

Gevolgen van de coronacrisis voor de oncologische zorg

Analyse van de doelgroep nieuwvormingen

NZa
Update, 30 juni 2021

In samenwerking met:

SONCOS

Stichting Oncologische Samenwerking



Zorg voor data



Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
1.1 Samenvatting	5
1.2 Leeswijzer	6
2. Bevolkingsonderzoeken	7
2.1 Bevolkingsonderzoek darmkanker	7
2.2 Bevolkingsonderzoek borstkanker	8
2.3 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	8
2.4 Uitgestelde zorgvraag door stilleggen bevolkingsonderzoeken	9
3. Verwijzingen Zorgdomein	10
3.1 Totaal oncologische verwijzingen	10
3.1.1 Verwijzingen oncologie per ROAZ regio	12
3.1.2 Verwijzingen oncologie per type verwijzing	14
3.1.3 Verwijzingen per zorgvraag	16
3.2 Urgente verwijzing per zorgvraag	19
3.3 Oplopende zorgvraag	21
4. Oncologische diagnoses	23
5. Actuele productie	25
5.1 Patiënten	25
5.2 Verrichtingen	31
5.3 Productie per urgentieklasse	35
6. Wachttijden	37
7. Bijlage: Gebruikte data en methodologie	43
7.1 Bronnen algemeen	43
7.2 Hoofdstuk Bevolkingsonderzoek	45
7.2.1 Stopzetten en opnieuw opstarten van bevolkingsonderzoeken	45
7.2.2 Uitgestelde zorgvraag	46

7.3	Hoofdstuk Verwijzingen	47
7.3.1	Afbakening patientgroep nieuwvormingen	47
7.3.2	Interpretatie aantal verwijzingen	47
7.3.3	Schatting oplopende zorgvraag	48
7.4	Hoofdstuk Oncologische diagnoses	49
7.5	Hoofdstuk Actuele Productie	49
7.5.1	Registratie-effect en bijschatting	49
7.5.2	Patiënten met verdenking van kanker	50
7.5.3	Urgentie	51
7.6	Hoofdstuk Wachttijden	52

1. Inleiding

In deze rapportage geven we inzicht in de gevolgen van COVID-19 op de reguliere zorg voor patiënten met een (mogelijke) vorm van kanker. Dit rapport is een gezamenlijk product van NZa, RIVM, IKNL, PALGA, DICA, DHD, ZorgDomein en SONCOS en maakt dankbaar gebruik van verschillende bronnen die ons zijn aangereikt.

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

Dit is voorlopig de laatste oncologierapportage in deze vorm: vanaf volgende maand bundelen we inzichten uit verschillende rapportages in 1 integrale monitor, die maandelijks wordt gepubliceerd.

1.1 Samenvatting

In de afgelopen maand zijn er meer verwijzingen per week uitgeschreven door de huisarts dan in dezelfde periode in 2019. In de eerste drie weken waren dit er net nog iets minder dan we zouden verwachten zonder pandemie, maar afgelopen week steeg het aantal verwijzingen tot het te verwachten niveau. Het aantal verwijzingen in juni lag ook hoger dan in april en mei van dit jaar.

De meest recente cijfers over de productie, na de correctie voor het registratie-effect, laten zien dat ziekenhuizen in mei minder (oncologie)patiënten hebben behandeld dan in mei 2019. In deze daling speelt waarschijnlijk de hoge COVID-19 druk op de ziekenhuizen een rol, maar het kan ook zijn dat het grote aantal feest- en vakantiedagen van mei dit jaar een rol hier in speelt.

Het lijkt er op dat de schommelingen in aantal doorverwijzingen vanuit de huisarts in de afgelopen periode de opsporing van tumoren nauwelijks heeft geraakt: het aantal gevonden tumoren tussen januari en mei 2021 ligt ongeveer op het verwachte niveau zonder de pandemie. (bron: IKNL).

De screening naar borstkanker loopt door met een beschikbare dagcapaciteit van circa 85 - 95% ten opzichte van voor de COVID-19 pandemie. Bij de baarmoederhalskankerscreening wordt nog steeds 120% van het normale aantal vrouwen uitgenodigd en wordt op de zelfafnameset ingezet. Door deze aanpassingen worden de gemiste screenings van vorig jaar geleidelijk ingehaald. Het bevolkingsonderzoek naar darmkanker blijft de achterstand vanuit 2020 inlopen (bron: RIVM).

1.2 Leeswijzer

In deze rapportage treft u eerst een analyse van de impact van het stopzetten en weer opstarten van de bevolkingsonderzoeken, gevolgd door overzichten van patiënten die naar het ziekenhuis zijn verwezen met een klacht die mogelijk wijst op een tumor; van de oncologische diagnoses zoals verzameld door IKNL; de ziekenhuisproductie met betrekking tot nieuwvormingen en ten slotte de wachttijden voor een aantal oncologische behandelingen en polikliniekbezoeken. De afbakening van de patiëntgroep nieuwvormingen, de gebruikte data en de bewerkingen daarop voor al deze hoofdstukken worden uiteengezet in de bijlage van dit rapport. De bijlage blijft in principe onveranderd.

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, naar baarmoederhalskanker en naar darmkanker.

In de bijlage van dit rapport beschrijven we het tijdelijk stopzetten en daarna opnieuw opstarten van deze drie bevolkingsonderzoeken tijdens de eerste golf van de coronavirusuitbraak. We geven ook een toelichting bij de berekeningen van de uitgestelde zorgvraag.

2.1 Bevolkingsonderzoek darmkanker

Sinds de laatste maand zijn er geen nieuwe ontwikkelingen in het bevolkingsonderzoek darmkanker. Er worden meer mensen uitgenodigd voor screening dan in eerdere jaren waardoor de gemiste uitnodigingen van vorig jaar steeds meer ingehaald worden. De screening voldoet sinds mei weer aan de kaders van het bevolkingsonderzoek, namelijk dat vervolgnodigingen voor screenings weer binnen 22 - 26 maanden plaatsvinden. Naar verwachting zullen mensen die 55 jaar worden vanaf oktober weer rond hun verjaardag uitgenodigd worden voor hun eerste screening net zoals vóór COVID-19.

In september 2020 was het aantal verstuurd uitnodigingen voor darmkankerscreening ongeveer 10% hoger dan oorspronkelijk gepland. Ondanks de lichte daling in beschikbare capaciteit voor coloscopieën in oktober en november, en de beperkte capaciteit door de feestdagen in december, was het nog steeds mogelijk om meer mensen uit te nodigen dan oorspronkelijk, voor corona, gepland. Het inhalen van gemiste screenings van 2020 ging ook in het eerste kwartaal van 2021 door. Van de beoogde doelgroep 2020 is slechts 5,8% niet uitgenodigd tot 1 april 2021.

¹ Bij darmkanker werd in 2019 bijvoorbeeld bij 5% van de patiënten die een vervolgonderzoek (coloscopie) ondergingen darmkanker vastgesteld. Verder werden bij 31% poliepen (advanced adenomen) verwijderd, waarmee de kans op de ontwikkeling van darmkanker verkleind werd (IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek darmkanker, 2019). Van de vrouwen die naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker naar een gynaecoloog doorverwezen werden in 2019, werd bij 33% een voorstadium van kanker vastgesteld (IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, 2019). De verwijzingen naar aanleiding van het borstkankeronderzoek resulteerden bij 30% van de vrouwen in de diagnose borstkanker in 2018 (IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek borstkanker 2018/ 2019).

In de herfst was de wachttijd voor coloscopie rond het gemiddelde van 2019. In december liep de wachttijd tot 13 dagen op door de beperkte capaciteit rond de feestdagen. In het eerste kwartaal was er weer meer capaciteit waardoor de wachttijd afnam. Door de hoge deelname aan de screenings en de in bepaalde regio's beperkte capaciteit in de ziekenhuizen is de wachttijd in april en mei weer opgelopen. Het is sinds mei onveranderd en gemiddeld 15 werkdagen.

2.2 Bevolkingsonderzoek borstkanker

Bij het bevolkingsonderzoek borstkanker zijn er geen nieuwe ontwikkelingen. Door de maatregelen rondom COVID-19 was het tot op heden niet mogelijk om het gebruikelijke aantal vrouwen uit te nodigen met de beschikbare screeningscapaciteit. Met verschillende aanpassingen (zoals het plaatsen van externe wachtruimtes) wordt de dagproductie steeds verhoogd. Op dit moment draait het bevolkingsonderzoek naar borstkanker op een capaciteit van ongeveer 85 - 95% van het niveau voor corona.

In oktober en november heeft de toegenomen uitval van medewerkers door COVID-19 de capaciteit beperkt, maar de deelname aan de screening nam ook af doordat vrouwen niet konden komen vanwege COVID-19 klachten, of doordat (zijzelf of iemand in hun omgeving) positief getest was op corona. In december is de uitval van personeel beperkt gebleven. In de laatste maand van het jaar hebben minder vrouwen een afspraak gemaakt. Het is niet te zeggen of dat door de feestdagen kwam of door mogelijke angst voor COVID-19. De opkomst lag in het najaar circa 8 tot 10% lager dan voor de pandemie: in 2019 was de opkomst 76% terwijl die in het najaar van 2020 op 66 - 68% lag. Het versturen van extra uitnodigingen heeft ervoor gezorgd dat de beschikbare dagcapaciteit toch goed was opgevuld in december.

Om na te gaan of de aansluiting met de zorg voor vervolgdagnostiek goed blijft doorlopen is er regelmatig contact met veldpartijen. Diagnostiek voor verwijzingen vanuit het bevolkingsonderzoek borstkanker liep ook tijdens de derde golf goed door.

2.3 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker zijn er geen nieuwe ontwikkelingen. Er wordt nog steeds 120% van het normaal aantal vrouwen uitgenodigd. De deelname blijft wel achter, deels omdat vrouwen op dit moment niet altijd naar de huisartspraktijken toe kunnen of willen. Daarom startte het RIVM vanaf 16 november met het sterker inzetten van de zelfafnameset als alternatief. Door deze aanpassingen worden de gemiste screenings van vorig jaar geleidelijk ingehaald.

2.4 Uitgestelde zorgvraag door stilleggen bevolkingsonderzoeken

Door het tijdelijk stilleggen van de drie bevolkingsonderzoeken tijdens de eerste golf in het voorjaar 2020, zijn er vorig jaar minder screenings gedaan en als gevolg ook minder verwijzingen voor vervolgonderzoek uitgeschreven en minder kankerdiagnoses gesteld.

Op basis van het aantal verwijzingen dat volgt uit bevolkingsonderzoeken in eerdere jaren, krijgen we een beeld van de gemiste verwijzingen als gevolg van het stopzetten van de bevolkingsonderzoeken in het voorjaar 2020 (zie bijlage). De verwijzingen na de bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker gaan via de huisarts. Het lagere aantal verwijzingen is dus zichtbaar in de figuren van hoofdstuk 3.²

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. De drie bevolkingsonderzoeken leidden in 2019 tot bijna 10.000 diagnoses (zie Tabel 3 in de bijlage). Dit betekent ongeveer 750 diagnoses per maand.³

Omdat de bevolkingsonderzoeken na een paar maanden weer hervat zijn door de geplande uitnodigingen en screening te verschuiven, zijn deze 750 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. Bovendien worden de gemiste screenings uit de bevolkingsonderzoeken naar darmkanker en baarmoederhalskanker geleidelijk ingehaald. Alleen bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker worden nog steeds minder screenings gedaan en dus mogelijk diagnoses later gesteld. Het totaal aantal borstkanker diagnoses dat op deze manier verschuift is ongeveer 3.000.⁴

² De verwijzingen die volgen uit de darmkankerscreening gaan niet via de huisarts waardoor ze ook niet in de figuren van hoofdstuk 3 zichtbaar zijn.

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

⁴ Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker lag stil tussen medio maart en juli. Daarna is het geleidelijk uitgebreid van 40% naar 85 - 95% van de geplande aantallen. Als er ongeveer 500 (6.621/ 13) borstkanker diagnoses per maand gesteld worden naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek, dan betekent dat ongeveer $500 \times 3,5 + 500 \times 0,6 + 500 \times 0,4 + 6 \times 500 \times 0,2 + 500 \times 0,15 + 2 \times 500 \times 0,1 = 3.020$ borstkanker diagnoses later worden gesteld. Indien deze patiënten eerder klachten ontwikkelen dan kunnen zij via de huisarts al eerder worden doorverwezen.

3. Verwijzingen Zorgdomein

In de volgende figuren laten we het aantal verwijzingen vanwege verdenking van kanker zien vanaf week 38 van 2020 (ongeveer het begin van de tweede golf). De meest actuele data is van week 25 in 2021. Dit betekent dat de lijn overgaat van december 2020 naar januari 2021. Als referentieperiode laten we ook het aantal verwijzingen in dezelfde weken in 2019 zien (deze lijn gaat dus van december 2019 over naar januari 2019). Omdat week 53 alleen in 2020 bestond, hebben we in de lijn van 2019 een lege cirkel bij week 53 op de hoogte van hetzelfde aantal verwijzingen als in week 52 gemaakt.

De verwachting is dat het aantal verwijzingen per week in 2021 hoger zou liggen (zonder de effecten van pandemie) dan in 2019 omdat er meer zorgaanbieders aangesloten zijn bij het systeem van Zorgdomein. Onderstaande figuren geven de werkelijke aantallen weer zonder correcties. De lijn van 2021 zou daarom boven de lijn van 2019 moeten liggen (zonder pandemie).⁵

3.1 Totaal oncologische verwijzingen

In Figuur 1 wordt het landelijke verwijzingsvolume getoond. In september is een dalende trend te zien in het aantal verwijzingen tot de herfstvakantie in de weken 42-43 waarmee het aantal verwijzingen onder het niveau van 2019 kwam. Tussen november en februari was het aantal verwijzingen onder het niveau van 2019 met uitzondering van de weken rond de jaarwisseling toen het tijdelijk iets er boven lag. In de tweede week van februari was een opvallende daling te zien in het aantal verwijzingen. Naar verwachting is de sneeuwval de oorzaak van deze daling: KNMI gaf code rood en oranje uit wegens sneeuwval en gladheid. In maart was het aantal verwijzingen ruim boven het niveau van 2019. In april en mei lag het aantal verwijzingen rond het niveau van 2019. De zigzaglijn is grotendeels het gevolg van het variërend aantal werkdagen in een week door feestdagen. In de laatste vier weken is het aantal verwijzingen duidelijk boven het niveau van 2019.

⁵ Bij het schatten van het aantal gemiste verwijzingen door de pandemie (paragraaf 3.3) corrigeren we wel voor het hogere verwachte aantal verwijzingen.

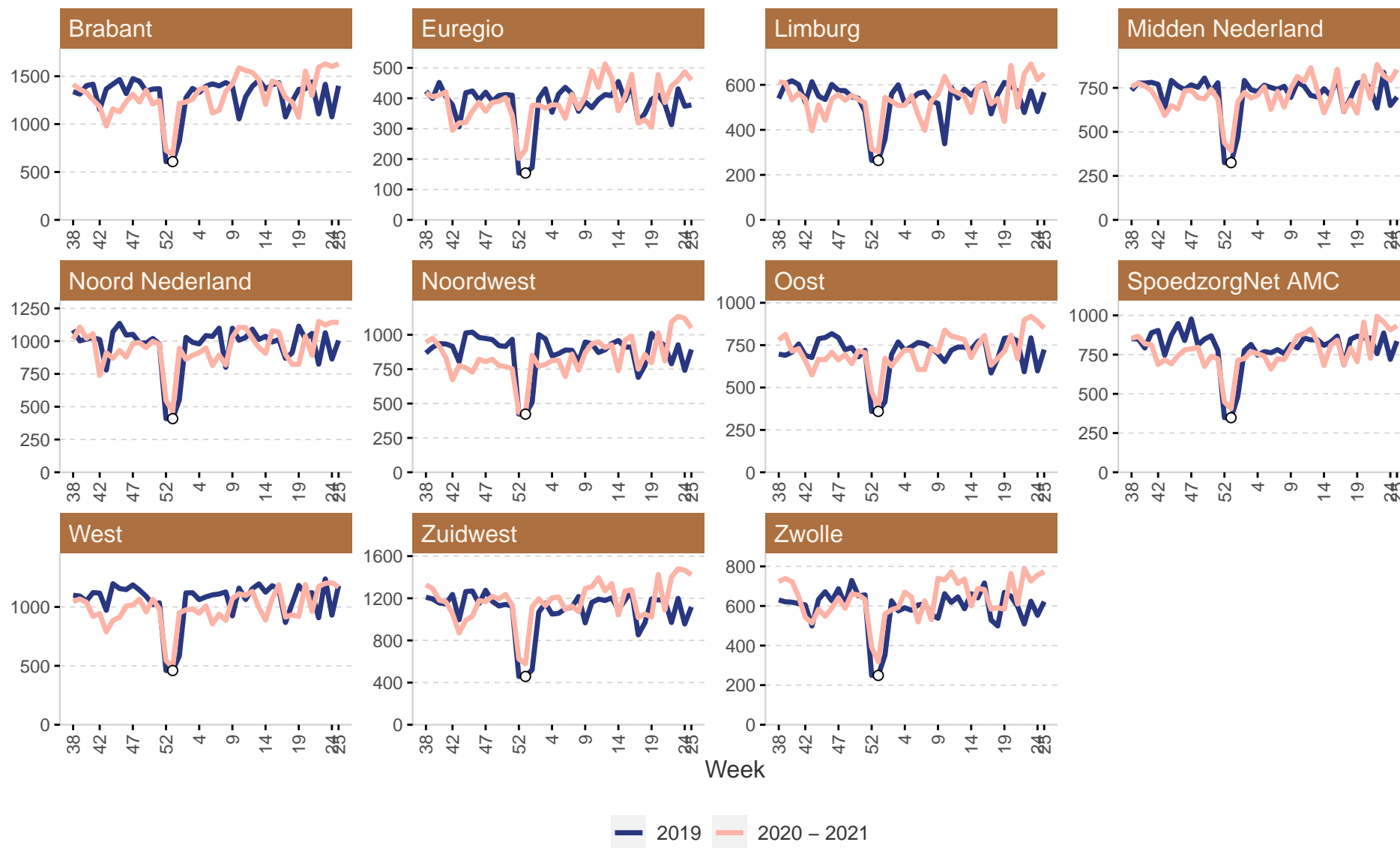
Figuur 1 Landelijk verwijzvolume nieuwvormingen 2019-2021 per week



3.1.1 Verwijzingen oncologie per ROAZ regio

Figuur 2 geeft het aantal verwijzingen weer uitgesplitst naar ROAZ regio's. Hieruit valt op te maken dat de dalende trend na de zomer overal zichtbaar is. Na de herfstvakantie (week 42 in de noordelijke regio's en week 43 in de andere regio's) stijgt het aantal verwijzingen overal om daarna weer af te vlakken. In de weken van kerst en oud en nieuw is een dip in het aantal verwijzingen te zien. In de eerste weken van januari was het aantal verwijzingen op een vergelijkbaar niveau als voor de feestdagen, dat in sommige regio's net boven en in andere regio's net onder het niveau van 2019 was. In de tweede week van februari is een opvallende daling te zien die na een paar weken in alle regio's herstelde. In de meeste regio's lag het aantal verwijzingen in maart boven het niveau van 2019. Begin april, in de week van Pasen, was in alle regio's een tijdelijke dip te zien. In mei was het aantal verwijzingen rond het niveau van 2019 terwijl het in de laatste vier weken duidelijk daarboven lag in alle regio's.

Figuur 2 Landelijk verwijzvolume nieuwvormingen 2019-2021 per ROAZ regio per week

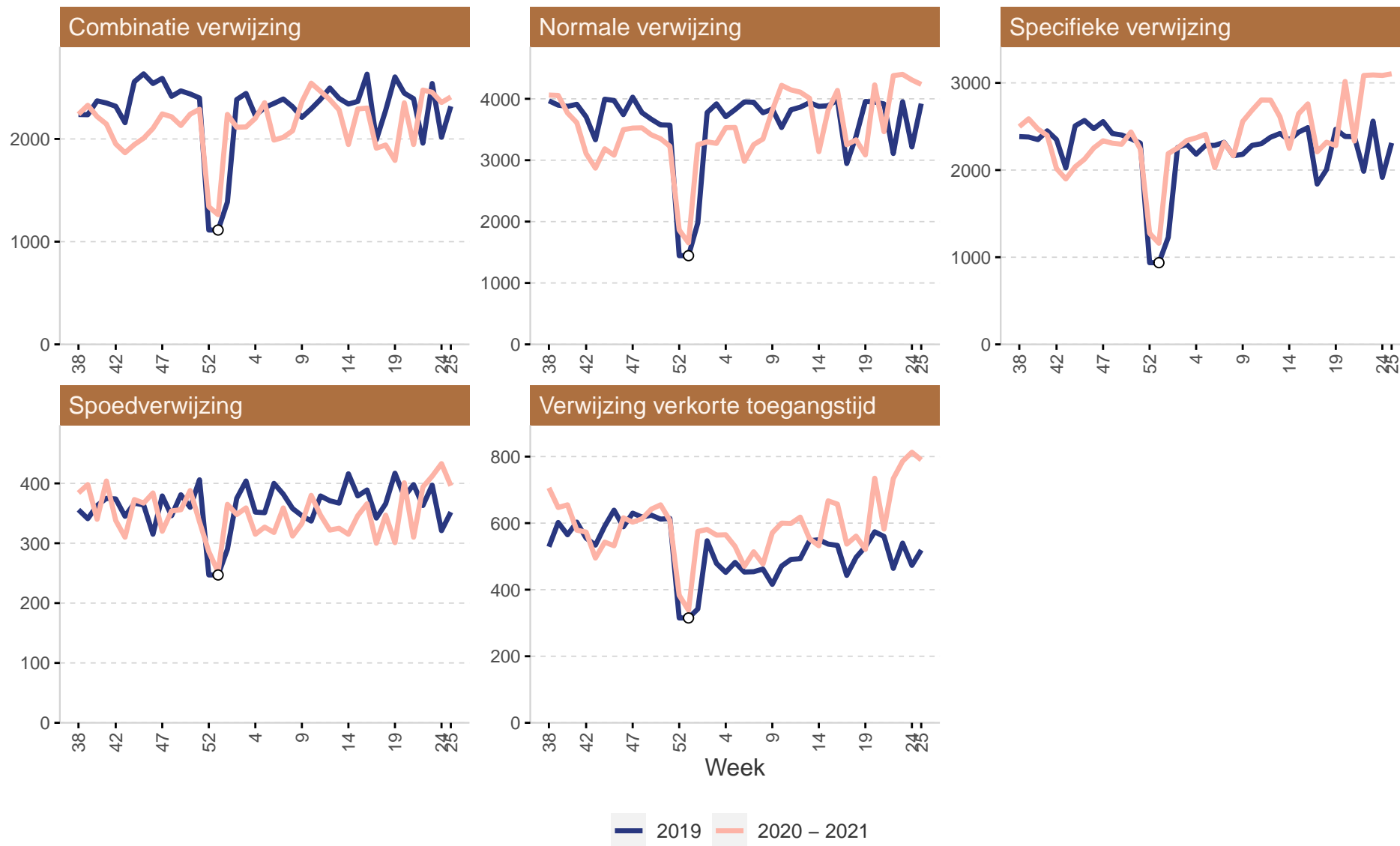


3.1.2 Verwijzingen oncologie per type verwijzing

De gegevens van ZorgDomein bevatten ook informatie over het type verwijzing. Vanaf september was bij alle type verwijzingen een dalende trend te zien. Na de herfstvakantie begon het aantal verwijzingen weer te stijgen en in de tweede helft van november en begin december stagneerde het, met uitzondering van de urgente verwijzingen en verwijzingen met verkorte toegangstijd. Rond kerst en oud en nieuw is een dip te zien in het aantal verwijzingen, die na de feestdagen herstelde. Het aantal normale verwijzingen bleef echter onder het niveau van 2019 tot week 10 waarin het aantal (normale) verwijzingen boven het niveau van 2019 uitkwam. In de week van Pasen daalde het aantal verwijzingen onder het aantal in 2019 maar daarna kwam het weer rond het niveau van 2019 te liggen. In juni steeg het aantal normale verwijzingen boven het niveau van 2019.

De spoedverwijzingen en verwijzingen met verkorte toegangstijd, waarbij de huisarts aangeeft dat iemand niet acuut maar wel snel behandeld moet worden, lagen tussen oktober en oud en nieuw ongeveer op het niveau van 2019. Tussen januari en mei 2021 zat het aantal spoedverwijzingen grotendeels onder het niveau van 2019 terwijl het aantal verwijzingen met verkorte toegangstijd juist daarboven zat. In de laatste vier weken lagen de aantallen van beide type verwijzingen boven de aantallen van 2019.

Figuur 3 Verwijsvolume nieuwvormingen per type verwijzing per week



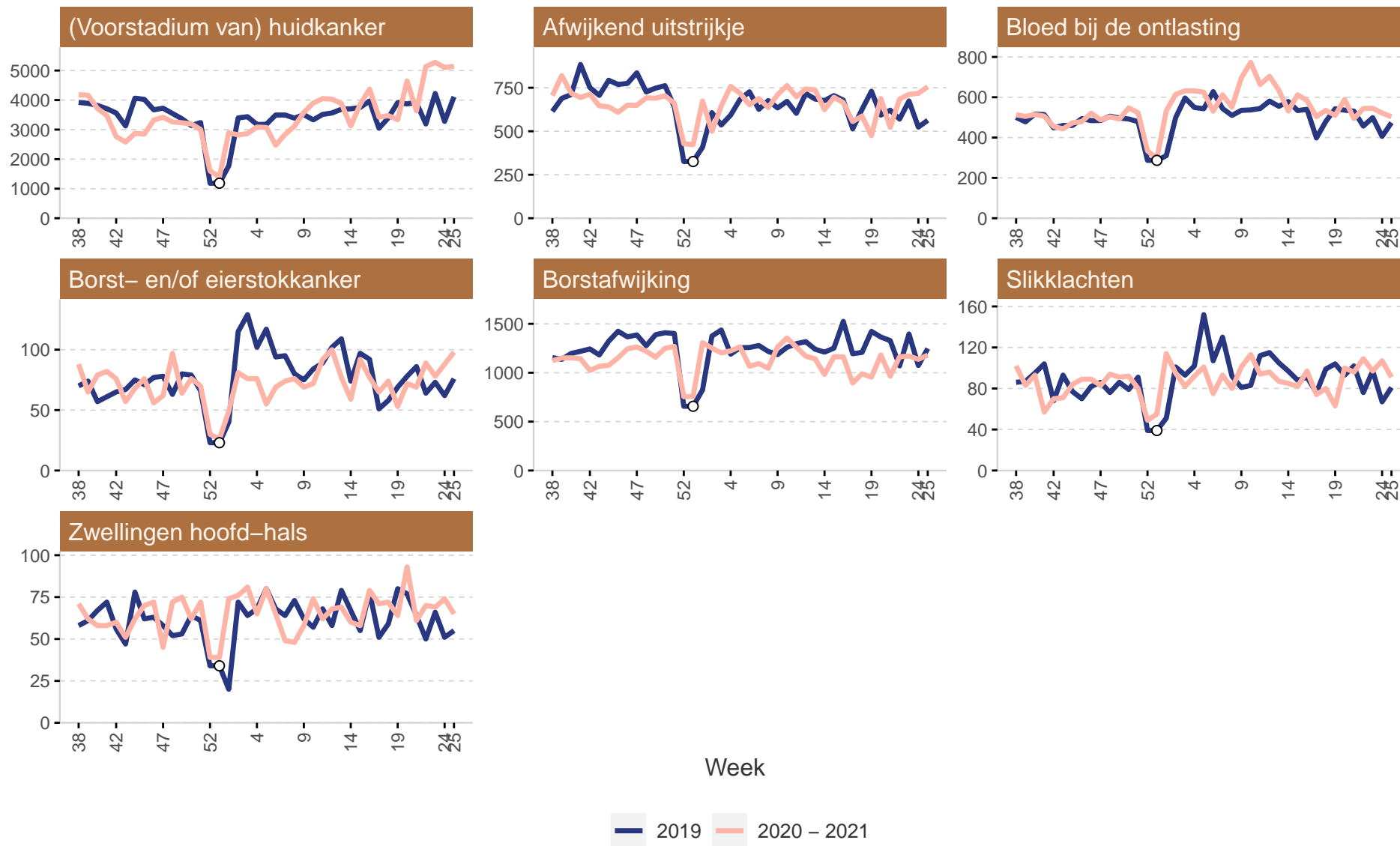
3.1.3 Verwijzingen per zorgvraag

In Figuur 4 en 5 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.

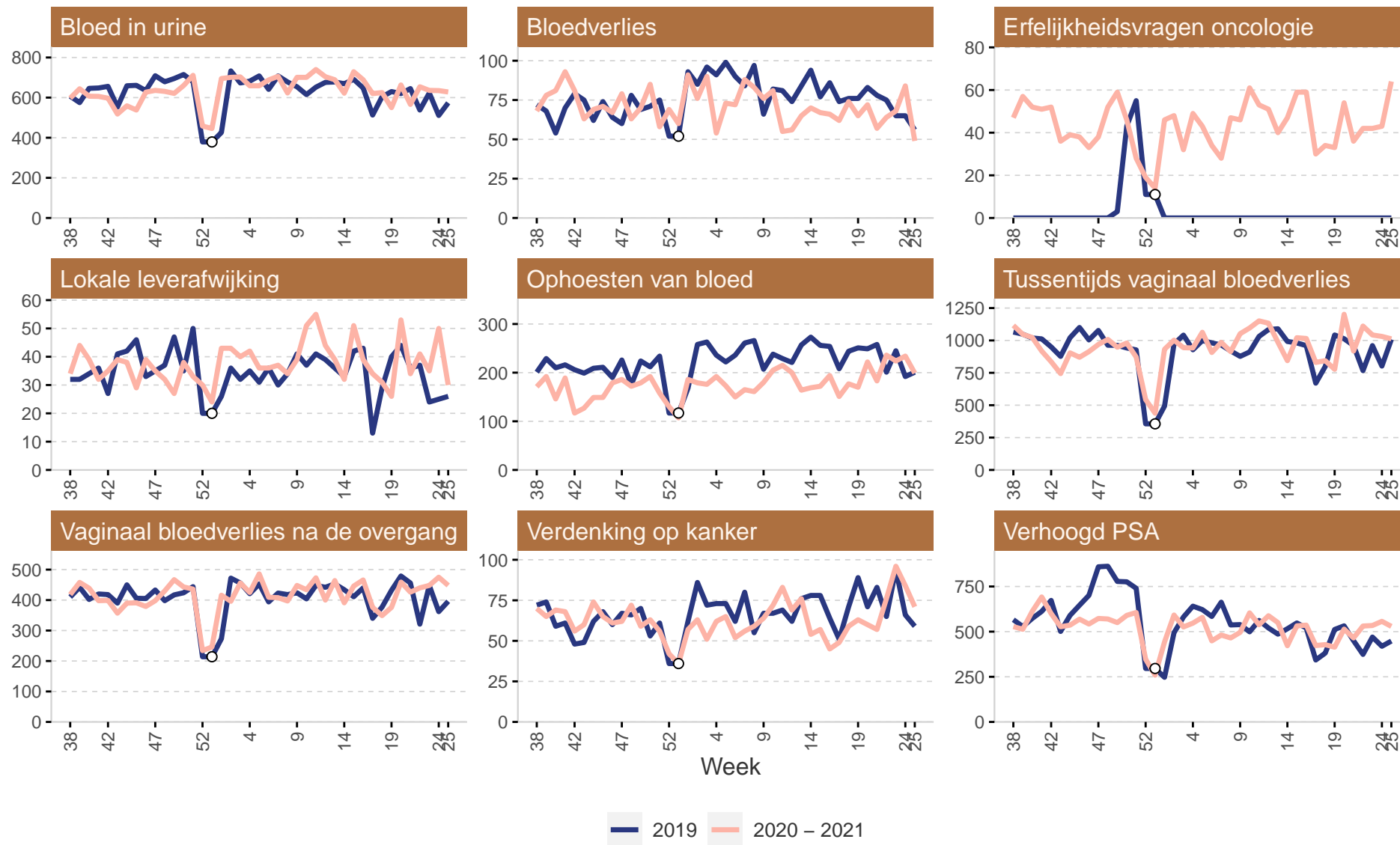
Het aantal verwijzingen vanwege (een verdenking op) borst- en/of eierstokkanker was in de afgelopen maanden vergelijkbaar met de aantallen in 2019. Het aantal verwijzingen vanwege een borstafwijking lag in de afgelopen maanden onder het niveau van 2019. Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker wordt nog niet op volledige capaciteit uitgevoerd maar op ongeveer 85 - 95% (zie hoofdstuk 2). De lagere capaciteit bij het bevolkingsonderzoek verklaart ongeveer 20 - 60 minder verwijzingen per week.

Bij de zorgvraag 'erfelijkheidsvragen' zijn de gegevens van de referentielijn alleen beschikbaar vanaf de laatste weken van 2019.

Figuur 4 Verwijsvolume nieuwvormingen per zorgvraag per week



Figuur 5 Verwijsvolume nieuwvormingen per zorgvraag per week

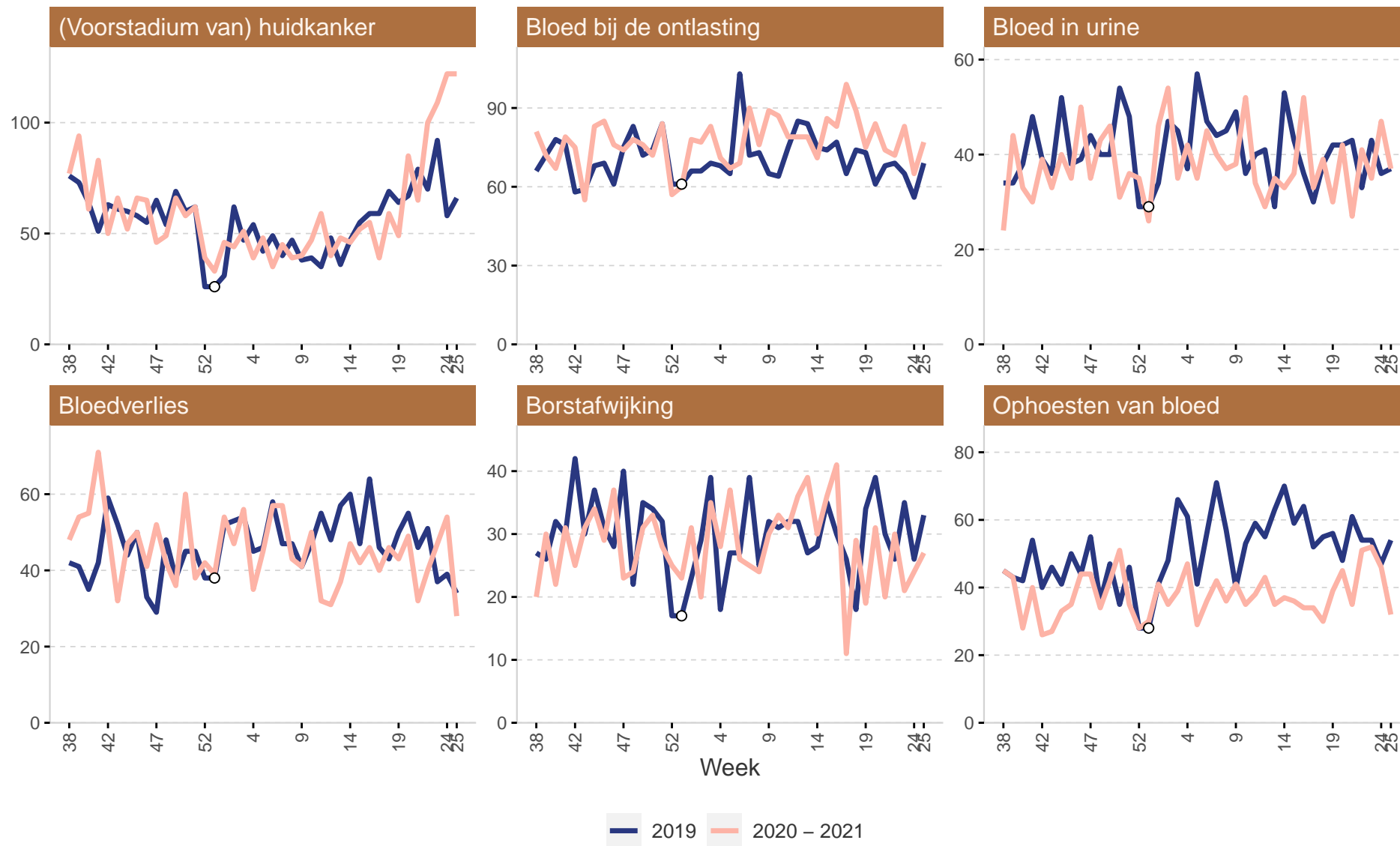


3.2 Urgente verwijzing per zorgvraag

In Figuur 6 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 de meeste getoonde zorgvragen liggen de verwijzingen op een vergelijkbaar niveau als in 2019. Het aantal verwijzingen vanwege ophoesten van bloed lag in het voorjaar onder de aantallen van 2019 maar in de afgelopen weken is het tot het niveau van 2019 gestegen. Het lagere aantal verwijzingen in het voorjaar kan waarschijnlijk verklaard worden door het uitblijven van een griepepidemie dit jaar. De plotselinge toename van aantal spoedverwijzingen vanwege (voorstadium van) huidkanker is waarschijnlijk te verklaren door het zomerweer begin juni.

Figuur 6 Verwijsvolume spoedverwijzing nieuwvormingen per zorgvraag per week



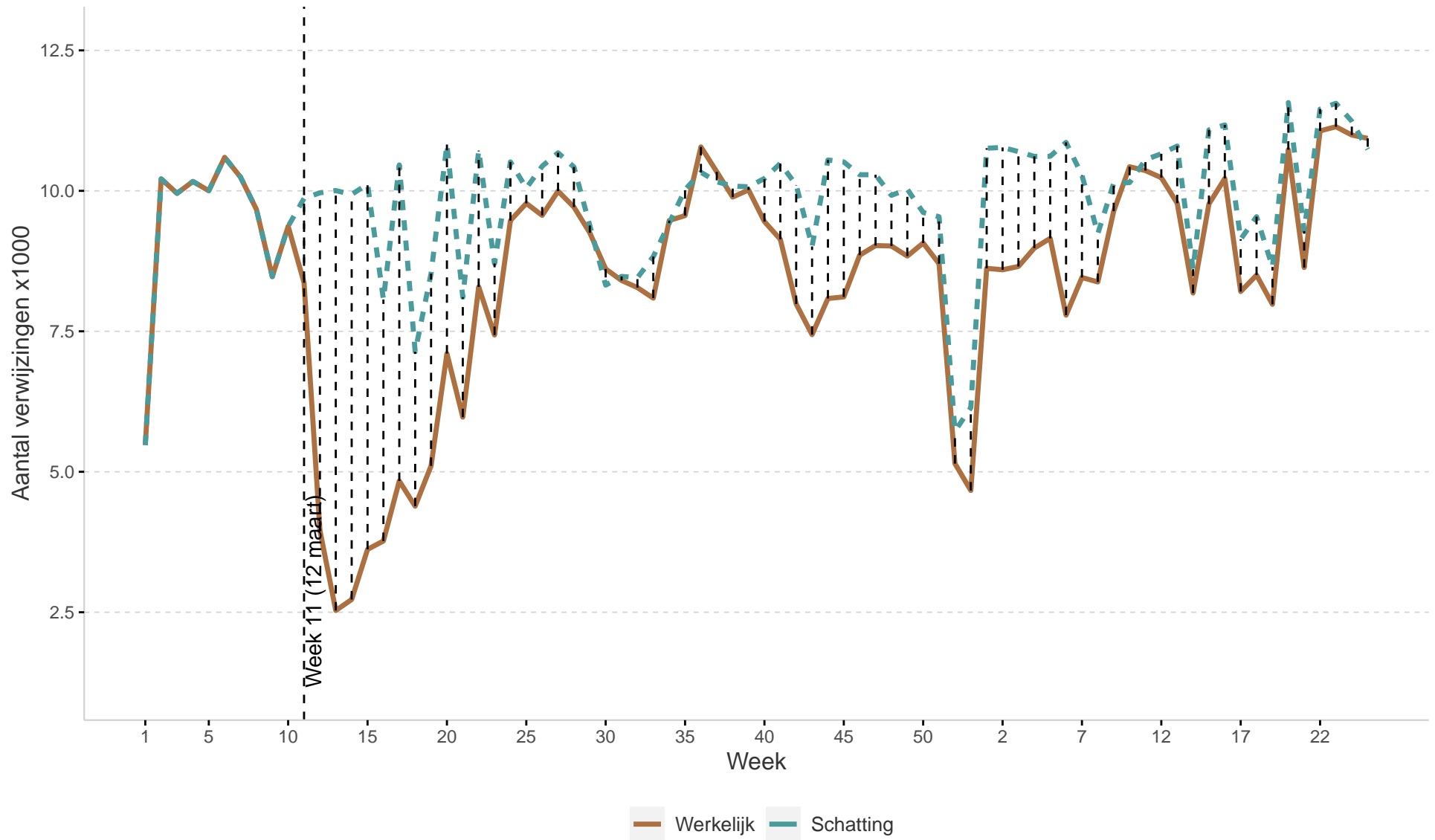
3.3 Oplopende zorgvraag

```
## Warning: `guides(<scale> = FALSE)` is deprecated. Please use  
## `guides(<scale> = "none")` instead.
```

Om een inschatting te maken van het aantal verwijzingen dat niet is gedaan doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan, hebben we het aantal verwijzingen geschat in het geval de coronacrisis niet zou hebben plaatsgevonden. Het verschil tussen het verwachte aantal verwijzingen en het daadwerkelijke aantal verwijzingen in 2020 en 2021 is te zien in Figuur 7.

We schatten dat er in totaal ruim 102 duizend minder verwijzingen zijn uitgeschreven door de huisarts dan dat we zouden verwachten zonder crisis. Op dit moment (week 25) ligt het aantal verwijzingen door een huisarts op 101% van het verwachte aantal verwijzingen zonder coronacrisis.

Figuur 7 Schatting stuwmeer doelgroep nieuwvoorzijningen



4. Oncologische diagnoses

IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) monitort de gevolgen van de COVID-19-epidemie op het aantal kankerdiagnoses, behandelpatronen en uiteindelijk ook de uitkomsten in samenwerking met PALGA (Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief), DHD (Dutch Hospital Data), en in nauwe afstemming met de partners van de landelijke Taskforce Oncologie en de Nederlandse Zorgautoriteit. Op hun website⁶ 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 8 vergelijkt het aantal nieuwe kankerpatiënten (invasieve kanker) per maand in 2020 - 2021 met het aantal nieuwe kankerpatiënten per maand in de periode 2017-2019. Van september 2020 t/m april 2021 is het aantal kankerdiagnoses per maand gelijk of meer dan in eerdere jaren. In mei 2021 is het iets lager dan in eerdere jaren wat mogelijk te verklaren is door het relatief grote aantal feestdagen in deze maand.

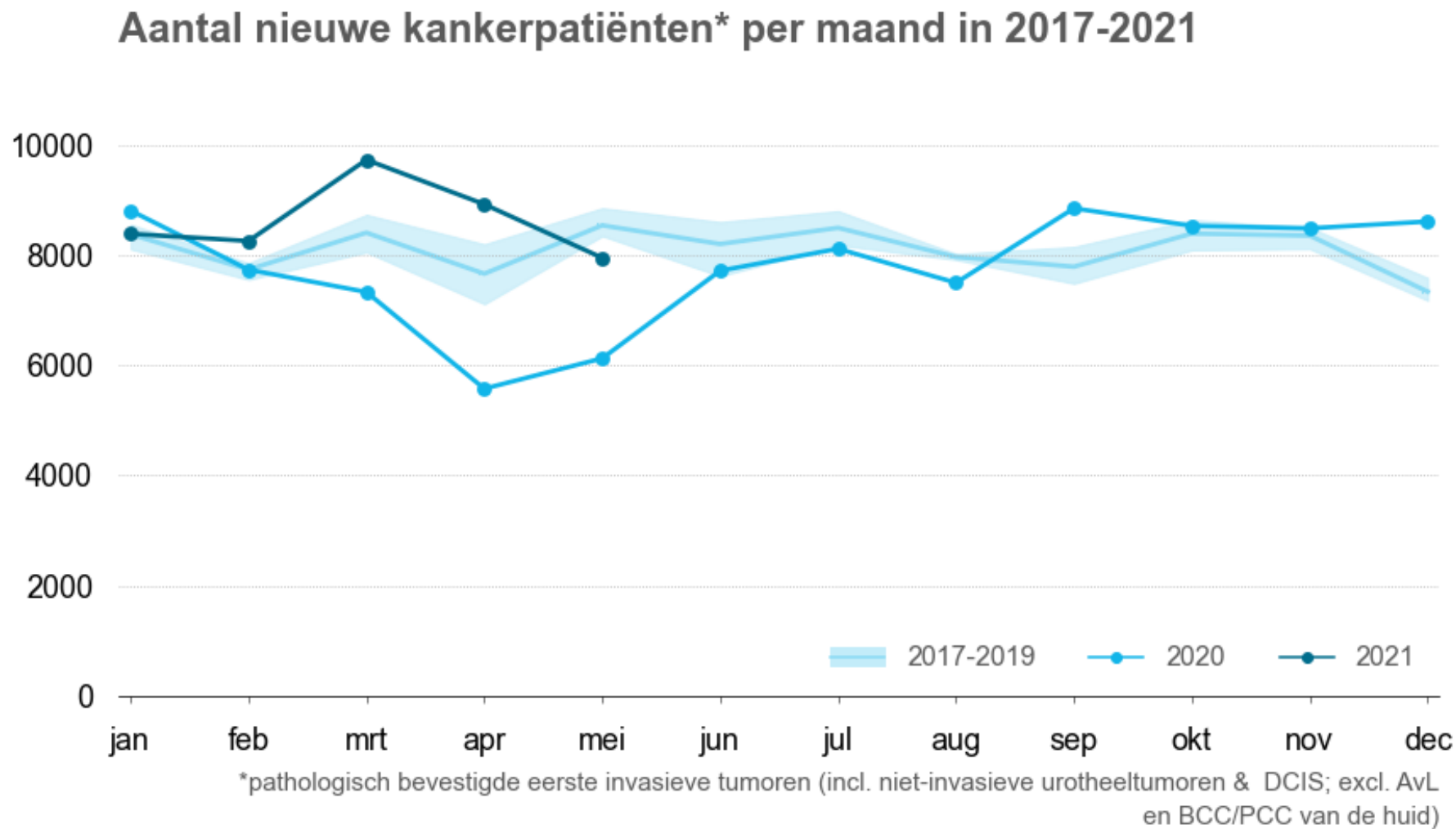
In Nederland groeit het aantal kankerdiagnoses met gemiddeld twee procent per jaar door de bevolkingsgroei en vergrijzing van de populatie. Dit betekent dat we in 2021 ongeveer zes procent meer kankerdiagnoses kunnen verwachten dan in de periode 2017 - 2019. Tussen januari en mei 2021 was het aantal kankerdiagnoses zes procent hoger dan het gemiddelde van 2017-2019, ofwel het verwachte aantal op basis van de trend.

Een dip in het aantal diagnoses tijdens de tweede en derde coronagolf is waarschijnlijk voorkomen doordat mensen met klachten op tijd contact hebben opgenomen met de huisarts, de noodzakelijke diagnostiek plaats kon vinden en de bevolkingsonderzoeken naar kanker ook grotendeels door konden gaan (Hoofdstuk 2).

Voor een uitgebreide analyse van de ontwikkeling in aantal gestelde kankerdiagnoses verwijzen we naar de website van IKNL.

⁶ <https://www.iknl.nl/covid-19>

Figuur 8 Aantal kanker diagnoses per maand in 2020 - 2021 t.o.v. 2017-2019 (Bron: IKNL)



5. Actuele productie

Van Dutch Hospital Data (DHD) ontvangen we maandelijks data over het onderhanden werk van ziekenhuizen. Dankzij de aanlevering hebben we inzicht in het onderhanden werk van 57 ziekenhuizen die dit versneld hebben kunnen aanleveren. Het onderhanden werk omvat de productiecijfers tot en met mei 2021 (week 21). In dit rapport maken we een selectie van 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 herkomst van de data, de selectie van patiënten en de bijschatting vanwege registratie-effecten wordt verder toegelicht in de bijlage.

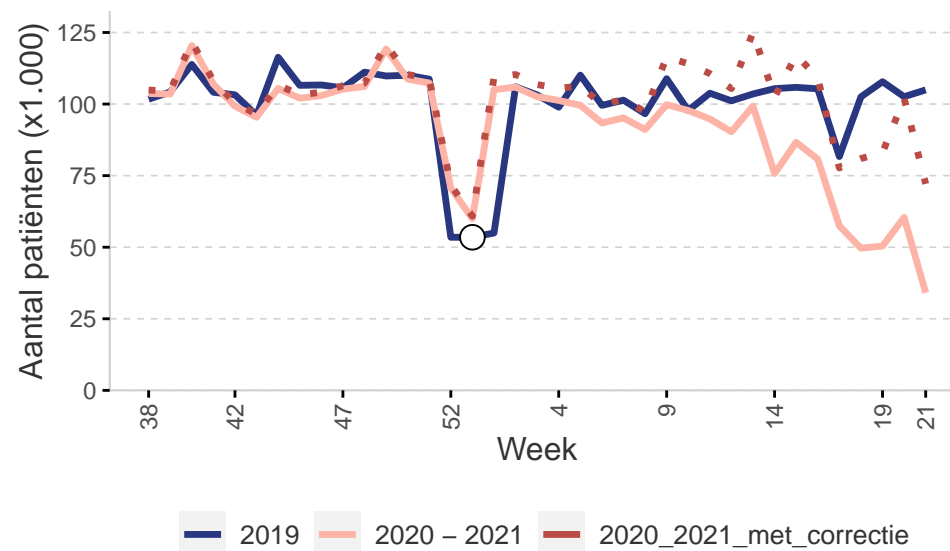
5.1 Patiënten

Figuur 9 geeft aan in hoeverre de zorg voor patiënten met (een verdenking van) kanker doorgang vindt in het ziekenhuis. Omdat het aantal kankerpatiënten jaarlijks met ongeveer 1% toeneemt⁷, verwachten we zonder inhaalzorg een 2% hogere productie in 2021 dan in 2019. In mei was het aantal patiënten lager dan in dezelfde maand van 2019 maar de vergelijking is mogelijk vertekend door de vele feestdagen (waarvan een aantal in 2019 in juni vielen). De scherpe daling in de laatste week (week 21) kan ook het gevolg zijn van een onvolledige aanlevering van de data.

Van september tot en met januari lijken de gecorrigeerde cijfers op of boven het niveau van 2019 te liggen. Vanaf februari schommelt het aantal patiënten per week rond of onder het niveau van 2019. In maart en in april (week 9 t/m 16) lijkt het aantal patiënten tijdelijk boven het niveau van 2019 te liggen. De afgelopen tijd zien we vaker dat de correctiefactoren de productie van de afgelopen maanden overschatten (mogelijk het gevolg van veranderingen in aanleversnelheid van data), dus of er echt meer zorg werd geleverd dan normaal in april is nog niet duidelijk.

⁷ In hoofdstuk 4 staat dat het aantal kankerdiagnoses met gemiddeld twee procent per jaar groeit in Nederland. Dit is niet tegenstijdig met de jaarlijks één procent groei in het aantal kankerpatiënten. Patiënten die al langer kanker hebben, kunnen namelijk een tweede diagnose krijgen bijvoorbeeld door uitzaaiingen.

Figuur 9 Aantal oncologische patiënten in het onderhanden werk 2019-2021.



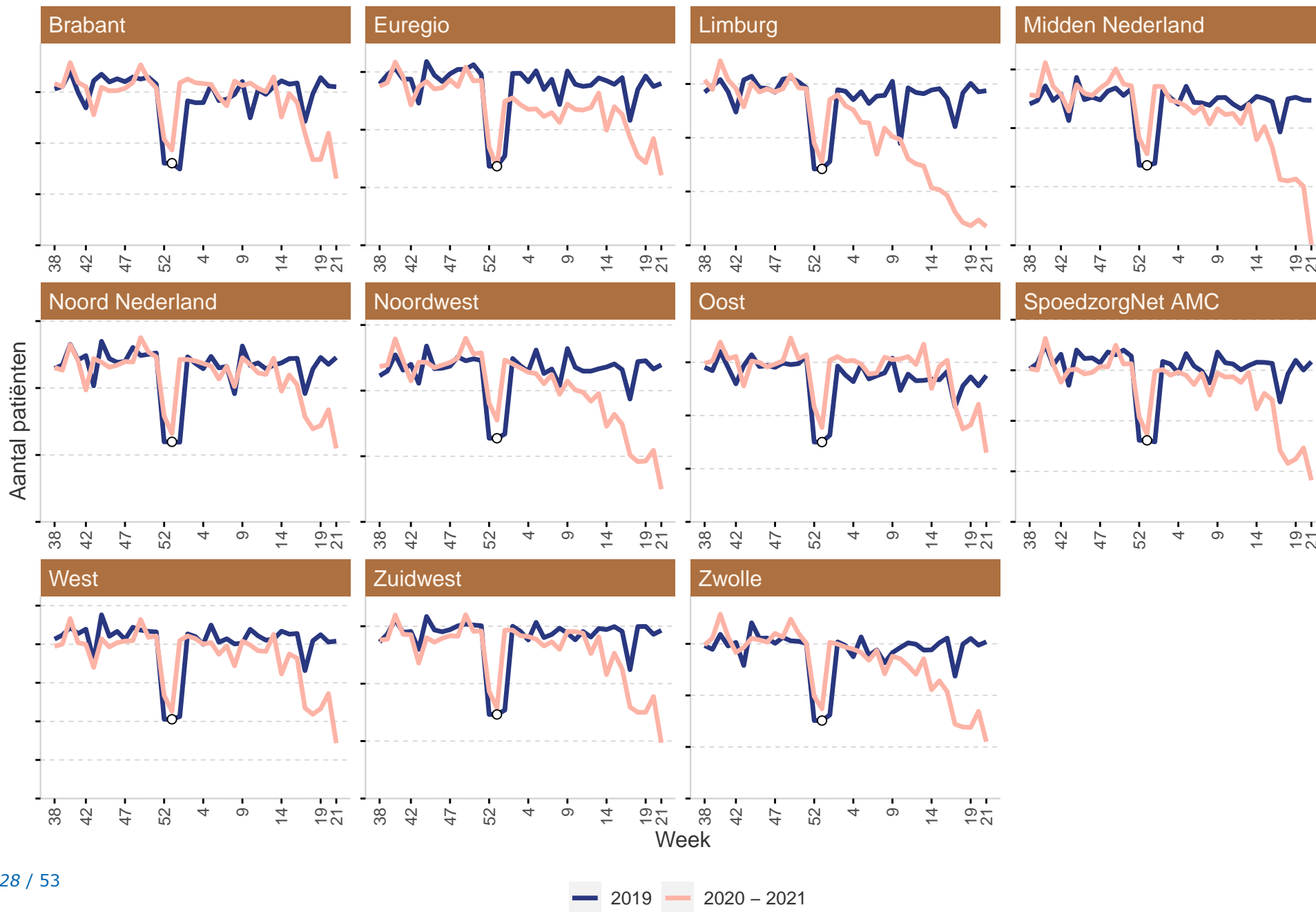
Figuur 10 laat een uitsplitsing zien naar ROAZ regio's van het aantal patiënten in oncologische zorg. Omdat sommige ROAZ-regio's weinig ziekenhuizen tellen laten we het aantal patiënten op de verticale as achterwege. In deze figuur is het niet goed mogelijk om te corrigeren voor registratie-effecten. Doordat het aantal ziekenhuizen in sommige regio's klein is, kan de bijschatting sterk beïnvloed worden door het aanlevergedrag van één enkele instelling.

Figuur 11 laat het aantal patiënten per week en per doelgroep (kankersoort) zien. Vanaf september lijkt de productie op of boven het niveau van 2019 te zijn. In februari daalt het aantal patiënten in bijna alle doelgroepen. Na een tijdelijk herstel in maart en april, schommelt het aantal patiënten in mei weer rond of onder het niveau van 2019. Bij bepaalde doelgroepen, zoals bij kanker van overige geslachtsorganen man en huid, komt het aantal patiënten duidelijk onder het niveau van 2019.

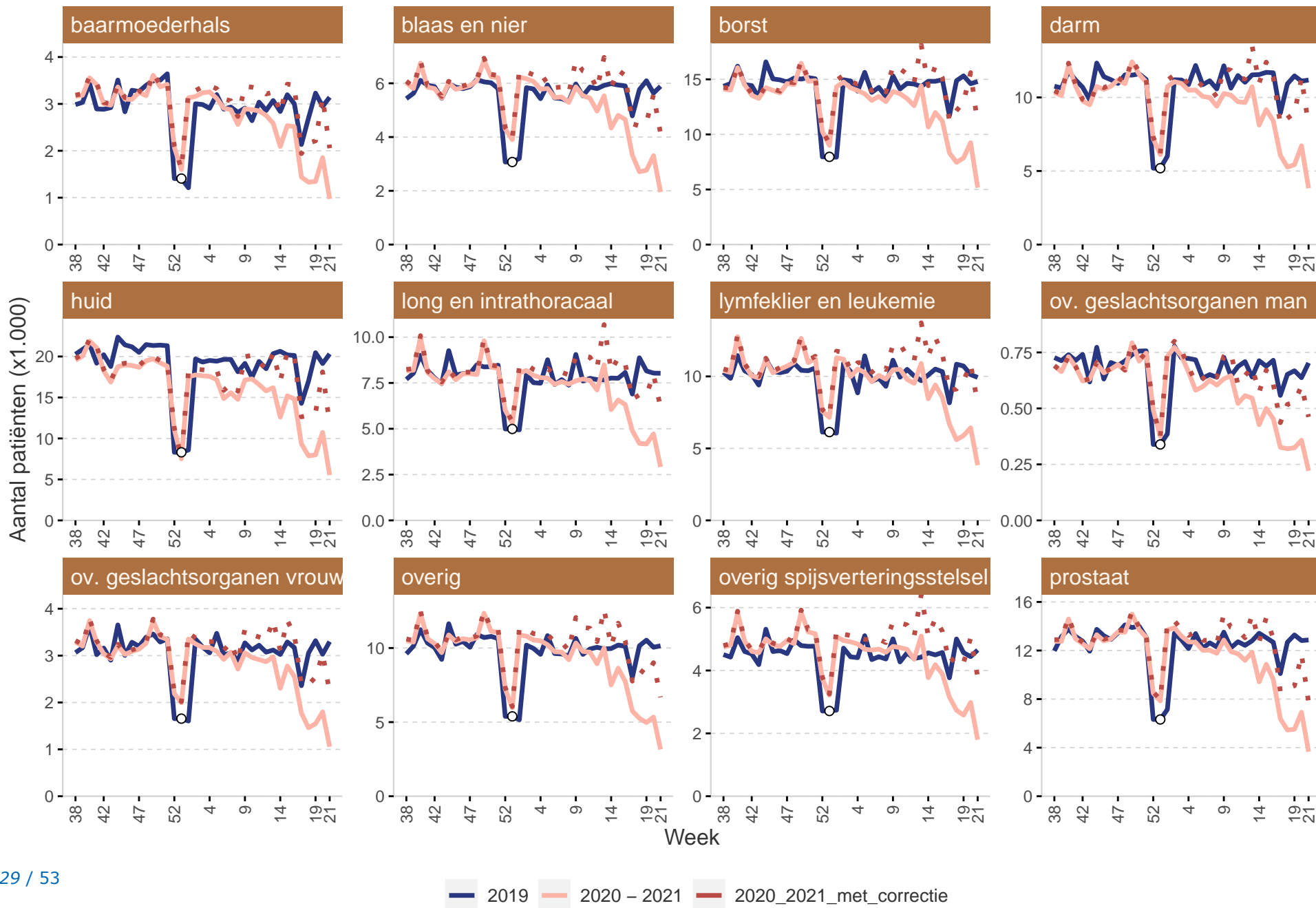
Figuur 12 geeft het aantal patiënten per week per specialisme weer. De gecorrigeerde cijfers lijken tussen september 2020 en januari 2021 op het niveau van 2019 te blijven. Vanaf januari lijken de aantallen rond of onder het niveau van 2019 te schommelen met een tijdelijke piek in maart. Dermatologie is een uitzondering waar het aantal patiënten sinds medio oktober 2020 minder lijkt te zijn dan in dezelfde periode van 2019. Bij plastische chirurgie is het aantal patiënten in januari onder het niveau van 2019 gedaald. Het

aantal patiënten bij neurochirurgie en neurologie is juist hoger dan in 2019 sinds januari 2021.

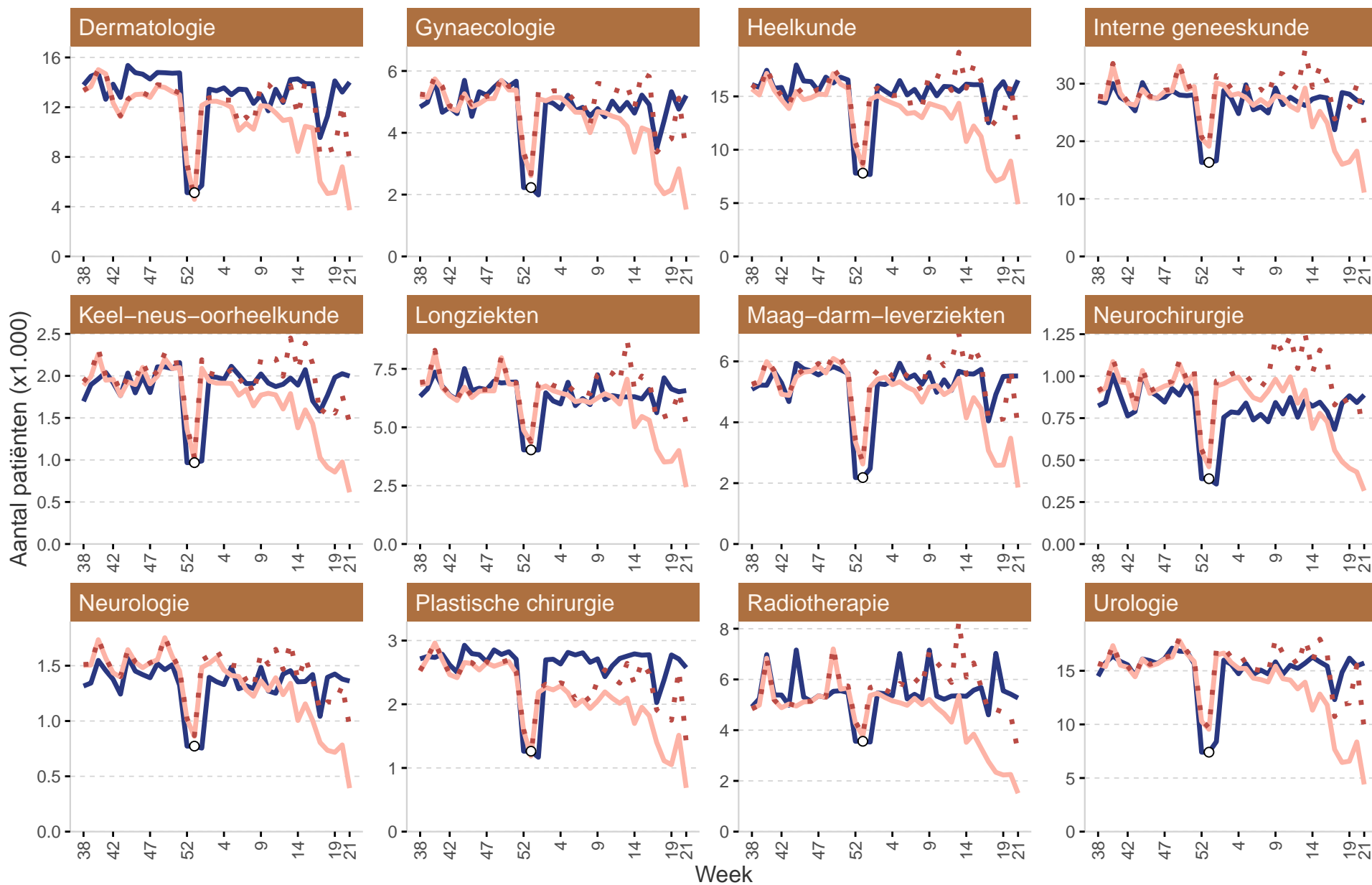
Figuur 10 Aantal patiënten nieuwvormingen in het onderhanden werk 2019-2021 per ROAZ-regio.



Figuur 11 Aantal patiënten nieuwvormingen in het onderhanden werk 2019-2021 per doelgroep



Figuur 12 Aantal patiënten nieuwvormingen in het onderhanden werk 2019-2021 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, opnamen en operaties.

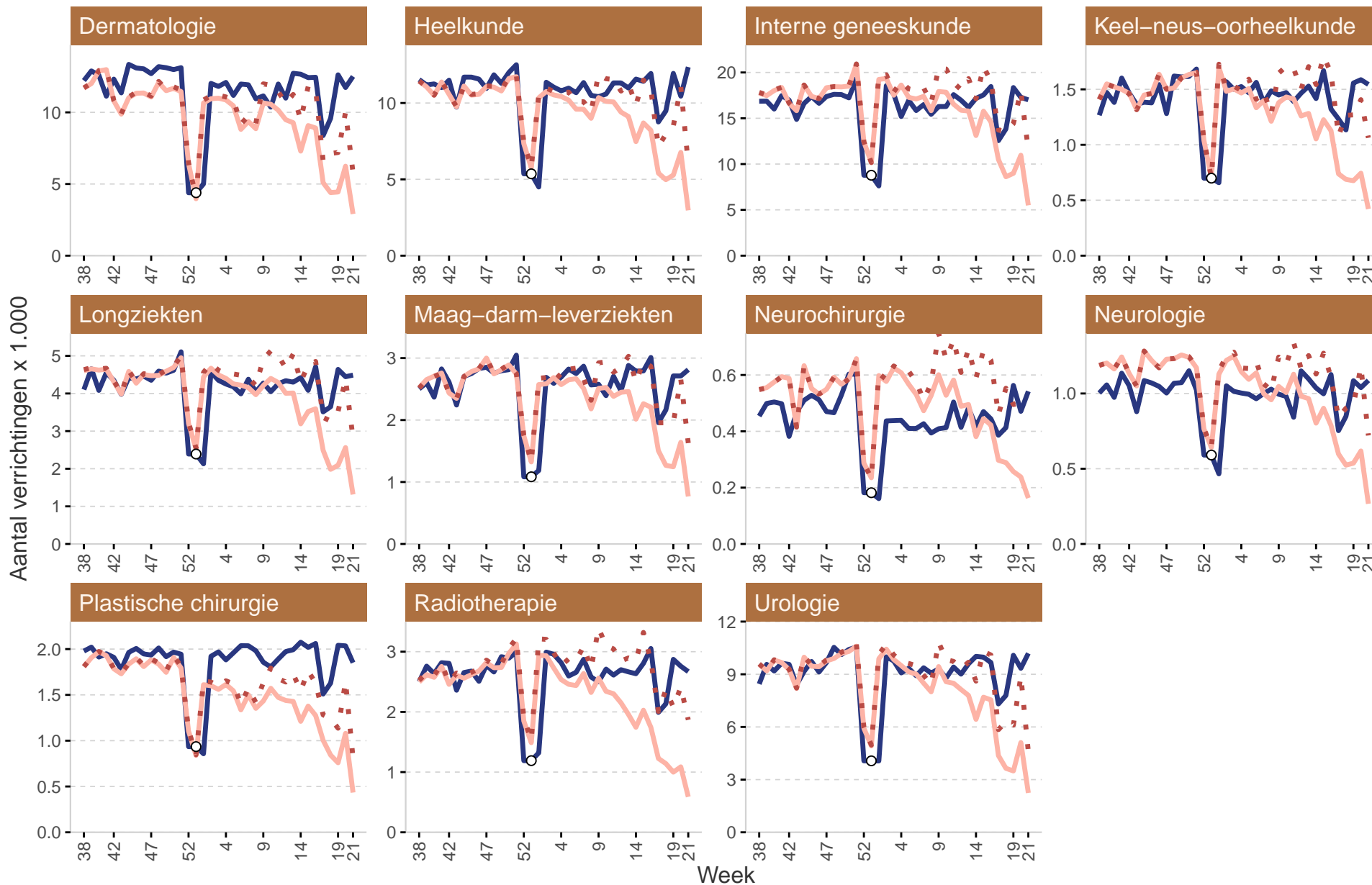
In de figuren laten we de twaalf specialismen zien met de hoogste patiëntaantallen. Specialismen met gemiddeld minder dan 50 verrichtingen per week in 2019 laten we niet zien.

Figuur 13 heeft betrekking op polikliniekbezoeken. Dit kunnen ook teleconsulten zijn. In de laatste drie maanden van 2020 en in de eerste maand van 2021 lijken de aantallen rond het niveau van 2019 te liggen. Vanaf januari is het aantal polikliniekbezoeken bij neurochirurgie en neurologie opvallend hoog, terwijl die bij plastische chirurgie opvallend laag is. In februari dalen de polikliniekbezoeken voor bijna alle specialismen. In maart leek het aantal verrichtingen even te herstellen en daarna weer te dalen in april en mei.

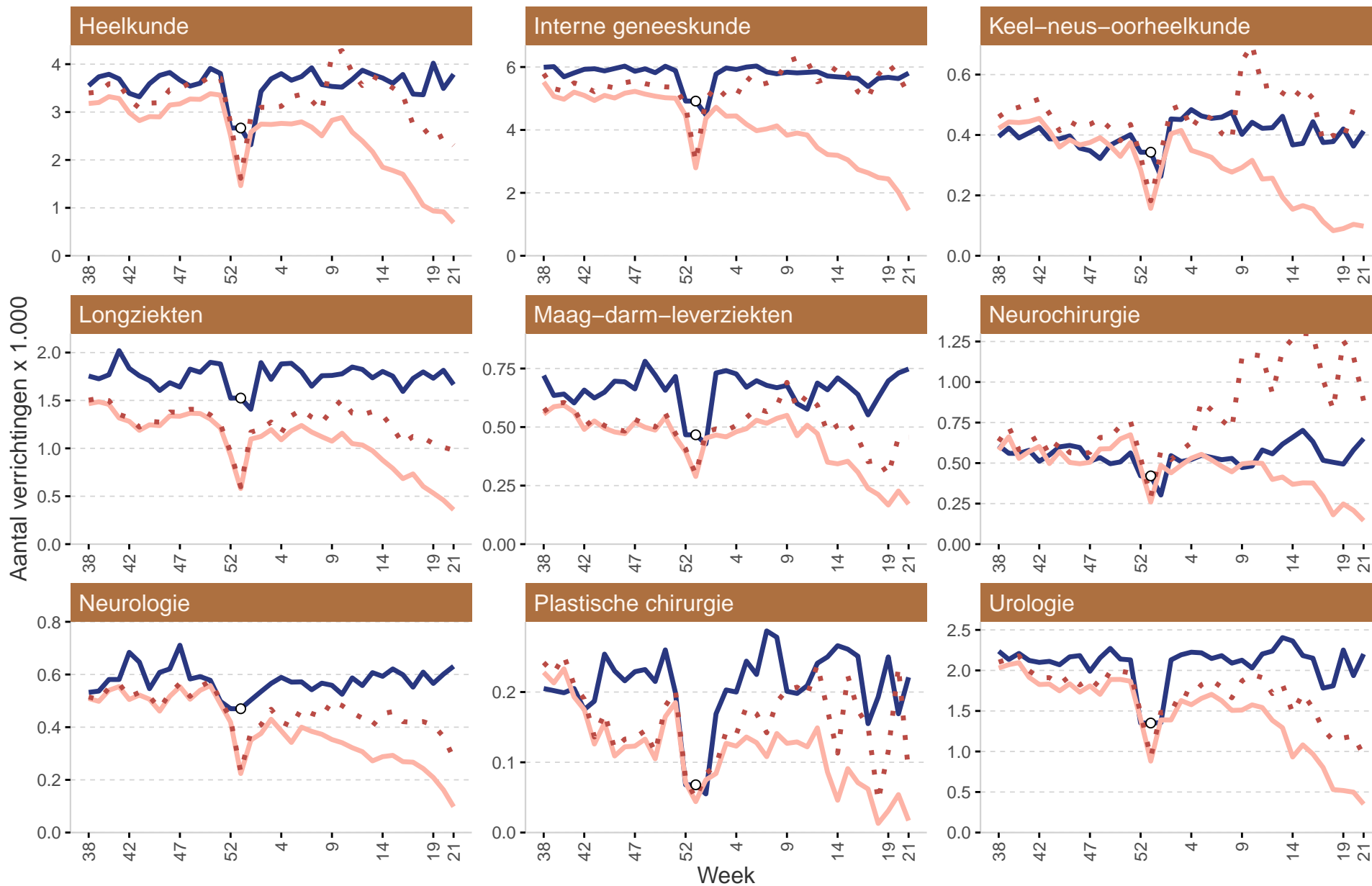
Figuur 14 laat het aantal opnamen zien. We zien bij een aantal specialismen, zoals maag-, darm- en leverziekten, plastische chirurgie en longziekten, al in het najaar 2020 het aantal klinische opnamen dalen. Bij andere specialismen, zoals heelkunde, neurologie, urologie begint de daling pas begin 2021. Bij neurochirurgie en keel-neus-oorheelkunde, lijkt het aantal opnamedagen in 2021 juist op een hoger niveau te liggen dan in 2019.

Operatieve activiteiten (Figuur 15) lijken in de laatste drie maanden van 2020 en in de eerste maand van 2021 op het niveau van 2019 te zijn. Uitzonderingen hierop zijn heelkunde en dermatologie, waar het aantal verrichtingen onder het niveau van 2019 blijft ook na correctie voor het registratie-effect. In februari daalt het aantal operatieve verrichtingen bij plastische chirurgie en keel-neus-oorheelkunde en in april ook bij maag-darm-leverziekten. Het aantal verrichtingen bij keel-neus-oorheelkunde en dermatologie leek in maart te herstellen maar dit herstel zette niet door in de maanden daarop.

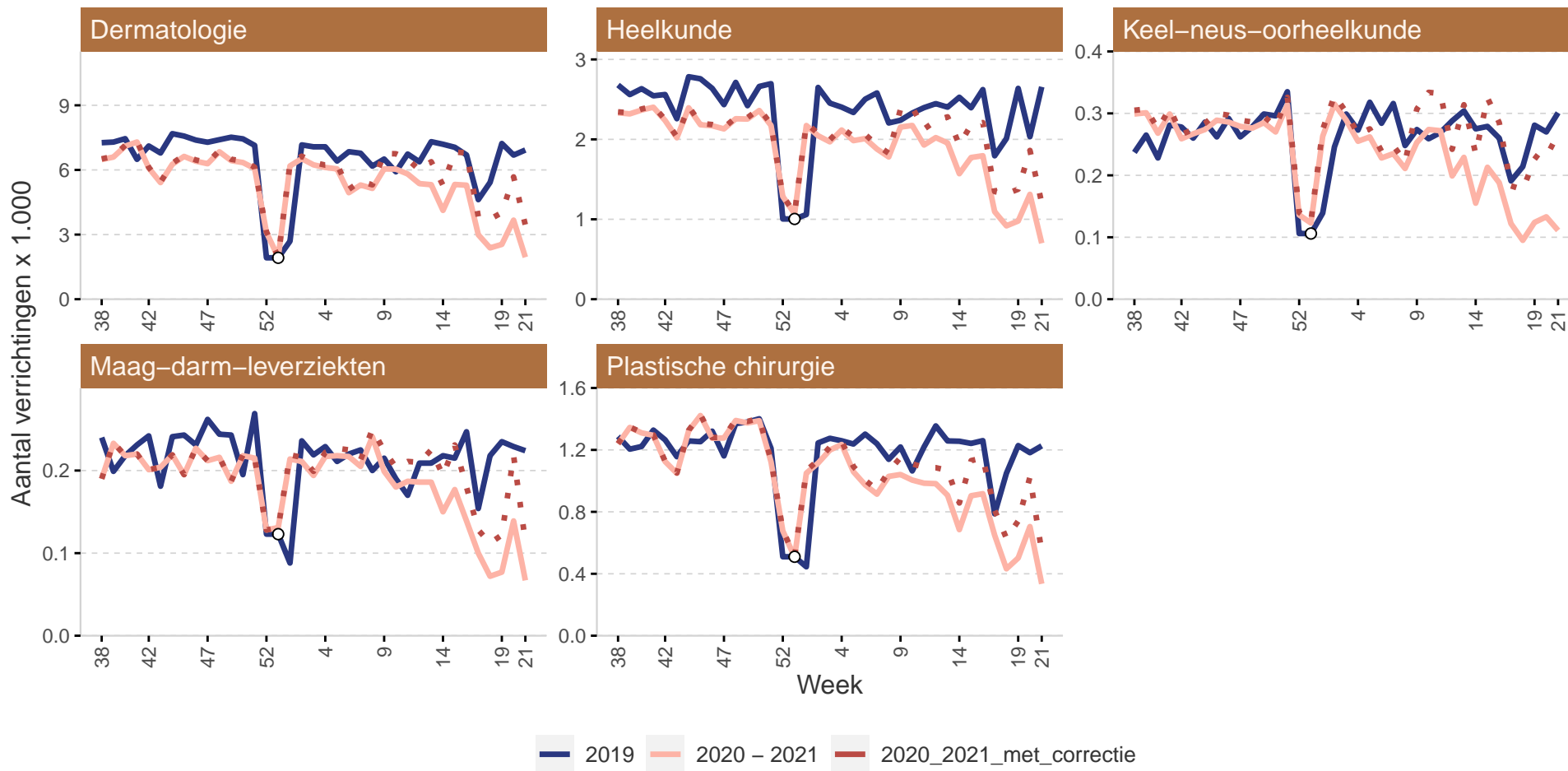
Figuur 13 Aantal polikliniekbezoeken (zorgprofielklasse 1) nieuwvormingen per specialisme.



Figuur 14 Aantal klinische opnames (zorgprofielklasse 3) nieuwvormingen per specialisme.



Figuur 15 Aantal operaties (zorgprofielklasse 5) nieuwvormingen per specialisme.

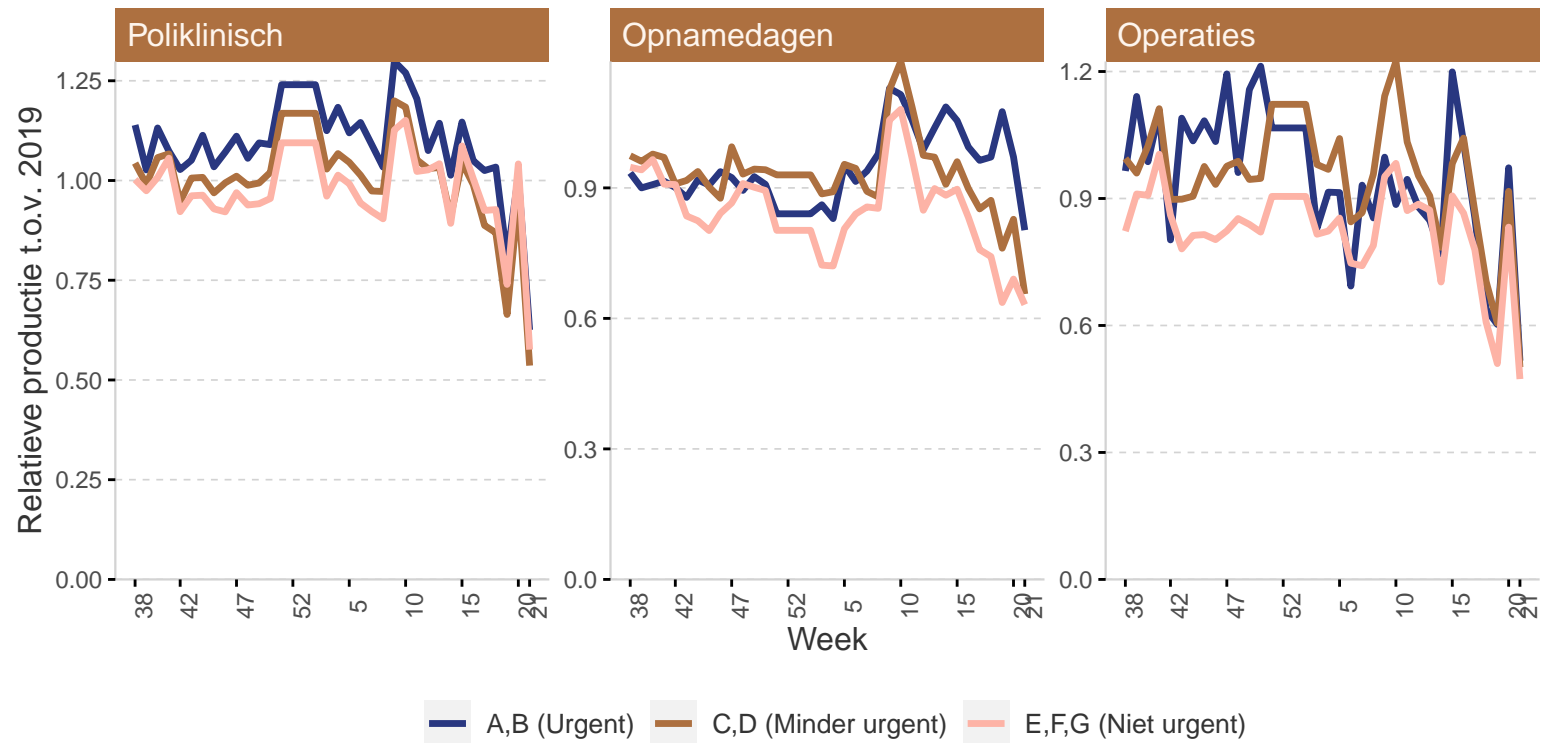


5.3 Productie per urgentieklasse

Figuur 16 laat zien hoe de productievolumes van de verschillende urgentieklassen in oncologische zorg zich ontwikkelden vanaf medio september 2020. Per urgentieklasse is het relatieve productievolume zichtbaar (gemeten in een geschat aantal verrichtingen) ten opzichte van dezelfde week in 2019. Hierbij is op dezelfde wijze gecorrigeerd voor registratie-effecten als in de rest van dit rapport. Bij de weken 51 t/m 2 is het gemiddelde over deze periode weergegeven (de feestdagen zorgen voor grote jaar-op-jaarverschillen in deze periode rond de jaarwisseling). Meer informatie over de indeling naar urgentieklassen en over de totstandkoming van Figuur 16 is te vinden in de bijlage.

In de hele periode vanaf afgelopen september zien we dat de urgente zorg prioriteit krijgt boven de minder urgente zorg. Vanaf maart lijkt het verschil tussen het relatieve volume van urgente en minder urgente oncologische zorg minder te worden bij poliklinische verrichtingen en operaties. Bij opnamedagen wordt het verschil na een tijdelijke afname in maart weer groter. Dit kan mogelijk te maken hebben met de hogere Covid-druk die in deze periode ontstond. 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 16 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. In deze rapportage tonen we alleen de oncologiegerelateerde wachttijden voor polikliniekbezoek en klinische behandeling.

Figuur 17 (behandelingen) en Figuur 18 (polikliniek) tonen landelijk en per regio het verschil tussen de gemiddelde wachttijd in de afgelopen twee maanden ten opzichte van de twee maanden daarvoor. De verschillen 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 voor meer dan de helft van de patiënten.⁸ De verschillende categorieën worden weergegeven met kleuren en de regio's waar de wachttijd in de meest recente maand boven de zes weken uitkomt, zijn gemarkeerd met een *.⁹

In Figuur 17 zijn vier oncologie gerelateerde behandelingen opgenomen. De operatieve behandeling van slokdarmkanker, maagkanker en blaaskanker tonen we niet meer in deze figuur. Deze behandelingen zijn sterk geconcentreerd waardoor maar een of twee centra per regio de behandeling aanbieden. Rondom deze centra zijn er ziekenhuisnetwerken gevormd die de behandeling van de patiënten organiseren. Wachttijden worden binnen deze netwerken gemonitord.

In Figuur 18 staan vier oncologie gerelateerde subspecialismen (wachttijd in polikliniek). Alle totalen bij Figuur 17 en Figuur 18 zijn te vinden in Tabel 1 en in Tabel 2.

De figuren over wachttijden laten in het algemeen weinig verandering zien. Er zijn alleen bij prostaatkanker wachttijden van meer dan zes weken.

Een wachttijd van meer dan zes weken bij prostaatkanker wijst niet altijd op problemen. Voorafgaand aan de operatie kan de patiënt een andere behandeling krijgen, waardoor de tijd voor de operatie langer is. De treeknorm voor de klinische operatie is zeven weken. Deze norm wordt alleen in regio Zuidwest overschreden door hoge wachttijden bij een aantal aanbieders. De grootste en een paar

⁸ Het aantal patiënten is het totaal aantal patiënten die de gegeven behandeling kreeg in de regio in 2019 - 2020. Als instellingen die de wachttijden hebben aangeleverd voor minder dan de helft van de patiënten in de regio de gegeven behandeling in 2019 - 2020 leverden, wordt de stijging of daling van de gemiddelde wachttijd niet berekend.

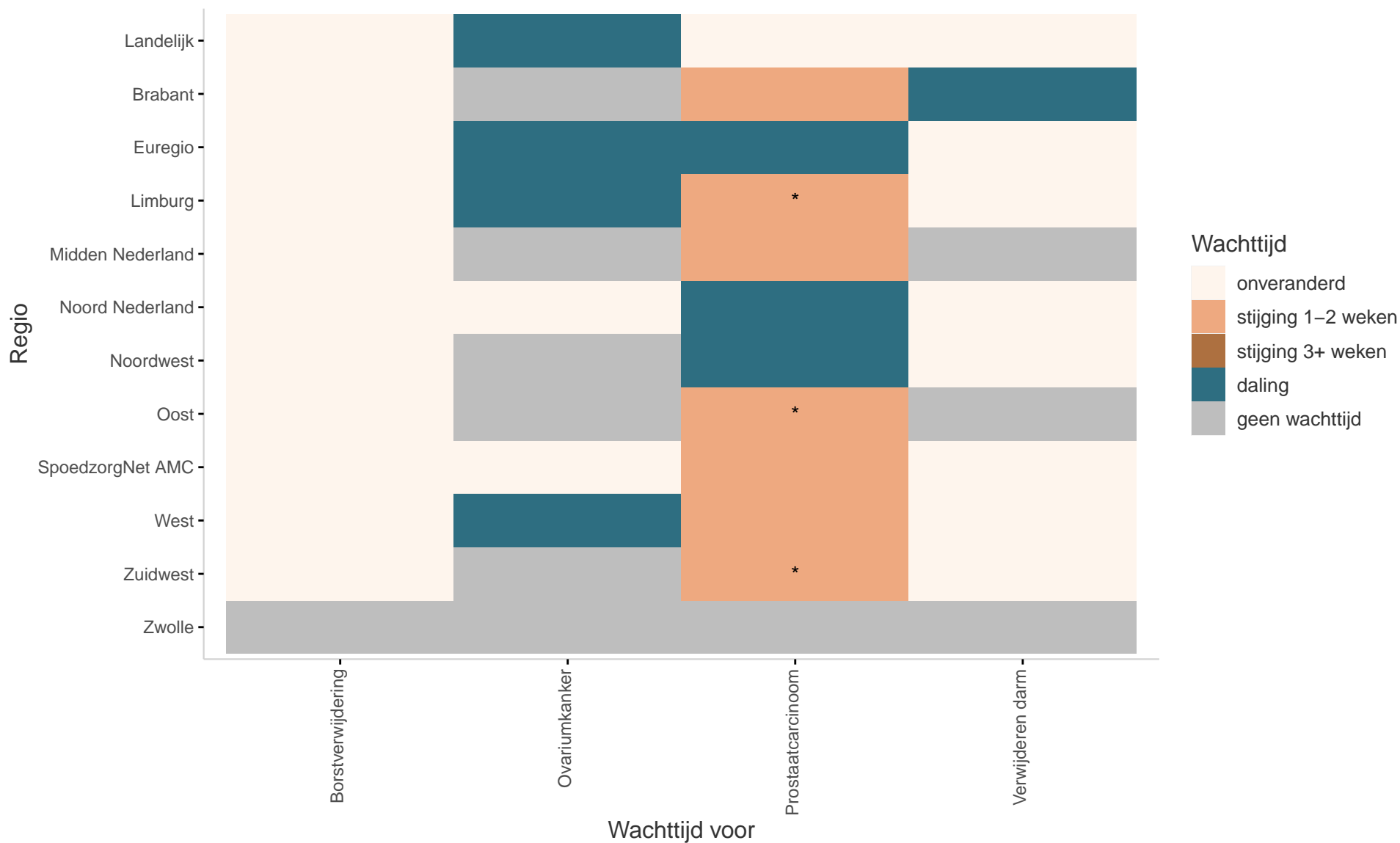
⁹ Als in de meest recente maand de instellingen die de wachttijden hebben aangeleverd, voor minder dan de helft van de patiënten de gegeven behandeling hadden geleverd in de regio in 2019 - 2020, wordt de overschrijding van de zes weken grens niet berekend.

kleinere aanbieders in de regio leveren de zorg binnen vier weken.

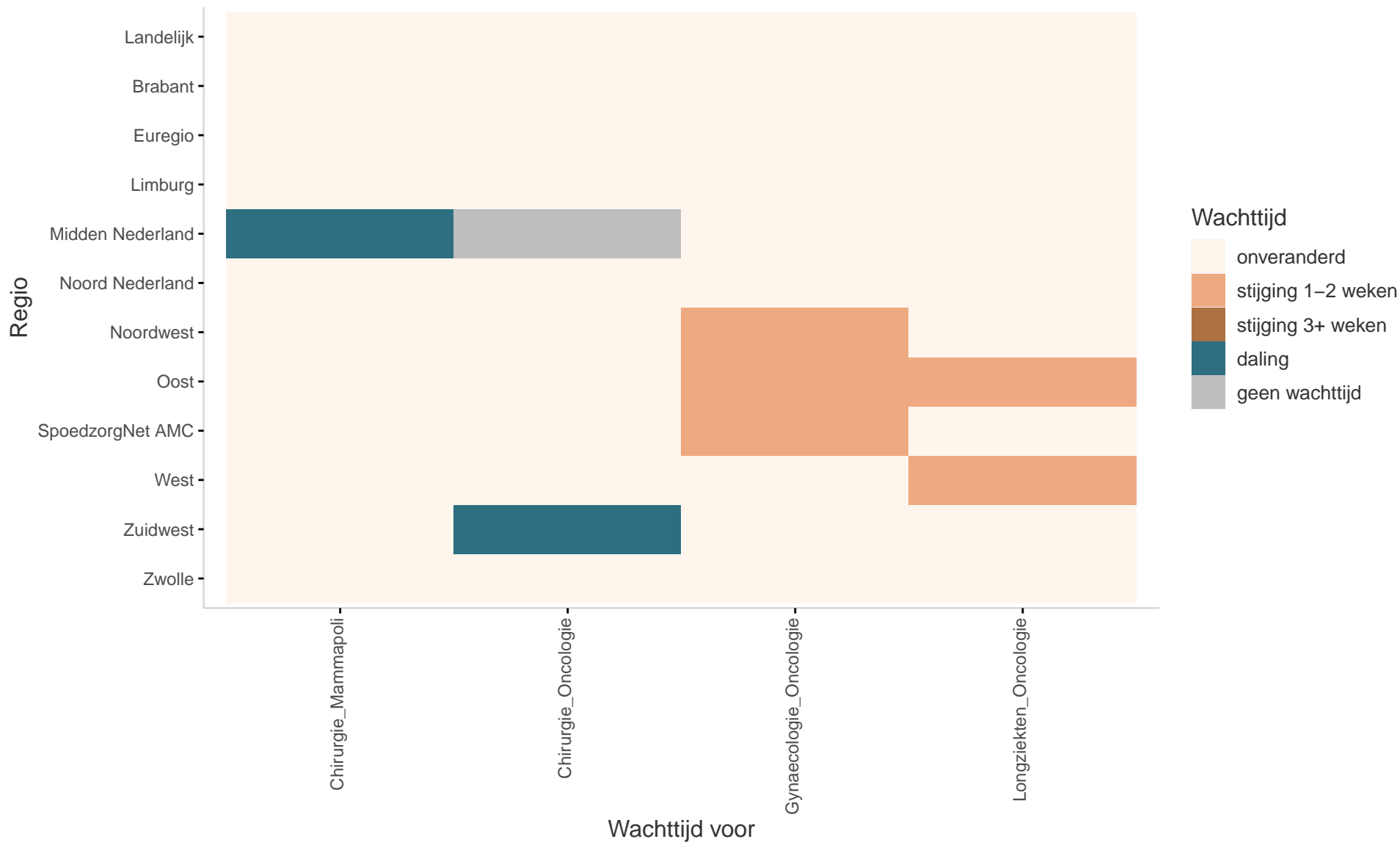
De wachttijden van behandelingen worden op basis van de afgesloten dbc-zorgproducten in de afgelopen drie maanden gerapporteerd. Hierdoor geven ze niet het meest actuele beeld. Vanuit de gegevens die ziekenhuizen in het Zorgbeeldportaal registreren weten we dat de kritiek planbare zorg steeds minder onder druk staat in de afgelopen weken (zie in de recente rapportages).

Bij wachttijden voor de polikliniek (Figuur 18) zijn de stijgingen vaak terug te leiden naar een klein aantal aanbieders. Omdat per regio maar een beperkt aantal aanbieders deze zorg levert en rapporteert, kunnen deze individuele gevallen het gemiddelde sterk beïnvloeden.

Figuur 17 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 treetnorm in de laatst beschikbare maand zijn gemarkeerd met een *.



Figuur 18 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 1 Overzicht totalen wachttijden behorende bij Figuur 17

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

Tabel 2 Overzicht totalen wachttijden behorende bij Figuur 18

	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	1	2	0	0	0		3
Noord Nederland	0	4	0	0	0		4
Noordwest	0	3	1	0	1		4
Oost	0	2	2	0	2		4
SpoedzorgNet AMC	0	3	1	0	1		4
West	0	3	1	0	1		4
Zuidwest	1	3	0	0	0		4
Zwolle	0	4	0	0	0		4

7. Bijlage: Gebruikte data en methodologie

In deze bijlage zetten wij per hoofdstuk uiteen welke data de NZa voor dit rapport heeft gebruikt en welke bewerkingen daarop zijn uitgevoerd om de cijfers en figuren in dit rapport te creëren.

7.1 Bronnen algemeen

Dit rapport is een gezamenlijk product van NZa, RIVM, IKNL, PALGA, 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 verwijsdata van Zorgdomein, cijfers van het RIVM over de bevolkingsonderzoeken en cijfers van IKNL en PALGA over gestelde diagnoses. Het wachttijdhoofdstuk is gebaseerd op de wachttijden die zorgaanbieders in de MSZ bij de NZa hebben aangeleverd. Voor de regionale inzichten maken we gebruik van de indeling van de 'Regionaal Overleg Acute Zorgketen'-regio's (ROAZ) (Figuur 19 geeft de indeling van de regio's weer).

Figuur 19 ROAZ indeling



7.2 Hoofdstuk Bevolkingsonderzoek

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 2019 zijn er ongeveer 1,3 miljoen vrouwen uitgenodigd voor het onderzoek (IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek borstkanker 2019).
- 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 2019 zijn er meer dan 800 duizend vrouwen uitgenodigd (IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 2019).
- 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 2019 zijn er bijna 2,2 miljoen mensen uitgenodigd (IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek darmkanker 2019).

De NZa krijgt van het RIVM maandelijks een update over de belangrijkste ontwikkelingen in de drie bevolkingsonderzoeken. Deze updates nemen we op in het rapport.

7.2.1 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 2020 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 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.

Tabel 3 Bevolkingsonderzoek in 2019

	BVO borstkanker	BVO baarmoederhalskanker	BVO darmkanker
Uitnodigingen 2019	1309542	807629	2193058
Screeningen 2019	992288	452624	1568511
Verwijzingen 2019	22070	15597	67391
deelname aan vervolgonderzoek 2019	21893*	10488	57558
Diagnose 2019	6621*	121**	3086

*Aantallen 2019 nog niet bekend. Dit is een schatting op basis van aantal verwijzingen 2019 en deelnamepercentage/positief voorspellende waarde 2018

**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 2019

² Bron bvo darmkanker: IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek darmkanker 2019

³ Bron bvo borskanker: IKNL, Monitor bevolkingsonderzoek borstkanker 2018/2019

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 2020 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.

7.2.2 Uitgestelde zorgvraag

In Tabel 3 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 2019) 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 2019 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 3 kunnen we zien dat er maandelijks meer dan 3.100 verwijzingen volgen uit deze onderzoeken. Per week komt dat neer op meer dan 720 verwijzingen.

7.3 Hoofdstuk Verwijzingen

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de verwijzingen data die de NZa wekelijks van Zorgdomein krijgt. 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. We ontvangen gegevens van 2018, 2019, 2020 en 2021.

7.3.1 Afbakening patiëntgroep nieuwvormingen

ZorgDomein maakt onderscheid tussen 372 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, een knobbeltje of vlekje, maar ook vagere klachten die mogelijk op een tumor kunnen duiden.¹⁰

7.3.2 Interpretatie aantal verwijzingen

Bij het interpreteren van de verwijsdata moet rekening gehouden worden met een aantal zaken:

- 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 een verwijzing. Het aantal patiënten waarop de

¹⁰ Op 15 oktober 2020 hebben we de lijst herzien en bij nader inzien bloedarmoede eraf gehaald en bloedverlies eraan toegevoegd. De actuele selectie is: mammopathologie (borstafwijking), (pre)maligne huidafwijkingen ((voor stadium 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 / hemoptoë (ophoesten van bloed)

verwijzingen betrekking hebben is dus lager dan het totaal aantal verwijzingen.

- De vakantieperiode kan per regio in een andere periode vallen, waardoor een mogelijk vakantie effect in een andere periode zichtbaar is. Ook kan de vakantieperiode per regio verschillen ten opzichte van vorig jaar.

7.3.3 Schatting oplopende zorgvraag

De gegevens van ZorgDomein hebben wij ook gebruikt om een ruwe schatting te maken van de omvang van het stuwmeer aan zorg: zorg, die in vergelijking met voorgaande jaren niet is geboden. Het is een ruwe schatting omdat het een verschil betreft tussen het verwachte en het daadwerkelijke aantal verwijzingen naar de medisch specialistische zorg vanwege verdenking van kanker. Dit verschil is daarnaast niet één op één door te vertalen naar verschillen in geboden zorg, denk daarbij aan verwijzingen die nog niet tot zorg hebben geleid. We kunnen niet het aantal mensen schatten op basis van de verwijzingen omdat iemand meerdere verwijzingen kan krijgen. De schatting van het stuwmeer zal dus in termen van verwijzingen zijn. Om een inschatting te maken van het aantal verwijzingen dat niet is gedaan doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan 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, voor de periode week 1 van 2018 tot week 10 van 2020.
2. Het fitten van een regressielijn op de data van deze periode, om een schatting te kunnen maken van het aantal verwijzingen dat er in een situatie zonder Corona zou hebben plaatsgevonden.
3. Het berekenen van week-effecten: We nemen hiervoor per week de gemiddelde afwijking van de regressielijn tot het daadwerkelijk aantal verwijzingen voor de periode week 1 2018 tot week 10 2020.
4. Voor de periode ná de start van de coronacrisis (vanaf week 10 2020) berekenen we het aantal geschatte verwijzingen per week door het aantal geschatte verwijzingen per dag (berekend o.b.v. de regressie) te vermenigvuldigen met het week-effect van de desbetreffende week, en dat vervolgens te vermenigvuldigen met het aantal werkdagen in die week.
5. Voor de volgende feestdagen en vakanties hebben we een correctie toegepast: Goede vrijdag, Pasen, Hemelvaart, Pinksteren, voorjaarsvakantie, en nieuwjaarsdag. De meivakantie, herfstvakantie en zomervakantie vielen in elk jaar in dezelfde weken, hiervoor hoeven we geen correctie toe te passen. De vakantieperiode kan per regio in een andere periode vallen, waardoor een mogelijk vakantie effect in een andere periode zichtbaar is. Ook kan de vakantieperiode per regio verschillen ten opzichte van vorig jaar.
6. Uiteindelijk nemen we het verschil tussen het verwachte aantal verwijzingen en het daadwerkelijke aantal in 2020 en 2021.

7.4 Hoofdstuk Oncologische diagnoses

De analyses in dit hoofdstuk nemen we over van Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). 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.

7.5 Hoofdstuk Actuele Productie

Van Dutch Hospital Data (DHD) ontvangen we maandelijks data 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 tientallen ziekenhuizen die dit versneld hebben kunnen aanleveren. Dit biedt ons de mogelijkheid om te kijken waar en in welke mate de productie doorgang heeft kunnen vinden tijdens de coronacrisis. Het aantal ziekenhuizen kan verschillen tussen rapportages, omdat alleen ziekenhuizen zijn weergegeven die over de gehele periode vanaf begin 2019 tot afgelopen maand hebben aangeleverd.

Het onderhanden werk omvat de productiecijfers tot en met de laatste volledige maand. Dit bevat ook 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 2019. De laatste weken van 2020 worden dus vergeleken met laatste weken in 2019, en de eerste weken van 2021 worden vergeleken met de eerste weken van 2019. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de cijfers van de laatste maanden minder compleet 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.

7.5.1 Registratie-effect en bijschatting

In het afgelopen jaar hebben we gezien dat de hoeveelheid zorg die is geregistreerd en in de daaropvolgende maanden wordt aangeleverd niet de volledige productie weergeeft. Hierdoor lijkt het telkens alsof de productie sterker daalt (of minder stijgt) dan achteraf daadwerkelijk het geval is. We weten inmiddels dat bij iedere nieuwe aanlevering nog productie wordt toegevoegd voor alle voorgaande maanden. De laatste twee weken zijn het meest onvolledig, maar ook over de maanden daarvoor zijn in de afgelopen maand door sommige ziekenhuizen nog cijfers aangeleverd. 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.

Dit lossen we op door de omvang van dit registratie-effect te schatten en de analyseresultaten hiermee te corrigeren. In dit rapport vergelijken we de verschillende aanleveringen van DHD om het registratie-effect vanaf april 2020 te schatten, met de aanname dat de data van januari, februari en maart van dat jaar volledig zijn. De uitkomst van deze berekening gebruiken we om de daadwerkelijke productie in de rest van 2020 en 2021 te schatten, gecorrigeerd voor het registratie-effect. In de meeste figuren wordt deze geschatte productie weergegeven met een extra (gestippelde) lijn, bovenop de lijn die de daadwerkelijk gemeten productie toont.

We doen dit door op het niveau van ziekenhuizen en specialismen te berekenen hoe groot de toename in aanlevering over een bepaalde productiemaand 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. Bij verdeling naar specialismen worden dit soort uitzonderingen redelijk uitgemiddeld. Bij verdeling naar ROAZ-regio, kan de bijschatting voor een ROAZ-regio met slechts enkele ziekenhuizen sterk beïnvloed worden door een enkel ziekenhuis, als die bijvoorbeeld in één maand heel veel data aanlevert. Daarom tonen we de gecorrigeerde aantallen niet per ROAZ-regio. Verder berekenen we nog afzonderlijke correctiefactoren voor de laatste 4 weken. In deze periode is het registratie-effect het grootst, vooral in de laatste week verwachten we een significant grotere correctiefactor dan in de eerste week van de laatste maand.

We berekenen de correctiefactoren op basis van de aanleveringen vanaf april 2020, onder de aanname dat vertragingen in registratie en aanlevering in de nabije toekomst gemiddeld genomen onveranderd zullen blijven. Als er (bijvoorbeeld vanwege een nieuwe golf aan besmettingen) al veranderingen zijn in de snelheid van aanlevering, houden we daar geen rekening mee. We zien wel enige variatie in de maandelijks berekende registratie-effecten, maar die is niet zo groot dat we echt kunnen spreken van een betekenisvolle verandering van aanlevering.

7.5.2 Patiënten met verdenking van kanker

In dit hoofdstuk 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.

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 de volgende paragraaf.

7.5.3 Urgentie

Samen met Zorginstituut Nederland en medisch professionals heeft het LCPS (Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding) een indeling gemaakt om de urgentie van de zorgvragen te bepalen. De indeling is door medisch specialisten beoordeeld en door het Zorginstituut gevalideerd. Deze indeling is separaat gepubliceerd. Met deze indeling willen we medisch specialisten - die het beste kunnen bepalen welke patiënten eerst zorg nodig hebben - houvast bieden om te kunnen vergelijken en een onderverdeling te maken op basis van urgentie.

Er worden 7 urgentieklassen onderscheiden. Hieraan zijn categorielabels gekoppeld met een letter (A t/m F), en een termijn waarbinnen de eerste zorg geleverd zou moeten worden. Deze lopen uiteen van spoed (A: binnen 24 uur zorg nodig) tot uitstelbaar (F: kan eventueel 3 maanden of langer wachten). Een voorbeeld van de eerste categorie is de begeleiding van een bevalling door een gynaecoloog. De zorg voor patiënten in deze urgentieklasse gaat over het algemeen zeven dagen per week door. Het betreft relatief dure trajecten met bovendien een groot deel van de zorg in de eerste week. Een voorbeeld van de laatste categorie (F. > 3 maanden) is een staaroperatie bij een ziekte van de ooglenzen door een oogheelkundige. De zorg voor deze groep vindt over het algemeen op werkdagen plaats, kent een lagere zorgintensiteit en is over een langere periode uitgespreid.

Per combinatie van specialisme, diagnose en zorgproduct (behandeling) is een toewijzing naar één van deze categorieën gemaakt. Dit is voor ruim 4.300 diagnose-zorgproduct combinaties gedaan, waarmee we voor bijna 90% van de jaarlijkse patiëntenstroom een urgentie-indicatie hebben.

Om de urgentie te bepalen van het onderhanden werk in de ziekenhuizen is een vertaalslag nodig. De openstaande subtrajecten zijn immers nog niet af te leiden tot zorgproducten, waardoor koppeling met de urgentielijst niet mogelijk is. 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 precies worden bepaald aan de hand van de data. Wel kunnen we met historische data de kans schatten dat deze zorg in een bepaalde urgentieklasse landt. Door dit voor alle patiënten

te doen en de kansen op te tellen per urgentieklasse, lukt het om voor de groep patiënten met een diagnose in de groep nieuwvormingen de urgentie toch redelijk goed te schatten.

7.6 Hoofdstuk Wachttijden

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 voor polikliniek bezoek en klinische behandeling. Wachtijd voor polikliniekbezoeken zijn niet eerder gepubliceerd omdat het subspecialismes betreft.

Voor de drie wachttijdsoorten 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 is voor zowel diagnostiek als voor polikliniekbezoeken vier weken. Voor de 'poliklinische' behandelingen geldt een treeknorm van zes weken, voor 'klinische' behandelingen is dit zeven weken. Omdat het lastig is om vast te stellen of een behandeling 'poliklinisch' is uitgevoerd gebruiken wij de zes week-treeknorm ook voor klinische behandelingen.

Zorgaanbieders kunnen wachttijden die bij de NZa worden aangeleverd 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.

Doordat niet alle zorg in alle regio's geleverd wordt kan het beschikbare aantal wachttijden per regio verschillen. Ook ontbreken in sommige regio's nog ziekenhuizen in de dataset. Er wordt aan gewerkt om het wachttijdbeeld spoedig compleet te maken.

Bij het interpreteren van de overige figuren in hoofdstuk 6 is verder van belang rekening te houden met het feit dat het wegvallen van waarnemingen met hoge of lage wachttijden in regio's met wat minder zorgaanbieders kan leiden tot flinke schommelingen in het gemiddelde.