een DBC is afgesloten. De DBCs worden vaak pas maanden later afgesloten. De gegevens van 2018, 2019 en 2020 zijn allemaal geactualiseerd in juni 2020. We vergelijken de jaren dus op verschillende registratiemomenten (voor en na afsluiten van DBCs). De data van 2018 en 2019 zijn daarom vermoedelijk veel vollediger dan de data in 2020.

Behalve het registratie effect zijn er ook andere verklaringen voor de afname van het aantal polikliniekbezoeken en opnames. Bij een aantal specialismen, zoals radiotherapie, zijn bijvoorbeeld maatregelen genomen om dezelfde zorg in minder contactmomenten te kunnen leveren. Dit kan ook tot een lager aantal verrichtingen leiden terwijl de geleverde zorg niet minder is. Het blijft daarom moeilijk om deze productiecijfers goed te interpreteren.

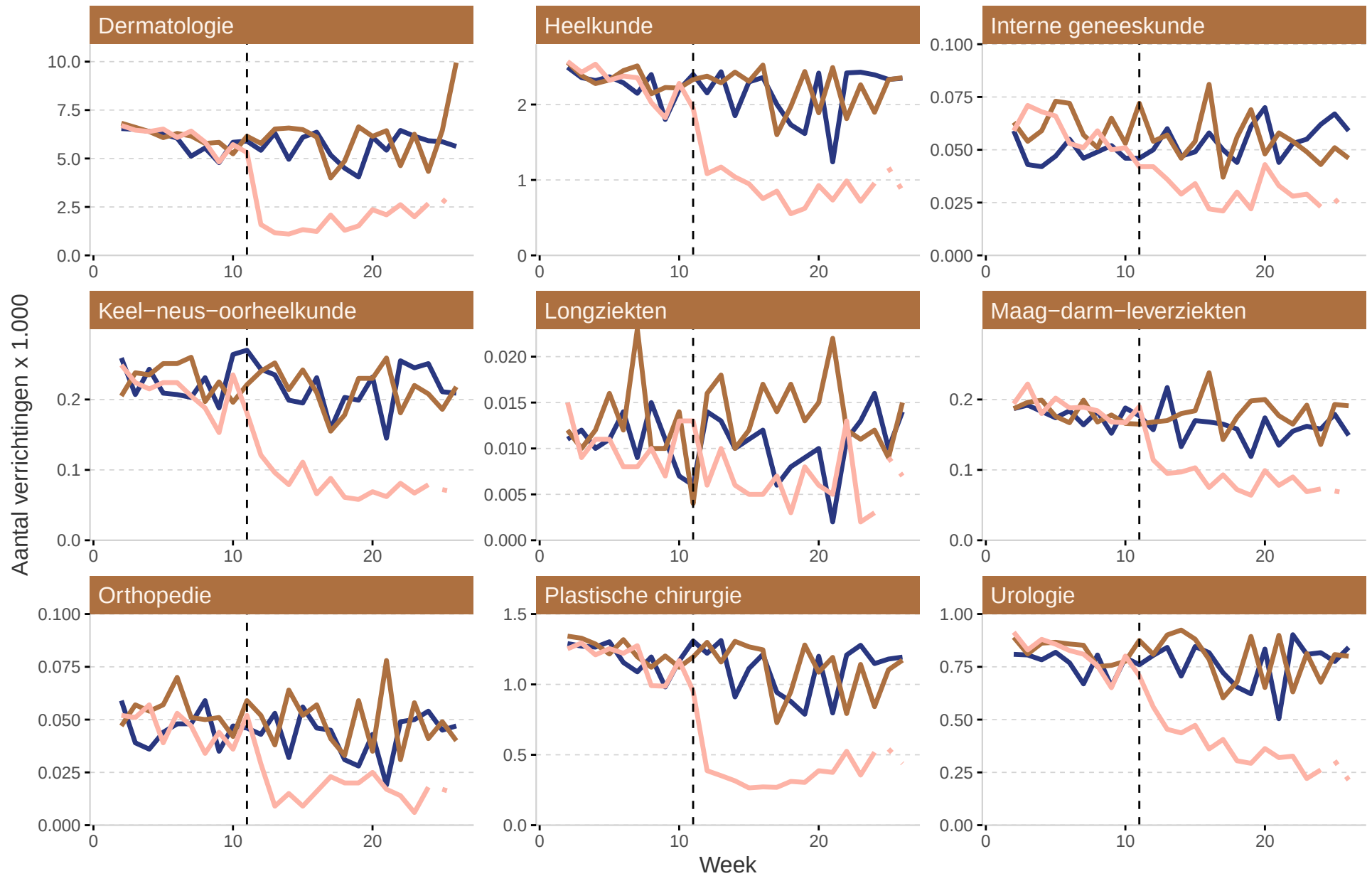
Figuur 16 Aantal polikliniekbezoeken (zorgprofielklasse 1) nieuwvormingen per specialisme.



Figuur 17 Aantal klinische opnames (zorgprofielklasse 3) nieuwvormingen per specialisme.



Figuur 18 Aantal operaties (zorgprofielklasse 5) nieuwvormingen per specialisme.



5.3 Productie per urgentieklasse

Een belangrijke parameter om het stuwmeer te kunnen duiden en te kunnen schatten hoe snel deze patiënten de komende tijd de zorg die zij nodig hebben kunnen inhalen, is de urgentie van hun zorgvraag. Er zijn grote verschillen in de urgentie. Om deze variatie inzichtelijk te maken is een indeling gemaakt in zeven categorieën (zie Tabel 3). Per combinatie van specialisme, diagnose en zorgproduct (behandeling) is een toewijzing naar één van deze categorieën gemaakt. Deze is ter validatie voorgelegd aan een groep experts bij het Zorginstituut.

Tabel 3 Urgentieklassen

Categorie	Omschrijving
A.	<24 uur
B.	<1 wk
C.	<2 wk
D.	<1 mnd
E.	<2 mnd
F.	<3 mnd
G.	>3 mnd

Omdat het onderhanden werk betreft is er nog geen zorgproduct bekend en kan de urgentieklasse dus niet op die manier bepaald worden. Er is een vertaalslag nodig als we in beeld willen brengen in hoeverre de meest urgente zorg is doorgegaan. We hebben daarom historische zorgdata (DIS-data over 2018) gebruikt om de urgentielijst zover als mogelijk om te zetten naar het niveau van diagnose plus zorgactiviteiten (op zorgprofielklasse-niveau).

Voor een deel van de productie blijkt dat goed mogelijk. Dit zijn de 'homogene diagnoses': alle zorgproducten die in de praktijk afgeleid kunnen worden bij patiënten met zo'n diagnose vallen in dezelfde urgentieklasse. We hoeven dus niet te weten welk zorgproduct er wordt afgeleid. Daarnaast zijn er ook heterogene diagnoses: in welke urgentieklasse het uiteindelijke zorgproduct valt is in dat geval sterk afhankelijk van specifieke zorgactiviteiten in het zorgprofiel. Zolang dus het zorgprofiel nog niet volledig is, kan de urgentie ook niet met zekerheid worden bepaald aan de hand van de data. Wel kunnen we in dat geval een kansverdeling schatten over welke urgentieklassen de productie naar alle waarschijnlijkheid verdeeld zal worden.

Op deze manier lukt het om voor de groep patiënten met een diagnose in de groep nieuwvormingen de verdeling over urgentieklassen redelijk goed in te schatten. Figuur 19 geeft voor dit deel van de zorg de verdeling naar urgentie weer.

Duidelijk zichtbaar is de scherpe daling bij de minst urgente categorieën direct vanaf week 11. De meest urgente zorg daalde minder

sterk. In de loop van juni is dit verschil verdwenen. Zoals al eerder genoemd, zijn bij een aantal specialismen maatregelen genomen om dezelfde zorg in minder contactmomenten te kunnen leveren. Dit kan tot een daling in het geschatte aantal (urgente) trajecten leiden terwijl de geleverde zorg niet minder is. Verder geldt dat de betrouwbaarheid van deze uitsplitsing minder wordt in mei, omdat het specialisme vaker nog onbekend is. Welk effect dat op de verdeling naar urgentie heeft, kunnen we niet zeggen.

Figuur 19 Productie uitgesplitst naar urgentie per week.

