

To: [redacted] [redacted] [redacted]@minvws.nl
Cc: [redacted] [redacted] [redacted]@amsterdamumc.nl
From: [redacted]
Sent: Thur 9/24/2020 3:41:45 PM
Subject: Re: Verzoek
Received: Thur 9/24/2020 3:41:53 PM

Dag [redacted]

Mijn mail was vooral in algemeenheid gesteld. Ik ben in detail op de hoogte hoe alle datastromen gaan in Amphia. Ik begrijp dat er verschillende standpunten kunnen zijn. Er kan echter niet een verschillend belang zijn, er is namelijk maar 1 belang en dat is kwaliteit van zorg voor onze patiënten.

Antwoord op je vragen:

- Wie in jouw ziekenhuis levert gegevens aan aan het RCPS/LCPS? Ik hoef geen persoon te weten, maar weet jij wie het is, bedoel ik?

Dat gaat via het team [redacted]

- Waarop baseert die persoon de cijfers die worden doorgegeven aan RCPS/LCPS?

Voor de kliniek (niet-IC) baseert die zich op het capaciteitsoverleg dat dagelijks 's ochtends plaatsvindt. Verder monitored het team [redacted] realtime alle data want wij hebben een "Hospital Control Center", Amphia is daarin voorloper in Nederland.

Met de mutaties die daar plaatsvinden en de informatie uit het capaciteitsoverleg muteert het team

Capaciteitsmanagement de gegevens voor Zorgcapaciteit én voor RCPS/LCPS.

De IC cijfers worden door de IC aangeleverd aan Zorg-capaciteit en Nice. Capaciteitsmanagement neemt de IC-data van Zorgcapaciteit over en levert die aan naar RCPS/LCPS.

- Waarom geef je niet gewoon de cijfers van ZorgCapaciteit of Nice door, als dat de voor jouw ziekenhuis adequate cijfers zijn?

Probleem is zoals helemaal onderin beschreven: RCPS/LCPS vraagt heel andere data dan Zorgcapaciteit en Nice. Zorgcapaciteit vraagt aantal patiënten per categorie, aantal beschikbare bedden per categorie (dus NIET lege bedden) en potentieel maximaal aantal bij maximale opschaling (De laatste is een vraag die er in de eerste golf is bijgekomen.) Zorgcapaciteit vraagt dus om beschikbaarheid en dat is anders van RCPS/LCPS die naar (excusé le mot) imaginaire aantallen vraagt.

Nice vraagt data uit met een heel andere doelstelling: de bulk aan data is voor kwaliteitsdoeleinden. In de eerste golf zijn daar Covid data aan toegevoegd om twee redenen: 1. De diagnose Covid bestaat niet in de bestaande predictiemodellen voor uitkomst op de IC (dat is waar IC's zich met elkaar vergelijken en verbeteren) en 2. op verzoek van het RIVM die zij gebruiken voor hun modellen.

Het aantal IC patiënten dat Nice dagelijks aanlevert aan RIVM klopt maar is niet real-time en kan daarvoor ook niet gebruikt worden.

Zoals ik heb aangegeven is er in de meeste ziekenhuizen op de IC géén "labeling" voor Covid en non-Covid, een bed kan voor beide patiëntentypes gebruikt worden.

Voor de meeste ziekenhuizen geldt dat ook voor de niet-IC bedden en zeker bij ons want wij hebben alléén 1-persoonskamers in het hele ziekenhuis.

Absolute aantallen geeft dus alléén maar verwarring omdat die niet te geven zijn.

De vragen zijn dus ongelijk.

De gedachte dat er bedden achtergehouden worden blijft hierdoor maar gevoed worden.

Ik hoop dat het weer iets duidelijker is.

Je kunt mij ook bellen want mails maken niet altijd precies duidelijk of er nu echt antwoord is op de vraag of dat de vrager

toch net iets anders bedoelde.

Mijn nummer is [redacted].

Hartelijke groet,

[redacted]

Op 24 sep. 2020, om 16:45 heeft [redacted] <[redacted]> <[redacted]@minvws.nl> het volgende geschreven:

Beste [redacted]

Dank voor je mail. Ik wil het graag feitelijk houden. Ik hoop dat je kunt begrijpen dat ik niet alleen met jouw standpunt en mening heb te dealen. Dus ik probeer het zo rationeel mogelijk aan te pakken.

Je geeft aan dat volgens jou de getallen in ZorgCapaciteit en Nice kloppen voor het Amphia. Ik mis in het onderstaande nog het antwoord op de vraag:

- Wie in jouw ziekenhuis levert gegevens aan aan het RCPS/LCPS? Ik hoef geen persoon te weten, maar weet jij wie het is, bedoel ik?
- Waarop baseert die persoon de cijfers die worden doorgegeven aan RCPS/LCPS?
- Waarom geef je niet gewoon de cijfers van ZorgCapaciteit of Nice door, als dat de voor jouw ziekenhuis adequate cijfers zijn?

Groet, [redacted]

Van: [redacted] <[redacted]@me.com>

Verzonden: donderdag 24 september 2020 15:22

Aan: [redacted] <[redacted]@amsterdamumc.nl>

CC: [redacted] <[redacted]@amphia.nl>; [redacted] <[redacted]@minvws.nl>

Onderwerp: Re: Verzoek

Dag [redacted]

Zoals in mijn app vanmorgen aangegeven: Data van Amphia kloppen in Zorcapaciteit en Nice na controle van het ziekenhuissysteem.

Tav de uitvraag van LCPS is er sowieso een groot probleem. LCPS vraagt detailniveau dat er in de meeste ziekenhuizen helemaal niet is. Met het risico dat het te technisch gaat worden ga ik het toch proberen uit te leggen.

1. Zorgcapaciteit krijgt data rechtsreeks aangeleverd door a. Intensive Cares voor de IC bedden en b. [redacted] (ieder ziekenhuis en andere organisatie) voor de klinische bedden niet-IC.
2. Nice krijgt (let op Nice is véél meer dan bedden capaciteit, dat doet Nice er nu bij op verzoek van RIVM samen met COVID data die RIVM gebruikt voor zijn modellen) data rechtsreeks van de Intensive Cares. Beide aanleveringen zijn als het goed is 3x per dag en gecontroleerd en daarmee dus altijd juist. Voor ROAZ NAZB weet ik dat de data uniform worden aangeleverd met door de NAZB vastgestelde definities: wat is een bed? wat is een beschikbaar bed? enz

LCPS doet een uitvraag aan de ziekenhuizen via RCPS. RCPS stuurt die naar de ziekenhuizen. In NAZB naar [redacted]. Andere regio's weet ik niet. LCPS/LNAZ stelt expliciet dat de data op Zorg-capaciteit incompleet zijn en niet correct. Niet correct kan ik natuurlijk niet voor heel Nederland controleren. Niet compleet komt door de communicatie vanuit LCPS/LNAZ en besluitvorming in RAZ'n zoals Zwolle of individuele ziekenhuizen zoals notabene Erasmus die helemaal niet aanleveren! Hier gebeurt wel iets uitermate vreemds.

Zorg-capaciteit is van de NVZ.

LNAZ zijn 5.1.2e van de ROAZ'n.

De ROAZ'n zijn de facto 5.1.2e van de ziekenhuizen in de betreffende regio.

Er gaat dus iets ernstig mis binnen de NVZ.

5.1.2e in Nederland hebben diverse soorten instellingen, veelal van het ziekenhuis zelf en in sommige gevallen vanuit het MSB of de VMS.

5.1.2e lokaal dienen zich aan het beleid van het ziekenhuis te houden.

5.1.2e in Zwolle regio (en bijvoorbeeld Erasmus) zien met lede ogen dat de data niet naar Zorg-capaciteit gaat terwijl dit wel is gecommuniceerd in een tweetal brieven vanuit VWS en óók vanuit NVZ.

5.1.2e Nederland kan aan deze politieke situatie niets veranderen anders dan de verantwoordelijke koepels en VWS daarop wijzen.

Nu de lijst van LCPS.

Geknipt uit een eerdere mail die jullie ook hebben. In zwart commentaar op de gevraagde data in de lijst hieronder.

Let op: de meeste ziekenhuizen hebben geen cohortering op dit moment en IC's gaan waarschijnlijk helemaal niet cohorten eens aangepaste isolatie richtlijnen (cohortering niet meer nodig, tenzij we tekort aan PBM krijgen, dan kan cohortering nog iets soelaas bieden).

Daarbij geldt ook dat Totale capaciteit minus Bezette capaciteit ONGELIJK is aan beschikbare capaciteit, dat zijn niet te gebruiken absolute getallen. Als je die vraagt aan capaciteitsmanagers en/of digitale systemen krijg je dus lege bedden die niet beschikbaar zijn, om uiteenlopende redenen. Daar komt bij dat ziekenhuizen altijd aan de "safe" zijde gaan zitten, dus niet bedden ACHTERHOUDEN! Ze houden bedden beschikbaar voor hun eigen ACUTE patiëntenstromen. Vaak komen die bedden lopende de dag alsnog beschikbaar, of komen bedden om andere reden beschikbaar. In de meeste ziekenhuizen is de "visitiefrequentie door medisch specialisten enorm opgeschroefd, bij ons naar 2x per dag. Er zijn inmiddels heel strakke ontslagprotocollen en richtlijnen. Het EPD monitord voortdurend op VOD (Verwacht Ontslag Datum), bij overschrijden volgen waarschuwingen en moet actie ondernomen worden. Er is dagelijks overleg met VVT voor snelle overname. En, ook dat nog, patiënten komen in het ziekenhuis te overlijden en niet allemaal verwacht, kortom veel mutaties in capaciteit waar een digitaal systeem niet geschikt voor is. Dat lijkt wel zo maar is niet zo. In de lijst hieronder heb ik commentaar gegeven op de items die LCPS uitvraagt. De lezer kan hierin zijn/haar eigen conclusie trekken.

De stelling van de LNAZ/LCPS dat ziekenhuizen bedden ACHTERHOUDEN moeten ze niet ventileren naar ons en of jullie. Die moeten ze ventileren naar hun EIGEN achterban.

ÉN LCPS/LNAZ moet de eigen achterban sommeren om zich te houden aan de eigen regels die NVZ heeft gecommuniceerd en waar ook VWS toe heeft opgeroepen samen met IGJ: hou de bestaande registratiesystemen up to date. Het ligt NIET aan de registratiesystemen zoals Nice en Zorg-capaciteit het is zoals altijd GEDRAG en DISCIPLINE.

Lijstjes zoals hieronder maken dat met warrige definities niet beter.

Groet,

5.1.2e

5.1.2e

Vanaf woensdag 23 september wordt de dagelijkse data uitvraag verhoogd naar 3 keer per dag

De gegevens worden 3 x per dag door ons aangeleverd aan het LCPS:

- Om 10:00 uur:
 - Vrije Covid-bedden op IC Er is géén COVID of non-COVID label meer voor IC bedden. Coördinatoren en/of digitale systemen kunnen hierin géén onderscheid meer

- maken. Dit is dus mensenhandwerk en meestal een educated guess.
- Vrije non-Covid beademde bedden op IC Zie commentaar hierboven
 - Vrije non-Covid onbeademde bedden op IC Deze is qua definitie een rare. Dé definitie voor een IC bed is dat een beademingsmachine voor het bed beschikbaar moet zijn.
 - Vrije Covid-bedden met IC+ beleid in kliniek Héél merkwaardige labeling. Ik heb nog nooit gehoord van een bed met een beleid IC+ of IC-. Wel van een patiënt in een bed met een beleid IC+ en IC-
 - Vrije Covid-bedden met IC- beleid in kliniek Zie opmerking hierboven.
 - Totale IC capaciteit voor Covid Die is niet te geven omdat er geen beperking is voor een IC bed voor Covid+ of -. Voor de IC's met 1 persoonskapers zoals heel veel IC's. Veel kleinere IC's hebben meerpersoonskamers, dus daar zou dit keuze gemaakt kunnen worden. Maar een 2-persoonskamer die leeg is is dus beschikbaar voor Covid en voor non-Covid. De eerste patiënt die er in die kamer komt bepaald daarna wat het label is van het tweede bed. Dat kan dus zomaar in de dag veranderen. De ziekenhuizen geven daarom een educated guess voor deze parameter.
 - Totale IC capaciteit voor non-Covid Zie commentaar hierboven
 - Aantal Covid patiënten op IC Hier horen ook de Covid-verdachte patiënten. Die data heeft Nice up to date net als Zorgcapaciteit als je die bijhoudt. Bij snelle veranderingen zal dit ook bijgewerkt worden (zo doen wij dat in Amphia en veel andere IC's. Als je om 7 uur 4 lege bedden hebt en voor 10 uur 4 opnames dan ga je niet wachten met updaten tot het volgende updatemoment).
 - Aantal non-Covid patiënten op IC Die data heeft Nice up to date. Lastig hierin is dat hier geen rekening gehouden wordt met geplande ontslagen en opnames (reguliere zorg loopt door. Bij ons is de turnover op een gemiddelde doordeeweeksedag 6-10 ontslagen en 6-10 reguliere en acute opnames (buiten Covid patiënten). De capaciteitsmanagers hebben meestal slecht zicht op deze patiëntenstromen en die beantwoorden deze lijstjes.
 - Totale klinische capaciteit voor

Covid In de meeste ziekenhuizen is op dit moment géén cohortering. De ziekenhuizen zullen veelal hun isolatiebedden hiervoor opgeven. Probleem is dat daar ook non-Covid patiënten op liggen. Hier zal dus altijd een discrepantie zijn tussen het totale aantal en het aantal Covid patiënten in de kliniek.

- o Totale klinische capaciteit voor non-Covid (excl. moeder-kind zorg) Hier zijn véél meer exclusie afdelingen voor Covid, dus deze definitie klopt helemaal niet. CCU valt af, Oncologie valt grotendeels af, kinderafdeling en ik vergeet er vast nog wel wat. Totale capaciteit minus bezette bedden is ONGELIJK aan beschikbare bedden. Voor BESCHIKBARE bedden zijn een zwik aan andere parameters nodig!
- Om 13:00 uur en om 17:00 uur:
 - o Vrije Covid-bedden op IC
 - o Vrije non-Covid beademde bedden op IC
 - o Vrije non-Covid onbeademde bedden op IC
 - o Vrije Covid-bedden met IC+ beleid in kliniek
 - o Vrije Covid-bedden met IC- beleid in kliniek

Wat vragen wij van jullie?

Voor het aanleveren van de gegevens, kunnen wij voor enkele ziekenhuizen het LPZ raadplegen. Wanneer alle benodigde gegevens niet uit LPZ gehaald kunnen worden, vragen wij het volgende:

- In de bijlage is een format toegevoegd waarin alle benodigde gegevens ingevuld kunnen worden
- Vóór 10:00 uur, vóór 13:00 uur en vóór 17:00 uur dit excel-overzicht aanleveren
- Overzicht mailen naar 5.1.2e@isala.nl.

We hebben gemerkt dat het gebruik van systemen als NICE en Zorgcapaciteit niet betrouwbaar is en deze zullen we daarom niet gaan gebruiken.

Op 23 sep. 2020, om 21:00 heeft 5.1.2e@amsterdamumc.nl het volgende geschreven:

Hi 5.1.2e verzoek:

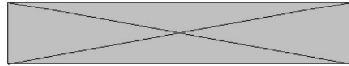
Er gaan geluiden over momenteel niet kloppende resultaat uitvraag lcps bij de ziekenhuizen. 5.1.2e van VWS wil dat graag -naast de insteek van alle registraties in één spiegel portaal, dat loopt ook- dat dat zsm, dus nu even manueel uitgezocht wordt.

Kun jij, en misschien ook een paar andere 5.1.2e, de gevraagde LCPS uitvraag naast de data van NICE

en Zorgcapaciteit leggen, bekijken wat de verschillen zijn -en waar die dan inzitten?

Concreet vraagt 5.1.2e

- wat zijn de cijfers die bij Nice worden aangeleverd door het ziekenhuis?
 - wat zijn de cijfers die aan zorgportaal worden aangeleverd door het ziekenhuis?
 - wat zijn de cijfers die aan lcp's worden doorgegeven door ziekenhuis?
- En als er verschillen zijn: hoe zou dat volgens jou dan kunnen komen?



5.1.2e
5.1.2e Amsterdam UMC

5.1.2e Netherlands Federation of University Medical Centers
5.1.2e Netherlands Ministry of Health, Welfare and
Sport via 5.1.2e [@aminvws.nl](mailto:aminvws.nl)

5.1.2e

Location AMC | Room number 5.1.2e | [Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam, the Netherlands](#)

Location VUmc | Room number 5.1.2e | [De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam, the Netherlands](#)

T: 5.1.2e for location AMC / 5.1.2e for location VUMC

E-mail: 5.1.2e @amsterdamumc.nl

www.amsterdamumc.nl | www.amc.nl | www.vumc.nl

VUmc disclaimer: www.vumc.nl/dsclaimer
AMC disclaimer: www.amc.nl/dsclaimer