

**To:** (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]  
**Cc:** info@marleenvanamersfoort.com[(10)(2e) @marleenvanamersfoort.com]  
**From:** (10)(2e)  
**Sent:** Tue 4/28/2020 7:41:17 AM  
**Subject:** FW: Oplossen van de (IC)bottleneck  
**Received:** Tue 4/28/2020 7:41:40 AM

(10)(2e)

Zie hieronder de reactie eerst van (10)(2e) (hoogleraar plastische chirurgie/afdelingshoofd Erasmus MC) en daarna van (10)(2e). In lijn met mijn gedachten. In ons draaiboek zitten alle ingrediënten voor de minister om een besluit te nemen voor vervolgstappen. (10)(2e) en ik nemen jullie morgen 1845 uur mee in onze denklijn en lopen dat het concept draaiboek door.

Gr (10)(2e)

(10)(2e)

Tav personeel: de HBO-Vpk in opleiding waren in de laatste periode al ingezet op de opgeschaalde ICs en die waren "op", dus daar verwacht ik onvoldoende van in fase 3. De voorraad artsen was absoluut geen bottle-neck. Opleiding is prima idee maar opleiden van medisch studenten/co-assistenten is wat vluchtig doordat zij continue doorschuiven en dus minder betrouwbaar oproepbaar zijn. Ik hoor steeds terug dat je in de afgelopen tijd eigenlijk niet zo heel veel had aan artsen, maar dat juist de verzorgende taak nodig is.

Hij beweert dat de zorg niet hoog complex is: dat is het vlgts mij ook niet als een patient alleen aan de beademing ligt maar wordt wel complex zodra er andere organen gaan uitvallen. Die IC patienten worden ook overgeplaatst omdat niet iedere IC bijv ECMO kan bieden. Politiek niet handig om het niet hoog complex te noemen: wij hebben dat nooit gedaan en krijgen toch nog die kritiek van onderschatting. De opleidingsmodule is prima maar is er feitelijk al: kan aangescherpt en gedeeld worden. Qua locatie is het een alternatief zoals in ons voorstel aan de minister om daar soepeler naar te kijken. Constructief gedacht waarvoor veel dank, maar geen wijzigingen in ons draaiboek nodig wat mij betreft.

Gr (10)(2e)

Met vriendelijke groeten,

(10)(2e)  
 (10)(2e) @pgdevries.nl  
 (10)(2e) @ngl-international.com  
 (10)(2e)

-----Oorspronkelijk bericht-----

**Van:** (10)(2e) <info@ (10)(2e) .com>  
**Verzonden:** dinsdag 28 april 2020 09:13  
**Aan:** (10)(2e) <(10)(2e) @pgdevries.nl>  
**CC:** (10)(2e) <(10)(2e) @erasmusmc.nl>  
**Onderwerp:** Re: Oplossen van de (IC)bottleneck

Hoi (10)(2e)

Top dat iemand zo goed en constructief meedenkt. Heeft veel raakvlakken met de CABU (extra beademingscapaciteit). Mijn reactie, ook ingedachte hetgeen (10)(2e) heeft opgemerkt, is de volgende:

We zijn met de CABU al een heel eind op weg in deze richting, maar dan al veel verder uitgewerkt. En kijkend vanuit die bril is het de vraag welk probleem hiermee wordt opgelost.

a. Wat is de CABU: definitie van wat daar wel/niet gebeurt is niet zozeer hoog complex. Met die beschrijving inclusief het protocollaire deel etc. zijn we al heel ver. Ik zie nog niet wat dit idee hieraan toevoegt. Steun krijgen van alle partijen daarentegen zou ik wel betitelen als hoog complex (!).

b. Beschikbaarheid van materiaal & hulpmiddelen, personeel en locaties. De vraag is welke bottleneck met dit idee in praktische zin wordt opgelost. Bijvoorbeeld: Wij hebben gemerkt dat personeel liefst uit eigen ziekenhuis om heel veel redenen voorkeur geniet en dat dat ook geen onbegonnen zaak is. Het draaipunt zijn de verpleegkundigen. De HBOV verpleegkundigen waren bij de afgelopen opschaling al allemaal ingezet voor COVID-19 dus voor fase 3 weinig behulpzaam. Artsen zijn geen bottleneck. Opleiding is so wie so een must en kan ook relatief voor de aankondiging van fase 3 in een aantal TC's plaatsvinden, zo blijkt uit onze uitvraag. Vraag is of het zinvol is permanent studenten Medicijnen op te leiden voor verpleegkundige taken die bovendien wellicht nooit zullen uitvoeren.

Zonder op alle details in te gaan is mijn suggestie aan VWS:

Laat ons de eerste versie van het draaiboek opleveren, inclusief de aanbevelingen. Dat draaiboek is dan een mooi concreet uitgangspunt om in de volgende fase verder te verrijken om tot 100% te komen. Wellicht kan deze man in de verrijking ook een rol spelen. Dat voorkomt dat er dubbel werk wordt gedaan, maar juist voortgebouwd kan worden op wat al is.

Met hartelijke groet.

(10)(2e)

(10)(2e) Consultancy  
 info@(10)(2e).com  
 (10)(2e)

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: (10)(2e) <(10)(2e)> @minvws.nl  
 Verzonden: maandag 27 april 2020 21:32  
 Aan: (10)(2e) <(10)(2e)> @pgdevries.nl  
 Onderwerp: FW: Oplossen van de (IC)bottleneck

Ha (10)(2e)

Zie onder mail v (10)(2e) (10)(2e) die vroeger in Bernhoven zat? Hij heeft een idee, lijkt op jouw opdracht.  
 Vind jij t idee om hem te bellen cq mailen? Voel je vrij om eerlijk te antwoorden. Anders bel ik m zelf of graag ik (10)(2e) te bellen Gr (10)(2e)

Verzonden met BlackBerry Work  
 (www.blackberry.com)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)> @minvws.nl <(10)(2e)> @minvws.nl>>  
 Datum: maandag 27 apr. 2020 9:21 PM  
 Aan: (10)(2e) <(10)(2e)> @minvws.nl <(10)(2e)> @minvws.nl>>  
 Kopie: (10)(2e) (SG) <(10)(2e)> @minfin.nl <(10)(2e)> @minfin.nl>>  
 Onderwerp: FW: Oplossen van de (IC)bottleneck

Hi (10)(2e), kan jij reactie (laten) opstellen?

Verzonden met BlackBerry Work  
 (www.blackberry.com)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)> @minvws.nl <(10)(2e)> @minvws.nl>>  
 Datum: maandag 27 apr. 2020 9:15 PM  
 Aan: (10)(2e) (SG) <(10)(2e)> @minfin.nl <(10)(2e)> @minfin.nl>>, (10)(2e) <(10)(2e)> @minvws.nl <(10)(2e)> @minvws.nl>>  
 Onderwerp: FW: Oplossen van de (IC)bottleneck

Graag advies.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)  
 (10)(2e)  
 (10)(2e) <tel:06 (10)(2e)>  
 @ (10)(2e)

Buiten werktijden mailen mag, maar hoeft niet. Beantwoord deze mail op een voor jou geschikt moment.

Van: (10)(2e) <(10)(2e)> @me.com <(10)(2e)> @me.com>>  
 Datum: zondag 26 apr. 2020 4:21 PM  
 Aan: (10)(2e) <(10)(2e)> @vgz.nl <(10)(2e)> @vgz.nl>>, (10)(2e) <(10)(2e)> @radboudumc.nl <(10)(2e)> @radboudumc.nl <(10)(2e)> @radboudumc.nl>>, (10)(2e) <(10)(2e)> @minvws.nl <(10)(2e)> @minvws.nl>>, (10)(2e) <(10)(2e)> @radboudumc.nl <(10)(2e)> @radboudumc.nl <(10)(2e)> @radboudumc.nl>>, (10)(2e) <(10)(2e)> @cz.nl <(10)(2e)> @cz.nl>>, (10)(2e) <(10)(2e)> @pwc.com <(10)(2e)> @pwc.com>>  
 Onderwerp: Oplossen van de (IC)bottleneck

Beste (10)(2e) en (10)(2e), Bijgaand, een in grote lijnen uitgewerkt idee om de bottleneck, IC bedden op te lossen.  
 Ik richt mij tot jullie omdat de uitvoering van dit idee, in de veronderstelling dat jullie dit idee of een variant hierop levensvatbaar achten, mogelijk jullie ondersteuning in kennis, kunde en organiseren vraagt.

Als je het niet levensvatbaar acht heeft het jullie 5 minuten leestijd gekost en 10 minuten doordenken, met mogelijk een alternatief briljant idee. Enjoy reading!

#### Aanleiding

De rode draad in nagenoeg alle discussies over Covid-19 leiden terug naar de capaciteit van het beschikbaar aantal IC bedden. Een vraagstuk voor nu maar met grote waarschijnlijkheid ook voor de herfst en later periodes, dus langdurig van aard.

Als gevolg hiervan zijn we verwikkeld geraakt in een zich langzaam polariserende discussie tussen gezondheid en economie. Beide zijn een intergraal onderdeel van onze maatschappij die als we als we niet oppassen zich langzaam ontwricht met alle gevolgen van dien.

Idee, Oplossen bottleneck beschikbare Covid-19 bedden.

Bij het substantieel oplopen (dus boven de actuele ca. 2500) van het aantal beschikbare Covid-19 bedden (+1000) lossen we de nu bestaande bottleneck op waardoor op alle cruciale vraagstukken, lock-down, stuwmeer uitgestelde regulieren zorg etc. ruimte ontstaat om terug te gaan naar 'normaal'.

Hoe? De bottleneck is op te splitsen in drie sub gebieden te weten; 1. Technologie/ apparatuur 2. Kennis 3. Menskracht

#### Samenvatting

- opzetten van een CRR (Covid-19 Reserve Resource) bestaande uit 500-1000 extra oproepbare (hoog) opgeleide professionals (medische studenten, artsen in opleiding, HBO verpleegkundigen in opleiding)
- top opleiders uit de Medisch faculteiten en ziekenhuizen ontwikkelen met spoed een specifieke Covid-19 IC opleidingsmodule. Die vervolgens op o.a. alle medische faculteiten onmiddellijk als lesstof wordt aangeboden.
- aanwijzen van twee à drie extra locaties waar specifieke Covid-19 IC bedden (1000) capaciteit (indien nodig) kan worden opgebouwd
- dit nu specifiek voor Covid-19 ontwikkelde harmonica model kan t.z.t. wanneer een vaccin of medicijn ontwikkeld is worden aangepast als harmonica model voor andere toekomstige epidemieën.
- voordelen snelle afbouw lock-down, voorkomen nieuwe lock-down, snelle opstart uitgestelde reguliere zorg, geen toekomstig stil vallen reguliere zorg.

Toelichting samenvatting per onderdeel.

1. Technologie/apparatuur. Het gaat hier om een normaal IC bed. Beademingsapparatuur in principe niets bijzonder behalve dat de sterk gestegen vraag op korte termijn een knelpunt is/was. Ondertussen zijn diverse partijen tot extra productie overgegaan en zijn er nieuwe (vaak goedkopere) aanbieders op de markt gekomen. Pompen benodigd voor bepaalde organen en meet/monitor apparatuur.

2. Kennis. Zoals bijna alle zorg is ook Covid-19 geprotocolleerd. Dit betekent dat er sprake is van een min of meer standaard behandel protocol waarlangs alle zorgverleners werken. Daar er op dit moment veel Corona patiënten zijn is de leercurve groot zowel in kennis als in het opdoen van praktische ervaring. Ook kan men stellen dat wat zorgverleners op dit moment daadwerkelijk doen niet hoog complex is en er sprake is uniformiteit in behandelen en daarmee van een repetitief karakter. Dit doet niets af aan de vaak dramatisch klinische beelden die deze ziekte met zich meebrengt.

Bovenstaande betekent dat de benodigde kennis noodzakelijk om Covid-19 patiënten te behandelen goed in kaart is te brengen en te verwerken in een leermodule die goed te onderwijzen is.

3. Menskracht (Best and brightest). De belangrijkste en nijpende factor. Buiten de personeelsbezetting die we flexibel beschikbaar hebben in de zorginstellingen is het idee om een extra Covid-19 reserve resource van tussen de 500 en 1000 personen beschikbaar te maken. Deze CRR (Covid-19 Reserve Resource) zou kunnen worden opgebouwd uit alle medische studenten in opleiding, aangevuld met arts assistenten en of artsen in opleiding en HBO verpleegkundige in opleiding.

Er wordt een task force samengesteld waar (de beste) opleiders van de medische faculteiten en opleidingsziekenhuizen in plaatsnemen. Zij zorgen (binnen zeer korte tijd) voor een zeer geconcentreerde Covid-19 IC ondersteuningsopleiding. Vervolgens wordt deze module na afronding van de ontwikkeling per direct aan alle medische studenten in opleiding, en indien nodig aangevuld met de andere categorie kandidaten, onderwezen.

Up-dates worden digitaal beschikbaar gesteld zodat een ieder altijd op de laatste kennis stand is. Deze CRR leden zijn stand-by en komen in actie op het moment dat de bestaande reguliere IC bedden capaciteit onvoldoende is/likt te worden. Dit betekent dat door implementatie van dit model (altijd) voldoende extra menskracht beschikbaar is en snel geactiveerd kan worden voor actie. Voor deze personen, de toekomstige medici is dit een droom kans om in korte tijd heel veel praktijk ervaring op te doen en zeer relevant te zijn binnen hun opleidingsgebied.

Met deze hoogopgeleide personen als ondersteuning kunnen intensivisten over (aanzienlijk) meer patiënten supervisie houden.

Deze CRR zou per direct geïnstalleerd moeten worden en op afroep beschikbaar moeten zijn zolang er geen vaccin of medicijn beschikbaar is. Zelfs als er voor Covid-19 een remedie gevonden is, is het hebben van zo een Reserve Resource om andere nieuwe epidemieën te kunnen bestrijden verstandig.

Waar komen de extra (1000) bedden te staan?

Hier zijn meerdere mogelijkheden voorhanden maar bij voorkeur op door de overheid aangewezen (maximaal twee à drie) in het land verspreide locaties. Dit kunnen zijn bestaande (UMC) locaties die makkelijk zijn om te vormen of uit te breiden tot tijdelijke Covid-19 IC's wanneer noodzakelijk. Of door het bijbouwen van een tijdelijke nood ziekenhuis/IC locatie

Deze oplossing kost extra geld. De extra investering echter geeft de noodzakelijke flexibiliteit en kan als harmonica model gebruikt worden om zowel een lock-down te voorkomen, minimaliseren of om snel weer te kunnen opstarten. Ook wordt voorkomen dat de reguliere zorg binnen instellingen zoals nu tot min of meer stilstand komen.

In verhouding met de op dit moment getroffen financiële noodmaatregelen gaat het hier om 'klein geld'

Dit zijn de grote lijnen van mijn idee om deze kern bottleneck op te lossen.

Ongetwijfeld zijn er op dit moment diverse op en aanmerkingen, in het bijzonder wanneer het over de uitvoering gaat. Deze veronderstel ik, zijn als we dit ook echt willen oplosbaar. Ik heb het idee conceptmatig voor een eerste reactie getoetst bij medici die intensief bij de Covid-19 uitbraak betrokken zijn geweest.

Uit persoonlijke ervaring weet ik dat 'anders denken' over bestaande manieren van werken door medici niet altijd onmiddellijk wordt onderschreven. Medici zijn opgeleid en doen de gehele dag niets anders dan proberen te ontdekken wat het 'foutje' in het systeem is waardoor iets niet werkt/functioneert. Zo kijken zij per default naar ieder nieuwe idee/suggestie. Zij vragen zich automatisch af 'wat is hier niet goed aan, wat klopt er niet'. Ook zijn dokters getraind en opgeleid om systematisch zaken uit te sluiten dat is iets totaal anders dan het zoeken naar oplossingen. Kortom, in eerste instantie zal er vanuit de medische hoek waarschijnlijk de nodige bedenkingen en of weerstand komen op dit idee. Zie dit vooral als een tijdelijk en entertaining obstacles op weg samen met onze medici naar iets waar heel Nederland van zal profiteren.

Ik zou graag verder met jullie van gedachte wisselen hoe dit idee uitvoeringsrijp te maken.

Hartelijke groet,

(10)(2e)