

Gevolgen van de coronacrisis voor de oncologische zorg

Analyse van de doelgroep nieuwvormingen

NZa
Update, 25 augustus 2020

In samenwerking met:

SONCOS

Stichting Oncologische Samenwerking



Zorg voor data

KNL integraal
kankercentrum
Nederland

 **ZorgDomein**

palga

DICA
DUTCH
INSTITUTE
FOR CLINICAL
AUDITING

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
1.1 Bronnen	6
1.2 Samenvatting	6
2. Bevolkingsonderzoeken	7
2.1 Stopzetten van bevolkingsonderzoeken	7
2.2 Opstart bevolkingsonderzoeken	8
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 met verdenking van kanker	34
5.1.1 Onderhanden werk per ROAZ regio, doelgroep en specialisme	35
5.2 Verrichtingen	40
5.3 Productie per urgentieklasse	43

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.

In dit rapport is aan de overzichten van de ziekenhuisproductie in 2020 een schatting toegevoegd van de nog niet geregistreerde productie om de cijfers tussen de jaren vergelijkbaar te maken. Door de verschillende leveringen van de ziekenhuizen te vergelijken is het aandeel berekend dat pas later geregistreerd en bij een latere levering aangeleverd is.

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 cijfers over de maand juli, na de correctie voor het registratie-effect, laten zien dat er weer ongeveer evenveel oncologische zorg is geleverd als in andere jaren zonder corona. Vanaf week 11 was de daling in het aantal patiëntcontacten (per week) bijna 50%. In mei zien we een stabilisatie van het aantal patiëntcontacten per week. Als we corrigeren voor de registratieeffecten, zien we vanaf juni een duidelijke toename en lijkt het aantal oncologische patiënten in juli weer op het niveau van 2018 en 2019 te liggen.

Zowel het aantal doorverwijzingen vanuit de huisarts als het aantal behandelingen in het ziekenhuis zijn dus weer op een voor de zomer gebruikelijk niveau. Ook het aantal gevonden tumoren is weer op het verwachte niveau of zelfs iets daarboven. Bij huidkanker, hoofd-hals kanker en kanker van de vrouwelijke geslachtsorganen lijkt de achterstand in diagnostiek en behandeling weer iets ingelopen te worden. Het relatief grote aantal urgente verwijzingen duidt mogelijk ook op patiënten die al langer rondliepen met klachten en in juli met spoed of verkorte wachttijd zijn ingestuurd.

De bevolkingsonderzoeken zijn inmiddels allemaal weer opgestart. Vanaf 8 juli is ook de screening op borstkanker hervat. Daarbij zijn net als bij de andere bevolkingsonderzoeken eerst de vrouwen uitgenodigd die ten tijde van de stopzetting al een uitnodiging hadden ontvangen maar toen niet meer konden komen. Op dit moment is de beschikbare capaciteit op 50% van de normale capaciteit (Bron: RIVM). Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is op 1 juli hervat met het reguliere aantal vrouwen dat per week wordt uitgenodigd. Er zijn momenteel geen wachttijden. De deelname lijkt nog enigszins achter te blijven, mogelijk vanwege de vakantieperiode. Het bevolkingsonderzoek naar darmkanker was 11 mei al opgestart. De beschikbare capaciteit is daar inmiddels weer bijna op het oude niveau.

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 zijn 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 zijn er weer uitnodigingen verstuurd en vanaf 8 juli is de screening hervat.² Eerst zijn de vrouwen uitgenodigd die ten tijde van de stopzetting al een uitnodiging hadden ontvangen maar toen niet meer konden komen. Zij zijn in een aantal fases uitgenodigd, afgestemd op de beschikbare capaciteit rekening houdend met de COVID-19 maatregelen. Op dit moment is de beschikbare capaciteit op 50% van de normale capaciteit (Bron: RIVM).

Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is op 1 juli hervat met het reguliere aantal vrouwen dat per week wordt uitgenodigd. Eerst kregen de vrouwen een uitnodiging die vóór 16 maart al een uitnodigingsbrief of zelfafnameset in huis hadden, maar toen niet meer konden deelnemen. Daarna zijn de vrouwen uitgenodigd die op 16 maart een brief hadden moeten krijgen. Er zijn momenteel geen wachttijden. De deelname lijkt nog enigszins achter te blijven. Een reden hiervoor kan zijn dat het nog vakantieperiode is.

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 78% van het aantal dat in juni 2019

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

uitgenodigd was. Het aantal verstuurde uitnodigingen in vergelijking met andere jaren wordt in oktober ververst en gerapporteerd.

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 17 augustus). 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.

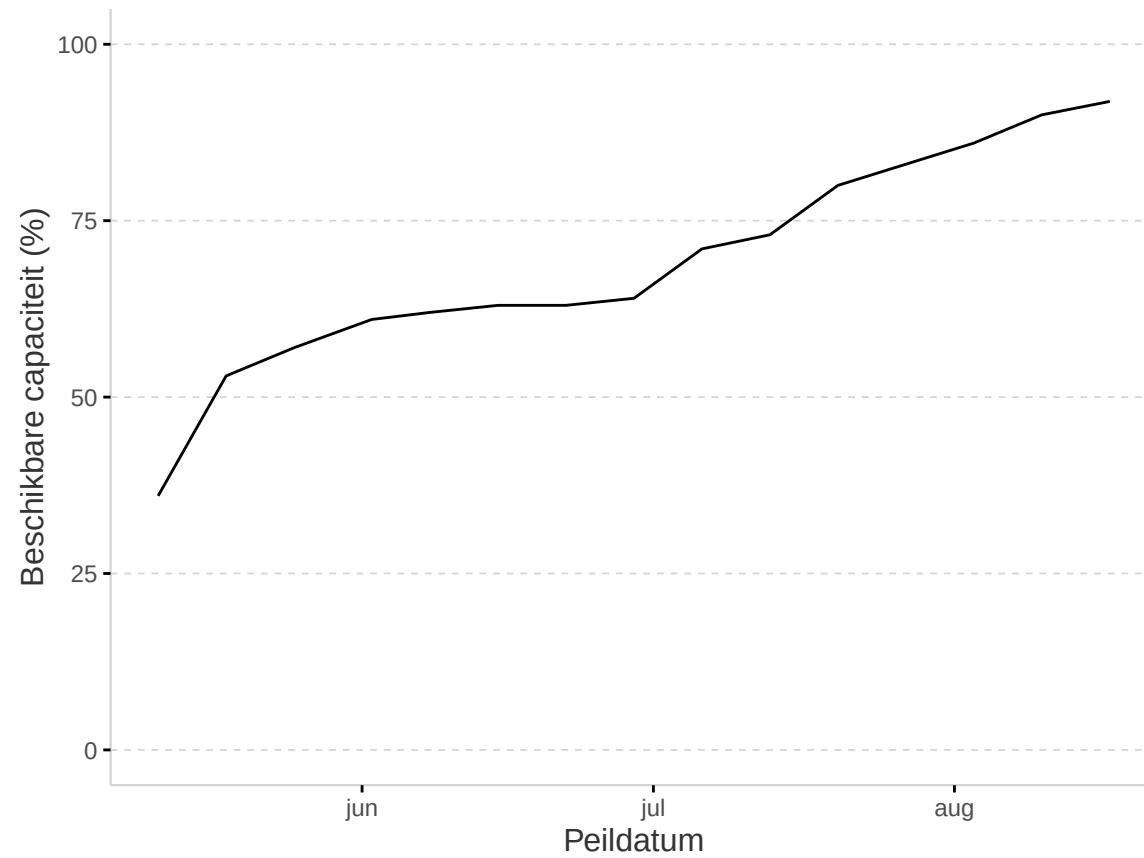
Figuur 2 Status coloscopiecentra op 17 augustus 2020 (Bron: RIVM)



Figuur 3 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 zijn vrijwel alle coloscopieën die nog uitgevoerd moesten worden 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). De gegevens over wachttijden worden in oktober ververst en gerapporteerd.

Figuur 3 Beschikbare capaciteit bevolkingsonderzoek darmkanker tussen 11 mei en 17 augustus 2020 (Bron: RIVM)



Tabel 1 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

2.3 Uitgestelde zorgvraag

In Tabel 1 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 1 kunnen we zien dat er maandelijks meer dan 3.100 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 1 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 351 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

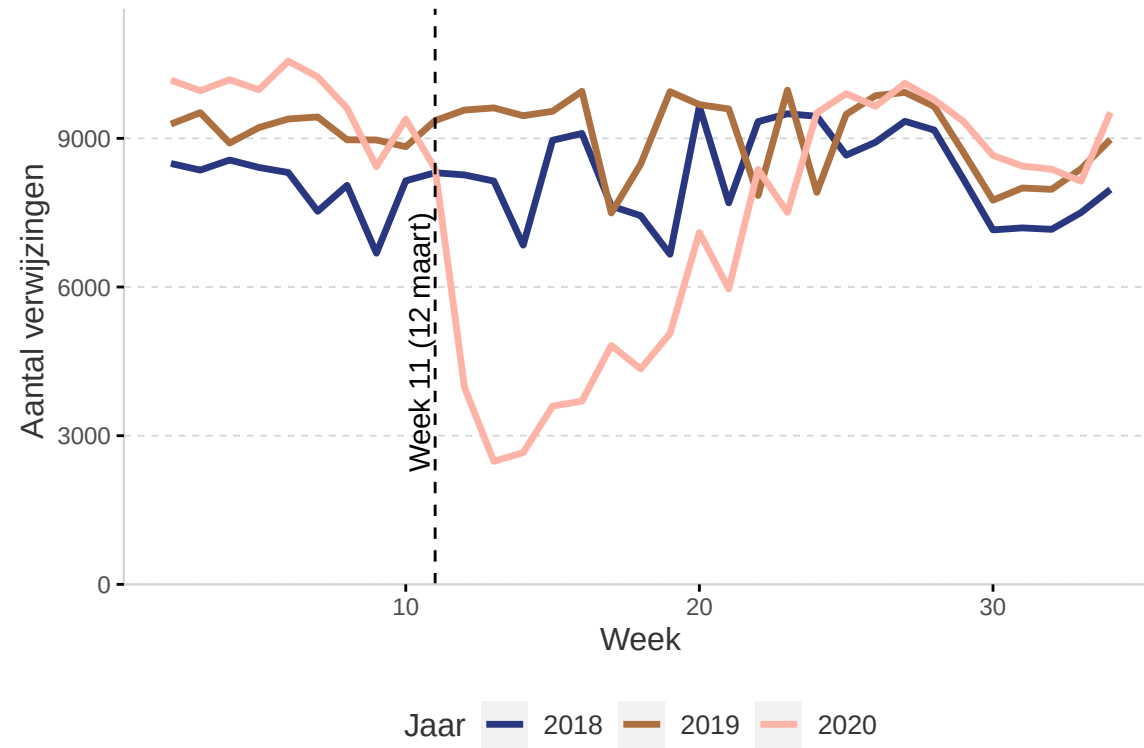
3.3 Resultaten verwijzingen

3.3.1 Totaal oncologische verwijzingen

In Figuur 4 wordt het landelijke verwijzingsvolume getoond voor de eerste 34 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 34. De zigzaglijn van de weken 19-24 is mogelijk het gevolg van kortere werkweken door feestdagen. Het lagere aantal verwijzingen tussen half juli en half augustus heeft te maken met de zomervakantie. In sommige regio's is die in de laatst gerapporteerde week al ten einde.

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 4 Landelijk verwijzingsvolume nieuwvormingen 2018-2020 per week



3.3.2 Verwijzingen oncologie per ROAZ regio

Figuur 5 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 terug op het oude niveau in alle regio's.

Figuur 5 Landelijk verwijzingsvolume nieuwvormingen 2018-2020 per ROAZ regio per week



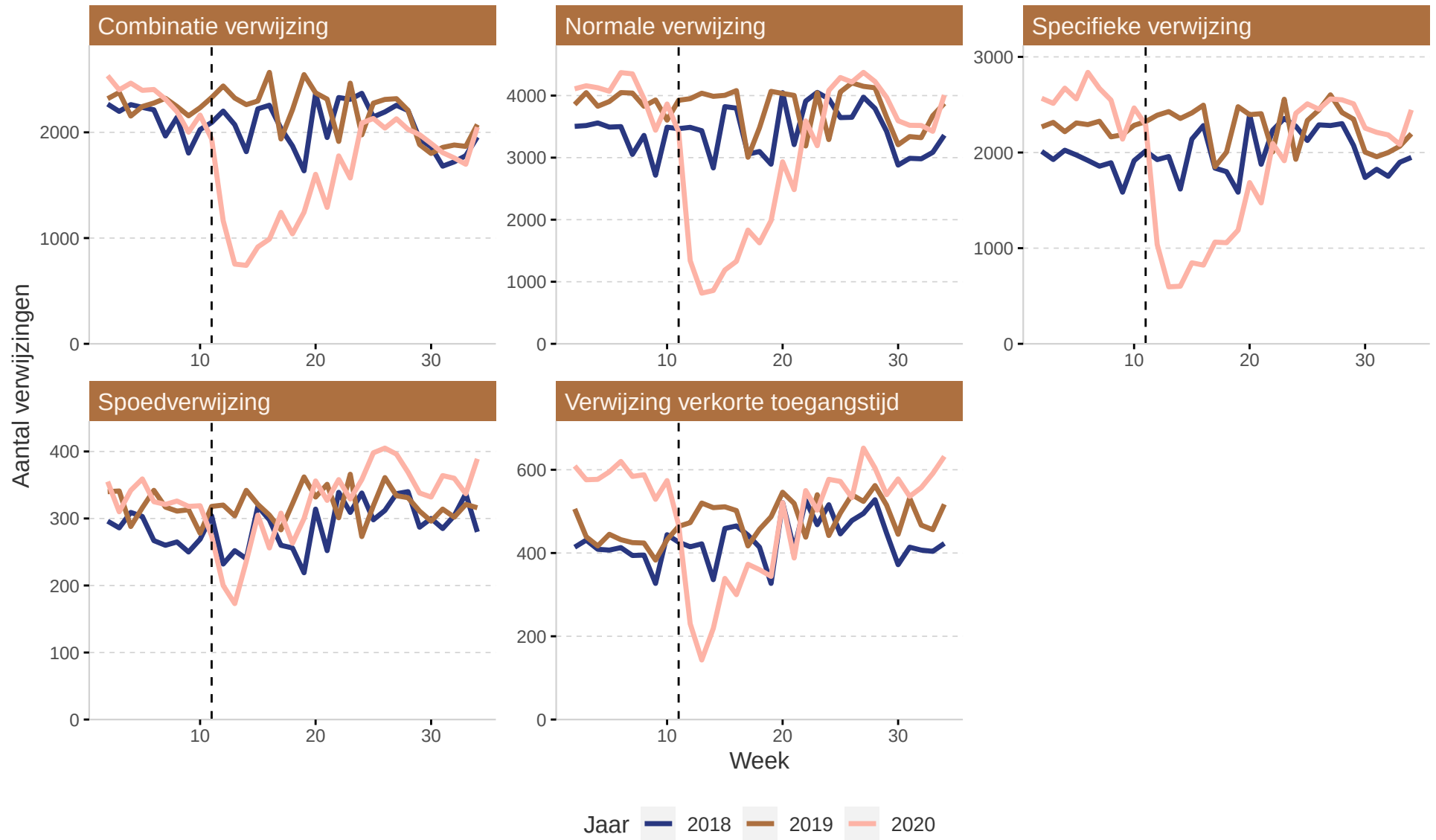
3.3.3 Verwijzingen oncologie per type verwijzing

De gegevens van ZorgDomein bevatten ook informatie over het type verwijzing. Zoals te zien is in Figuur 6 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. Voor het relatief meer urgente verwijzingen een mogelijke reden is dat patiënten in de afgelopen maanden langer hebben gewacht om met hun klacht naar de huisarts te gaan. Bij de spoedverwijzingen gaat het wel om een relatief klein aantal patiënten waarvan ongeveer de helft een verwijzing krijgt vanwege (voorstadium van) huidkanker of bloedarmoede.

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 6 Verwijzingsvolume nieuwvormingen per type verwijzing per week



3.3.4 Verwijzingen per zorgvraag

In Figuur 7 en 8 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 7. 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 (of de combinatie van beide) zijn.

De verwijzingen vanwege een afwijkend uitstrijkje blijven nog onder het niveau van voor de coronavirusuitbraak maar zijn wel weer op hetzelfde niveau als in 2018 en 2019.

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.

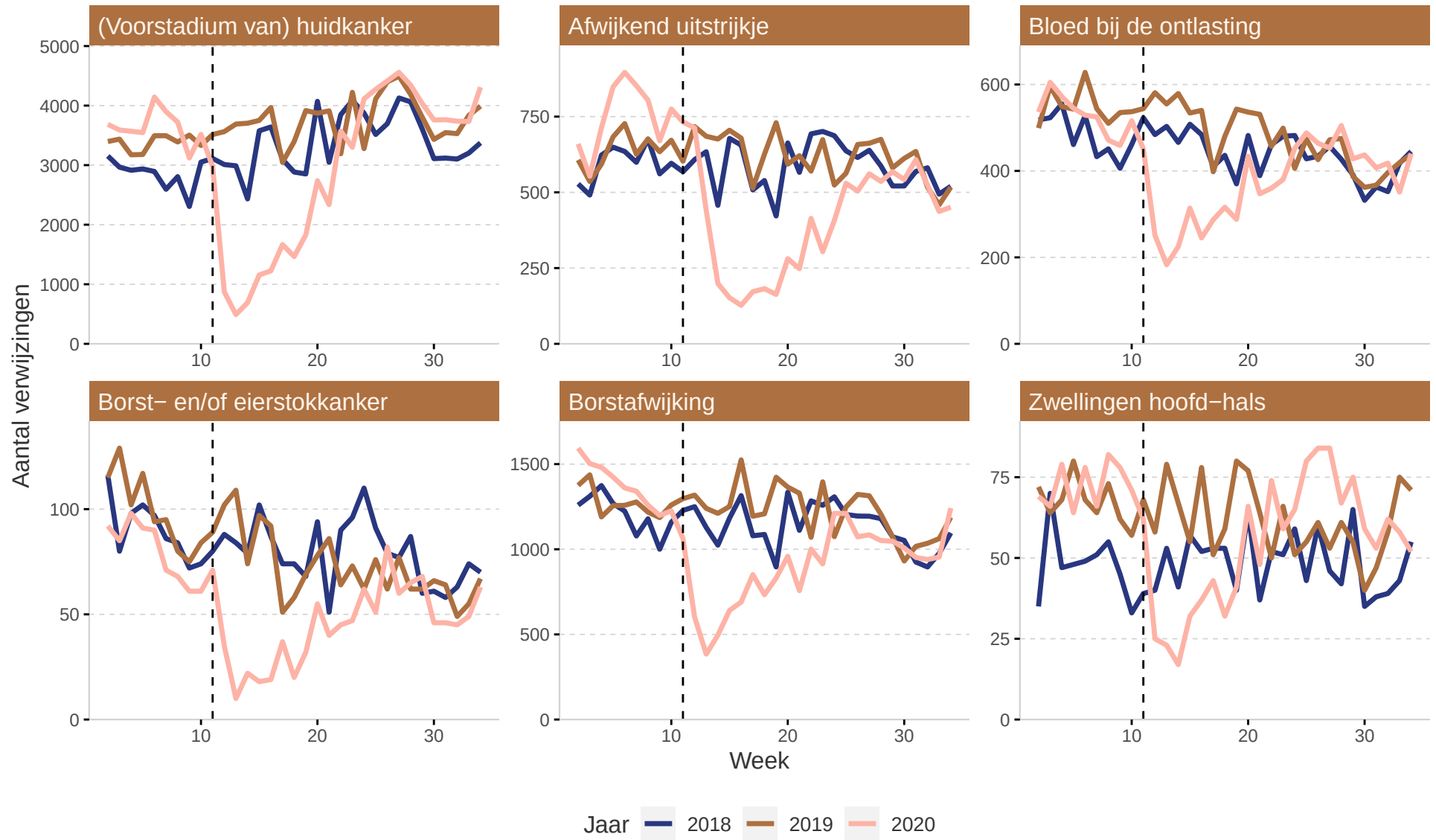
Bij de verwijzingen vanwege (verdenkingen op) borst- en/of eierstokkanker en vanwege borstafwijking worden ook de verwijzingen naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek borstkanker meegenomen. In 2018 waren dat gemiddeld 400 verwijzingen per week. Het bevolkingsonderzoek is in juli weer opgestart met een beperkte capaciteit van ongeveer 50%. Als we de aantallen die we vanuit het bevolkingsonderzoek missen bij de huidige cijfers optellen komt het aantal verwijzingen ongeveer op het oude niveau of licht hoger. 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.

Het is opvallend dat het aantal verwijzingen vanwege zwellingen van hoofd of hals een aantal weken boven het niveau van 2018 en 2019 lag en een deels ook boven het aantal van de eerste weken van 2020 uitkwam. Dit kan op een inhaalslag wijzen.

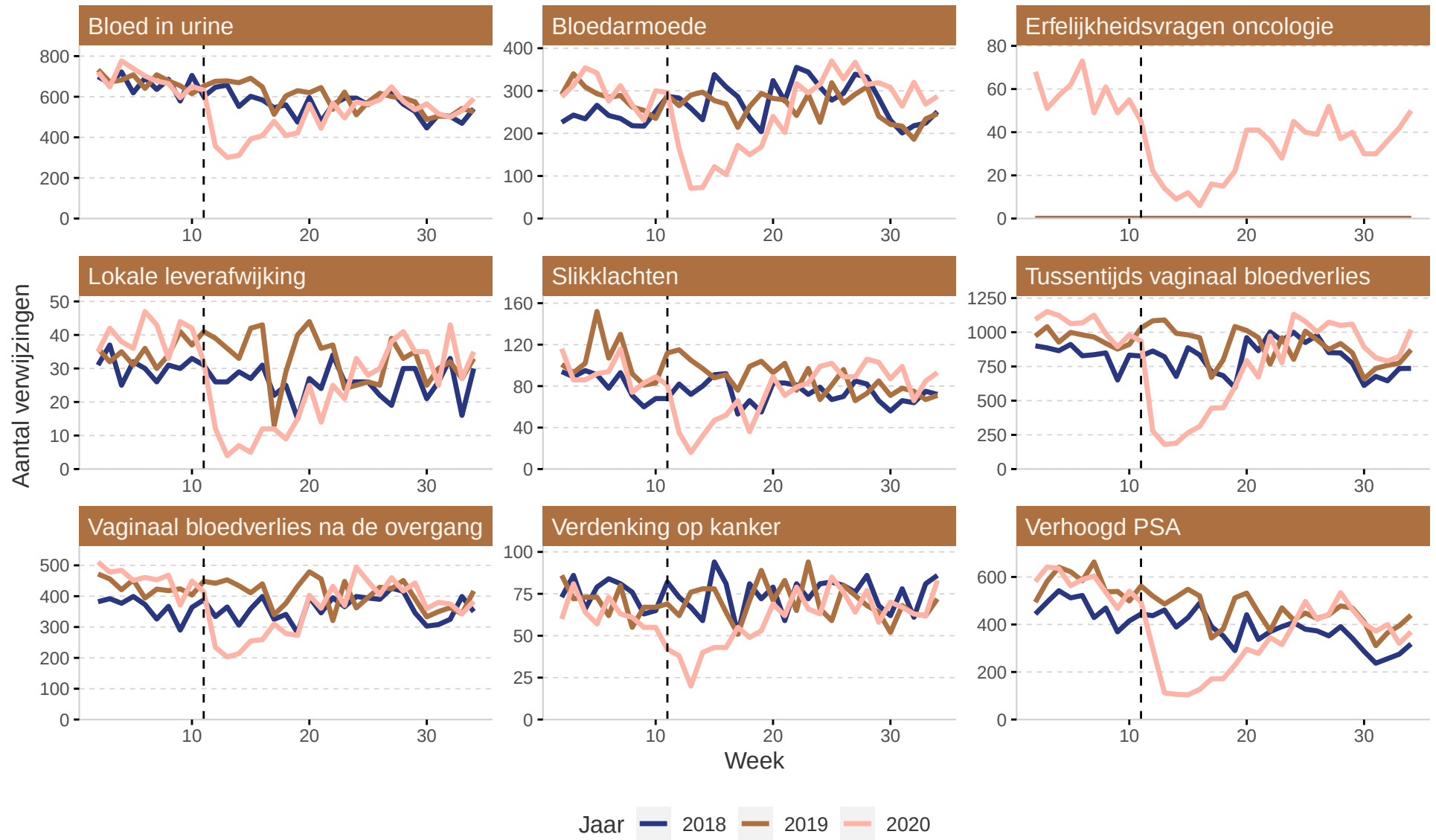
In Figuur 8 liggen de verwijzingen vanwege tussentijds vaginaal bloedverlies en vanwege bloedarmoede boven het niveau van 2018 en 2019. Mogelijk gaat het bij deze zorgvragen ook om een inhaalslag.

Op basis van de voorlopige cijfers over diagnoses signaleert ook IKNL een inhaalslag bij huidkanker, hoofd-halskanker en kanker van de vrouwelijke geslachtsorganen (zie hoofdstuk 4)

Figuur 7 Verwijzingsvolume nieuwvormingen per zorgvraag per week



Figuur 8 Verwijzingsvolume nieuwvormingen per zorgvraag per week

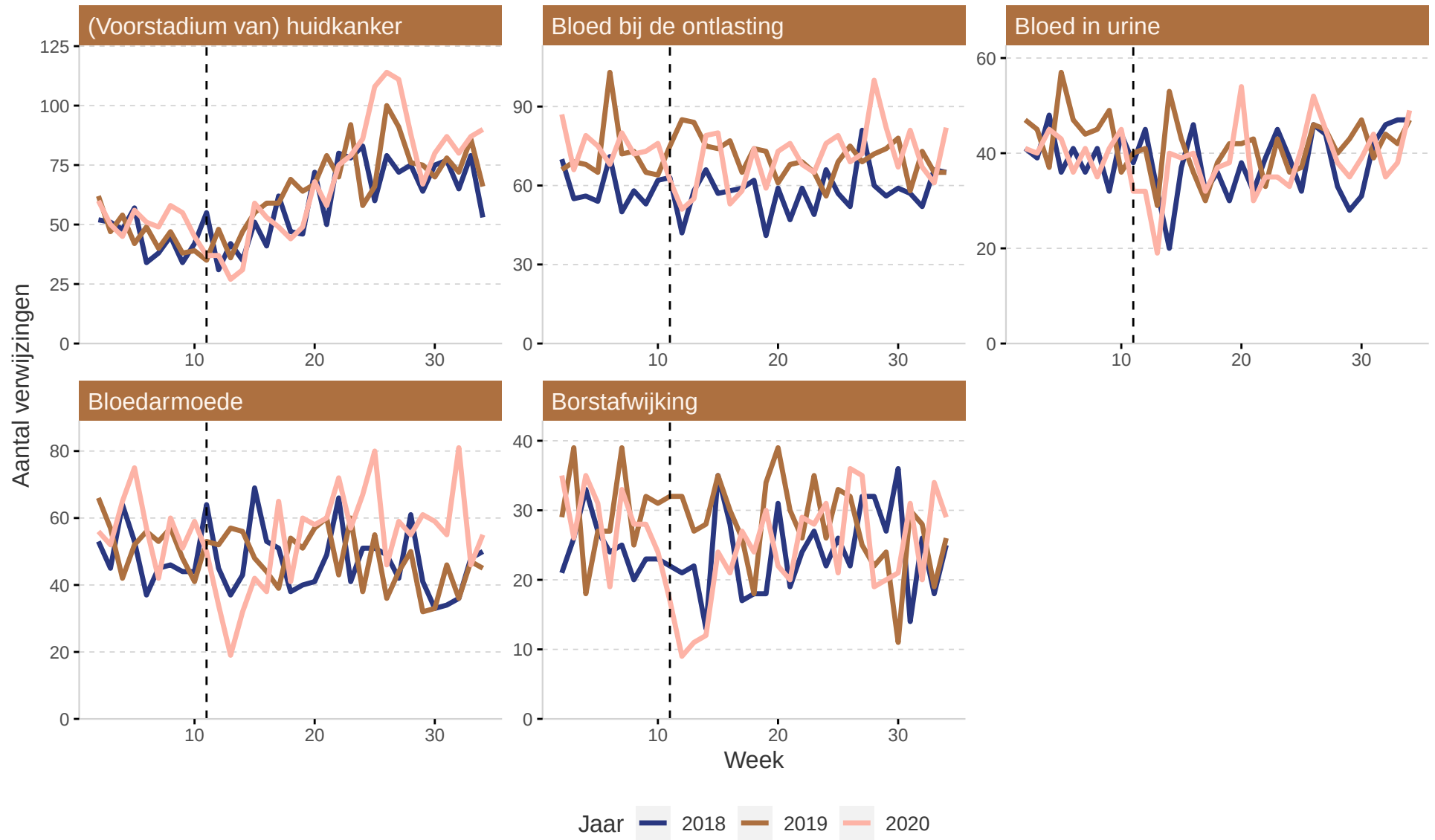


3.4 Urgente verwijzing per zorgvraag

In Figuur 9 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 of erboven. 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. Bij (voorstadium van) huidkanker, bloed bij de ontlasting en bloedarmoede ligt het aantal spoedverwijzingen in sommige weken boven het te verwachten aantal. Het gaat wel om lage aantallen, vaak maar om landelijk 10-20 extra patiënten.

Figuur 9 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.

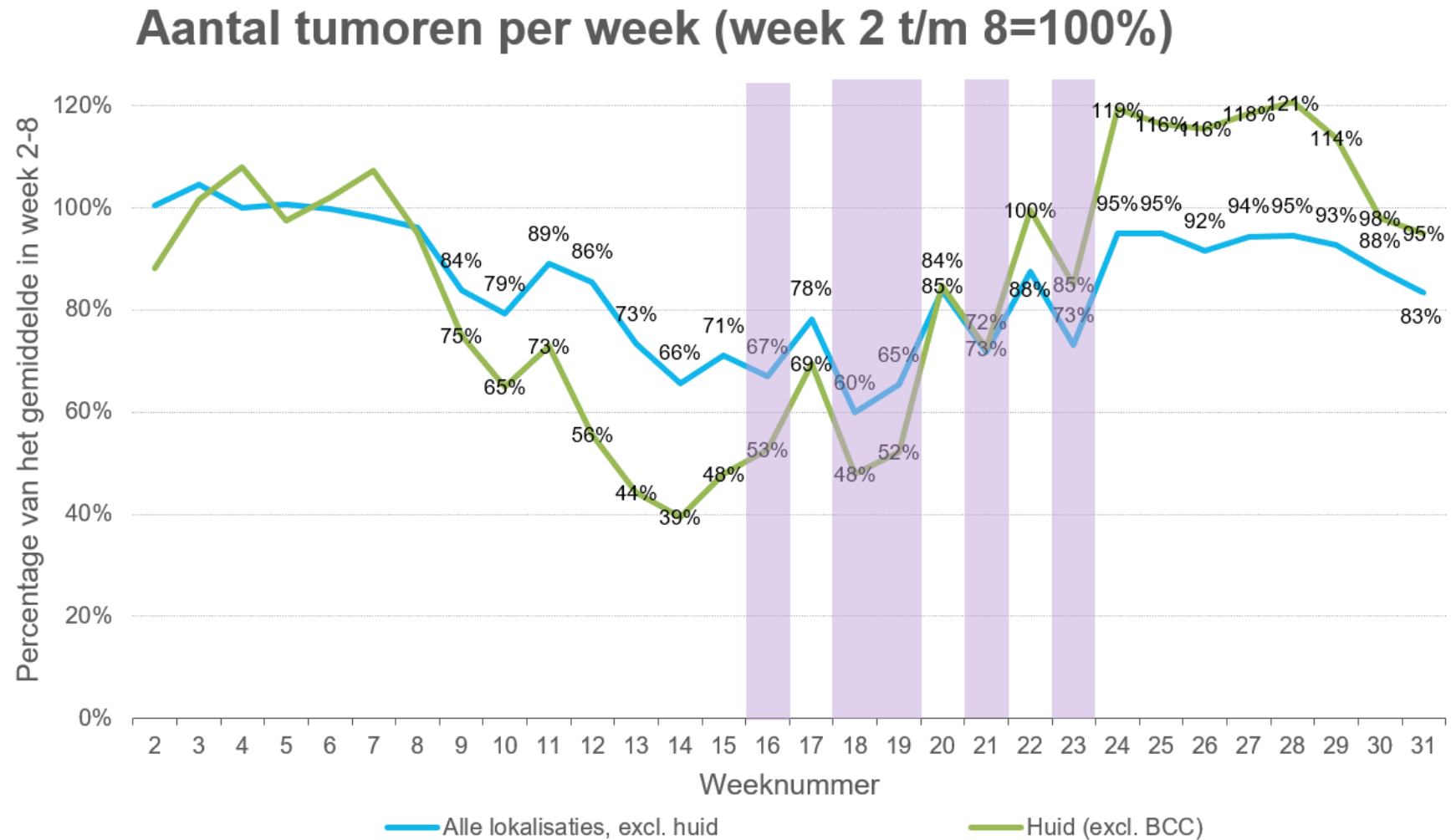
Figuur 10 laat het aantal gestelde diagnoses zien per week in relatie tot het gemiddelde aantal in de weken 2 t/m 8. Week 16, 18, 19, 21 en 23 zijn gemarkeerd in de figuur omdat zij vanwege feestdagen een werkdag minder hebben. Het aantal diagnoses in maart en april is met 20 - 25% gedaald. Voor huidkanker 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 was het aantal diagnoses op ongeveer 90 - 95% 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. IKNL signaleert een inhaalslag in de diagnoses huidkanker, hoofd-halskanker en kanker van de vrouwelijke geslachtsorganen.

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>

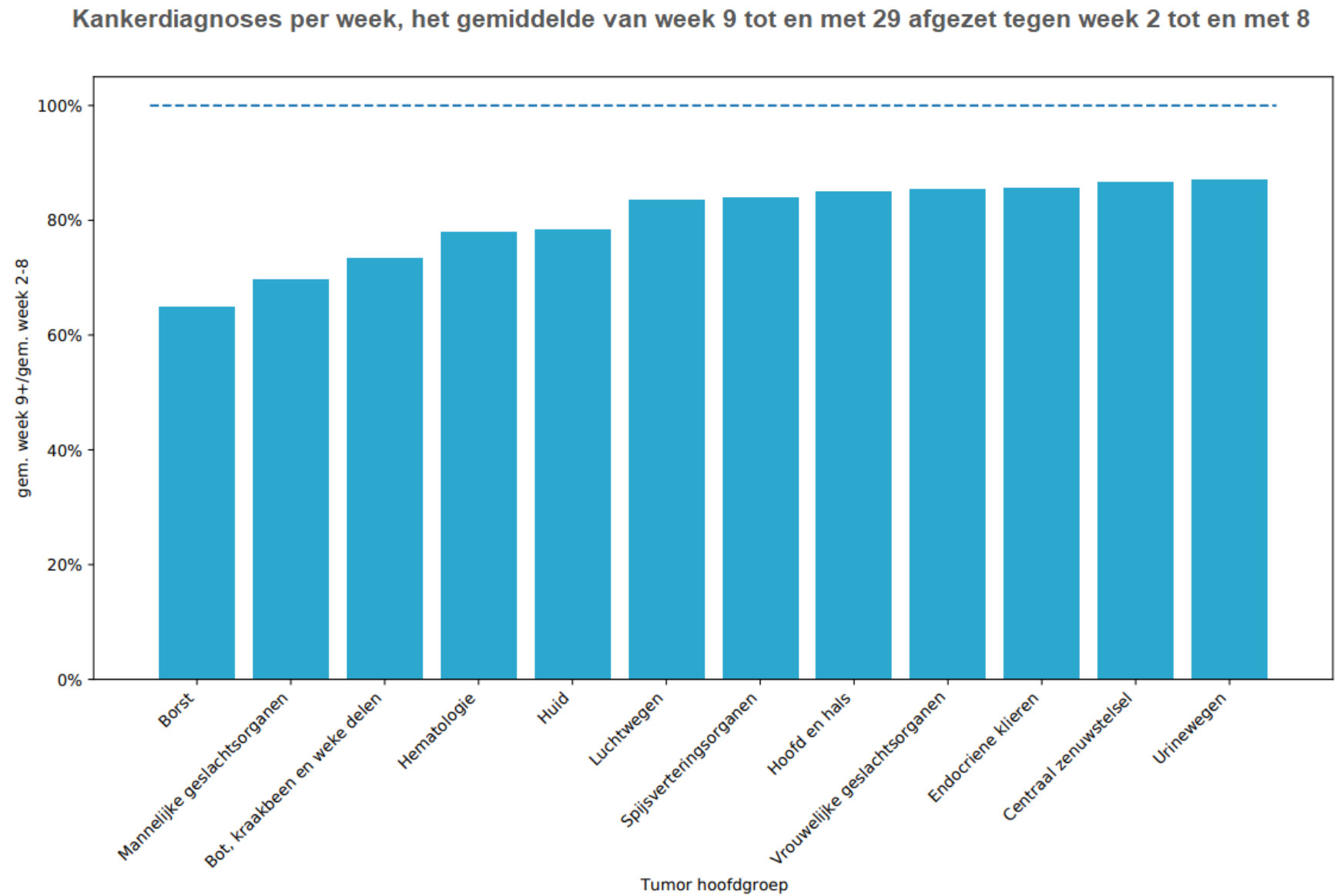
Figuur 10 Aantal kanker diagnoses tussen week 2 en 31.



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

Figuur 11 laat de gemiddelde afname per tumorsoort zien in de weken 9 t/m 29. 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.

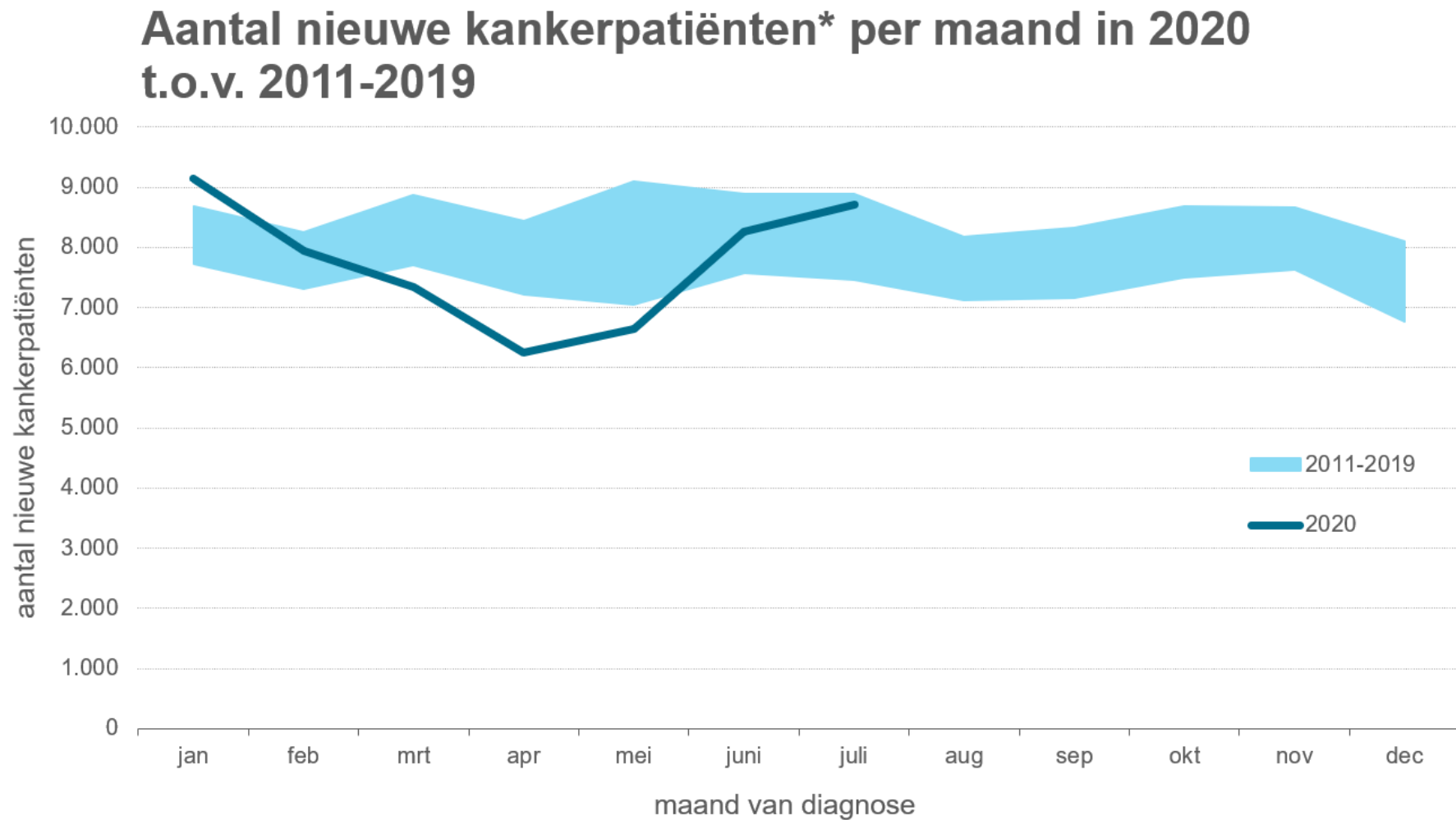
Figuur 11 Gemiddelde afname per tumorsoort.



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 12. 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 juni en juli lijkt het aantal nieuwe kankerpatiënten op basis van deze voorlopige cijfers weer vergelijkbaar met 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 12 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 55 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 30). 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. Het registratie-effect is groter bij verrichtingen, omdat deze pas later gecodeerd aan een patiënt en specialisme worden gekoppeld. De daling is daarom sterker bij consulten, opnamen en operaties dan bij aantallen patiënten. Dit geldt in het bijzonder voor verpleegdagen.

Ten slotte vermoeden we dat mede door de bijzondere omstandigheden tijdens de coronacrisis de hoeveelheid zorg die is geregistreerd de afgelopen maanden niet de volledige productie weergeeft. De consequentie is dat het herstel van de reguliere productie in de afgelopen maanden waarschijnlijk wordt onderschat. We zien ook dat bij iedere nieuwe aanlevering nog productie wordt toegevoegd voor alle voorgaande maanden. Dit verklaart gedeeltelijk de blijvend lage lijn in de meeste productiecijfers. De laatste twee weken zijn het meest onvolledig, maar ook de cijfers over april zijn in augustus nog met enkele procenten opgehoogd.

In dit rapport vergelijken we de verschillende aanleveringen van DHD om het registratie-effect vanaf april te schatten, met de aanname dat de data van januari, februari en maart volledig zijn. Hierbij hebben we een correctie toegepast op de aantallen van 2020 om het registratie-effect dat we op basis van alle leveringen hebben kunnen schatten te demonstreren. In de meeste figuren wordt deze geschatte productie weergegeven met een extra lijn, bovenop de lijn die de daadwerkelijk gemeten productie toont.

We doen de correctie door op het niveau van instellingen en specialismen te berekenen hoe groot de toename in aanlevering (zowel patiënten als verrichtingen) over een bepaalde productie maand is na 1 maand, na 2 maanden enzovoort. Deze percentages gebruiken we vervolgens om een factor te berekenen waarmee naar verwachting de data voor een bepaalde maand nog zal toenemen in de komende maanden totdat deze compleet zal zijn. De aangeleverde data hogen we op met deze factor. Het registratie-effect kan

per ziekenhuis en per levering verschillend zijn. Maar bij de verdeling naar specialismen worden dit soort uitzonderingen meer uitgemiddeld. Als we dit per ROAZ-regio doen, kan de bijschatting voor de regio's met slechts enkele ziekenhuizen sterk beïnvloed worden door een enkele ziekenhuis, als die bijvoorbeeld in één maand heel veel data aanlevert. Daarom tonen we de gecorrigeerde aantallen niet in het figuur waarin we de verschillende ROAZ naast elkaar zetten.

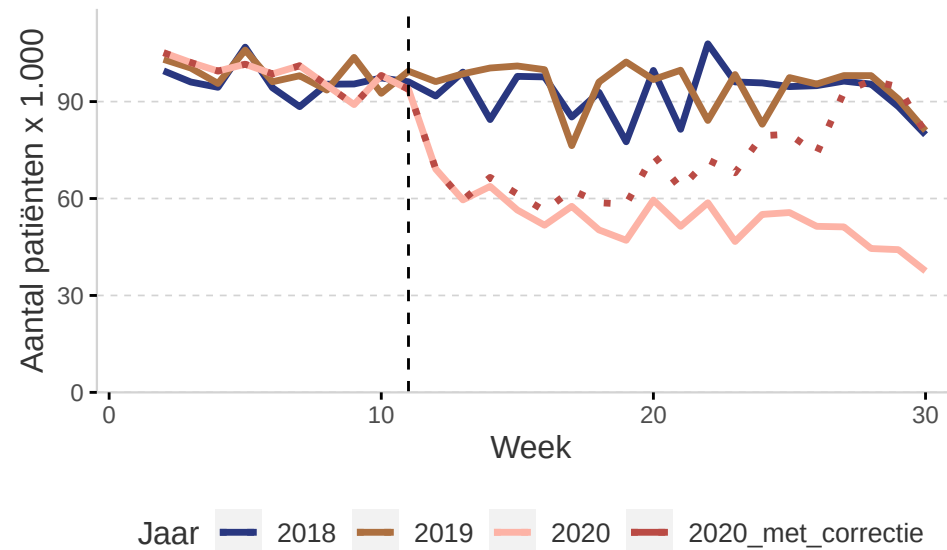
In dit hoofdstuk geven de figuren het aantal patiënten of verrichtingen per week weer. Op alle figuren zit een verticale lijn bij week 11. In die week viel 12 maart toen de eerste landelijke maatregelen werden aangekondigd. Verder is week 1 uit de figuren weggelaten omdat deze niet vergelijkbaar is met de andere weken en ook niet tussen de jaren (omdat het geen volledige week is).

5.1 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 patiënten 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 13 geeft aan in hoeverre de zorg voor patiënten met een verdenking van kanker al opgestart is in het ziekenhuis. Vanaf week 11 was de daling in het aantal patiëntcontacten (per week) bijna 50%. In mei zien we een stabilisatie van het aantal patiëntcontacten per week. Als we corrigeren voor de eerder genoemde registratie-effecten, zien we vanaf juni een duidelijke toename en lijkt het aantal oncologische patiënten in juli weer op het niveau van 2018 en 2019 te liggen.

Figuur 13 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.

5.1.1 Onderhanden werk per ROAZ regio, doelgroep en specialisme

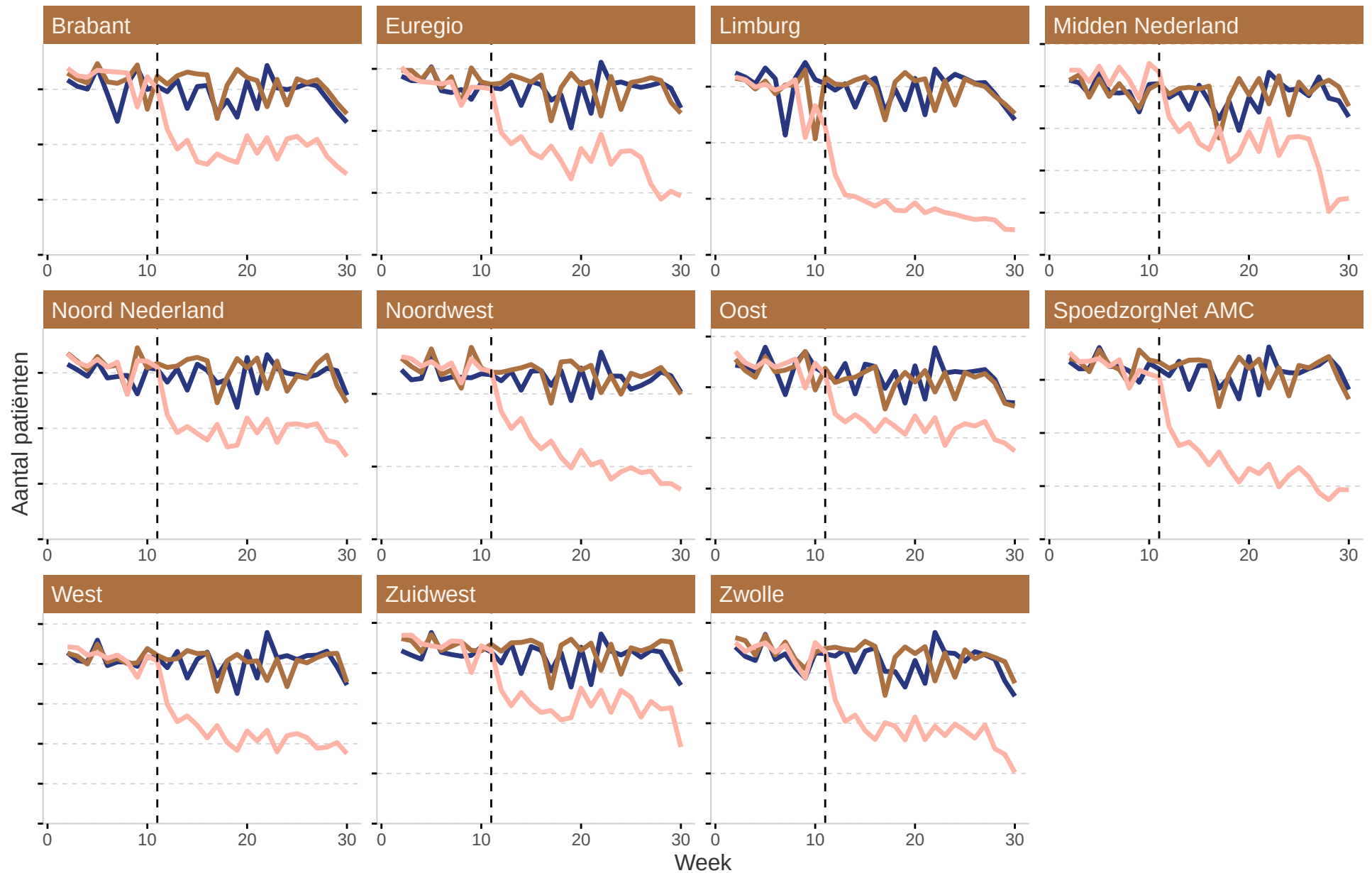
Omdat sommige ROAZ-regio's weinig ziekenhuizen tellen laten we het aantal patiënten op de verticale as achterwege in Figuur 14. In deze figuur is het niet goed mogelijk om te corrigeren voor registratie-effecten. Doordat het aantal ziekenhuizen in sommige regio's klein is kan de bijschatting sterk beïnvloed worden door het aanlevergedrag van één enkele instelling.

Figuur 15 laat het aantal patiënten per week en per doelgroep (kankersoort) zien. De voor het registratie-effect gecorrigeerde cijfers suggereren dat de grootste percentuele daling tussen maart en mei bij huidkanker, overige gelachtsorganen van man, darmkanker, borstkanker en baarmoederhalskanker was. Voor de dalende aantallen van de laatste drie kankersoorten kan het stopzetten van de bevolkingsonderzoeken een belangrijke oorzaak zijn. In juli lijken de productiecijfers van alle kankersoorten weer op een gebruikelijk

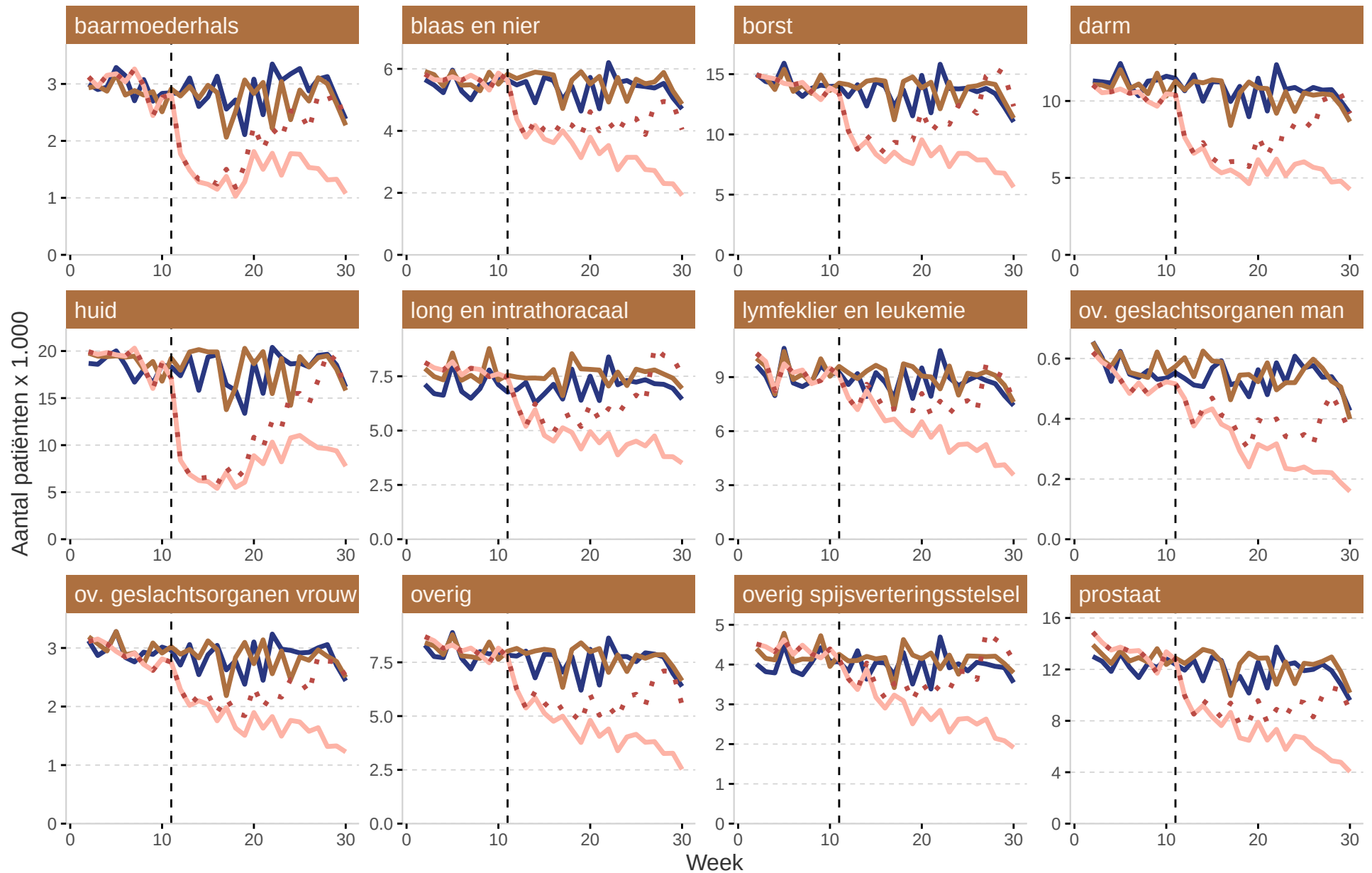
niveau te zijn.

Figuur 16 geeft het aantal patiënten per week per specialisme weer. Als we corrigeren voor het registratie-effect dan is te zien dat het aantal patiënten bij sommige specialismen, zoals dermatologie en plastische chirurgie, percentueel sterk afnam tijdens de coronavirusuitbraak. Bij andere specialismen, zoals interne geneeskunde en neurologie, lijken de aantallen in mindere mate terug te zijn gelopen. In juli lijkt het aantal patiënten bij de meeste specialismen op het te verwachten niveau te liggen. Alleen orthopedie en radiotherapie lijken nog licht achter te lopen.

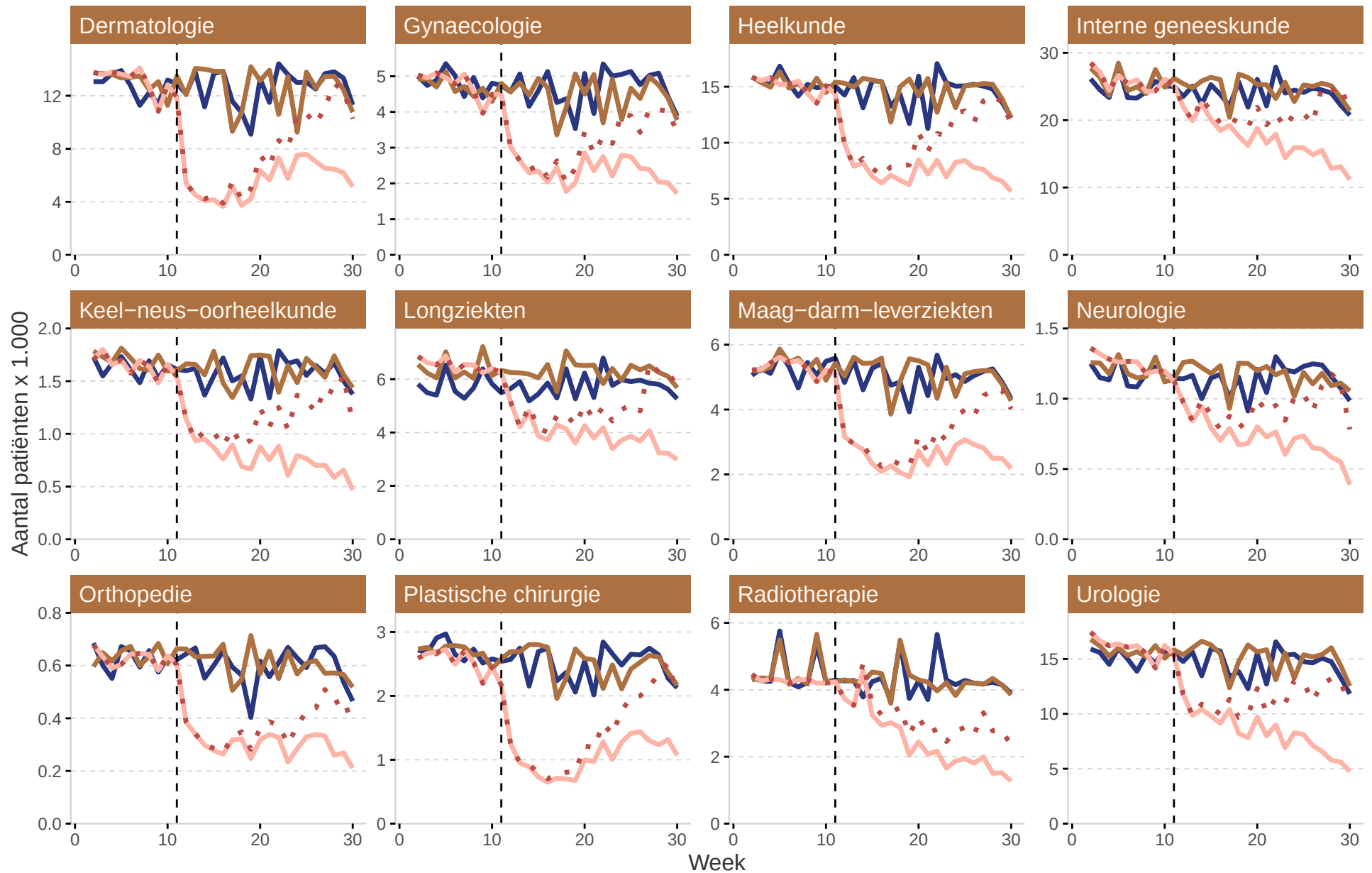
Figuur 14 Aantal patiënten nieuwvormingen in het onderhanden werk 2018-2020 per roaz regio.



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



Figuur 16 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 en operaties. In dit rapport laten we niet meer het aantal opnamen zien, omdat de registratie hiervan nog te onvolledig is en nog niet bijgeschat kan worden.

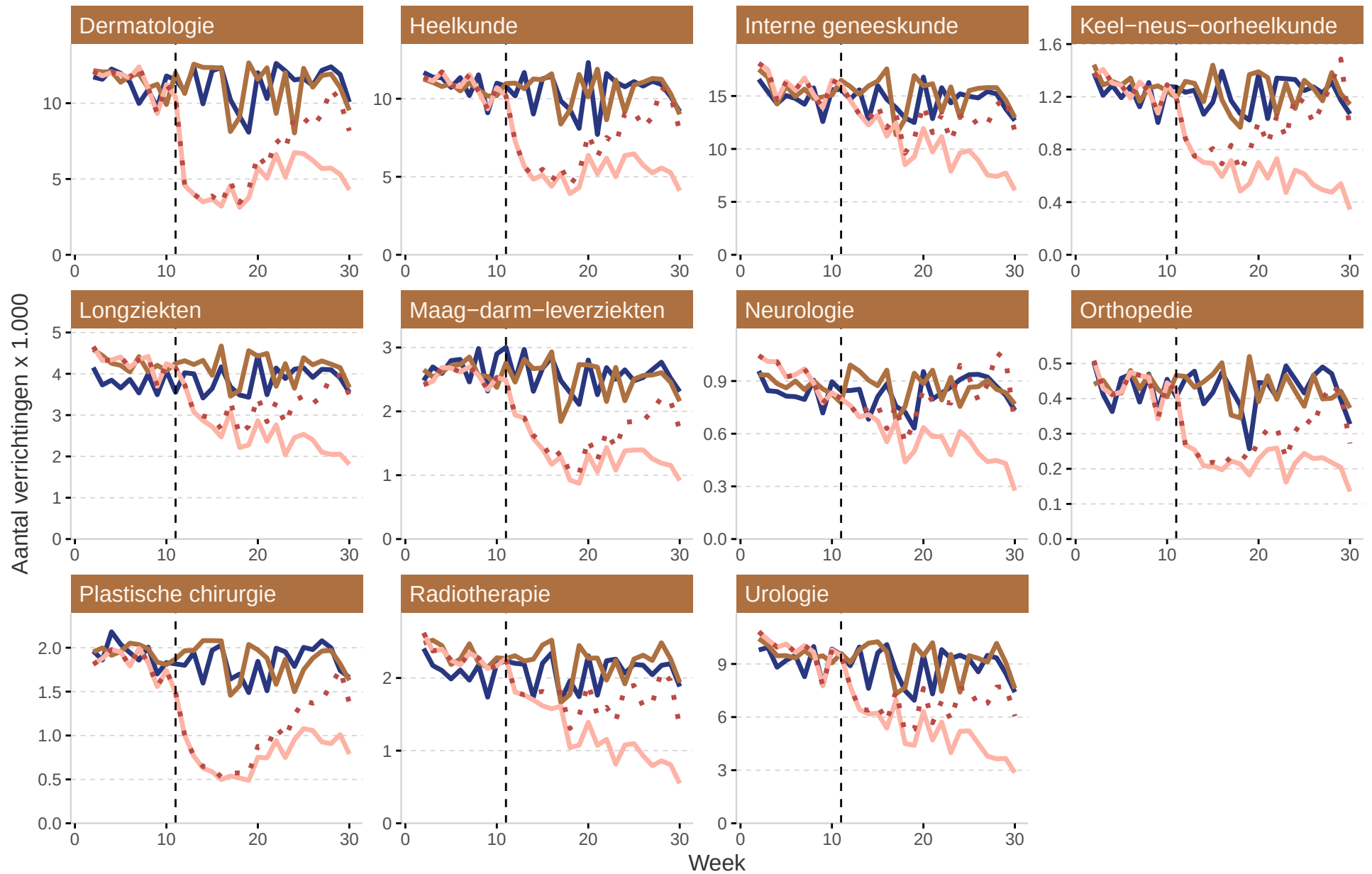
In de figuren laten we de twaalf specialismen zien met de hoogste patiëntaantallen. Specialismen met gemiddeld minder dan 10 verrichtingen per week in de eerste 30 weken van 2019 laten we niet zien.

Figuur 17 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, keel-neus-oorheelkunde en maag-darm-leverziekten. Bij de overige specialismen is er ook een afname zichtbaar, maar die is duidelijk lichter en loopt geleidelijker. De voor registratie-effect gecorrigeerde cijfers liggen in juli ongeveer op het niveau van eerdere jaren bij alle specialismen.

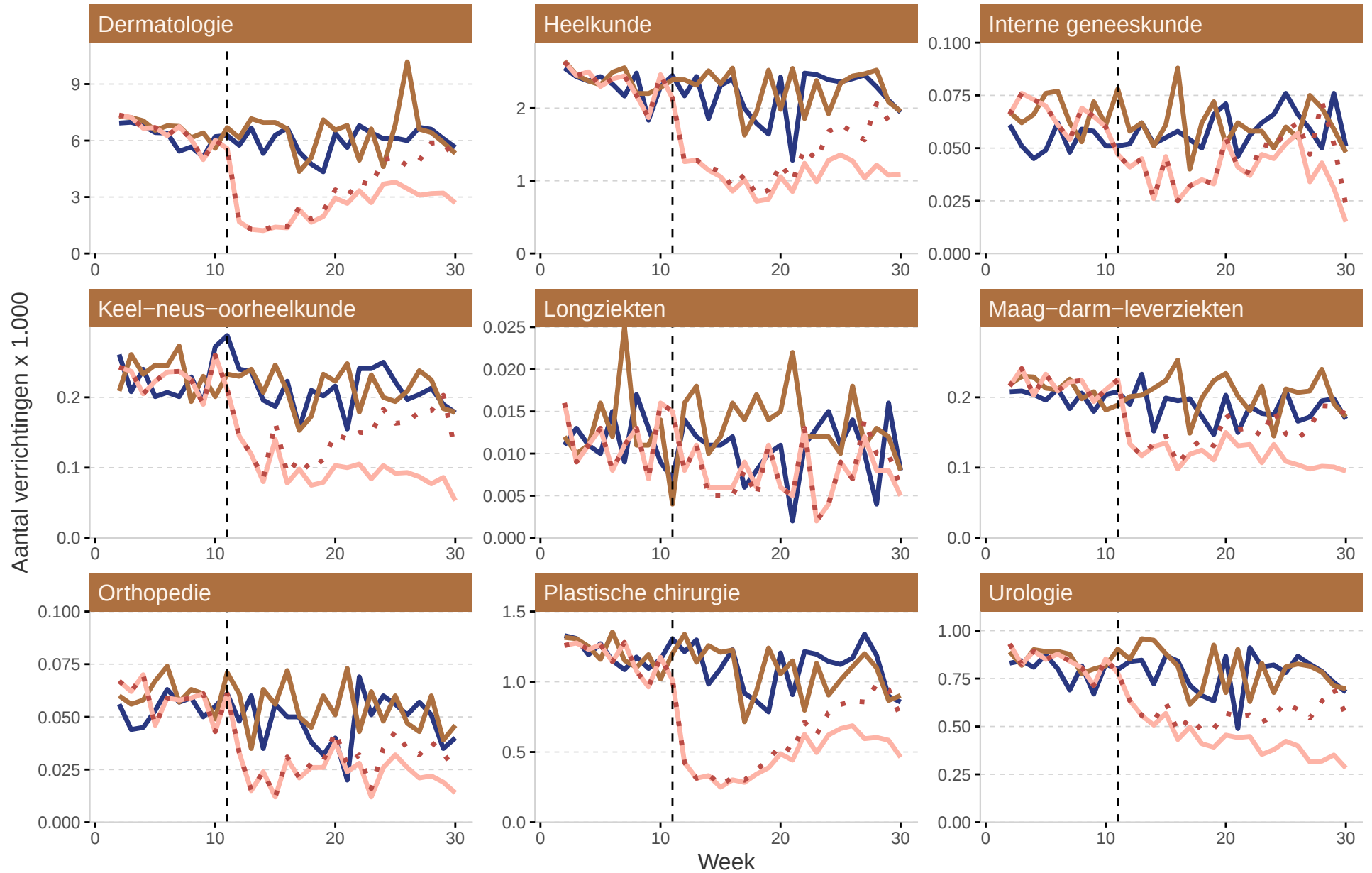
Operatieve activiteiten (18) zijn in week 11 (percentueel) het meest afgenomen bij dermatologie, heilkunde en plastische chirurgie maar ook bij deze specialismen lijkt het aantal operaties hersteld te zijn in juli als we naar de gecorrigeerde cijfers kijken.

Behalve de verminderde vraag naar zorg en het registratie-effect zijn er ook andere verklaringen voor de afname van het aantal polikliniekbezoeken. 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 17 Aantal polikliniekbezoeken (zorgprofielklasse 1) 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 2). 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 2 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. Dit figuur is niet gecorrigeerd voor registratie-achterstanden. In hoofdstuk 5 hebben we gezien dat op basis van onze inschatting van het registratie-effect het aantal patiënten dat per week het ziekenhuis bezoekt is gestegen vanaf week 16 en dat dit aantal in juli weer op

het gebruikelijke niveau was. In Figuur 19 lijkt dit aantal te blijven dalen, omdat de registratie steeds minder compleet is. Dit is dus niet correct. Figuur 19 is alleen toegevoegd om de relatieve verschillen tussen urgentieniveaus te onderzoeken.

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. Dit wijst erop dat er niet meer geprioriteerd wordt in het ziekenhuis en patiënten uitstelbare zorg minder uitstellen. Er is nog geen extra toestroom van de uitgestelde (relatief minder urgente) zorg. De betrouwbaarheid van deze uitsplitsing wordt wel minder in de meer recente maanden, 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.

