

WERKAFSPRAKEN BEDDEN CAPACITEIT (COVID én non-COVID) LPZ Netwerk Acute Zorg regio Zwolle

Versie 1.2, 16 maart 2022

Versiebeheer	2
1. Introductie	3
1.1 Governance	3
1.2 Drukke op de SEH.....	3
2. Visie en doel	4
2.1 Gewenste resultaten	4
3. Basisuitgangspunten	5
4. Toelichting validatie LPZ.....	7
4.1 Schaduwdraaien (validatie COVID-capaciteit) tijdens implementatiefase	7
4.2 Livegang.....	8
5. Beddendefinities	9
6. Afspraken over de inrichting van LPZ.....	10
6.1 Bedden labels	10
6.2 Electieve opnames.....	10
6.3 Drempelwaarden.....	10
6.4 Documenten in LPZ.....	10
7. Afspraken t.a.v. gebruik van LPZ	11
7.1 Taken en verantwoordelijkheden	11
Bijlage 1. Labels in LPZ.....	12
Bijlage 2. Capaciteitsgegevens beschikbaar in LPZ.....	13
Bijlage 3. Werkinstructie validatie LPZ	14

Versiebeheer

Versie	Datum	Auteur	Opmerking
1.0	1-4-2021	Stuurgroep LPZ capaciteiten	Definitieve versie werkafspraken
1.1	24-11-2021	Daniel Botterweg	Tekstuele correcties: <ul style="list-style-type: none"> • Doel en resultaat werd door elkaar gehaald, is gecorrigeerd. • Drempelwaardes geüpdatet. • 7.2 Procedure t.a.v. overplaatsingen, verwijderd uit de werkafspraken, ligt elders vastgelegd. • Bijlages 1 en 2, verwijderen en verwijzen naar LPZ kennisbank. • Bijlage 3 als los document toevoegen op de LPZ kennisbank. • Nieuw logo NAZrZ.
1.2	16-3-2022	Daniel Botterweg	Drempelwaardes verwijderd uit het document.

1. Introductie

In dit document staan de werkafspraken van het Netwerk Acute Zorg regio Zwolle voor het gebruik van de LPZ kliniek en de LPZ covid module beschreven. Het gewenste resultaat is om de beschikbare bedden capaciteit op de kliniek en de IC (COVID en non-COVID) transparant en real-time met elkaar te delen. Dit document is ontwikkeld door de ziekenhuizen binnen de regio: Isala, Gelre Ziekenhuizen, Deventer Ziekenhuis, Ziekenhuis St Jansdal, Saxenburgh Medisch Centrum. Als basis voor dit document zijn de werkafspraken van Traumacentrum Zuidwest-Nederland gehanteerd.

Samenwerkingspartners voor acute zorg in de regio Zwolle sluiten zich aan bij de landelijke uitrol van het LPZ¹ om de 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 Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (RCPS) haalt dagelijks capaciteitsgegevens en patiënten aantallen op bij alle 5 ziekenhuizen in de regio 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 en de COVID-druk eerlijk wordt verdeeld binnen en buiten de regio. Tevens wordt deze data geleverd aan het Ministerie van VWS en (geanonimiseerd) aan de media, om te rapporteren over de stand van zaken. Het streven is om de capaciteitsgegevens (cijfers m.b.t. beschikbare en totale capaciteit) d.m.v. LPZ real-time inzichtelijk te hebben.

1.1 Governance

Allereerst worden de werkafspraken afgestemd binnen de regionale stuurgroep capaciteit. Vervolgens stemt ieder stuurgroep lid de werkafspraken intern in de eigen organisatie af. Indien uit deze afstemming verzoeken tot aanpassingen komen dan worden deze besproken in de regionale stuurgroep capaciteit. Ondertussen worden de bestuurders van de ziekenhuizen op de hoogte gehouden van de activiteiten van de regionale stuurgroep capaciteit m.b.t. LPZ.

1.2 Drukke op de SEH

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

¹ Het LPZ is ondergebracht bij het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Furore fungeert als beheersorganisatie.

2. Visie en doel

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 acute zorg regio Zwolle op de inzet van LPZ is als volgt:

1. Iedere ketenpartner behoudt zijn eigen autonomie. LPZ moet ervoor zorgen dat 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 AMvB wet (Algemene Maatregel van Bestuur) 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 bedden capaciteit aan acute zorg in de regio. (Daarnaast wil de regio LPZ gebruiken voor een actueel inzicht in de beschikbaarheid van de SEH, dit onderdeel wordt in een separaat project opgepakt.)
 - c. Partijen die zich inspinnen om doorlooptijden in de acute zorgketen in beeld te brengen en deze periodiek te evalueren. LPZ ondersteunt ziekenhuizen hierin door doorlooptijden op de SEH in beeld te brengen.

2.1 Gewenste resultaten

1. Waarborgen kwaliteit en beschikbaarheid van zorg door real-time inzicht (drukte status en capaciteit). Hierbij ligt de focus op beschikbare capaciteit vanuit de labels 'Specialistisch' en 'Covidcapaciteit' (zie bijlage 1). Indien het voor een ziekenhuis ook mogelijk is om de labels 'Specialisme' en 'Snijdend/beschouwend' te gebruiken dan heeft dit de voorkeur.
2. Op termijn, na realisatie ketenafspraken, sturen op (acute) patiëntenstromen. In eerste instantie ligt de focus op de acute zorgketen.
3. Faciliteren regionale samenwerking en maatregelen voor proactief management van beschikbare capaciteit.

3. Basisuitgangspunten

Deze uitgangspunten zijn door de regionale stuurgroep capaciteit geformuleerd en worden vervolgens intern binnen het ziekenhuis afgestemd. Deze route geldt ook voor (toekomstige) aanpassingen voor het gebruik van LPZ binnen ziekenhuizen. Ze zijn van toepassing op alle ziekenhuizen en andere ketenpartners in onze regio waar met LPZ wordt gewerkt.

1. Primair is LPZ een tool die wij in gebruik nemen, omdat de ketenpartners in de regio Zwolle de ambitie hebben effectiever te kunnen anticiperen en sturen op (het voorkomen van) overloop van acute zorg. Daarnaast is er de landelijke ambitie dat LPZ ook als COVID-capaciteits- en spreidingstool ingezet kan worden.
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. Het gebruik van LPZ is dus geen vervanging van mondelinge afstemming.
3. De afspraken zijn erop gericht dat iedere organisatie haar eigen bedrijfsvoering en beleid kan aanhouden. 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 en fair share verdeling t.a.v. covidzorg.
4. Tijdens het implementeren van LPZ hebben ziekenhuizen de optie hun data te 'verbergen' voor anderen. Dan is de data alleen voor het eigen ziekenhuis inzichtelijk. Het schaduwdraaien is bedoeld om comfort te krijgen bij het beeld in LPZ en is dan ook pas afgerond zodra de data in LPZ door het ziekenhuis als valide wordt beschouwd. Zodra de data valide zijn bevonden, geeft het ziekenhuis aan dat de gegevens gedeeld kunnen worden met andere ziekenhuizen. LPZ kan vanaf dan regionaal ingezet worden voor de spreiding van patiënten in de reguliere acute zorgketen. Het ziekenhuis kan in overleg met het RCPS ervoor kiezen om LPZ in te zetten om een deel van de dagelijkse uitvraag door het RCPS te vervangen. We gaan in alle gevallen strikt vertrouwelijk met (elkaars) data om. Als data voor rapporten wordt gebruikt zal dit ook nooit, tenzij hier vooraf toestemming voor verleend, te herleiden zijn naar individuele ziekenhuizen of afdelingen.
5. Tijdens het project 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 regionale stuurgroep capaciteit blijft periodiek bij elkaar komen om ervaringen uit te wisselen en ontwikkelwensen te bespreken.
7. Het is aan de betrokkenen uit de regionale stuurgroep capaciteit (beddencoördinatoren/projectleiders) om intern binnen de eigen organisatie de juiste betrokkenen te informeren en te betrekken bij deze pilot. De regionale stuurgroep capaciteit bespreekt deze werkafspraken intern binnen de organisatie, bijv. met medisch specialisten. Hierbij kan gedacht worden aan het betrekken van specifieke groepen bijv. interne geneeskunde, heelkunde, AOA, cardiologie en neurologie of het MSB als geheel. Binnen de regionale stuurgroep capaciteit wordt nog uitgewerkt wat hiervoor de juiste stappen zijn.
8. Overall waar in dit document 'beddencoördinator' staat kan ook 'manager beddenhuis' of 'capaciteitsmanager' gelezen worden.
9. Bij de implementatie van de aansluiting tussen het EPD en LPZ focussen we op zoveel mogelijk labels geautomatiseerd uit het EPD ophalen. Labels die niet op bedniveau in het EPD staan komen niet automatisch in LPZ en moeten dus handmatig in LPZ aangevuld worden. Dit

kan van toepassing zijn wanneer labels vaak wisselen (bijv. het geval bij harmonica model corona afdelingen). Tijdens het schaduwdraaien gaan we kijken in hoeverre handmatig labelen noodzakelijk is per ziekenhuis en welke werklust dit met zich meebrengt. Vervolgens wegen we af of we toegevoegde waarde zien in het gebruik van LPZ t.b.v. de RCPS-aanlevering.

10. T.a.v. de vulling van de labels hanteren we de volgende uitgangspunten:
 - a. Elk bed ontvangt van elk label maar maximaal 1 element (dubbele labels voorkomen)
 - b. Label 'Specialistisch': indien meerdere elementen binnen het label 'Specialistisch' van toepassing zijn, kies je het meest specialistische label (bijv. een algemeen klinisch bed dat een isolatiekamer is label je als isolatiekamer, want dat is het meest specialistisch en op de IC worden alle bedden als 'IC beademd' gelabeld die een beademd bed kunnen worden).
 - c. Label 'Specialistisch': alle bedden moeten het label 'Specialistisch' krijgen. Indien er geen bruikbaar element binnen dit label beschikbaar is, dan kan dat gemeld worden bij support@lpz.nu en gaan we overwegen om dit element toe te voegen.
 - d. Label 'Covidcapaciteit': indien een bed vanuit capaciteitsperspectief is ingericht voor bijv. een covid patiënt en er ligt een non-covid patiënt op, wordt dit bed in LPZ vanuit capaciteitsperspectief ingedeeld als een bed voor een covid patiënt.

4. Toelichting validatie LPZ

4.1 Schaduwdraaien (validatie COVID-capaciteit) tijdens implementatiefase

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

- Het doel van het schaduwdraaien is dat het ziekenhuis zelf het vertrouwen heeft dat de data in LPZ klopt. En dat het werkbaar is om beschikbare en totale bedden capaciteit inzichtelijk te maken via LPZ.
- Tijdens het schaduwdraaien worden de beschikbare en totale capaciteit van de elementen binnen de labels 'Specialistisch' en 'Covidcapaciteit' gevalideerd. Voor de labels 'Specialisme' en 'Snijdend/beschouwend' geldt dat deze enkel gevalideerd dienen te worden indien het ziekenhuis in staat is deze labels te gebruiken. In bijlage 3 staat een werkinstructie voor de validatie.
- Het schaduwdraaien gebeurt doordeweeks voor een periode van minimaal 2 weken, en zolang nodig is om de juiste informatie op de gewenste manier uit LPZ te halen.
- 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 in LPZ komen betekent dit dat deze dagelijks handmatig aangevuld moeten worden in LPZ.
- 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 (vaak interne rapportages). De aanlevering aan het RCPS kan gebruikt worden om de beschikbare en totale capaciteit van het label 'Covidcapaciteit' te valideren. Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor 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 weergegeven in interne rapportages en de aanlevering richting 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 is het NAZrZ-aanspreekpunt beschikbaar om vragen te stellen. Daarnaast creëren we een mailgroep met de projectleiders en technisch aanspreekpunten zodat eventuele knelpunten via korte lijnen opgelost kunnen worden.

- Indien het schaduwdraaien zorgt voor een te grote extra werklast dan geeft de beddencoördinator dit door aan het NAZrZ en werken we toe naar een oplossing, zoals ondersteuning vanuit het NAZrZ.

Uitkomst en doel van de vergelijking

De aanlevering aan het RCPS geeft inzicht in capaciteitsgegevens (beschikbare en totale capaciteit) en patiënten aantallen. Het is belangrijk dat eventuele verschillen tussen de RCPS-aanlevering en LPZ verklaart kunnen worden en dat met een bepaalde zekerheid vastgesteld kan worden dat LPZ de correcte cijfers laat zien. De verschillen worden als volgt gecategoriseerd:

- 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
- EPD-inrichting: Het is mogelijk dat bepaalde bedden in het EPD 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 een 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 NAZrZ; 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 NAZrZ, bijv. door in het EPD 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.
- Medewerker NAZrZ; ondersteunt in deze vergelijking.

4.2 Livegang

Het steven is dat begin mei 2021 de pilot ziekenhuizen live gaan met LPZ. Dit betekent dat de bedden capaciteit van deze ziekenhuizen accuraat in LPZ staat en dat zij deze data onderling delen t.b.v. capaciteitsinzicht en regionale beddencoördinatie (vertraging voorbehouden).

Aanvullend: er komt een update van LPZ zodat de patiënten aantallen ook toegevoegd kunnen worden en de gehele uitvraag aan het RCPS vervangen kan worden door LPZ.

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.
- **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 (deze bedden worden aan LPZ aangeleverd met capaciteit = 0).

6. Afspraken over de inrichting van LPZ

6.1 Bedden labels

Het LPZ onderscheidt 4 labels: specialistisch, specialisme, beschouwend/snijdend en COVID-capaciteit. Binnen de regionale stuurgroep capaciteit is afgesproken dat alle ziekenhuizen de labels 'Specialistisch' en 'Covidcapaciteit' vullen en gebruiken. De labels 'Specialistisch' en 'Snijdend/beschouwend' gebruiken we alleen indien mogelijk, want het is niet voor alle ziekenhuizen mogelijk om bedden vanuit dit perspectief in te richten.

6.2 Electieve opnames

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

Alle bedden die tot 10:00u de volgende dag gereserveerd zijn, worden als bezet beschouwd. 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

De noodzaak voor het gebruik van drempelwaarden is kleiner wanneer geplande opnames als gereserveerd in het EPD gemarkeerd staan en in LPZ als bezette bedden getoond worden.

Het lijkt handig om drempelwaarden te gebruiken voor bijv. laatste IC bed, tertiaire bedden of bedden gereserveerd voor electieve opnames wanneer die informatie in het EPD niet op bedniveau maar op afdelingsniveau beschikbaar is. Het gebruik van de drempelwaarde heeft toegevoegde waarde omdat het ervoor zorgt dat alle capaciteiten transparant getoond kunnen worden.

6.4 Documenten in LPZ

Deze werkafspraken worden opgeslagen op de LPZ kennisbank

Zie [LPZ Kennisbank - Netwerk Acute Zorg Regio Zwolle - Werkafspraken 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 NAZrZ zorgt voor verspreiding van het protocol/de afspraken, na vaststelling in het bestuurlijk ziekenhuisoverleg van het ROAZ. Verder is de rolverdeling tijdens de pilot als volgt:

Ziekenhuizen

Het verschilt per ziekenhuis wie het aanspreekpunt is voor de bedden capaciteit van het eigen ziekenhuis. In de meeste gevallen is dit overdag een beddencoördinator en in de avond/nacht/weekend iemand anders, zoals een WAN-hoofd of een WACO. De beddencoördinatoren houden onderling contact volgens procesafspraken in dit document.

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

NAZrZ

Het NAZrZ ontvangt rapportages en meldingen van de ziekenhuizen. Ook zal vanuit het NAZrZ 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.

Bijlage 1. Labels in LPZ

Op de LPZ kennisbank is de meest actuele versie van de mogelijke classificaties en labels van bedden beschikbaar.

Zie [LPZ Kennisbank - Codelijsten](#)

Bijlage 2. Capaciteitsgegevens beschikbaar in LPZ

Op de LPZ kennisbank is de meest actuele versie van de mogelijke classificaties en labels van bedden beschikbaar.

Zie [LPZ kennisbank - Codelijsten](#)

Bijlage 3. Werkinstructie validatie LPZ

Op de LPZ kennisbank is de meest actuele versie van het validatieplan te vinden.
Zie [LPZ Kennisbank - Werkinstructie validatie LPZ](#)