



# Werkafspraken LPZ ROAZ Zuidwest-Nederland

11 januari 2021



## Inhoudsopgave

<b>Inhoudsopgave</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Introductie</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Visie en doel van de ziekenhuizen in Zuidwest-Nederland</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Basisuitgangspunten</b> .....	<b>4</b>
<b>4. Toelichting pilot LPZ</b> .....	<b>5</b>
4.1 Duur van de pilot.....	5
4.2 Schaduwdraaien tijdens implementatiefase .....	5
4.3 Livegang .....	7
<b>5. Beddendefinities</b> .....	<b>7</b>
<b>6. Afspraken over de inrichting van LPZ</b> .....	<b>7</b>
6.1 Bedden labels .....	7
6.2 Electieve opnames.....	7
6.3 Drempelwaarden .....	8
6.4 Documenten in LPZ.....	8
<b>7. Afspraken t.a.v. gebruik van LPZ</b> .....	<b>8</b>
7.1 Taken en verantwoordelijkheden .....	8
7.2 Procedure t.a.v. overplaatsingen.....	9
<b>8. Bijlagen</b> .....	<b>12</b>
8.1 Overzicht reserveringstermijnen alle ziekenhuizen .....	12
8.2 Fasering voor coördinatie in reguliere zorg, opgeschaalde zorg en zorg in een crisissituatie	13
8.3 Visuele weergave van procedure t.a.v. overplaatsingen (bij reguliere zorg) .....	14
8.4 RCPS en LCPS opschaling: Proces verplaatsing klinische en IC patiënten tussen ziekenhuizen	15

## 1. Introductie

Samenwerkingspartners voor acute zorg in de regio ZWN starten een proef om drukte van SEH-afdelingen en beschikbaarheid van bedden in de ziekenhuizen real-time in beeld te brengen. Met als doel: de juiste zorg op de juiste plek, waarbij kwaliteit en beschikbaarheid geborgd zijn. Gezamenlijk gaan we voor transparantie vanuit één digitale plek.

Daarnaast is het van groot belang gebleken om tijdens een (COVID) crisis een actueel en bij voorkeur real-time inzicht te hebben in de beschikbare bedden capaciteit op de kliniek en IC, voor zowel COVID als non-COVID zorg. Het Regionaal Coördinatie centrum Patiënten Spreiding (RCPS) Zuidwest-Nederland haalt deze data dagelijks op bij 10 ziekenhuizen in onze regio<sup>1</sup> en levert deze aan het Landelijke Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS). Met deze data houdt het LCPS samen met het RCPS zicht op de bedden capaciteit bij de ziekenhuizen zodat er optimaal gespreid kan worden ten behoeve van zorgcontinuïteit. Tevens wordt deze data geleverd aan het Ministerie van VWS en (geanonimiseerd) aan de media, om te rapporteren over de stand van zaken.

In dit document staan de werkafspraken rondom het gebruik van LPZ met als doel om de beschikbare bedden capaciteit (kliniek en IC) inzichtelijk te maken. Dit is tot stand gekomen met de werkgroep beddencoördinatie waarin alle ketenpartners zijn aangesloten.

In dit document wordt geen aandacht besteed aan onze regionale afspraken over drukte op de SEH.

## 2. Visie en doel van de ziekenhuizen in Zuidwest-Nederland

Inzicht in bedden capaciteit is één van de speerpunten om de juiste zorg op de juiste plaats te leveren. Het hebben van inzicht is mooi; maar afspraken tussen ketenpartners zijn belangrijker! De visie van regio Zuidwest-Nederland op de inzet van LPZ is als volgt:

1. Iedere ketenpartner behoudt zijn eigen autonomie. LPZ is ervoor zodat we elkaar makkelijker kunnen vinden als de (acute) zorg onder druk komt te staan en we de zorg efficiënt(er) moeten coördineren.
2. De nieuwe wet voor het ROAZ komt ook met nieuwe taken, die we hierin terugzien:
  - a. Verbreding van de span of control van de acute zorgketen naar het zorgsysteem, inclusief voorliggende en vervolgzorg.
  - b. Werkend systeem (24/7) dat inzicht biedt in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg in de regio.
  - c. Partijen die zich inspinnen om doorlooptijden in de acute zorgketen in beeld te brengen en deze periodiek te evalueren.

---

<sup>1</sup> Albert Schweitzer Ziekenhuis, Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, Erasmus MC, ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen Ziekenhuis, Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, Franciscus Gasthuis & Vlietland Ziekenhuis, IJsselland Ziekenhuis, Ikazia Ziekenhuis, Beatrix Ziekenhuis en Maasstad Ziekenhuis.

### **Doel regio Zuidwest-Nederland**

1. Waarborgen kwaliteit en beschikbaarheid van zorg door real-time inzicht (drukte status & capaciteit).
2. Op termijn, na realisatie ketenafspraken, sturen op patiëntenstromen.
3. Faciliteren regionale samenwerking en maatregelen voor proactief management van beschikbare capaciteit.

### **3. Basisuitgangspunten**

Deze uitgangspunten zijn in samenspraak met de werkgroep beddencoördinatie geformuleerd. Voor (toekomstige) aanpassingen geldt ook hetzelfde. Ze zijn van toepassing op alle ziekenhuizen en andere ketenpartners in Zuidwest-Nederland waar met LPZ wordt gewerkt.

1. Primair is LPZ een tool die wij in gebruik nemen omdat ROAZ Zuidwest-Nederland de ambitie heeft effectiever te sturen op (het voorkomen van) overloop van acute zorg. Daarnaast is er de landelijke ambitie dat LPZ ook als COVID-tool ingezet kan worden – wij piloten ook of LPZ zich hiervoor leent.
2. Ondanks dat LPZ sturingsinformatie geeft, is het slechts een hulpmiddel om (mogelijk) beschikbare bedden te vinden. Insturen en overplaatsen van acute zorg gebeurt enkel en alleen in overleg.
3. De afspraken zijn erop gericht dat iedere organisatie haar eigen bedrijfsvoering en beleid kan aanhouden gedurende de pilot. Iedere organisatie is immers ook steeds verantwoordelijk voor de eigen interne processen. Van iedere organisatie wordt hierin verwacht dat zij nog steeds zelf ‘de broek ophoudt’ qua capaciteitsmanagement, maar dat daarnaast ook regionale afspraken gelden over de bedden capaciteit.
4. Tijdens het implementeren van LPZ hebben ziekenhuizen de optie hun data te ‘verbergen’ voor anderen die meedoen aan deze pilot. Dan is de data alleen voor het eigen ziekenhuis (en ROAZ stafbureau) inzichtelijk. Met elkaar streven we echter naar een gedeeld onderling beeld zodra de LPZ data valide is. Zodra de data valide is gevonden na een periode van schaduwdraaien, geeft het ziekenhuis aan dat de gegevens gedeeld kunnen worden met andere ziekenhuizen. We gaan in alle gevallen strikt vertrouwelijk met (elkaars) data om. Als data voor rapporten wordt gebruikt zal dit ook nooit te herleiden zijn.
5. Tijdens de pilot kunnen (werk)afspraken wijzigen als in overleg blijkt dat deze op een andere manier beter voldoen aan de behoeftes van de gebruikers. Niets is in beton gegoten; we zoeken met elkaar de beste werkwijze.
6. De werkgroep beddencoördinatie blijft periodiek bij elkaar komen om ervaringen uit te wisselen en ontwikkelwensen te bespreken.
7. Deze pilot moet aantonen of LPZ alle verwachtingen waar kan maken en op welke wijze dat het beste werkt. Ervaringen worden aan het LNAZ voorgelegd. Indien positief kan deze pilot ook breder in NL worden uitgerold.
8. Het is aan de betrokkenen uit de werkgroep (beddencoördinatoren) om intern binnen de eigen organisatie de juiste betrokkenen te informeren en te betrekken bij deze pilot.



## 4. Toelichting pilot LPZ

### 4.1 Duur van de pilot

Het DB ROAZ heeft in juli 2020 besloten dat LPZ in gebruik kan worden genomen en dat de afspraken in werking treden. Ongeveer een maand na de livegang (thans in Q1 2021) wordt geëvalueerd hoe de pilot in de breedste zin is ervaren in onze regio (hoe is de applicatie, doen we er de juiste dingen mee).

### 4.2 Schaduwdraaien tijdens implementatiefase

In overleg met gebruikers zijn de volgende afspraken gemaakt ten aanzien van het schaduwdraaien tijdens de implementatie van LPZ:

- Tijdens het schaduwdraaien worden de beschikbare, bezette en totale capaciteit van de elementen binnen het label Covidcapaciteit gevalideerd (IC – Non-covid, IC – Covid, Kliniek – Non-covid, Kliniek – Covid, Kliniek – Covid-verdacht en Kliniek – Covid-bewezen).
- Het schaduwdraaien gebeurt doordeweeks voor een periode van minimaal 2 weken, en zolang nodig tot de juiste informatie op de gewenste manier uit LPZ te halen valt.
- Tijdens het schaduwdraaien wordt LPZ dagelijks bijgewerkt op (ongeveer) hetzelfde moment als dat data aan RCPS wordt aangeleverd. Om LPZ en RCPS data goed te kunnen vergelijken moet de data namelijk op hetzelfde moment zijn afgenomen. De beddencoördinator stemt intern af wie hiervoor verantwoordelijk is. Voor labels die niet vanuit het EPD (HIX) in LPZ komen betekent dit dat deze dagelijks handmatig aangevuld moeten worden in LPZ.
- Afhankelijk van het ziekenhuis en de situatie, is de 1<sup>e</sup> ervaring dat schaduwdraaien middels RCPS-data niet gegarandeerd representatief is voor de situatie, afhankelijk van hoe de interne bedrijfsvoering werkt. Op dat moment wordt er met de beddencoördinator gekeken naar andere manieren om cijfers te vergelijken.
- Tijdens het schaduwdraaien hoeft in het weekend de bedden capaciteit in LPZ niet bijgewerkt te worden; maandagochtend voor 10:00u hoort dit wel weer actueel te zijn.
- Tijdens deze periode worden de resultaten in LPZ vergeleken met de beschikbare capaciteit volgens de cijfers van de beddencoördinator. ROAZ Zuidwest-Nederland maakt deze vergelijking en bespreekt eventuele verschillen met de beddencoördinator.
- Tijdens het schaduwdraaien wordt op twee manieren geëvalueerd:
  - Beddencoördinatoren koppelen terug wanneer ze tegen iets aanlopen bij LPZ – inclusief een hoeveel tijd dit kost.
  - De beschikbare capaciteit in LPZ wordt vergeleken met de beschikbare capaciteit zoals doorgegeven aan het RCPS. Indien er afwijkingen zijn wordt er contact gezocht om deze te verklaren en zo nodig op te lossen, net zolang tot de beddencoördinator tevreden is over de weergave van de (werkelijke) cijfers.

- Tijdens het schaduwdraaien onderzoeken we binnen de werkgroep beddencoördinatie mogelijke werkwijzen om electieve opnamen en eventueel ontslagen mee te nemen wanneer dit noodzakelijk blijkt.
- Tijdens het schaduwdraaien komt er een 'support lijn' beschikbaar om vragen te stellen.
- Indien het schaduwdraaien zorgt voor een te grote extra werklast dan geeft de beddencoördinator dit door aan het ROAZ en werken we toen naar een oplossing, zoals ondersteuning vanuit het ROAZ.

### **Uitkomst en doel van de vergelijking**

De aanlevering aan het RCPS geeft inzicht in de bezette bedden van bepaalde labels/categorieën. LPZ geeft inzicht in de beschikbare bedden, maar toont daarbij ook het totale aantal van dat specifieke label. Hierdoor is het niet eenvoudig de resultaten direct 1 op 1 te vergelijken en zal er een bepaalde omrekening plaats moeten vinden. Dit houden we bij in ons eigen bestand waarin we de vergelijking maken. Het is geen doel op zich om de aantallen van RCPS en LPZ volledig kloppend aan elkaar te maken. Het is belangrijk dat de verschillen verklaart kunnen worden en dat we met een bepaalde zekerheid vast kunnen stellen dat LPZ de correcte cijfers laat zien. De verschillen categoriseren we als volgt:

- Technisch probleem; dit zou een issue kunnen zijn waar nader naar gekeken moet worden door o.a. ICT
- Procesmatig probleem; Er kunnen bepaalde werk- of procesafspraken zijn gemaakt in het ziekenhuis waardoor de verschillen te verklaren zijn
- HiX inrichting: Het is mogelijk dat bepaalde bedden in HiX op geblokkeerd staan waardoor de aantallen niet overeenkomen. Bepaalde bedden/kamers kunnen verkeerd zijn ingericht waardoor de patiënt een onjuist label krijgt
- LPZ inrichting: Het is mogelijk dat LPZ niet correct is bijgewerkt waardoor de verschillen zijn ontstaan

Wanneer de verschillen verklaard zijn op bovenstaande categorieën is dat voldoende om aan te geven dat de LPZ inrichting correct is.

### **In de praktijk**

Er zijn meerdere personen nodig om de verschillen te onderzoeken/verklaren, namelijk:

- Medewerker ROAZ; maakt de vergelijking op basis van het aangeleverd bestand RCPS en LPZ
- Beddencoördinator; is goed op de hoogte van de werkafspraken in het ziekenhuis en kan de verschillen helpen verklaren samen met de medewerker ROAZ, bijv. door in HiX te kijken
- ICT medewerker; Indien een verklaring van de afwijking mogelijk een ICT gerelateerd issue is, dan zal de betrokken ICT-er van het ziekenhuis uit het LPZ project ook beschikbaar moeten zijn om mee te kijken naar de gevonden issues

### 4.3 Livegang

Vanaf januari 2021 zijn alle ziekenhuizen live op LPZ en delen zij hun data ook onderling t.b.v. capaciteiteninzicht en regionale beddencoördinatie (vertraging voorbehouden).

Aanvullend: voor RCPS zijn we bezig om te kijken hoe zij bepaalde COVID-gerelateerde data uit LPZ kunnen halen zodat deze niet meer aangeleverd hoeft te worden.

## 5. Beddendefinities

Het LPZ heeft een aantal definities vastgesteld:

- **Capaciteit:** totaal aantal bedden dat beschikbaar is en voorzien is van personeel en apparatuur. Ongeacht of de bedden bezet zijn of niet. Capaciteit = beschikbaar + bezet.
- **Beschikbaar:** totaal aantal bedden dat vrij is en voorzien is van personeel en apparatuur. De bedden zijn dus niet bezet door een patiënt.
- **Bezet:** aantal bedden dat op dat moment bezet is door een patiënt.

Binnen ROAZ Zuidwest-Nederland hanteren we een aantal extra definities:

- **Gereserveerde bedden:** bedden gereserveerd voor opname tot 10:00 uur de volgende dag.
- **Geblokkeerde bedden:** bedden zijn niet beschikbaar voor opname en niet bezet. Deze bedden zijn niet zichtbaar in LPZ.
- **Maximale capaciteit – regulier:** maximaal aantal bedden (inclusief personeel en apparatuur) dat beschikbaar kan worden gemaakt zonder dat hiervoor extra personeel/apparatuur ingezet moet worden.
- **Maximale capaciteit – opgeschaald:** maximaal aantal bedden (inclusief personeel en apparatuur) dat beschikbaar kan worden gemaakt door het inzetten van extra personeel/apparatuur.

## 6. Afspraken over de inrichting van LPZ

### 6.1 Bedden labels

Het LPZ onderscheidt 4 labels: specialistisch, specialisme, beschouwend/snijdend en covidcapaciteit. Binnen de werkgroep is afgesproken dat alle ziekenhuizen het label specialistisch en covidcapaciteit vullen en gebruiken. Ziekenhuizen mogen er zelf voor kiezen of zij de andere twee labels vullen en gebruiken.

### 6.2 Electieve opnames

Electieve opnames kunnen ook in LPZ worden opgenomen. We hebben hiervoor de volgende werkafpraak:

In de bijlage (hoofdstuk 8.1) is weergegeven welke termijn de individuele ziekenhuizen hanteren voor het reserveren van een bed voor opname. Op basis van deze input is afgesproken om alle bedden die vandaag tot 10:00u de volgende dag gereserveerd zijn als bezet te beschouwen. Tijdens het schaduwdraaien is er aandacht voor de validatie hiervan. Indien het voor een ziekenhuis niet mogelijk is om gereserveerde opnames mee te nemen (bijv. omdat in het ziekenhuis geen reserveringen op bedniveau plaatsvinden), dan moet hiermee rekening gehouden worden bij het vaststellen van de drempelwaarde.

### 6.3 Drempelwaarden

In de LPZ applicatie worden de geplande opnames nog niet worden getoond. Toch is het nadrukkelijk de wens van allen om voldoende capaciteit voor eigen (geplande en spoed) patiënten te houden. Hier zijn lange discussies aan voorafgegaan over hoe dit het beste ingeregeld kan worden. Geen enkele drempelwaarde (hoog – laag – gemiddeld) is representatief voor de hele week, laat staan de dag. We willen voorkomen dat iedereen dagelijks handmatig de drempelwaarde opnieuw moet instellen. Voor de pilot is daarom een werkafpraak gemaakt – en de ontwikkelwens is kenbaar gemaakt dat het mogelijk moet zijn om per dag en tijdvak andere drempelwaardes in te stellen.

**Werkafpraak drempelwaarden:** ga uit van het absolute minimum aantal bedden wat je beschikbaar wilt houden voor de eigen zorg. Dit kost het minste handmatige werk en levert het meeste op in de zoektocht naar bedden. Omdat een overplaatsing altijd in overleg is levert dit ook geen risico's op voor de eigen bedrijfsvoering.

### 6.4 Documenten in LPZ

Deze werkafspraken worden door ROAZ Zuidwest-Nederland opgeslagen op de wiki-omgeving van LPZ.

## 7. Afspraken t.a.v. gebruik van LPZ

### 7.1 Taken en verantwoordelijkheden

De verantwoordelijkheid voor implementatie, borging en het nakomen van de gemaakte afspraken ligt bij de ketenpartners (ziekenhuizen in de regio). Het stafbureau van het ROAZ zorgt voor verspreiding van het protocol/de afspraken, na vaststelling in het DB van het ROAZ. Verder is de rolverdeling tijdens de pilot als volgt:

#### Ziekenhuizen

De beddencoördinator blijft het aanspreekpunt voor de bedden capaciteit van het eigen ziekenhuis en beddencoördinatoren houden onderling contact volgens procesafspraken in dit document. In een enkel ziekenhuis wordt het zoeken van een geschikt bed belegd bij een medisch specialist. In het kader van overplaatsingen wordt contact opgenomen met de 'Regiehouder SEH' en/of de 'Beddencoördinator'. Met wie contact wordt opgenomen is afhankelijk van de situatie (zie procedure t.a.v. overplaatsingen).



**Werkafpraak contactgegevens:** indien er meerdere contactpersonen zijn, dan worden meerdere namen en nummers toegevoegd achter 'Regiehouder SEH' en 'Beddencoördinator' in LPZ.

### **ROAZ**

Stafbureau van het ROAZ ontvangt rapportages en meldingen van de ziekenhuizen en bespreekt dit in ROAZ-verband. Ook zal vanuit het ROAZ het initiatief tot de pilot evaluatie worden genomen.

### **RCPS**

RCPS heeft toegang tot LPZ en bekijkt welke data zij hieruit kunnen halen, zodat deze in de toekomst niet (meer) handmatig aangeleverd hoeft te worden.

## **7.2 Procedure t.a.v. overplaatsingen**

Afhankelijk van de mate van schaarste ligt de beddencoördinatie bij verschillende actoren:

1. Coördinatie vanuit ziekenhuizen: regulier ligt de coördinatie bij de desbetreffende functionarissen in de ziekenhuizen zelf.
2. Coördinatie vanuit RCPS: wanneer de druk dermate hoog is (of dreigt te worden) kan er op besluit van het ROAZ een RCPS tot stand komen om te ondersteunen in regionale coördinatie; altijd in overleg met de desbetreffende coördinator vanuit betrokken ziekenhuizen.
3. Coördinatie vanuit LCPS: komt tot stand als het niet mogelijk (lijkt) om de zorgcontinuïteit binnen de eigen ROAZ-regio te borgen. Het LCPS werkt samen met de RCPS-en om landelijk de zorgcontinuïteit te coördineren.

In de bijlage (hoofdstuk 8.2) staat een overzicht met de fasering voor coördinatie in reguliere zorg opgeschaalde zorg en zorg in een crisissituatie. Per situatie staat hieronder de procedure t.a.v. overplaatsingen beschreven.

### *7.2.1 Beddencoördinatie ligt bij ziekenhuizen*

Met de ziekenhuizen uit de regio is een proces afgesproken dat gevolgd moet worden op het moment dat een ziekenhuis intern geen bed meer beschikbaar heeft voor een patiënt. Op dat moment kan er naar een bed in een ander ziekenhuis worden gezocht voor een overplaatsing. Het niet beschikbaar hebben van een bed kan twee oorzaken hebben:

1. Periferie: Intern is al gezocht naar alle mogelijke manieren om toch aan een bed te komen voor de patiënt, maar er is echt geen mogelijkheid voor een bed;
2. Academie: In de academie kan het zijn dat er niet lokaal wordt opgenomen omdat er geen tertiaire opname-indicatie is.

Het uitgangspunt voor het proces van het zoeken van een bed in een ander ziekenhuis is dat het pas gaat lopen wanneer het ziekenhuis zelf al het mogelijk heeft gedaan om in het eigen ziekenhuis een beschikbaar bed te vinden. Pas wanneer dit echt niet mogelijk is om intern op te lossen, gaat onderstaand proces van start:

1. Zoeken in de LPZ applicatie naar een beschikbaar bed. Geen bed beschikbaar? Signaal afgeven bij ROAZ.
2. Wel bed beschikbaar in ander ziekenhuis. Wanneer er meerdere ziekenhuizen een geschikt beschikbaar bed hebben, moet er rekening worden gehouden met de drukte bij de betreffende ziekenhuizen (inzichtelijk in LPZ), het aantal overgebleven beschikbare bedden na eventuele overplaatsing, en met de voorkeur van patiënt/arts.
3. Contact opnemen met ziekenhuis waar geschikt beschikbaar bed is. Beddencoördinator 'verwijzende' ziekenhuis neemt contact op met beddencoördinator overnemende ziekenhuis. In LPZ applicatie komen contactpersonen te staan die tijdens- en buiten kantooruren bereikbaar zijn, omdat dit voor sommige ziekenhuizen (o.a. ASZ) overdag en in nacht anders is geregeld. Elk ziekenhuis is er verantwoordelijk voor om deze contactgegevens up to date te houden.
4. Beddencoördinator verwijzende ziekenhuis geeft een globale omschrijving van de patiënt. Zoals: opname indicatie, achtergrondinformatie, ziektebeeld, onderliggend lijden, cognitie, isolatiebeleid, evt specificaties bed (bv stroke, telemetrie). Overnemende ziekenhuis geeft op basis van de beschrijving eerste indicatie of overnemen echt mogelijk is. Als eerste indicatie al duidelijk maakt dat het niet kan, opnieuw zoeken naar beschikbaar bed ander ziekenhuis.
5. Indien eerste indicatie voor overname positief is: Dienstdoende specialist van het verwijzende ziekenhuis contact op laten nemen met de dienstdoende specialist van het overnemende ziekenhuis voor telefonische medische afstemming. Dienstdoende specialist verwijzende ziekenhuis kan ook contact hebben met beddencoördinator over de overplaatsing, maar voor de medische overdracht moet altijd nog extra contact met de arts zijn! Wanneer arts aangeeft niet te kunnen overnemen, opnieuw beginnen met zoeken naar beschikbaar bed in ander ziekenhuis.
6. Definitieve en wederzijdse acceptatie of weigering voor overplaatsing van patiënt door medische specialist/SEH arts in overleg met de bedden coördinator.
7. Medische overdracht! Van arts tot arts, blijft ook altijd bij de arts.
8. Overplaatsing volgens regulier proces verwijzende en overnemende ziekenhuis, mét registratie in HIX dat het bed gereserveerd is voor overname (naam ziekenhuis noemen). Registratie door beddencoördinator van overnemende ziekenhuis. Terugkoppeling door beddencoördinator verwijzende ziekenhuis wanneer ambulance is besteld, en aangeven wanneer vervoer gepland staat. Zo weet je wanneer je er achteraan moet bellen als overnemend ziekenhuis (bijv. gaat vervoer volgens planning?). Verpleegkundige overdracht en medische overdracht mee.

In de bijlage (hoofdstuk 8.3) is bovenstaand proces visueel weergegeven in een stroomschema.

### *7.2.2 Beddencoördinatie ligt bij RCPS en/of LCPS*

Indien door enorme regionale (of landelijke) drukte een RCPS en/of LCPS is opgeschaald, verloopt de beddencoördinatie anders dan in de reguliere situatie. Zie bijlage 8.4 voor details.

### **Kliniek**

1. Dagelijks (soms meermaals) levert het ziekenhuis de capaciteit en bezetting aan.
2. Als een ziekenhuis een uitplaatsingsverzoek heeft voor een patiënt, wordt dit via de Patiënt Movement Request (PMR) tool aangegeven aan het LCPS.
3. Een uitplaatsend ziekenhuis informeert de familie/contactpersoon van de patiënt zodra deze overname een match heeft, om hen hierover te informeren.

### **Aanvulling IC**

Het uitplaatsende ziekenhuis doet een overdracht van patiëntgegevens naar het ontvangende ziekenhuis.

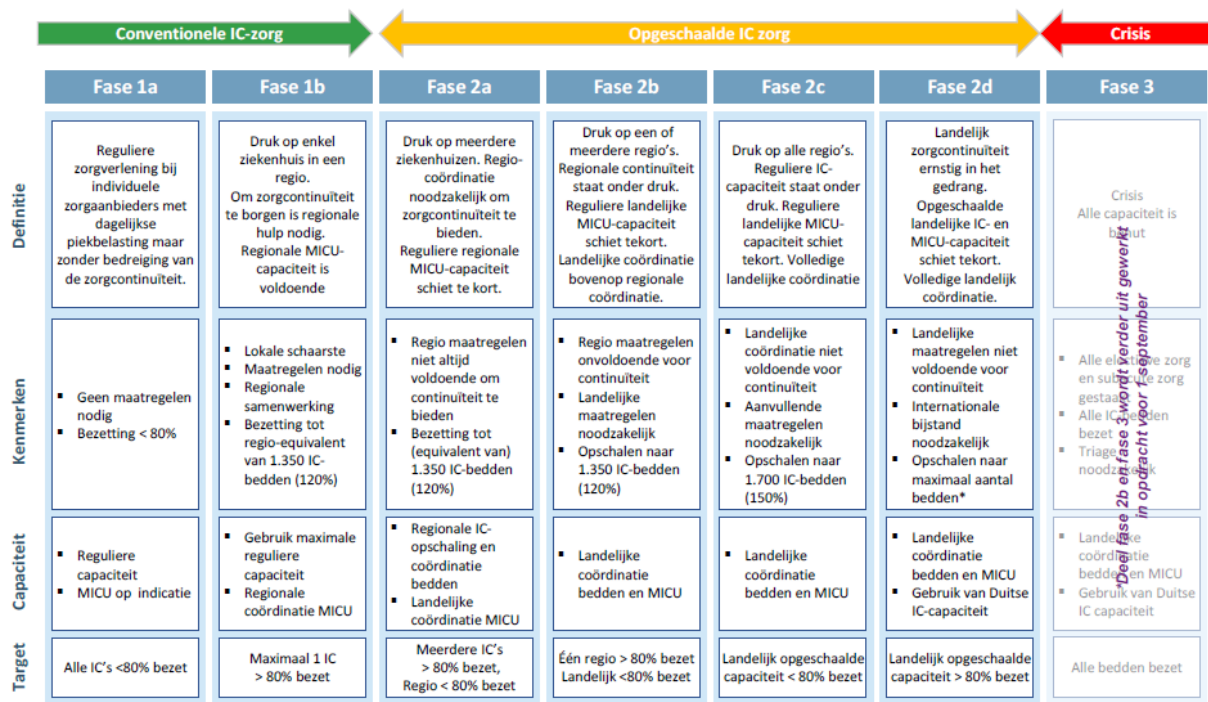
## 8. Bijlagen

### 8.1 Overzicht reserveringstermijnen alle ziekenhuizen

In onderstaande tabel wordt weergegeven welke termijn de individuele ziekenhuizen hanteren voor het reserveren van een bed voor opname.

Ziekenhuis	Aantal uur van tevoren	Registratie in HiX
ADRZ	Een bed wordt gereserveerd als opname plaatsvindt voor 10:00 de volgende dag.	Pat. in Goes op een afdeling gepland, maar niet op kamer/bed. In Vlissingen nu wel plannen op bed, dus zie je pat. op afdeling met kamer- en bednummer. Al deze pat. krijgen status opgeroepen.
ASZ	Voor alle electieve opnames die voor 10 uur op beoogde afdeling aanwezig (kunnen) zijn.	Reservering
Erasmus MC	Pat. worden dag van tevoren (in ochtend) gepland op bed, zo veel mogelijk achter gepland ontslag.	Opname in HiX op tijdstip dat patiënt komt. Geen blokkade (behalve voor overnames van IC)
Franciscus G&V	Pat. worden dag van tevoren (in ochtend) gepland op bed, zo veel mogelijk achter gepland ontslag.	Opname in HiX op tijdstip dat patiënt komt. Geen blokkade (behalve voor overnames van IC)
Ikazia	Voor volgende dag tot 09:30. Afhankelijk van aantal ontslagen ook weleens voor later op de ochtend.	Pat. hebben opgeroepen status (oranje), in HiX op het gereserveerde bed geplaatst.
Maasstad	Voor volgende dag tot 10:00. Opname later dan 10:00? Opgeroepen pat. wel in beddenoverzicht, maar pas zelfde dag plek op bed.	Soms ook bed geblokkeerd voor opname of voor overname andere afdeling, met rood of zwart kruis. Verder: oranje (opgeroepen), groen (opgenomen)
Rivas (Beatrix ziekenhuis)	Bed wordt niet formeel gereserveerd in HIX. Bed wordt tot 9:30 vrijgehouden. Kuurbedden worden ook vrijgehouden.	Opnames staan gepland als geplande opname met een roze vakje. Dat bed wordt vrijgehouden t/m 9:30 in de ochtend. Er wordt dus geen aparte reservering gemaakt.
Van Weel-Bethesda	Voor alle electieve opnames wordt 24 uur vooraf een bed gereserveerd. (Waar mogelijk achter definitieve ontslagen)	Roze(gepland), oranje (opgeroepen), groen (opgenomen). Oranje als patiënt is opgeroepen/gepland. Ook wordt aan het bed status; 'gereserveerd bed' gegeven.
IJsselland	24 uur	?
Zorgsaam	1-3 dagen	Roze(gepland), oranje (opgeroepen), groen (opgenomen). OK geeft planning door aan opname, plannen pat. 4 weken vooruit (roze), dan oranje als opgeroepen. Groen als toegekend aan bed.

## 8.2 Fasering voor coördinatie in reguliere zorg, opgeschaalde zorg en zorg in een crisissituatie

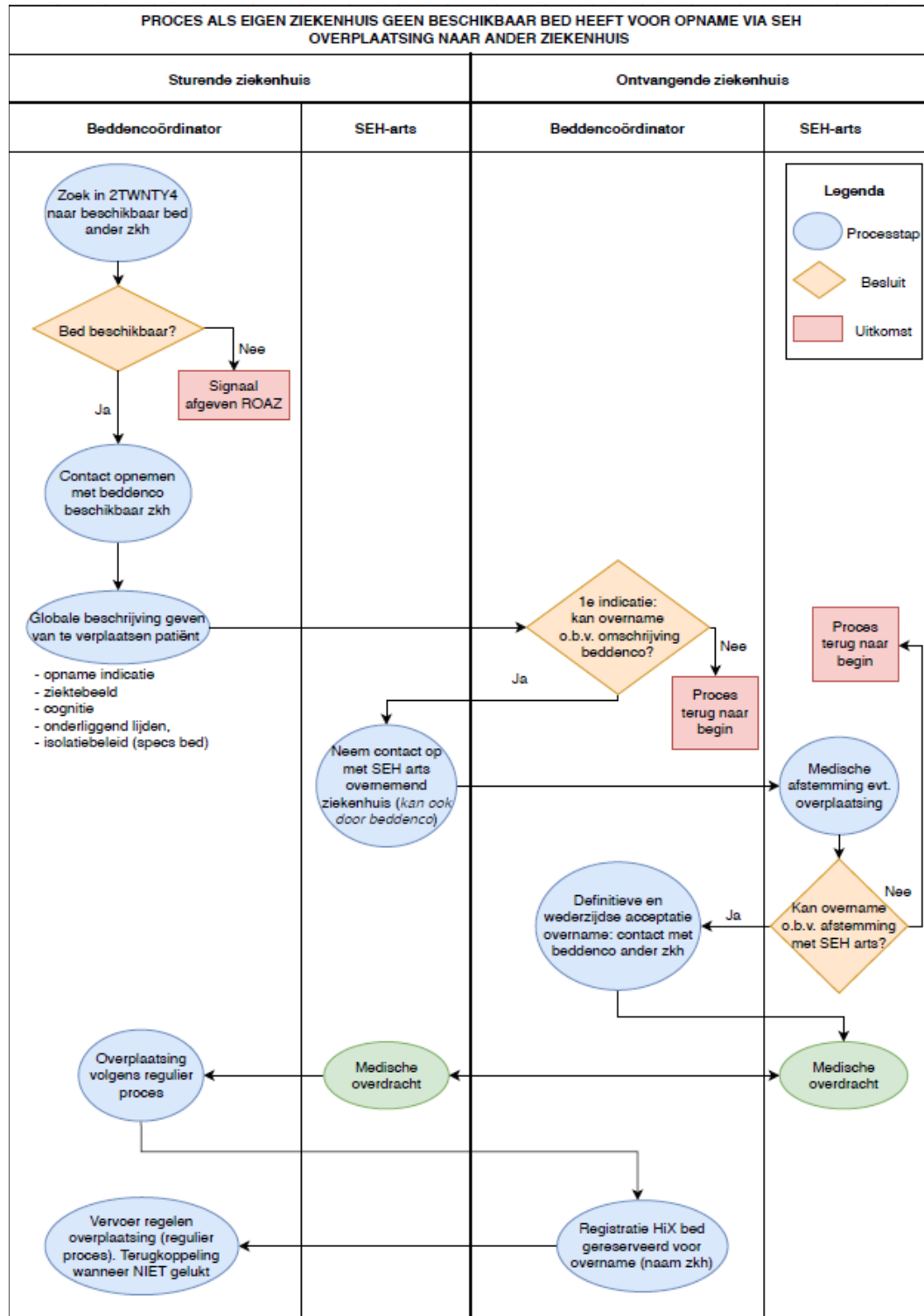


Figuur 4.1. Voorstel fasering voor coördinatie in reguliere zorg, opgeschaalde zorg en zorg in een crisissituatie



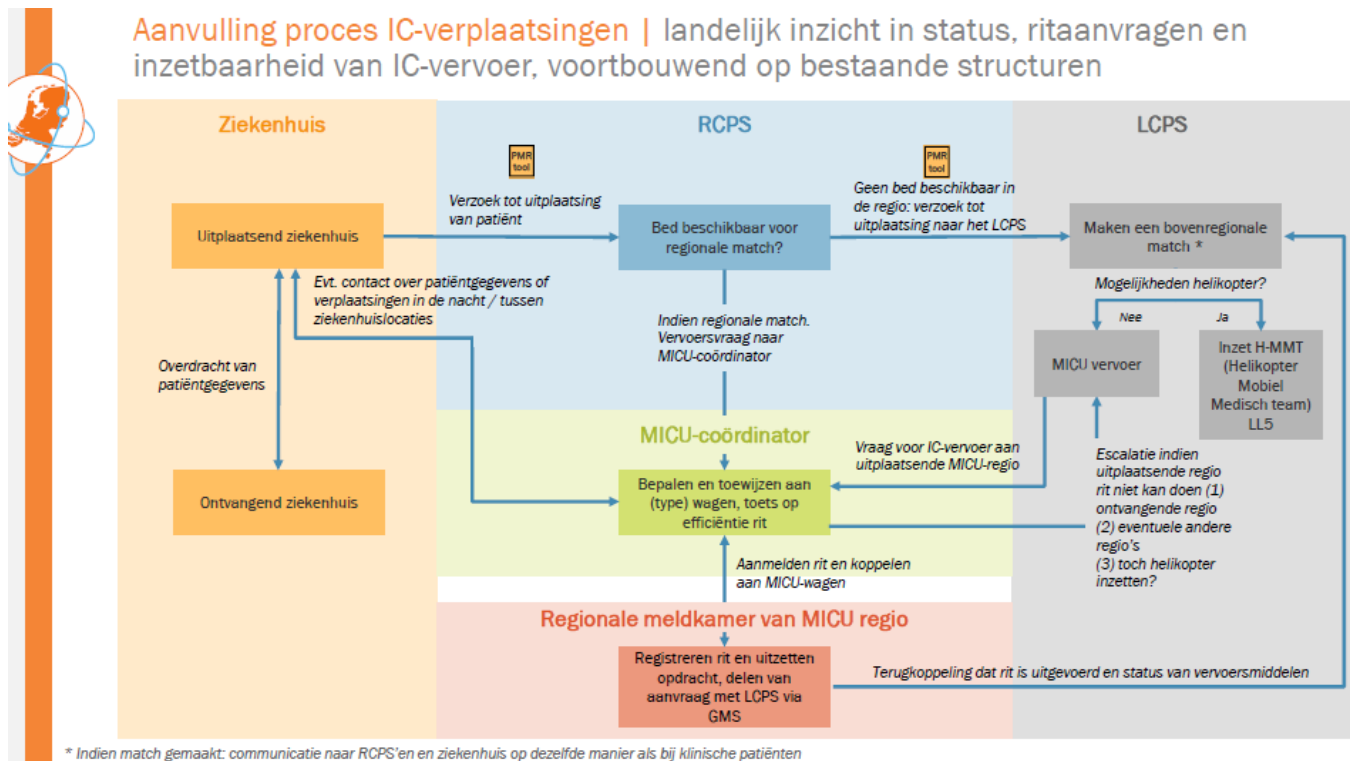
### 8.3 Visuele weergave van procedure t.a.v. overplaatsingen (bij reguliere zorg)

De naamgeving van 2TWNTY4 wordt nog aangepast in LPZ.

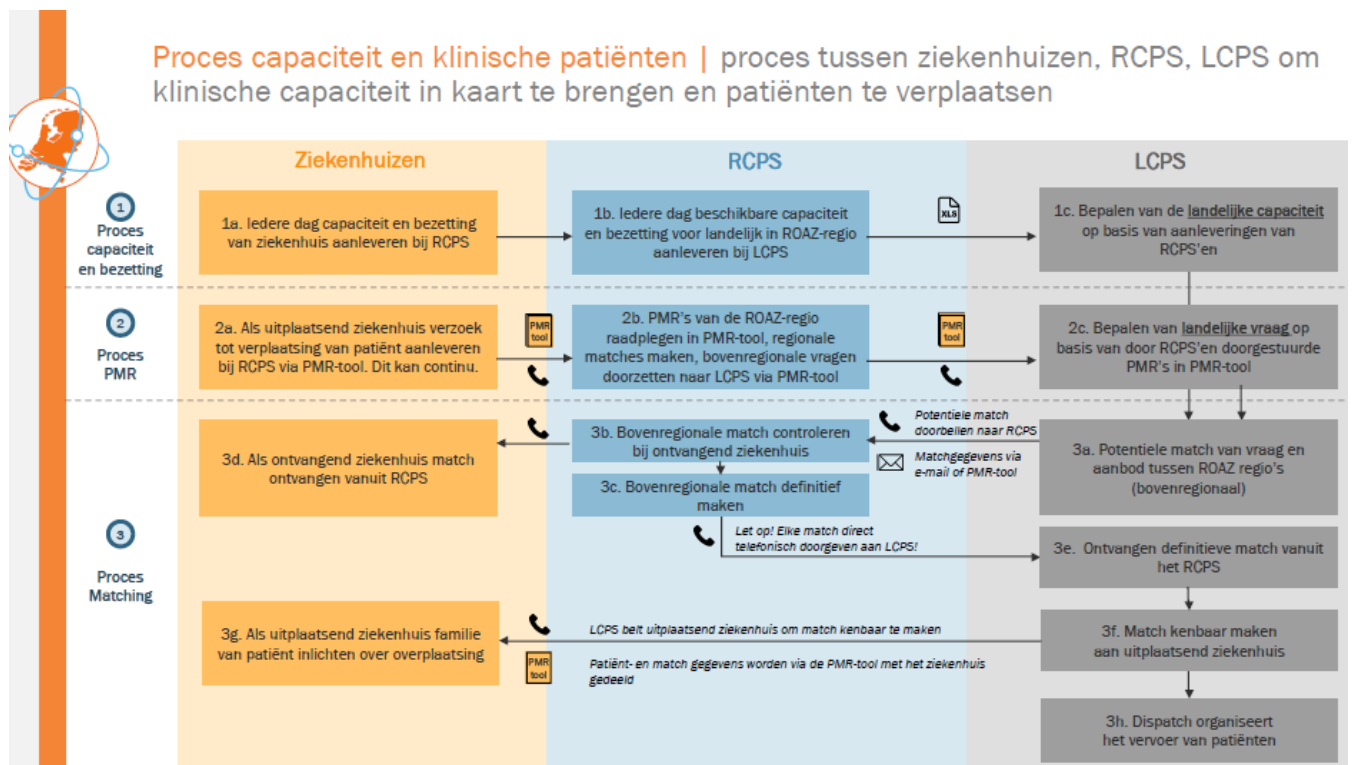


### 8.4 RCPS en LCPS opschaling: Proces verplaatsing klinische en IC patiënten tussen ziekenhuizen

Aanvulling proces IC-verplaatsingen | landelijk inzicht in status, ritaanvragen en inzetbaarheid van IC-vervoer, voortbouwend op bestaande structuren



Proces capaciteit en klinische patiënten | proces tussen ziekenhuizen, RCPS, LCPS om klinische capaciteit in kaart te brengen en patiënten te verplaatsen



**Dit is een uitgave van ROAZ Zuidwest-Nederland.**

Voor meer informatie kunt u contact opnemen via

[ROAZ@Erasmusmc.nl](mailto:ROAZ@Erasmusmc.nl)