7
Maatschappelijke impact van het postcovidsyndroom

Maatschappelijke impact van het postcovidsyndroom

Aan de orde is het **debat** over **de maatschappelijke impact van het postcovidsyndroom**.

De **voorzitter**:
Aan de orde is het debat over de maatschappelijke impact van het postcovidsyndroom. Een hartelijk woord van welkom aan de minister van VWS, de minister van SZW en de minister voor Langdurige Zorg en Sport. Dan heb ik ze allemaal weer compleet. Het is full house in vak K, mag ik wel vaststellen. We hebben twaalf sprekers van de zijde van de Kamer. De eerste spreker staat reeds te trappelen van ongeduld. Dat is de heer Drost van de fractie van de ChristenUnie. Ik geef hem graag het woord. Hij heeft vier minuten spreektijd, net zoals de overige sprekers. Het woord is aan hem, de heer Drost van de ChristenUnie.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Dank u wel, voorzitter. Ik wil graag beginnen met het welkom heten van de mensen op de publieke tribune en de mensen die thuis meekijken omdat ze hier niet kunnen zijn vanwege hun long covid. Ik wil in het bijzonder denken aan hen die zelfs niet de kracht en de gezondheid hebben om mee te kunnen kijken. Laten we oog voor hen hebben en laten we hen niet vergeten. Voor hen is het leven moeilijk en niet vanzelfsprekend.

Voorzitter. Dat is hoe de ChristenUnie naar het leven wil kijken: in bewondering van het prille begin tot het soms broze einde, maar ook in de wetenschap dat het kwetsbaar kan zijn en dat gezondheid niet altijd maakbaar is. Soms rest ons alleen nog de vraag: mag ik even naast je zitten? Ik hoop dat we hier vandaag breed politiek aan al die patiënten, en ook aan de mensen die weer om hen heen staan, het signaal willen geven dat we hen niet vergeten zijn. Mantelzorgers en ouders van kinderen met long covid: we zien jullie en dank voor het delen van jullie verhalen. Het is nu aan ons om daar iets mee te doen.

Er zijn helaas meer ziekten waarvan ondanks onderzoek veel onbekend blijft en waarbij patiënten in stilte lijden, bijvoorbeeld ME. Ons kennen is beperkt, maar dat betekent niet dat wij hen kunnen vergeten, in tegendeel. Veel patiënten met postcovid stuiten nog op onbegrip en onwetendheid, niet alleen bij hun naasten, maar ook bij artsen: UWV-artsen, verzekeringsartsen en huisartsen. Hoe zet de minister zich in om de kennis van de ziekte bij artsen op niveau te krijgen? Elke besmetting met corona is een kans op postcovid. Zit dat genoeg tussen de oren van elke Nederlander, is de vraag. Wordt het niet noodzakelijk om landelijke informatiecampagnes te starten? Wat is er gebeurd met de motie van mijn hand, en van collega Van den Berg, om het advies om thuis te blijven bij klachten breder onder de aandacht te brengen?

Voorzitter. Alle patiënten snakken naar een effectieve behandeling. Die is er helaas nog niet. We bieden paramedische herstelzorg — dat is heel goed — maar zeker geen maatwerk. Ernstig zieke patiënten zijn soms wanhopig, omdat ze niet weten waar ze aan moeten kloppen. Bij toeval stuiten ze op een arts met kennis van zaken omdat die al veel patiënten heeft gezien. Dat moet toch beter kunnen, is de vraag. Waar kan de patiënt op rekenen? Patiënten missen het multidisciplinair kijken. Ik begrijp dat er gewerkt wordt aan een aantal poliklinieken waar aandacht is voor het biologische, psychologische en sociale aspect van de ziekte en de behandeling. Ziet de minister daar de toegevoegde waarde van? Wat kan en wil de minister doen om het opzetten van postcovidklinieken te ondersteunen? Ik zal daarvoor vanavond met een voorstel komen. Ziet hij ook ruimte om patiënten met andere postinfectieuze ziekten aan te sluiten bij die postpoliklinieken? Is er zicht op patiënten die zorg mijden, bijvoorbeeld omdat ze hun klachten niet ernstig genoeg vinden of omdat ze de hoop om geholpen te worden hebben opgegeven?

Voorzitter. Er is een groot bedrag voor onderzoek naar postcovid beschikbaar gekomen. Dat is fijn. Kan de minister vertellen hoe ver de lopende onderzoeken nu zijn? Het opstarten van onderzoeken duurt namelijk lang. Ze zijn nog niet begonnen en voordat de patiënten er iets van merken zijn we minstens twee jaar verder. Welk perspectief krijgen patiënten? Wat is het tijdpad?

Voorzitter. Ik heb met kinderen met postcovid en hun ouders gesproken. Wat een tragedies. De kinderen vragen: "Zie je ons staan? Erken dat wij ziek zijn." Kan de jeugdarts een rol spelen in het goed onder de aandacht brengen van postcovid op scholen, is de vraag.

Dan over de inkomenssituatie van postcovidpatiënten. Die verandert ook opeens. Het geeft hen veel onzekerheid, zeker als er een gezin in het spel is. Het UWV gaat er over het algemeen van uit dat na twee jaar het ziektebeeld wel duidelijk is, maar bij postcovid hoeft dat helemaal niet zo te zijn. Het wisselt hoeveel iemand zich kan inspannen en werken. Het kan verbeteren en verslechteren. Hoe kan het UWV daarmee omgaan? In bredere zin: hoe wordt er op het ministerie van SZW naar postcovid gekeken? Hoe wordt dat meegenomen in diverse regelingen waarmee mensen te maken krijgen?

Voorzitter. Ten slotte wil ik eindigen met nogmaals eenieder die te maken heeft met postcovid heel veel sterkte te wensen. Mag dit debat voor jullie een beetje hoop bieden. Voor de ChristenUnie geldt dat we oog voor jullie willen blijven hebben.

Voorzitter. Nog één ding: de heer Van der Staaij van de SGP-fractie laat zich verexcuseren, maar wilde graag laten weten dat hij ook oog heeft voor deze groep patiënten. Ik sprak dus ook namens hem.

Ik dank u.

De **voorzitter**:
Heel goed. Blijft u nog even staan; er is een vraag van de heer Van Haga.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Ik zou willen vragen: hoe maakt u het onderscheid tussen postcovidklachten en vaccinatieschade?

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik maak dat niet. Volgens mij moeten we naar de patiënt kijken en als er sprake is van postcovidklachten dan maakt dat niet uit hoe die zijn ontstaan, wat mij betreft. Er moet oog zijn voor de patiënt, er moet behandelruimte zijn en er moet perspectief geboden kunnen worden. Dat is denk ik het doel van ons allemaal.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Zou het niet gewoon zo kunnen zijn dat een groot deel van die postcovidklachten te scharen zijn onder mensen die gevaccineerd zijn en die dus postvaccinatieverschijnselen hebben?

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik denk van niet. Het is niet uitgesloten overigens. Ook C-support schrijft op hun website dat het kan. Dat zijn dan de bijwerkingen van een vaccin. Dat is dus niet uitgesloten, maar ik kijk er anders naar. Ik denk niet dat het een groot aandeel is. Nogmaals, het maakt uiteindelijk niet uit hoe mensen het oplopen; we moeten hen helpen.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Doen we de interrupties in drieën, voorzitter?

De **voorzitter**:
Ja, maar wel heel kort dan.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Oké. Kijk, ten eerste vraag ik me af waarom we hier überhaupt een debat over hebben, want er zijn heel veel mensen met kanker of hart- en vaatziekten, maar we hebben hier nog nooit een debat gehad over postkanker en posthart- en vaatziekten. Zou het niet kunnen dat de overheid hier een dubieuze rol heeft omdat de aansprakelijkheid van de overheid voor vaccinatieschade waarschijnlijk wel bestaat, maar niet als het postcovid is, dus na het doormaken van een infectie met covid? Willen we het daardoor zo graag scharen onder postcovid?

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Nogmaals, ik maak dat onderscheid niet. Als mensen postcovidklachten hebben, moeten we ze helpen en bijstaan. Dat is mijn uitgangspunt. Volgens mij worden hier best weleens debatten gevoerd over andere onderwerpen, ook over specifieke ziekten. In dit geval hebben we een rapport gekregen van het Maatschappelijk Impact Team. Dat toonde eigenlijk de maatschappelijke impact van postcovid aan en daar spreken we nu met elkaar over. Ik zie dus alle ruimte om dat debat plenair te voeren en er was een meerderheid voor in de Kamer.

De **voorzitter**:
Prima.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Ik wil hier even op doorgaan. Ik ben wel verbaasd. De heer Drost zegt: het maakt mij niet zo zeer uit waardoor die klachten komen. Maar het lijkt mij toch wel van groot belang om te weten of het door covid, door vaccinatie of wellicht door andere oorzaken komt, al was het maar om te bepalen hoe je het gaat bestrijden en wat je ermee gaat doen. Ik begrijp gewoon niet goed waarom u er geen interesse in heeft om te weten waar die klachten vandaan komen.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Dat is zo, omdat dat vandaag niet aan de orde is. Vandaag spreken we over patiënten met longcovid- en postcovidklachten. Vandaag spreken we over de maatschappelijke impact daarvan. Dat is de achterkant. Volgens mij hebben we vandaag niet een debat over hoe het tot stand komt. Ik gaf net al in antwoorden op vragen van de heer Van Haga aan dat de mogelijkheid bestaat dat mensen postcovidklachten ontwikkelen na vaccineren. Dat zijn dan de bijwerkingen van de vaccinatie. Daar wordt onderzoek naar gedaan, voor zover ik weet. Dat is volgens mij alleen maar goed. Als dat een keer boven tafel komt en we daarover moeten debatteren, dan moeten we dat vooral niet nalaten. Maar op dit moment blijven we volgens mij bij wat ik zeg: we moeten spreken over de impact van postcovid op patiënten en op onze maatschappij.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Heel kort. Volgens mij is het wel aan de orde. In een van de stukken, een van de brieven die de minister heeft rondgestuurd, gaat het ook over het onderzoek naar de oorzaken. Dat is onderzoek naar postcovid. Mag ik nog één korte vraag stellen? Zou u er voorstander van zijn — dat gebeurt volgens mij nu niet — dat in het onderzoek naar postcovid dat nu wordt gedaan, ook andere mogelijke oorzaken dan alleen de coronabesmetting worden meegenomen?

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Volgens mij wordt er breed gekeken naar postcovid, naar hoe het ontstaat, naar de oorzaken ervan en naar de behandelmethoden. Hoe breder, hoe beter wat mij betreft. Ik wil niet de indruk wekken dat we hier onderzoeken naar specifiek vaccinatieschade moeten starten, want ik vind dat ernstig tekortdoen aan wat mensen overkomt die te maken hebben met postcovidklachten.

De **voorzitter**:
Prima. We gaan luisteren naar mevrouw Van den Berg van het CDA. Nee, meneer Van Haga, we gaan luisteren naar mevrouw Van den Berg van het CDA.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Voorzitter ...

De **voorzitter**:
Ik heb u in dit rondje al gehoord. Als u achteraan aansluit en overnieuw begint, dan wordt het echt nachtwerk. Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dank u wel, voorzitter. Welkom aan alle mensen op de tribune, met name ook aan hen die net een petitie hebben aangeboden. We zullen in ieder geval op alle drie de punten in de petitie terugkomen.

Voorzitter. Dit debat vindt mede op verzoek van het CDA plaats, omdat we vinden dat er té weinig aandacht is voor de maatschappelijke impact die postcovidklachten kunnen hebben. Uit de presentaties van het RIVM en het Maatschappelijk Impact Team in mei werd pijnlijk duidelijk dat circa 450.000 volwassenen en kinderen aanhoudende klachten hebben na een coronabesmetting. Van hen ervaren ongeveer 90.000 personen ernstige beperkingen. Voor sommige mensen kan het zelfs een levenslange aandoening blijken.

Voorzitter. Dat er voor een nieuwe ziekte niet onmiddellijk een adequate behandeling is, is zeer triest voor degenen die erdoor zijn getroffen. Het is dan extra belangrijk dat alle kennis samenkomt, dat er integraal naar de klachten wordt gekeken en dat patiënten goed in beeld zijn. Daarom heb ik de volgende vragen aan de minister. Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot het opzetten van expertisecentra? Hoe verloopt de onderlinge samenwerking? Is er één gemeenschappelijke databank, samen met C-support? Hoe komt er meer zicht op deze patiëntengroep?

Voorzitter. Het CDA vindt dat de groep met levensontwrichtende klachten nu te weinig aandacht krijgt. Zij ervaren weinig erkenning, schrijft ook het Longfonds. De reactie in de brief van maandagavond vinden wij dan ook teleurstellend. We vinden het een slechte zaak dat de tweedelijnszorg versnipperd is en niet, zoals de heer Drost al zei, veel meer "multi", meer generalistisch wordt opgezet. Heeft men longklachten, dan wordt men doorverwezen naar de longarts. Heeft men gelijktijdig spierklachten, dan gaat men naar de neuroloog of naar een andere specialist. Kan de minister aangeven hoe artsen er nu voor zorgen dat er onderling wordt overlegd? Zonder relevante data geen goede zorg, maar zoals de minister weet, is databeschikbaarheid sowieso nog slecht ontwikkeld in de zorg.

Voorzitter. Het onderzoek met betrekking tot de groep met longcovidklachten is versnipperd ingericht en dat helpt niet. Ik heb daar in juli een motie over ingediend die bijna unaniem is gesteund. Kan de minister aangeven wat hij heeft gedaan om die motie uit te voeren? Want de begroting van VWS voor 2024 laat onzes inziens nog steeds een enorme versnippering zien met betrekking tot covidonderzoek.

Voorzitter. Zaterdag mocht ik aanwezig zijn bij de opening van de spoedeisende hulp Kinderstraat bij het ziekenhuis in Goes door de kinderburgemeester. Daar kwam ik in gesprek met iemand die recentelijk nog corona had gehad. Hij vertelde mij hoe ernstig ziek hij was geweest en dat hij weken nodig heeft gehad om weer een beetje conditie op te bouwen. Dat corona niet meer weggaat, hebben de meeste mensen wel op hun netvlies, maar men denkt dan vaak toch aan een verkoudheid. Maar nog steeds kunnen er nieuwe gevallen van long covid bij komen. Nu stelt de minister deze winter een vaccin beschikbaar voor hen die kwetsbaar zijn. Maar hoe neemt hij dit gevaar, dus dat men nog steeds long covid kan oplopen, mee in de publieksvoorlichting?

Voorzitter. Corona overviel ons, maar door onze wijze van leven kan er morgen weer wat gebeuren. In hoeverre liggen er nu structuren, studies of wat dan ook voor surveillance klaar, om voor toekomstige pandemieën goed inzicht te krijgen in chronische klachten na infecties?

Tot slot, voorzitter. Van de FNV hebben we een bericht ontvangen. Klopt het dat de UWV-keuring bij sommige gedupeerden nog niet plaatsgevonden heeft, waardoor ze buiten de boot dreigen te vallen voor de regeling?

Dank u wel, voorzitter.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Wat vindt mevrouw Van den Berg ervan dat de minister zegt dat hij voor crisissituaties in de zorg 1.150 operationele ic-bedden nodig heeft, dus bedden en de mensen daarvoor? Door de marktwerking is het aantal zo ver teruggelopen dat we nu 900 operationele ic-bedden met mensen hebben. Wat vindt mevrouw Van den Berg daarvan?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik heb dat bericht ook gelezen. Ik heb trouwens ook gelezen dat er aan apparatuur en andere middelen nog heel veel meer beschikbaar is, want daar is in de begroting van VWS een aparte post voor opgenomen. Op dit moment is het dus toereikend, maar ik ben het eens met mevrouw Agema dat er wel doorontwikkeld moet worden om aan die 1.150 te komen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Toereikend is 1.150, dat met alle noodplannen die mevrouw Van den Berg net opnoemt uitgebouwd kan worden naar 1.700. Toereikend is dus niet de 900 die wij nu operationeel hebben, doordat intensivecarebedden door marktwerking te duur worden gevonden en daarom steeds verder worden afgebouwd.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Volgens mij heeft de minister dat meerdere keren toegelicht. Gezien wat er zogezegd normaal gebruikt wordt, is er nog heel veel ruimte om ook spoedgevallen op te nemen. Ook heeft deze minister volgens mij aangegeven dat het de bedoeling is dat wij van 900 naar 1.150 bedden gaan.

De **voorzitter**:
Prima. We gaan luisteren naar de heer Bushoff van de Partij van de Arbeid.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Dank u wel, voorzitter. "Man siehet nur die im Lichte. Die im Dunkeln sieht man nicht." Dat betekent zoiets als: we zien alleen de mensen in het licht; mensen in het donker ziet men niet. Een citaat uit Die Dreigroschenoper, De Driestuiversopera, een stuk uit het begin van de vorige eeuw met een socialistische inslag, met kritiek op het kapitalisme. Het is inderdaad eveneens een citaat van Joop den Uyl in 1986 hier in dit parlement, in de Tweede Kamer. Hij sprak toen over mensen in ellende die over het hoofd worden gezien.

Ik moet denken aan dit citaat als ik denk aan al die mensen met een postacuut infectiesyndroomzoals long covid, die soms figuurlijk en soms letterlijk in het donker zitten of liggen en dreigen over het hoofd te worden gezien. Ik denk dat het vandaag en in de toekomst onze taak is om hen en hun noden in het licht te zetten. Concreet betekent dat volgens mij onderzoek doen, zorgen voor poliklinieken, kinderen met long covid niet vergeten, de regeling voor zorgwerkers met long covid verbeteren en de hardvochtigheden en het wantrouwen verminderen dat daarin zit. Op deze punten zal ik ook ingaan in mijn verdere betoog. Ik zal vandaag ook een aantal voorstellen doen.

Ik begin met onderzoek. Het is goed dat er onderzoek gedaan wordt, en dat er extra geld beschikbaar is gekomen voor onderzoek. GroenLinks en de Partij van de Arbeid zullen kritisch bekijken of het voldoende is en of het structureel genoeg is. We kijken ook reikhalzend uit naar de onderzoeksagenda die de minister heeft aangekondigd, want daaruit moet blijken of er meer onderzoek nodig is of niet. We hopen en verwachten dat we die ook spoedig zullen krijgen.

Voorzitter. Dan over poliklinieken. Ik begon mijn inbreng met een geleend citaat van onze oosterburen, maar we kunnen niet alleen citaten lenen van onze oosterburen, we kunnen ook van ze leren. In Duitsland zijn er 109 longcovidklinieken, 17 specifiek voor kinderen. Hier in Nederland zijn dat er 0, of misschien een halve voor kinderen. Dat moet anders en kan ook beter. Ik zal daar samen met de heer Drost van de ChristenUnie een voorstel voor doen. Erkent de minister ook de grote behoefte bij vooral patiënten aan zo'n longcovidpoli waar ze terechtkunnen?

Voorzitter. Dan een aantal vragen over kinderen met long covid. Een groot probleem is de erkenning en het herkennen van het probleem bij kinderen. Wat gaan we eraan doen dat leraren en leerplichtambtenaren bekend zijn met die situaties? Hoe zorgen we dat er geen misverstanden ontstaan? Nu al weten we dat er tien gevallen zijn bij Veilig Thuis van kinderen die niet naar school gaan, naar later bleek omdat ze long covid hebben.

Ik vraag ook specifiek aan de minister van Sociale Zaken wat zij bereid is om te doen en kan doen voor ouders die te maken hebben met een kind met long covid dat heel lang thuiszit. Daardoor kunnen ouders immers minder werken en hebben ze voor lange tijd minder inkomen.

Voorzitter. Tot slot nog kort over de regeling voor zorgwerkers met long covid. GroenLinks, de Partij van de Arbeid en het overgrote deel van de oppositie in deze Tweede Kamer wilden die regeling verhogen en verbreden. Dat is niet gelukt voor de zomer, maar het minste wat we moeten doen is ervoor zorgen dat de doelgroep die deze minister zelf beoogt, daadwerkelijk bereikt wordt. Dat gebeurt nu niet vanwege hardvochtigheden en wantrouwen in die regeling. Dat moet gerepareerd worden. Ook daarvoor zal ik een voorstel doen, samen met de ChristenUnie. Laten we er dan voor zorgen dat die mensen alsnog geholpen worden.

De **voorzitter**:
Dank u wel. De heer Van Haga, van Groep Van Haga.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Voorzitter. Geen debat over de onverklaarbare oversterfte van bijna 2.000 mensen per kwartaal. Geen debat over de 600.000 mensen die kanker hebben en hier nog heel lang last van hebben, of over de 100 mensen die per dag sterven aan hart- en vaatziekten. Geen debat over de miljarden schade die het coronabeleid de economie en de ondernemers heeft gekost en geen debat over de tienduizenden mensen met coronavaccinatieschade. Maar wel een debat over postcovid, dat een containerbegrip is voor een stuk of 200 vage klachten, die dit kabinet met alle geweld wil toeschrijven aan het doormaken van een corona-infectie en niet aan de gevolgen van een injectie met de vrijwel ongeteste en mogelijk met DNA vervuilde mRNA-gentherapie, waarover meerdere keren gelogen is: je kon geen corona meer krijgen, je kon geen corona meer overdragen, je was levenslang beschermd, er waren geen bijwerkingen en je vaccineerde je voor een ander. Het was allemaal niet waar. En nu moeten wij gewoon maar aannemen dat al die mensen met onverklaarbare en soms invaliderende klachten postcovid hebben.

Kan de minister aangeven of de Staat of de producent van de vaccins aansprakelijk is voor vaccinatieschade? Kan de minister bevestigen dat er geen specifiek onderzoek wordt gedaan naar de relatie tussen coronavaccinatie en oversterfte? Waarom worden er miljoenen uitgetrokken voor onderzoek naar postcovid, maar niet voor onderzoek naar de relatie tussen coronavaccinatie en postcovid? Hoe zeker is de diagnose van postcovid? Wat zijn de totale kosten van het zogenaamde postcovidsyndroom? Hoeveel ongevaccineerde mensen hebben eigenlijk postcovid? Is er een verschil met gevaccineerde mensen? Worden deze statistieken überhaupt bijgehouden?

Voorzitter. Een postcoviddebat is een afleiding van het echte probleem. Als de grootste ramp sinds de Tweede Wereldoorlog niet eens onderzocht mag worden door een parlementaire enquêtecommissie, dan is er iets fundamenteel mis met onze democratie. Voordat wij het gaan hebben over een aandoening die misschien niet eens bestaat, moeten we het hebben over het schandaal dat heel veel mensen hun welzijn en hun leven heeft gekost, namelijk het coronabeleid, in het belang van Nederland.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:
Dank u wel.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Ik wil de heer Van Haga vragen of hij het kies vindt om hier eigenlijk een soort van verkiezingsboodschap uit te dragen. Er zitten hier mensen op de tribune en er is vanmiddag een petitie aangeboden. Honderden, misschien wel duizenden mensen en zeker de frontstrijders, voor wie wij allemaal hebben geklapt, volgen hier dit debat. Zij willen graag horen wat wij als partijen voor hen kunnen gaan betekenen. Wij hebben hier vier minuten spreektijd. De heer Van Haga heeft twee minuten. Deze mensen hebben drieënhalf jaar moeten wachten op dit debat. Een rekensom leerde ons vanmiddag — een van de mensen stuurde die — dat dat 1.869.000 en nog wat seconden zijn. Zij willen horen wat

wij gaan doen. Vaccinatieschade en oversterfte passen helemaal niet in dit debat. Ik voel me er eerlijk gezegd een beetje ongemakkelijk bij. Iedereen gaat over zijn eigen woorden, maar we zitten hier voor hen. We staan hier voor hen en niet voor mijn campagne of voor wiens campagne dan ook; dat mag ik niet hopen. Wat is de reflectie van de heer Van Haga daarop? Wat gaat hij voor deze mensen doen?

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Mevrouw Van der Plas staat hier duidelijk wel voor haar verkiezingscampagne, want anders zou ze hier niet staan. Voordat mevrouw Van der Plas in de Kamer zat, heb ik mij kapotgevochten tegen het bizarre coronabeleid, dat heel veel mensenlevens heeft gekost en heel veel schade heeft toegebracht. Daar was uiteindelijk geen enkele wetenschappelijke onderbouwing voor. Geen lockdown, geen avondklok, geen mondkapjes, geen schoolsluitingen en geen vaccinatie van kinderen: ik heb me daar altijd hard voor gemaakt. Het enige wat ik nu probeer te doen, is opnieuw de overheid in haar hok te duwen. Het is namelijk vreemd — die vraag mag ik hier stellen — dat wij geen onderzoek doen naar de vaccinatieschade, die misschien wel heel erg overeenkomt met de postcovidklachten. Juist voor die mensen is het juist heel relevant om dat wél te doen, om wél die vraag te stellen. Daarom verbaast het me dat u hier naar voren komt om deze rare vraag te stellen.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Ik vind het helemaal geen rare vraag. Sterker nog, toen de mensen in de eerste golf van covid besmet raakten met corona — dan heb ik het over de mensen in de zorg en de ambulancemensen — was er nog helemaal geen vaccinatie. Het argument dat de vaccinatieschade daarmee te maken heeft … Er was helemaal geen vaccin. Ik vind het dus helemaal geen rare vraag. Mijn vraag is gewoon oprecht: wat wil de heer Van Haga voor deze mensen doen? Want ik hoor hem zeggen dat hij de overheid in haar hok terug wil duwen. Ja, dat is een strijd tussen de heer Van Haga en de overheid, maar wij staan hier voor deze mensen; althans ik sta hier om rechtvaardig beleid te krijgen voor deze mensen. In de hele coronadiscussie en de vraag of het coronabeleid wel of niet goed was, stel ik me ook zeer kritisch op; dat weet de heer Van Haga. Maar ik vind het gewoon niet passen in dit debat. Dat is mijn constatering.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Het blijft een feit dat er vanuit de overheid een enorme terughoudendheid is om te kijken naar de verschillen tussen gevaccineerden en ongevaccineerden en om onderzoek te doen naar vaccinatieschade. Postcovidklachten komen over het algemeen heel erg overeen met de klachten die je kan hebben na een vaccinatie. Dat doet helemaal niet af aan het feit dat ik ook voor die mensen sta die die klachten hebben. Ik sta juist daarvoor, dus probeer dat me niet aan te wrijven. Het is in een situatie waarin farmaceutische bedrijven de aansprakelijkheid verleggen naar de overheden heel vreemd dat de overheden proberen om postcovidklachten te doen voorkomen als iets wat je hebt nadat je alleen maar een corona-infectie hebt doorgemaakt, terwijl het ook best zou kunnen zijn dat die iets te maken hebben met die vaccinaties. Ik verbaas me erover dat u daar zo fel op bent. Die vraag moet gesteld worden.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Bevestigt de heer Van Haga dat er tussen half maart 2020, toen de eerste golf van het covidvirus Nederland binnenkwam, en — ik heb de datum niet meer scherp — ongeveer juli of augustus …

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Toen was er geen vaccinatie. Prima.

De **voorzitter**:
Ho, ho, ho. Mevrouw Van der Plas, gaat u verder.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Ik wil de vraag even opnieuw stellen. Bevestigt de heer Van Haga dat er tussen maart 2020 en juli, augustus 2020 — misschien was het nog wel later — niet gevaccineerd werd? Ik hoor mevrouw Agema zeggen dat het een jaar was. Dank je wel, mevrouw Agema.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Dat klopt; dat weten we allemaal.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Die mensen die toen in die frontlinie hebben gezeten, hebben toen covid opgelopen. Heel veel van die mensen die toen in de zorg werkten, zonder hulpmiddelen en zonder bescherming, waren niet gevaccineerd, want er was geen vaccin. Ik vind het dus heel raar. Daarna was er wel een vaccin. Zeker, ik vind ik ook dat er onderzoek moet komen naar vaccinatieschade en ook naar de oversterfte. Daar ben ik het helemaal mee eens, maar we hebben het nu over mensen die helemaal niet gevaccineerd waren. De heer Van Haga gooit alles op één hoop. Nou, ik vind dat raar. Sorry. Dat kan de heer Van Haga vreemd vinden, maar ik vind dat raar.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Het antwoord op de eerste vraag is: natuurlijk. In de eerste periode was er geen vaccin; dat klopt. Maar mevrouw Van der Plas gooit ook alles op één hoop. Ik kan dus een wedervraag stellen.

De **voorzitter**:
Nee, nee, nee, nee.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Is dan ieder postcovidsyndroom te wijten aan het doormaken van een covidinfectie? Of kan het ook zijn dat er een heel groot contingent is dat last heeft van vaccinatieschade? En moet dat niet onderzocht worden?

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Ik val gewoon van mijn stoel. We hebben een jaar lang geen vaccins gehad. De eerste studies naar long covid zijn al in 2020 begonnen. Toen was er nog geen vaccin. Vooral uit de eerste golf vielen mensen massaal en langdurig uit. Die konden niet werken. Er is ook een vraag te stellen over

vaccinatieschade. Stel dat mensen in de eerste golf ziek geworden zijn van corona en dat drie jaar zijn gebleven. Erkent de heer van Haga dat het dan buitengewoon waarschijnlijk is dat dit te maken heeft met de doorgemaakte corona-infectie en niet met een vaccin dat ze eventueel pas daarna gekregen kunnen hebben?

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Dat kan zeker, ja. En het kan ook beide het geval zijn. Ook als je griep hebt gehad, kun je langdurige effecten hebben. Als je een hersenschudding hebt, kun je langdurige effecten hebben. Als je kanker hebt, heb je daar ongelofelijk lang last van. Van hart- en vaatziekten heb je ongelofelijk last. Als je een ziekte doormaakt, kun je daar ongelofelijk last van hebben. Dat erken ik. Het punt dat ik probeer te maken, is: waarom sluit de overheid haar ogen voor het feit dat deze cijfers waarschijnlijk vervuild worden met mensen die vaccinatieschade hebben?

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
De heer Van Haga deed het net anders voorkomen. De heer Van Haga deed het voorkomen alsof de hoofdoorzaak van postcovid vaccinatieschade is en dat er misschien een paar mensen zouden kunnen zijn die op een andere manier ziek geworden zijn. Hoewel het inderdaad belangrijk is om vaccinatieschade gewoon te onderzoeken, vraag ik toch aan de heer Van Haga of dit zijn bericht is aan al die mensen die in de eerste golf ziek geworden zijn en voor wie minister Helder een regeling heeft opgesteld. Daar hebben we allemaal best kritiek op, maar die mensen kunnen niet anders dan ziek geworden zijn door de longcovidinfectie. Accepteert de heer Van Haga dat?

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Niemand weet dat, want we doen geen onderzoek naar de totaliteit van die effecten. Er zullen zeker mensen zijn die een zware infectie hebben doorgemaakt. Die infectie was in het begin natuurlijk ongelofelijk. Er zijn mensen doodgegaan. Ik ontken het virus niet, maar het is wel raar dat we nu alles op één hoop gooien en alles vatten onder postcovid, terwijl er wel degelijk reden is om onderzoek te doen om in ieder geval zeker te weten dat een gedeelte van de mensen die postcovid hebben niet gewoon vaccinatieschade hebben. Dat is essentieel, omdat de aansprakelijkheidsvraag daaronder zit.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Gewoon even voor de Handelingen: mede op mijn initiatief doet de Algemene Rekenkamer op dit moment onderzoek naar de aansprakelijkheid en de manier waarop de contracten tot stand gekomen zijn. Dat antwoord over aansprakelijkheid komt vrij snel. Ik snap niet waarom de heer Van Haga dit debat, dat volledig over postcovid gaat, gebruikt voor de andere debatten die ook gevoerd moeten worden. Wat is nu zijn bericht voor de mensen die al drieënhalf jaar op bed liggen en er eigenlijk niet vanaf komen? Is de heer Van Haga ook bereid om een keer met die mensen te spreken? Alle andere woordvoerders waren net bij die petitie aanwezig en dat was niet per ongeluk. Bij een petitie ben je niet alleen aanwezig als je het met iemand eens bent. Je bent ook aanwezig als je het een keer niet eens bent. Heeft de heer Van Haga een aantal van deze mensen ontmoet?

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Natuurlijk heb ik mensen ontmoet met klachten, met zowel postcovidklachten als met vaccinatieschade. Ik weet niet hoeveel mensen met vaccinatieschade de heer Omtzigt heeft gesproken, maar ik heb er echt heel erg veel gesproken. Ik ben inderdaad niet bij iedere petitie aanwezig, maar ik denk dat wij elkaar kunnen vinden in het feit dat alles onderzocht moet worden. Daarom vind ik het raar dat we hier een debat over postcovid hebben, waarbij aangenomen wordt dat iedere postcovidklacht het gevolg is van het doormaken van covidinfectie, terwijl het logisch zou zijn als we de overheid zouden dwingen om in ieder geval te onderzoeken of de klachten ook door andere dingen zouden kunnen komen, bijvoorbeeld door vaccinatie.

De **voorzitter**:
Ik zie nog twee interumpanten klaarstaan, maar is het punt niet een beetje gemaakt? Ik vraag dat even met het oog op de tijd.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Jawel, maar ...

De **voorzitter**:
Ik zie dat de heer Bushoff het met mij eens is, maar de heer Drost niet helemaal.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ja, bijna.

De **voorzitter**:
Kunt u het in één keer zeggen?

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik zal één vraag stellen. Collega Van der Plas en collega Omtzigt hebben uitermate goed uitgelegd waar de schoen wringt en dat heeft collega Van Haga aangegeven. Een ding heeft hij nog niet gezegd: wat gaat hij doen voor de zorgmedewerkers van het eerste uur die dit echt niet door de vaccinatie hebben opgelopen? Waar kunnen zij bij u op rekenen?

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Ik denk dat de overheid een bepaalde aansprakelijkheid heeft. Die vindt plaats als je bijvoorbeeld een vaccin toedient waarvan je niet weet of dat helemaal goed is. Ik vind het raar dat daar geen onderzoek naar gedaan wordt. U doelt natuurlijk op de mensen die eerst een covidinfectie hebben doorgemaakt en niet gevaccineerd zijn. Dat zijn mensen waarbij je dus 100% zeker kunt vaststellen dat zij postcovid hebben. Maar ik zou u dan een wedervraag willen stellen.

De **voorzitter**:
Nee, nee, nee, we gaan geen wedervragen stellen.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Oké, dan is het gewoon mijn statement. Waarom staat u hier niet voor alle patiënten met postkanker of posthart- en vaatziekte?

De **voorzitter**:
Nee, nee, nee, dat gaan we niet doen.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Dat zijn er veel meer.

De **voorzitter**:
Dank u wel. We gaan luisteren naar de heer Dijk van de SP.

☐

De heer **Dijk** (SP):
Voorzitter. Ik wilde anders beginnen, maar laat ik toch zeggen dat ik vandaag in ieder geval een iemand in deze zaal ben tegengekomen die aan een extreme vorm van aanstelleritis lijdt.

Voorzitter. Dan het begin van mijn woordvoering. Minister Rutte zei in maart 2020: terug naar normaal is nog ver weg. Dat geldt nu voor ongeveer 450.000 longcovidpatiënten. Het geldt zeker voor de ongeveer 90.000 ernstig zieke longcovidpatiënten. Voor hen is niets meer normaal. Alle gesprekken die ik de afgelopen tijd met hen heb gevoerd, hebben een diepe indruk gemaakt op mij en de SP, en dat was vandaag weer zo. Hoe komt het toch dat de Nederlandse overheid zo slecht omgaat met postinfectieuze aandoeningen? Hoe komt het dat de patronen van de overheid bij ME/CVS, Q-koorts, de ziekte van Lyme en ook long covid zo overeenkomen? Ik heb even teruggekeken naar eerdere debatten over infectieziekten en er lijkt steeds sprake te zijn van tijdelijke maatregelen en kortetermijnoplossingen, zonder dat er echt een samenhangende visie op onderzoek naar en ontwikkeling van kennis en behandeling van die postinfectieuze aandoeningen is. Daarom heeft de SP samen met D66 in juni 2020 een voorstel ingediend voor een landelijk expertisecentrum voor kennis en ervaring voor de behandeling van long covid en andere postinfectieuze aandoeningen. Waarom bestond dit nog niet? Waarom een expertisenetwerk en geen -centrum, zoals in het aangenomen voorstel staat, zodat die expertise op één plek verzameld wordt en vanuit daar verder verdeeld kan worden? Dan weten behandelaars namelijk waar ze met hun vragen terechtkunnen. Ik wil hier graag een reactie op van de minister.

De **voorzitter**:
Er is een vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Klopt het echt dat uw motie van juni 2020 was? Kunt u de datum nog een keer herhalen?

De heer **Dijk** (SP):
Juni 2022.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik schrok echt, hoor. Ik dacht ... Nee, oké. Omdat het per juni 2023 ingesteld is, dacht ik echt: hebben ze dat drie jaar laten liggen?! Maar een jaar is ook ...

De heer **Dijk** (SP):
2022: dan heb ik me twee jaar vergist. Het is 2022.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ja, inderdaad, twee jaar laten liggen. Dat is toch wel ... Ik sluit me aan bij uw woorden en vragen hierover. Twee jaar laten liggen.

De heer **Dijk** (SP):
Voorzitter. Wat valt er te leren van andere landen, zoals Duitsland, waar sinds 2021 al longcovidklinieken zijn geopend, interdisciplinaire klinieken die mensen behandelen, waar men uitgebreid getest wordt en waar met medicatie ook symptomen bestreden worden? Daar zijn meer dan 100 klinieken — de heer Bushoff zei het net ook al — en 17 klinieken speciaal voor kinderen met long covid. Daarnaast zorgt een informatieve publiekscampagne er in Duitsland voor dat long covid bekender is onder de bevolking, niet zodat mensen daarmee bang gemaakt worden, maar zodat het mensen bekend wordt dat het geen psychische ziekte is, maar een biomedische oorzaak heeft. Wat kan Nederland hiervan leren? Veel, volgens de SP. Er had een expertisecentrum moeten zijn, zoals mijn voorganger in 2019 al voorstelde na Q-koorts en ME/CVS. Het kan en het moet anders volgens de SP, want voor mensen met postinfectieuze aandoeningen tikt de tijd door.

Daarom stelt de SP het volgende voor. Investeer meer in biomedisch onderzoek. Open behandelklinieken waar mensen terechtkunnen. En begin met het registreren van longcovidpatiënten. Dat had allang moeten gebeuren. Daar hebben meerdere partijen hier in de Kamer ook al voor gepleit. Bied medicatie aan voor symptoombestrijding. Start een informatieve publiekscampagne om long covid bekender te maken.

Tot slot richt ik mij tot de mensen met long covid. Wij begrijpen hoeveel energie, vermoeidheid en pijn het jullie kost of gaat kosten om hier vandaag te zijn en voor julliezelf en voor elkaar op te komen. Voor de SP zijn mensen die zich organiseren, de hoogste vorm van democratie. Dit debat gaat vast niet de uitkomst opleveren waar jullie op hopen. Dat spijt mij bij dezen. Maar dit debat is wél door jullie afgedwongen. Daarom wil ik vanaf hier mijn waardering voor jullie uitspreken. Ik hoop dat de politiek nu ook meer gaat handelen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Mevrouw Tielen van de VVD.

☐

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Dank u wel, voorzitter. Onbekend maakt onbemind. Dat spreekwoord zal veel mensen die lijden aan het postcovid-

syndroom, herkenbaar overkomen. In de wetenschap en in de samenleving is er nog veel onbekendheid over wat postcovid eigenlijk is en vooral over wat ertegen te doen is. Veel mensen die er last van hebben, voelen zich niet gezien. Huisgenoten herkennen de ziekte niet, vrienden ook niet. Zorgverleners weten niet wat ze ermee aan moeten. Op school en op het werk is dat eigenlijk ook zo. Dat veranderen we niet met een debat, maar hopelijk kunnen we dit debat wel gebruiken om stappen vooruit te zetten in het beter leren kennen van het syndroom en in de mogelijkheden om het tegen te gaan.

Dat brengt me meteen bij de eerste vraag. Het is inmiddels een jaar of vijftien geleden dat de Q-koortsepidemie in Nederland woedde. Meneer Dijk refereerde er ook al een beetje aan. Ook die infectieziekte kon bij veel besmette patiënten leiden tot langdurige, ernstige postinfectieuze klachten. Ook andere infecties kunnen daartoe leiden. Wat kunnen we leren uit die Q-koortsepidemie? In hoeverre lijkt post-Q-koorts op postcovid en wat doen we daarmee? Graag een toelichting.

Ik wil verder drie onderwerpen aansnijden.

De heer **Dijk** (SP):
Dat is een goede vraag. Vindt u eigenlijk ook niet dat het antwoord er allang had moeten zijn?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik vind dat altijd moeilijk in te schatten. Als je kijkt naar C-support, is het voordeel — tenminste, dat vind ik — dat daar, volgens mij, al veel kennis wordt gebruikt die uit Q-support voortkwam. Toch is postcovid natuurlijk weer anders dan post-Q-koorts. Dus is het er al lang? Ik vind in ieder geval dat er wel meer voortgang in mag, als ik dat zo mag zeggen.

De heer **Dijk** (SP):
Is de VVD het dan met de SP eens dat het ondertussen echt tijd is — het is bijna te laat, maar beter laat dan nooit — om te komen tot een samenhangende visie op de aanpak van infectieziekten? Daarom zei ik het in mijn bijdrage. Bent u het met me eens dat er veel meer aan opgebouwd moet worden dan de afgelopen jaren is gedaan? Bent u het met me eens dat het veel te hapsnap is? Als je kijkt hoe andere landen — ik noemde het voorbeeld van Duitsland — dat doen, dan zie je langdurig onderzoek waarbij er veel geleerd wordt. Tegen mensen die long covid hebben, hadden we nu kunnen zeggen: we hebben al heel veel kennis, we hebben al heel veel expertise; die gaan we inzetten. Maar dat hebben we nu gewoon in Nederland nog niet, omdat we afgelopen jaren constant hapsnapbeleid hebben gehad op vergelijkbare infectieuze ziektes.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik denk dat er inderdaad meer samenhang mag komen in al die postinfectieuze ziektes, en dat daar meer voortgang in mag. In heel veel vragen die meneer Dijk daarover stelt, kunnen we elkaar vinden, denk ik.

De heer **Dijk** (SP):
Dat is mooi voor mijn vervolgvraag. Vindt u dan ook dat er meer geld moet worden uitgegeven om langdurig onderzoek te gaan doen, in plaats van één keer een bedrag voor drie jaar? En vindt u dat we nu moeten gaan besluiten: we gaan lange tijd structureel geld vrijmaken voor onderzoek naar dit soort ziektes?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik vind het te vroeg om daar ja op te zeggen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik zou mevrouw Tielen graag een gewetensvraag willen stellen. Ik denk dat die vraag ook al een beetje boven de zaal hangt. Zou het niet zo kunnen zijn … We zien de verschillen tussen Nederland en Duitsland; daar zijn wel behandelingen. Soms zijn die experimenteel, soms wordt er geoefend en soms wordt er gekeken wat wel en niet werkt. Dat gebeurt dan in Nederland niet. Zou dat kunnen komen door een jarenlang beleid in Nederland van zorgkostenhaat, wat er eigenlijk toe heeft geleid dat er in Nederland gewoon heel knierterig wordt omgegaan met zorg en met experimentele onderzoeken?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik geloof niet dat een conclusie kan zijn dat we in Nederland extreem veel gieriger zijn dan in andere landen; ik weet niet welk woord mevrouw Agema ervoor gebruikte. Volgens mij is er aardig wat geld uit de schatkist beschikbaar voor zowel zorg als wetenschappelijk en medisch onderzoek. Dus daar kan ik me niet helemaal in herkennen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Heeft mevrouw Tielen dan een andere verklaring voor die verschillen? Waarom krijgen postcovidpatiënten in Duitsland wel behandelingen, soms experimenteel, soms in wetenschappelijke setting, en in Nederland niet? Wat is dan de verklaring van mevrouw Tielen dat Duitse postcovidpatiënten dat wel krijgen en Nederlandse niet, anders dan dat het, denk ik, knierterigheid is?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik denk dat dat soort grote vraagstukken altijd te maken heeft met heel veel factoren. Ik heb daar dus geen direct antwoord op. Mevrouw Agema kennelijk wel; dat hoor ik dan straks wel. Misschien heeft de minister er een visie op. Het is in ieder geval interessant om te kijken hoe dat met elkaar te vergelijken is, en wat we van andere landen kunnen leren, en andersom.

Allereerst wil ik stilstaan bij onderzoeks- en expertisenetwerken. Wij zouden graag willen dat Nederland een leidende rol inneemt wat betreft het samenbrengen van kennis over postcovid. Het is belangrijk dat er goed onderzoek wordt gedaan naar de oorzaken en de behandeling. In veel landen en aan veel kennisinstituten gebeurt al veel aan onderzoek. Wat de VVD betreft neemt Nederland dus een leidende rol in wat betreft het samenbrengen van die kennis. Wat dat betreft zijn we blij dat de minister heeft toegezegd om die kennis op Europees niveau samen te brengen. Wat is de stand van zaken? En hoe staat het met opbrengsten

uit lopend onderzoek? Een van de vorige sprekers vroeg daar ook al naar.

Veel van de lopende onderzoeken zijn biomedisch gericht, op cellen en moleculen. Maar juist voor patiënten is het ook belangrijk dat er praktijkgericht onderzoek is, zodat beter inzichtelijk is welke typen behandelingen veelbelovend zijn. Kan de minister toelichten wat er aan praktijkgericht onderzoek loopt en welke beroepsgroepen daarbij betrokken zijn? Volgens mij krijgen we er in december een brief over, maar ik wil daar eigenlijk nu al wat over horen. En hoe staat het met de ontwikkeling van de expertisenetwerken, waar de minister mee aan de slag zou gaan? We willen graag dat kennis toegankelijk en inzichtelijk wordt voor in elk geval huisartsen, zodat zij hun postcovidpatiënten de juiste weg kunnen wijzen naar toepasselijke zorgverleners en behandelingen.

Voorzitter. Als het gaat om de ontwikkeling van behandelingen, willen we dat bedrijven worden gestimuleerd om medicijnbehandelingen te faciliteren. Afgelopen zomer bleek dat een experimenteel kankermedicijn potentieel effectief zou kunnen zijn tegen postcovid. Het bedrijf dat eigenaar is van het medicijn werkte in eerste instantie mee aan een onderzoek, maar trok op een gegeven moment de samenwerking in. Ik wil weten hoe dat komt en wat we kunnen doen om die terughoudendheid van farmaceutische bedrijven tegen te gaan. Wat is er vanuit wet- en regelgeving mogelijk en nodig om ervoor te zorgen dat dat ene molecuul of dat middel ook ter beschikking kan komen voor onderzoek?

Tot slot, voorzitter. Ik wil dat we harder optreden tegen de kwakzalverij die nu plaatsvindt ten koste van postcovidpatiënten. Denk aan zangtherapie, oorpiercings en laserbehandelingen. Schimmige behandelaars verleiden wanhopige postcovidpatiënten met vage en vaak valse beloftes. In juni maakte EenVandaag daar nog een reportage over. Er zijn nu nog best weinig mogelijkheden om dat tegen te gaan. Hoe is het bijvoorbeeld mogelijk dat meerdere huisartsen en apothekers patiënten verwijzen naar iemand die op zijn zolderkamertje capsules maakt met nepmedicijnen? Wat kunnen we doen om dit tegen te gaan en te voorkomen? Eerder al stelde ik daar Kamervragen over. Vorig jaar nam de Kamer mijn motie aan om in kaart te brengen welke wet- en regelgeving er nu is om dit aan te pakken, en wat extra nodig is. Kan de minister ons updaten over de uitkomsten daarvan?

Voorzitter. Postcovidpatiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat er bewezen effectieve en veilige behandelingen komen die hen beter gaan maken. Daarover en over wanneer dient er goede informatie beschikbaar te zijn. Hoe gaan we dat voor elkaar krijgen?

De **voorzitter**:
Dank u wel. Een korte vraag van de heer Van Houwelingen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Een hele korte vraag. Is het wat de VVD betreft verstandig als het meerjarig onderzoeksprogramma naar postcovid ook de mogelijkheid in overweging neemt dat vaccinatie een reden kan zijn voor long covid en dat dit mee wordt genomen in dat onderzoek?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik ga hier niet voorschrijven wat wetenschappers moeten doen om onderzoek te doen en hoe zij dat moeten doen. Volgens mij heeft de minister een aardig bedrag klaargezet om onderzoek te doen naar waar postcovid vandaan komt, hoe dat zich uit en wat eraan te doen is. Vervolgens is het aan medisch wetenschappers om daar op een heel slimme manier invulling aan te geven.

De **voorzitter**:
Dan mevrouw Paulusma van D66.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Voorzitter, dank u wel. Over long covid valt nog zo veel te leren. Daar wordt gelukkig door veel wetenschappers zowel nationaal als internationaal iedere dag heel hard aan gewerkt. Voor een patiënt kan dit echter nooit snel genoeg gaan, want elke dag iets niet kunnen of iets missen is er één te veel. Wat we wel weten, is dat postcovid, long covid, soms ook heel eenzaam is en vaak gepaard gaat met een groot gevoel van gemis naar het leven dat eens was. Dat hoor ik terug als ik met patiënten spreek of hun verhalen lees en dat hoorde ik ook zopas bij de aanbieding van de petitie. Ik wil dan ook beginnen met het bedanken van de patiënten, ook de patiënten die er vandaag zijn of die meekijken, patiëntenverenigingen maar bijvoorbeeld ook C-support die onvermoeibaar elke dag laten zien wat postcovid betekent voor mensen, zodat er aandacht blijft voor de impact van deze ziekte, zodat er urgentie blijft bestaan op het toewerken naar behandeling en zodat er perspectief komt voor patiënten en hun dierbaren. Dat is belangrijk.

Daarom vind ik het ook goed dat er een programma is voor onderzoek en kennisdeling rondom postcovid en dat we in Europees verband samenwerken om kennis en ervaringen te delen. Daarnaast is lotgenotencontact voor postcovidpatiënten essentieel om steun te kunnen zoeken bij elkaar. Deze initiatieven moeten we blijven doorzetten om al die mensen die ernstig beperkt worden door postcovid te blijven steunen en op zoek te blijven gaan naar behandeloplossingen.

Voorzitter. Een aantal weken geleden was ik op bezoek bij C-support en werd ik bijgepraat over de ontwikkelingen rondom het expertisecentrum. Ik zeg expliciet "centrum", want dat was de opdracht van onze motie; meneer Dijk refereerde er al aan. Ik was onder de indruk van de hobbels die al genomen zijn, want samenwerking lijkt zo vanzelfsprekend maar is het zeker niet altijd. Ik ben positief gestemd over de effecten die deze behandeling en expertisebeweging, of het netwerk, of het centrum — net als meneer Dijk vind ik dat we moeten toewerken naar een centrum — teweeg zouden kunnen brengen, zeker omdat ze gekoppeld zijn aan een meerjarig onderzoeksprogramma.

Voorzitter. Wat C-support ter sprake bracht, was: "Hoe zorgen we ervoor dat expertise en wetenschappelijke inzichten ook op de juiste manier door worden vertaald naar de praktijk, in richtlijnen, hulp en ondersteuning die patiënten daadwerkelijk verder helpen? Hoe gaan we de geleerde lessen over postcovid ook toepassen op andere postinfectieuze aandoeningen, zoals ME/CVS en Q-koorts?" Graag een reactie van de minister op beide onderwerpen.

Voorzitter. Een deel van de patiënten herstelt gelukkig grotendeels en wil weer aan het werk. Minister Van Gennip schrijft zelf in haar brief dat het systeem echter heel hardvochtig kan zijn. Maar ik lees ook over de OCTAS en de goede intenties. Dan toch maar even op z'n Gronings: wanneer gaat deze minister leveren? We kunnen het ons namelijk in geen enkele sector permitteren dat er mensen niet meedoen. Daarom zou ik deze minister willen aansporen om met werkgevers in gesprek te gaan. Er is meer bewustwording nodig over hoe we moeten omgaan met werknemers die kampen met postcovid.

Ik wil ook aan de minister vragen hoe zij gaat bevorderen dat er maatwerk komt voor deze mensen. Patiënten geven namelijk aan zich ook te willen bij- en omscholen. Kan de minister aangeven welke mogelijkheden zij ziet om de bestaande Leven Lang Ontwikkelengelden gericht in te zetten voor mensen met postcovid? Dit is essentieel om weer te kunnen participeren en daarmee ook perspectief te krijgen.

Tot slot, voorzitter. Een groep die niet altijd goed in beeld is, zijn jongvolwassenen en kinderen die door long covid aan de zijlijn staan, niet naar school kunnen, het tempo niet meer kunnen bijbenen en hun vrienden missen. Voor elke patiënt is één dag ziek er één te veel, maar voor deze kinderen en jongvolwassenen helemaal. Gelukkig zie ik dat het onderwijs in staat is om maatwerk te bieden, in tempo of in digitaal onderwijs. Dit gaat zeker niet overal goed, maar laat scholen een voorbeeld nemen aan daar waar het wel goed gaat.

Wat nog wel beter kan, is het lotgenotencontact. Wat bij volwassenen zo ontzettend goed lijkt te werken, is er voor kinderen en jongvolwassenen nog niet. Zoals mijn kinderen en ik namelijk af en toe een totaal verschillende taal lijken te spreken, zo is dat voor patiënten natuurlijk ook. Ziet de minister mogelijkheden om lotgenotencontact te organiseren, specifiek op deze jonge doelgroepen gericht?

Voorzitter, ik rond af. Uit ervaring weet ik welke impact deze aandoening kan hebben. Ik realiseer me dat snel herstel niet voor iedereen is weggelegd en dat we daar elke dag hier in deze Kamer aan moeten werken.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Dank voor de heldere bijdrage. Vorig jaar hebben we twee amendementen ingediend: een voor ongeveer 1 miljoen of 2 miljoen en een voor ongeveer 10 miljoen, te betalen uit het coronabewijs, om iets meer onderzoek te doen. Dat heeft D66 toen niet gesteund. Is D66 nu wel bereid om te kijken hoe we bijvoorbeeld langdurig financiering kunnen regelen zodat bijvoorbeeld een leerstoel opgericht kan worden of op een andere manier langdurig onderzoek geborgd kan worden?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
We gaan die discussie dan nu overdoen naar aanleiding van deze vraag. Ik heb toen gezegd dat ik het niet aan de politiek vind — althans, dat is mijn oordeel — om specifiek geld voor bepaalde aandoeningen toe te kennen. Wij hebben zelf ook meerdere moties en amendementen, vooral ook in samenwerking met anderen, ingediend om het onderzoeksprogramma mogelijk te maken en het expertisecentrum op te zetten. Maar ik ga niet het geld toebedelen aan specifieke ziekenhuizen en/of leerstoelen. Ik vind dat een onderdeel van de structuur die wij hier met elkaar hebben opgericht. We moeten dat kader met elkaar vaststellen. Ik heb ook gezegd dat dat sneller moet, want we hebben heel veel tijd verloren tijdens corona doordat onderzoeksvragen maar bleven liggen. Daar hebben longcovidpatiënten veel last van. Maar op uw vraag is het antwoord nog steeds "nee".

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Als wij bij de commissie VWS niet meer hoeven te kijken of er voor bepaalde aandoeningen of ziektes of regio's extra geld bij moet, dan zijn we van driekwart van de debatten af.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Nee, dit is flauw van de heer Omtzigt.

De **voorzitter**:
Maar de heer Omtzigt is aan het woord.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Dan zijn we van driekwart van de debatten af, dus dit is een raar antwoord. Vorig jaar hebben de coalitiepartijen bewust gezegd ... Wij zeiden: er is nauwelijks biomedisch onderzoek om met een iets groter programma ... Dat was nog een gedekt amendement; daarom stel ik de vraag nu. Is D66 bereid om te kijken hoe we wat langduriger onderzoek ... Want het is ingewikkeld; daar heeft mevrouw Paulusma gelijk in. Dit gaat een lange termijn worden. We hebben niet morgen een kuur om het te genezen. Dat hoeven we niet te zeggen. Maar is ze bereid om te kijken hoe we dat langdurig kunnen borgen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Maar dit is wel een andere vraag. Dat bedoelde ik net met "het is een beetje flauw". Ik vind dat wij in de Kamer het kader moeten vaststellen en moeten zorgen dat de organisaties die de opdracht hebben gekregen om onderzoek toe te kennen aan de verschillende centra en aan de verschillende hoogleraren en/of professoren die beslissing kunnen nemen. Die beslissing moeten we daar laten. We stellen het kader vast hoeveel geld naar bepaalde programma's en/of ziektes gaat. Ja, daar zijn wij van. Maar u vraagt mij steeds heel specifiek of ik het wil toekennen aan A, B, X, Y of Z. Dat doe ik niet. Ik heb altijd gepleit voor langdurig onderzoek. Dat is er uiteindelijk met de inzet van de hele Kamer ook gekomen. Is drie jaar lang genoeg? Nee, dat denk ik niet, want ik denk dat we er nog lang niet zijn. U zult mij altijd aan uw zijde vinden in een pleidooi voor langdurig onderzoek, maar niet in: gaan we het specifiek toekennen aan partij X, Y of Z? Want daar hebben we een structuur voor opgericht.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Het was ook niet de vraag, niet mijn eerste vraag en niet mijn tweede vraag, of we het specifiek aan X, Y of Z toekennen. Er stond ook in geen van de amendementen dat het naar een specifiek ziekenhuis of een specifiek programma moest. Het ging om algemeen geld. Destijds bleek uit ant-

woorden op Kamervragen dat bijna alles statistisch onderzoek was — als statisticus denk ik: dat is niet goed, want we weten er te weinig van — en nauwelijks iets biomedisch. Er kwam zelfs een correctie op de Kamervragen. Dat was de vraag. En daar is de afgelopen tijd in vergelijking met Duitsland, zoals de collega's al gezegd hebben, het gat enorm. Deelt D66 dat dat gat enigszins gedicht moet worden?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik weet niet of we per se het gat tussen Duitsland en Nederland moeten dichten. Ik vind dat we het gat in Europa moeten dichten, en daar hebben wij de minister ook voor op pad gestuurd. We moeten zorgen dat alle lidstaten die afzonderlijk onderzoek doen dat met elkaar gaat doen, data gaan delen en op die manier komen tot een versnelling, als het gaat om oplossingen, behandelingen en antwoorden die patiënten nodig hebben.

De heer **Dijk** (SP):
Dat sluit mooi aan, want het is eigenlijk dezelfde vraag als ik aan mevrouw Tielen heb gesteld. Mevrouw Paulusma zegt heel terecht dat je langetermijnfinanciering nodig hebt om goed onderzoek te kunnen doen. Dat geldt overigens voor alle collectieve goederen. Is zij het met mij eens dat dat dan ook nu moet gebeuren en dat drie jaar echt te kort is? Ik zoek ruimte bij partijen als de VVD en D66 om daar voorstellen voor te gaan doen. Mevrouw Tielen zei net: dat weet ik zo net nog niet. Ik hoor net uw verhaal en dat geeft mij er meer vertrouwen in dat u zegt: ja, dat moet eigenlijk gebeuren. Gaat u dan ook boter bij de vis leveren?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik probeer even antwoord te geven, maar ik snap de vraag niet helemaal. Volgens mij hebben wij als twee partijen ook een motie ingediend voor een expertisecentrum dat langdurig, langjarig niet alleen voor postcovid, maar ook voor andere postinfectieuze aandoeningen aan de slag moet. Ik realiseer me als oud-verpleegkundige als geen ander dat dat tijd kost. Dus ja, mijn commitment is zeker langdurig, want we zijn er niet van vandaag of morgen. Maar of ik daar nu een bedrag op plak? Dan krijgt u hetzelfde antwoord als u net van mevrouw Tielen kreeg.

De **voorzitter**:
Dat lijkt me helder.

De heer **Dijk** (SP):
En als ik er geen bedrag op plak nu hier, maar ik wel ga vragen aan u of het langer moet dan drie jaar? Want anders komen we namelijk in hetzelfde cirkeltje als bij al die eerder ziektes die hebben plaatsgevonden, dat we dat iedere keer zo hapsnap moeten gaan doen. Dan wil ik graag van een partij waarmee mijn partij inderdaad dat voorstel heeft gedaan een helder antwoord krijgen. Dus niet alleen het bedrag, maar: ja, D66 geeft ook commitment eraan. Want dan kunnen we op zoek naar een voorstel om te gaan doen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Volgens mij is mijn commitment langdurig. Dat heb ik in een aantal varianten geprobeerd te duiden. Met het schrijven van een spreektekst is het ook altijd "kill your darlings". Ik had hier twee alinea's over dat we te laat hebben gekeken naar alle andere postinfectieuze aandoeningen. Hadden we dat wel gedaan, dan had ons dat een hele hoop opgeleverd. En niet alleen ons, maar vooral patiënten. Ik denk dat we daar een enorme kans hebben laten liggen. Je zult ME/CVS hebben en nu naar dit debat kijken. Ik ben dus zeker van langjarige en langdurige inzet, maar ik vind ook dat we niet op de stoel van wetenschappers moeten gaan zitten, dat we dat niet hier zo moeten besluiten en daar een bedrag op moeten plakken. Maar volgens mij is mijn commitment duidelijk.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan mevrouw Agema van de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dank u wel, voorzitter. Hoewel de coronacrisis ongeveer anderhalf jaar achter ons ligt, ligt die voor veel Nederlanders in een ver verleden en dat is hen gegund. Voor de mensen die vandaag bij ons op de publieke tribune zitten en die eerder vandaag een petitie aanboden, is dat niet het geval. Ze dragen nog steeds coronaklachten met zich mee en sommigen doen dat inderdaad al vanaf de allereerste golf. Zoals gewoonlijk gaat in Nederland dus alles heel erg traag. Er is pas recent extra geld uitgetrokken voor onderzoek en er is pas een recent een plan gepresenteerd om een expertisenetwerk te gaan vormen. Er is ook nu pas een regeling gekomen voor zorgmedewerkers met langdurige long covid. Die regeling is daarbij volstrekt onvoldoende: de doelgroep te beperkt, de aanvraagperiode te kort en de financiële tegemoetkoming te laag. Intussen ondervinden zo'n 450.000 mensen nog hinder van corona en zijn er ruim 90.000 mensen met ernstige longcovidklachten. En misschien zijn het er wel meer, want er is geen eenduidige registratie.

Ook heb ik me eerder al eens afgevraagd of de oorzaken van het grote verzuim in met name de ouderenzorg van na de coronacrisis van 9,3% vergeleken met dat van voor 2019, 6,8%, ook in postcovid zouden kunnen liggen. Het is zo jammer dat ik die vraag al eerder heb gesteld, dat de minister ook al eerder had toegezegd om daarop terug te komen — dat kwam zij dan ook op 6 juli 2023 — en dat ze toen weer terugkwam bij de brief die ze eerder al had gestuurd. Dat vind ik gewoon ontzettend jammer. Het is logisch dat we niet weten wat de reden is dat die 9,3% van de mensen in de ouderenzorg en dan met name in de verpleeghuizen ziekteklachten heeft of ziek is, maar je kunt wel interviews doen. Je kunt wel interviews doen met mensen die ziek thuis zitten en daar vrijwillig aan willen meewerken. Ik vind het dus te makkelijk dat de minister eerder gewoon heeft gezegd: ja, dat is nou eenmaal zo, we zien dat het nu meer is dan daarvoor. Als je het omzet in absolute aantallen, is het net zo veel als het aantal vacatures in de verpleeghuizen. Dat maakt het extra schrijnend. Het is ontzettend belangrijk dat die behandelingen er gaan komen. Maar wat ik heel jammer vind is het volgende. Op 8 december stelde ik aan de minister plenair al vragen naar aanleiding van een uitzending van 6 november vorig jaar in Nieuwsuur. Ik

kan er zo moeilijk bij komen wat nou de reden is waarom het zo traag gaat. Ik stelde zojuist al de vraag aan mevrouw Tielen, en ik zou deze gewetensvraag ook aan de minister van VWS willen stellen. Is Nederland niet gewoon te knierterig? Is Nederland niet gewoon te zuinig? Neemt Nederland het allemaal wel heel serieus? Wat is nou de reden waarom het in Duitsland wél kan? Waarom doen Nederlandse coronapatiënten mee aan deze onderzoeken? Natuurlijk zijn die nog niet bewezen effectief, want postcovid is een nieuw ziektebeeld. Dus je hebt nog niet bewezen effectieve behandelingen. Waarom geeft Duitsland daar wel al het geld aan uit en wij niet?

Voorzitter, dan het laatste punt. Ik sprak hierbeneden ook een moeder. Zij sprak mij aan en zei: u had het altijd over ventilatie. En dat klopt, daar hebben we het heel vaak over gehad. Dankzij haar ging er een lichtje bij mij op. Ook het feit dat er in onze scholen, winkels, kantoren nog steeds geen CO_2-meters hangen, is natuurlijk ook voor mensen met postcovid heel schrijnend. Ze vangen heel snel nieuwe ziektes op. Dat geldt ook voor mensen met andere longziektes en astma. Waarom is het nou niet mogelijk in Nederland om in publieke binnenruimtes, winkels, kantoren en scholen te bewerkstelligen dat er overal CO_2-meters komen?

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan de heer Van Houwelingen van Forum voor Democratie.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Dank u, voorzitter. "Postcovid" of "long covid" is een begrip dat wordt gebruikt voor aanhoudende symptomen, zoals vermoeidheid, hoofdpijn, hartkloppingen en concentratieverlies. Meer dan 1 miljoen Nederlanders zeggen hier last van te hebben of last van te hebben gehad. Het is dus een serieus probleem.

Zoals de benaming "long covid" of "postcovid" voor het syndroom al aangeeft, wordt er in alle verschillende definities van het begrip long covid, zoals gehanteerd door de WHO of bijvoorbeeld het Amerikaanse RIVM, expliciet van uitgegaan dat deze symptomen zich manifesteren "na een covidinfectie". De minister van VWS doet dit ook in zijn brief van 1 juni 2023 waarin hij schrijft dat postcovid verwijst "naar de aanhoudende gezondheidsproblemen die mensen ervaren na het doormaken van een coronabesmetting". Met andere woorden: men neemt in alle gevallen aan dat long covid sowieso het resultaat is en moet zijn van een coronabesmetting.

Daarmee wordt de zoektocht naar de oorzaken van dit syndroom naar ons oordeel bij voorbaat echter te veel ingeperkt. Want zou het wellicht niet zo kunnen zijn dat niet of niet alleen covid maar de genomen coronamaatregelen die zijn opgelegd, verantwoordelijk zijn, of in ieder geval deels verantwoordelijk zijn, voor de aanhoudende gezondheidsproblemen die we nu constateren bij een groot deel van de Nederlandse bevolking? Misschien hebben de lockdowns, de schoolsluitingen, het bezoekverbod in verpleeghuizen, de avondklok, de sluiting van sportscholen et cetera, et cetera de gezondheid van de Nederlandse bevolking blijvend schade toegebracht.

Voorzitter. Nog verontrustender zijn de steeds sterker wordende aanwijzingen dat niet corona, of betere gezegd niet alléén corona maar de coronavaccinatie verantwoordelijk is voor deze aanhoudende gezondheidsproblemen, die nu worden omschreven als "long covid". De Duitse minister van Volksgezondheid, Lauterbach, heeft in maart van dit jaar bijvoorbeeld toegegeven dat vergelijkbare symptomen na vaccinatie voorkomen en een reëel probleem zijn. Is de minister het wat dit betreft met zijn Duitse collega eens?

In een artikel in Science, toch niet het eerste het beste wetenschappelijke tijdschrift, van 7 juli 2023 met als titel — ik heb het even in het Nederlands vertaald — "studies en onderzoeken: het verband tussen COVID-19-injecties en zeldzame symptomen", wordt zelfs gesproken over long vax in plaats van long covid. De auteurs schrijven in dit artikel: "Maar de afgelopen maanden heeft wat sommigen long vax noemen, brede acceptatie gekregen onder artsen en wetenschappers. Sommigen werken er nu aan om de symptomen ervan beter te begrijpen en te behandelen". Hoe kijkt de minister hiernaar? Bestaat er mogelijk zoiets als long vax? Met andere woorden: zouden de longcovidsymptomen wellicht deels veroorzaakt kunnen worden door de coronavaccinatie? En is het doormaken van een coronabesmetting dus misschien niet vereist voor het ontwikkelen van longcovidsymptomen, zoals de minister in zijn brief van 1 juni schrijft? Is de minister bereid om aan het meerjarig onderzoeksprogramma postcovid, dat hij heeft ingesteld, te vragen om ook deze hypothese mee te nemen in het onderzoek dat gedaan zal worden? De minister kan dit vragen, zo begrijpen we uit zijn brief van 1 juni, aangezien er in dit onderzoeksprogramma aparte ruimte is gereserveerd voor onderzoek dat het ministerie van VWS wil uitzetten.

Tot slot, voorzitter. Wat betekent dit alles voor de vaccinatiecampagne die deze week van start is gegaan? Is het verstandig om door te gaan met het vaccineren van gezonde jongeren, die geen enkel risico lopen wat corona betreft, nu er steeds meer aanwijzingen lijken te zijn dat long vax een reëel probleem zou kunnen zijn? Graag horen we hoe de minister hierover denkt.

Dank, voorzitter.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik wil eigenlijk de vraag herhalen die mevrouw Van der Plas als eerste stelde aan meneer Van Haga. Het is allemaal prima om te zeggen dat je naar weet ik wat allemaal voor oorzaken wilt kunnen kijken, maar wat is de boodschap van meneer Van Houwelingen aan de mensen die hierboven op de publieke tribune zitten? Ik heb er namelijk niets over gehoord wat meneer Van Houwelingen voor deze groep patiënten vraagt.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Als het gaat om infectieziekten komt het natuurlijk vaker voor dat er langdurige, chronische symptomen zijn. Dat zien we ook in de brief. Daar zijn ook regelingen voor. We hebben de Ziektewet en de Arbeidsongeschiktheidswet. Er gebeurt nu ook best veel. Denk aan het lotgenotencontact van mevrouw Paulusma en de recente regeling van €15.000 voor zorgmedewerkers. Wat ons betreft gebeurt er dus best veel. Er kan natuurlijk altijd meer gebeuren, maar wat wij het belangrijkst vinden, mevrouw Van den Berg, is dat eerst

goed wordt onderzocht wat dit nou veroorzaakt, want voorkomen is beter dan genezen. Dat zult u met mij eens zijn. Daar heb ik de nadruk op willen leggen in mijn betoog.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dan wil ik toch graag het volgende weten van meneer Van Houwelingen. Het CDA heeft net aangegeven dat we vinden dat het onderzoek te versnipperd is en ook dat de zorg te versnipperd is, en dat dit anders georganiseerd moet worden om een meer integrale beoordeling te kunnen krijgen. Is meneer Van Houwelingen het ermee eens dat deze twee punten op een andere manier georganiseerd moeten worden?

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Excuus ... U zegt dat de zorg te versnipperd is?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ja. Ik heb net een voorbeeld genoemd. Als men longklachten heeft, komt men bij de longarts. Heeft men spierklachten, dan komt men bij de neuroloog. Maar er is geen integrale beoordeling van mensen die met longcovidklachten zitten. Wij pleiten er dus voor om de zorg op een andere manier met elkaar te verbinden, zodat die integrale beoordeling mogelijk is.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Als u met een motie komt, zullen we die heel goed bestuderen en bekijken. Wellicht gaan we die dan steunen.

De **voorzitter**:
Dan mevrouw Van der Plas van de fractie van BBB.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Dank u wel. Voorzitter, burgers in Nederland, mensen thuis. Een speciaal welkom aan de mensen hier op de tribune en aan de mensen met postcovid die thuis aan het kijken zijn. Toen in januari 2020 het coronavirus in Nederland uitbrak, stonden zorg- en hulpverleners direct klaar om alle Nederlanders te helpen. In het begin moesten zij dit doen zonder protocollen en hulpmiddelen, omdat het een onbekend virus was. Nu, in 2023, lijden veel van deze hulpverleners aan langdurige klachten als gevolg van het coronavirus, ook wel postcovid genoemd. De impact van postcovid op mensen met ernstige en langdurige klachten is enorm, zowel voor hun fysieke en mentale gezondheid als voor hun gezin, hun vrijetijdsbesteding, hun werk, hun school en hun inkomen. BBB wil hier nogmaals stilstaan bij de onvermoeibare toewijding en moed van onze zorg- en hulpverleners, van wie velen zelf lijden onder de gevolgen van postcovid. Zij stonden aan de frontlinie toen covid ons land trof. Hun inzet was fantastisch. Die heldhaftige inzet zijn wij en het hele land nooit vergeten. Na drieënhalf jaar, oftewel 1.839.600 seconden, krijgen wij hier in de Kamer vier minuten spreektijd. Laten we ervoor zorgen dat de stem van de strijders wordt gehoord.

Er zijn verschillende onderzoeken gaande, maar deze bieden nog geen duidelijke behandeling en/of definitie. Ook het Maatschappelijk Impact Team concludeert dat er een gebrek is aan medische en maatschappelijke kennis over postcovid. Door deze onbekendheid van postcovid ontstaat niet alleen een gebrek aan kennis, maar ook onbegrip of zelfs ontkenning. Daarom roept de BBB de minister dringend op om postcovid snel te definiëren en erkenning te geven, zowel medisch als maatschappelijk. Het is cruciaal dat er op basis van objectiveerbare criteria een sluitende definitie komt van "postcovid", zodat patiënten de juiste zorg en ondersteuning kunnen ontvangen. Ook patiënten zelf hebben hier behoefte aan. Zij hebben er last van dat postcovid een vergaarbak wordt van onbestemde klachten. Zonder een dergelijke definitie kunnen we niemand helpen, want als iedereen het heeft, heeft niemand het.

Kan de minister ons meer informeren over het programma-onderzoek en kennisdeling over postcovid en ons voorzien van een tijdlijn van de lopende onderzoeken met betrekking tot de definitie van "postcovid"? BBB vindt de voorlopige onderzoeksbevindingen van het Amsterdam UMC hoopgevend. Is de minister bereid om met behulp van dit onderzoek samen te werken met het Amsterdam UMC om tot een sluitende definitie te komen?

BBB wil ook graag aandacht besteden aan het begrip voor zorg- en hulpverleners met postcovid. Met deze mensen is de afgelopen jaren verschrikkelijk omgegaan. Het zijn patiënten die deze ziekte hebben opgelopen tijdens hun werk, toen ze zonder hulpmiddelen en zonder bescherming in moeilijke omstandigheden moesten handelen. En daarna moesten ze het gevecht aan om te worden begrepen, tot op de dag van vandaag. Hoe kijken de ministers hiernaar en vinden zij dit ook onacceptabel? En wat wordt er door de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid gedaan om het begrip en de verwarring rondom postcovidaandoeningen te verminderen, zowel bij het zorgpersoneel als bij werkgevers en de regering zelf? Ook is er veel onduidelijkheid over hoe overkoepelende werkorganisaties hiermee omgaan. Sommige organisaties regelen dit onderling, terwijl anderen geen standpunt innemen. Kan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de overkoepelende werkorganisaties hierin richtlijnen geven?

Voorzitter, ik sluit af. Tot slot. Het Maatschappelijk Impact Team heeft een schatting gemaakt op basis van onderzoek in het Verenigd Koninkrijk, omdat in Nederland geen gegevens beschikbaar zijn over aantallen mensen met postcovid. Een schatting aan de hand van gegevens uit een buurland lijkt mij aan de magere kant. Mijn laatste vraag is: kan de minister van Volksgezondheid ervoor zorgen dat er snel Nederlands onderzoek wordt uitgevoerd dat inzicht geeft in het aantal mensen met postcovid hier in plaats van te vertrouwen op schattingen?

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan de heer Omtzigt.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Dank u wel, voorzitter. De verhalen die wij van patiënten met postcovid horen, zijn indrukwekkend, maar buitengewoon pijnlijk. De meeste mensen met postcovid die ik ken, zijn niet in staat om hier vanavond op de tribune te zitten;

zo uitgeput zijn ze. Er is bij instellingen en bij de begeleiding van ziekteverzuim meer nodig op het gebied van de erkenning van long covid: een juiste beoordeling van arbeidsongeschiktheid, maatwerk in het onderwijs, een juiste behandeling in de zorg, meer structuur. Is de minister het met me eens dat we hier meer mensen met long covid uitzicht kunnen geven? Neem een voorbeeld aan Duitsland, dat al eerder is genoemd. Daar zijn longcovidcentra opgezet, met aandacht voor onderzoek en behandeling met medicijnen. In Duitsland zijn artsen en revalidatie-experts bijgeschoold in de omgang met long covid en postcovid.

Momenteel nemen de academische centra geen patiënten met long covid meer aan. We hebben te maken met honderdduizenden mensen met invaliderende klachten, terwijl huisartsen nauwelijks nog kunnen doorverwijzen. Er zijn zelfs Nederlandse patiënten die zo wanhopig zijn dat ze voor een alternatieve behandeling naar Duitsland gaan. Hoe gaan we borgen dat longcovidpatiënten in Nederland passende zorg krijgen? Of heel specifiek: voldoen verzekeraars eigenlijk wel aan hun zorgplicht in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet door passende zorg te bieden aan longcovidpatiënten? Op welke zorg hebben die longcovidpatiënten op dit moment recht?

Deze maand komt er een kennisagenda naar buiten en zal blijken welke hiaten er zijn ten aanzien van biomedisch onderzoek. Kan u een tipje van de sluier oplichten? Is er nu sprake van een integrale benadering van de biomedische oorzaken van long covid? Zoals eerder gemeld ben ik de misleidende antwoorden op mijn vragen over biomedisch onderzoek niet vergeten.

Het geld voor het onderzoek is niet voldoende. Hoe kan structureel geborgd worden dat er middelen zijn voor onderzoek, bijvoorbeeld voor financiering van een bijzondere leerstoel? En is de minister bereid om vanuit de nieuwe wetenschappelijke inzichten onderwijsmodules te ontwikkelen, zodat nieuwe artsen straks ook kennis krijgen over de postacute fase? Even in aanvulling op mevrouw Van der Plas: er ligt een motie van mij van drie maanden geleden, die vroeg om binnen drie maanden met een breed gedragen definitie te komen. Als je niet definieert wat het is, en je het niet kunt tellen, kun je het ook nauwelijks behandelen, zeg ik als statisticus. Het gaat om de motie op stuk nr. 2100 (25295). Hebben we die definitie, waarom de Kamer Kamerbreed vroeg, nu?

Voorzitter. Tot slot heb ik twee opmerkingen over de regeling voor zorgmedewerkers. Wat is de tussenstand wat betreft het aantal aanvragen en hoeveel is toegekend, vraag ik de minister. Daarbij heb ik twee verzoeken. Er is een wachtlijst voor WIA-keuringen. Je moet een WIA-keuring gehad hebben. Maar wat gebeurt er als je in de wachtrij staat? Is de minister bereid om de deadline voor de WIA-keuring te verruimen? De aanvraagperiode start op 25 september en loopt tot 23 oktober. We krijgen signalen dat vanwege de hoeveelheid benodigde documenten en informatie het mogelijk niet lukt om binnen de gestelde deadline alles aan te leveren. Kunt u die deadline dus met een maand verruimen?

De **voorzitter**:
Was dat uw bijdrage?

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Ja.

De **voorzitter**:
Dan is er een vraag van de heer Drost.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Het lijkt erop dat meneer Omtzigt na 22 november met heel wat meer mensen dan nu de Kamer inkomt. Dat betekent dat zorgmedewerkers met long covid ook voor een deel naar hem zullen gaan kijken. Hij stelde net wat vragen over die regeling, maar ik ben benieuwd of ze op u kunnen rekenen na de verkiezingen en op welke manier.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Nou, dat is precies wat ik vraag. Ik wil gewoon een langere deadline voor de WIA-keuringen. Als mensen buiten hun eigen schuld geen WIA-keuring konden hebben, vind ik dat dit geen criterium mag zijn waarop ze buiten de regeling vallen. Ik zou willen vragen om de aanvraagperiode wat langer te maken. Ik zou het heel onwenselijk vinden om die op 23 oktober te sluiten en in een nieuwe Kamer op 6 december te heropenen. Ik denk dat het hoogstnoodzakelijk is dat er langdurig onderzoek gedaan blijft worden. Zoals mijn collega van D66 al zei, moet dat natuurlijk in Europees verband gebeuren. Je moet niet met 27 projecten hetzelfde gaan doen, maar je moet wel in die internationale onderzoeksprojecten zitten. Ik zit al een tijdje in de Kamer en als ik even terugkijk, doet me dit toch een klein beetje denken aan Q-koorts, om heel eerlijk te zijn. Die hebben wij heel lang, heel hard onderschat. Ik weet nog dat mijn collega's uit Brabant echt in de fractie vroegen: wat zijn we aan het doen en hoe komt het dat het jaren duurt voordat we überhaupt maar beginnen met het erkennen van die klachten? Ik krijg er toch een beetje een flashback bij.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Dank aan de heer Omtzigt voor zijn antwoord. Dit is wat we wilden horen, volgens mij. Ik heb een motie ingediend. Volgens mij stond u daar ook onder. Dat schat ik zo in. Die motie ging over die aanvraagtermijn. De minister gaf daarover toen aan: ik kan daar weinig meer aan doen. Uiteindelijk is dat niet veranderd. Ik ben, met u, wel benieuwd hoe dat straks afloopt. Het gaat erom dat het uiteindelijk barmhartig wordt.

De **voorzitter**:
Ja. Heel goed. De heer Dijk nog, begrijp ik.

De heer **Dijk** (SP):
Ik sloeg inderdaad heel even aan op het Q-koortsverhaal. Ik had namelijk allemaal moties uit het verleden opgezocht over Q-koorts en over heel veel andere, helaas vergelijkbare, infectieuze aandoeningen. Ik heb die debatten niet allemaal woord voor woord teruggekeken. Kan de heer Omtzigt mij misschien vertellen wat nou de argumenten waren om niet meer geld aan expertisecentra en structureel onderzoek uit te geven? Wat waren de argumenten toen? Ik hoor het namelijk nu eigenlijk weer en ik zie hetzelfde patroon.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Ja, en bij SARS hebben we 'm ook gehad. Hoe moet ik dit voorzichtig zeggen? Er waren twee ministers, die van een partij waren waarvan ik me de naam even niet goed herinner. De minister van Landbouw en de minister van VWS keken bij Q-koorts naar elkaar. Het hing toen dus tussen twee ministeries in. Het duurde heel lang voordat ze ingrepen bij de geiten. Op het moment dat je niet durft in te grijpen bij de geiten in Noord-Brabant, ben je dus al helemaal niet bezig met hoeveel mensen dan nog ziek aan het worden zijn. Mijn eigen expertise is als volgt. Ik heb zelf jaren in Groot-Brittannië gewoond. Ik mag nog steeds geen bloed doneren, omdat ik er te lang gewoond heb tijdens de gekkekoeienziekte. Daar speelde toen precies hetzelfde feit, namelijk dat de gezondheidsautoriteit, een soort NVWA, daar onder het ministerie van Landbouw hing en dat die een afweging moest maken over de volksgezondheid, terwijl die daarin ook de belangen van de sector meenam. Daardoor duurde het te lang voordat er ingegrepen werd.

De **voorzitter**:
Ja, helder.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Oké. Ik dacht even een college te geven.

De **voorzitter**:
Een historische flashback.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Maar de les is dat wij vaak te lang geen oog hebben voor de mensen die ziek worden, omdat we het ziek worden niet aan het stopzetten zijn. Dat is bij long covid ook heel lang het geval geweest. Vergeet niet dat we in 2020 nog steeds mensen zonder persoonlijke beschermingsmiddelen lieten werken. Er waren toen nog steeds richtlijnen dat je tot vijftien minuten bij een zieke coronapatiënt kon zijn. Zo lang je dat doet, kun je natuurlijk niet erkennen dat je long covid kunt krijgen, omdat je dan weet dat je aansprakelijk bent. Dat is ook de reden — dit is een van de weinige dingen waarover ik het met de heer Van Haga eens ben — dat een parlementaire enquête naar het coronabeleid buitengewoon noodzakelijk is.

De **voorzitter**:
Prima. Dank u wel.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Dank.

De **voorzitter**:
De laatste spreker van de zijde van de Kamer is mevrouw Simons van de fractie van BIJ1.

Mevrouw **Sylvana Simons** (BIJ1):
Dank u, voorzitter. In juni 2023 schatte het Maatschappelijk Impact Team het aantal mensen met long covid in ons land op 1,3 miljoen, waarvan ongeveer 90.000 mensen zo ziek zijn dat ze nauwelijks aan de samenleving kunnen deelnemen. Dat doet me veel. Niet alleen ben ik een van die 1,3 miljoen mensen, maar ook heb ik uit alle macht getracht om de minister van VWS te bewegen tot een daadkrachtig vangnet voor al die mensen voor wie covid veel meer is dan een verkoudheid. Ik heb hem meermaals gevraagd of hij voor die mensen klaar zou staan. Zijn antwoord was ja, maar de praktijk blijkt weerbarstig. Een jaar geleden ontraadde de minister van VWS bijvoorbeeld mijn motie om middels landelijke campagnes mensen te informeren over de potentiële gevolgen van langdurige covid en om het bestaan ervan te erkennen. Nu stelt de actiegroep NietHersteld dat het gebrek aan dergelijke wijdverspreide informatie leidt tot onbegrip over wat mensen met langdurige covid meemaken. We worden niet serieus genomen, gestigmatiseerd en veroordeeld. De campagnes waar ik vorig jaar al voor pleitte, blijven dus nog steeds van belang. Mijn vraag is: hoe staat het kabinet daar inmiddels tegenover?

En ja, er is nog veel onduidelijkheid over long covid. Daarom blijft BIJ1 pleiten voor een langdurige en structurele financiering van biomedisch onderzoek. Er blijken langetermijngevolgen van een coronabesmetting, zoals het ontwikkelen van hart- of dementieklachten, die niet onder long covid worden gerekend. Is de minister bekend met deze bevindingen en doet hij hier onderzoek naar? Hoe reflecteert het kabinet op het lange negeren van long covid in beleid, terwijl postinfectieuze aandoeningen veelvoorkomend zijn en signalen uit het buitenland hier ook al vroeg op wezen? De heer Omtzigt verwees zojuist bijvoorbeeld naar Q-koorts, maar we weten het ook over MS, ME en andere dergelijke aandoeningen. Wanneer was het ministerie überhaupt voor het eerst op de hoogte of wilde het ministerie voor het eerst weten van de ontwikkeling van langdurige klachten? Wat was destijds het handelingsperspectief om dit te voorkomen?

Voorzitter. Dan kom ik op de mensen die lijden aan langdurige covid, met name de zorgmedewerkers. Honderdduizenden mensen die tegen wil en dank een coronabesmetting opliepen, staan nog steeds met lege handen. Ze zijn compleet in de steek gelaten door dit kabinet. De onmogelijke eis om aan te tonen dat je exact tijdens die eerste golf ziek bent geworden én dat je na twee jaar arbeidsongeschikt bent geraakt, blijft onverminderd van toepassing en dus loopt het overgrote deel van de zorgmedewerkers de schamele €15.000 vergoeding compleet mis. De groep die in aanmerking komt voor de regeling wordt opzettelijk veel te klein gehouden. Waarom? Omdat het kabinet banger is voor het risico van misbruik dan dat het echt, daadwerkelijk recht wil doen aan mensen die onder ongenadige druk enorme risico's voor ons allen hebben doorstaan.

Voorzitter. Zelfs op dit dossier regeert het kabinet dus vanuit wantrouwen in burgers. Dat is echt de schande voorbij! Want al die zorgmedewerkers zijn door deze coalitiepartijen ingezet als collateral damage. Het waren exact deze coalitiepartijen die de zorgmedewerkers in 2020 opriepen om, zonder adequate bescherming, voorlichting en middelen, maar wél met applaus, door te blijven werken. Nu die medewerkers chronisch ziek blijven, zijn het deze partijen die hen keihard laten vallen. Het kabinet koos steevast voor groepsimmuniteit. Die bewuste beleidskeuze heeft geleid tot een beschermend muurtje van meer dan 1 miljoen mensen met long covid. Wij zijn de muur! Exacte cijfers hebben we niet, want het kabinet weigert om het aantal

longcovidpatiënten te registeren. Waarom? Wil de minister van VWS soms geen inzicht hebben in de gevolgen van de eigen beleidskeuzes? De aansprakelijkheid voor de opgelopen schade als gevolg van deze beleidskeuzes schuift het kabinet af op werkgevers. Again, dat is de schande voorbij!

Voorzitter, tot slot. Corona ligt niet achter ons. We zitten er nog middenin. Het gaat niet alleen om de patiënten met long covid. Wat doen de bewindspersonen voor alle patiënten die niet uit de zorgsector komen, maar net zo goed thuiszitten met langdurige covid? Wat doen ze aan preventief beleid? Hoe staan ze tegenover de roep om expertisecentra met een multidisciplinaire aanpak of de roep om het heropenen van de gespecialiseerde poli's? We willen antwoorden. We willen beleid. We willen bewindspersonen die echt luisteren naar de patiënten, de ervaringsdeskundigen, want ook hier geldt: niets over ons, zonder ons!

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Tot zover de eerste termijn van de Kamer. Ik schors voor een kwartiertje en dan gaan we luisteren naar de ministers.

De vergadering wordt van 20.11 uur tot 20.25 uur geschorst.

De **voorzitter**:
Ik begrijp dat ik het woord ga geven aan minister Kuipers. Het woord is aan hem.

Minister **Kuipers**:
Dank u wel, voorzitter. Om te beginnen: afgelopen vrijdag ben ik, na de tragische gebeurtenissen van donderdag in Rotterdam, met collega Dijkgraaf naar het Erasmus MC geweest. Tegelijkertijd vond in het provinciehuis van Noord-Brabant de opening door de koning van de reizende expositie Stilstaan bij corona plaats, waarvoor ik me dus helaas moest verontschuldigen, maar waar minister Helder en staatssecretaris Van Ooijen aanwezig waren. Uit de verhalen die ik hoorde van afgelopen vrijdag, begrijp ik dat dit een ingrijpend moment was, waarbij allen stilstonden bij een heftige periode voor velen.

Waar deze periode gelukkig voor een heel groot deel van de samenleving voorbij is, leeft een deel van de samenleving, direct of indirect, nog steeds met de gevolgen van corona. Zij kampen met postcovid en hebben bijvoorbeeld last van uiteenlopende klachten, vaak al zeer langdurig. Van vermoeidheid en kortademigheid tot reuk- en smaakverlies en cognitieve disfunctie: het zijn uiteenlopende klachten, die voor sommigen gelukkig een beperktere, maar voor sommigen ook een heftige impact hebben op het dagelijks functioneren. Dat is verdrietig voor de mensen die ermee te maken hebben en voor de mensen om hen heen. Postcovid heeft invloed op de aandacht die mensen kunnen besteden aan hun familie, vrienden, werk en andere activiteiten. Ik zie dat, net zoals het MIT dat ziet. Ik vind het dan ook belangrijk om perspectief te bieden aan mensen met postcovid.

Gelukkig wordt er nationaal en internationaal hard gewerkt om meer duidelijkheid te krijgen over de aard, de omvang en de impact van langdurige klachten na een covidbesmetting. Zo bestuderen onderzoekers onder meer de langetermijneffecten van COVID-19, om te begrijpen waarom sommige mensen volledig lijken te herstellen, terwijl anderen aanhoudende en soms ernstige gezondheidsproblemen blijven ervaren. Dat is belangrijk onderzoek om te komen tot mogelijke behandelingen voor postcovid. Net als de gehele Kamer hoop ik van harte dat uit dit onderzoek effectieve behandelingen volgen, maar als voormalig artsonderzoeker weet ik dat wij de wetenschap niet kunnen forceren. Gedegen wetenschappelijk onderzoek vraagt tijd. Ik ben blij dat we als Nederland bijdragen aan het faciliteren van dit onderzoek, aan het verspreiden van de kennis over postcovid en daarmee aan het verbeteren van de zorg voor mensen met postcovid.

Dat brengt mij bij de beantwoording van de vragen.

De **voorzitter**:
Maar daarvoor mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Kan de minister aangeven hoeveel Nederlandse postcovidpatiënten er op dit moment in Nederland in behandeling zijn?

Minister **Kuipers**:
De exacte aantallen kan ik niet geven. U kent de aantallen die geregistreerd zijn via C-support. Ik kom daar straks nog even op terug. Maar ik kan de exacte aantallen niet geven, noch hun exacte klachten of de duur van hun klachten.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik vroeg de minister hier op 8 december naar, naar aanleiding van de uitzending van Nieuwsuur op 6 november. Toen waren er nul Nederlandse postcovidpatiënten in Nederland in behandeling. Weet de minister niet hoeveel en of er überhaupt Nederlandse patiënten in de tussentijd in Nederland in behandeling zijn genomen?

Minister **Kuipers**:
Ik heb geen registratie van het aantal patiënten met postcovid onder behandeling, net zomin als ik die heb voor heel veel andere aandoeningen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dus het antwoord kan ook nul zijn?

Minister **Kuipers**:
Ik ga ervan uit dat het antwoord absoluut geen nul is. Alleen, als de vraag is of ik kan aangeven hoeveel patiënten er onder behandeling zijn, is het antwoord: nee, dat weet ik niet en kan ik niet.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Kunnen we het antwoord voor het einde van de vergadering krijgen?

Minister **Kuipers**:
Nee, dat kunnen we niet, want we hebben daar geen registratie over. Overigens, als mevrouw Agema mij zou vragen hoeveel patiënten er in Nederland onder behandeling zijn met cardiovasculaire klachten, of hoeveel patiënten met reuma, dan kan ik dat aantal ook niet geven. Daar hebben wij in Nederland geen registraties van.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Sorry, maar dat antwoord is zeker weten: meer dan nul.

Minister **Kuipers**:
Zeker, maar het antwoord ten aanzien van postcovid zal zeker weten ook meer dan nul zijn. Alleen, als u mij vraagt wat het exacte aantal is, dan kan ik dat niet geven.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Alle antwoorden die de minister net zocht, kun je gewoon opzoeken in de LBZ-database van Dutch Hospital Data (DHD). Daarin staat gewoon hoeveel mensen er onder behandeling zijn voor kanker. Er staat netjes in hoeveel mensen er onder behandeling zijn voor cardiovasculaire ziektes. Dat wordt gemaakt en wordt daarna geanonimiseerd, zeg ik even ter geruststelling van iedereen. Maar we weten dat bij die ziektes heel precies. We weten ook heel precies wanneer die ziektes stijgen. Alleen, van long covid maken we geen definitie — daar komen we zo op terug — en dus weten we niet hoeveel mensen er onder behandeling zijn. Is het geen tijd om die definitie een keer te maken?

Minister **Kuipers**:
Er is een definitie ten aanzien van long covid. Daar is het in eerdere debatten ook al over gegaan. Daar komen we straks op terug. We hanteren in Nederland de WHO-definitie: ten minste drie maanden na een gedocumenteerde covidbesmetting ten minste langer dan twee maanden klachten. Die definitie wordt gehanteerd. Daarbij gaat het — mevrouw Van der Plas vroeg dat ook — om helder identificeerbare symptomen en diagnostiek. Zoals u weet, gaat het hier om een scala aan verschillende symptomen. Er zijn bij elkaar tenminste 200 verschillende symptomen geregistreerd, die niet altijd als zodanig op dezelfde manier worden geregistreerd op één diagnose. Dat doen we ook niet omdat die te divers zijn en te fluctuerend in de tijd.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Dan toch even: waarom lukt het in het Verenigd Koninkrijk dan wel om goede statistieken samen te stellen met een definitie? Waarom lukt dat in Nederland niet? Het kan een beetje saai lijken. Ik ben statisticus; ik vind het leuk om cijfers te hebben. Maar als je geen goed inzicht hebt in om hoeveel mensen het gaat, dan heb je toch problemen om je beleid te maken en om te weten hoeveel behandelingen je nodig hebt en om hoeveel mensen het gaat? Dus waarom lukt het andere landen wel en zou het in Nederland niet lukken?

Minister **Kuipers**:
Om te beginnen: de WHO-definitie wordt internationaal gebruikt. Dat is dus dezelfde definitie. Dan ten aanzien van inzicht krijgen het aantal patiënten. We kunnen wel degelijk inzicht krijgen in het aantal patiënten. Dat heeft het MIT zojuist berekend. Dat hebben wij eerder ook met uw Kamer gedeeld; we hebben er hier eerder bij stilgestaan. Dat doen we onder andere op basis van uitstekend onderzoek, het Lifelinesonderzoek uit Groningen. Daarbij worden patiënten lange tijd gevolgd. Op basis van hele grote databases maak je dan, zoals de heer Omtzigt weet als statisticus, een extrapolatie en kom je op het aantal patiënten bij benadering. Maar dat is wat anders dan het exacte aantal patiënten, en dan ook nog het exacte aantal patiënten in de tijd en het eventueel definiëren naar type klachten. Die kunnen zeer divers zijn. We kunnen dus wel degelijk net als Engeland aangeven om hoeveel patiënten het naar verwachting gaat. U zult ook zien dat de eerdere schattingen, zoals die van het MIT, naar rato van de bevolking eigenlijk ontzettend overeenkomen met bijvoorbeeld de analyse in Engeland waar de heer Omtzigt aan refereert. Dat is met dezelfde diagnose en vaak met eenzelfde benadering.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Lifelines is een ontzettend mooi project in Groningen, waarbij inderdaad een heel groot cohort tientallen jarenlang gevolgd wordt zodat inderdaad alles bekend is over dat cohort; er wordt gekeken welke problemen en gezondheidsuitdagingen ze hebben. Maar dat is niet het precies bijhouden van het aantal zieken. Dat doen we bij andere ziektes wel. Mijn vraag is nu dus: hebben we nu de definitie die door iedereen gebruikt wordt en die ook door iedereen ter registratie gebruikt wordt waar wij drie maanden geleden naar vroegen in de motie?

Minister **Kuipers**:
Zoals toen ook al is aangegeven, gebruiken wij over het algemeen een WHO-definitie. Die gebruiken we ook internationaal, op goede gronden. Die blijven we ook gebruiken. Als individuele onderzoekers en clinici een voorkeur hebben voor een andere definitie, dan is dat aan hen, maar dat is een internationale definitie.

Zoals ik eerder bij de debatten ook al aangegeven heb, is er mogelijkheid tot registratie. De belangrijkste daarvoor is C-support. Je kunt je zo melden. Het is heel simpel te vinden. Direct op de frontpagina van de website staat een grote button met "aanmelden". Dan hoef je maar één formulier in te vullen. Je wordt benaderd en er worden vragen aan je gesteld. Je krijgt een een-op-eengesprek. Je krijgt zelfs een begeleider. Dat is de wijze. Ongeveer 26.000 mensen hebben dat ondertussen gedaan, zeg ik uit mijn hoofd. We hebben niet één overheidsregistratie. Ik ben ook niet van plan om die op te zetten om redenen die ik eerder al heb aangegeven.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Nee, maar dan komen we dus bij de kern van het probleem.

De **voorzitter**:
Dit is uw vierde keer, hè.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Ja. Daar zijn we dus bij de kern van het probleem. Je kunt je inderdaad registreren bij C-support. Die doen allemaal hele goede dingen. Maar het probleem is dat omdat we geen eenduidige definitie hebben — de minister zegt ook: je kunt je definitie kiezen — we niet in beeld hebben hoe het langjarig gaat met postcovid. Daar heb je in onderzoeken gewoon last van.

Minister **Kuipers**:
Ja.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
De Kamer heeft hier gezegd: ga aan het werk voor één definitie. Ik merk op dat die motie gewoon niet uitgevoerd wordt als ik dit zo hoor.

Minister **Kuipers**:
Dan kom ik toch even terug op de terechte opmerkingen die mevrouw van der Plas maakte. Er zijn aandoeningen waarbij het heel klip-en-klaar en helder identificeerbaar is of je die hebt, ja of nee. Dan gaat het bijvoorbeeld om vormen van kanker en veel vormen van een botbreuk. Zo kan ik even doorgaan. Je maakt een foto of je neemt een biopt. Of je doet een bloedtest en dan definieer je "dit is de ondergrens voor bloedarmoede" of "dit is de ondergrens voor een normale nierfunctie". Zo kan ik doorgaan. Dan is het heel klip-en-klaar. Er zijn ook aandoeningen — soms, zoals ook hier, zijn dat zeer in invaliderende aandoeningen — waarbij die helder identificeerbare "ja of nee"-test er niet is. En toch is het dan heel erg belangrijk om dat wel degelijk te definiëren als een aandoening. Maar dat doe je dan op basis van in dit geval een positieve infectietest en aanhoudende klachten zonder scheidslijn eromheen. Je zegt niet: deze klachten accepteren we wel en deze klacht accepteren we niet. Dat is bewust zeer open. Dat past niet bij een heldere, strak ingekaderde definitie. Mensen kunnen langdurige klachten hebben van vermoeidheid, ze kunnen langdurige klachten hebben van spierpijn en nog van veel meer. Dat is bewust geïncorporeerd in die definitie. Maar dat staat gewoon diametraal tegenover dat wat de heer Omtzigt mij vraagt. Ik denk dat dat echt onverstandig is, want daarmee doe je patiënten tekort.

De **voorzitter**:
Nee, meneer Omtzigt, we gaan naar de heer Van Haga.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Ik vond dit juist wel een heel interessant debat.

De **voorzitter**:
U hoeft niet te interrumperen.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Nee, oké. Laat ik het dan toch doen. De minister geeft aan dat het blijkbaar toch wel heel moeilijk is om die definitie vast te stellen en dat de statistieken vervuild zijn. De minister weet niet om hoeveel mensen het gaat. Laten we het dan relatief benaderen. Weet de minister überhaupt welk percentage van de mensen die postcovidklachten hebben, gevaccineerd is?

Minister **Kuipers**:
Een breed scala aan mensen in de maatschappij is gevaccineerd. Mensen die gevaccineerd zijn, kunnen daarna allerlei zaken overkomen. Ze kunnen gediagnosticeerd worden met ziekten. Ze kunnen bepaalde klachten hebben. Postcovid — de naam zegt het al — is nadrukkelijk gedefinieerd op zichzelf als langdurige klachten na een covidinfectie, gevaccineerd of niet. Wat C-support doet — we komen straks onder andere nog op Lareb — is mensen de mogelijkheid bieden om zich te melden. Die gaan in hetzelfde traject als ze langdurige klachten hebben en gevaccineerd zijn, ongeacht of ze ook een covidinfectie hebben gehad.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Dit is de wereld op zijn kop. Straks gaat de minister zeggen over iedereen die zijn been breekt: dat definieer ik als postcovid. Dat is totale absurditeit. Er is blijkbaar een vervuilde statistiek. We weten niet hoe groot de groep is. We weten wel dat er een serieuze aandoening is die we omschrijven door die 200 klachten onder postcovid te scharen. Maar de minister wil dus blijkbaar niet weten of dit uitsluitend is na het doormaken van een covidinfectie of dat dit ook eventueel te maken zou kunnen hebben met een coronavaccinatie. Klopt dat?

Minister **Kuipers**:
Voorzitter, als u mij dat toestaat, dan kom ik er zo nog op terug, want nu gaan we echt al heel diep in op alle vragen. Ik heb daar mapjes voor. Ik kom daar zo op terug.

De **voorzitter**:
Daar gaan we het straks over hebben, meneer Van Haga. Het woord is aan de minister.

Minister **Kuipers**:
Voorzitter. Ik heb de antwoorden in drie categorieën. De eerste gaat over onderzoek en ook over het expertisenetwerk. De tweede gaat over zorg. De derde is een vrij brede categorie: overig. Ik begin met onderzoek en expertise.

Allereerst een vraag van de heer Drost: hoe zet de minister zich in om kennis bij artsen op niveau te krijgen? Postcovid is een nieuwe aandoening waar we nog veel over moeten leren. Momenteel wordt er door tal van partijen een landelijk onderzoeks- en expertisenetwerk voor postcovid opgericht. Het doel van het netwerk is, zoals bekend, om de ontwikkelde kennis zo snel mogelijk bij behandelend artsen te krijgen. Daarbij wordt er reeds kennis gedeeld met artsen in de eerste en de tweede lijn door C-support, bijvoorbeeld door het organiseren van nascholing en het opzetten van webinars.

Voorzitter. De heer Drost vroeg ook: kan de minister vertellen hoever onderzoeken nu zijn over postcovid, welk perspectief hebben patiënten en wat is het tijdpad? Momenteel wordt er zowel nationaal als internationaal zeer veel onderzoek gedaan, waaronder biomedisch onderzoek en ander onderzoek gericht op concrete behandelingen. Via

ZonMw financieren we momenteel 22 lopende onderzoeken naar postcovid. Daarvan zijn er 14 die biomedisch van aard zijn of een biomedische component bevatten. Die onderzoeken hebben een langere looptijd. Indien er tussentijdse resultaten beschikbaar komen, zal ZonMw die delen. Deze maand wordt het biomedische deel van de kennisagenda opgeleverd. Daarmee wordt er in december een call opengezet door ZonMw voor aanvullend biomedisch onderzoek. Uw Kamer ontvangt die kennisagenda zo gauw ik deze heb ontvangen.

Mevrouw Van den Berg vroeg: wat is de laatste stand van zaken met het opzetten van expertisecentra en hoe zit het met onderlinge samenwerking? Voor het opzetten van het landelijk onderzoeks- en expertisenetwerk voor postcovid is in het kader van het onderzoeksprogramma door ZonMw recent een subsidieronde geopend. Daarbij hebben verschillende partijen zich aangemeld om mee te werken aan de opbouw van dat netwerk. Er hebben ondertussen twee grote bijeenkomsten plaatsgevonden met tal van partijen, waaronder ook patiëntengroepen. Subsidie zal binnenkort door ZonMw worden verleend. Die samenwerking met die veldpartijen acht ik van grote waarde voor het expertisenetwerk. Om samenwerking optimaal te faciliteren, heb ik ZonMw gevraagd om te werken aan een geïntegreerde aanpak, waarbij alle relevante partijen, waaronder een vertegenwoordiging van ziekenhuizen, de eerste lijn en patiëntenorganisaties, worden betrokken. Mevrouw Van den Berg ging daarop door, en zei: "Het onderzoek is versnipperd; dat helpt niet. Kan de minister aangeven wat hij heeft gedaan om mijn motie uit te voeren?" Die motie is betrokken bij het programmavoorstel voor onderzoek en kennisdeling postcovid van ZonMw, waarover ik de Kamer in de brief van 1 juni jongstleden heb geïnformeerd. Ik herken de opmerking van mevrouw Van den Berg dan ook niet. Het programmavoorstel is juist gericht op het samenbrengen vanuit het gehele land van onderzoek en expertise. Ik gaf al aan dat het ZonMw-programma inmiddels is gestart. Onderdeel van het ZonMw-programma is tevens de inrichting van het onderzoeks- en expertisenetwerk dat is bedoeld om zo snel mogelijk kennis te delen en resultaten bij het zorgveld te krijgen.

De heer Van Haga vroeg: waarom worden er miljoenen uitgetrokken voor onderzoek naar postcovid, maar niet voor onderzoek naar de relatie tussen postcovid en vaccins? Er wordt wel degelijk onderzoek gedaan naar langdurige klachten na covidvaccinatie. Het Bijwerkingencentrum Lareb monitort de veiligheid van de coronavaccins. Op basis van de meldingen heeft Lareb geen bewijs gevonden van een relatie tussen langdurige klachten en COVID-19-vaccinatie. Lareb heeft daarnaast een vragenlijstonderzoek uitgevoerd bij 30.000 gevaccineerden. Zij zijn gedurende een halfjaar gevolgd om inzicht te krijgen in het optreden van bijwerkingen na coronavaccinatie. Ook voert Lareb op basis van beschikbare wetenschappelijke literatuur een aanvullende analyse uit naar langdurige klachten na vaccinatie. De eerste bevindingen hiervan worden ook dit najaar verwacht.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
De minister had het ieder keer over expertisenetwerken. Ik ben een heel groot voorstander van netwerken, maar een netwerk is wat anders dan een expertisecentrum. Kan de minister toelichten wat er aan netwerken wordt ontwikkeld en waar er echt fysieke centra zijn, waar mensen ook terechtkunnen?

Minister **Kuipers**:
Ik hoorde de discussie over een netwerk of centrum al een aantal keer. Als het gaat over één centrum in Nederland voor een specifieke aandoening, dan komt die aandoening in beperkte mate voor en gaat het veelal om zeer zeldzame aandoeningen. Zo is er bijvoorbeeld één centrum voor de behandeling van kinderen met kanker en is er op sommige plekken één centrum voor zeldzame metabole ziekten of zeldzame aangeboren afwijkingen. Hier hebben we juist te maken met een aandoening die zeer divers is, zeer veel voorkomt en langdurige klachten geeft. Er zijn ook veel specialismen bij betrokken, zowel in diagnostiek en begeleiding als in de research. Dat betekent dat ik eraan hecht om al die mensen bij elkaar te brengen en daarvoor niet één fysieke plek, een universiteit of ziekenhuis, aan wil wijzen waar dat allemaal gebundeld moet zijn. Dat is de reden voor het bij elkaar brengen als een netwerk.

Voorzitter. De vervolgvraag was: waar kunnen mensen terecht? We komen dan bij het zorgaspect en daar kom ik straks nog op terug. Zij kunnen uiteraard terecht in de eerstelijnszorg en zij kunnen uiteraard terecht bij specialisten in vrijwel alle verschillende ziekenhuizen in Nederland.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Op dat zorgaspect komen we straks inderdaad nog terug, want daar hebben we denk ik ook een verschil van inzicht over. Is er dan nog een centrale databank, samen met C-support, waar al die gegevens van mensen met postcovidklachten komen? Dan kun je echt leren. Of is het zo dat ieder ziekenhuis weer zijn eigen data houdt, of nog erger: dat iedere specialist zijn eigen data houdt?

Minister **Kuipers**:
Nee, de opzet is nadrukkelijk dat die data gedeeld worden en dat ze ook beschikbaar zijn voor onderzoek op een andere locatie, bijvoorbeeld als het gaat om experimentele laboratoriumgegevens in een cel kweken. Als het echt gaat om patiëntgegevens dan kan dat alleen met toestemming van de patiënt. De opzet is dat zowel gegevens als expertise gedeeld worden. Zojuist gaf ik ook aan dat ik ZonMw gestimuleerd heb om dat toch met een centraal kader te doen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dan de laatste vraag en die gaat over de opzet van het onderzoek zelf. De minister zegt: er zijn juist op veertien plekken biomedische onderzoeken, dus dat vindt voldoende plaats. Wij hebben in onze motie aangegeven dat juist de selectie van de patiënten op een eenduidige manier zou moeten gebeuren als je straks ook appels en peren met elkaar wilt kunnen vergelijken. Dit mis ik nog in het antwoord van de minister. Hoe is hij met de uitvoering van de motie bezig?

Minister **Kuipers**:
De selectie van patiënten hangt inderdaad af van het specifieke onderzoek. Ik zal daar straks nog een aantal voorbeelden van geven. Als ik een aantal van dit soort voorbeelden geef, zal duidelijk zijn dat er voor verschillende onderzoeken soms naar verschillende typen patiënten wordt gezocht. Dat zit dan in de in-en exclusiecriteria.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
De minister zei net dat oversterfte in relatie met vaccinatie wel wordt onderzocht. Ik heb al die onderzoeken van ZonMw doorgenomen en dat gaat allemaal over dingen die er wel aan raken, maar die dat niet specifiek onderzoeken, bijvoorbeeld veranderingen in de zorg, kwetsbare groepen, jongeren, ga zo maar door. Ik zie hier in ieder geval niet de specifieke relatie tussen oversterfte en de vaccinatie.

Minister **Kuipers**:
Ik beantwoordde een vraag van de heer Van Haga over postcovidklachten of postvaccinatieklachten en vaccins, waarbij de stelling was dat het eigenlijk niet onderzocht werd. Daarvan gaf ik aan dat het wel degelijk onderzocht werd.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Mijn punt is het volgende: wordt dat in relatie met de vaccinatie onderzocht?

Minister **Kuipers**:
De specifieke vraag van u was: wordt er onderzoek gedaan naar langdurige klachten na vaccinatie? Het antwoord daarop is ja.

De **voorzitter**:
De minister continueert.

Minister **Kuipers**:
De heer Dijk vroeg: hoe komt het dat de Nederlandse overheid zo slecht omgaat met postcovid en postinfectieuze aandoeningen? De Nederlandse overheid neemt deze postinfectieuze aandoeningen zoals postcovid zeer serieus. We werken continu aan verbetering om zorg en ondersteuning voor getroffen individuen te optimaliseren. De ervaring met Q-koorts is gebruikt om vanuit C-support ondersteuning te bieden. We streven er wat dat betreft dan ook naar om van eerdere ervaringen te leren en de aanpak van dergelijke gezondheidsproblemen voortdurend te verbeteren.

De heer Dijk vroeg ook: de SP en D66 dienden in 2020 — dat werd gecorrigeerd naar 2022, maar in het antwoord staat nog 2020 — een voorstel in voor een landelijk expertisecentrum voor kennis en ervaring; waarom bestond dit nog niet? Het voorstel voor een landelijk expertisecentrum is zeer waardevol en sluit aan bij bestaande initiatieven voor andere aandoeningen. Voor postcovid bestond dat nog niet, omdat het een nieuwe en onvoorspelbare aandoening was. Ervaringen met lyme en Q-koorts bieden waardevolle bouwstenen. Ik heb zojuist al aangegeven dat we beginnen met een netwerk. Uiteraard kan dat op een gegeven moment, uiteindelijk, leiden tot specifieke centra waar het langdurig onderzoek gebeurt. Maar voor nu is het zo veel mogelijk alle kennis en kunde, ervaring en gegevens bij elkaar brengen.

Dat sluit aan bij de vraag van mevrouw Tielen: wat kunnen we leren van de Q-koorts; in hoeverre lijken post-Q-koorts en postcovid op elkaar? Het QVS-syndroom, het Q-koortsvermoeidheidssyndroom, heeft voor een deel symptomen die overeenkomen met postcovid. Dan gaat het bijvoorbeeld over vermoeidheid, concentratieproblemen en hoofdpijn. Maar er zijn ook verschillen. Dat geldt ook voor andere postinfectieuze aandoeningen. We hebben er hier al weleens eerder bij stilgestaan dat we daarvan een scala kennen. We hebben geleerd van de Q-koorts en hebben de ondersteuning van mensen met langdurige klachten al snel, aan het begin van de epidemie, opgezet bij C-support, die voortgebouwd heeft op wat Q-support had neergezet. Ik gaf dat net ook al aan ten aanzien van het breed delen van onderzoeksresultaten.

Mevrouw Tielen vroeg ook iets ten aanzien van praktijkgericht onderzoek, zodat beter inzichtelijk is welke typen behandelingen veelbelovend zijn, wat er aan onderzoek is en welke beroepsgroepen erbij betrokken zijn. Ik noemde net al dat ZonMw op dit moment 22 lopende onderzoeken naar postcovid financiert. Veertien daarvan zijn biomedisch van aard of met een biomedische component. De verschillende onderzoeken die lopen, worden vaak in samenwerking met verschillende beroepsgroepen uitgevoerd, bijvoorbeeld door ziekenhuizen samen met NHG en GGD'en.

Voorzitter. Dan was er de vraag wat voor onderzoek naar postcovid er loopt. Ik krijg een heel lang antwoord, maar ik zal u dat niet allemaal voorlezen. Ik zal een paar specifieke punten noemen. Er is bijvoorbeeld een onderzoek waarin een umc, een langdurigezorggroep, verschillende algemene ziekenhuizen en een revalidatiecentrum in samenwerking kijken naar langetermijnondersteuning en zorg voor patiënten. Er is een onderzoek waarin veel partijen gezamenlijk kijken hoe richtlijnen aangescherpt kunnen worden. Er is een onderzoek dat kijkt naar herstelbevordering met continue biofeedback. Tot slot noem ik een onderzoek dat zich specifiek richt op postcovid bij kinderen.

Deze vraag heb ik al gehad.

Mevrouw Tielen zei: postcovidpatiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat er bewezen effectieve, veilige behandelingen kunnen komen die hen beter maken. Postcovid is een recent verschijnsel waar we nu, zoals bekend is, iets minder dan vier jaar mee te maken hebben. Er is dus logischerwijs nog veel onduidelijk over postcovid. Het kost tijd om goed wetenschappelijk onderzoek te doen. Gelukkig wordt er nationaal én internationaal hard gewerkt om meer duidelijk te krijgen over de aard, omvang en impact; ik gaf dat al aan. In de afgelopen jaren heeft dat geleid tot een zeer snelle acceleratie van het aantal wetenschappelijke publicaties op dit terrein. Die teller staat op dit moment op ruim 29.000 wetenschappelijke artikelen. Er verschijnen ondertussen ongeveer 1.000 wetenschappelijke artikelen over postcovid per maand. Ik heb dat eerder bij een debat ook weleens genoemd. Voor degenen die dat moeilijk vergelijkbaar vinden met andere aandoeningen, zeg ik: dat zijn er ongelofelijk, ongelofelijk veel. Dat is goed nieuws. Tegelijkertijd moeten we daarbij heel realistisch zijn. Ook als er heel veel onderzoek wordt gedaan in tal van verschillende landen, zal het vinden van precieze gegevens en verklaringen, bijvoorbeeld over de ontstaanswijze, de wijze van diagnostiek en de behandeling, hoe dan ook tijd kosten.

Dat raakt aan de vragen van mevrouw Agema: "Wat is de reden dat het zo traag gaat? Is Nederland niet gewoon te zuinig? Nemen we het wel serieus, en wat is de reden dat het in Duitsland wel kan?" Er is inmiddels voor enkele tientallen miljoenen aan onderzoeksfinanciering geoormerkt

in het kader van postcovid. Ook in Duitsland zien we dat er vele tientallen miljoenen worden uitgegeven om te komen tot effectieve behandelingen van postcovid. Ik gaf al aan dat het desalniettemin helaas tijd kost. Ik heb er weet van dat in Duitsland sommige behandelingen aangeboden worden. Maar dit zijn lang niet altijd medisch bewezen behandelingen.

Even ter illustratie als het gaat over Nederland en Duitsland, omdat het een aantal keren voorbijkwam: Nederland trekt gezamenlijk met Duitsland op om in Europees verband aandacht te vragen voor postcovid. Dat doen we door gezamenlijk via EU4Health, in de versterkte samenwerking tussen de Commissie, de OECD en de WHO, te werken aan het verzamelen van kennis en data en aan monitoring en uitwisseling van onderzoeksgegevens. Duitsland heeft daarnaast aangekondigd voornemens te zijn om 100 miljoen euro vrij te maken voor onderzoek naar postcovid. Dat is fantastisch; dat gaat ook de Nederlandse patiënten potentieel helpen. Alleen maar om te vergelijken: 100 miljoen voor een land dat vierenhalf keer zoveel inwoners heeft. Vergelijk dat met de bedragen die wij in Nederland hebben gedaan. Dan denk ik dat wij goed gezamenlijk optrekken.

De heer **Dijk** (SP):
Ook de SP had onder meer vragen over Duitsland. Ik was heel erg gericht op de vraag: waarom zijn er nog geen expertisecentra in Nederland? Die vraag was natuurlijk ergens op gestoeld; kijk hoe Duitsland er in bredere zin mee omgaat. Er zijn al meerdere longcovidklinieken waar mensen fysiek terechtkunnen, waar mensen ook behandeld kunnen worden, uitgebreid getest worden. Er is medicatie voor symptoombestrijding die echt verlichting kan bieden. Er wordt op een bepaalde manier omgegaan met informatievoorziening, waardoor er in de samenleving een ander beeld is van long covid. Ik kan zo een tijdje blijven opsommen. Ik zou graag van de minister willen weten hoe het kan dat Duitsland dat wel heeft en Nederland totaal niet, waardoor er hier een grote groep mensen is met long covid die aangeven dat ze nergens terechtkunnen. We spreken ze veel; alle Kamerleden spreken ze veel. Als ze naar de eerste lijn gestuurd worden, zitten daar zo veel mensen met een totaal gebrek aan kennis, dat ze zich steeds met een kluitje in het riet gestuurd voelen. Ze voelen zich niet gehoord en niet gezien.

Minister **Kuipers**:
Allereerst even dit. Vanuit het perspectief van de patiënt is het buitengewoon belangrijk dat patiënten wel gehoord worden en dat er begrip is voor hun klachten. Dat kwam zojuist terecht voorbij. Het is belangrijk dat dit een heel duidelijk signaal is vanuit professionals naar patiënten, maar ook vanuit het ministerie, vanuit de overheid: dat deze klachten serieus zijn, dat die een zeer grote impact kunnen hebben en dat er helaas onvoldoende verklaring voor is en er nog geen evidente behandelmethode bestaat. Daar begint het echt mee. Dat betekent ook dat patiënten op allerlei plekken gehoord moeten kunnen worden. Om te beginnen heb ik wat dat betreft grote waardering voor de aanpak van C-support. Als je je daar meldt, wordt er persoonlijk contact met je opgenomen. Er is ook de mogelijkheid voor een persoonlijke coach, die uitvraagt wat je klachten precies zijn, net als de duur en het beloop, en zo nodig ook kan helpen met de verwijzing naar een professional.

Een verwijzing naar een centrum kan op tal van plekken. We moeten ons er niet op doodstaren dat het in Nederland niet kan, maar in bijvoorbeeld Duitsland wel. Ik heb hier één voorbeeld bij de hand, maar ik kan tal van zaken bekijken. Ik heb hier een interview van afgelopen week uit het blad van de Federatie Medisch Specialisten met hoogleraar Judith Rosmalen van het UMCG, uit Groningen. Zij houdt zich specifiek bezig met patiëntdiagnostiek en zorg voor en onderzoek naar patiënten met aanhoudende lichamelijke klachten. Op de vraag over haar zorg voor patiënten met postcovid — ik noem maar één voorbeeld en één ziekenhuis — zegt zij: "Wij nodigen nog steeds mensen met long covid op onze poli's uit. Daar krijgen ze (…)" en dan noemt ze tal van diagnostische testen. Ze gaat door met: "(…) er zijn weliswaar verschillende verklaringsmodellen in de literatuur, maar hét antwoord is nog niet gevonden. Tot die tijd kunnen we niets anders doen dan mensen helpen om te gaan met hun klachten." En zo gaat zij even door. Het is maar één illustratie van het gegeven dat mensen daar terechtkunnen.

De heer **Bushoff** (PvdA):
De minister geeft op zich een mooi voorbeeld. Maar er zijn tegenover dat soort voorbeelden ook 10, 20, 30, 100 of misschien wel duizenden voorbeelden van patiënten die zeggen: ik verdwaal in het Nederlandse zorglandschap en word van het kastje naar de muur gestuurd. Wat zegt de minister dan tegen al die mensen?

Minister **Kuipers**:
Allereerst wil ik mensen graag oproepen om zich te melden bij C-support. Daarbij wil ik zeggen dat de klachten zeer divers zijn. Volgens Judith Rosmalen, de hoogleraar uit Groningen die ik net quootte, is het heel belangrijk dat mensen gehoord worden, gezien worden en dat er, waar relevant, diagnostische testen gedaan worden. Maar iets anders helpt ook. Ik ga niet het hele interview voorlezen, maar de titel ervan begint met "ik denk dat we veel eerlijker moeten zijn". "Veel eerlijker" betekent voor haar niet dat zij niet voor haar patiënten wil staan. Integendeel, ze wil wel degelijk voor haar patiënten staan. Maar het betekent ook dat je als arts, of je nou huisarts bent of medisch specialist, ook moet uitleggen wat de onmogelijkheden en de onduidelijkheden zijn. Veelal zullen patiënten merken dat als zij van het kastje naar de muur gaan, zij daar uiteindelijk niet beter af mee zijn, maar dat ze echt duidelijke hulp nodig hebben. Dat kan hulp zijn van een huisarts, van een hoogleraar zoals Judith Rosmalen, maar dat kan ook hulp zijn van iemand anders.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Wat ik altijd lastig vind aan dit soort antwoorden van de minister, is dat er heel breed wordt uitgeweid — dat gebeurt best vaak — aan de hand van een aantal voorbeelden die de minister heeft. Daartegenover staan echter ook andere voorbeelden; ik heb ook artsen gesproken die zeggen wel degelijk meerwaarde te zien in een expertisecentrum, een fysieke plek waar mensen naartoe komen. Dat zijn voorbeelden tegenover de voorbeelden van de minister. Dat maakt dit een moeilijk debat. Daarom zou ik de minister willen vragen om ook in te gaan op de zorgen van patiënten en op de wens van een deel van de artsen die zeggen er wel degelijk iets aan te hebben, en om het niet alleen te ontken-

nen, in de trant van: het is er niet, en er staan voorbeelden tegenover van andere artsen die ik ken en die wat anders zeggen. Ga nou gewoon eens in, zo zou ik de minister willen vragen, op wat een heel grote groep patiënten graag wil en echt nodig zegt te hebben en waarvan ook een heel deel van de artsen zegt dat het behulpzaam zou kunnen zijn.

Minister **Kuipers**:
Ik denk dat ik dat bij uitstek doe. Sterker zelfs: ik begon heel nadrukkelijk met mijn herkenning en erkenning van wat het vraagt. Ik meen dat zeer oprecht. Het is bij uitstek wat ik doe. Aan de betreffende artsen wil ik graag zeggen dat ik als minister niet ga over hoe een individuele arts in zijn of haar eigen centrum een polikliniek of een zorg inricht. Dat kunnen artsen zelf doen en dat doen zij ook op tal van plekken. Ik noemde maar één voorbeeld van één ziekenhuis, maar als je er even onderzoek naar doet, zie je tal van voorbeelden. Mensen die online informatie geven. Mensen die poliklinieken hebben. Mensen die gezamenlijk ... Prachtige voorbeelden; ik kan er verschillende langsgaan. Het gebeurt heel veel. Het helpt dan ook om mensen daar te helpen en daarnaar te verwijzen en tegelijkertijd, zoals hier ook genoemd, om hen daarbij ook het eerlijke verhaal te vertellen, namelijk dat het geen zin heeft om van het kastje naar de muur te gaan, naar tal van verschillende specialisten. Wat je nodig hebt, is een persoon, een dokter, en een organisatie als C-support die jou begeleiden.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Tot slot, want anders grijpt u waarschijnlijk in, voorzitter. De minister zei zonet wel degelijk dat het expertisenetwerk eventueel op termijn zou kunnen leiden tot een expertisecentrum. Dus ergens ziet de minister daar blijkbaar toch ook de meerwaarde van in. Maar de minister ziet blijkbaar geen rol voor zichzelf weggelegd om dat te bevorderen.

Minister **Kuipers**:
Ik zie op dit moment dat het aantal patiënten zeer groot is, dat het aantal klachten zeer divers is en dat het aantal onderzoeken dat daarnaar gebeurt, zowel in Nederland als in het buitenland, ook zeer divers is, met tal van betrokken specialisten in tal van centra. Ik noemde u wat voorbeelden, maar ik noemde daar niet de centra bij; het is echter zeer divers. Het helpt als je dat bij elkaar brengt in een netwerk. Wat er in de toekomst aan clustering mogelijk is, weet ik nu nog niet, maar ik houd er wel degelijk rekening mee dat in de toekomst er een beperkt aantal centra zijn die zeggen hiermee door te gaan voor heel specifieke subcategorieën van patiënten en dat er voor het overige een vorm van diagnostiek is, liefst gecombineerd met een behandeling, en het op een andere manier kan.

Mevrouw **Sylvana Simons** (BIJ1):
Ik hoor de minister met veel enthousiasme en fiducie spreken over het werk van C-support. Laat ik beginnen met te zeggen dat al het goede werk dat daar gedaan wordt, natuurlijk te waarderen is en dat ik daar alle respect voor heb. Tegelijkertijd spreek ik Nederlanders die zeggen: "Ik kan daar niet terecht. Ik hoor niets; ik meld me aan maar dan duurt het heel lang voordat ik een reactie krijg." Sommige mensen hebben zelfs nog helemaal geen reactie gekregen. Het eerste wat ik daarover zou willen zeggen, is dat het misschien verstandig is als de minister zijn enthousiasme een beetje tempert, of in ieder geval nog even checkt hoe het daar gaat met de doorstroom en de aanname van nieuwe patiënten. Mijn vraag is de volgende. De minister weet dondersgoed — hij zei het zelf ook net — dat diagnosticering heel belangrijk is voor eenieder met klachten. Het gaat er soms nog niet eens om of er een pilletje bestaat voor wat je hebt, als je maar weet wat je hebt, waar je klachten vandaan komen en hoe je er vervolgens mee kunt leven. Feit is dat bij C-support niet elke vraag behandeld kan worden. Ik herhaal even mijn vraag die ook tijdens mijn bijdrage stelde. We hebben het niet alleen over expertisecentra — meervoud — maar bijvoorbeeld ook over het heropenen van gespecialiseerde poli's. De minister zegt net: ik ga niet over hoe mensen hun ziekenhuis inrichten. I beg to differ. Als de nood hoog genoeg is zoals die gevoeld is in de afgelopen jaren ... Toen kon er ook van overheidswege gestimuleerd worden, gestuurd worden, geregisseerd worden. Mijn vraag is hoe de minister daartegenover staat.

Minister **Kuipers**:
Allereerst even een respons over C-support. Ik wil van harte, ook in overleg met C-support, specifiek navragen hoe het met de capaciteit zit en wat de wachttijden zijn. Als ik af en toe op de website kijk, zie ik dat ze melding maken van: u wordt teruggebeld, maar het kan vier weken duren. Dat staat er, maar ik wil van harte vragen hoe het met de capaciteit zit. Want volstrekt in lijn met wat mevrouw Simons zegt: mensen nemen niet voor niks daar contact op, want ze willen graag een antwoord. Ik sprak mijn steun uit vanwege de breedte van de aanpak. C-support probeert nadrukkelijk om dat te doen. Dat is één toezegging.

Dan het inrichten van poli's. Wat belangrijk is, is dat mensen gezien worden, in de eerste lijn, in de tweede lijn en waar nodig ook in de derde lijn. Dat vind ik belangrijk. Hoe vervolgens een poli wordt ingericht en of bijvoorbeeld op een poli geëarmarkt als postcovid op die middag door die professionals alleen maar patiënten met postcovid worden gezien, of die gezien worden op een poli die zich richt op aanhoudende lichamelijke klachten of op een poli die zich richt op iets anders, is voor mij totaal irrelevant. Ik ga er niet over. Ik kan de betreffende ziekenhuisbestuurder, het betreffende afdelingshoofd of de professional niet vragen om het op één manier in te richten. Ik denk ook echt — dat kunnen zij ook zelf uiten — dat het irrelevant is. Waar het om gaat, is dat patiënten gezien worden, dat zij kunnen spreken met een professional die hen hoort en die ook kennis en ervaring heeft met het omgaan met het ziektebeeld waar het om gaat en de patiënten die het betreft.

Mevrouw **Sylvana Simons** (BIJ1):
Vanuit het perspectief van de minister kan ik begrijpen dat hij zegt: het maakt mij niet uit wat voor poli dat is. Vanuit het perspectief van de patiënt kan ik de minister vertellen dat dat heel veel uitmaakt. Dat zit in dezelfde orde van grootte als de wens om überhaupt gediagnosticeerd te kunnen worden. Het maakt voor de patiënten wel degelijk uit of zij het gevoel hebben dat zij op een specialistische manier gezien, gehoord en geholpen worden. Gespecialiseerde poli's die er waren ... De minister zegt: ik ga daar niet over. Nogmaals, I beg to differ. We hebben het hier over een pandemie en gevolgen van een pandemie die ons allen aangaan. Ik denk dat we in de periode dat corona nog

heel serieus werd genomen door iedereen in Nederland, hebben gezien hoe groot de invloed van de politiek is, kan zijn en soms ook moet zijn. Maar die poli's zijn dus gesloten, in veel gevallen omdat de bekostiging niet op orde was. Dat heeft dus niets te maken met het enthousiasme van individuele specialisten. Dat heeft te maken met dat wat hier in Den Haag besloten wordt. Ik zou de minister willen vragen om niet alleen zijn antwoord van zojuist nog eens te heroverwegen, maar ook nog eens te heroverwegen wat hij kan doen, daar waar die behoefte er is van patiënten maar ook de wil, de inzet van specialisten, om dit soort poli's te helpen en op de rit te houden.

Minister **Kuipers**:
Als er in de tijd dat ik nog praktiserend arts of hoofd van een afdeling was een minister was geweest die mij verteld zou hebben hoe ik mijn poli moet inrichten en hoe ik 'm moet noemen, dan had ik destijds tegen de betreffende minister gezegd: dat is heel leuk, maar ik doe het echt op mijn eigen manier omdat dat voor mijn patiënten, voor mijn categorie het beste is. Ik denk dat dat ook verstandig is. Ik zit nu in een andere rol en dan neem ik ook een andere positie in, in de zin van dat ik dat niet ga aansturen.

Dat gezegd hebbende: natuurlijk herken ik dat het voor patiënten heel belangrijk kan zijn, maar ik wil ook graag een ander perspectief meegeven aan mevrouw Simons. Ik heb ook heel vaak het volgende perspectief gemerkt voor patiënten. Op het moment dat zij komen met brede klachten en zij direct worden gepositioneerd op een specifieke poli onder één noemer, kan dat soms voor patiënten ook buitengewoon vervelend zijn. Zij willen eigenlijk eerst veel breder gehoord worden: ik kom met deze klachten en ik wil niet gelijk in het tunneltje en het malletje voor die aandoening of die poli, ik wil veel breder. Er zitten dus twee perspectieven aan.

Ik antwoordde zojuist dat ik het belang vind dat patiënten gezien kunnen worden en of dat nou gebeurt op een geoormerkte poli postcovid of op een andere poli: fine. Ten aanzien van de financiering van die poli's: postcovidzorg is intensieve poliklinische zorg, maar gelukkig slechts zelden klinische zorg. Het is ook geen zorg die gepaard gaat met een dure operatie, een ic-opname of andere zaken. Dat zijn de zaken waarvoor met name ziekenhuizen soms aan de bel trekken, omdat ze aan de top van hun afspraken zitten. Voor poliklinische zorg in deze orde herken ik dat in het geheel niet en als dat al een situatie zou zijn, dan zou ik zeggen dat het een gesprek is voor de individuele zorgverlener met de zorgverzekeraar.

Mevrouw **Sylvana Simons** (BIJ1):
Voorzitter, tot slot zou ik heel kort even willen reageren. Ik heb toch een beetje het gevoel dat mijn bijdrage, mijn interruptie van zojuist geridiculiseerd wordt. Ik heb niet aan de minister gevraagd of hij wil treden in het ambt van specialisten, of hij zich wil bemoeien met de inrichting van elke poli. Door te doen alsof dat wel zo is, doet de minister alle mensen namens wie ik hier ook mag staan tekort.

Dan de bekostiging. Als de signalen ons bereiken dat mensen, ziekenhuizen, specialisten, stoppen met hun gespecialiseerde zorg rondom covid omdat de bekostiging, die toch ook echt hiervandaan komt, ze parten speelt, dan vind ik dat wel degelijk een verantwoordelijkheid voor de minister. Ten tweede is het niet zo dat mensen met long covid niet weten wat ze hebben. Ze weten precies wanneer ze besmet zijn geraakt en ze weten precies het verschil tussen hoe zij hun leven daarvoor konden leiden en hoe zij gedwongen worden hun leven daarna te leiden. Zij voelen zich niet beperkt als zij op een plek terechtkunnen waar aandacht is juist voor de breedte van de symptomen, juist voor de vele klachten die iemand kan hebben.

Het kan zijn dat de minister mijn vraag verkeerd heeft begrepen — daar heb ik alle begrip voor — maar als dat niet zo is, dan vind ik dat heel erg jammer. Ik krijg antwoord op vragen die ik niet stel en dat vind ik jammer.

Minister **Kuipers**:
Ik ben bang dat ik dan bij hetzelfde antwoord kom. En of ik het daarmee goed begrepen heb? Ik denk dat ik aangeef wat ik versta onder de vraag.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik ben intussen in opperste verwarring. De minister geeft aan de ene kant een mooi voorbeeld uit Groningen, van een poli waar dus, wat ik begrijp, integraal naar mensen wordt gekeken. En ja, dan kan de trieste constatering zijn, de conclusie zijn: ik kan op dit moment gewoon niets voor je doen. Het is triest genoeg als patiënten dat horen, maar daar moet men eerlijk over zijn. Wat ik niet begrijp, is dat de minister zegt "ik ga me niet bemoeien met hoe een poli wordt ingericht en wat men dus wel of niet doet", maar aan de ander kant in het vorige blokje aangeeft "ja, maar het is wel belangrijk dat die netwerken tot stand komen, dat die informatie wordt uitgewisseld". Dat betekent dus dat iedere arts nog steeds zelf bepaalt of die met die informatie naar een netwerk gaat en of die vindt dat het iets met covid te maken heeft. Het kan dus nog steeds zo zijn dat men van het kastje naar de muur wordt gestuurd: eerst naar de longarts, dan naar de neuroloog en zo gaan we door. Dat is volgens mij wat de minister net niet wilde.

Minister **Kuipers**:
Hier spelen twee verschillende zaken door elkaar heen. Laat me ze nog één keer heel goed specificeren. Ik dacht dat ik dat gedaan had, maar ik doe het graag nog een keer. Het gaat allereerst over het opzetten van een expertisenetwerk, het bij elkaar brengen van onderzoeksgegevens, studies, data, behandelmethoden, resultaten, et cetera. Daar wil ik graag een netwerk voor waar iedereen in Nederland, niet alleen uit de derde of de tweede lijn, maar ook uit de eerste lijn — ik heb ook voorbeelden genoemd van de GGD en patiëntenverenigingen — bij elkaar komt. Een andere vraag die ik kreeg, is of ik erop zou willen inzetten dat mensen gezien worden — bij de huisarts, maar de discussie gaat vooral over de tweede en derde lijn — op een geoormerkte poli postcovid. Een blok, een dagdeel, waarop alleen maar patiënten met postcovid worden gezien, en geen anderen. Daarvan heb ik gezegd: daar ga ik niet over. Ik denk dat het ook niet nodig is. Het gaat erom dat mensen gezien worden. Ik noemde het voorbeeld van Judith Rosmalen. Ik weet niet of zij haar poli "postcovid" noemt of dat ze haar poli "aanhoudende lichamelijke klachten" noemt of dat zij een poli interne geneeskunde heeft. Ik weet het niet en ik hoef het

ook niet te weten. Wat ik belangrijk vind, is dat zij als hoogleraar op dit terrein patiënten ziet.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dan wil ik graag van de minister weten hoe hij de integrale beoordeling gaat borgen. Hij zegt: welke naam je het beestje geeft, interesseert me niet. Maar hoe borgt de minister de integrale beoordeling? Hoe borgt de minister dat die informatie dan dus ook wordt gedeeld in dat netwerk en dat men niet ter plekke zegt: dit deel ik wél en dat níét?

Minister **Kuipers**:
De integrale beoordeling doen de professionals, onder andere via hun richtlijn. Ik gaf al aan wat voor richtlijnen er nu zijn. De integrale beoordeling is nodig voor sommige patiënten. Bij andere patiënten gaat het om een hele specifieke aanhoudende klacht. Daar is soms een veel minder integrale beoordeling voor nodig. Dat kan soms ook een monodisciplinaire beoordeling en aanpak zijn.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dan het tweede deel van de vraag: hoe gaat de minister borgen dat al die informatie samenkomt? Want linksom of rechtsom is het dus allemaal wel longcovidgerelateerd, ook als men maar één klacht heeft.

Minister **Kuipers**:
Zeker. Dat deel ik helemaal met mevrouw Van den Berg. Daarom gaf ik ook de noodzaak daarvan aan. ZonMw heeft de specifieke opdracht om te zorgen voor die geïntegreerde aanpak en om het ook bij elkaar brengen. Dus ook al gebeurt het onderzoek eventueel op verschillende locaties met verschillende partners, de kennis moet bij elkaar worden gebracht.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik heb het idee dat we een aantal dingen door elkaar halen in dit debat. Ik weet niet aan wie het ligt; ik ga naar niemand wijzen. Er zijn mensen die onderzoeken. U noemt mevrouw Rosmalen. Zij onderzoekt patiënten, maar neemt geen patiënten in behandeling, want dan hebben we het over de zorg.

Minister **Kuipers**:
Zeker.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Volgens mij is dat het blokje dat nog aan de orde moest komen. Heb ik dat goed?

Minister **Kuipers**:
Ja.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Moet ik mijn vraag misschien bewaren tot dat blokje? Want ik heb juist een vraag daarover. De minister zegt: die mensen worden gezien. Ja, ze worden misschien wel gezien door een onderzoeker — dat is fijn — maar mijn punt was — daar had ik vragen over gesteld, waar u misschien nog op komt — dat ik graag wil dat mensen ook in de tweede lijn worden gezien, als het nodig is, door specialisten die verstand hebben van postcovid. Laat ik het heel open vragen: is dat iets waar de minister nog op terugkomt in zijn beantwoording? Want dan wacht ik daarop.

Minister **Kuipers**:
Ik kom nog terug op de zorg, maar door de vragen word ik inderdaad geleid naar waar de patiënten op een poli gezien worden.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ja, ik snap het. Ik voel het ook mee. Daarom wil ik dat punt even maken. Dan bewaar ik mijn interruptie voor als de minister mijn vragen heeft beantwoord.

De **voorzitter**:
Heel goed. Mevrouw Tielen, gaan we u ook bewaren?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Nou, dat denk ik niet, haha. De minister verdedigt met verve waarom hij meer ziet in een netwerk dan in een centrum. Ik kan me daar wel iets bij voorstellen, al is het maar om veel meer kennis bij elkaar te brengen. Dat is goed, als hij ook nog maar bij de vraag over de patiënten komt. Daar kan de minister misschien nog wel wat meer over vertellen. Ik was dan ook een beetje verbaasd — misschien is het een typefout — dat in de toelichting bij de begroting, die wij een paar weken geleden hebben gekregen, wel staat dat er ten aanzien van postcovid geld is gereserveerd voor onderzoek en een expertisecentrum. Dus om even alle verwarring de wereld uit te helpen: heeft de minister daar een typefout gemaakt, of is hij toch voornemens om een centrum op te richten?

Minister **Kuipers**:
U merkte zonet al: zelfs in de beantwoording van de vragen die ik van de ambtenaren kreeg, lopen er verschillende dingen door elkaar heen. We hebben het over "postcovid" en een "netwerk". Binnen dat netwerk zijn er natuurlijk individuele centra die gezamenlijk dat netwerk vormen. Het gaat óók over een centrum, maar dat is in de verwarring over de beantwoording door elkaar gaan lopen. Daarbij gaat het met name over een landelijke functie infectieziektebestrijding, die deze week formeel van start is gegaan. Dat is een plek, in dit geval bij het RIVM, die zakendoet ten aanzien van monitoring, risicovoorspelling et cetera. Die zaken liepen zojuist in de beantwoording al door elkaar.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Dan wil ik vragen of de minister voor de tweede termijn nog even kijkt naar zijn toelichting bij de begroting voor 2024, die wij niet voor het reces gaan behandelen, maar waar toch echt in staat: een nationaal expertisecentrum. Wat bedoelt de minister daar dan mee? Kan hij daar in de tweede termijn op terugkomen?

Minister **Kuipers**:
Dat zal ik doen.

Mevrouw Tielen zei: ik ben blij met de toezegging van de minister om op EU-niveau kennis samen te brengen voor een expertisenetwerk. Ze vroeg: wat is de stand van zaken en hoe staat het met de opbrengsten van het lopende onderzoek? Met dat netwerk postcovid zet ik in op meer Europese samenwerking rondom het uitwisselen en verbinden van kennis en onderzoek. Het netwerk draagt bij aan het versterken van de postcovidaanpak, ook op internationaal niveau, en biedt een platform voor het uitwisselen van nationale kennis en ervaring. Daarnaast verzamelt het netwerk informatie over de situatie in de verschillende EU-landen met betrekking tot postcovid. ZonMw, NFU en C-support nemen hier namens Nederland aan deel. Op 18 september jongstleden vond het tweede overleg van dit Europese expertisenetwerk plaats.

De heer Omtzigt vroeg: is de minister bereid om vanuit nieuwe wetenschappelijke inzichten onderwijsmodules te ontwikkelen zodat nieuwe artsen straks ook kennis hebben over de postacute fase na infectieziekten? Ik kan me wel degelijk voorstellen dat deze nieuwe kennis ook landt in onderwijsmodules voor het opleiden van nieuwe artsen. C-support speelt een belangrijke rol in de nascholing van artsen, bijvoorbeeld via het organiseren van webinars. Zoals bekend ga ik niet over het inrichten van een medisch curriculum, maar ik kan het zeer nadrukkelijk onder de aandacht brengen. Dat geldt ook voor de vervolgopleidingen. Dan gaat het met name over het onder de aandacht brengen hiervan bij de Federatie Medisch Specialisten. Ik zal dat gaarne doen.

De heer Omtzigt vroeg nog hoe structureel onderzoek wordt geborgd. Zoals ik al heb genoemd, heb ik om de samenwerking optimaal te faciliteren ZonMw verzocht om te werken aan een geïntegreerde aanpak met alle verschillende partijen. U weet ook van de onderzoekssubsidies die we daar meerjarig voor uitgetrokken hebben. Voor de jaren daarna kan ik in deze fase geen toezeggingen doen. Dat hangt uiteraard af van de situatie dan, onder andere van wat het onderzoek dan al heeft opgeleverd.

Tot zover ten aanzien van onderzoek en het expertisecentrum, voorzitter.

De **voorzitter**:
Er is nog een vraag op dit punt van de heer Van Houwelingen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Het is altijd even afwachten met de blokjes, maar ik denk dat het in dit blokje past. Anders zegt de minister het wel. Ik had nog een aantal vragen uitstaan, onder andere over die opmerking van de Duitse minister en long vax. Of is dat een ander blokje? Dan excuus.

Minister **Kuipers**:
Ik durf niet te zeggen of dat een ander blokje is. Laat me dit even noteren. Ik weet niet waar het in zit.

Dan komen we bij het blokje zorg. Ik kom allereerst bij een vraag van de heer Drost, namelijk: waarom wordt er niet multidisciplinair gekeken naar de ziekte, en waar kan de patiënt op rekenen? Ik ben het er geheel mee eens dat er multidisciplinair gekeken moet worden naar patiënten met klachten op multidisciplinair terrein. Een multidisciplinaire aanpak is dan ook onderdeel van de richtlijn langdurige klachten na COVID-19 van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Federatie Medisch Specialisten en de Long Alliantie Nederland. Die geeft zowel voor de eerste lijn als voor de medisch-specialistische zorg antwoord op vragen over diagnostiek, begeleiding en behandeling van patiënten met langdurige klachten na covid, en ook over voorlichting aan patiënten door artsen. Ook wordt in deze richtlijn beschreven hoe de gezondheidsstatus van een patiënt in kaart kan worden gebracht en komt in deze richtlijn aan bod welke specialismen bij voorkeur betrokken zijn bij het multidisciplinair overleg.

Mevrouw Van den Berg vroeg: kan de minister aangeven hoe artsen er nu voor zorgen dat er onderling wordt overlegd? Afstemming en samenwerking tussen artsen is erg belangrijk, zeker bij een complexe aandoening. Ik benoemde al de richtlijn en het belang van samenwerking daarbij. Dat is, zoals zojuist ook al eventjes ter sprake kwam, vooral een zaak van lokale afstemming als het om de zorg gaat. Dat gebeurt veelal in een netwerk waarbij, zoals al aangegeven, via de richtlijn de huisarts ook betrokken is.

De heer Drost vroeg: is er zicht op de patiënten die zorg mijden? Er is geen zicht op patiënten met langdurige klachten die zorg mijden. Ik gaf de aantallen aan die zich bij C-support hebben aangemeld. We weten ook dat er verschillende redenen zijn waarom mensen zich niet melden bij C-support, bijvoorbeeld dat ze beperkte toegang hebben tot informatie of niet in staat zijn om die informatie zelfstandig tot zich te nemen. C-support werkt samen met diverse patiëntenbelangenorganisaties om de bekendheid van C-support en zijn initiatieven te vergroten en heeft daarnaast ook een analyse gemaakt van doelgroepen die over het algemeen minder goed te bereiken zijn. Daar heeft C-support verschillende acties voor uitgezet.

De heer Bushoff vroeg: erkent de minister hoe groot de behoefte van patiënten is aan een poli? Dat raakt aan de vraag die wij zojuist al beantwoord hebben.

Ook op de vraag over één database zijn we al ingegaan. Mevrouw Van der Plas vroeg: kan de minister "postcovid" definiëren en zowel medische als maatschappelijke erkenning geven? Ten aanzien van de erkenning heb ik benoemd dat postcovid veel mensen treft en een grote impact op hun leven en daarmee ook op het leven van hun naasten heeft, voor lange tijd. Dat is buitengewoon verdrietig voor mensen die hiermee te maken hebben, maar ook voor de mensen om hen heen. Het heeft invloed op de aandacht die ze kunnen besteden aan familie, vrienden en tal van andere activiteiten.

Ten aanzien van die eenduidige definitie hebben we zojuist al even benoemd dat er een definitie is van de WHO. Die is, zoals zojuist ook al benoemd, bewust breed gesteld om geen patiënten te excluderen, maar in de tijd ook te leren van mogelijke aanvullende klachten en beelden die hier ook onder horen.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik ga terug naar het punt over de poli's. De minister noemde de onderzoeken in Groningen en C-support. De onderzoeken in Groningen onderzoeken mensen en nemen geen patiënten aan. Je zou kunnen zeggen dat C-support een soortement eerste hulp is voor mensen die meer informatie willen en die daar ook mee geholpen worden om hun weg te vinden, maar ook dat neemt geen patiënten aan. Als we vragen naar het aannemen van patiënten, zegt de minister: dat is niet mijn verantwoordelijkheid; dat moet de zorg zelf regelen, want dat kan ik als minister niet aansturen. Volgens mij zegt hij zelfs: het is voor mij irrelevant hoe dat gaat. Maar daar zegt hij volgens mij wel bij: ik vind het wel belangrijk dat patiënten hun weg weten te vinden. Mijn punt was dat ik het belangrijk vind dat een patiënt zich kan melden bij een specialist die zegt: ik heb verstand van long covid. Mijn vraag aan de minister is: vindt hij dat ook en ondersteunt hij dat? Ik kan me er nog iets bij voorstellen dat u het niet kunt regelen. Dat u daarbij tegen de medische wereld aanloopt, die ook een mening heeft, akkoord. Maar wat vindt u ervan? Steunt u het idee dat het belangrijk is voor patiënten dat ze zich ergens kunnen melden waar specialisten hen als patiënten aannemen en hen gaan behandelen of op z'n minst helpen waar dat kan?

Minister **Kuipers**:
Het zal wat vreemd klinken, maar dat ben ik niet met de heer Drost eens. Er is niet voor niets een richtlijn, die nadrukkelijk ook vanuit de eerste lijn komt. Veel patiënten zullen, afhankelijk van de aard van de klachten, uitstekende begeleiding, uitstekende informatie en uitstekende support in de eerste lijn kunnen krijgen. In die zin is de huisarts voor hen de aangewezen persoon. Laten we ook heel duidelijk zijn: huisartsen hebben uitgebreide ervaring met begeleiden, informatie verstrekken, informeren en het volgen van patiënten met langdurige klachten, ook als dat klachten zijn waar niet een eenduidige, helder te definiëren test onder ligt. Veel patiënten kunnen daar dus terecht. Dat is ook de inzet en de conclusie van dergelijke richtlijnen. Sommige patiënten, een deel van de patiënten, hebben baat bij een medisch specialisme. Dat hoeft niet altijd één specialist te zijn. Dat heeft ook te maken met de diversiteit van klachten. Dat betekent dat patiënten afhankelijk van hun type klacht, als dat een heel scala is, bij uitstek multidisciplinair gezien worden en als de klacht specifiek is, heel vaak monodisciplinair gezien worden, maar dat er wel onderling contact is. Dat is het antwoord, maar de stelling van de heer Drost is te monodimensionaal, als u mij dat toestaat.

De **voorzitter**:
Monodimensionaal is toch het woord van de dag.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ja, die houden we erin. De cijfers, of in ieder geval de signalen, zijn anders, namelijk dat huisartsen hun patiënten niet weten te helpen. Patiënten zijn één of twee keer bij hun huisarts en daarna loopt het dood. Ze worden verwezen naar de neuroloog of naar de longarts, komen daar niet verder, worden voor hun gevoel toch van het kastje naar de muur verwezen — zo noemde de heer Bushoff dat, volgens mij — en verdwalen in dat zorglandschap. Er is niet één specialist die zegt: ik snap wat jij hebt en ik snap welke facetten daaraan zitten, en ik weet heus dat ik je soms nog weer moet doorverwijzen naar andere specialisten. Ik bedoel iemand die centraal zegt: ik help jou. Dat is toch waarnaar we zouden moeten streven? Die mensen bestaan toch ook al wel in Nederland?

Minister **Kuipers**:
Zoals ik eerder in de inleiding ook al aangaf, zijn de klachten, het beeld en de aanleiding voor het beeld zeer reëel, maar oplossingen, in de zin van een specifieke behandeling die het beeld ook beïnvloedt, zijn er nauwelijks. Dat betekent dat het veelvuldig voor zal komen dat ook een medisch specialist, zoals een neuroloog, een internist, een immunoloog of een infectioloog, na een gesprek en advisering regelmatig zal zeggen: ik stuur u voor verdere begeleiding terug naar de eerste lijn, want de huisarts is hiervoor geoutilleerd — zie ook de richtlijnen — en weet hier zeer veel van, en als er verandering is of als er specifieke vragen zijn, kunt u terugkomen, maar ik houd u niet onder controle bij mij op het spreekuur.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik heb het gevoel dat we een beetje in een kringetje draaien. Want ja, er zijn geen behandelingen, maar dat komt ook doordat we er nog niet zo veel van weten. Als we patiënten aannemen en behandelen, gaan we er meer van leren en ontstaan er wellicht behandelmethoden. Ik vind het dus lastig om de minister te volgen, omdat dit juist is wat er nu gebeurt. Wat hij schetst, gebeurt nu ook al wel. Dat leidt ertoe dat mensen dus weer in dat doolhof van de zorg verdwalen en dat longcovidpatiënten, want daar hebben we het vanavond over, niet het idee hebben dat ze zich ergens kunnen melden en dat ze echt centraal op een plek geholpen worden.

Minister **Kuipers**:
Dit gaat, zoals aangegeven met alle inschattingen die we hebben, om grote aantallen patiënten met langdurige klachten. We kunnen niet één centrum, één dokter of één specialisme vragen om dat te doen. Het gaat om grote aantallen. Dat betekent terecht dat er multidisciplinaire richtlijnen zijn, waarbij ook patiëntenverenigingen nauw betrokken zijn, en dat artsen ernaar zullen streven om patiënten conform die richtlijn te diagnosticeren, te behandelen en te adviseren. Dat betekent ook dat patiënten nadat ze door een medisch specialist in een ziekenhuis zijn gezien, soms terugverwezen worden naar de huisarts.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Ik vind dat toch hard. Aan de ene kant snap ik het, omdat er gewoon niet één expertisecentrum of één specialisme voor is. Het klinkt allemaal wat droogjes, maar we moeten niet vergeten dat deze mensen al ontzettend veel klachten hebben, al heel moe zijn en ontzettend veel moeite moeten doen om een activiteit te ondernemen op een dag. Wanneer zij dan teruggestuurd worden naar de huisarts, brengt dat eigenlijk alleen maar meer ellende met zich mee. Dan dringt ook bij mij de Q-koortsperiode zich op en ik vrees dan ook dat er straks gewoon jaren overheen gaan voordat er echte erkenning, een echte definitie en echte hulp zijn.

Het schiet me nou ineens te binnen dat je in Rotterdam het tropenziekenhuis had, dat gespecialiseerd was in tropische

aandoeningen. Ik weet ook dat helemaal aan het begin van de Q-koortsperiode, en misschien was het zelfs nog wel daarvoor, mensen met Q-koortsklachten daar terechtkwamen. Kan het misschien zo zijn dat er binnen dat tropenziekenhuis — ik weet niet of het nog steeds zo heet — nog specialisten zitten? Die hebben toen natuurlijk ook met Q-koorts te maken gehad. Patiënten kwamen daar in het ziekenhuis te liggen.

Voorzitter, sorry dat ik nog even doorga. Wij staan hier natuurlijk als politici en we proberen een oplossing te vinden, maar ik kan me heel goed voorstellen dat de mensen die daar op de tribune zitten en de mensen thuis wanhopig zijn en gewoon geholpen willen worden. We moeten toch iets kunnen doen? Of we het nou zus of zo doen, we moeten dit wel aanpakken, zodat er voor die mensen duidelijkheid komt.

Minister **Kuipers**:
Allereerst even het volgende. Het tropencentrum was het voormalige Havenziekenhuis. Dat bestaat al jaren niet meer. De expertise daarvan zit tegenwoordig in het Erasmus MC. Het gaat dan met name om tropische ziekten. Dat is voor deze groep niet het meest gerichte, maar ik snap het voorbeeld van mevrouw Van der Plas heel goed. Mevrouw Van der Plas vroeg in haar inbreng — ik schreef even letterlijk mee — een sluitende definitie op basis van objectiveerbare criteria. Mijn excuses als ik het verkeerd heb overgenomen, maar dit was wat ik heb overgenomen. Het lastige is dat objectiveerbare criteria vragen om een test — een bloedtest, een foto, een meting, een spiermeting; kortom iets van een test — die kan aantonen dat de ene patiënt postcovid heeft en de andere patiënt gelukkig niet. Zo'n test bestaat niet. Het is overigens niet de enige aandoening waarvoor die niet bestaat. Zo'n test bestaat ook niet voor het prikkelbaredarmsyndroom en voor heel veel verschillende andere aandoeningen. Kunnen we verwachten dat er op enig moment zo'n test zal komen? Ja, wel degelijk. Dat is een van de onderdelen van dat biomedisch onderzoek. Dus het kan wel, maar het is er nu niet. Dan kun je zeggen: "Als dat er niet is, doe ik het heel zwart-wit. Als ik niks kan vinden, dan bestaat het niet. Dan zeg ik dat het niks is." We zijn het er met z'n allen volledig over eens dat dat geen wijze benadering is. Integendeel, we vinden allemaal dat we het anders moeten doen. Maar nu hebben we niet zo'n objectiveerbaar criterium. Dan maak je dus een definitie die enkel gebaseerd is op duur en klachten. Dat is het. Maar dat betekent niet noodzakelijkerwijs dat die patiënten dan ook gezien moeten worden door een medisch-specialist, en niet alleen eenmalig, maar ook in onderhoud. Ik kan me heel goed de opmerking voorstellen dat dat hard is, maar het kan ook heel goed zijn. Als een dokter goed uitlegt wat er wel mogelijk is en een deel daarvan ook in de eerste lijn zit, dan is dat, ook in mijn eigen ervaring, voor patiënten veelal een uitstekende boodschap. Dat is het eens te meer als je daarbij de deur openhoudt en zegt: als u wat voor vraag dan ook heeft, kunt u of uw huisarts direct contact opnemen en dan zie ik u opnieuw.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Daarop inhakend. De minister citeert mij goed, maar ik stelde ook de vraag: kan de minister ons meer informeren over het programmaonderzoek en de kennisdeling van postcovid, en voorzien van een tijdlijn van de lopende onderzoeken met betrekking tot de definitie van postcovid? Heeft de minister daar een antwoord op?

Minister **Kuipers**:
Ten aanzien van die definitie moeten we er even van uitgaan dat we een definitie hebben en dat die voorlopig niet verandert. Ik zie op korte termijn niet zo'n objectiveerbaar criterium komen bijvoorbeeld. Dan houd je bewust, terwijl je lerende bent en je het beeld nog geen vier jaar kent, een brede definitie. Ik kan ernaast zitten, maar dit is mijn verwachting.

Van de lopende onderzoeken heb ik er zojuist een paar genoemd. Ik heb het bewust kort gehouden vanwege de tijd. De volgende ronde komt en dan zal ik u gaarne informeren over wat op dat moment weer toegekend is, ook met de looptijd erbij, inclusief wat er nu al loopt.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Ik had nog een andere vraag gesteld over de voorlopige onderzoeksbevinding van het Amsterdam UMC. Is de minister bereid om met behulp van dit onderzoek samen te werken met dit Amsterdamse medisch centrum om tot een sluitende definitie te komen? Het gaat dus in ieder geval om de samenwerking met Amsterdam UMC.

Minister **Kuipers**:
Eerst ten aanzien van de definitie, de sluitende definitie. We hebben nu een brede definitie. Die werkt. Dat is een WHO-definitie, internationaal geaccepteerd. We zetten hier uitdrukkelijk samen met het Amsterdam UMC op in. Dat is onderdeel van, een van de partners in het expertisenetwerk, inclusief alle onderzoek dat het op dat terrein doet.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Ik kan het op zich wel waarderen als je als minister in twintig talen of op twintig manieren nee kan zeggen op de vraag of er expertisecentra of poliklinieken kunnen komen voor mensen met postcovid. Aan de andere kant heb je een Kamer die daar anders over denkt. En veel belangrijker is dat het in Duitsland kan, dat het de grootste wens is van patiënten en dat artsen ook zeggen dat het best weleens verstandig kan zijn. Mijn vraag aan de minister is of er bij hem ooit ruimte was om af te wijken van het antwoord nee of dat die er in de toekomst nog gaat komen.

Minister **Kuipers**:
"Het antwoord nee" moet de heer Bushoff even definiëren. Waar is het antwoord dan nee op? Anders loop ik het risico dat ik een antwoord geef op een vraag die hij eigenlijk niet stelt.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Het gaat om de vraag om een fysieke plek waar mensen met postcovid naartoe kunnen om geholpen te worden.

Minister **Kuipers**:
Die fysieke plek is er. Dat begint bij de huisarts. Dat kan ook zijn bij het ziekenhuis. Dat kan zelfs zijn bij zelfstandige behandelklinieken.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Voorzitter, mag ik dan toch nog even? De minister weet heel goed wat het heikele punt in dit debat is, namelijk de fysieke plek — noem het een expertisecentrum of een polikliniek — waar mensen naartoe kunnen. Daar gaan al deze interrupties over. Nu doet de minister net alsof ik dat niet bedoel of alsof hij het niet begrijpt. De minister weet heel goed wat de Kamer bedoelt. Als best wel een groot deel van de Kamer dat vindt, dan hoeft de minister daar misschien nog helemaal niet naar te luisteren, maar hij moet wel luisteren naar de mensen die postcovid hebben opgelopen en naar de artsen die zeggen dat dit verstandig kan zijn en dat het in Duitsland ook kan. Was er ooit ruimte bij deze minister om af te wijken van zijn voorgenomen antwoord of denkt de minister dat die ruimte ooit in de toekomst nog gaat komen? Dat is de heldere vraag.

Minister **Kuipers**:
Het spijt me voor de heer Bushoff, maar als de aanname onder de vraag wat mij betreft überhaupt al niet klopt, kan ik daar geen antwoord op geven. Er wordt een vergelijking gemaakt met Duitsland. De andere situatie in Duitsland heeft op tal van terreinen, niet alleen hier, maar ook op andere terreinen, gewoon echt te maken met een ander financieringsmodel van onder andere de Duitse ziekenhuizen. Daar kan ik niet in treden. Dat is ook de reden waarom er in Duitsland bijvoorbeeld veel meer klinische zorg dan poliklinische zorg is en waarom de opnametijden veel langer zijn. Dat komt allemaal door de andere financiering.

Ten aanzien van de vraag of er ruimte is in het denken van de minister voor de belangen van specifieke groepen patiënten met postcovid op een specifieke plek in een specifiek ziekenhuis, zeg ik: natuurlijk, maar dan kijk ik allereerst naar de professionals!

De **voorzitter**:
Oké. Meneer Bushoff, gaat u het nog één keer proberen?

De heer **Bushoff** (PvdA):
Nog één keer. Dit antwoord van de minister verbaast mij nu toch een beetje. De minister zegt eerst dat we een expertisenetwerk hebben en dat daaruit misschien ooit in de toekomst fysieke centra volgen waar mensen terechtkunnen. Hij zegt: ik ga me daar niet tegenaan bemoeien. Is de bekostiging van dat soort centra of van poliklinieken een probleem? Daarop zegt hij: ik zie die problemen niet, die signalen heb ik niet; anderen hebben die signalen wel, maar dan is dat iets tussen de zorgverlener en de verzekeraar. Ziet de minister hier voor zichzelf nog een coördinerende en leidende rol in?

Minister **Kuipers**:
Ik zie een coördinerende, leidende rol voor mezelf in het opzetten van het expertisenetwerk, in het financieren van onderzoek, hoewel niet in het bepalen van welk onderzoek, en in het faciliteren van C-support. Hiermee kom ik ook even terug op de vraag en de toezegging die ik al aan mevrouw Simons gaf om nog een keer met C-support in overleg te gaan. Bij al die zaken zie ik mij in een faciliterende rol. De constatering is dat het gaat om hele grote aantallen patiënten met wisselingen in de tijd. We hebben verschillende aantallen gehad, zoals tienduizenden en honderdduizenden in het gehele land met een grote diversiteit aan verschillende klachten. Als gevraagd wordt of ik voor mezelf een rol zie om één, twee of vijf specifieke centra aan te geven waar in de medisch-specialistisch zorg van al die mensen voorzien moet worden, dan is het antwoord nee. Die rol zie ik niet. Het is ook niet in lijn met de bestaande richtlijnen, die hier de eerstelijnszorg ook nadrukkelijk bij benoemen. Veel patiënten zijn daar uitstekend op hun plaats.

De **voorzitter**:
Ik zou het mooi vinden als de minister straks een beetje gaat afronden.

Minister **Kuipers**:
Ik zou dat zeker willen doen, voorzitter, maar ik heb nog een aantal vragen.

De **voorzitter**:
Onder andere eentje van de heer Dijk.

De heer **Dijk** (SP):
Dat klopt, voorzitter. Ik noemde net een paar voorbeelden die wij te horen krijgen van veel mensen die de laatste tijd contact met ons hebben gezocht. Zodra zij in een ziekenhuis terechtkomen, bijvoorbeeld het Erasmus MC in Rotterdam, worden er wél gedeeltes van ziektes en kwalen behandeld. Daar zijn ook voorbeelden van. Mijn eerste vraag is: heeft de minister zelf persoonlijk contact gehad met de patiënten en de patiëntenorganisaties waarmee een heel groot deel van deze Kamer de afgelopen tijd contact heeft gehad?

Minister **Kuipers**:
Ik weet niet met welke patiënten u contact hebt gehad, maar als ik de vraag mag interpreteren als "hebt u gesproken met patiënten met postcovid?", dan is het antwoord ja.

De heer **Dijk** (SP):
Ik merk namelijk dat er een groot verschil zit tussen welke kant de minister op wil en wat de Kamer eigenlijk vraagt. Laat ik daar dan een volgende vraag over stellen, want ik maak me een beetje zorgen over dat grote verschil. Ik zal uitleggen waarom dat is. Uit onderzoek van de Ombudsman over de impact van de gevolgen van Q-koorts op het dagelijks leven van mensen blijkt dat de impact van Q-koorts op patiënten nog steeds ontzettend groot is, dat zij zich niet gehoord voelen en dat zij niet de hulp kunnen krijgen waar zij behoefte aan hebben. Dit is uit april 2023. Dat is nog niet zo heel erg lang geleden en het is zo'n vergelijkbaar patroon dat ik zou willen vragen aan de minister of hij bereid is om contact op te nemen met de patiëntenorganisaties NietHersteld, Long Covid Nederland en Kinderen met LongCovid. Wij hebben ze volgens mij allemaal de afgelopen tijd

gesproken. Ik denk dat het heel goed zou zijn als u daarmee in gesprek gaat en er ook meer naar luistert. Volgens mij los je daarmee een heel groot deel van het conflict op dat in dit debat plaatsvindt.

Minister **Kuipers**:
Ik hoor zelf geen woorden van conflict. Zoals gezegd heb ik gesproken met mensen met postcovid. Ik herken de enorme problemen, de wanhoop en het uitzichtloze waar ze zich voor gesteld zien ook heel goed. De vraag die mij vervolgens gesteld wordt door uw Kamer is of ik wil zorgen dat die patiënten allemaal gezien worden op een beperkt aantal specialistische poli's. Het antwoord daarop is: nee, dat lijkt me buitengewoon onverstandig en er is geen noodzaak toe.

Ik denk dat ik deze vraag daarmee ondertussen op alle verschillende punten beantwoord heb, voorzitter.

De **voorzitter**:
Ja, inderdaad. Graag nog even kort en puntig richting het einde van uw bijdrage.

Minister **Kuipers**:
Voorzitter, ik kijk even. De meeste dingen heb ik al gedaan. Dan kom ik bij het blokje overig.

De **voorzitter**:
Een vraag nog van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Excuus, voorzitter. Ik schaar dit namelijk wel onder het kopje zorg. Ik heb de minister gevraagd naar de zorgen van C-support over de vraag of wetenschap en onderzoek ook daadwerkelijk in de praktijk en in behandelrichtlijnen vertaald worden. Ik vroeg om een reactie van de minister op dat onderwerp.

Minister **Kuipers**:
De inschatting is van wel, maar ook dat is nadrukkelijk een onderwerp waar ik nog een keer naar kan vragen. Ik heb al toegezegd dat ik nog een keer met C-support in gesprek ga.

Mevrouw **Sylvana Simons** (BIJ1):
Onder het kopje zorg had ik nog specifieke vragen over de ontwikkeling die we zien bij longcovidpatiënten op het gebied van hart- en dementieklachten. Ik had de minister gevraagd of hij daar oog voor heeft en daar ook over in gesprek wil met de specialisten, organisaties als C-support en dergelijke.

Minister **Kuipers**:
Het antwoord is: ja, daar heb ik wel degelijk oog voor. In de discussie gaf ik over de brede definitie ook al bewust aan dat we nog steeds over nieuwe beelden en nieuwe klachten leren. Daarom steun ik de brede definitie die ik zojuist al benoemde. Ook wil ik dit graag benoemen bij het overleg dat er komt met C-support.

Dan overig. De vraag over de diagnose van postcovid heb ik al uitgebreid geadresseerd.

De heer Drost vroeg om te erkennen dat kinderen ziek zijn. Kan de jeugdarts op scholen hierbij helpen? Voor kinderen met postcovid kan de jeugdarts zeker helpen. We werken vanuit jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg en onderwijs samen aan een brede aanpak, dus breder dan alleen met de jeugdartsen, maar wel degelijk ook inclusief de jeugdartsen.

Mevrouw Van den Berg zei: corona overviel ons, maar door onze wijze van leven kan er morgen weer wat gebeuren. Zij vroeg: in hoeverre liggen er nu structuren of studies voor surveillance klaar om bij toekomstige pandemieën goed inzicht te krijgen in de chronische klachten? Ik benoemde zojuist al dat de LFI deze week formeel van start is gegaan. We hebben eerder in uw Kamer al herhaald gesproken over de aanloop daarvan. De LFI moet een centrale rol spelen bij het verzamelen en analyseren van juist de gegevens, modellen en voorbereiding waarnaar mevrouw Van den Berg vroeg, inclusief een blauwdruk voor surveillance van chronische klachten na infecties.

De heer Van Haga vroeg: kan de minister bevestigen dat er geen specifiek onderzoek gedaan wordt naar coronavaccinatie en oversterfte? Ook hier wordt wel degelijk onderzoek naar gedaan. Ik laat via ZonMw uitgebreid wetenschappelijk onderzoek doen naar oversterfte in 2020 en 2021. Meerdere onderzoeken daarvan richten zich op een mogelijke relatie tussen vaccinatie en oversterfte. De resultaten worden eind dit jaar verwacht.

Mevrouw Tielen vroeg naar harder optreden tegen kwakzalverij ten behoeve van postcovidpatiënten. Ze vroeg hoe het mogelijk is dat meerdere huisartsen en apothekers patiënten verwijzen naar iemand die op zijn zolderkamertje capsules maakt met nepmedicijnen. Ze vroeg ook naar een update over een motie om in kaart te brengen welke wet- en regelgeving er nodig is. Ik ben het met mevrouw Tielen eens dat kwakzalverij niet thuishoort bij evidencebased zorg voor patiënten. Artsen in Nederland dienen zich te baseren op het beste wetenschappelijke bewijs, gecombineerd met klinische ervaring en rekening houdend met de wensen van de patiënt. U vraagt naar de motie die eerder is aangenomen. Die is schriftelijk afgedaan in een brief in juni, waarin onder andere vermeld staat hoe IGJ toezicht houdt op de naleving van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

De **voorzitter**:
Ik laat even de minister zijn blok afmaken, meneer Van Haga, en dan ga ik kijken of er nog interrupties zijn.

Minister **Kuipers**:
Voorzitter. Mevrouw Tielen zei ook: voor het ontwikkelen van behandelingen wil de VVD dat bedrijven worden gestimuleerd om medicijnbehandelingen te faciliteren. Er werd verwezen naar een kankermedicijn en een mogelijk potentieel gunstig effect bij postcovid. Ik juich elk veelbelovend onderzoek naar een behandeling voor postcovid zeer toe, maar ik kan bedrijven niet dwingen om een geneesmiddel in eigendom beschikbaar te maken voor onderzoek. Wel stimuleer ik via ZonMw onderzoek door partijen, zoals bedrijven en wetenschappelijke instellingen, naar postcovid.

Mevrouw Paulusma zei: de groep die niet altijd goed in beeld is, zijn de jongvolwassenen en kinderen. Onderwijs kan maatwerk bieden, maar dat gaat niet overal goed. Kinderen met postcovid kunnen soms niet volledig meedoen op school, met sport en met vrienden. Kinderen en jongeren kunnen ook terecht bij C-support voor individueel advies, antwoord op vragen en hulp bij gezondheids- en psychosociale klachten. Daarnaast kunnen studenten in sommige gevallen financiële steun krijgen als er sprake is van een verwachte studievertraging. Omdat er al veel verschillende lotgenotengroepen bestaan, zet de overheid op dit moment geen extra, aanvullende lotgenotengroep in, maar ik ben wel degelijk bereid om met PostCovid NL en C-support te kijken of we specifiek op dit terrein aanvullend iets kunnen doen.

Mevrouw Agema vroeg waarom er niet in alle klaslokalen CO_2-meters kunnen komen. Voor mensen met postcovid is het erg lastig als die er niet zijn. Het is wenselijk dat leerlingen en personeel in de klas meten en weten of de ventilatie in orde is. In 2022 is er 17,3 miljoen euro beschikbaar gesteld voor de aanschaf van CO_2-meters. Uit een enquête van eind 2022 bleek dat nog niet alle scholen een CO_2-meter in de klas hadden hangen. Daarom is vervolgens besloten tot een verplichting voor alle scholen in het primair en voortgezet onderwijs. Aan deze verplichtstelling wordt momenteel gewerkt met het ministerie van BZK via een wijziging van het Bouwbesluit. De beoogde inwerkingtreding is vooralsnog 1 juli 2024. Mevrouw Agema heeft daar inderdaad al veel vaker om gevraagd.

De heer Van Houwelingen zei: long covid is een serieus probleem; het gaat over …

De **voorzitter**:
Even kort op dit punt dan, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Daar ben ik ontzettend blij mee, maar mijn vraag was wel breder. Die ging ook over de publieke binnenruimtes, kantoren en dergelijke, en bijvoorbeeld ook dit gebouw.

Minister **Kuipers**:
Dan moet ik echt even bij BZK neerleggen waar die wijziging van het Bouwbesluit zich op richt. Wat ik hier aan informatie krijg, gaat enkel en alleen over scholen.

De **voorzitter**:
De minister continueert. Wanneer, vraagt mevrouw Agema nog.

Minister **Kuipers**:
Ik denk dat het antwoord daarop heel snel kan komen. Dat kan vast voor het verkiezingsreces. Maar nogmaals, ik ben hiervoor even afhankelijk van de minister van BZK.

Dan was er, zoals ik al aangaf, een vraag van de heer Van Houwelingen over definities. Postcovid verwijst naar aanhoudende gezondheidsproblemen die mensen ervaren na het doormaken van een coronabesmetting.

De overige punten, zoals de breedheid aan symptomen — dat zijn er zo'n 200 — heb ik al geadresseerd.

Dan kom ik bij de vraag van de heer Van Houwelingen over long vax: langdurige klachten en zeldzame symptomen na vaccinatie. Postcovidklachten komen bij zowel gevaccineerde als niet-gevaccineerde mensen voor na een covidbesmetting. Op dit moment is er geen wetenschappelijk bewijs waaruit een verband tussen langdurige klachten en covidvaccinatie sec blijkt. Ook op basis van meldingen van bijwerkingen heeft Lareb geen relatie kunnen vinden tussen langdurige klachten en covidvaccinatie. Ik gaf al aan dat zij naar aanvullend onderzoek doen met een vragenlijst bij 30.000 gevaccineerden en dat ook een halfjaar vervolgen. Uit de kennisagenda die opgeleverd gaat worden in het kader van het onderzoeksprogramma Post-COVID van ZonMw, moet blijken welke kennishiaten er zijn. Dit zou richting geven aan het onderzoeksprogramma.

Vaste vervolgvragen zijn: wat betekent dit voor de vaccinatiecampagne en is het verstandig om door te gaan met het vaccineren van jongeren? Het is verstandig om opnieuw een vaccin aan te bieden. Dat doen we specifiek in de groep 60-plussers en de groep mensen met een medisch risico. Zoals u weet is begin deze week dat programma begonnen.

De heer Drost vroeg: elke besmetting met covid is een kans op postcovid; zit dat goed tussen de oren? Daar proberen we breed via overheidskanalen en ook met samenwerkende organisaties blijvend aandacht voor te vragen.

De heer Drost vroeg: wordt het niet noodzakelijk om landelijke informatiecampagnes te starten, zoals: thuisblijven bij klachten? Die naleving van die adviezen blijft een punt dat we telkens weer onder de aandacht blijven brengen. Dat doen we al heel erg lang. Dit valt daar ook onder. We weten dat naleving in de loop van de tijd helaas geleidelijk minder is geworden, maar we blijven het wel degelijk onder de aandacht brengen.

Terwijl mensen voor vragen komen, kijk ik ondertussen even naar deze twee … Deze heb ik gehad.

De **voorzitter**:
Fijn dat u met u met mij meedenkt!

Minister **Kuipers**:
Ja, helemaal goed.

De **voorzitter**:
En die andere?

Minister **Kuipers**:
En deze heb ik ook al gehad.

De **voorzitter**:
Nou, perfect. Dan was dat uw bijdrage. Ik kijk of er nog interrupties zijn.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Ik heb nog een paar vragen. De minister gaf aan dat er wel onderzoek werd gedaan naar de relatie tussen vaccinatie en oversterfte. Ik heb die ZonMw-onderzoeken doorgenomen. Ik zie allemaal onderzoeken die eraan raken, maar niet het specifieke onderzoek naar een causaal verband tussen vaccinatie en oversterfte. Onderzoeken richten zich wel op mensen met intellectuele disabilities, op social factors, op vulnerable groups en op prepping for pandemics. Het zijn allerlei dingen die daaraan raken, maar niet aan de kernvraag. Als het wel gebeurt, dan hoor ik het graag, hoor. Dan neem ik mijn vraag terug. In welk specifiek onderzoek en in welke ronde is oversterfte in relatie met vaccinatie onderzocht?

Minister **Kuipers**:
Ik kom echt weer terug bij mijn algemene antwoord, zonder dat ik precies kan zeggen welk onderzoek dat is. Wordt ernaar gekeken? Het antwoord is: ja, er wordt naar gekeken.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Nou ja, goed. Dat is een zeer onbevredigend antwoord. Dan had ik nog gevraagd hoeveel ongevaccineerde mensen er postcovid hebben, maar daar werd al een vaag antwoord op gegeven. Dan had ik nog een andere vraag: kan de minister aangeven of de Staat of de producent van vaccins aansprakelijk is voor eventuele vaccinatieschade? Dat heeft ook te maken met postcovid. Kan hij die vraag dus nog beantwoorden?

Minister **Kuipers**:
Gezien de vertrouwelijkheid en de geheimhoudingsbepaling in de contracten met leveranciers en de Europese Commissie kan ik deze informatie hier nu niet delen. De heer Omtzigt refereerde er al even aan. In een eerder commissiedebat op 10 mei heb ik een toezegging gedaan aan de heer Omtzigt om de Kamer hier vertrouwelijk over te informeren. Dat vergt uitzoekwerk. Het gaat onder andere over de Europese Commissie. Ik kom hierop terug. Daar wordt aan gewerkt.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Wanneer kunnen we dat verwachten?

Minister **Kuipers**:
Dat durf ik op dit moment niet te zeggen, maar er wordt echt aan gewerkt.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Er kan toch bij benadering iets gezegd worden?

De **voorzitter**:
Kunt iets zeggen bij benadering, minister?

Minister **Kuipers**:
Mijn streven is voor het einde van het jaar en zo veel eerder als mogelijk, maar ik ben echt van veel partijen afhankelijk.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Dank voor de beantwoording. Ik had nog een vraag gesteld over de Duitse minister Lauterbach. Toen ik 'm stelde, zag ik de minister zijn pen pakken, dus hij heeft het waarschijnlijk wel ergens opgeschreven. Die minister zei in maart: symptomen die vergelijkbaar zijn met long covid zijn na vaccinatie een reëel probleem. Is dat iets wat de minister onderkent of niet?

Minister **Kuipers**:
Zoals ik al aangaf: symptomen die overeenkomen met die van long covid, geassocieerd aan vaccinatie, herken ik niet. Kunnen mensen ook na een vaccinatie nog steeds een covidinfectie oplopen? Ja, de kans op een ernstiger beloop is lager, maar ze kunnen nog steeds geïnfecteerd raken. Dat weten we ondertussen allang. Dat betekent ook dat ze langdurige klachten kunnen overhouden.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Oké. Toch nog heel even over long vax, want daar wordt steeds meer over geschreven. Is dat iets waar de minister van zegt: inderdaad, het klopt, maar het is nog niet keihard bewezen — en misschien wordt het ook nooit keihard bewezen — maar het is iets wat we in de gaten moeten houden en wat misschien ook onderdeel zou moeten uitmaken van dat onderzoeksprogramma? Hoe kijkt u daartegen aan?

Minister **Kuipers**:
De bijwerkingen van medicatie en van vaccinatie zijn en blijven te allen tijde relevant, ook voor middelen die soms al tientallen jaren op de markt zijn. Dat geldt ook hiervoor. Er is nu uitgebreid naar gekeken. Ik gaf al aan wat Lareb daar ook actief aan doet, niet onder een of twee mensen, maar onder grote aantallen. We herkennen dit niet.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Daar zou ik dus graag even op in willen gaan. Wij hebben daarover met Lareb contact gezocht. Lareb houdt natuurlijk die registraties bij, maar dit komt van Agnes Kant zelf, van Lareb. Wij zijn hier geïnteresseerd in het onderzoek. Als het daarom gaat, zegt Lareb: we kijken alleen naar de volgende bijwerkingen. Dat zijn er maar vijf: gordelroos, menstruatiestoornissen, bloedverlies, trombose en nog iets met autoimmuunziektes. Maar dat zijn dus juist niet de symptomen waaraan je denkt bij long covid. Dus u snapt mijn vraag.

Minister **Kuipers**:
Ook andersom: het geldt naar twee kanten. Er kan sprake zijn van actieve uitvraag, maar ook van een melding. In die zin is het steeds heel breed. Daar is Lareb voor. Iedere potentiële bijwerking meldt Lareb. Er is sprake van een continue monitoring.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Wat wij willen en waar ambtsgenoot Van Haga naar vroeg, is onderzoek naar de symptomen van long covid, waar dit debat over gaat. Dat doet Lareb dus niet. Dat zegt de directeur zelf in deze mail. Die kan ik u sturen. Mijn vraag, die ik ook stelde in mijn bijdrage, is: zou het zo kunnen zijn

dat in dat grote onderzoeksproject rond postcovid in ieder geval daarnaar wordt gekeken? VWS heeft die bevoegdheid. Want Lareb doet dat dus niet. Dat lijkt mij een heel redelijk verzoek.

Minister **Kuipers**:
Zoals ik aangaf: ik ga niet over de invulling van de individuele calls. Als onderzoekers een uitstekend voorstel hebben, dat door ZonMw wordt beoordeeld op dit punt, dan is het aan ZonMw. Het gaat hier breed in het debat over de langdurige klachten.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Superkort nog. In uw eigen brief staat dat VWS een aanwijzingsbevoegdheid heeft. Dus u heeft die bevoegdheid.

Minister **Kuipers**:
Zeker. Die aanwijzing heeft Lareb wat mij betreft helemaal niet nodig. Zij kunnen altijd onderzoek doen.

De **voorzitter**:
Heel kort, meneer Drost.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik doe mijn best. De minister zegt zijn best te gaan doen voor die bewustwordingscampagne. Hij wil dat breed onder de aandacht brengen. Het probleem is: ik zie dat niet of ik merk dat niet. Wat gebeurt er dan precies? Ik noem twee voorbeelden. Allereerst begon u uw bijdrage met de herdenking die afgelopen vrijdag plaatsvond. Dat is mooi. Ik denk dat het ook belangrijk is voor veel mensen die mensen verloren zijn. Het had ook een gelegenheid kunnen zijn om over postcovid of long covid te praten, maar dat gebeurde niet echt. Die signalen kregen wij ook terug vanuit de longcovidpatiënten. Daarnaast is er nu weer een vaccinatiecampagne gestart. Het is een kleine moeite om vanuit de rijksoverheid te zeggen: let op, er is nog steeds een gevaar voor postcovid. Dat zijn toch simpele dingen om vanuit de rijksoverheid te doen?

Minister **Kuipers**:
Zeker.

De **voorzitter**:
Helder.

Minister **Kuipers**:
Dank, voorzitter, voor de support van de heer Dijk.

De **voorzitter**:
Prima.

Minister **Kuipers**:
Zeker, is het antwoord.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Voordat ik het woord aan minister Helder geef, is er nog een vraag van de heer Omtzigt.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Ik zou graag willen begrijpen op welke zorg patiënten recht hebben als het gaat om artikel 11 van de Zorgverzekeringswet.

Minister **Kuipers**:
Patiënten hebben recht op "passende zorg". Dat is een mooie term die wij tegenwoordig gebruiken. Artikel 11 van de Zorgverzekeringswet heb ik hier niet voor mijn neus liggen. De heer Omtzigt heeft het artikel wel voor zich. Patiënten hebben recht op passende zorg die in een verzekerd pakket zit.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Dat klopt. Dat staat inderdaad in artikel 11. Ik bedoel dus in de context van postcovid. Academische centra nemen geen nieuwe patiënten meer aan. Waar kunnen patiënten dan de zorg krijgen die zij nodig hebben en waar ze recht op hebben?

Minister **Kuipers**:
Dan kom ik echt terug op de vraag van zojuist en die heb ik al uitgebreid beantwoord. Het is een beetje vervelend, want dan val ik in herhaling. Ik heb het voorbeeld genoemd van UMC Groningen. Ik heb bij een vorig debat letterlijk de website voorgelezen van Amsterdam UMC. Ik vind het geen probleem om dat te herhalen. Hetzelfde bericht staat er nog steeds op. Hierin staat dat per 1 april 2023 de nazorgpoli is opgeheven, maar — en dan komt er een heel verhaal — patiënten kunnen terecht bij individuele poli's. Ze hebben het alleen niet meer geclusterd. Ik heb eerder vandaag een hele kleine, niet gespecificeerde internetsearch gedaan en dan zie ik berichten van Erasmus MC en van Radboudumc waaruit blijkt dat anderen er ook zo instaan. Het bericht dat mensen niet terecht kunnen bij een umc wordt gelogenstraft door de berichten op hun eigen websites.

De **voorzitter**:
Afrondend, kort.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Wij krijgen berichten van huisartsen die niet meer kunnen of durven doorverwijzen. U zegt: die zorg is gewoon beschikbaar op de umc's.

Minister **Kuipers**:
Ik kan niet anders dan afgaan op bijvoorbeeld een interview van afgelopen week met een hoogleraar uit het UMC Groningen, waarin zij zegt: wij zien deze patiënten. Ik kan haar apart nog een keer bellen om te vragen of het klopt wat ze in het interview gezegd heeft, maar dit is het antwoord. Ik kan de individuele umc's vragen, maar dit is wat zij zelf aangeven.

Mevrouw **Sylvana Simons** (BIJ1):
De minister verwijst nu meerdere malen naar een interview dat hij heeft gelezen. Dit was een interview met een specialist en ik meen dat haar naam Judith Rosmalen is.

Minister **Kuipers**:
Ja.

Mevrouw **Sylvana Simons** (BIJ1):
Dit is waarschijnlijk een zeer kundig arts. Daar kan ik helemaal geen oordeel over vellen. Maar het is wel een arts die zich beweegt in het psychosomatische gebied, zal ik maar zeggen. Dat is precies waar covidpatiënten en longcovidpatiënten zich helemaal niet onder scharen, omdat we weten dat onze klachten reële fysieke klachten zijn. Het is mooi dat de minister onder de indruk is van een interview dat hij leest. Het is ook ontzettend mooi dat deze dame, deze arts goed werk doet. Tegelijkertijd baart het mij wel zorgen dat een minister in het debat van vanavond meerdere malen verwijst naar een specialist die zich beweegt op het gebied van de psychosomatische aandoeningen en ziekten. Ik kan niet namens alle longcovidpatiënten spreken, dus laat ik in ieder geval voor mijzelf spreken. Ik heb geen last van psychosomatische klachten.

Minister **Kuipers**:
Ik beantwoord een vraag van de heer Omtzigt. Ik begrijp de zorg van de heer Omtzigt dat patiënten niet terechtkunnen in een umc. Ik geef daar een antwoord op met een voorbeeld en ik noem nog een ander voorbeeld. Wat de achtergrond en de insteek zijn van een individuele hoogleraar en of zij in staat is om patiënten adequaat te helpen ... Ik heb geen specifiek contact met haar patiënten en ik weet niet in hoeverre de patiënten die zij ziet, tevreden zijn. Ik ga ervan uit dat ze tevreden zijn en dat dat ook een reden is voor huisartsen om patiënten daarnaartoe te verwijzen.

De **voorzitter**:
Heel goed. Dan geef ik graag het woord aan minister Helder. Ik streef ernaar om hier om 23.00 uur het licht uit te hebben. Met vereende krachten lukt ons dat. Minister Helder.

□

Minister **Helder**:
Dank u wel, voorzitter. Ik doe mijn best. Misschien allereerst even het volgende. Collega Kuipers refereerde er al aan: ik was vorige week in het provinciehuis bij het nationale coronamoment. Dat was inderdaad zeer indrukwekkend. Het is goed dat daar de fototentoonstelling nu geopend is.

Voorzitter. Ik heb een aantal vragen gekregen over de financiële ondersteuning aan zorgmedewerkers met postcovid. Ik ben blij dat we daarmee een stap dichterbij zijn om erkenning te bieden voor het ontstane leed bij deze specifieke groep zorgmedewerkers. Over de afbakening en de uitvoering hebben we al meerdere malen gedebatteerd in deze Kamer, zowel vlak voor de zomer als vorige week nog bij het commissiedebat over de arbeidsmarkt. De regeling is nu definitief gepubliceerd in de Staatscourant. Het aanvraagloket is vanaf afgelopen maandag, dus ruim een week, open. De wens is om deze regeling zo snel als mogelijk toe te passen voor deze groep en om te zorgen dat iedereen die daar recht op heeft, daarvan gebruik kan maken. Wat mij betreft is het zaak om de regeling uit te voeren en dan ook, zoals ik beloofd heb, in 2023 het bedrag uit te keren aan deze zorgmedewerkers.

Heel specifiek zeiden mevrouw Van den Berg en de heer Omtzigt mij dat de UWV-keuring bij sommige gedupeerden nog niet plaatsgevonden heeft. Zij vroegen of die mensen dan buiten de boot vallen voor de regeling. Het kan inderdaad dat iemand ziek is geworden in de eerste golf maar nog wacht op een WIA-beoordeling. Dat kan komen doordat het UWV kampt met achterstanden óf doordat de periode van loonbetaling bijvoorbeeld verlengd is en mensen alsnog in de WIA-regeling zijn terechtgekomen. In de regeling is daarmee rekening gehouden. Samen met het UWV is ook gezocht naar een oplossing. Ook zorgmedewerkers die wachten op de WIA-beoordeling, kunnen de aanvraag indienen. Ze dienen dan wel andere stukken in te leveren. Het advies aan deze medewerkers is om contact op te nemen met DUS-I, het subsidieloket van VWS. Daar kunnen ze deze zorgmedewerkers verder helpen. Ook het UWV helpt cliënten, zorgmedewerkers, die hiermee te maken hebben, door hen erop te wijzen welke stukken ze moeten aanleveren. Indien nodig helpen ze ze ook met het verzamelen van de stukken.

Voorzitter. Misschien is het goed om te vermelden dat DUS-I ook klaarstaat om bij het eerste telefonische contact daadwerkelijk met de aanvrager mee op te lopen, en dus niet om mensen van het kastje naar de muur te sturen; dat is zeker niet de bedoeling. De persoon die je het eerste aan de telefoon krijgt, gaat ook het hele traject met je doorlopen, eventueel inclusief de verzameling van de stukken. Dat is met name omdat we echt de doelgroep willen bereiken.

Dan ga ik naar de vraag van de heer Omtzigt over de tussenstand. Zoals gezegd is de regeling vorige week maandag opengegaan. Er zijn nu circa 325 afgeronde aanvragen ingediend. Er zijn nog 150 aanvragen in concept gereed, maar die zijn nog niet verstuurd. Dat komt op een totaal van 475 aanvragen die nu al zijn ingediend. De uitvoeringsorganisatie is dus nog bezig met de beoordeling. Die is nog niet klaar, dus ik kan niet zeggen hoeveel daarvan is toegekend. Op dit moment is dat natuurlijk nul, omdat die beoordeling nog loopt.

Dan heb ik de vraag van de heer Omtzigt of ik bereid ben om het aanvraagloket een maand langer open te stellen. Die is vorige week in het arbeidsmarktdebat ook uitgebreid aan de orde gekomen. Ik heb net gezegd dat er de nadrukkelijke wens is om deze groep zorgmedewerkers snel te kunnen uitbetalen in 2023. We doen er alles aan om te zorgen dat die aanvragen ontvangen kunnen worden en dat we naast mensen staan om te zorgen dat zij die aanvraag kunnen completeren. Met dat doel voor ogen heb ik ook het budget beschikbaar gesteld in 2023, en zet ik alles op alles om die regeling uitvoerbaar en uitkeerbaar te hebben in 2023. Vandaar dat deze loketopening er ook is. Alle termijnen en ook de hele ontwikkeling van de subsidieregeling zijn behoorlijk verkort. En nogmaals, de zorgmedewerkers kunnen de hulp van de DUS-I inschakelen om de aanvraag in te dienen. Vooruitlopend op de opening ben ik ook gestart met de communicatie, zodat zorgmedewerkers zich goed hebben kunnen voorbereiden. Inmiddels zijn er dus 475 binnen.

Voorzitter. Dan nog de vraag van mevrouw Agema of de ziekte en uitval binnen de ouderenzorg, nu zo'n 9,3%, ook kunnen liggen aan postcovid. Zij refereert aan de cijfers in de ouderenzorg. Ik heb al eerder gezegd dat het natuurlijk aannemelijk is. Het gaat niet alleen om langdurige klachten gerelateerd aan het doormaken van een covidinfectie, maar ook om de vermoeidheid en de psychische stress die is opgetreden. Ik ben er ook op ingegaan in de voortgangsrapportage van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Ik heb wel cijfers over het ziekteverzuim in de zorg, maar ik heb geen onderscheid naar de oorzaak van de ziekte. Dat komt omdat een werknemer vanuit privacyoverwegingen niet verplicht is dit te delen. Daar kan ik dus geen antwoord op geven.

De **voorzitter**:
Kort, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dat is precies hetzelfde antwoord, dat ik nu voor de derde keer krijg. Ik vroeg elke keer wat anders. Mensen die langdurig ziek zijn, konden ook op vrijwillige basis meedoen aan onderzoek. Ik vroeg of er onderzoek uitgezet kan worden onder de mensen naar de redenen dat ze ziek zijn, of het ook vaker postcovid is. Want we weten allemaal dat er tijdens de eerste golf in de langdurige zorg, in de verpleeghuizen, zo veel besmettingen zijn geweest. Als ik minister van VWS was, zou ik dat willen weten. Mijn vraag is nu dus voor de derde keer of de minister bereid is zulk onderzoek uit te zetten.

Minister **Helder**:
Werkgevers kijken natuurlijk ook zelf naar dat soort redenen, maar medewerkers hoeven het niet te delen en we mogen het ook niet registreren. Dat maakt het heel ingewikkeld. De vraag van mevrouw Agema of we op een andere manier een uitvraag kunnen doen en dat zouden kunnen relateren aan die postcovidklachten, moet ik even terugnemen. Ik moet kijken of ik in de tweede termijn daar een antwoord op kan geven. Ik denk dat het heel ingewikkeld is, maar ik ben bereid daar nog even naar te kijken.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik denk niet dat het moeilijk is om daar een onderzoeksbureau op te zetten. Ik denk dat het heel erg noodzakelijk is. We horen dat mensen met postcovid of long covid drieënhalf jaar na het uitbreken van deze enorme gezondheidscrisis eindelijk eens een klein beetje een behandeling gaan krijgen. Ik snap niet dat de minister voor Langdurige Zorg en Sport, die te maken heeft met zulke grote tekorten bij haar op de werkvloer, niet eist dat er een behandeling komt voor deze mensen. Ik snap niet dat niet duidelijk wordt welk deel van de mensen in de verpleeghuizen … Daar is een ziekteverzuim van 9,3%. Dat is zo hoog dat de tekorten net zo groot zijn als de aantallen mensen die nu meer ziek zijn dan voor corona. Ik snap niet dat zij niet op haar achterste benen staat en dit onderzoek niet zelf al lang heeft uitgezet.

Minister **Helder**:
Ik maak me natuurlijk net als mevrouw Agema zorgen over het hoge ziekteverzuim. Er kunnen heel veel verschillende oorzaken zijn. Het is nogal lastig om het heel specifiek te relateren aan de klachten waar we het vandaag over hebben, longcovid- en postcovidklachten, met de definitie die minister Kuipers daarvan heeft gegeven. Ik ben bereid om even te kijken of er nog iets over kan worden meegenomen in het onderzoek. Ik denk dat het niet kan, omdat het heel moeilijk is en dit soort dingen niet vastgelegd mag worden, maar ik ben bereid daar nog naar te kijken. Dat ik mij überhaupt zorgen maak over het hoge ziekteverzuim in de zorg en het ziekteverzuim in de ouderenzorg, is evident. De werkgevers zijn hard aan het werk om te kijken of we dat kunnen terugdringen.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik heb nog twee korte vraagjes over de regeling voor zorgmedewerkers. Daar hebben we het verschillende keren over gehad. De minister heeft daarover inmiddels wat antwoorden gegeven. Ik wil het nog hebben over de medewerkers die in het eerste uur ziek werden, uit loyaliteit hebben doorgewerkt, soms beter werden gemeld en toen alsnog uitvielen. U heeft in uw beantwoording aangegeven: er komt een hardheidsclausule; we gaan kijken of we die schrijnende gevallen toch kunnen helpen. Mijn eerste vraag is: hoe gaat u die inzetten? Hoe breed moet ik dat interpreteren? Hoe warm is uw hart daarin? Wat gaat u doen?

Minister **Helder**:
Dat antwoord heb ik vorige keer ook geprobeerd te geven in het arbeidsmarktdebat. Op het moment dat de ziekmelding vanuit de eerste golf niet te relateren is aan de uiteindelijke WIA-uitkering, is dat gewoon lastig. Dat kunnen we niet relateren. Ik heb het UWV, maar ook de werkgevers, gevraagd om coulant te zijn als ze kijken naar de vraag of het misschien wél te relateren is. We moeten de regeling natuurlijk ook ergens begrenzen om te zorgen dat de mensen die er recht op hebben, de regeling ook daadwerkelijk krijgen. Ik kan in dit geval niet zeggen dat er een hardheidsclausule is die voor iedereen geldt. Dat zal van geval tot geval worden bekeken. Wat ik wel kan zeggen, is wat ik de vorige keer in het debat ook gezegd heb: zowel de medewerkers als het UWV en ik hoop ook de werkgevers staan in ieder geval klaar om te kijken of je dit kunt bewijzen, of er daar stukken voor mogelijk zijn en of je in aanmerking komt voor die regeling, zodat mensen die echt in aanmerking komen voor de regeling, er ook echt gebruik van kunnen maken. Dat is zeker de inzet.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Dank. Ik ben blij dat er van geval tot geval naar gekeken wordt, want dan kijken we ieder mens gewoon aan en proberen we daar het beste voor te zoeken. Dat is fijn. Ik zou het ook fijn vinden als wij als Kamer daarover geïnformeerd worden en wij de uitkomsten ervan enigszins kunnen zien. Is de minister bereid om dat op een gegeven moment met ons te delen, als zij zover is?

Minister **Helder**:
Het lijkt me logisch dat we de uitkomsten en het verloop van deze regeling op enig moment delen. Zeker.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Op zich positief dat de minister aangeeft dat mensen die nog geen WIA-keuring hebben gehad, ook in aanmerking kunnen komen. Maar dat staat nou net niet precies op de website waar je de aanvraag moet indienen.

Minister **Helder**:
We hebben dit met UWV besproken. Ik heb gezegd dat als mensen twijfelen of als zij nog niet zover zijn, het advies is om contact op te nemen met DUS-I. Zij kunnen van geval tot geval bekijken wat dan de stukken zijn die ingeleverd moeten worden. Ook kunnen ze kijken of ze kunnen helpen om die stukken te verzamelen.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Maar dan zou het wel behulpzaam zijn als op de aanvraagsite dat soort informatie beschikbaar is. Want nu staat er dwingend "je hebt een WIA-keuringsrapport nodig", maar er staat niet bij "heeft u dat niet, dan kunt u contact opnemen" of een regel: als u het door vertraging niet heeft. Het zou wel wenselijk zijn dat dit in de publieke informatie beschikbaar is.

Minister **Helder**:
Dat lijkt me een goed punt. Ik neem het direct mee.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Even nog een verduidelijkende vraag. Is het zo dat als je in de eerste golf corona hebt opgelopen en je ook maar één dag hebt ziekgemeld, je daarna weer hebt doorgewerkt en je vervolgens toch long covid bleek te hebben opgelopen, je in ieder geval wel in aanmerking komt voor de regeling die nu is opengesteld?

Minister **Helder**:
Ook dat zal van geval tot geval beoordeeld moeten worden. Het gaat er dan om of de ziekmelding te relateren is aan de longcovidklachten en ook aan de WIA-afkeuring. Maar dat zal echt van geval tot geval beoordeeld moeten worden door DUS-I.

De **voorzitter**:
De minister rondt af.

Minister **Helder**:
Dit waren de vragen aan mij, voorzitter.

De **voorzitter**:
Heel goed. Dan geef ik graag het woord aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

□

Minister **Van Gennip**:
Dank u wel, voorzitter. Een op de acht mensen die besmet zijn met covid, houdt hier langdurige klachten aan over, daar heeft u het ook vanavond over gehad. Volgens de inschatting van het Maatschappelijk Impact Team (MIT) gaat het over 90.000 mensen in ons land die hier elke dag weer mee geconfronteerd worden. Postcovid kan vanwege de ernst en het chronische karakter ervan echt een heftige ziekte zijn, ontwrichtend in het leven van mensen, in het werk van mensen en in hun sociale netwerk. Het halen van een boodschap, sporten, werken: het kost allemaal meer moeite of het lukt helemaal niet meer. U bent allemaal met voorbeelden gekomen; ik ken ze ook uit mijn eigen omgeving en uit de gesprekken met verschillende organisaties.

Als mensen langdurig ziek blijven — dat geldt overigens voor alle ziektes, natuurlijk — kunnen zij in de arbeidsongeschiktheid terechtkomen, waardoor er ook consequenties zijn voor werk en inkomen. Dit terwijl het hebben van werk in een goede balans juist gezondheidsbevorderend kan zijn. Werk leidt ook tot zingeving, maatschappelijke betrokkenheid, persoonlijke keuzevrijheid. Naast gezondheid zijn dat belangrijke pijlers die de kwaliteit van je leven bepalen; niet alleen dat werk, ook kunnen deelnemen aan je sociale leven, er kunnen zijn met je familie en je vrienden, ontspanning. Heftig voor de mensen als dat niet meer kan of in mindere mate kan, maar ook heftig voor hun omgeving. Daarom is het goed dat we vandaag dit debat hebben.

Voorzitter. Ik heb een setje antwoorden algemeen, dan UWV, kinderen, werkgevers en nog een paar overige vragen.

Eerst in het algemeen; ik denk dat ik het net ook al in mijn inleiding heb gezegd. Mevrouw Van der Plas zei dat er verwarring en onbegrip is rond de covidaandoening. Hoe gaat SZW daarmee om? Allereerst vind ik het belangrijk dat we erkennen dat er postcovid is en vooral dat er personen mee geconfronteerd worden. Dat heb ik vanavond uiteraard van u allemaal gehoord. Dat geldt voor mij ook voor allerlei aandoeningen die moeilijker objectiveerbaar zijn en minder goed zichtbaar zijn. Daar hebben we al verschillende debatten over gehad, bijvoorbeeld met de heer Van Kent: hoe ga je daar als UWV mee om, maar hoe ga je daar ook in de samenleving mee om? We hebben overigens ook nog een debat over de overgang gehad, ook zo eentje.

Voor de verschillende regelingen waar mensen met postcovid mee te maken hebben, geldt dat er bij het UWV voldoende ruimte is en moet zijn, met oog voor de individuele omstandigheden van de cliënt, om te zorgen voor passende ondersteuning. Het kan gaan om inkomensondersteuning en het kan gaan om ondersteuning bij het zoeken naar werk. Als mensen na twee jaar ziekte een aanvraag doen voor een WIA-uitkering, dan geldt net als voor iedereen dat er objectief beoordeeld wordt hoeveel inkomensverlies iemand lijdt door de ziekte of de beperking. Het Nederlandse systeem zit zo in elkaar dat de oorzaak van je beperking niet uitmaakt. Of je nou van je fiets gevallen bent, covid hebt gekregen of kanker, het UWV stelt vast wat je nog wel of niet kan. Dat is heel erg belangrijk bij juist wat minder duidbare ziektes, maar zo werkt ons UWV en ons WIA-stelsel. Dat betekent dat er van persoon tot persoon gekeken wordt. Dat kan ook betekenen dat bij dezelfde diagnose, postcovid, er een ander percentage bij het UWV uitkomt, omdat dat ook van persoon tot persoon verschilt. Dit was overigens ook een vraag van de heer Drost.

Daarbij is ook belangrijk dat wij extra aandacht hebben voor moeilijk objectiveerbare aandoeningen, een aandoening waarvan we het verloop nog niet kennen, ook typisch voor postcovid. Wij zijn op dit moment in gesprek, SZW en UWV

samen met patiëntenorganisaties, om met hen samen te bekijken hoe de ondersteuning beter kan, specifiek voor mensen met moeilijk objectiveerbare aandoeningen. Het was ook de motie-Van Kent — ik kijk even naar de heer Dijk — die daar specifiek om vroeg.

De heer Van Haga vroeg wat de totale kosten van postcovid zijn. Het MIT heeft daarvan een inschatting gemaakt; dat hebt u ook kunnen lezen. We hebben dan te maken met de maatschappelijke kosten. Het is niet zo eenvoudig om die in te schatten, maar het totaal komt op ongeveer 5,5 miljard uit. Daar zitten de maatschappelijke kosten in door ziekteverzuim van 4,6 miljard, arbeidsongeschiktheid en zorgkosten. Dat zijn enorme kosten in euro's. Ik denk dat de kosten in persoonlijk verlies, van niet of minder kunnen deelnemen aan de samenleving, minstens zo groot zijn, maar die zijn minder goed in euro's uit te drukken.

Voorzitter. Dan ga ik naar mijn stapeltje UWV. Eigenlijk heeft mijn collega Helder al heel duidelijk geantwoord over het moment waarop er nog geen WIA-besluit is.

De andere vraag van de heer Drost, die ik volgens mij ook net heb beantwoord, is: hoe gaan wij om met een WIA-beoordeling? Onafhankelijk van de oorzaak word je beoordeeld op wat je nog wel of niet kan. Overigens is het daarbij wel goed om te weten dat de uitkomsten van de claimbeoordeling voor mensen met postcovid laten zien dat er minder dan gemiddeld een afwijzing volgt, dus vaker een toekenning. 83% van de patiënten met postcovid krijgt een uitkering versus het gemiddelde van 68% en ook vaker dan gemiddeld een uitkering 80 tot 100. Dat laat overigens ook zien hoe ontwrichtend deze klachten zijn, maar het is in ieder geval niet lager dan het gemiddelde. Het is echt hoger. Dat betekent ook dat het UWV dit serieus neemt.

Over de kinderen. Een of meerdere vragen heeft collega Kuipers al beantwoord. Ik heb er nog twee over. Wat kunnen wij doen voor ouders van kinderen met long covid die niet naar school kunnen, die daardoor niet kunnen werken? Daar vroeg de heer Bushoff naar. Werknemers die gedurende een langere periode intensieve zorg moeten verlenen aan hun kinderen of hun ouders — dat kan natuurlijk ook — hebben vooral behoefte aan steun en begrip van de directe collega's en de direct leidinggevende, zodat je ook wat flexibiliteit in je gewerkte uren en in de tijd van die uren kunt krijgen. Daar zijn ook een aantal regelingen voor. We hebben de Wet flexibel werken. Op grond daarvan kan de werkgever een verzoek om aanpassing van de werktijden alleen om zwaarwegende redenen weigeren. En we hebben het kort- en het langdurend zorgverlof. U kent het kortdurend zorgverlof. Dat is recht op twee maanden flexibel op te nemen per twaalfmaandsperiode. Het langdurend zorgverlof is veel langer, maar dat is wel onbetaald. Daarnaast — maar dan moet je kind echt heel erg ziek zijn — kun je ook nog een situatie krijgen waarin je recht hebt op dubbele kinderbijslag. Dan moet er wel Wlz-indicatie aan ten grondslag liggen. Dit is wat er voor de ouders van zieke kinderen in het algemeen, dus ook van kinderen die ziek zijn van covid gedaan kan worden.

Er werd ook nog gevraagd wat OCW doet. Die beantwoord ik namens mijn collega van OCW of eigenlijk voor Primair en Voortgezet onderwijs. Wat gaan we eraan doen om te zorgen dat leerplichtambtenaren bekend zijn met het probleem? Allereerst is het natuurlijk heel lastig als je kind zo lang ziek is en niet meer volledig naar school kan gaan. Elk kind heeft recht op onderwijs, ook een kind dat ziek is. Scholen hebben daarin gewoon een zorgplicht. Dat betekent dat ze ondersteuning en hulp moeten bieden, zeker als een kind niet of onvolledig naar school kan. Dat geldt niet alleen voor kinderen met covid. Dat geldt voor alle zieke kinderen. Daarvan zijn leerplichtambtenaren ook doordrongen.

Om scholen, leerlingen en ouders te helpen het goede gesprek te voeren, is in april van dit jaar een advies opgesteld over hoe om te gaan met schooldeelname na het vervallen van de coronamaatregelen. Dat advies is een samenwerking van ouderpartijen, jeugdartsen, onderwijsraden en leerplichtambtenaren. Uitgangspunt van dit advies is het bieden van passend onderwijs en het in gezamenlijkheid zoeken naar mogelijkheden als een leerling niet meer volledig fysiek naar school gaat. Ook de landelijke vereniging van leerplichtprofessionals Ingrado heeft meegeschreven aan dit advies en heeft het ook actief verspreid onder haar leden. Het is op de website te vinden. Ingrado raadt leerplichtambtenaren aan om postcovidklachten serieus te nemen en een begripvolle, flexibele houding aan te nemen. Dit namens mijn collega van Onderwijs.

Dan de werkgevers. Zowel mevrouw Van der Plas als mevrouw Paulusma vroeg: gaat u in gesprek met werkgevers over re-integratie van postcovidpatiënten? Ja, zeker. Ik gaf zojuist al aan: werk is zingeving, werk is erbij horen, werk kan voldoening geven. Dus je wilt juist dat mensen of kunnen re-integreren of aan het werk blijven als ze nog aan het werk zijn. Op 19 juni organiseerden we bijvoorbeeld als SZW samen met VWS, C-support en Centrum Werk Gezondheid een congres over werkbehoud voor mensen met postcovid. Zowel collega Kuipers als ik was daar. Dat organiseerden we om postcovid te blijven agenderen, ook omdat de ziekte nog vaak niet wordt erkend en omdat er nog heel veel nodig is om mensen te helpen. Daar was bijvoorbeeld ook VNO-NCW bij. Die gaven daar aan — ze hebben ook een presentatie gegeven — hoe zij omgaan met hun aangesloten brancheorganisaties, hoe ze werkgevers en werknemers informeren over wat er aan kennis is ontwikkeld door C-support en door Centrum Werk Gezondheid.

Dat gaat natuurlijk over informatie voor werknemers en werkgevers, vooral over hoe om te gaan op de werkvloer met postcovid. Ook is er kennis ontwikkeld voor professionals om professionele begeleiding bij postcovid zo optimaal mogelijk in te richten. Die informatie is gedeeld met koepelorganisaties en branches en door die organisaties weer met hun leden. Al die informatie is ook opgenomen op de internetsite Arboportaal van SZW. Die is specifiek gericht op arboprofessionals. Daar wordt ook veel gebruik van gemaakt. Dat weet ik uit de praktijk en dat zien we ook. Naar aanleiding van uw beider vragen zal ik zorgen dat ik alle informatie nogmaals nadrukkelijk onder de aandacht laat brengen van werkgevers, brancheorganisaties en professionals, vooral via social media, zodat we dat onderwerp ook echt gezamenlijk blijven agenderen, dat we kennisontwikkeling verder stimuleren en we alle informatie die we hebben zo goed mogelijk beschikbaar stellen. Omdat de kennis over en erkenning van postcovid zo van belang blijft, ondersteun ik ook de kennisontwikkeling van arbodeskundigen, waaronder bijvoorbeeld bedrijfsartsen, maar ook ergotherapeuten, zodat ze die kunnen benutten en mensen kunnen begeleiden volgens de stand van de wetenschap. Op die manier — dat is het belangrijkste — komt die kennis ook op de werkvloer terecht.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Dank aan de minister voor de beantwoording. Ik ken het congres. Heel goed dat dat ook georganiseerd is en dat de minister ook aangeeft die kennis te delen. Maar ik ben vooral op zoek naar de woorden "te blijven delen". Ik denk namelijk dat dit een probleem is dat zich nog wel wat langer gaat voordoen. We hebben niet een al beste geschiedenis met werk en re-integratie als mensen klachten hebben die niet altijd in een perfect plaatje passen of die überhaupt niet in een plaatje passen. Dus ik ben vooral op zoek naar het "blijven delen" en wat de minister op dat vlak gaat doen.

Minister **Van Gennip**:
Dat was natuurlijk ook een van de aanbevelingen van het MIT, om juist die kennis beter te ontwikkelen en te verspreiden. Daar zit dus impliciet ook het advies in om dat te blijven doen. Ik weet uit mijn hoofd niet wanneer het volgende congres is, maar dit zijn wel structurele lijnen om te zorgen dat we dit blijven doen. We blijven dus ook kennis ontwikkelen over hoe we mensen niet alleen met long covid maar nog met een aantal andere moeilijk definieerbare ziektes juist op de werkvloer kunnen begeleiden. Naar aanleiding van uw vragen lijkt het me ook wel goed dat ik ervoor zorg dat u daarvan op de hoogte wordt gehouden. Ik weet niet of ik dat dan doe in een brief die u toch van een van de collega's van VWS krijgt of in een van mijn eigen arbeidsmarktbrieven. Want ik kan mij zomaar voorstellen dat uw collega's van SZW in deze Kamer dat ook willen, en daar hebben ze inderdaad eerder al eens om gevraagd. Dat is niet zo expliciet als nu gebeurt, maar ik denk dat we dat in een van de twee brieven voor elkaar kunnen krijgen.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Ik heb een vraag over het UWV. De inschrijving voor de regeling voor de compensatie van de eerste frontlinie is vorige week opengegaan. Mensen die denken daarvoor in aanmerking te komen, hebben tot 23 oktober de tijd om zich daarvoor in te schrijven. FNV heeft al aangegeven dat het een enorme bult aan administratie is. Er moet onder andere een keuringsverklaring komen van het UWV, maar de wachtlijsten zijn daar heel lang. Soms zijn documenten gewoon niet aanwezig. Dan vind ik vier weken wel heel kort. Het kan immers zijn dat heel veel mensen buiten de boot vallen, omdat ze dan net dat ene formuliertje er niet bij hebben. De bureaucratie kennende is het dan gewoon "computer says no". Heeft de minister, hebben de ministers, er na de eerst week van aanvragen zicht op tegen welke dingen aanvragers aanlopen? Kan gemonitord worden of er moeilijkheden zijn, zodat we er aan de voorkant misschien voor kunnen zorgen dat mensen niet buiten de boot gaan vallen? Ofwel: kan er nu al over worden nagedacht of die aanvraagprocedure eventueel verlengd kan worden, mocht blijken dat heel veel mensen er gewoon niet doorheen komen of te lang moeten wachten op een keuring of dat soort dingen?

Minister **Van Gennip**:
Collega Helder heeft zojuist, denk ik, de meeste van deze vragen beantwoord, maar ik zal heel specifiek zijn. DUS-I helpt met dat verzamelen en heeft ook een lijst waarin staat: als je nog geen WIA-keuring hebt, wat moet je dan doen? Nadat ze de aanvraag hebben ingediend, mogen ze hun informatie nog aanvullen. Dat betekent dus — ik kijk even naar links — dat je later documenten mag toevoegen als je een incomplete aanvraag doet.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Is dat dan later, maar wel voor 23 oktober? Of is dat dan "later later".

Minister **Van Gennip**:
Nee, later, in de periode daarna.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Tot wanneer dan?

Minister **Van Gennip**:
Het staat daarna nog twee weken extra open om de informatie aan te vullen.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Oké. Dus eigenlijk staat de regeling dan in principe tot 7 november open. Want iemand kan ook nu alvast een aanvraag indienen en het later aanvullen. Het kan dus dat iemand niet de hele aanvraag doorloopt en dan nog gaat zoeken naar documenten. Dan zou je toch gewoon beter, ook voor de gemoedsrust van heel veel mensen — want die lezen natuurlijk ook overal "23 oktober" — kunnen zeggen: de aanvraag kan gewoon tot 7 november worden ingediend, maar dan moeten ook alle documenten zijn ingeleverd.

Minister **Van Gennip**:
Ik vermoed zomaar — anders wil collega Helder daar in tweede termijn en détail op terugkomen — dat we wel voor 23 oktober willen weten wie er een aanvraag willen doen en hoeveel aanvragen dat dan zijn. Dan kan het dus in die twee weken daarna aangevuld worden.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Kan dat eventueel nog aangevuld worden?

Minister **Van Gennip**:
Ja, dat kan eventueel uiteraard nog aangevuld worden.

Dat was het UWV. Dan had ik nog een setje overige vragen. Mevrouw Paulusma ...

De **voorzitter**:
Maak even uw vraag af.

Minister **Van Gennip**:
Tegen mevrouw Paulusma wilde ik nog even iets zeggen over de OCTAS. Mevrouw Paulusma zei: levert u nou even op die OCTAS! Het is heel erg belangrijk dat OCTAS een onafhankelijke commissie is. Een van de ontdekkingen die ik in deze positie heb gedaan — daar heb ik het met uw collega's van SZW over gehad — is hoe ingewikkeld de WIA-systematiek is. Hoe verder je je erin verdiept, hoe meer

0/1-momenten je tegenkomt, hoe meer hardheden en noem maar op. Daar heeft het MIT overigens ook een aantal opmerkingen over gemaakt. Daarop heb ik gezegd: ja, dat zie ik voor postcovid gebeuren, maar dat gebeurt natuurlijk ook voor een heleboel andere mensen die in de WIA-systematiek terechtkomen. Op basis van die observaties heb ik gezegd dat ik graag wil dat een onafhankelijke commissie daarnaar kijkt, zoals we ooit ook de commissie-Borstlap over de arbeidsmarkt hebben gehad. Die commissie is nu bezig. Ze gaan er natuurlijk zelf over, maar ik verwacht dat ze vanwege de naderende verkiezingen iets eerder met een tussenrapportage zullen komen en dat ze vervolgens begin volgend jaar met een eindrapportage zullen komen waarin ze het volgende kabinet een aantal alternatieven kunnen aanbieden. Zij zullen zeker kijken wat de problemen zijn in het huidige stelsel en wat mogelijke oplossingen daarvoor zijn. Hierbij is het belangrijk dat die commissie echt onafhankelijk van alles en iedereen kan opereren. Het is een vrij grote commissie, maar het is natuurlijk ook belangrijk dat ze concrete handelingsperspectieven gaan bieden. Ik geloof ook dat ze dat gaan doen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik gaf de minister in mijn betoog juist een compliment, ook specifiek over de OCTAS. Maar misschien gebeurt dat zo weinig dat u het anders geïnterpreteerd heeft, zeg ik via de voorzitter. Bij mijn Groningse "wanneer levert de minister?" ging het juist om het maatwerk. Er zijn nu namelijk mensen die, door de hardvochtigheid van het systeem of de onbekendheid bij de mensen die het moeten beoordelen, tussen wal en schip belanden. Wat gaat de minister voor deze mensen doen?

Minister **Van Gennip**:
Het UWV beoordeelt op basis van wat mensen wel of niet nog kunnen, en niet op basis van de oorzaak van de ziekte. Dus of je nu je been breekt of covid krijgt, je krijgt uiteindelijk dezelfde beoordeling: "kunt u nog zoveel uren werken?", "kunt u zich nog concentreren?", "kunt u nog iets tillen?" Op basis daarvan wordt dan bekeken hoeveel inkomensverlies je hebt, en op basis daarvan krijg je die uitkering en wordt bepaald of er andere functies zijn die je nog kunt vervullen. Dan kom je ook gelijk bij de kern van een van de vragen die ik OCTAS heb voorgelegd: wil je in Nederland uiteindelijk een inkomensverzekering of een arbeidsongeschiktheidsverzekering? Dit is een inkomensverzekering. Dat is iets anders dan een arbeidsongeschiktheidsregeling. Zo is het opgezet.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik snap hoe het werkt. Alleen, als ik ergens met een gebroken been kom binnenlopen, is dat voor de beoordelaar of degene aan de andere kant van de tafel vrij duidelijk. Dat zit namelijk vaak in het gips. Dan kun je even niks. Daar staan dan zes of acht weken voor, of je moet misschien opnieuw geopereerd worden. Met long covid is dat heel diffuus. Ik maak mij er zorgen over of de kennis aan de andere kant van de tafel elke keer wel van hetzelfde niveau is voor een adequate beoordeling. Dat is bij een gebroken been echt wat anders dan bij mensen met postcovid.

Minister **Van Gennip**:
Ik zie bij het UWV een hele set professionele artsen die ook echt up-to-date zijn wat betreft alle nieuwe richtlijnen. Wat ik ook zie — dat gaf ik net als antwoord aan de heer Drost — is dat de cijfers van de toekenning bij postcovidpatiënten echt hoger zijn dan gemiddeld. Dat zegt ook iets over de ernst van de ziekte, waardoor mensen echt heel veel minder kunnen, maar het laat in ieder geval ook zien dat het niet zo is dat het UWV mensen niet serieus neemt. Even voor de duidelijkheid: zowel de toekenning van een uitkering als de hoogte van de uitkering ligt bovengemiddeld hoog. Ik denk dus dat we wat dat betreft op de professionaliteit van het UWV kunnen vertrouwen. Maar ook voor het UWV geldt, net als voor artsen in de curatieve zorg: steeds weer blijven leren. Al die internationale onderzoeken waar collega Kuipers aan refereerde, zijn zo ontzettend belangrijk, ook om te begrijpen hoe je mensen fit krijgt en fit houdt. Op die manier komt al die kennis ook weer bij het UWV terecht, want daar gaat het natuurlijk ook over de re-integratie van mensen.

De **voorzitter**:
De minister rondt af.

Minister **Van Gennip**:
Ja, voorzitter. Dan had mevrouw Paulusma ook nog een vraag over de Leven Lang Ontwikkelenmiddelen: kunnen we die gericht inzetten voor postcovid? Iedereen die dat wil, kan zich laten om-, her- en bijscholen via een regionaal werkcentrum of via wat dit jaar nog STAP is en volgend jaar natuurlijk niet meer; maar dan zijn er andere regelingen. Het is wel belangrijk dat primair natuurlijk de werkgever aan zet is bij re-integratie, maar misschien wil je niet meer bij dezelfde werkgever werken of misschien wil je naar ander werk omscholen. Daar zijn allerlei regelingen voor, maar ik ben niet van plan om die specifiek te richten op postcovid. Sowieso is het STAP-budget natuurlijk heel klein en is het er volgend jaar niet meer, maar ik denk dat het belangrijk is dat iedereen die zich wil om-, her- en bijscholen, daar de mogelijkheid toe heeft.

Dan had ik nog één vraag van mevrouw Simons, maar eigenlijk denk ik dat mevrouw Helder die al heeft beantwoord. De regeling zoals mevrouw Helder die heeft opgesteld, is echt voor mensen die in de zorg hebben gewerkt en niet voor andere sectoren.

Voorzitter. Ik ben door mijn vragen heen.

De **voorzitter**:
Hartstikke goed. De tweede termijn. Het woord is aan de heer Drost. Ik weet zeker dat iedereen zijn bijdrage kan afronden in een minuutje. De heer Drost gaat het goede voorbeeld geven.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Altijd. Dank u wel, voorzitter. Dank aan de bewindspersonen voor hun aanwezigheid en hun beantwoording vandaag. Fijn dat er erkenning is van de impact van postcovid op patiënten en op de samenleving.

In reactie op het debat, richting minister Kuipers: wij vragen niet om alle 90.000 patiënten naar één verzamelplek in Nederland te sturen en daar te behandelen. Dat is volgens mij niet wat wij vragen. Ik vraag wel om ruimte te bieden aan de specialisten en zorgaanbieders die behandelcentra willen openen voor postcovidpatiënten, zodat daar plekken zijn waar mensen terechtkunnen als dat nodig is en als ze daarom vragen. Daar heb ik een motie over.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat patiënten met ernstige postcovidklachten verdwalen in ons zorglandschap en lastig toegang krijgen tot passende (specialistische) zorg;

overwegende dat postcovid vraagt om een integrale behandeling;

overwegende dat er nog veel onzeker is over behandelingen van postcovid, maar er wel specialisten zijn met veel kennis en ervaring op dit gebied;

overwegende dat de huidige financiering van specialistische postcovidzorg het organiseren van deze integrale behandeling lijkt te bemoeilijken;

verzoekt de regering er samen met patiënten, zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zorgaanbieders, aan te werken dat er door het hele land integrale ondersteuning beschikbaar is voor postcovidpatiënten, onder andere in poliklinieken die goed aangehaakt zijn bij het onderzoeks- en expertisenetwerk Post-COVID,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Drost, Bushoff, Van den Berg, Dijk, Paulusma, Agema, Van der Plas, Sylvana Simons en Omtzigt.

Zij krijgt nr. 2127 (25295).

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik heb er nog één, voorzitter.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat ook kinderen getroffen kunnen worden door postcovid en daardoor een verlies van gezondheid en kwaliteit van leven ervaren;

overwegende dat het perspectief van kinderen met postcovid nog weinig aan bod komt in erkenning, onderzoek en behandeling;

verzoekt de regering in haar communicatie en beleid, specifiek in het onderzoek naar postcovid en de behandeling ervan, het perspectief van kinderen met postcovid en hun belangen evenwichtig aan bod te laten komen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Drost.

Zij krijgt nr. 2128 (25295).

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg van het CDA.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dank u wel, voorzitter. Meneer Drost zei het al: we maken ons nog wel zorgen over de toegankelijkheid van de integrale zorg die nodig is voor postcovid. Vandaar dat wij de motie van meneer Drost hebben meegetekend.

Voorzitter. Ik maak me ook nog steeds zorgen over de uitvoering van mijn motie die beoogt dat het onderzoek niet te versnipperd wordt. Ik ben ook zeer benieuwd naar het antwoord van de minister op de vraag van mevrouw Tielen over onderzoek hebben én een expertisecentrum, zoals dat volgens mij in ieder geval in de begroting wordt geschetst.

Ik teken ook een motie mee van mevrouw Simons over de voorlichting over het feit dat je nog steeds corona kan krijgen, maar dat je ook nog steeds postcovid kan krijgen en wat de ernstige klachten daarvan zijn.

Graag een toezegging van de minister. Hij zei dat de landelijke functionaliteit infectiebestrijding deze week van start is gegaan en dat die ook een blauwdruk moet maken voor de surveillance voor toekomstige pandemieën. Krijgen wij in een van de voortgangsbrieven over corona een terugkoppeling daarvan?

Dank u wel.

De **voorzitter**:
De heer Bushoff van de Partij van de Arbeid.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Voorzitter, dank. Ook dank voor de inlevende reacties van de bewindspersonen op een aantal vragen en ook dank voor de antwoorden. Het ene antwoord beviel me meer dan het andere, moet ik er wel bij zeggen. Ik denk dat er met name twee heikele punten overblijven in dit debat. Het eerste is het punt waarop de heer Kuipers met een deel van de Kamer en ook heel veel patiënten en artsen van mening verschilt, bijvoorbeeld omdat het anders gaat in Duitsland. Dat punt is dat er toch echt een plek moet zijn voor longcovidpatiënten om naartoe te gaan.

Het andere punt is de regeling voor zorgwerkers met long covid. Daarover verschillen we ook nog van mening. Ik heb daarom samen met de heer Drost een motie ingediend over

longcovidpoli's. Zelf dien ik nog twee moties in over de longcovidregeling.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de regeling voor zorgmedewerkers met postcovid knelt, onder andere omdat:

- de diagnose postcovid niet altijd goed landt in het UWV-dossier als mensen wel degelijk vanwege postcovid arbeidsongeschikt zijn;
- niet iedereen die een covidbesmetting heeft opgelopen tijdens de eerste golf zich ook ziek heeft gemeld in de eerste golf, zeker omdat de oproep was om door te werken;

overwegende dat hierdoor de door deze regering beoogde doelgroep niet bereikt wordt met de regeling;

verzoekt de regering de hardheden, die ervoor zorgen dat de regeling niet de beoogde doelgroep bereikt, te verhelpen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Bushoff, Drost, Dijk, Sylvana Simons, Dassen, Van Esch, Den Haan, Agema, Omtzigt, Van der Plas, Westerveld, Van der Staaij, Kuzu en Gündoğan.

Zij krijgt nr. 2129 (25295).

De heer **Bushoff** (PvdA):
De motie is ondertekend door een hele groep mensen. Moet ik al die namen opnoemen?

De **voorzitter**:
Alsjeblieft niet.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Dan gaan we heel snel door.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat naar aanvragers van de postcovidregeling voor zorgmedewerkers na voltooiing van de aanvraag al wordt gecommuniceerd dat ze mogelijk begin 2024 pas de tegemoetkoming zullen ontvangen en de regering hiermee haar zelf opgelegde deadline van uitbetalen in 2023 onder-uithaalt;

overwegende dat de aanvraagperiode voor de regeling voor postcovidmedewerkers te kort is, waardoor een deel van de doelgroep van de regeling hun aanmelding niet binnen de gekozen termijn zal kunnen voltooien;

overwegende dat zowel de regering als het UWV verwacht dat er ongeveer 1.000 mensen gebruik zullen maken van de regeling en er dus een substantieel gedeelte van de 33 miljoen euro niet besteed zal worden;

verzoekt de regering het geld dat niet in 2023 besteed wordt aan de postcovidregeling voor zorgmedewerkers, mee te nemen naar 2024 en beschikbaar te houden voor een eventuele uitbreiding van de regeling,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Bushoff en Dijk.

Zij krijgt nr. 2130 (25295).

Heel goed. De heer Van Haga van de Groep Van Haga.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Voorzitter, drie moties.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering te onderzoeken of er verschillen zijn met betrekking tot het hebben van postcovidklachten tussen de coronagevaccineerde populatie en de ongevaccineerde populatie,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Van Haga.

Zij krijgt nr. 2131 (25295).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat een aanzienlijk aantal mensen na het doormaken van een virusinfectie te maken krijgt met langdurige restklachten en gezondheidsschade, waarvoor geen diagnose en/of adequate behandeling is;

verzoekt de regering de gelden die nu specifiek voor onderzoek naar en behandeling van als post covid geclassificeerde klachten worden ingezet, te gebruiken voor onderzoek naar en behandeling van postinfectieuze klachten en aandoeningen in breed perspectief,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Van Haga.

Zij krijgt nr. 2132 (25295).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de diagnose post covid (nog) niet gedefinieerd is door specifieke symptomatiek en vooralsnog een parapludiagnose is van tot wel 200 verschillende klachten;

verzoekt de regering in kaart te brengen in welke mate en op welke schaal klachten die worden toegeschreven aan post covid overeenkomen met bijwerkingen die worden gemeld na, in verband gebracht worden met en mogelijk veroorzaakt zouden kunnen zijn door coronavaccinatie,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Van Haga.

Zij krijgt nr. 2133 (25295).

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:
Met dank voor uw snelheid. Zo kan het ook, meneer Bushoff. Dan geef ik graag het woord aan de heer Dijk van de SP.

☐

De heer **Dijk** (SP):
Voorzitter. Zo'n debat laat wel zien hoe je met volksgezondheid om moet gaan. Ik heb in eerste termijn ook gezegd dat de verschillende kabinetten hiervoor ook heel erg gericht waren op de korte termijn als het om infectieziekten gaat. Daarom de volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de regering voor de periode tussen 2023 en 2026 32,25 miljoen euro vrij heeft gemaakt voor het programma onderzoek en kennisdeling Post-COVID;

overwegende dat er over postinfectieuze aandoeningen in het verleden te veel kortetermijnbeleid is gevoerd, waardoor er kansen gemist zijn om meer kennis op te bouwen over dit soort aandoeningen;

verzoekt de regering om het programma onderzoek en kennisdeling Post-COVID niet voor drie jaar, maar voor ten minste tien jaar structureel te financieren om behandeling van postinfectieuze aandoeningen te verbeteren, en de Kamer hierover voor de begroting van VWS te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Dijk.

Zij krijgt nr. 2134 (25295).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat een deel van de kinderen met long covid vanwege hun klachten en/of het risico op herbesmetting geen fysiek onderwijs kan volgen;

constaterende dat dit nu soms leidt tot meldingen bij de leerplichtambtenaar of bij Veilig Thuis;

van mening dat fysiek onderwijs beter is dan digitaal onderwijs, maar digitaal onderwijs beter is dan geen onderwijs;

verzoekt de regering om ervoor zorg te dragen dat kinderen met long covid digitaal onderwijs kunnen volgen zolang zij geen fysiek onderwijs kunnen volgen;

verzoekt de regering tevens om met het onderwijsveld in overleg te treden over hoe dit digitaal onderwijs centraal vormgegeven kan worden voor leerlingen die anders geen onderwijs krijgen, zodat niet elke school dit apart moet organiseren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Dijk.

Zij krijgt nr. 2135 (25295).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat mensen die kampen met long covid vaak te maken krijgen met onbegrip van instanties en hun omgeving;

overwegende dat dit onbegrip vaak voortkomt uit een gebrek aan kennis over long covid;

verzoekt de regering om een brede bewustwordingscampagne te starten over long covid,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Dijk.

Zij krijgt nr. 2136 (25295).

Dan mevrouw Tielen van de VVD.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
28 moties heb ik, voorzitter. Nee, hahaha. Dank aan de bewindspersonen voor de reacties in de eerste termijn. Ik denk dat we vanavond met zorg hebben geprobeerd om het onderwerp postcovid te bespreken en ook de vraag hoe mensen die daar last van hebben, een stap kunnen zetten richting meer kennis en betere behandelingen.

Mij rest inderdaad nog een vraag. In de eerste termijn stelde ik de vraag wat er nou in de begroting staat, om verwarring te voorkomen. Die verwarring kan, ook vanwege het aantal moties, weleens groter worden dan de manier waarop we erin kwamen. Dat wil ik eigenlijk voorkomen.

Daarnaast hoorde ik de minister zeggen dat hij het voortouw heeft genomen om op Europees niveau kennis te ontwikkelen. Ik gaf hem daar al meerdere malen complimenten voor. Hij geeft ook aan dat wij van daaruit beter inzicht hebben in de hiaten in de komende kennisagenda's. Ik zou van de minister terug willen horen wat er op 18 september naar voren is gekomen in de Europese conferentie, zodat we daadwerkelijk kunnen zien hoe die hiaten eruitzien. Ik kijk uit naar de kennisagenda praktijkgericht onderzoek, die we in december 2023 gaan ontvangen.

De **voorzitter**:
Heel goed. Dan mevrouw Paulusma van D66.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Voorzitter, dank u wel. Ik wil de ministers graag bedanken voor de antwoorden en ik heb nog een drietal vragen.

De eerste vraag gaat over het wetenschappelijk onderzoek, over de data die worden opgehaald en de vertaling daarvan naar de praktijk. De minister heeft aangegeven hierover met C-support in gesprek te gaan. Mocht de minister bij C-support dezelfde zorgen als ik delen, dan is mijn vraag of ik mag verwachten dat de minister dan ook met een voorstel komt om hier wat aan te doen.

Hetzelfde geldt voor mijn vraag rondom het lotgenotencontact voor kinderen en jongvolwassenen.

Mijn laatste vraag is voor minister Van Gennip. Ik ben heel blij dat ze heeft aangegeven dat ze de initiatieven die lopen, wil continueren. Ik denk dat dat heel belangrijk is als het gaat om re-integratie en arbeidsparticipatie. Ik heb wel nog een specifieke vraag over de scholingsmiddelen. Ik denk dat de wereld voor postcovidpatiënten heel complex is, zeker de wereld van het UWV en van de mogelijkheden rondom scholing en bijscholing. Zou de minister hierover wat proactiever informatie kunnen delen met postcovidpatiënten?

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Heel goed. Dank u wel. Dan mevrouw Agema van de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dank u wel, voorzitter. Ik dank de demissionaire ministers voor hun toezeggingen. Ik kijk daarnaar uit.

Ik heb twee moties.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering te bewerkstelligen dat er zo spoedig mogelijk een richtlijn long covid / postcovid komt voor verzekeringsartsen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Agema.

Zij krijgt nr. 2137 (25295).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering de richtlijn voor herstel en re-integratie van werknemers met long covid / postcovid meer bekendheid te geven,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Agema.

Zij krijgt nr. 2138 (25295).

Dank u wel. Dan de heer Van Houwelingen, Forum voor Democratie.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Eén motie, voorzitter.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat steeds meer wetenschappers het aannemelijk achten dat de coronavaccinaties een van de oorzaken zouden kunnen zijn van long covid en daarbij niet spreken over "long covid" maar "long vax";

verzoekt de minister de ruimte die binnen het "meerjarig onderzoeksprogramma Post-COVID" voor VWS is gereser-

veerd voor "beleidsurgent onderzoek en onderzoek dat inspeelt op actuele ontwikkelingen" (deels) te gebruiken om te onderzoeken of en in hoeverre longcovidklachten wellicht gerelateerd zouden kunnen zijn aan de coronavaccinaties, zodat patiënten met deze klachten beter kunnen worden behandeld en deze klachten in de toekomst wellicht kunnen worden voorkomen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Van Houwelingen en Van Haga.

Zij krijgt nr. 2139 (25295).

Dank u wel. Dan mevrouw Van der Plas van de fractie van BBB. Nee, eerst heeft de heer Omtzigt nog een vraag aan de heer Van Houwelingen. Graag een korte vraag.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Komt volgens de heer Van Houwelingen long vax of long covid vaker voor?

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Daar kan ik natuurlijk absoluut geen antwoord op geven. Het is beide mogelijk. Beide kunnen voorkomen. Dat is de vraag en dat willen we dus onderzocht hebben.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Het Science-artikel waar de heer Van Houwelingen naar verwijst, is daar behoorlijk duidelijk over: long covid komt heel veel vaker voor dan long vax. Aangezien hij daarnaar verwijst, wil hij dat de volgende keer dan ook voorlezen? Nu vraagt hij om alle longcovidpatiënten te herdefiniëren als long vax, terwijl het artikel waarop hij zich baseert precies zegt: ja, er kan schade zijn, oftewel long vax, maar de longcovidgroep is heel veel groter.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Ik heb het artikel ook gelezen. Zoals ik het artikel begrijp, stellen de onderzoekers dat ze dat niet weten en dat ze dat onderzocht willen hebben. Volgens mij is het nog niet onderzocht, dus hoe kan men dat dan weten? Dat is de vraag. Ik snap niet hoe die onderzoekers dat dan überhaupt zouden kunnen weten, als het er al staat.

De **voorzitter**:
Ja, helder.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Het staat er, dus ik nodig hem uit om het gewoon even te lezen.

De **voorzitter**:
Is genoteerd. We gaan morgen allemaal Science lezen. Dan mevrouw Van der Plas van de fractie van BBB.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Dank u wel.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het kabinet een regeling voor zorgmedewerkers met postcovid heeft opgesteld voor zorgmedewerkers die in de periode maart tot en met juni 2020 COVID-19 hebben gekregen;

constaterende dat het kabinet heeft besloten om de hoogte van de financiële ondersteuning vast te stellen op een vast bedrag van €15.000 per persoon;

overwegende dat het kabinet dit bedrag niet wil indexeren;

overwegende dat een bedrag van €22.839 per persoon overeenkomt met het bedrag dat slachtoffers van beroepsziekten als asbestkanker momenteel als voorschot ontvangen en het gelijk is aan het bedrag van de tegemoetkoming voor stoffengerelateerde beroepsziekten;

verzoekt het kabinet de hoogte van de financiële tegemoetkoming te verhogen naar minimaal €22.839 per persoon,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Van der Plas.

Zij krijgt nr. 2140 (25295).

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Voorzitter. Ik wil mijn laatste woorden in dit debat gebruiken voor een woordje aan de postcovidpatiënten. De postcovidpatiënten, en zeker die mensen uit de zorg die in de eerste covidgolf zonder hulpmiddelen en bescherming hun werk deden, keken vanavond naar de finale van een lang en intensief toernooi, een toernooi waar de frontstrijders in de zorg zich nooit voor hebben opgegeven, maar waar ze tegen wil en dank wel aan moesten meedoen. Vanavond zaten ze op de bank moe en uitgeblust naar dit debat te kijken. Anderen speelden voor hen de wedstrijd. Ze zaten niet in clubkleuren of in een café op een plein. Nee, ze zaten stil op de bank, als reservespelers. Laten we hopen dat er na deze finale volgend seizoen geen nieuw toernooi hoeft te worden gespeeld. Ik wens hun allen heel veel sterkte in deze tijd.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan de heer Omtzigt.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Dank u, voorzitter. Ik was even mijn motie aan het weggooien over de WIA, want ik neem aan dat er gewoon op de website komt te staan hoe mensen die geen keuring gehad hebben dit kunnen aanvragen. Dank daarvoor.

Ik zou van de minister van VWS graag een reflectie willen hebben op het volgende. C-support, een heel goede organisatie, is geen medische instelling en heeft ook geen medische bevoegdheid, waardoor verwijzen of medicatie voorschrijven geen mogelijkheid is. Dus hoe kunnen we dat doen?

Voorzitter, ik heb twee moties.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er een langjarige impuls nodig is voor structureel onderzoek naar long covid en andere postacute infectieuze syndromen;

verzoekt de regering in samenwerking met hogeronderwijsinstellingen de opties te verkennen voor het opzetten van enkele bijzondere leerstoelen voor postacute infectieuze syndromen, en de Kamer hierover voor de behandeling van de begroting van VWS en OCW te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Omtzigt, Dijk en Van der Plas.

Zij krijgt nr. 2141 (25295).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de aanvraagperiode voor zorgmedewerkers met postcovid die een tegemoetkoming willen aanvragen maar één maand open is en hierdoor de deadline van 23 oktober 2023 dreigen te missen, vanwege de hoeveelheid documenten en informatie die moeten worden aangeleverd;

overwegende dat aanvragers afhankelijk kunnen zijn van derde partijen en dat zij de kans moeten krijgen om zorgvuldig de benodigde informatie aan te leveren;

verzoekt de regering de aanvraagperiode met één maand te verruimen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Omtzigt en Van der Plas.

Zij krijgt nr. 2142 (25295).

Dank u wel. De laatste spreker van de zijde van de Kamer is mevrouw Simons van de fractie van BIJ1.

Mevrouw **Sylvana Simons** (BIJ1):
Voorzitter.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat langdurige covid grote gevolgen heeft voor het dagelijks leven van duizenden mensen;

van mening dat de erkenning van langdurige covid net als het eerlijk informeren van mensen over de risico's hiervan wenselijk is, onder andere om stigmatisering van en onbegrip jegens longcovidpatiënten te bestrijden;

verzoekt de regering om de samenleving middels eerlijke voorlichting te informeren over (de potentiële gevolgen van) langdurige covid,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Sylvana Simons, Bushoff en Van den Berg.

Zij krijgt nr. 2143 (25295).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat langdurige covid in veel gevallen een multisysteemziekte is waarvoor eerstelijnszorg en paramedische herstelzorg niet passend zijn en er specialistische zorg nodig is;

overwegende dat de overgrote meerderheid van longcovidpatiënten geen adequate zorg of helemaal geen zorg ontvangt;

verzoekt de regering om de oprichting van multidisciplinaire expertisecentra te bespoedigen waar behandeling en monitoring van patiënten centraal staan, evenals het uitvoeren van onderzoek en trials, kennisdeling en toepassing van de meest recentelijke wetenschappelijke ontwikkelingen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Sylvana Simons.

Zij krijgt nr. 2144 (25295).

Mevrouw **Sylvana Simons** (BIJ1):
Voorzitter. Ik gebruik de laatste tien seconden om deze Kamer, maar ook de toekomstige Kamer op te roepen om dit onderwerp de aandacht te blijven geven die het verdient. We hebben nog een hele lange weg te gaan. We zijn er nog lang niet. Het is broodnodig.

Dank u, voorzitter.

De **voorzitter**:
Dank u wel, mevrouw Simons. U was de laatste spreker van de zijde van de Kamer in tweede termijn. Ik schors vijf minuten en dan gaan we luisteren naar de drie ministers.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:
We hebben achttien moties, maar ik weet zeker dat we er nog puntig doorheen kunnen gaan. Het woord is aan de minister.

Minister **Kuipers**:
Voorzitter, dank. Allereerst de beantwoording van een aantal resterende vragen. Mevrouw Tielen heeft mij een aantal keer helpen herinneren dat er nog een vraag was over het noemen van een expertisecentrum in plaats van een expertisenetwerk in de begroting. Er wordt hier een expertisenetwerk bedoeld. De oorzaak is gelegen in het feit dat in eerste instantie, op verzoek van de Kamer, begonnen is met een verkenning van een expertisecentrum. Na contacten met het veld — met de mensen die dit uiteindelijk moeten gaan opzetten — hebben we meer inzicht gekregen in het vraagstuk en wat hiervoor nodig is. Hieruit bleek dat een expertisenetwerk passender is. De term is wat dat betreft in de begroting niet juist.

Er waren twee aanvullende vragen van mevrouw Paulusma. Deze vragen gingen over de vertaling van kennis uit onderzoeken naar de praktijk en ook over lotgenotencontact. De vraag was specifiek of ik dit allebei ter sprake wil brengen in mijn overleg met C-support. Ik had dat al toegezegd. Mevrouw Paulusma sprak over de signalen waaruit zou blijken dat hier verdere verbetering voor nodig is. Haar vraag was of ik daar ook op wil acteren als daadwerkelijk blijkt dat dit zo is. Het antwoord daarop is: ja, van harte.

Dan was er nog een vraag van de heer Omtzigt. Zijn vraag ging erover dat C-support geen medicatie voor kan schrijven. Dat klopt. Wat zij wel kunnen doen is verwijzen naar professionals. Zij hebben daar begeleiders voor en die kunnen zo nodig en desgewenst wél medicatie voorschrijven.

Dan kom ik bij de moties.

De **voorzitter**:
Er is nog een vraag van mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik had nog gevraagd of de minister een terugkoppeling kan geven van de conferentie op Europees niveau over kennisontwikkeling rondom postcovid.

Minister **Kuipers**:
Dat klopt, inderdaad. Excuus. Dat kan ik. Ik zal even kijken of dat separaat moet of dat dat past bij iets anders. Dat kan ik zo nog niet zeggen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik heb de minister nog gevraagd naar de Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI). Zij zouden nu een blauwdruk gaan maken voor de surveillance voor toekomstige pandemieën. Mijn vraag was of we daar een voortgangsrapportage van krijgen in de reguliere update coronabrieven.

Minister **Kuipers**:
Het antwoord is ja. Ik durf alleen niet te zeggen of deze blauwdruk er al bij de volgende update is. Het NFI is paralel met zeer veel aspecten bezig.

Voorzitter. Dan kom ik bij de moties. De motie op stuk nr. 2127 geef ik gaarne oordeel Kamer. Ik begrijp de oproep en de inzet volledig. Laat ik er wel de verantwoordelijkheden zoals genoemd in het debat nadrukkelijk bij benoemen. Ook wil ik nadrukkelijk benoemen dat ik mij niet herken in de overweging dat de huidige financiering van specialistische postcovidzorg het organiseren van integrale behandeling lijkt te bemoeilijken.

De **voorzitter**:
Mevrouw Paulusma wilde eigenlijk nog een toelichting op deze motie, begrijp ik. Geen toelichting? Ik begrijp het.

Minister **Kuipers**:
Oordeel Kamer.

De **voorzitter**:
Zeg dat maar even tegen de heer Omtzigt.

Minister **Kuipers**:
Oordeel Kamer.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Ik hoor in het vorige antwoord van de minister dat C-support kan doorverwijzen, maar het probleem van C-support is dat zij natuurlijk niet kan doorverwijzen.

Minister **Kuipers**:
C-support kan niet verwijzen sec, maar C-support heeft wel de mogelijkheid om te wijzen op het bestaan van professionals die kunnen helpen.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Daar lopen dus een heleboel mensen vast. Omdat zij niet kunnen doorverwijzen, krijgen wij signalen als: we kunnen hier niet geholpen worden; we kunnen daar niet geholpen worden.

Minister **Kuipers**:
Voordat het semantisch wordt: C-support is geen instantie die patiënten kan verwijzen. We kunnen dat ook niet inrichten. Er is daar een andere systematiek voor. Die verwijzing moet komen van de huisarts. Wat C-support kan doen is het bieden van kennis over hun netwerk: waar zitten mensen die kennis over en ervaring met postcovid hebben, of uw specifieke vraag? Maar de verwijzing moet komen van de huisarts.

De andere vraag die eronder zat — maar die hebben we al geadresseerd — is of er dan ook daadwerkelijk plek is voor iemand als die verwijzing plaatsvindt. Daar hebben we het al over gehad.

De **voorzitter**:
De motie op stuk nr. 2128.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Daar hebben we het al over gehad? Ik kom daar op een later moment wel even op terug. Ik heb echt andere signalen gekregen, maar die gaan we dan checken.

De **voorzitter**:
De motie op stuk nr. 2128.

Minister **Kuipers**:
Ja. Oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 2131: ontraden.

De motie op stuk nr. 2132: eveneens ontraden.

Voorzitter. Ik verwijs daarbij allemaal naar het debat.

De motie op stuk nr. 2133: ontraden.

De motie op stuk nr. 2134: eveneens ontraden. We hebben dit al ingericht voor een aantal jaren. Als we nu al uitspraken moeten doen over wat er daarna moet gebeuren, dan moeten we die bij een begrotingsbehandeling doen, maar mijn advies is om eerst echt te kijken naar wat er uit deze jaren komt en om dan een nieuw besluit te nemen.

De motie op stuk nr. 2136: ontraden.

De motie op stuk nr. 2139: eveneens ontraden.

De motie op stuk nr. 2141: oordeel Kamer, maar wel met de nadrukkelijke opmerking daarbij dat het echt aan universiteiten zelf is om keuzes te maken over welke leerstoelen ze inrichten.

De motie op stuk nr. 2143: oordeel Kamer.

En de motie op stuk nr. 2144: ontraden. Ik verwijs naar het debat. In vergelijking met de motie op stuk nr. 2127, van de heer Drost en collega's, gaat deze motie echt een stap verder.

De **voorzitter**:
Mevrouw Agema, kort.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Waarom ontraadt de minister de motie die voorstelt te bewerkstelligen dat er zo spoedig mogelijk een richtlijn postcovid komt voor verzekeringsartsen?

De **voorzitter**:
Welk nummer heeft die?

Mevrouw **Agema** (PVV):
2137.

De **voorzitter**:
Waarom wordt de motie op stuk nr. 2137 negatief geapprecieerd?

Minister **Kuipers**:
De motie op stuk nr. 2137 heb ik niet geadresseerd, voorzitter.

De **voorzitter**:
Paniek om niks.

Minister **Kuipers**:
Ja.

De **voorzitter**:
Dan geef ik graag het woord aan ...

Minister **Kuipers**:
Ik neem aan dat een van de collega's die adresseert, en anders dan komen we daar nog op.

De **voorzitter**:
Minister Helder, of u even de motie op stuk nr. 2137 wilt ontraden.

Minister **Helder**:
Nee, dat ga ik niet doen, voorzitter. Ik heb een ander stapeltje voor me. Ik neem aan dat de collega daarop terugkomt.

Voorzitter. De motie op stuk nr. 2129 kan ik oordeel Kamer geven als ik 'm zo mag lezen dat de regering wordt verzocht om de beoogde doelgroep zo goed als mogelijk te bereiken binnen de grenzen van wat mogelijk is in de uitvoering.

Daarbij merk ik op dat ten aanzien van het eerste punt in de motie, het ontbreken van de diagnose in het UWV-verslag, een alternatief is gevonden. Als de diagnose ontbreekt in het UWV-verslag, dan mag een andere arts de diagnose bevestigen. Ten aanzien van het tweede punt, zorgmedewerkers die zich niet ziek hebben gemeld in de eerste golf, zeg ik: dan is het gewoon niet mogelijk in de uitvoering. Dat is nodig. Het is ook de enige toetssteen om vast te kunnen stellen of het gelieerd is aan de eerste golf. Als ik de motie zo mag lezen dat het binnen de grenzen van de uitvoering is, dan kan ik 'm oordeel Kamer geven.

De **voorzitter**:
Dan kijk ik even strak naar de heer Bushoff. Knikken of nee schudden is voldoende.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Ik heb nog een heel korte vraag, voorzitter. Betekent dat wel dat alles op alles wordt gezet om te kijken wat binnen die uitvoering kan?

Minister **Helder**:
Ja.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Want als op voorhand wordt gezegd "we willen 'm niet en het kan niet binnen de uitvoering", dan koop je er niks voor.

Minister **Helder**:
Ik heb in het debat al aan de heer Bushoff toegezegd dat het echt de doelstelling van iedereen is dat de zorgmedewerkers die voor de regeling in aanmerking komen, die ook echt ontvangen.

Dan ga ik ...

De **voorzitter**:
En dus gaat meneer Bushoff akkoord met de interpretatie en krijgt de motie oordeel Kamer.

Minister **Helder**:
En dus krijgt die oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 2130: ontraden.

De motie op stuk nr. 2140: ontraden.

En de motie op stuk nr. 2142: onraden.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan is er nog een vraag van de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PvdA):
De motie op stuk nr. 2130 wordt ontraden, hoor ik. Verwacht de minister dat al het geld dat voor de regeling gereserveerd staat, ook daadwerkelijk wordt uitgegeven?

Minister **Helder**:
We hebben het in ieder geval gereserveerd voor deze groep zorgmedewerkers. Dan werkt het in de begrotingsregels natuurlijk zo dat we dat in 2023 gereserveerd hebben, omdat het ook de bedoeling is om dat in 2023 uit te keren. Ik kan dat dus niet zomaar meenemen naar 2024. Op het moment dat er zorgmedewerkers zijn die bijvoorbeeld nog bewijs moeten aanleveren of die bijvoorbeeld in bezwaar gaan — want ook dat staat natuurlijk open — dan kan het in een incidenteel geval zo zijn dat een uitbetaling in 2024 plaatsvindt.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Heel kort daarover. Het klopt dat je niet zomaar geld kan meenemen naar een volgend begrotingsjaar, want dan valt het gewoon terug naar de algemene middelen, als daar bijvoorbeeld geen kasschuif voor geregeld is. Zoiets zou je best kunnen doen als je de wil hebt om het geld beschikbaar te houden voor de regeling. Is de wil er dan niet om dit geld beschikbaar te houden voor deze regeling?

Minister **Helder**:
De bedoeling is — daar is alles op gericht — om die uitbetaling in 2023 te doen, te beoordelen in 2023 en uit te betalen in 2023. Er zijn zorgmedewerkers die toch recht hebben op de regeling, maar waarbij er bijvoorbeeld nog een bezwaar loopt of er nog iets moet worden aangeleverd waardoor het naar 2024 schuift. Daarover heb ik vorige week ook in het arbeidsmarktdebat gezegd dat ik daar dan in ga voorzien. Daar heb ik nu geen dekking voor, maar daar ga ik in voorzien. De verwachting is dat het een heel klein aantal zal zijn.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Heel kort, tot slot. Als daar nu al geen dekking voor is, dan zou je toch zeggen dat dit de perfecte dekking zou zijn?

Minister **Helder**:
Maar zo werken de begrotingsregels niet. Het is in 2023 beschikbaar. Alles is erop gericht om het in 2023 ook daadwerkelijk te kunnen toekennen en uit te betalen. Daarom is er ook geen reden om dat budget naar 2024 te schuiven. Als er een incidenteel geval is, dan zal ik daarin gaan voorzien; dat heb ik al gezegd.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Waarom kan de motie op stuk nr. 2142 niet oordeel Kamer krijgen? Die gaat over een iets langere aanvraagtermijn, namelijk een maand langer. Dat vraag ik zeker omdat een aantal mensen niet op de site hebben kunnen zien dat ze ook met een uitgestelde WIA-keuring gewoon een aanvraag kunnen indienen.

Het volgende zeg ik even in aanvulling op de heer Bushoff. Volgens mij heb ik de minister horen zeggen dat er 470 aanvragen zijn. Volgens mij is er ruimte voor 2.200 toekenningen. We zijn al op een derde. We zitten in het schema helemaal nog niet bij het moment waarop het geld uitgegeven gaat worden. Dan zien we toch dat we wat achterlopen. Is het dan niet beter om die aanvraagtermijnen gewoon even iets langer open te laten staan?

Minister **Helder**:
Ik begreep net van de ambtenaren dat de informatie die de heer Omtzigt miste op de website, er wel staat, maar dat je moet doorklikken. Ik heb het zelf niet gezien en ik heb het niet gecontroleerd, maar het schijnt wel op de website te staan. Dat is één. Twee. Op het moment dat we 'm verlengen, schuift ook de toekenning natuurlijk op. Het is nu mogelijk om die aanvraag binnen vier weken te doen. We hebben daar heel vroeg over gecommuniceerd. Mensen worden geholpen met de aanvraag. Mocht die incompleet zijn, dan hebben ze nog twee weken om die aan te vullen. Iedereen staat klaar, ook bij DUS-I, om het in die periode af te ronden. Daarmee kan ik gestand doen aan de belofte om het in 2023 uit te betalen. Daar wil ik echt aan vasthouden.

De **voorzitter**:
Kort, afrondend.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Ik vind het heel fijn dat iedereen die voor 25 oktober een aanvraag doet, gewoon uitbetaald wordt. Dat waardeer ik. Maar gezien de best wel gecompliceerde aanvraag … Ik zal zo nog even op de website kijken. Ik heb niet doorgeklikt, maar ik heb gewoon op de site gekeken. Staat er ergens bij: wat als u het niet heeft? Want dat is de vraag die je dan hebt. Dat staat in ieder geval niet op de aanvraagpagina bij de WIA. Denk echt even na over of je dit niet even iets langer open wilt laten staan. Want op het moment dat je het sluit en je moet het heropenen, krijg je een veel grotere chaos in de uitvoering.

Minister **Helder**:
Ik blijf bij het standpunt dat we het echt in 2023 willen afronden. Ik zal nog een keertje laten nakijken hoe het op de website staat. Als het er niet goed op staat, moet het er beter op. We doen er heel veel communicatie omheen. We raden ook iedereen aan om contact op te nemen met DUS-I. Dat kon al vanaf vorige week maandag. De medewerkers van DUS-I zijn echt geïnstrueerd om naast de aanvraag te staan en om ervoor te zorgen dat ze niet alleen zeggen wat er moet gebeuren, maar ook eventueel helpen om de stukken te verzamelen. Daarmee moet het echt mogelijk zijn om die aanvraag vóór 23 oktober 12.00 uur te doen.

De **voorzitter**:
Prima, dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voor de moties op de stukken nrs. 2135, 2137 en 2138, dacht ik.

Minister **Van Gennip**:
Voorzitter, dank u wel. Eerst één opmerking, voor de zekerheid. Ik meen dat ik had gezegd dat het kortdurend zorgverlof twee weken in twaalf maanden is, maar er zijn mensen die hebben gehoord dat het twee maanden zou zijn. Bij dezen, voor de zekerheid: het is twee weken in twaalf maanden, en niet twee maanden.

Dan liggen er nog één opmerking en één vraag van mevrouw Paulusma. Ja, de initiatieven lopen door. Wij gaan daar natuurlijk gewoon mee door. En ja, we zullen zorgen dat we UWV-medewerkers die zich bezighouden met postcovidpatiënten expliciet laten wijzen op omscholingsmogelijkheden, juist ook omdat er inderdaad soms wat wazige hersenen zijn bij sommige, niet alle, postcovidpatiënten Dat is een belangrijke toevoeging, denk ik.

Voor de UWV-website geldt hetzelfde als voor de website waar het zojuist over ging, zeg ik tegen de heer Omtzigt. Ook wij denken dat het erop staat, maar misschien niet duidelijk genoeg. We gaan dat dus gewoon checken en we zorgen dat het er zeer vindbaar en zeer duidelijk wél op komt.

Dan zijn er inderdaad drie moties.

Eerst de motie op stuk nr. 2135 van de heer Dijk, SP. Als ik die zo mag interpreteren dat ik in overleg ga met de onderwijskoepels — mijn collega van OCW hecht daaraan — kan ik de motie oordeel Kamer geven.

De **voorzitter**:
De heer Dijk beaamt dat, zie ik.

Minister **Van Gennip**:
Dan de motie op stuk nr. 2137, over de richtlijn voor de verzekeringsartsen. Ik wil u er even op wijzen dat die richtlijn er al is. Sterker nog, ik zie, snel tellend, negen verschillende richtlijnen. Daar zit ook een specifieke richtlijn bij over arbeid na COVID-19, over re-integratie. Dus dan is uw motie overbodig. Mijn vraag is dan of ik haar kan overnemen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dat is prima.

Minister **Van Gennip**:
Oké.

De **voorzitter**:
Ik moet even kijken of niemand zich daartegen verzet. Dat is inderdaad het geval. Dan nemen we de motie over en gaan we er niet over stemmen.

De motie-Agema (25295, nr. 2137) is overgenomen.

Dan de motie op stuk nr. 2138.

Minister **Van Gennip**:
Prima. In deze motie wordt gevraagd om de richtlijn voor herstel en re-integratie meer bekendheid te geven. Graag. Oordeel Kamer.

De **voorzitter**:
Bij dezen.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:
Tot zover dit debat. Dinsdag stemmen wij over de moties. Dank aan de drie bewindspersonen die tot dit late uur bij ons zijn gebleven. Ik sluit de vergadering van 4 oktober.