

## Q&A triage NVIC – deel 2

Q:

Tijdens fase 3 hanteren wij het uitgangspunt dat er geen calamiteiten-bedden (BOSS-bedden) meer vrijgehouden worden en dat de bezettingsgraad op de ic's dan standaard 100% is.

Het first come first serve principe geldt alleen als er 1 bed beschikbaar is en dat er in de tijdspanne totdat dat bed daadwerkelijk vrij is, er slechts 1 gegadigde cf. de criteria fase 3 stap A is.

De noodzaak om stap B en stap C te zetten is er alleen indien er meerdere gegadigden zijn dan IC bedden beschikbaar.

In de presentatie van 30 december jl. staat de beoordeling van het first come first serve principe vermeldt bij fase 3C, maar daar komen we toch alleen als er meer aanbod van IC patiënten dan IC capaciteit is? Het first come first serve principe geldt dan toch alleen aan het einde van stap A? Of hanteren we een andere afspraak aangaande de verschillende stappen in fase 3? Klopt ons uitgangspunt tav BOSS-bedden of reserveren we bedden voor de mogelijk "betere" patiënt?

Voorts gaan we ervan uit dat als er een toezegging gedaan is dat er een postoperatieve IC patiënt gebruik kan maken van een IC-bed, dat dat bed niet voordat de ingreep klaar is vergeven wordt aan een andere gegadigde? En voor welke categorie postoperatieve patiënten geldt dit dan? Alleen voor de niet uitstelbare chirurgie en wat zijn dan de criteria voor deze categorie?

A:

Inderdaad is het zo dat fase 3 pas wordt afgekondigd als er schaarste is aan IC bedden in het hele land. Zo lang er druppelsgewijs aanbod is van patiënten aan de ene kant en IC bedden aan de andere kant, geldt het 'first come, first serve' principe. Als er meer gegadigden zijn voor het laatste bed, dan wordt eerst gekeken of er met de criteria uit stap a en b een keuze gemaakt kan worden. Als er tussen de patiënten medisch gezien geen relevant verschil is, dan zal er volgens de principes zoals beschreven in stap c worden vergeleken en een keuze gemaakt moeten worden.

Het reserveren van bedden voor patiënten met betere overlevingskansen die mogelijk nog kunnen komen is niet gewenst. Patiënten die een ingreep met een postoperatieve IC-opname moeten ondergaan, zullen voor start van de ingreep mee moeten worden getrieerd met andere gegadigden voor dat IC-bed. Als er sprake is van een ingreep waar tevoren niet was ingeschat dat er postoperatief een IC-bed nodig was, maar waarvan dat tijdens de ingreep duidelijk wordt, zal op het moment van aanmelden voor een IC-bed mee moeten worden getrieerd.

Van de slide in webinar:

*Een post-op bed waarbij patiënt vooraf in triage is meegenomen wordt vrijgehouden tot patiënt uit OK komt*

*Een OK waarbij patiënt niet vooraf in triage meegegaan is (eerder geen verwachte IC opname, maar dit wel perop geworden) moet alsnog getrieerd worden.*

*Dit geldt ook voor een patiënt (wel getrieerd) waarbij de situatie perop ernstig verslechterd is*

## Q&A triage NVIC – deel 2

Q:

Hebben jullie een voorstel hoe beslissingen te notuleren? De argumentatie kan niet in het patiënten dossier omdat het ook info over een andere patiënt betreft. We hadden zelf bedacht dit vast te leggen in een brief naar de RvB. Die dit archiveert.

A:

Ieder ziekenhuis mag voor zich beslissen op welke manier deze beslissingen worden vastgelegd. Het is wel belangrijk dát de beslissing duidelijk wordt vastgelegd en terug te vinden is. De beschreven manier is een elegante oplossing.

## Q&A triage NVIC – deel 2

Q:

Hebben jullie suggesties voor een lotingsysteem? Zoiets als een randomisatie website zoals bij klinische trials. Een dobbelsteen of een grabbelton met lootjes werkt natuurlijk ook, maar is weinig reproduceerbaar of controleerbaar.

A:

Het staat ieder ziekenhuis vrij om de loting naar eigen inzicht in te vullen. Een website met random number generator is een eerlijke optie.