

Wel of geen AOA in het JBZ?

Maartje van de Vrugt

CHOIR seminar

13 november 2015



Facts and figures JBZ

- Topklinisch ziekenhuis
- 4000 medewerkers
- 240 medisch specialisten

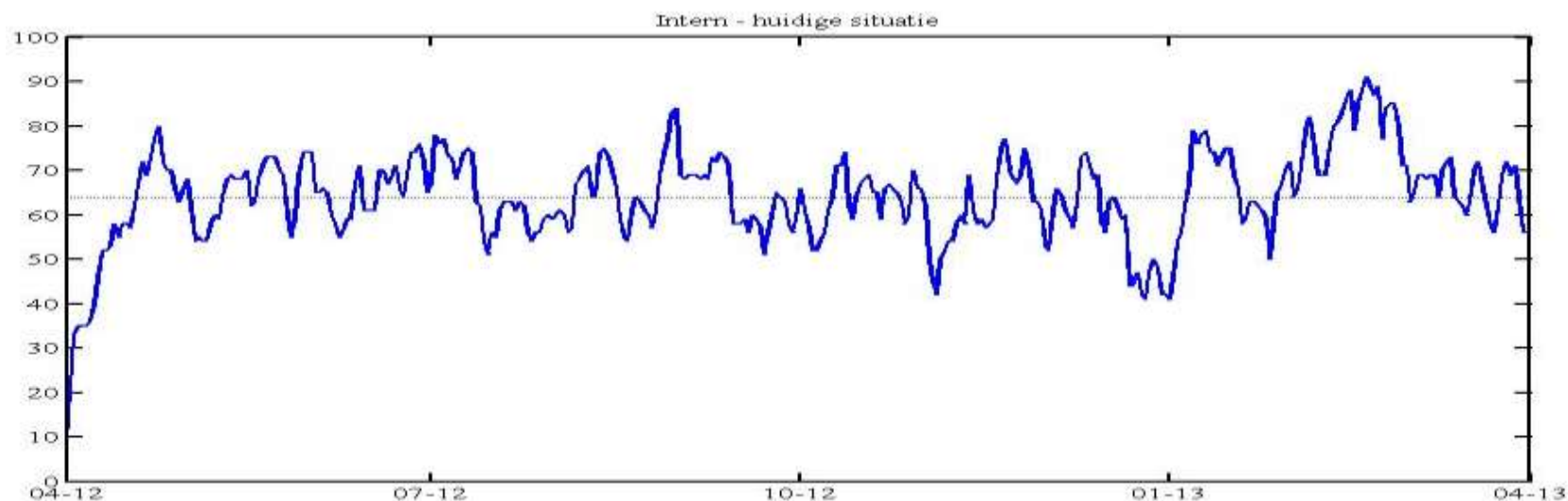
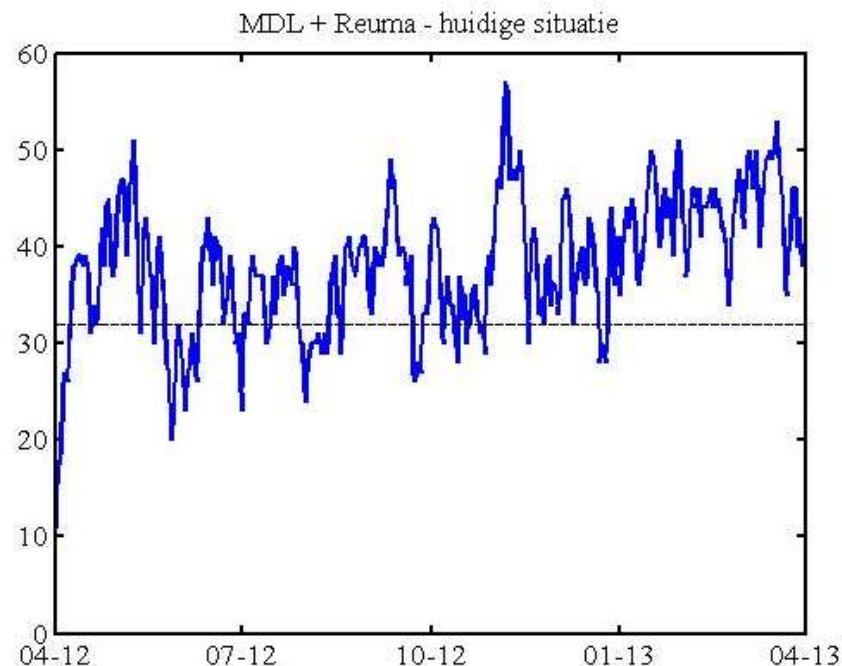
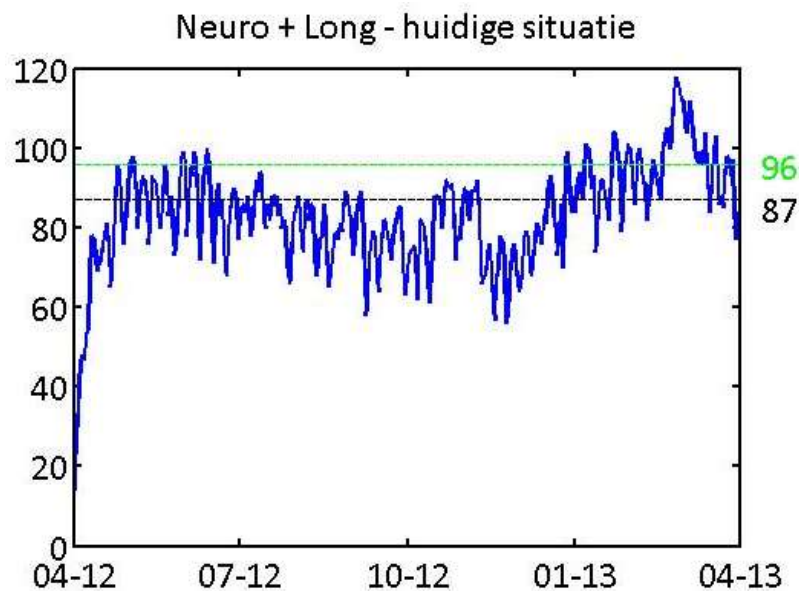
- 730 bedden
- Incl. Intensive care: 26 bedden
- Incl. Cardiac Care: 27 bedden
- Incl. kinderafdeling: 27 bedden
- Couveuses: 16
- Operatiekamers: 16

- 529.000 polikliniekbezoeken
- 57.000 ziekenhuisopnames



Situatie voorjaar 2014

(symposium JBZ)

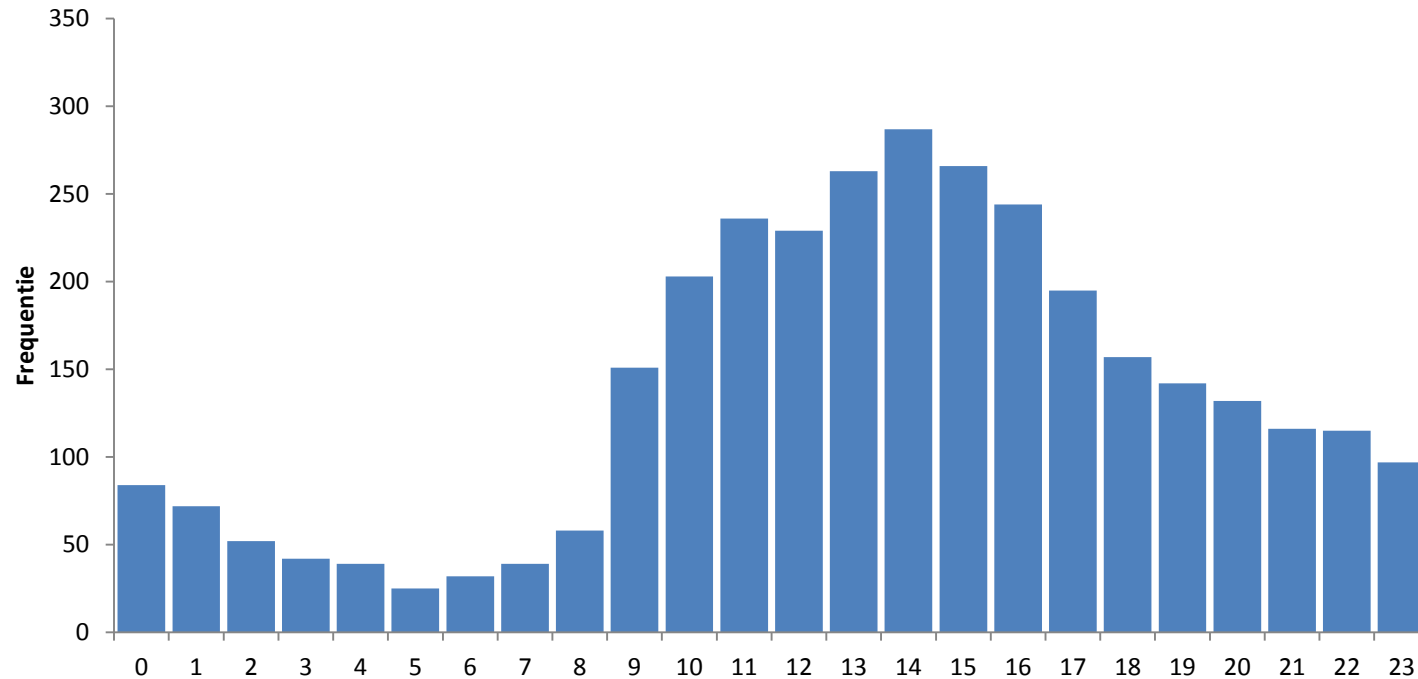


Wat zegt de literatuur over AOA's?

- Verschillende medische reviews:
 - Minder SEH patiënten die meer dan 4u wachten
 - Kortere verblijftijd door eerder consult specialist
 - Verminderd risico op onterecht ontslag
 - Minder 'verkeerd bed'-dagen
 - Verbeterde tevredenheid personeel op SEH en kliniek
- Maar:
 - Effecten lastig te meten
 - Efficiëntie qua kosten niet aangetoond
 - Success hangt af van management en beschikbaarheid diagnostiek
 - Bedden weghalen van de kliniek voor de AOA?

Aanpak: M(t)/M(t)/c/c wachtrij

Aankomsten per uur



Scenario “Acute Opname Afdeling”

Gemiddeld aantal aankomsten AOA per dag

	Totaal	overdag	nacht
Intern	5,7	3,7	2,0
Neuro	1,2	0,8	0,4
Long	0,2	0,2	0,1
Totaal	7,1	4,6	2,4

Blokkans = kans dat alle bedden vol liggen

Scenario 1: zowel overdag als 's nachts opnames, gemiddelde ligduur 24 uur

aantal bedden AOA	Totaal		Overdag		Nacht	
	bedbez	blokkans	bedbez	blokkans	bedbez	blokkans
5	82%	46%	81%	44%	83%	48%
8	73%	20%	72%	19%	74%	21%
10	66%	9%	65%	8%	66%	9%
12	58%	3%	57%	3%	58%	3%

Scenario 2: alleen 's nachts opnames, gemiddelde ligduur 24 uur

aantal bedden AOA	Totaal		Overdag		Nacht	
	bedbez	blokkans	bedbez	blokkans	bedbez	blokkans
3	61%	37%	56%	32%	64%	41%
4	55%	21%	52%	18%	58%	23%
6	43%	5%	41%	4%	44%	5%

Overwegingen JBZ

- Verwachte inefficiëntie
- Bedden moeten ergens vandaan komen
- Personele investeringen
- Verwacht aantal patiënten
- 'Lean': patiënt meteen in juiste bed

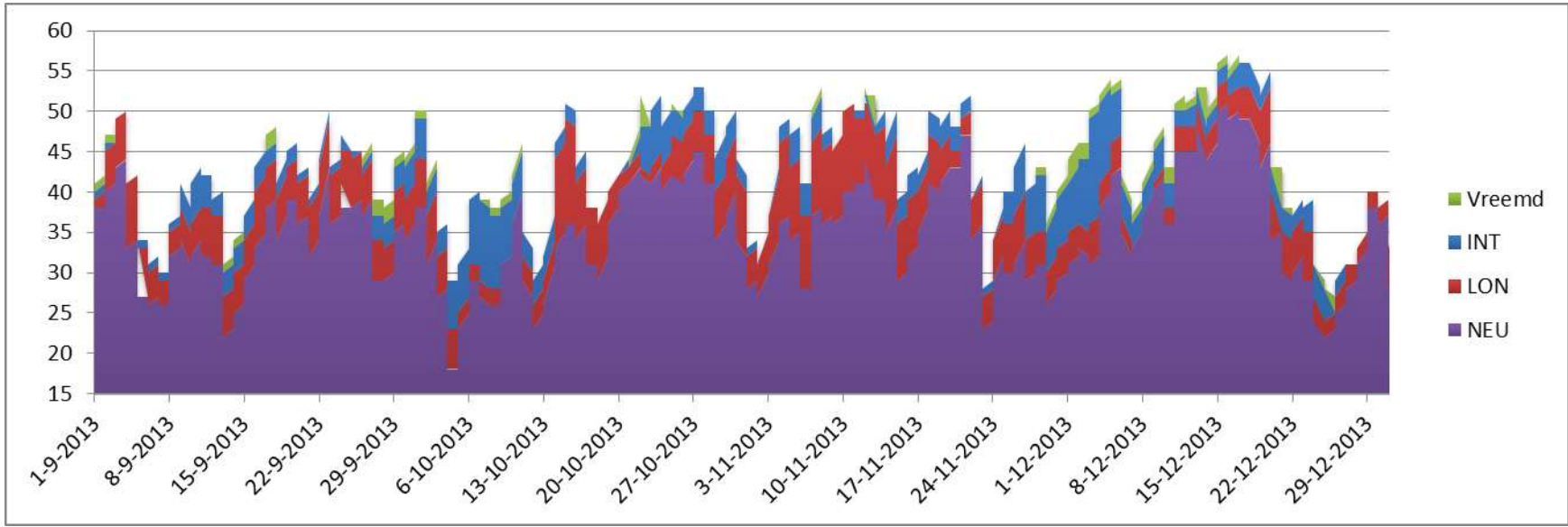
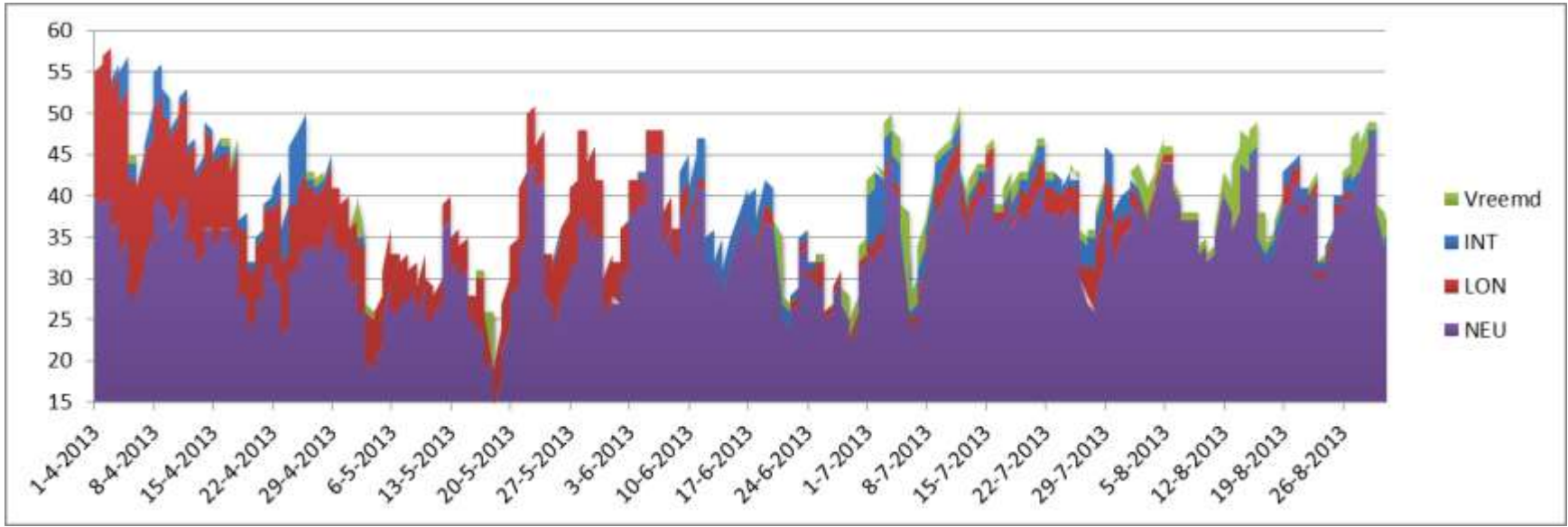
→ Geen AOA

Gekozen oplossing JBZ

- Gestructureerde overflow Intern op Neurologie
- Voor- en nameting gedaan o.b.v. ZIS data
 - Bedbezetting eigen/vreem spc
 - Onnodige overplaatsingen

Gemiddelde waarden	Oude situatie	Nieuwe situatie
#bedden INT op KNEU	0,77	2,55 (p=0,00)
#bedden NEU op KNEU	37,98	36,82
#bedden LON op KNEU	5,80	5,14
#bedden vreemd op KNEU	0,71	0,36 (p=0,03)
Totaal	45,26	44,87

Bedbezetting KNEU uitgesplitst



Onnodige overplaatsingen

Definitie:

Aantal overplaatsingen *per patiënt* vanaf KNEU naar een andere afdeling, waarbij het specialisme van de patiënt niet verandert en de nieuwe afdeling geen WEON, IC, CCU of EHH is.

Specialisme	Voor interventie	Na interventie	Vershil
Interne Geneeskunde	0,62	0,25	-60%
Overig	0,10	0,05	-50%

Conclusies Effectmeting

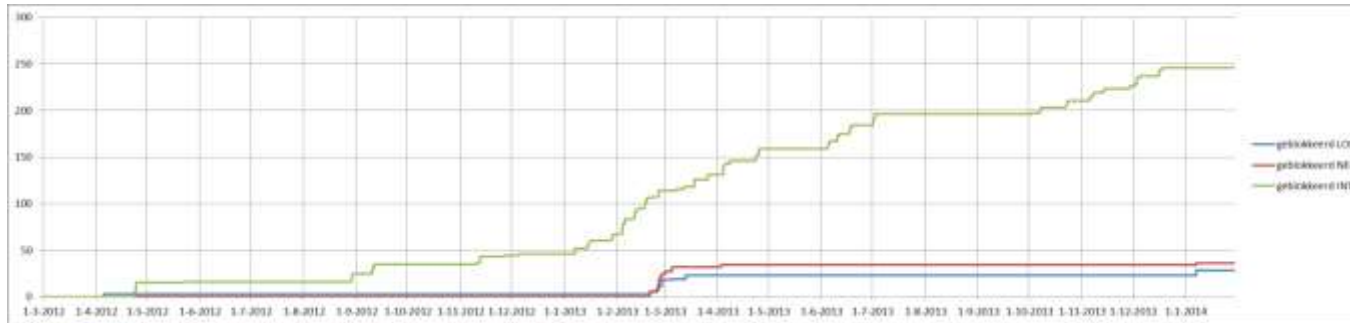
- Bedbezetting op KNEU is heel grillig
- Altijd al veel patiënten van Intern en Long opgenomen op KNEU
- Opzet geslaagd om vreemd specialisme weg te krijgen en Intern daarvoor in de plaats te laten komen
- Minder onnodige overplaatsingen van KNEU
- Maar: is de zorgzwaarte voor Intern nu te zwaar?

- Doel: ontwerpen van een beslisregel voor het optimale opnamepatroon over de verschillende afdelingen. Oftewel bij welke bedbezetting gaan er patiënten op de uitwijkafdeling opgenomen worden.
- Methode: simuleren van de patienten van april 2012 t/m januari 2014 en kijken wat de regel in die periode had opgeleverd.

Scenario's simulatie:

0. Geen overflow
1. Primair patiënten voor overflow naar KNEU
2. Wanneer er nog (x) bedden vrij zijn op KINT, overflowen naar KNEU
3. Wanneer er nog (x) of meer bedden vrij zijn op KNEU, overflowen naar KNEU

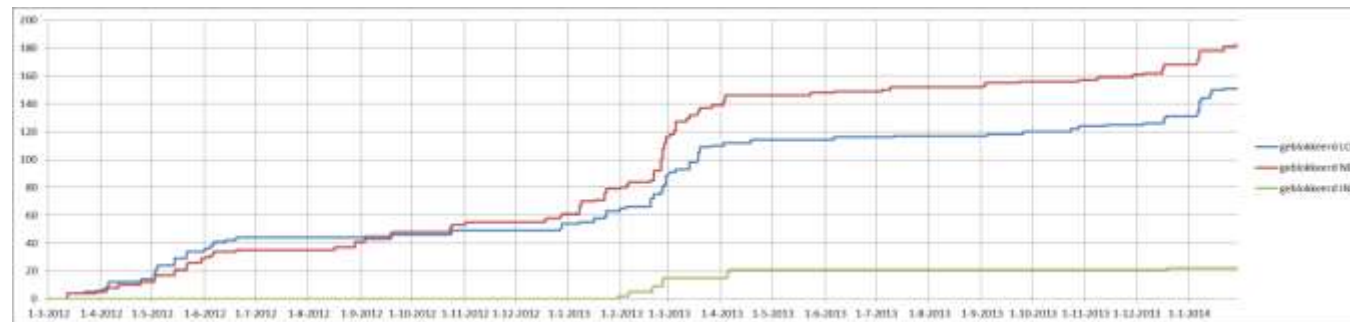
Simulatieresultaten



Scenario 0:
Geen overflow



Scenario 2 (3):
Overflow bij 3 vrije
bedden op KINT



Scenario 3(10):
Overflow bij 10 vrije
bedden KNEU

Long en Neuro worden gezien als één specialisme, waarbij een patient geblokkeerd wordt als niet past op één van de afdelingen

Conclusie

- Literatuur is niet eenduidig over efficiëntie en voordelen AOA
- Model bood een veilige testomgeving
- JBZ heeft een succesvolle andere oplossing gekozen

- D. Byrne and B. Silke. Acute medical units: Review of evidence. *European Journal of Internal Medicine*, 22(4):344–347, 2011.
- M.W. Cooke, J. Higgins, and P. Kidd. Use of emergency observation and assessment wards: a systematic literature review. *Emergency Medicine Journal*, 20(2): 138–142, 2003.
- S. Daly, D.A. Campbell, and P.A. Cameron. Short-stay units and observation medicine: a systematic review. *The Medical Journal of Australia*, 178 (11):559–563, 2003.
- I. Scott, L. Vaughan, and D. Bell. Effectiveness of acute medical units in hospitals: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(6):397–407, 2009.