

Gevolgen van de coronacrisis voor de oncologische zorg

Analyse van de doelgroep nieuwvormingen

NZa
Update, 22 december 2020

In samenwerking met:

SONCOS

Stichting Oncologische Samenwerking



Zorg voor data



Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
1.1 Bronnen	6
1.2 Samenvatting	6
2. Bevolkingsonderzoeken	8
2.1 Stopzetten en opnieuw opstarten van bevolkingsonderzoeken	8
2.2 Bevolkingsonderzoek darmkanker	9
2.3 Bevolkingsonderzoek borstkanker	10
2.4 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	11
2.5 Uitgestelde zorgvraag	11
3. Verwijzingen Zorgdomein	13
3.1 Data	13
3.2 Zorgvragen oncologie	13
3.3 Resultaten verwijzingen	14
3.3.1 Totaal oncologische verwijzingen	14
3.3.2 Verwijzingen oncologie per ROAZ regio	16
3.3.3 Verwijzingen oncologie per type verwijzing	18
3.3.4 Verwijzingen per zorgvraag	20
3.4 Urgente verwijzing per zorgvraag	23
3.5 Oplopende zorgvraag	25
4. Oncologische diagnoses	27
5. Actuele productie	31
5.1 Patiënten met verdenking van kanker	32
5.1.1 Onderhanden werk per ROAZ regio, doelgroep en specialisme	33
5.2 Verrichtingen	38
5.3 Productie per urgentieklasse	42
6. Wachttijden	44

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 patiënten met een klacht die mogelijk wijst op een tumor; van de oncologische diagnoses 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 geregistreeerde 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 verwijzingsdata van Zorgdomein, cijfers van het RIVM over de bevolkingsonderzoeken en cijfers van IKNL en PALGA over gestelde diagnoses.

1.2 Samenvatting

De meest recente cijfers over de productie, na de correctie voor het registratie-effect, laten zien dat oncologische zorg ook in november goed doorgang kon vinden. In de eerste golf van de pandemie vanaf week 11 was de daling in het aantal patiëntcontacten (per week) bijna 50%. In mei zagen we een stabilisatie van het aantal patiëntcontacten per week. Als we corrigeren voor de registratie-effecten, zagen we vanaf half mei een duidelijke toename en leek het aantal oncologische patiënten vanaf juli weer op of boven het niveau van 2018 en 2019 te liggen. Met name in augustus en september was er voor bijna alle oncologische zorg sprake van een hogere productie dan in andere jaren. In oktober en november lijkt het aantal patiënten in oncologie ongeveer op of boven het niveau van eerdere jaren te zijn.

Het aantal doorverwijzingen vanuit de huisarts was deze zomer op een gebruikelijk niveau. Na de zomer is er een daling te zien in het aantal verwijzingen tot de herfstvakantie. In de weken na de herfstvakantie steeg het aantal weer maar de laatste weken stagneert het onder het verwachte niveau. Vorige week lag het aantal verwijzingen door de huisarts op 86 procent van het verwachte aantal.

Het aantal gestelde diagnoses was ook op het verwachte niveau in de zomer voor de meeste tumorsoorten. In september en in mindere mate in oktober en november was er zelfs een inhaalslag in het aantal diagnoses zichtbaar (bron: IKNL). Het relatief grote aantal urgente verwijzingen door de huisarts in de zomer duidde mogelijk ook op patiënten die al langer rondliepen met klachten en in juli en augustus met spoed of verkorte wachttijd waren ingestuurd. Een tweede dip in het aantal diagnoses als gevolg van de tweede golf is waarschijnlijk voorkomen doordat mensen met klachten op tijd contact hebben opgenomen met de huisarts en vervolgens de noodzakelijke diagnostiek heeft plaatsgevonden en doordat de bevolkingsonderzoeken naar kanker door konden gaan tijdens de tweede golf.

De capaciteit voor coloscopieën na een positieve uitslag van darmkankerscreening is licht afgenomen maar deze is nog steeds voldoende om meer mensen uit te nodigen voor het bevolkingsonderzoek dan gepland. Het inhalen van de in het voorjaar gemiste screenings gaat door. De beschikbare dagcapaciteit van borstkankerscreening wordt deels verder opgehoogd door het plaatsen van

externe wachtruimte bij de mobiele onderzoeksunits. Tijdens de piek van de tweede coronagolf heeft de toegenomen uitval van medewerkers de capaciteit iets beperkt. Bij baarmoederhalskankerscreening blijft de deelname nog steeds achter. Daarom startte het RIVM vanaf 16 november met het nadrukkelijker inzetten van de zelfafnameset als alternatief (bron: RIVM).

De wachttijden voor oncologie zijn de afgelopen maanden licht toegenomen vooral voor (operatieve) behandelingen.

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 en opnieuw opstarten 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 de

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 resulteert niet meteen in verwijzingen, maar met een paar weken vertraging. In de periode mei - juli werden de drie bevolkingsonderzoeken gefaseerd opgestart.

Gelet op de gezondheidswinst die met de bevolkingsonderzoeken naar kanker wordt gerealiseerd is het van belang dat deze zo goed mogelijk blijven doorgaan ook wanneer het aantal besmettingen oploopt (Kamerbrief 'Stand van zaken Covid-19', 21 september 2020). Er wordt hard gewerkt om de achterstanden te beperken en zo snel mogelijk in te halen. Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek en de ketenpartners volgen de ontwikkelingen om te kunnen ingrijpen wanneer dit nodig blijkt.

2.2 Bevolkingsonderzoek darmkanker

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. Het aantal verstuurd uitnodigingen is afgestemd op de beschikbare capaciteit voor vervolgonderzoek (coloscopie).

In juni was het aantal verstuurd uitnodigingen ongeveer 78% van het gemiddelde aantal in juni 2018-2019. Vanaf juli was de beschikbare capaciteit voldoende om ongeveer even veel mensen uit te nodigen als gemiddeld in dezelfde periode van 2018-2019. In september was het aantal verstuurd uitnodigingen zelfs ongeveer 10% hoger dan de oorspronkelijke verwachting. Ondanks de lichte daling in beschikbare capaciteit voor coloscopieën in oktober en november, was het nog steeds mogelijk om meer mensen uit te nodigen dan oorspronkelijk, voor corona, gepland. Gemiste screenings in het voorjaar werden nog ingehaald.

In mei was de gemiddelde wachttijd voor vervolgonderzoek 15 werkdagen door de toen nog beperkte beschikbare capaciteit. In de periode juni t/m september was de gemiddelde wachttijd 5 - 6 werkdagen. Dat was onder het jaarlijkse gemiddelde van 9 dagen in 2019 (bron: RIVM). De wachttijdgegevens worden naar verwachting in januari ververst.

2.3 Bevolkingsonderzoek borstkanker

Voor de herstart van het bevolkingsonderzoek borstkanker was het nodig dat er capaciteit beschikbaar was 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. Per 17 augustus is de capaciteit opgehoogd naar 60% van de normale capaciteit. Eind september is de capaciteit wederom geleidelijk verhoogd tot 80% (bron: RIVM).

De beschikbare dagcapaciteit van de borstkankerscreening wordt deels verder opgehoogd door het plaatsen van externe wachtruimte bij de mobiele onderzoeksunits. Tijdens de piek van de tweede coronagolf heeft de toegenomen uitval van medewerkers de capaciteit beperkt, maar de deelname aan de screening nam ook af doordat vrouwen niet konden komen vanwege covid-19 klachten, of door (zelf of iemand in hun omgeving) positief getest te zijn op corona.

De gemiddelde periode tussen twee uitnodigingen voor het bevolkingsonderzoek is opgelopen tot gemiddeld 31 maanden met grote variatie tussen regio's. Naast het coronavirus uitbraak heeft dit ook te maken met (een langer spelend) personeelstekort. Om de regionale verschillen gelijk te kunnen trekken en meer te kunnen investeren in het opleiden van personeel is de periode tussen twee uitnodigingen voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker tijdelijk verhoogd tot drie jaar (bron: RIVM).

De inzet is echter wel geslaagd om de screening door te laten gaan tijdens de tweede piek en de dagcapaciteit die beschikbaar was is door open uitnodigen goed gevuld. De aansluiting op de zorg in het ziekenhuis na verwijzing heeft tijdens de tweede golf in november geen problemen opgeleverd (bron: RIVM).

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

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

2.4 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

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.

Voor baarmoederhalskankerscreening wordt op dit moment 120% van het normaal aantal vrouwen uitgenodigd. De deelname blijft wel achter, deels omdat sommige huisartspraktijken alleen niet-uitstelbare zorg doen, maar deels ook omdat vrouwen de huisartspraktijk mijden. Daarom startte RIVM vanaf 16 november met het sterker inzetten van de zelfafnameset als alternatief.

2.5 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 neer op iets meer dan 700 verwijzingen. In het volgende hoofdstuk bespreken we het aantal verwijzingen door de huisarts. Vervolgens verbinden we dit, voor zo ver als mogelijk, aan het stopzetten van bevolkingsonderzoeken voor borstkanker en baarmoederhalskanker.

Voor het bevolkingsonderzoek darmkanker werden er dit jaar ongeveer 370.000 minder uitnodigingen verstuurd door de pandemie. We zien in Tabel 1 dat er $71.118 / 2.186.186 = 0,0325$ verwijzingen zijn per verstuurd uitnodiging. We verwachten dus ongeveer 12 duizend ($0,0325 \times 370.000$) minder verwijzingen tot nu toe.

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

Omdat de bevolkingsonderzoeken na een paar maanden weer hervat werden door de geplande uitnodigingen en screening gewoon te verschuiven, zijn deze 800 diagnoses per maand niet gemist maar verschoven. Met de screening via de bevolkingsonderzoeken worden doorgaans tumoren in een vroeg stadium ontdekt. Deze patiënten hebben doorgaans nog geen klachten. De verwachting is daarom dat de verschuiving van een paar maanden weinig gezondheidsschade met zich mee zal brengen. Het totaal aantal diagnoses dat op deze manier verschuift is iets meer dan 3.200.⁴

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

⁴ Voor het bevolkingsonderzoek darmkanker zijn er dit jaar ongeveer 370.000 minder uitnodigingen verstuurd door de pandemie. We zien in Tabel 1 dat er $3.733 / 2.186.186 = 0,0017$ diagnoses zijn per verstuurd uitnodiging. We verwachten dus ongeveer $0,0017 \times 370.000 = 629$ uitgestelde diagnoses. Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker lag stil tussen medio maart en juli. Daarna is het geleidelijk uitgebreid van 40% naar 80% van de geplande aantallen. Als er ongeveer 500 ($6.519 / 13$) borstkanker diagnoses per maand gesteld worden naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek, dan betekent dat ongeveer $500 \times 3,5 + 500 \times 0,6 + 500 \times 0,4 + 3 \times 500 \times 0,2 = 2.550$ borstkanker diagnoses later worden gesteld. Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker lag tussen medio maart en juli stil. Daarna was het met 100% van de geplande aantallen herstart. Maandelijks volgen ongeveer $132 / 13 = 10$ diagnoses vanuit het bevolkingsonderzoek. De uitgevallen maanden betekenen daarom ongeveer $10 \times 3,5 = 35$ verschoven diagnoses. Vanuit de drie bevolkingsonderzoeken in totaal verwachten we dus voor ongeveer $629 + 2.550 + 35 = 3.214$ diagnoses dat ze een aantal maanden later worden gesteld. Indien deze patiënten eerder klachten ontwikkelen dan kunnen zij via de huisarts al eerder worden doorverwezen.

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 2019.⁵ 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,

⁵ 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.⁶

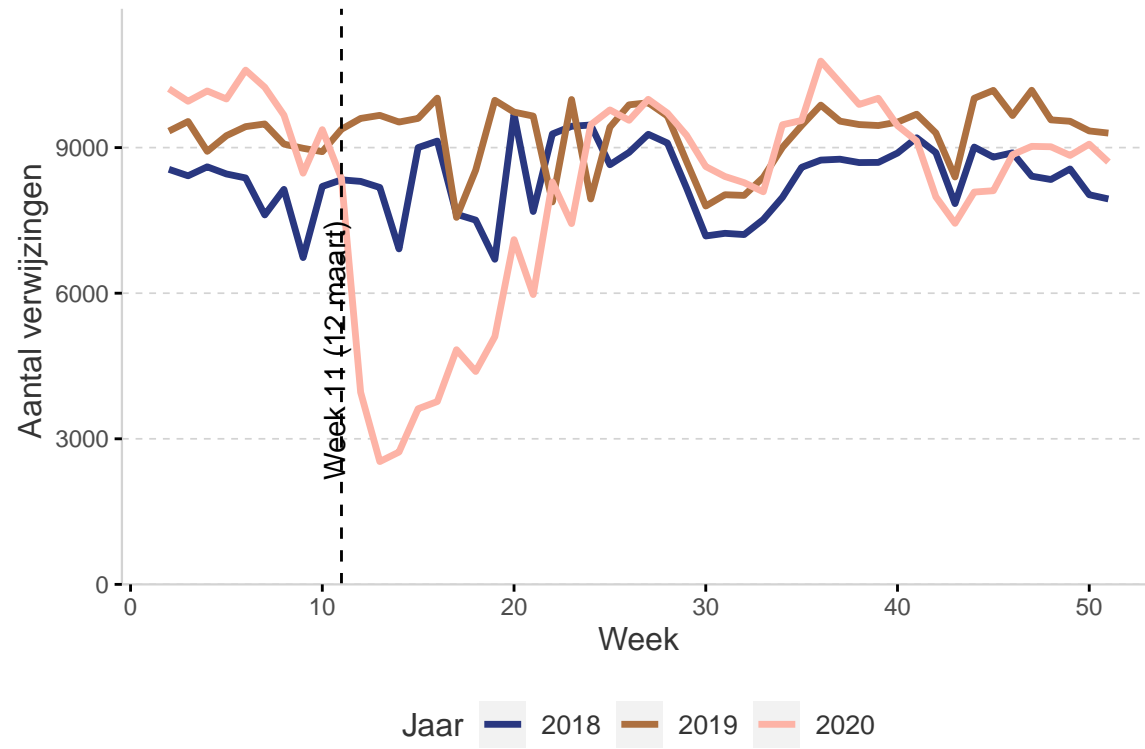
3.3 Resultaten verwijzingen

3.3.1 Totaal oncologische verwijzingen

In Figuur 2 wordt het landelijke verwijzingsvolume getoond voor de eerste 51 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 meer dan 2.500 verwijzingen. Daarna stijgt het aantal verwijzingen weer en komen zij tot bijna 10 duizend verwijzingen in week 27. 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 (week 29-35) heeft te maken met de zomervakantie. Na de zomervakantie steeg het aantal verwijzingen en in week 36 werd een piek bereikt van bijna 10.800 verwijzingen, wat hoger was dan in eerdere jaren. Daarna is een daling te zien tot de herfstvakantie in de weken 42-43 waarmee het aantal verwijzingen onder het niveau van 2018 en 2019 kwam. In de weken 44 - 47 steeg het aantal verwijzingen maar het bleef onder de aantallen van 2019. In de laatste vier weken stagneert het aantal verwijzingen.

⁶ Op 15 oktober hebben we de lijst herzien en bij nader inzien bloedarmoede eraf gehaald en bloedverlies eraan toegevoegd. De actuele selectie is: mammapathologie (borstafwijking), (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, bloedverlies, verdenking maligniteit / hemoptoã« (ophoesten van bloed)

Figuur 2 Landelijk verwijzvolume nieuwvormingen 2018-2020 per week



3.3.2 Verwijzingen oncologie per ROAZ regio

Figuur 3 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 in maart en april. Het herstel verliep ook vergelijkbaar in de verschillende regio's en de dalende trend na de zomer is ook overal zichtbaar. Na de herfstvakantie (week 42 in de noordelijke regio's en week 43 in de andere regio's) stijgt en daarna stagneert het aantal verwijzingen overal.

Figuur 3 Landelijk verwijzvolume nieuwvormingen 2018-2020 per ROAZ regio per week



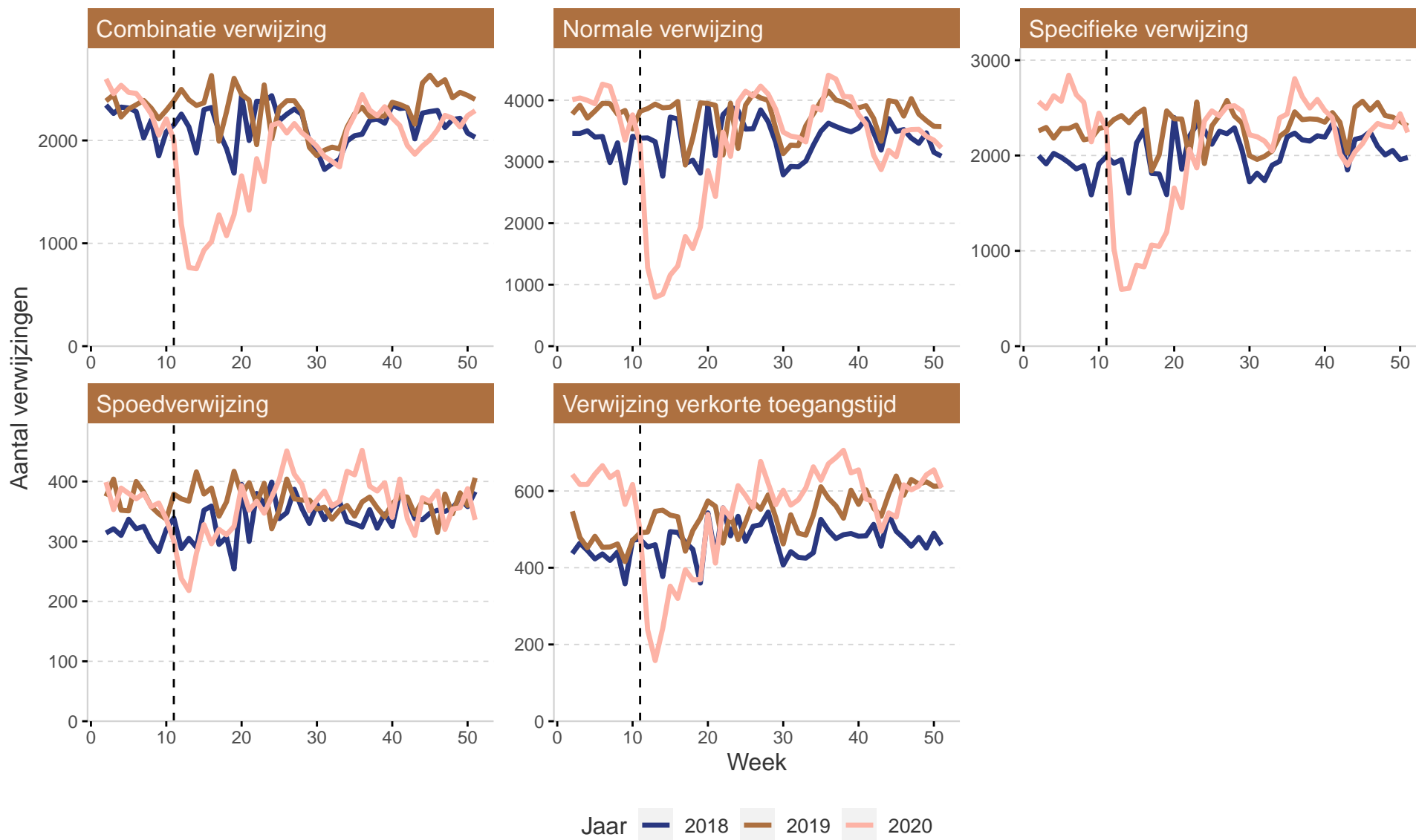
3.3.3 Verwijzingen oncologie per type verwijzing

De gegevens van ZorgDomein bevatten ook informatie over het type verwijzing. Zoals te zien is in Figuur 4 kent alleen de categorie spoedverwijzingen vrijwel geen terugval in maart. Alle andere verwijstypes vielen sterk terug tijdens de coronavirusuitbraak in maart-april. Vanaf september was in alle type verwijzingen een dalende trend te zien. Na de herfstvakantie begon het aantal verwijzingen weer te stijgen en, met uitzondering van de urgente verwijzingen en verwijzingen met verkorte toegangstijd, stagneert het in de laatste weken.

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 in de zomer zijn ze zelfs boven het oude niveau gekomen. Voor het relatief meer urgente verwijzingen een mogelijke reden was dat patiënten in de maanden ervoor langer hadden gewacht om met hun klacht naar de huisarts te gaan. Bij de spoedverwijzingen ging het wel om een relatief klein aantal patiënten waarvan ongeveer de helft een verwijzing kreeg vanwege (voorstadium van) huidkanker of bloed in de ontlasting. Sinds oktober ligt het aantal spoedverwijzingen en verwijzingen met verkorte toegangstijd niet meer structureel boven het niveau van eerdere jaren.

Specifieke verwijzingen en normale verwijzingen namen na week 13 ook geleidelijk toe en waren in de zomer op het verwachte niveau. Daarna is er een daling te zien waardoor ze onder het verwachte niveau kwamen. Na het dieptepunt in de herfstvakantie namen ze weer toe maar in de laatste weken stagneren ze onder het niveau van 2019.

Figuur 4 Verwijzingsvolume nieuwvormingen per type verwijzing per week



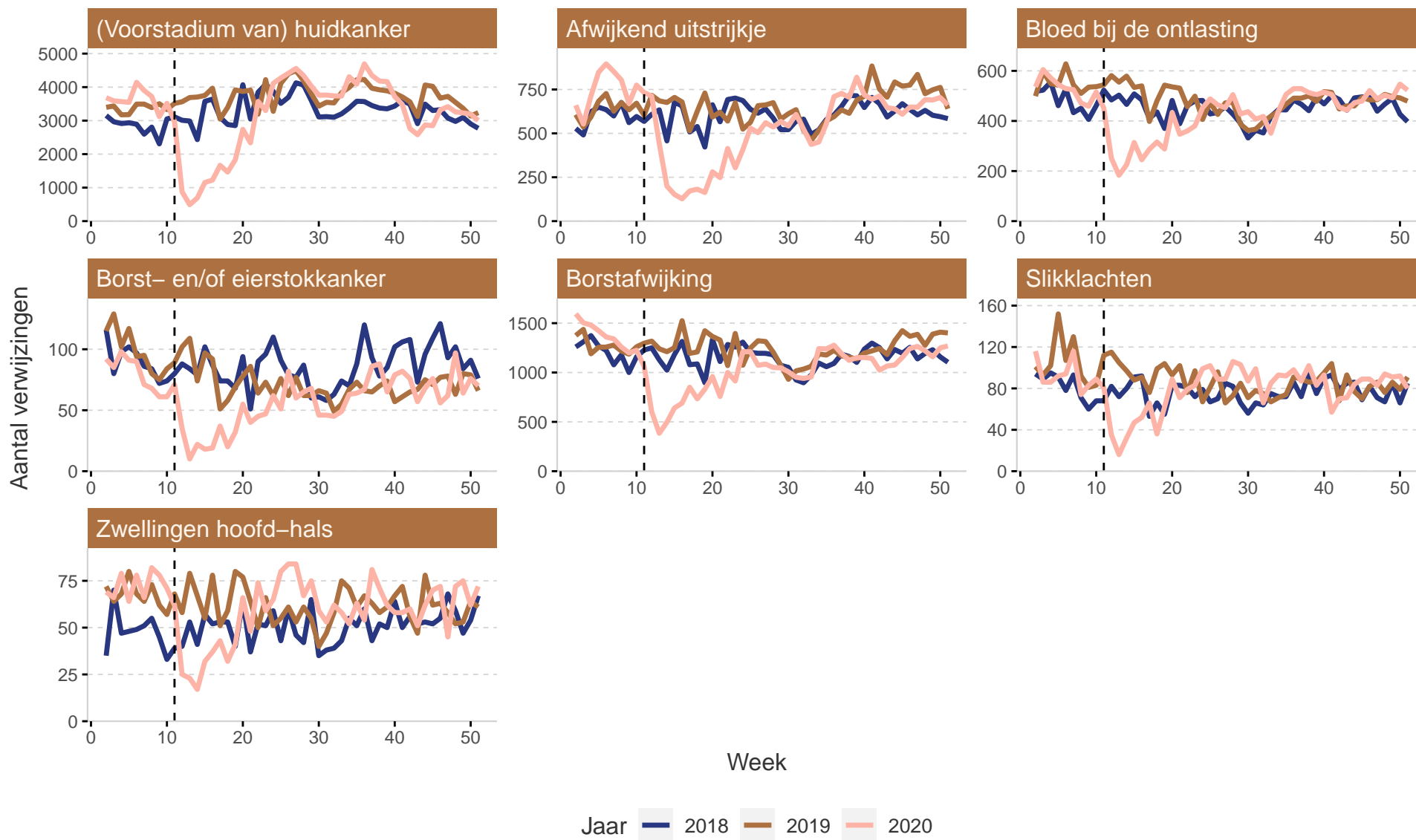
3.3.4 Verwijzingen per zorgvraag

In Figuur 5 en 6 splitsen we de verwijzingen uit naar zorgvraag. De volgende zorgvragen tonen we niet vanwege het beperkte aantal patiënten: darmkanker, oncologische pijn, palliatieve zorg, verdenking hematologische maligniteit (verdenking leukemie). Deze zorgvragen zijn wel in de figuren hierboven opgenomen.

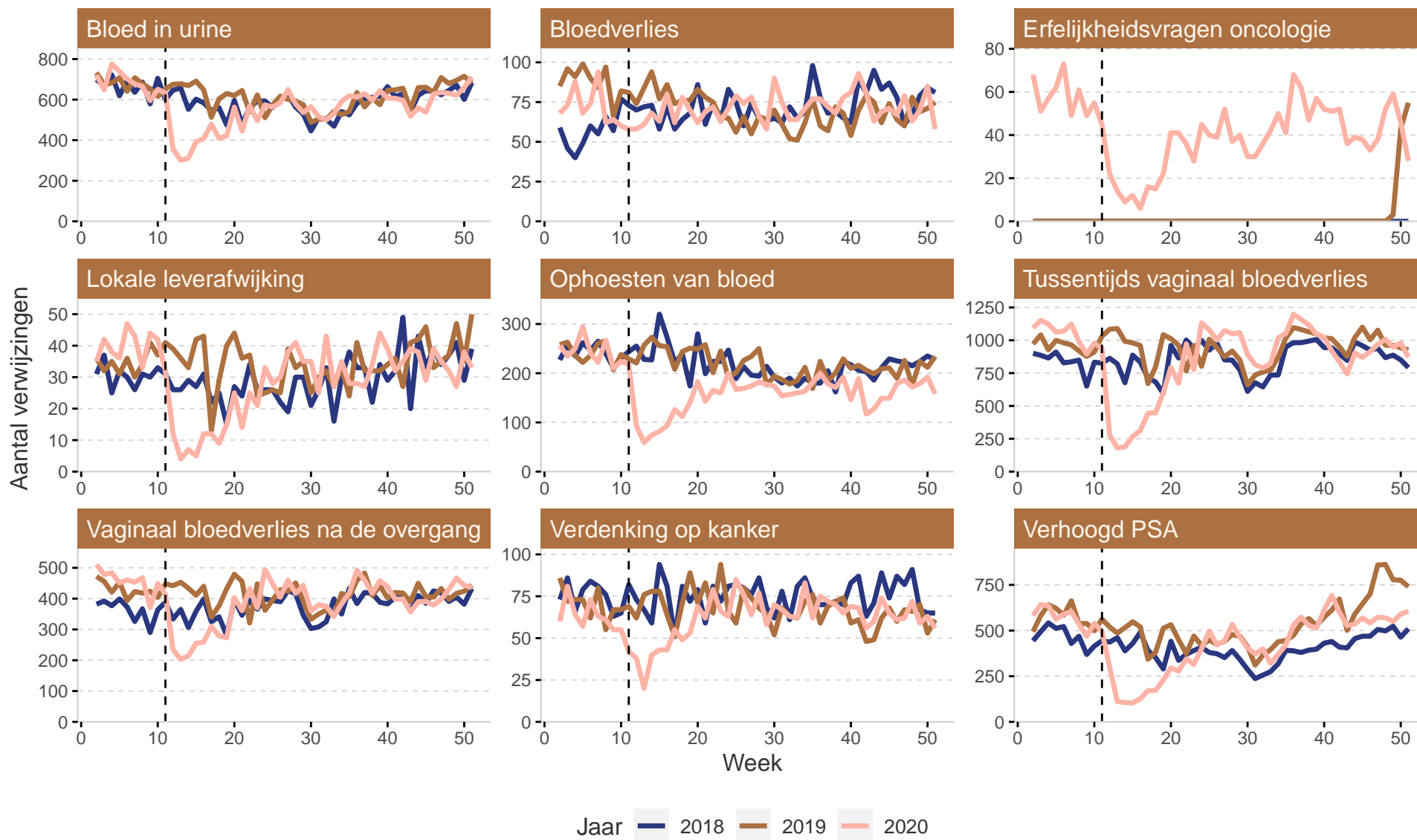
Opvallend was de toename van verwijzingen van (voorstadium van) huidkanker vanaf begin zomer in Figuur 5. Het aantal verwijzingen kwam boven het niveau van de eerste weken van het jaar. In 2018 en 2019 ging het aantal verwijzingen met (voorstadium van) huidkanker ook omhoog. De stijging in dit jaar kon daarom een seizoenseffect of een inhaalslag (of de combinatie van beide) zijn. Sinds week 40 is het aantal verwijzingen wegens (voorstadium van) huidkanker onder het aantal verwijzingen in 2019.

Het aantal verwijzingen vanwege (een verdenking op) borst- en/of eierstokkanker of een borstafwijking is vergelijkbaar met de aantallen in 2018 en 2019. Het bevolkingsonderzoek borstkanker wordt echter nog niet op volledige capaciteit uitgevoerd. In augustus was de capaciteit van 40% naar 60% uitgebreid. Eind september is de capaciteit wederom geleidelijk verhoogd, met als volgende doel 80% van vóór corona. Als we de aantallen die we vanuit het bevolkingsonderzoek missen, naar schatting 100 verwijzingen per week, bij de huidige cijfers optellen komt het aantal verwijzingen gelijk of licht hoger te liggen dan het niveau in 2018 en 2019.

Figuur 5 Verwijsvolume nieuwvormingen per zorgvraag per week



Figuur 6 Verwijzingsvolume nieuwvormingen per zorgvraag per week

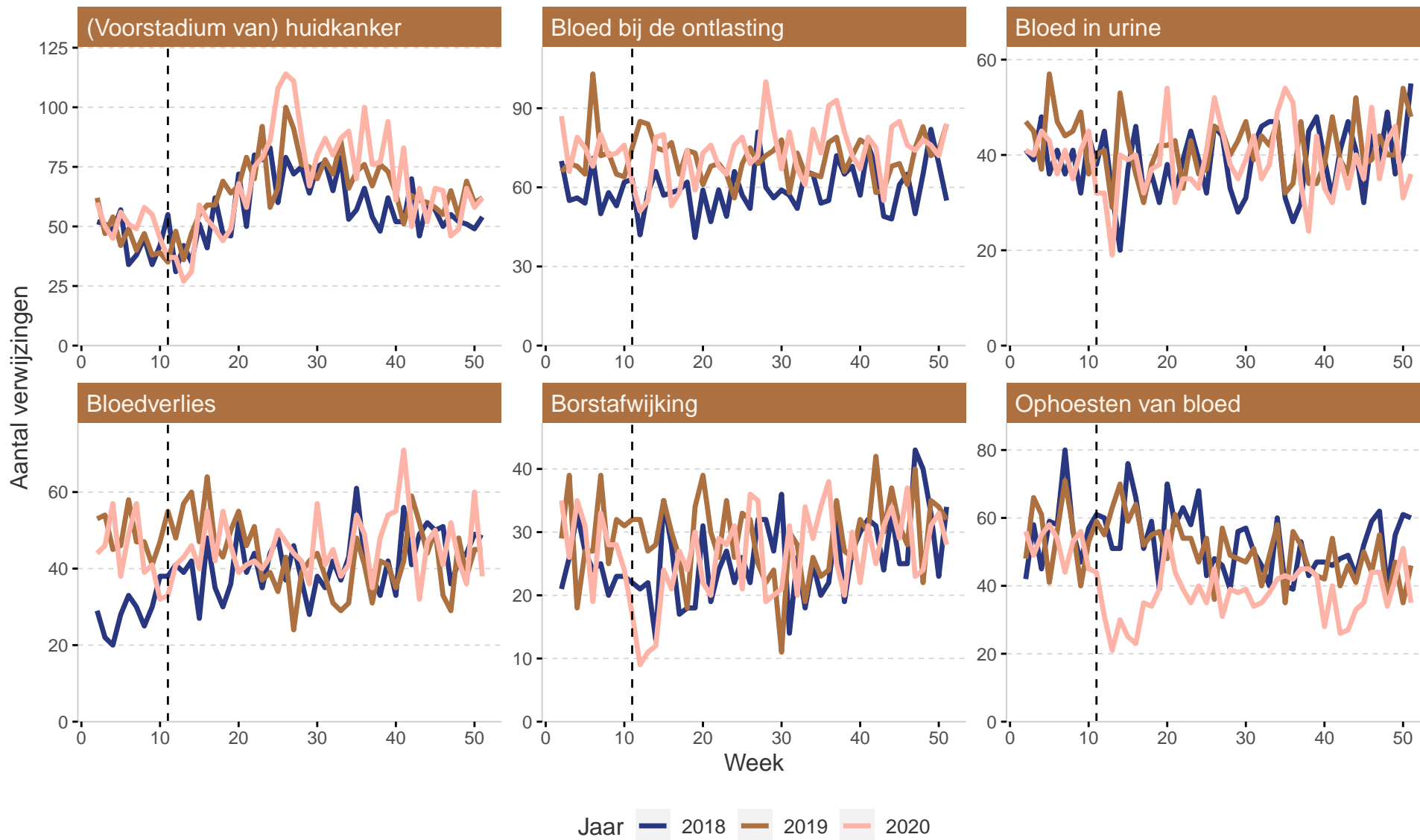


3.4 Urgente verwijzing per zorgvraag

In Figuur 7 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, cyclusstoornissen/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, palliatieve zorg.

Bij alle getoonde zorgvragen met uitzondering van het ophoesten van bloed, liggen de verwijzingen op een vergelijkbaar niveau met voorgaande jaren of erboven. De terugval lijkt bij knobbeltje (afwijking) in de borst het grootst te zijn geweest in maart maar ook bij deze zorgvraag is het aantal verwijzingen voor de zomer hersteld. Bij (voorstadium van) huidkanker en bloed bij de ontlasting 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 7 Verwijzingsvolume spoedverwijzing nieuwvormingen per zorgvraag per week



3.5 Oplopende zorgvraag

Net als in de landelijke rapportage over de hele ziekenhuiszorg maken we een inschatting van het aantal verwijzingen dat niet is gedaan doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan. Hiervoor moeten we het aantal verwijzingen schatten in het geval de coronacrisis niet zou hebben plaatsgevonden. Dit doen we op de volgende manier:

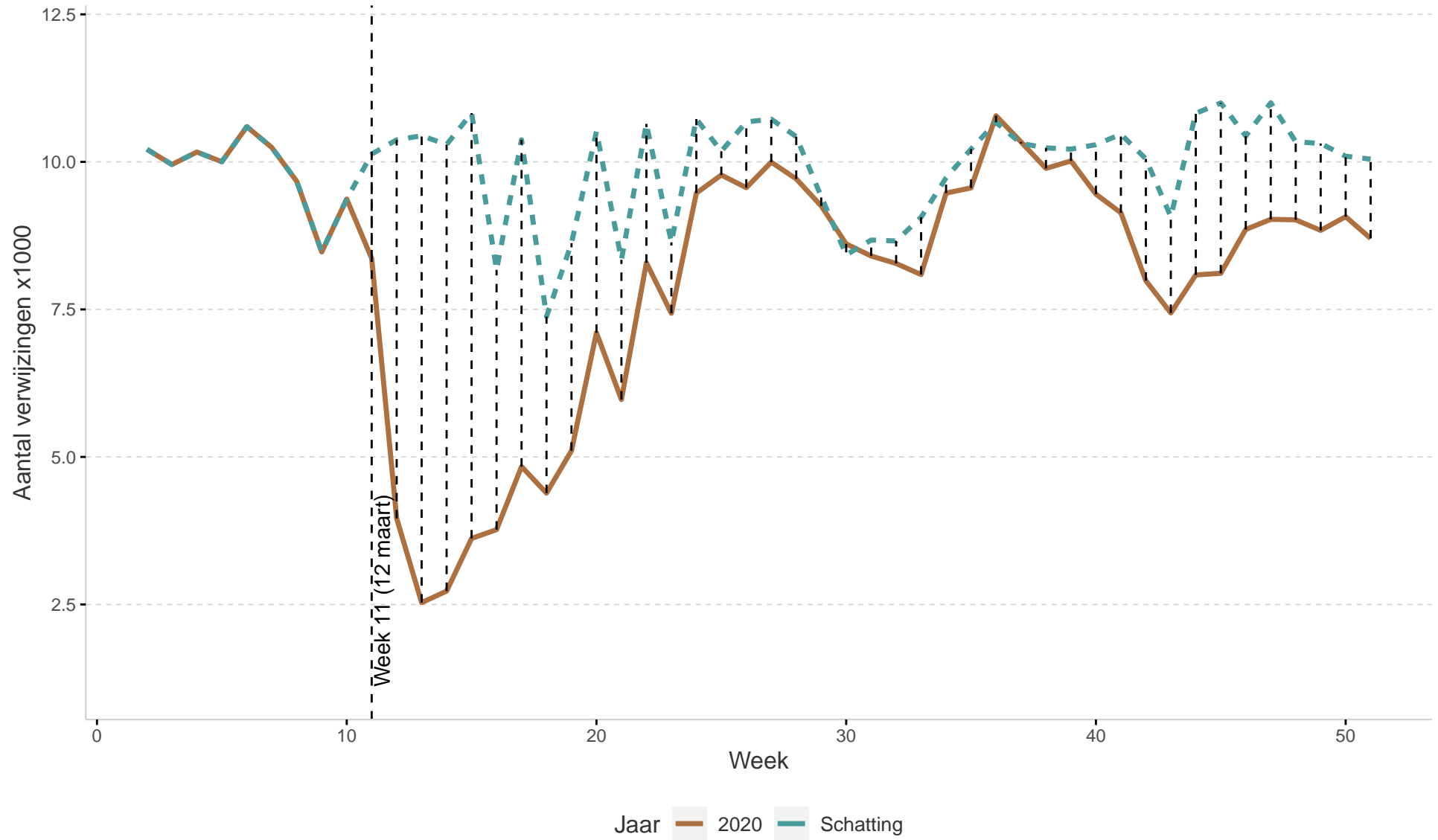
1. Bepalen van het aantal verwijzingen per werkdag per week.
2. Bepalen gemiddelde aantal verwijzingen per werkdag voor week 2 tot en met 10 in 2019 en 2020 (uitgezonderd vakantieweken). Dit is de referentieperiode.
3. Voor 2019 per week vanaf week 11 bepalen van de procentuele afwijking ten opzichte van het gemiddelde van de referentieperiode in 2019. Dit noemen we het weekeffect.
4. Na week 10 vermenigvuldigen we het gemiddelde van de referentieperiode van 2020 met het weekeffect. Dit vermenigvuldigen we vervolgens met het aantal werkdagen in de betreffende week.
5. Voor Pasen en Goede Vrijdag maken we een uitzondering, hierbij gebruiken we het weekeffect van de week waarin de feestdag viel in 2019 (weekeffecten week 16/17 in 2019 gebruiken we voor week 15/16 in 2020). De meivakantie en herfstvakantie vielen in 2019 en in 2020 in dezelfde weken, hiervoor hoeven we geen correctie toe te passen. Voor de zomervakantie is geen correctie toegepast.

We gebruiken 2018 niet omdat het aantal verwijzingen in 2018 structureel lager lag dan in 2019 en 2020. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er in 2018 minder huisartsen en of ziekenhuizen op ZorgDomein waren aangesloten.

Uiteindelijk nemen we het verschil tussen het verwachte aantal verwijzingen en het daadwerkelijke aantal in 2020 (zie Figuur 8). Het gaat in totaal om ruim 84 duizend minder verwijzingen door de huisarts dan dat we zouden verwachten zonder crisis. Op dit moment (week 51) ligt het aantal verwijzingen door een huisarts op 86% van het verwachte aantal verwijzingen zonder coronacrisis. Bij deze cijfers moeten we het aantal gemiste verwijzingen door het stilleggen van het bevolkingsonderzoek darmkanker⁷ optellen. In totaal schatten wij dat er dus 96 duizend minder verwijzingen in de oncologische zorg zijn.

⁷ de eventuele verwijzing naar aanleiding het bevolkingsonderzoek borstkanker en baarmoederhalskanker verloopt via de huisarts

Figuur 8 Schatting stuwmeer doelgroep nieuwvoormingen



4. Oncologische diagnoses

Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) volgt met de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) de zorg voor patiënten met kanker. De NKR bevat onder andere informatie over de diagnose, ziekte en behandeling van alle patiënten met kanker in Nederland. IKNL analyseert de verzamelde data en voert er wetenschappelijk onderzoek mee uit. De informatie over diagnose is grotendeels gebaseerd op uitslagen van de pathologielaboratoria die zijn verkregen m.b.v. PALGA (Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief). Deze registratie omvat een groot deel van alle kanker diagnoses. Slechts bij 5-10% van de patiënten wordt op een andere manier de diagnose gesteld. Deze zogeheten 'klinische diagnoses' worden pas later door de ziekenhuizen via Dutch Hospital Data (DHD) aan de NKR aangeleverd.

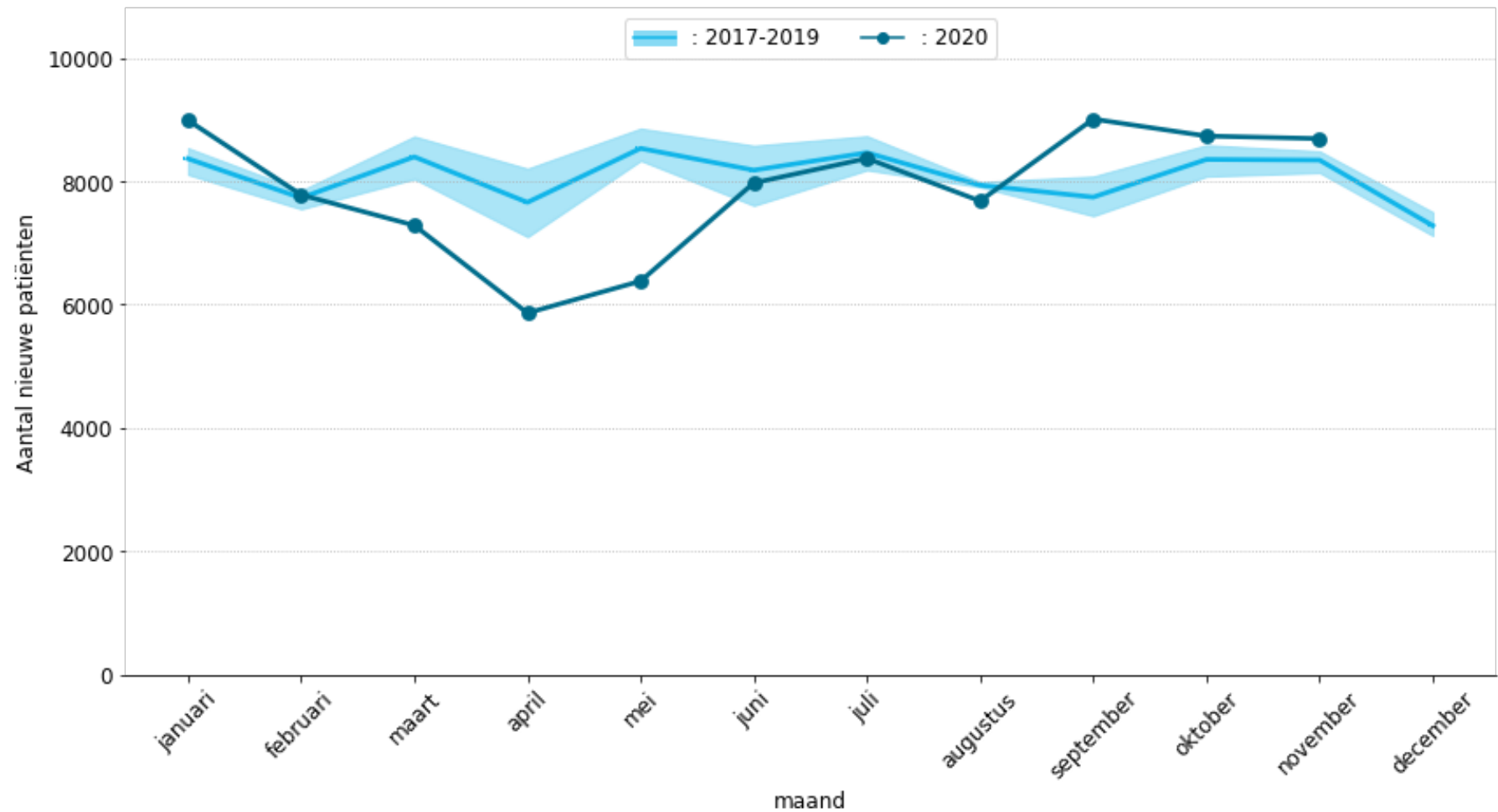
IKNL monitort de gevolgen van de COVID-19-epidemie op het aantal kankerdiagnoses, behandelpatronen en uiteindelijk ook de uitkomsten in samenwerking met PALGA en DHD, en in nauwe afstemming met de partners van de landelijke Taskforce Oncologie en de Nederlandse Zorgautoriteit. Op hun website⁸ publiceren ze de meest actuele cijfers. De cijfers betreffen voorlopige aantallen diagnoses in de Nederlandse Kankerregistratie die later zullen worden aangepast als er aanvullende informatie beschikbaar komt.

Figuur 9 vergelijkt het aantal nieuwe kankerpatiënten (invasieve kanker) per maand in 2020 met het aantal nieuwe kankerpatiënten per maand in de periode 2017-2019. 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 20 - 25% lager dan in voorgaande jaren. Voor huidkanker rapporteerde IKNL een daling van zelfs meer dan 50%. In juni en juli is het aantal nieuwe kankerpatiënten weer vergelijkbaar met voorgaande jaren. In september en in mindere mate in oktober en november zien we duidelijk een inhaalslag in het aantal diagnoses.

⁸ <https://www.iknl.nl/covid-19>

Figuur 9 Aantal kanker diagnoses per maand in 2020 t.o.v. 2017-2019 (Bron: IKNL)

Aantal nieuwe patiënten met kanker* per maand in 2020 t.o.v. 2017-2019



*pathologisch bevestigde eerste invasieve tumoren (incl. niet-invasieve urotheeltumoren & DCIS; excl. AvL en BCC/PCC van de huid)

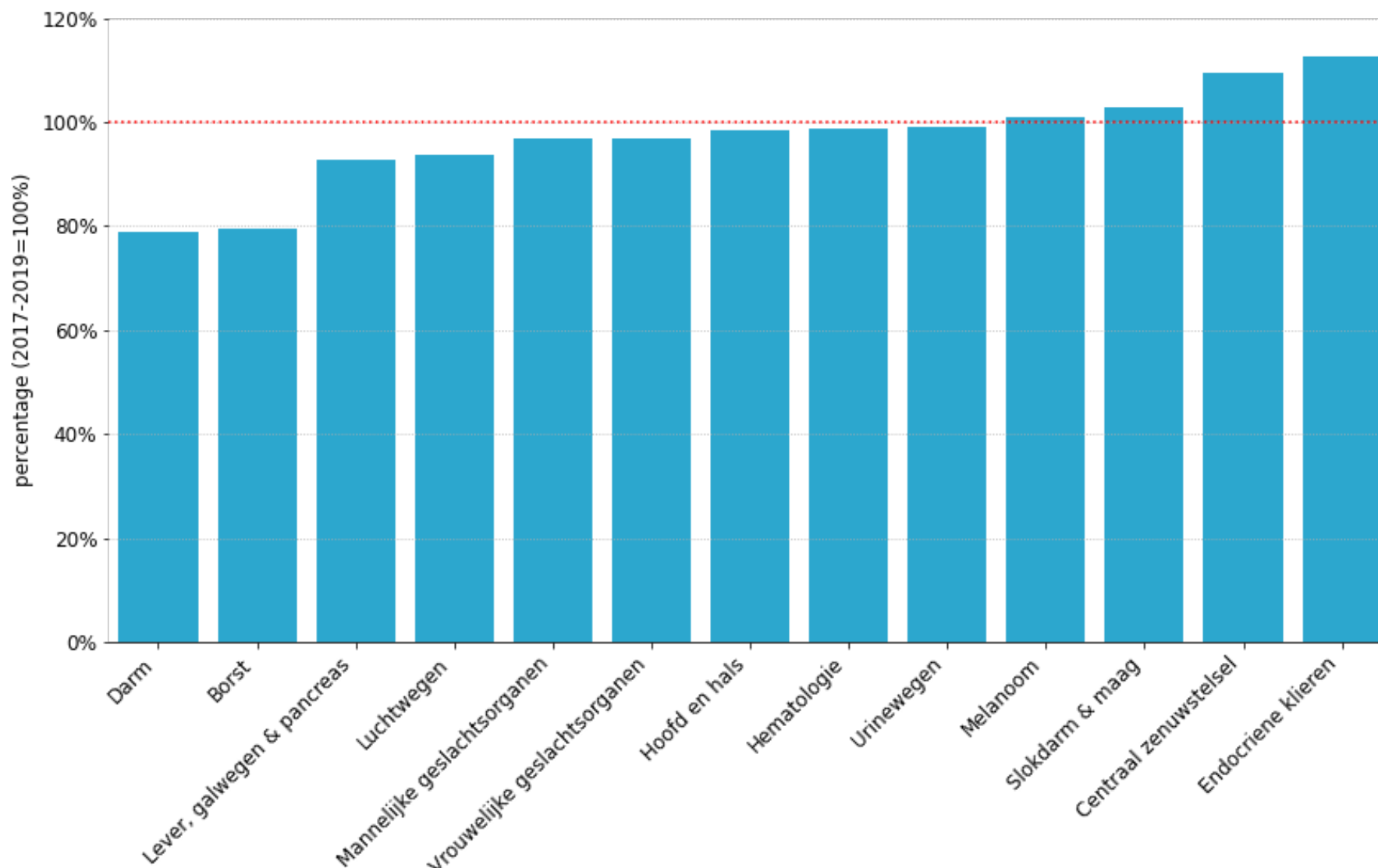
Er is een aantal mogelijke oorzaken van de terugloop tijdens de eerste golf in het voorjaar. Patiënten gingen minder snel naar een huisarts omdat ze bang waren om besmet te raken of omdat ze het zorgsysteem niet verder wilden belasten. Huisartsen stelden mogelijk ook onderzoeken uit als de symptomen 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.

Desondanks valt het op dat in de eerste golf het aantal verwijzingen (Hoofdstuk 3) voor klachten die kunnen wijzen op kanker veel sterker is gedaald dan het aantal bevestigde kankerdiagnoses. Dit wijst erop dat huisartsen het grootste deel van de patiënten toch hebben weten te identificeren. In de tweede golf zien we het aantal verwijzingen ook teruglopen (Hoofdstuk 3) hoewel in mindere mate dan in de eerste golf. Het aantal diagnoses in november is echter licht hoger dan in eerdere jaren. Een tweede dip in het aantal diagnoses is waarschijnlijk voorkomen doordat mensen met klachten op tijd contact hebben opgenomen met de huisarts en vervolgens de noodzakelijke diagnostiek heeft plaatsgevonden en doordat de bevolkingsonderzoeken naar kanker ook door konden gaan tijdens de tweede golf (Hoofdstuk 2).

Figuur 10 laat het aantal diagnoses tussen maart en november 2020 per tumorhoofdgroep zien als percentage van het gemiddelde aantal diagnoses in 2017 - 2019 in dezelfde periode. Het relatief aantal diagnoses is bij borstkanker en darmkanker het laagste als gevolg van het stopzetten van het bevolkingsonderzoeken in het voorjaar. Ook het aantal diagnoses van longkanker en lever- galweg- en alvleesklierkanker is lager dan de voorgaande jaren. Dit kan echter ook te maken met het feit dat vaak nader onderzoek nodig is om deze soorten kanker vast te stellen waardoor de informatie later wordt toegevoegd aan de registratie.

Figuur 10 Aantal diagnoses per tumorhoofdgroep als percentage van het gemiddelde over 2017 - 2019 (Bron: IKNL)

Aantal kankerdiagnoses in 2020* ten opzichte van 2017-2019



NB: Oog, bot & weke delen en overig & onbekend worden niet getoond
*berekend over maart-november

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 november 2020 (week 48). 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 september nog met enkele procenten opgehoogd en voor bijvoorbeeld radiologie nog met 10-15%.

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. Onze prognose over de werkelijke productie kan daarom per rapport verschillen. Met iedere nieuwe aanlevering hebben we meer informatie over de productie die later wordt aangeleverd. De aanname hierbij is dat het aanlevergedrag over de tijd gemiddeld over de ziekenhuizen constant is. Incidentele inhaalslagen bij de aanlevering kunnen soms tot een overschatting leiden van de productie.

We doen de correctie door te berekenen hoeveel extra productie is aangeleverd (gemeten in aantallen verrichtingen) over een bepaalde maand 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 regio's naast elkaar zetten.

De correctiefactoren zijn per maand berekend en vervolgens toegepast op de aantallen per week. Voor de meest recente maand geeft dit een licht vertekend beeld omdat het registratie-effect in de laatste twee weken altijd hoger is dan in de eerste twee weken. Voor deze maand zijn daarom vier correctiefactoren berekend, voor elke week afzonderlijk.

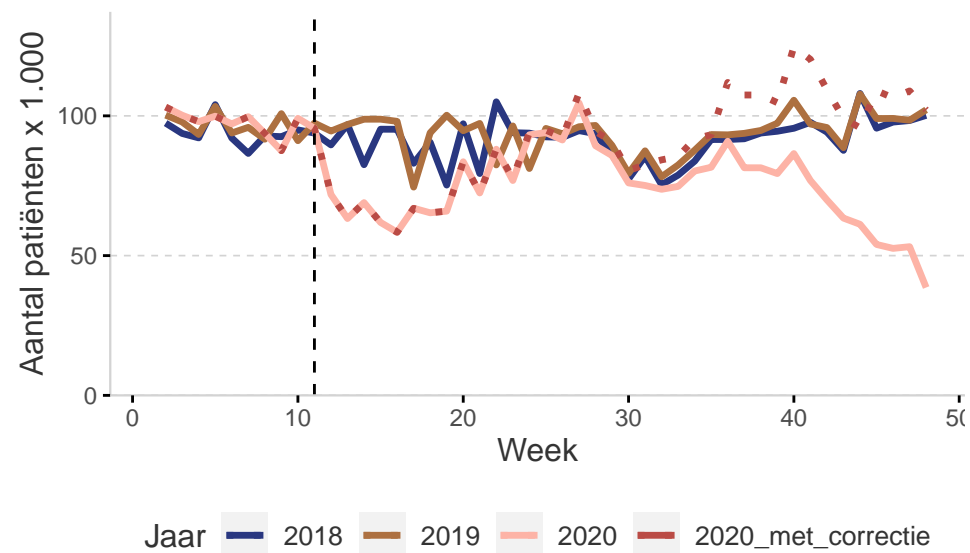
In dit hoofdstuk geven de figuren het aantal patiënten of verrichtingen per week weer. Op alle figuren zit een verticale lijn bij week 11. In die week viel 12 maart toen de eerste landelijke maatregelen werden aangekondigd. Verder is week 1 uit de figuren weggelaten omdat deze niet vergelijkbaar is met 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 11 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 mei een duidelijke toename en lijkt het aantal oncologische patiënten vanaf juli boven het niveau van 2018 en 2019 te liggen. In augustus en september is er duidelijk sprake van een inhaalslag. De gecorrigeerde cijfers lijken ook in oktober en november boven het niveau van 2018 en 2019 te blijven.

Figuur 11 Aantal oncologische patiënten in het onderhanden werk 2018-2020.



Als specialisme en diagnose bekend zijn, en er al meerdere zorgactiviteiten hebben 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

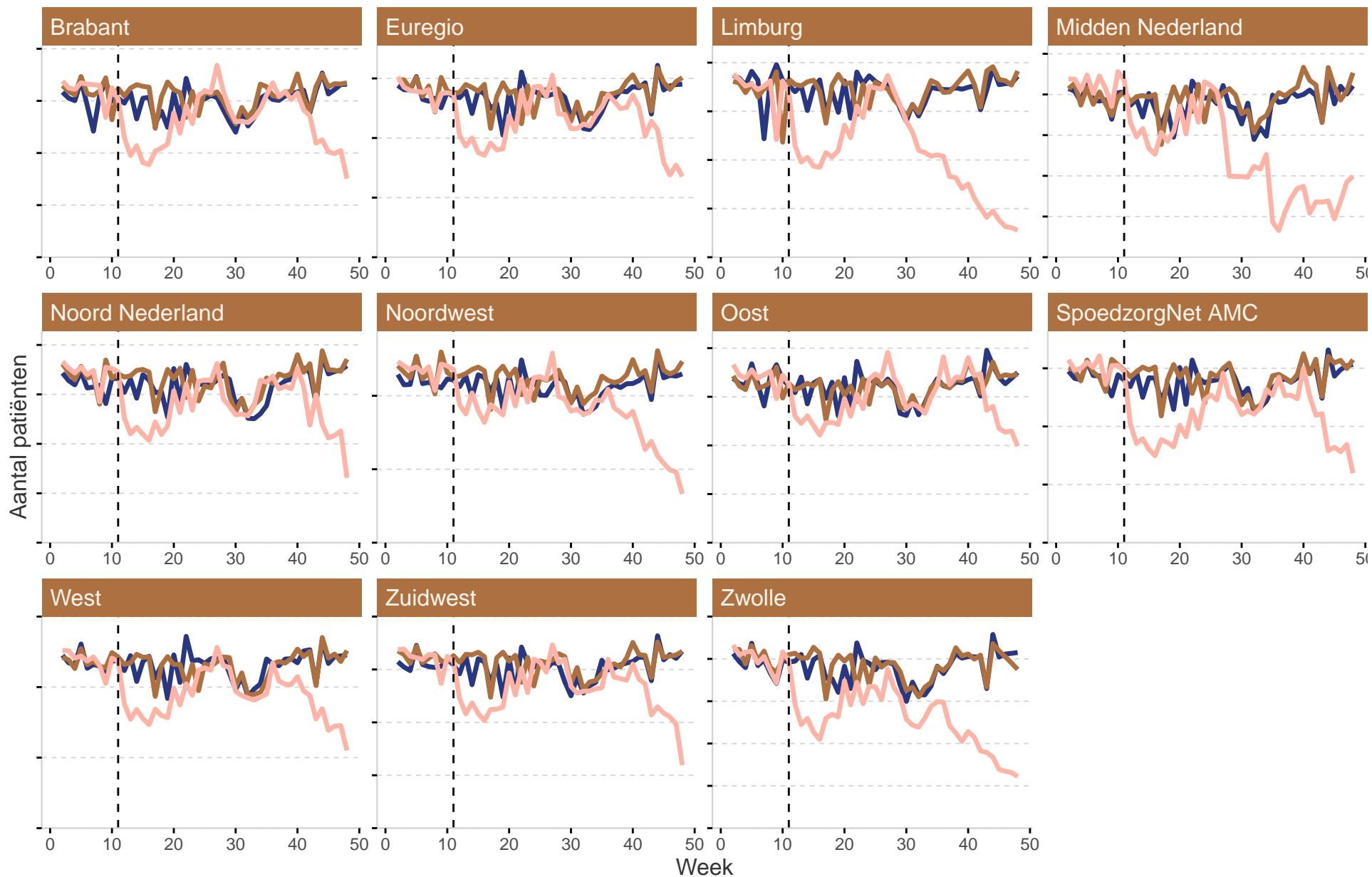
Omdat sommige ROAZ-regio's weinig ziekenhuizen tellen laten we het aantal patiënten op de verticale as achterwege in Figuur 12. In deze figuur is het niet goed mogelijk om te corrigeren voor registratie-effecten. Doordat het aantal ziekenhuizen in sommige regio's klein is, kan de bijinschatting sterk beïnvloed worden door het aanlevergedrag van één enkele instelling.

Figuur 13 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 geslachtsorganen 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. Vanaf juli neemt het aantal patiënten in zorg per week van alle kankersoorten

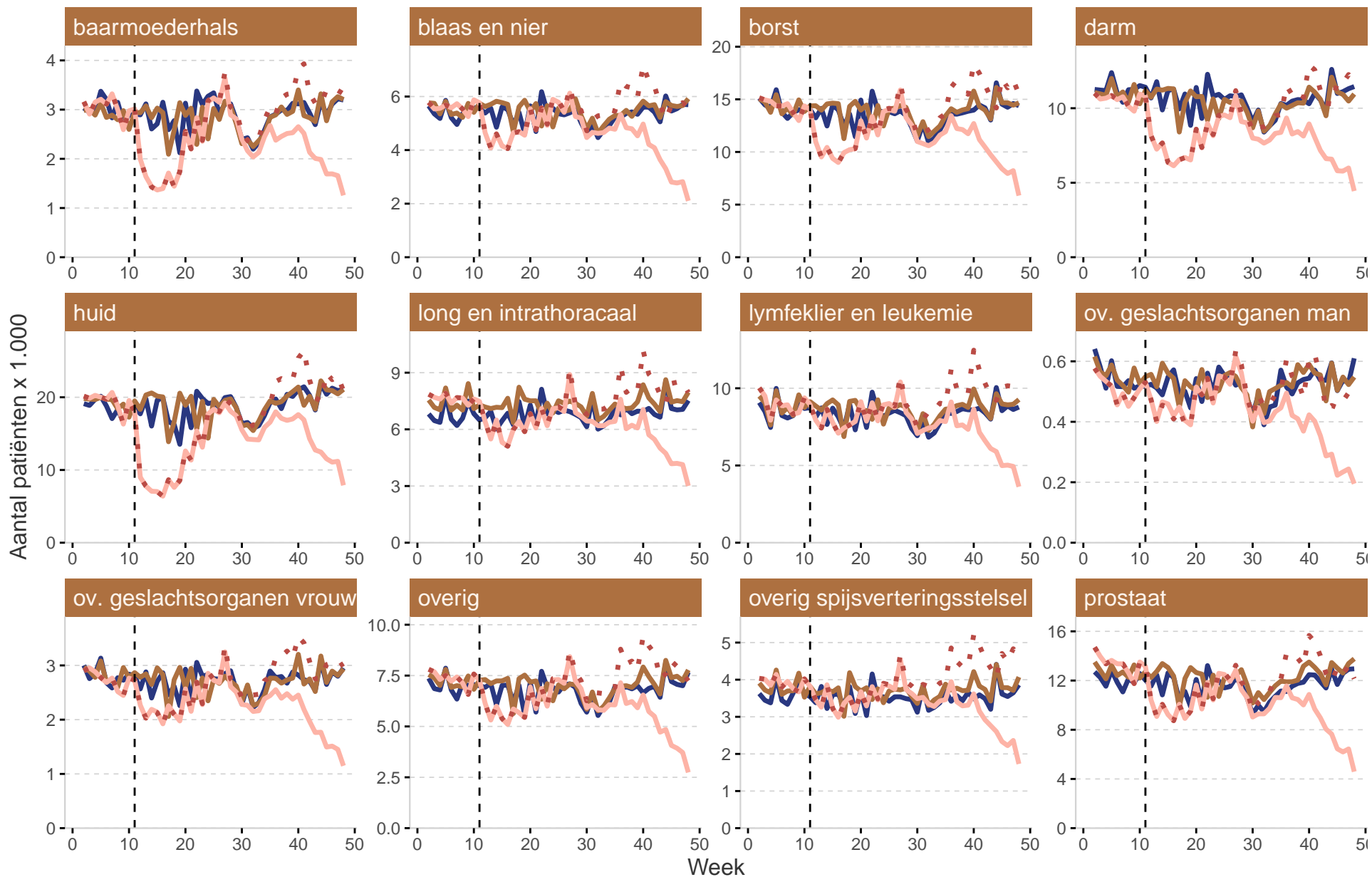
toe tot boven het niveau van 2018/2019. In oktober en november lijkt de productie (met uitzondering van kanker overige geslachtsorganen van man) op of boven het niveau van eerdere jaren te zijn.

Figuur 14 geeft het aantal patiënten per week per specialisme weer. We zien dat het aantal patiënten bij sommige specialismen, zoals dermatologie en plastische chirurgie, procentueel sterk afnam tijdens de eerste coronavirusuitbraak. Bij andere specialismen, zoals interne geneeskunde, lijken de aantallen in kleine mate terug te zijn gelopen. Vanaf juli lijkt het aantal patiënten bij de meeste specialismen op het te verwachten niveau te liggen. Vanaf augustus neemt bij alle specialismen het aantal patiënten toe tot boven het verwachte niveau. Op basis van de meest recente aanleveringen verwachten we dat de productie ook bij radiotherapie en orthopedie al in juni op het oorspronkelijke niveau was en in de maanden augustus en september het aantal patiënten ruim hoger was dan in andere jaren. De gecorrigeerde cijfers lijken ook in oktober en november boven het niveau van 2018 en 2019 te blijven.

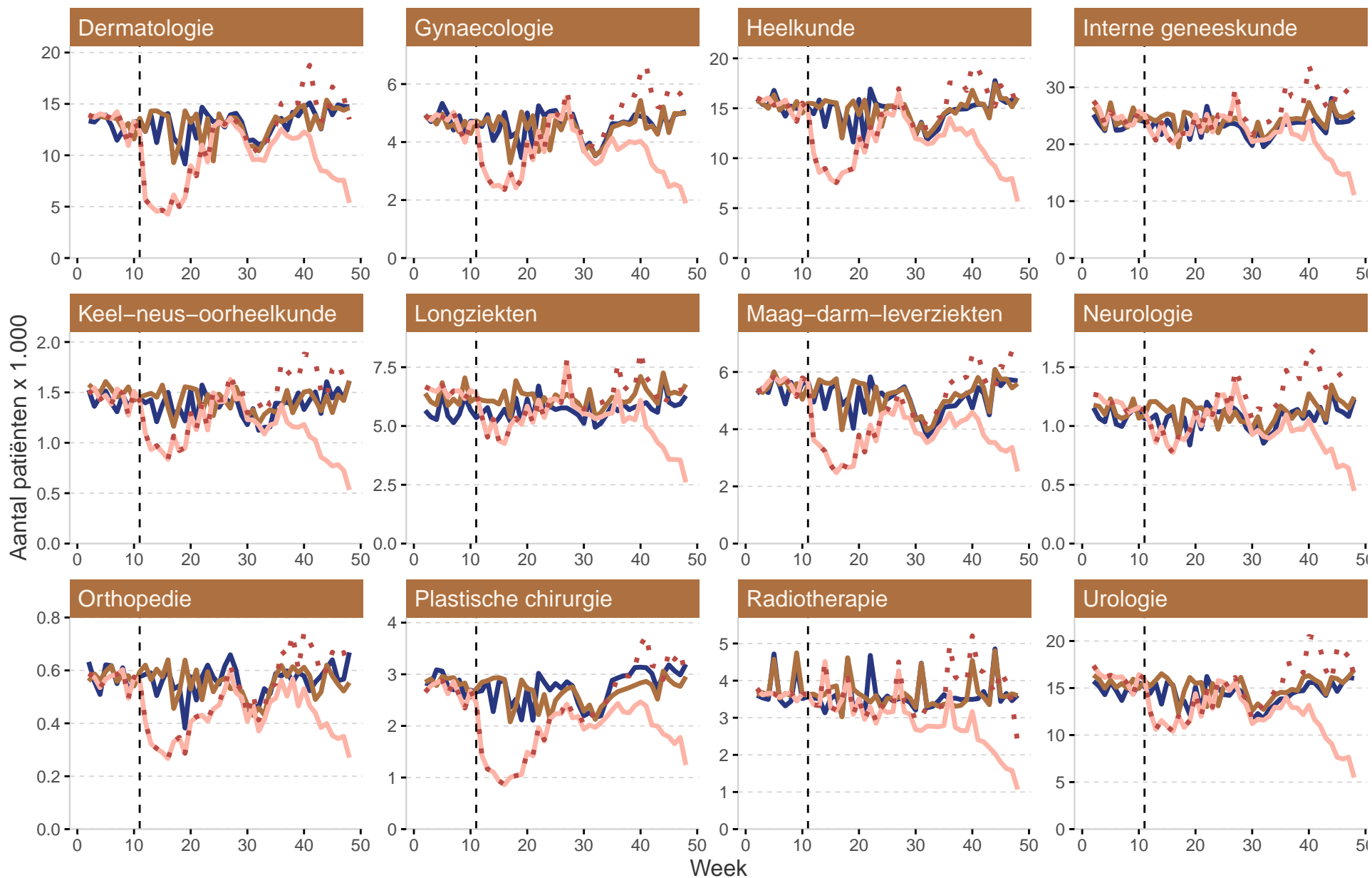
Figuur 12 Aantal patiënten nieuwvormingen in het onderhanden werk 2018-2020 per roaz regio.



Figuur 13 Aantal patiënten nieuwvormingen in het onderhanden werk 2018-2020 per doelgroep



Figuur 14 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 ook het aantal opnamen zien, omdat de registratie hiervan nu ook goed bijgeschat kan worden.

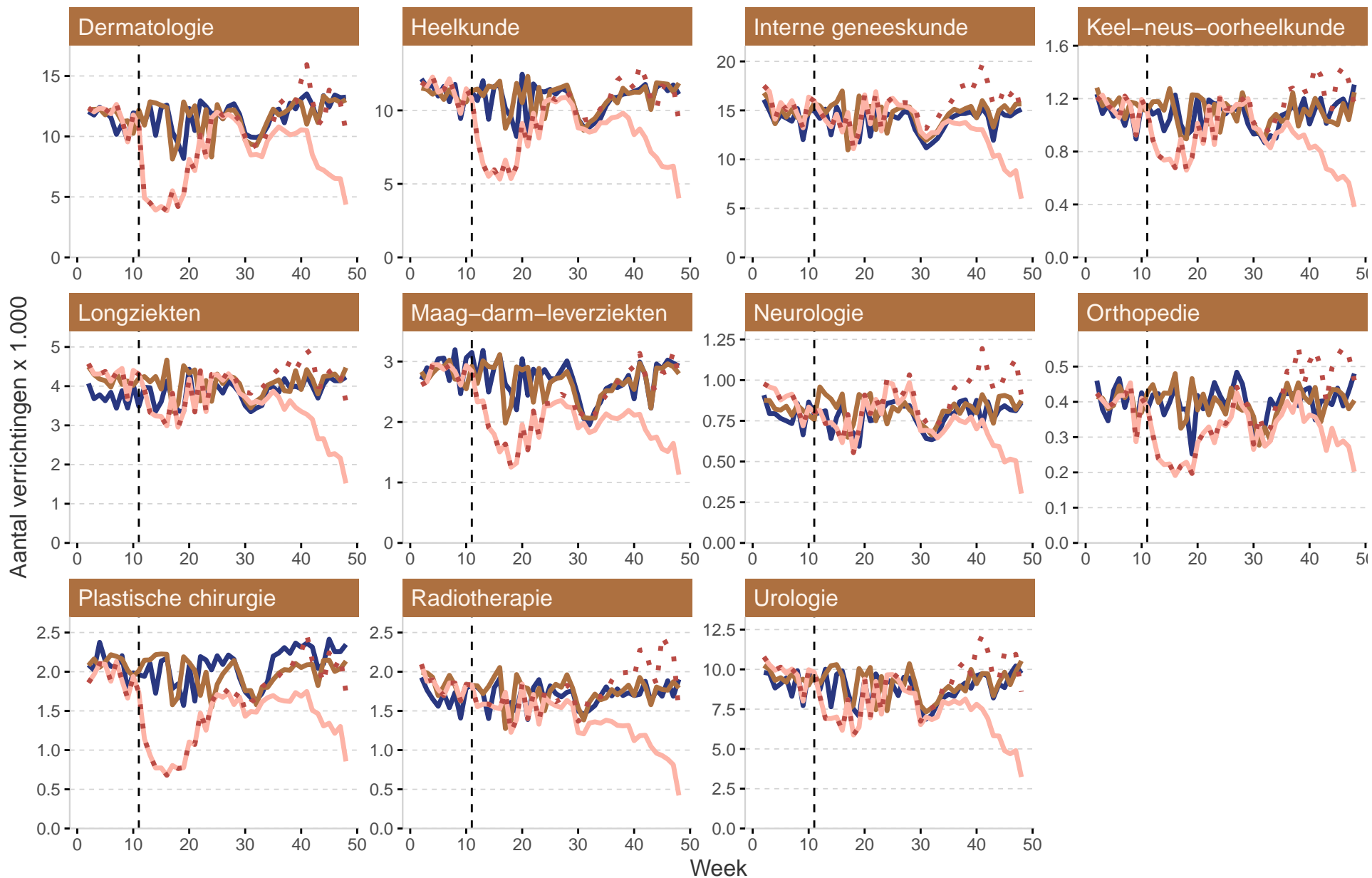
In de figuren laten we de twaalf specialismen zien met de hoogste patiëntaantallen. Specialismen met gemiddeld minder dan 10 verrichtingen per week in de eerste 48 weken van 2019 laten we niet zien.

Figuur 15 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 lagen vanaf juli boven het niveau van eerdere jaren bij alle specialismen en liepen op in augustus en september. We vermoeden dat dit deels patiënten betrof die hun zorgvraag hadden uitgesteld en daarna versneld werden geholpen. In oktober en november lijken de aantallen bij de meeste specialismen boven het niveau van 2018 en 2019 te blijven.

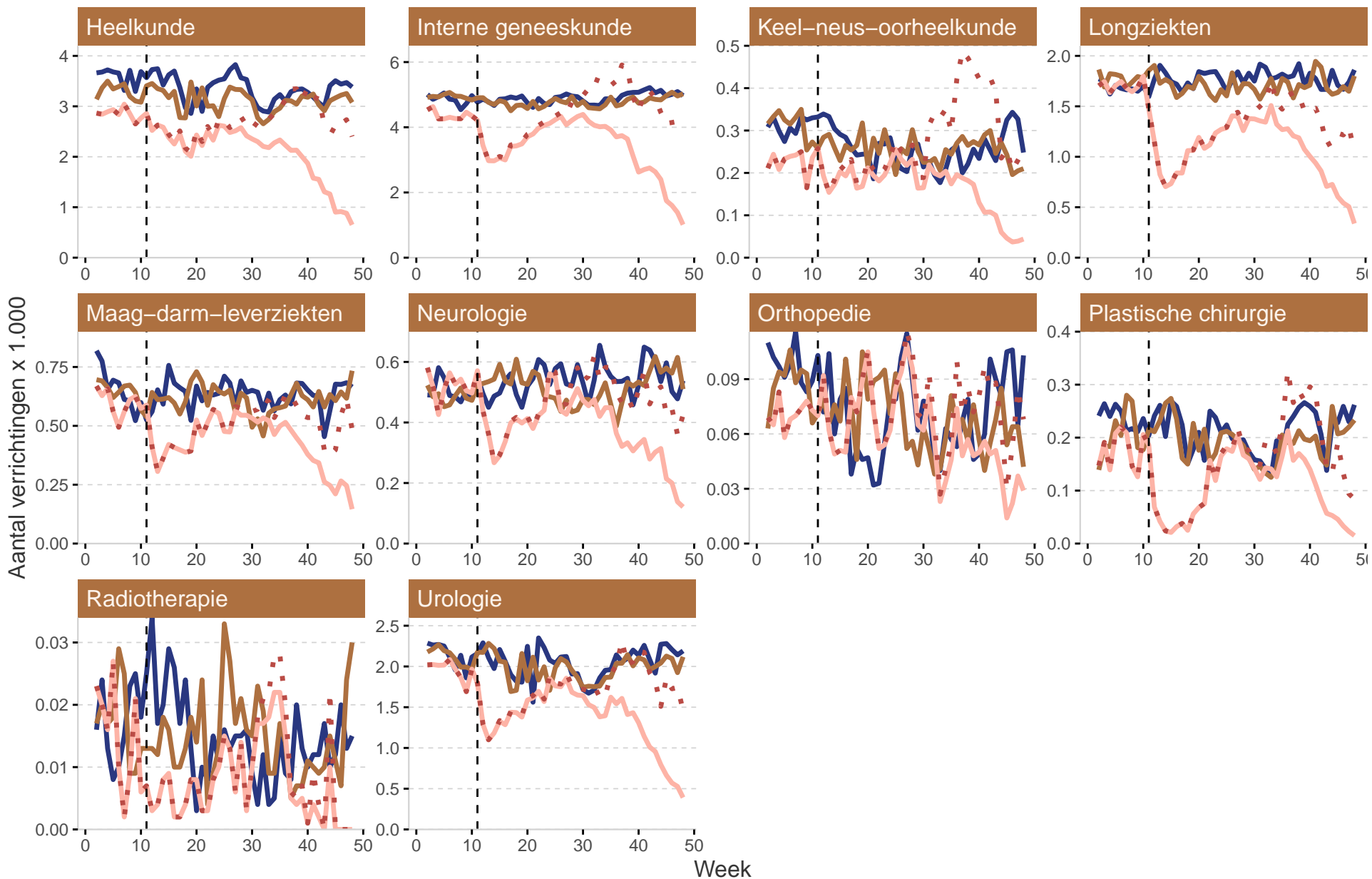
Figuur 16) laat het aantal opnamen zien. Deze zijn bij de specialismen longziekten en plastische chirurgie in de eerste golf duidelijk afgeschaald. Ook bij neurologie, interne geneeskunde, en MDL was een korte terugval zichtbaar. In de zomer was het aantal klinische opnamen weer op het verwachte niveau bij alle specialismen. In de tweede golf, vanaf november zien we een daling in het aantal klinische opnamen bij de meeste specialismen.

Operatieve activiteiten (Figuur 17) zijn in week 11 (percentueel) het meest afgenomen bij dermatologie, heilkunde en plastische chirurgie maar ook bij deze specialismen lijkt het aantal operaties vanaf juli hersteld te zijn. Bij een aantal specialismen zoals urologie en orthopedie wijzen de gecorrigeerde cijfers op een kleine inhaalslag in de maanden augustus en september. In oktober en november lijkt het aantal operatieve verrichtingen op het niveau van eerdere jaren te zijn. Alleen bij heilkunde en urologie is een daling te zien.

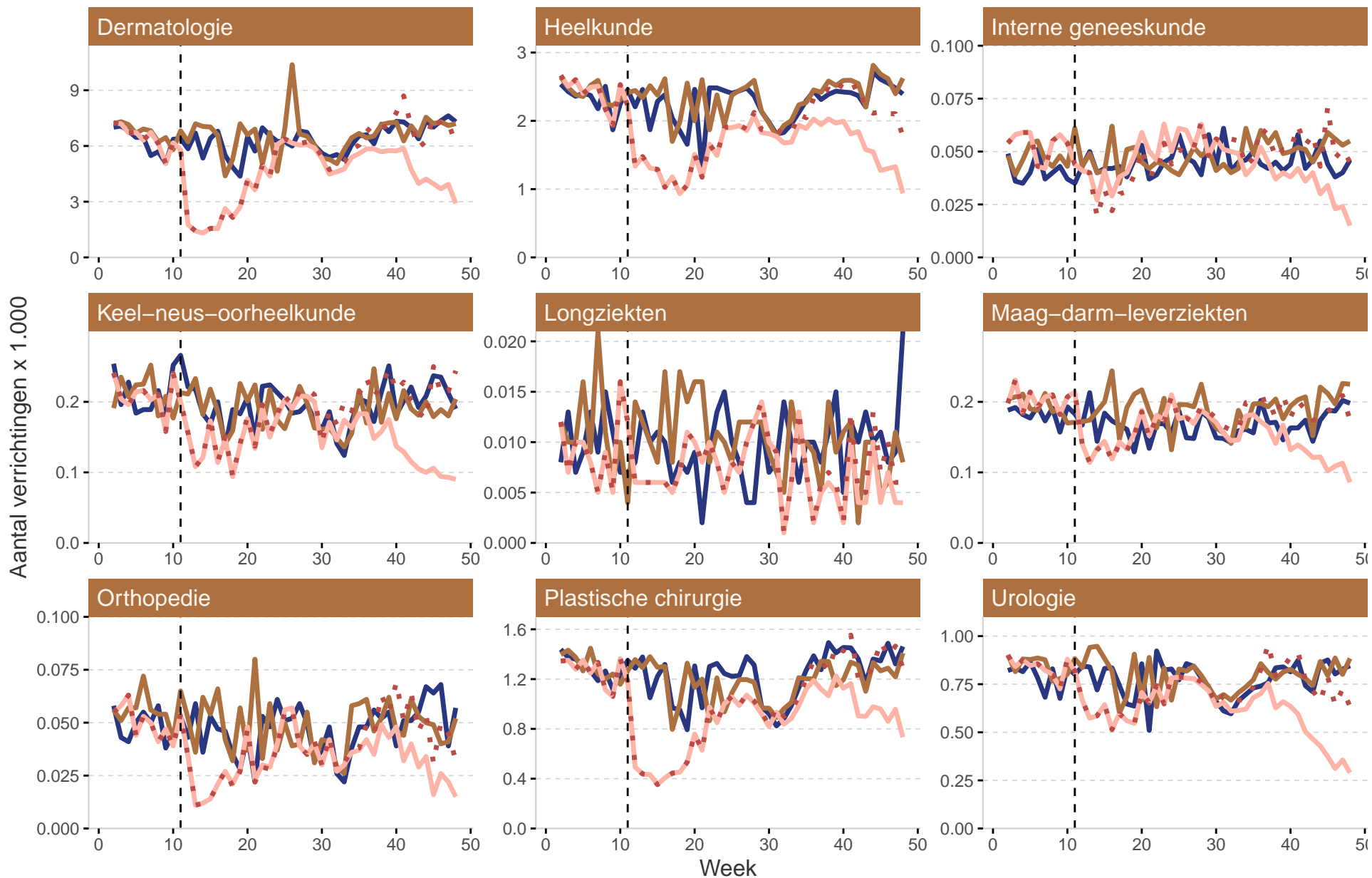
Figuur 15 Aantal polikliniekbezoeken (zorgprofielklasse 1) nieuwvormingen per specialisme.



Figuur 16 Aantal klinische opnames (zorgprofielklasse 3) nieuwvormingen per specialisme.



Figuur 17 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

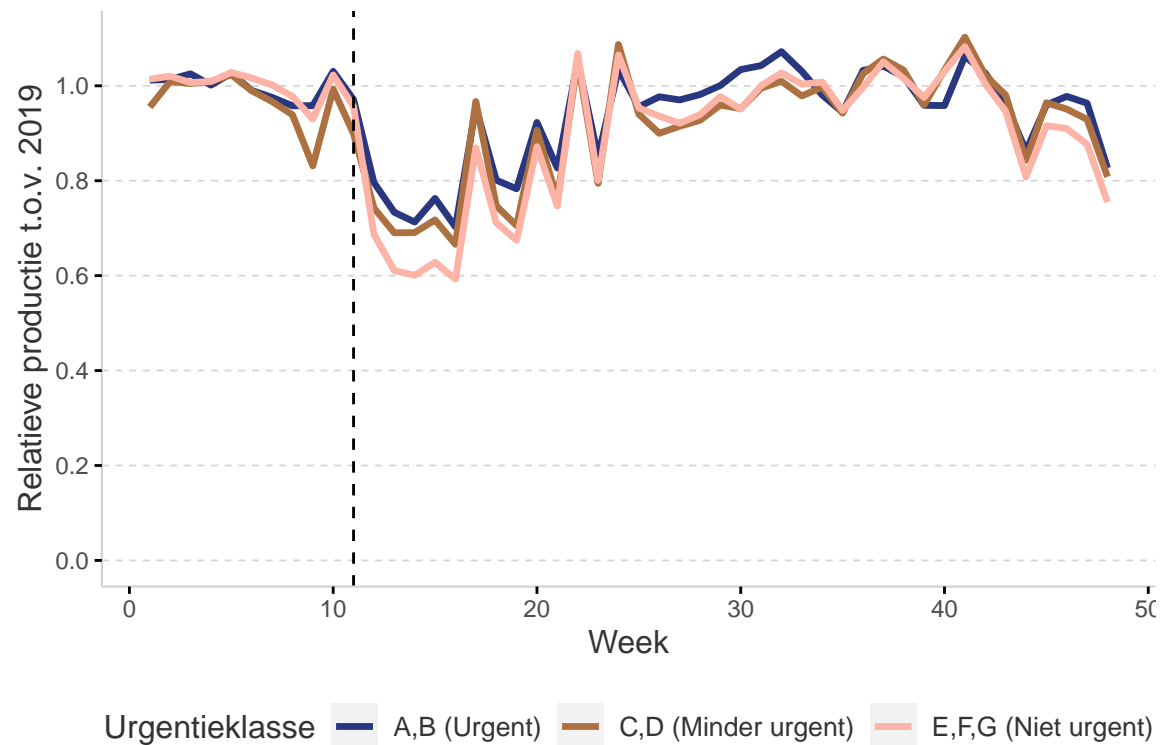
Omdat het onderhanden werk betreft is er nog geen zorgproduct bekend en kan de urgentieklasse dus niet op die manier bepaald worden. Er is een vertaalslag nodig als we in beeld willen brengen in hoeverre de meest urgente zorg is doorgedaan. We hebben daarom historische zorgdata (DIS-data over 2018) gebruikt 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 18 geeft voor dit deel van de zorg de verdeling naar urgentie weer. De getoonde data is op dezelfde wijze als de eerdere figuren gecorrigeerd voor het registratie-effect.

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 mei is dit verschil verdwenen. Dit wijst erop dat er niet meer geprioriteerd werd in het ziekenhuis en patiënten uitstelbare zorg minder uitstellen. Vanaf de zomer wordt uitgestelde zorg ingehaald. Tussen medio juni en medio augustus was zorg in de urgente klasse het vaakst uitgevoerd, daarna verdween het verschil tussen urgentieklassen. Vanaf eind oktober lijkt weer een prioritering te komen in de zorg: de meest urgente behandelingen worden relatief vaker uitgevoerd dan de minder urgente behandelingen. De betrouwbaarheid van de uitsplitsing naar urgentieklassen 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 18 Productie uitgesplitst naar urgentie per week.



6. Wachttijden

Naast de verwijzingen en productiedata gebruikt de NZa de wachttijden MSZ om de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere ziekenhuiszorg te monitoren. Het gaat om de wachttijden voor polikliniekbezoeken, behandelingen en diagnostische activiteiten. Alle details omtrent deze regeling kunt u hier terugvinden. De wachttijden worden, in samenwerking met het RIVM, maandelijks gepubliceerd op www.volksgezondheidszorg.info. In deze rapportage tonen we alleen de oncologiegerelateerde wachttijden. Bij polikliniekbezoeken zijn deze niet eerder gepubliceerd omdat het subspecialismes betreft.

Voor de drie wachttijdsoorten (polikliniekbezoeken, behandelingen en diagnostische activiteiten) zijn treeknormen vastgesteld. Dit zijn de maximaal aanvaardbare wachttijden waarbinnen de patiënt zorg moet kunnen krijgen, zoals afgesproken door veldpartijen in het Treekoverleg en vastgelegd in het 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw'. De treeknorm voor de wachttijden polikliniek en diagnostiek is vier weken. Voor de poliklinische behandelingen geldt een treeknorm van zes weken, voor klinische behandelingen is dit zeven weken. Het is lastig om per behandeling een vaste setting toe te wijzen, daarom gebruiken we voor alle behandelingen de norm van zes weken.

Zorgaanbieders kunnen wachttijden die zij bij de NZa aanleveren actueel of retrospectief berekenen. Bij de actuele methode (alleen voor wachttijden polikliniek en diagnostiek) wordt gerekend met de derde beschikbare mogelijkheid in de agenda voor het maken van een afspraak. Bij de retrospectieve methode wordt gekeken naar de gerealiseerde wachttijd over de afgelopen maanden. De coronaperiode kan direct invloed hebben op de uitkomsten van beide methoden:

- Voor wachttijden die volgens de actuele methode berekend worden kan het afzeggen van afspraken leiden tot legere agenda's, en dus kortere toegangstijden volgens de letter van de regeling (de tijd tot de derde mogelijkheid in de agenda).
- Voor de retrospectieve wachttijden geldt dat er gedurende een bepaalde periode waarschijnlijk minder observaties zijn. Het aandeel urgente patiënten in de zorg die wel geleverd is, is mogelijk groter dan normaal. Het gevolg is dat de wachttijden een te rooskleurig beeld van de werkelijkheid schetsen.

De gemiddelde landelijke en regionale wachttijden worden in twee stappen berekend:

1. Per instelling (zowel ziekenhuizen als ZBC's) wordt de gemiddelde wachttijd berekend over alle locaties van de instelling waar de wachttijd beschikbaar is (het specialisme / de behandeling geleverd wordt).

2. De gemiddelde wachttijden van alle instellingen worden vervolgens gebruikt om het landelijke en regionale gemiddelde te berekenen.

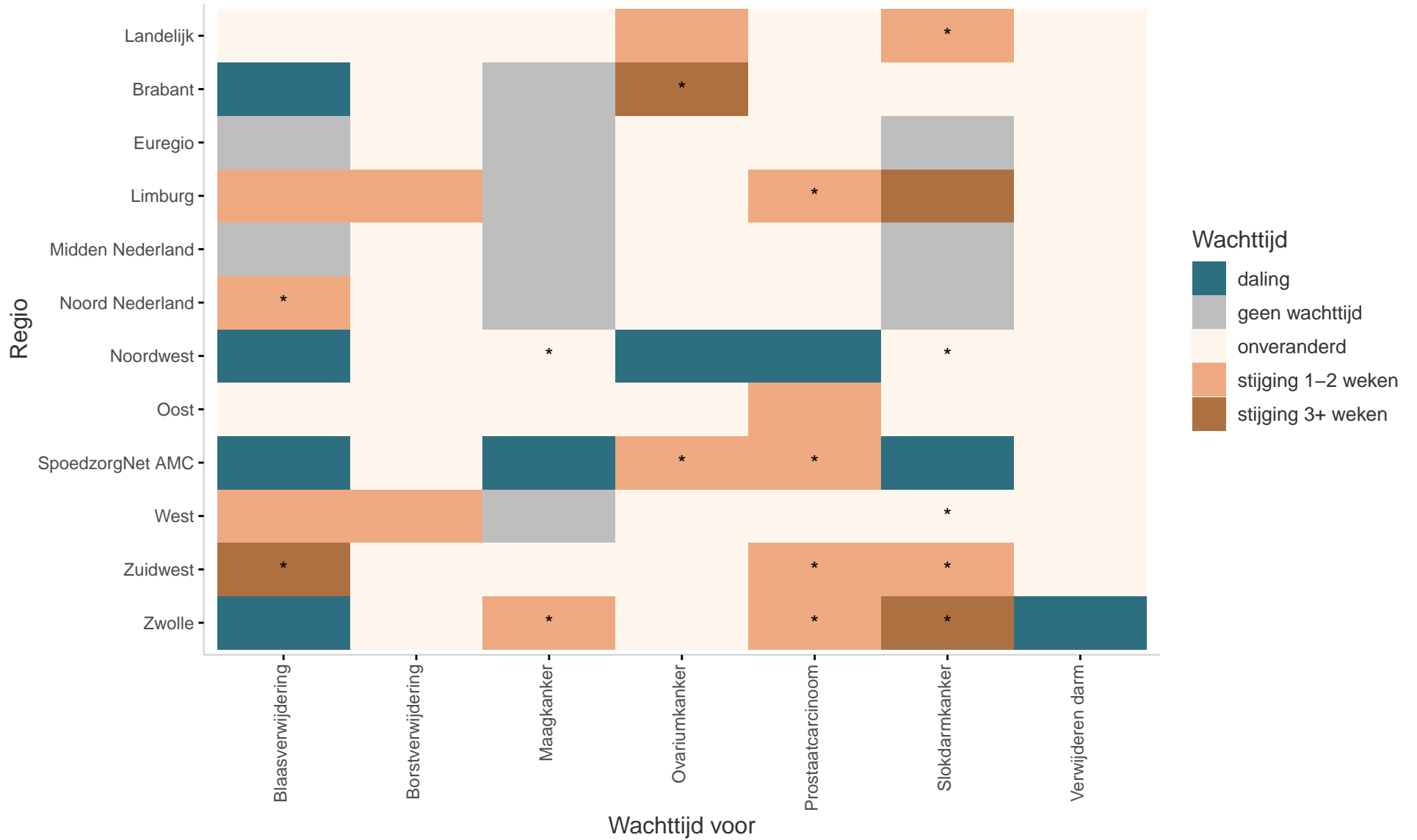
Figuur 19 (behandelingen) en Figuur 20 (polikliniek) tonen landelijk en per regio het verschil tussen de gemiddelde wachttijd in juli en augustus ten opzichte van de gemiddelde wachttijden in september en oktober. In Figuur 19 zijn er zeven oncologie gerelateerde behandelingen opgenomen. In Figuur 20 staan vier oncologie gerelateerde subspecialismen als wachttijd in polikliniek.

De verschillen tussen de laatste twee maanden en de twee maanden ervoor worden onderverdeeld in vijf categorieën: onveranderde wachttijden, gedaalde wachttijden, licht gestegen wachttijden (1 of 2 weken) en sterk gestegen wachttijden (3 weken of meer). De laatste categorie, 'geen wachttijd', betekent dat voor deze behandeling in één of meerdere maanden die gebruikt worden in de berekening van het gemiddelde verschil geen wachttijd beschikbaar is. De verschillende categorieën worden weergegeven met kleuren en de regio's waar de wachttijd in de meest recente maand boven de treeknorm uitkomen zijn gemarkeerd met een *. Alle totalen bij Figuur 19 en Figuur 20 zijn te vinden in Tabel 3 en in Tabel 4.

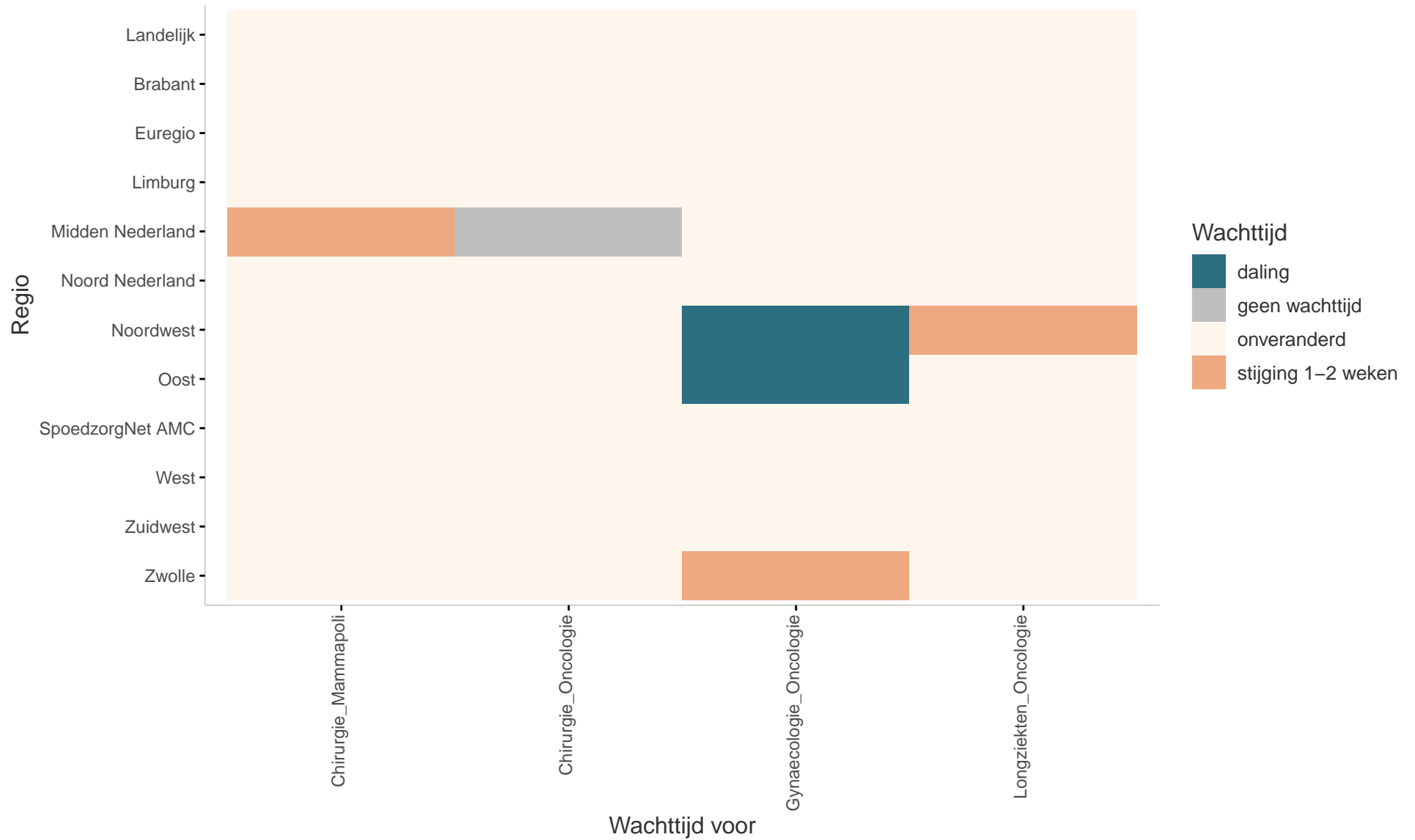
Doordat niet alle zorg in alle regio's geleverd wordt kan het beschikbare aantal wachttijden per regio verschillen. Bij drie behandelingen (slokdarmkanker, maagkanker en blaasverwijdering) zijn er landelijk minder dan 20 aanbieders die wachttijden aanleveren. Dit zijn complexe operaties waarvan de zorg geconcentreerd is in een paar centra. Hierdoor zijn wachttijden niet te berekenen voor meerdere regio's, of zijn wachttijden gebaseerd op slechts één of twee aanbieders. Ook ontbreken in sommige regio's nog ziekenhuizen in de dataset. Er wordt aan gewerkt om het wachttijdbeeld spoedig compleet te maken.

De figuren laten zien dat de wachttijden voor behandelingen in de afgelopen maanden zijn toegenomen en meer van ze boven de Treeknorm zijn gekomen. Bij wachttijden voor polikliniekbezoek zien we kleinere veranderingen. Geen van de weergegeven poliklinische wachttijden in oncologie is boven de Treeknorm.

Figuur 19 Het landelijke en regionale (ROAZ regio) verschil tussen de gemiddelde wachttijden voor behandelingen over de twee laatst beschikbare maanden ten opzichte van de gemiddelde wachttijd in de twee maanden ervoor. Indien er in één of meerdere maanden geen wachttijd in de regio beschikbaar is valt deze regio / wachttijd combinatie in de categorie 'geen wachttijd beschikbaar'. Regio's met een gemiddelde wachttijd boven de treeknorm in de laatst beschikbare maand zijn gemarkeerd met een *.



Figuur 20 Het landelijke en regionale (ROAZ regio) verschil tussen de gemiddelde wachttijden in polikliniek over de twee laatst beschikbare maanden ten opzichte van de gemiddelde wachttijd in de twee maanden ervoor. Indien er in één of meerdere maanden geen wachttijd in de regio beschikbaar is valt deze regio / wachttijd combinatie in de categorie 'geen wachttijd beschikbaar'. Regio's met een gemiddelde wachttijd boven de treeknorm in de laatst beschikbare maand zijn gemarkeerd met een *.



Tabel 3 Overzicht totalen wachttijden behorende bij Figuur 19

	daling	onveranderd	stijging 1-2 wk	stijging 3+ wk	stijging totaal	boven treeknorm	totaal
Landelijk	0	5	2	0	2	1	7
Brabant	1	4	0	1	1	1	6
Euregio	0	4	0	0	0		4
Limburg	0	2	3	1	4	1	6
Midden Nederland	0	4	0	0	0		4
Noord Nederland	0	4	1	0	1	1	5
Noordwest	3	4	0	0	0	2	7
Oost	0	6	1	0	1		7
SpoedzorgNet AMC	3	2	2	0	2	2	7
West	0	4	2	0	2	1	6
Zuidwest	0	4	2	1	3	3	7
Zwolle	2	2	2	1	3	3	7

Tabel 4 Overzicht totalen wachttijden behorende bij Figuur 20

	daling	onveranderd	stijging 1-2 wk	stijging 3+ wk	stijging totaal	boven treeknorm	totaal
Landelijk	0	4	0	0	0		4
Brabant	0	4	0	0	0		4
Euregio	0	4	0	0	0		4
Limburg	0	4	0	0	0		4
Midden Nederland	0	2	1	0	1		3
Noord Nederland	0	4	0	0	0		4
Noordwest	1	2	1	0	1		4
Oost	1	3	0	0	0		4
SpoedzorgNet AMC	0	4	0	0	0		4
West	0	4	0	0	0		4
Zuidwest	0	4	0	0	0		4
Zwolle	0	3	1	0	1		4