

Postcovid

Voorzitter: Michon-Derkzen

Postcovid

Aan de orde is het **debat** over **postcovid**.

De **voorzitter**:

Goedenavond. Ik open het debat over postcovid. Ik heet de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom. Er is een ruime belangstelling vanuit de Kamer, waarvoor dank. Aan iedereen op de tribune en aan iedereen die dit debat anderszins volgt: van harte welkom.

Er zijn dertien sprekers aan de zijde van de Kamer. U heeft gezien dat u vier minuten spreektijd per persoon heeft. Ik zou daarom willen voorstellen om het aantal interrupties te beperken tot drie in tweeën, of, zoals iemand mij al vroeg, tot zes losse interrupties of losse vragen. Dat mag ook. We hopen dat we er een mooi debat van kunnen maken en nog op een normale tijd naar huis kunnen gaan.

Dat gezegd hebbende, wil ik graag het woord geven aan de eerste spreker van dit debat en dat is de heer Bushoff. Hij spreekt namens GroenLinks-PvdA.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Sep, 13 jaar, Jetske, 18 jaar. Romée van 25 heeft nog een heel leven voor zich, maar hoe haar toekomst eruitziet, zoals ze mij vroeg, kan ik niet zeggen. Femke, verpleegkundige, moeder van twee, Rien, vader van twee, en Astrid en Roel, ouders van Lotte, en Ben, Roger, Mariska, Roy. Ik ken jullie al zo'n drie jaar, vooral van het scherm. Jullie werkten op de ambulance tijdens de coronatijd. Jullie hielpen ons land door die crisis heen, maar corona ging voor jullie nooit voorbij. Ik weet dat jullie vandaag kijken en dat jullie een beetje de hoop hebben dat je ooit weer een stukje van je leven terugkrijgt, maar dat het vandaag de dag vooral overleven is in een nachtmerrie.

Met jullie zijn er zo veel anderen die vaak letterlijk in het donker zitten. Ik hoop dat we als politiek vandaag jullie en jullie noden in het licht kunnen zetten, want als je ziek bent, moet je toch kunnen rekenen op zorg. Als je niet kan werken, moet er toch een werkend sociaal vangnet zijn. Dat is de belofte van onze Nederlandse verzorgingsstaat. Vandaag is de vraag: breken we met die belofte of doen we, los van de kleur van de politieke partij, wat nodig is en nemen we als politiek onze verantwoordelijkheid voor al die mensen die zo ernstig ziek zijn, die honderdduizenden mensen met een postacuut infectiesyndroom, zoals postcovid? Onze verantwoordelijkheid voor deze groep mensen nemen betekent dat de expertisecentra blijven bestaan, dat we onderzoek doen waar dat nodig is en dat we ervoor zorgen dat het sociaal vangnet dat we in Nederland hebben, ook voor hen werkt.

Op die drie punten wil ik nog een aantal extra dingen zeggen en een aantal vragen stellen, allereerst over de expertisecentra. Ik zou de minister van VWS willen vragen wat

de eerste resultaten zijn van deze expertisecentra. Is de minister het met GroenLinks-PvdA eens dat de infrastructuur die we hier hebben opgebouwd, overeind moet blijven? Deelt de minister de wens dat de kennis die wordt opgedaan in die expertisecentra uiteindelijk veel breder toegankelijk wordt voor een veel grotere groep patiënten, bijvoorbeeld via de eerstelijnszorg?

Dat brengt mij gelijk bij mijn tweede punt. Wat is er nodig om die kennis veel breder toegankelijk te maken? Daarvoor is onderzoek nodig. Ik heb dan ook met collega's een amendement ingediend om de begroting te wijzigen, om in ieder geval ter voorbereiding een budget vrij te maken voor dat onderzoek. Ik weet dat we dat vandaag nog niet bespreken en dat dit amendement vandaag ook nog niet wordt geapprecieerd door de minister. Dat zal pas gebeuren bij de begrotingsbehandeling in maart, maar ik noem het al wel vast eventjes. Ik hoop dat de Kamer en de minister daar met een positieve grondhouding naar willen kijken.

Voorzitter. Als derde noem ik het sociale vangnet. Het blijkt uit heel veel berichten die ik van mensen krijg: of het nu gaat om het UWV, een Wajong- of een Wmo-aanvraag of om bijvoorbeeld een WIA-uitkering, eigenlijk zit in al deze regelingen, die wel verschillend zijn, de duidelijke overeenkomst dat vaak als criterium wordt gehanteerd dat je ofwel duurzaam arbeidsongeschikt moet zijn ofwel chronisch ziek moet zijn voordat je aanspraak kan maken op zo'n regeling. Bij zo'n nieuw ziektebeeld als postcovid, maar ook breder, bij PAIS, is dat vaak een probleem. Dan wordt er namelijk gezegd: we weten nog niet of het chronisch is. Ik vind echter dat je ervan uit zou moeten gaan dat het chronisch is zolang er geen behandeling is, zodat je deze mensen wel degelijk recht kan geven op zo'n regeling. Anders gaan ze ook nog eens financieel kopje onder, naast dat ze ziek zijn. Dat mogen we niet laten gebeuren.

Tot zover.

De **voorzitter**:

Dank, meneer Bushoff. Daarmee komen we bij de tweede spreker. Dat is de heer Jimmy Dijk. Hij spreekt namens de SP.

De heer **Jimmy Dijk** (SP):

Voorzitter, dank. De dingen die in de afgelopen jaren bereikt zijn, zijn vooral bereikt door de mensen zelf. Ze zijn bereikt via overleggen, vaak helaas vanuit bed, via een scherpje, in het donker. Zij trokken samen op met een aantal Kamerleden; ik wil hierbij expliciet de ChristenUnie en GroenLinks-Partij van de Arbeid benoemen.

Ik kan me herinneren dat we voor het eerst het debat hierover voerden. Het was toen al heel erg pijnlijk dat er zo weinig geregeld was voor mensen die in het donker zaten. Uiteindelijk kwam er toch geld voor onderzoek, maar pas nadat er in 2022 een voorstel van de Kamer moest worden aangenomen. Expertisecentra werden opgezet toen de Tweede Kamer daar in 2024 geld voor vrijmaakte. Zelfs een compensatie voor zorgverleners die tijdens de pandemie long covid hadden opgelopen, kwam er pas in 2024, toen vakbonden samen met Kamerleden en deze zorgverleners zelf de druk opvoerden. Nu dreigt het geld voor onderzoek en behandeling weer te stoppen. Nu moeten we er samen met mensen weer voor zorgen dat het niet verloren gaat. Of is de

minister nu bereid zelf een stap vooruit te zetten en structureel geld hiervoor vrij te maken?

De vergelijkingen gaan altijd mank, maar ik moet u toch zeggen dat er verbanden zijn tussen de ellende in Groningen, de ellende rondom de toeslagen, de ellende rondom de WIA-beoordelingen, de ellende rondom Q-koorts, de ellende rondom ME/CVS en ook de ellende rondom long covid. Waarom moeten gewone mensen die ellende hebben meegemaakt of in de ellende zitten en die nu hulp nodig hebben, zo lang wachten, smeken en strijden voor een oplossing en hulp? Vertel me waarom dit niet geldt voor bankiers die een bonus willen. Vertel me waarom dit niet geldt voor bedrijven, die in de watten worden gelegd met expatregelingen en belastingvoordelen om vervolgens miljarden winst te gaan maken en mensen te ontslaan. Waarom worden deze mensen en bedrijven wél geholpen, maar mensen die jarenlang ziek thuiszitten en die hulp nodig hebben niet? Waarom is er geen structurele financiering voor klinieken, expertisecentra, onderzoek, hulp thuis en begeleiding van kinderen met long covid en andere postacute infectiesyndromen?

Want ondanks dat de ziekte mensen vaak thuishoudt en daarom soms zelfs in het donker zet en onzichtbaar maakt, ondanks dat het voor hen een wereldreis is om hiernaartoe te komen, ons allemaal te benaderen en zelfs een protest op het Malieveld te organiseren, hebben zij zich georganiseerd en zijn zij nu wél zichtbaar. Er is dus voor geen enkele partij hier in de Tweede Kamer enig excuus om weg te kijken en niets te doen. Met een structurele financiering voor klinieken, voor onderzoek en voor zorg thuis kunnen wij vandaag of, zoals de heer Bushoff terecht zei, komende maand, bij de begroting voor Volksgezondheid, het verschil maken voor zo veel mensen die de pech hebben gehad om ziek te worden. Wie pech hebben bestraft, bestraft zichzelf het hardst. Een samenleving die zo omgaat met mensen die long covid en andere postacute infectiesyndromen hebben opgelopen, getuigt namelijk van een samenleving met een gebrek aan empathie. Dat is uiteindelijk schadelijk voor de samenleving als geheel. Ik wil niet in zo'n samenleving leven. Ik geloof ook niet dat mensen in Nederland zo'n samenleving willen.

Dit debat vindt plaats op het moment dat er een nieuw kabinet geformeerd wordt, een minderheidskabinet van D66, CDA en VVD. Zij zullen voorzichtig zijn met het structureel uitgeven van middelen aan klinieken, expertisecentra, onderzoek en zorg thuis, maar ik hoop echt op hun steun. Bieden zij die niet, dan moet de oppositie verenigd zijn en het bij het kabinet afdwingen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Dijk.

Daarmee komen we bij de derde spreker in dit debat: mevrouw Bikker. Zij spreekt namens de ChristenUnie. Aan u het woord.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Alles geven om je studie vol te houden en alsnog opbranden.

Zoveel moeten liggen op je bed, dat je nauwelijks meer vrienden en vriendinnen ziet. Je weer naar een UWV-arts slepen, ten einde raad, en dan horen dat je wel gewoon kan gaan werken. Mensen diep in de schulden. Huwelijken op de klippen. Kinderen die nergens terecht kunnen en ouders die aan het kind niks laten merken, maar 's avonds huilen. Dat zijn de mailtjes die de afgelopen dagen non-stop in mijn mailbox kwamen, toen ik alleen maar vroeg: "Kan je iets van je ervaringen delen?"; "Wat heb je nodig?".

Het onderwerp van vanavond is postcovid, maar eigenlijk hebben we het ook over de andere PAIS-ziekten. Ik hecht er echt aan om dat hier te noemen, want te veel mensen hebben zich al te lang vergeten gevoeld. De mensen met ME, met lyme, met Q-koorts, met B12-tekorten. En van al deze patiënten krijg ik het bericht: "Vergeet ons niet!"; "Schrijf ons niet af!"; "Zie ons staan!". Dat is wel wat de afgelopen jaren veel te vaak is gebeurd. Ik heb eerlijk gezegd als Kamerlid nog nooit meegemaakt dat zo veel mensen zo veel hoop haalden uit een debat op donderdagavond, maar dat je ook weet dat een heel aantal van die mensen weken moeten herstellen van het debat dat ze nu hier volgen.

Voorzitter. Ik heb dus al die dagen mails ontvangen van dappere mensen die nu in een donkere kamer zitten terwijl wij, gewone, gezonde mensen — zo denken we dan bij onszelf — doorleven en straks in de trein of de auto stappen en weer doorgaan met het volgende dossier. Maar zij kunnen niet uit dit moeras; zij zitten hierin vast. Daarom is dit debat een groot debat. 100.000 Nederlanders strijden al te lang in stilte, in eenzaamheid. Zij putten hoop uit dit debat, dat hier eindelijk plaatsvindt. Maar het is dan ook aan ons om er een regelmatig terugkerend debat van te maken, in plaats van eindeloos wachten en dan weten dat onder het gesternte van een formatie vast niet alles hier en nu besloten kan worden. Ik ben het daarmee ook eens, en ook met partijen die daarin nu misschien wat ongemak voelen.

Maar ik denk dat wij hier vanavond met elkaar wel een paar afspraken kunnen maken. Allereerst dat we het over dit thema zullen blijven hebben in de Kamer, en dat dat niet afhankelijk is van het smeken van patiënten die al zo weinig energie hebben. En ik denk dat we ook kunnen afspreken dat het niet zo kan zijn dat zeker 80% van de patiënten nooit een arts of andere medicus spreekt die verstand heeft van hun ziektebeeld. Dat moet anders. Ik vraag de minister of hij een andere ziekte kent waarbij zo'n groot deel van de patiënten niet gehoord wordt, maar eigenlijk zelf aan het dokteren is. En ik vraag speciaal aandacht voor de kinderen en jongeren met postcovid. Hun toekomst is zo onzeker ... In de volwassen wereld stuiten ze vaak alleen maar op onbegrip; in het onderwijs, in de eerstelijnszorg. De kennis over postcovid bij jonge mensen moet echt omhoog. Wat gaat de minister daaraan doen? De patiëntenorganisaties doen geweldig werk, maar wellicht is er nog wel meer nodig. Hoe wordt in de gaten gehouden wat patiënten nodig hebben? Is de minister bereid om daar onderzoek naar te doen? Ik sluit me aan bij de collega's die hebben gezegd dat de postcovidcentra doorlopend moeten worden gefinancierd, en dat we dus niet kunnen stoppen. Het is van de zotte dat er telkens opnieuw voor een jaar geld moet komen via amendementen van de Kamer. Wat heeft de minister daarbij voor ogen?

Gelukkig groeit de kennis over behandelingen en medicijnen, maar een richtlijn voor huisartsen en andere artsen is er nog niet, omdat de regels voor toelating tot

behandeling en medicijnen streng zijn. Nu zitten we in de wrange situatie dat mensen met geld van alles kunnen proberen, maar dat iets officieel niet mag worden toegepast bij postcovid, zelfs als het voor een deel aanslaat. Ik snap zorgvuldigheid helemaal, maar hoe kunnen we er bij een onbekende ziekte voor zorgen dat we snellere routes vinden?

Voorzitter, ik rond af, hoor. Meer dan 15.000 mensen zijn geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt door postcovid. Dat is enorm, maar hoeveel mensen missen we wel niet in die cijfers? Mensen die zelf al minder zijn gaan werken. Mensen die een thuisfront hebben dat nu alles verder regelt. Welk actieplan heeft de minister van SZW om de werk- en inkomenssituatie van mensen met postcovid in beeld te houden en beter te ondersteunen?

En mijn laatste hartenkreet: laten we hier langetermijnbeleid op maken, zoals onze Duitse collega's dat al uitstekend hebben laten zien. Ik vind dat Nederland meer kan doen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Bikker. Daarmee komen we bij de vierde spreker. Dat is de heer Ten Hove. Sorry, mevrouw Ten Hove. Ik begrijp dat dat vaker gebeurt. Ik ga daar geen gewoonte van maken. Het woord is aan mevrouw Ten Hove. Zij spreekt namens de Groep Markuszower.

Mevrouw **Ten Hove** (Groep Markuszower):

Dank u wel, voorzitter. Ongeveer 100.000 mensen in Nederland leven met ernstige klachten na een infectie. Dat is het bekende postacuut infectieus syndroom, oftewel PAIS, waarover we vanavond spreken. Een van de ziekten die hieronder vallen is long covid, een ziekte die naar schatting 450.000 volwassenen en 40.000 kinderen treft. Ik sluit mij aan bij collega Bikker, want het is een schatting. Mogelijk hebben we heel veel mensen nog niet in beeld. Duizenden van hen zijn bedlegerig en komen het huis amper uit. Hun leven staat letterlijk stil. Ondanks vele onderzoeken zijn er nog steeds geen sluitende diagnoses te stellen, laat staan dat er effectieve behandelingen voorhanden zijn die ervoor zorgen dat PAIS-patiënten volledig herstellen en hun oude leven weer kunnen oppakken. Naast al deze onzekerheden voor deze duizenden mensen is het zelfs nog onzeker of de huidige postcovidexpertisecentra voor volwassenen en kinderen na 2026 nog doorgaan. Het feit dat het onderzoek in de expertisecentra zodanig is opgezet dat de effectiviteit van de behandelingen wetenschappelijk aangetoond kan worden, speelt hier een belangrijke, grote rol in. Behandelingen kunnen namelijk alleen dan in het basispakket opgenomen worden.

Ik ben benieuwd, minister, zeg ik via de voorzitter, of het Zorginstituut al iets kan zeggen over de onderzoeksopzet hiervan? De Kamer, en met ons alle mensen in het land, wacht nog op heel veel onderzoeksresultaten, zowel nationaal als internationaal. Vanuit de Europese Commissie is er een lopend traject dat ook nog het hele jaar voortduurt. Moeten we daar niet op wachten, in plaats van nu keuzes te maken over verlenging en eventuele vervolgstappen? Duitsland investeert sowieso tot 2036 fors in meerjarig

onderzoek naar postcovid; dat werd al even genoemd. Welke kansen en mogelijkheden worden gezien om resultaten en nieuwe inzichten van onze oosterburen te verkrijgen en om samen te werken? In hoeverre wordt hier gebruik van gemaakt? En in hoeverre is er inmiddels sprake van landelijk beleid voor diagnose, behandeling en nazorg in Nederland? Lukt het om de doelgroepen op de juiste wijze te vinden en voor te lichten? Zien we daarin inmiddels een trendbreuk ten opzichte van de afgelopen twee jaar?

Voorzitter. Ook zorgmedewerkers zijn tijdens de eerste covidgolf zwaar geraakt, maar door regelgeving bleek het lastig te definiëren of de zorgverlener binnen de gestelde periode ziek is geworden. We kunnen wel stellen dat het doel van de regeling en de uitvoering ervan niet goed op elkaar aansloten. Welke trajecten lopen nog of worden wellicht nog opgestart om de omissies in het gevoerde beleid recht te trekken, zodat de beoogde doelen van de uitvoeringsregeling alsnog behaald worden?

Tot zover.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dit leidt tot een vraag van de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ik heb één vrij korte vraag. Vindt mevrouw Ten Hove namens Groep Markuszower ook dat de infrastructuur die we hebben opgetuigd rondom de expertisecentra in stand moet blijven, omdat dat belangrijk is voor de zorg voor longcovidpatiënten en alle andere mensen met een postacuut infectiesyndroom?

Mevrouw **Ten Hove** (Groep Markuszower):

Dat gevoel deel ik zeker. Het voelt een beetje als het liedje van Acda en De Munnik, De Kapitein Deel II. Dan ben je net een beetje lekker weg van de kade en dan gaat het anker alweer uit. Ik sta hier mede namens mijn collega Claassen. We hebben nog heel veel vragen en die zouden we graag beantwoord willen hebben, zodat we daar een goede keuze in kunnen maken.

De **voorzitter**:

Ik zie het lid Kostić ook richting de interruptiemicrofoon komen.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Ik snap dat mijn collega een en ander nog moet verkennen. Ik neem aan dat zij ook heel veel geluiden vanuit de patiënten zelf heeft gehoord, zoals wij allemaal. Zij zeggen dat er als basis echt een integraal, samenhangend plan van aanpak nodig is voor PAIS-ziekten — alle PAIS-ziekten. Daarin ga je kijken naar preventie, zorg en al die andere dingen. Is mijn collega bereid om daarin met ons mee te denken?

Mevrouw **Ten Hove** (Groep Markuszower):

Zeker. Het onderwerp gaat me ook zeer aan het hart. Ten tijde van de covidpandemie werkte ik zelf nog op de ambulance, dus ik heb gezien wat het doet. Ik heb de nazorg gezien. Ik hoor de geluiden ook. Wij spreken ook met de mensen in het veld, die het aangaat. We moeten daar met zijn allen heel goed naar kijken.

De **voorzitter**:

Dat leidt niet tot een vervolgvraag. U was aan het einde van uw betoog, hè?

Mevrouw **Ten Hove** (Groep Markuszower):

Ja.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dank voor uw bijdrage.

Dan is de volgende spreker op mijn lijst de heer Dassen. Ik zie hem niet in de zaal, maar ik spreek zijn naam uit, want wellicht is hij net in de wandelgangen. Dat is niet het geval.

Dan komen we bij de spreker daarna en dat is de heer Van Houwelingen. Hij spreekt namens Forum voor Democratie.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dank u, voorzitter. We spreken vandaag met elkaar over postcovid. Dat is zeer terecht. Ons bereiken veel verhalen van postcovidpatiënten die het zwaar hebben; zojuist weer, tijdens de petitieaanbieding. Ik wil de mensen op de publieke tribune die zojuist bij deze petitieaanbieding aanwezig waren, bedanken. Maar er is een ander syndroom dat qua ziektebeeld lijkt op postcovid en waarvoor veel minder aandacht is, en dat is postvax. Bij deze patiënten lijkt de schade niet in eerste instantie te herleiden tot de ziekte corona, maar lijkt deze verband te houden met de coronavaccinatie. Inmiddels zijn bij C-support bijna 1.300 postvaxpatiënten aangemeld. Mijn eerste vraag aan de minister is of hij erkent dat er niet alleen postcovid- maar ook postvaxpatiënten zijn, en of hij bereid is niet langer alleen onderzoek naar postcovid, maar ook onderzoek naar postvax te subsidiëren.

Langzaam maar zeker wordt wereldwijd steeds meer bekend over de langetermijnbijwerkingen van de coronavaccins, en het beeld is ronduit zorgelijk. Wereldwijd is er sprake van onverklaarbare oversterfte, die in ieder geval in ons land bovendien aantoonbaar correleert met de start van de coronavaccinatiecampagnes. Dat de coronavaccins de hartspier kunnen beschadigen was al bekend, maar de omvang waarin dit voorkomt werd tot nu toe onderschat, blijkt uit recent onderzoek. Een recente studie onder medewerkers van een ziekenhuis in Basel wijst uit dat maar liefst 1 op de 35 medewerkers aantoonbaar hartschade heeft opgelopen door de coronavaccins.

Het ministerie heeft onlangs zelf toegegeven, in antwoord op Kamervragen van ons, dat er voor de coronavaccinatiecampagne gemiddeld twee klachten per week binnenkwamen van vrouwen met menstruatieklachten. Tijdens de coronavaccinatiecampagne liep dit op naar maar liefst 1.600 klachten per week. Dat staat allemaal in het antwoord op Kamervragen.

Een recente grote studie in Nature, uitgevoerd onder 700.000 gevaccineerde en 700.000 ongevaccineerde Amerikanen laat zien dat gevaccineerden een twee keer zo groot risico lopen op een ooginfarct of oogtrombose. Wat vindt de minister van al deze zorgelijke onderzoeksbevindingen? Is de Nederlandse regering nog steeds van mening dat de mRNA-vaccins veilig en effectief zijn? Of is de minister, net als zijn Amerikaanse collega Robert Kennedy, inmiddels tot het inzicht gekomen dat wat de mRNA-

luchtwegvaccins betreft — ik citeer Kennedy nu — "de risico's niet langer opwegen tegen de opbrengsten"? Zo nee, waarom niet?

Ook zorgelijk is de zeer snelle stijging — niet sinds 2020, het eerste coronajaar, maar sinds 2021, het jaar waarin de vaccinatiecampagne begon — van de inzet van ambulances en first and rapid responders in Nederland. Zeker in het geval van first responders, die vaak uitrukken bij hartfalen, kan daarvoor bovendien geen goede verklaring worden gegeven door het kabinet. Kan de minister inmiddels wellicht, in aanvulling op antwoorden die wij een halfjaar geleden hebben ontvangen, de Kamer laten weten wat het totale aantal gevallen van inzet van ambulances, rapid responders en first responders is geweest in 2024 en 2025 en of deze zorgwekkende trend zich heeft doorgezet of niet?

Tot slot een paar concrete vragen voor de minister. Is de minister bereid de vervolging door de inspectie in zijn naam van artsen die tijdens de coronaperiode ivermectine of hydroxychloroquine hebben voorgeschreven stop te zetten?

Twee. Is de minister van mening dat Lareb data behoort te verschaffen aan onderzoekers die deze data nodig hebben om vast te stellen of de vaccinregistratie op orde is?

Drie. Is het middel lidocaïne — daar had ik het net al over — voor de behandeling van ernstige gevallen van zowel corona als postcovid voldoende overwogen?

Vier. Is de minister van mening dat artsen publiekelijk, zonder risico op vervolging door de Inspectie het vermeende verband tussen klimaatverandering en gezondheidsproblemen mogen betwijfelen?

Tot slot, de laatste vraag. Is de minister van mening dat het onwenselijk is voor ziekenhuisbesturen zich zonder onderbouwing publiekelijk te distantiëren van feitelijke waarnemingen die hun artsen verrichten op de werkvloer?

We kijken uit naar de beantwoording.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat leidt tot een interruptie van de heer Dijk.

De heer Jimmy Dijk (SP):

De heer Van Houwelingen van Forum voor Democratie begon in zijn eerste twee zinnen over longcovid. Anderen, ikzelf ook, hebben het ook gehad over Q-koorts, ME/CVS, Lyme; al die PAIS-aandoeningen, ziektes. Is hij van mening dat ook dit kabinet de expertisecentra, de hulp en zorg voor mensen en het onderzoek daarnaar in stand moet houden? Of vindt hij dat niet nodig?

De heer Van Houwelingen (FVD):

Het lijkt mij heel verstandig om dat in stand te houden, ja, zonder meer.

De voorzitter:

U krijgt van mij het woord, maar u was mij voor. De heer Dijk, vervolgvraag.

De heer **Jimmy Dijk** (SP):

Dat vind ik mooi om te horen, want ik denk dat als de oppositie zich verenigt wanneer andere partijen dat niet zouden doen, we een meerderheid kunnen krijgen. Dus het is goed dat Forum voor Democratie dat doet.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

... voorzitter.

De **voorzitter**:

Een reactie van de heer Van Houwelingen, maar u praatte buiten de microfoon.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ik zie eventuele moties met belangstelling tegemoet.

De **voorzitter**:

Dan komen we bij de volgende spreker in het debat en dat is het lid Kostić. Zij spreekt namens de Partij voor de Dieren.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Voorzitter. Ik was bij het eerste landelijke PAIS-protest, waarin aandacht werd gevraagd voor mensen die kampen met longcovid, ME, Lyme, Post Sepsis en andere PAIS-ziekten. Het protest was georganiseerd door mensen die zelf ziek zijn en het is diep triest dat zij zo moeten strijden om gezien te worden. Ik zag kinderen met bordjes "geef me mijn moeder terug". Ik hoorde Kim praten over haar zieke dochter, Nikki, die al jaren in het donker aan het bed gekluisterd is. Kim zei: ik mis mijn dochter, ze is er nog, maar eigenlijk is ze al weg, we gaan haar verliezen.

Voorzitter. Het gaat door merg en been. Het ergste is: dit had niet hoeven. Alle patiënten vertellen een verhaal van decennia van onwil en onkunde, geen erkenning, geen financiering, geen passende zorg.

Voorzitter. Dit is een van de grootste medische ethische schandalen van de afgelopen decennia. Dat concludeerde professor Matthies-Boon terecht. In Nederland verdwijnen op dit moment honderdduizenden mensen uit de samenleving door longcovid en andere PAIS-ziekten. En deze ziekten ontzien niemand: moeders, vaders, wetenschappers, verplegers, kinderen. Sporters die opeens nauwelijks meer het bed uit kunnen komen. Jongeren die hun opleiding moeten stoppen en geen toekomst meer zien. Boven op het lichamelijke lijden krijgen zij te maken met onbegrip. Er wordt ze verteld dat ze positiever moeten denken, dat ze niet zo lui moeten zijn, dat het tussen hun oren zit. Ze worden gedwongen te bewegen, wat ze nog zieker maakt.

Voorzitter. Duitsland noemt het een gezondheidscrisis, maar de Nederlandse overheid doet nog steeds niet wat nodig is. Kan de minister reflecteren op de verkeerde omgang in de behandeling van PAIS, de afgelopen decennia? Kan hij dat ten minste erkennen? Erkent de minister dat er sprake is van een gezondheidscrisis? Is hij, zoals Duitsland, bereid maatregelen te nemen die passen bij de omvang van deze gezondheidscrisis?

Voorzitter. Dank. Dank aan Guus, Rien, Bente, Niels, Lisette, Fran, Anil en vele anderen, die vaak al vijf, tien, vijftien jaar ziek zijn. Dank dat jullie je meest kwetsbare

momenten op foto's vastlegden en deelden om ons wakker te schudden. Dank aan iedereen die, zelfs ziek vanuit bed, Kamerleden probeerden voor te lichten voor dit debat. Het team van de Partij voor de Dieren ziet jullie.

Voorzitter. Het kan iedereen raken. Naast alle menselijke ellende is de maatschappelijke schade ook groot. Waarschijnlijk kost PAIS ons miljarden, onder andere door verlies aan arbeidskracht. En het probleem wordt groter als we de oorzaken blijven negeren. Infectieziekten nemen namelijk toe, door de klimaatcrisis, door natuurvernietiging en door een veehouderij waar miljoenen dieren dicht op elkaar worden gepropt, waardoor gevaarlijke mutaties ontstaan die zich sneller kunnen verspreiden. Het is een kwestie van tijd tot de rondrazende vogelgriep naar mensen overspringt. Nederland is als het meest veedichte land dus een tikkende tijdbom. Ziet de minister dat ook?

Voorzitter. De Partij voor de Dieren wil een samenhangende nationale strategie voor PAIS, met maatregelen rond erkenning, zorg, kennis en samenwerking, met structurele financiering van behandelcentra, die toegankelijk worden voor alle PAIS-patiënten, met extra investeringen in mensgericht, proefdiervrij, innovatief onderzoek, dat veel betere resultaten kan opleveren voor de patiënten, met inkomenszekerheid en maatwerk in bijvoorbeeld WIA en Wajong voor PAIS-patiënten, zodat mensen niet in de armoede belanden, met preventie en door eindelijk serieus werk te maken van klimaatbeleid, natuurherstel en de afbouw van de intensieve veehouderij. Kan de minister toezeggen op elk van deze punten stappen te gaan zetten?

Voorzitter. Ik rond af. Het kan ons allemaal overkomen en niemand komt hier alleen uit. Laat dit debat een nieuwe politieke cultuur tonen: niet meer doorschuiven, maar doorpakken. Er kijken duizenden PAIS-patiënten mee. Laten we ze weer hoop geven. Laten we ze toekomstperspectief geven, voor Nicky, voor Jocelyn, voor Anil en voor al die andere mensen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Daarmee wil ik het woord geven aan de heer Diederik van Dijk. Hij spreekt namens de SGP.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Dank u, voorzitter. "Soms", zei het paard. "Hoezo soms?", vroeg de jongen. "Soms is alleen al opstaan en doorgaan moedig en geweldig." Dit citaat uit De jongen, de mol, de vos en het paard van Charlie Mackesy raakt iets wat veel mensen de afgelopen jaren aan den lijve hebben ervaren. Mensen voor wie opstaan en doorgaan geen vanzelfsprekendheid meer is. Ze zijn hier vandaag aanwezig. Velen van hen kijken of luisteren dit debat mee, maar voor sommigen zal zelfs dat te veel inspanning kosten.

De cijfers zijn indrukwekkend. Naar schatting kampen zo'n 650.000 mensen met een postacuut infectiesyndroom. Dat is ongeveer de grootte van de stad Rotterdam. Maar het zijn vooral de persoonlijke verhalen van mensen die het meest raken, het gebrek aan perspectief. Voorheen een bruisend leven, dat nu geheel opgedroogd is. In het ergste geval een leven dat volledig beperkt moet worden tot een donkere slaapkamer.

Voorzitter. Het is nodig dat we vandaag eindelijk een plenair debat over postcovid voeren. Ik ga allereerst in op de expertisecentra. De SGP zou het onbegrijpelijk vinden als die na dit jaar de deuren weer zouden moeten sluiten. Is de minister bereid om nu al langjarige financiering voor de expertisecentra beschikbaar te stellen? Hoe kan de focus van de expertisecentra worden verbreed van postcovid naar andere aandoeningen zoals ME/CVS? Wat is daarvoor nodig? Hoe kunnen patiënten die niet in staat zijn om naar de centra toe te komen, toch worden bereikt? Is het mogelijk om hiervoor een samenwerking met bijvoorbeeld gespecialiseerde huisartsen op te zetten?

Er zijn behandelingen zoals LDN die al langere tijd met succes worden toegepast, maar nog steeds niet vergoed worden. Zet de minister zich ervoor in dat die wel breed beschikbaar komen? Het tweede is onderzoek. Ook dat dreigt na 2026 in het slop te raken. Is de minister bereid om een voorbeeld te nemen aan Duitsland, dat meerjarig structureel zeer fors investeert in onderzoek naar postcovid en ME/CVS? Acht de minister het Nederlandse ambitieniveau in verhouding tot de omvang en ernst van het probleem toereikend? We hoeven het wiel niet opnieuw uit te vinden. Zijn er mogelijkheden dat Nederlandse onderzoekers aanhaken bij dit Duitse traject?

Het derde is kennis en voorlichting. Ik hoor veel verhalen dat kennis over PAIS bij zorgverleners, bij instanties zoals het UWV en bij lokale overheden tekortschiet. Hoe wordt schijnbare willekeur in de beoordelingen voorkomen? Het hangt te vaak af van wie het dossier beoordeelt: iemand met kennis van postcovid en begrip voor de ziekte of iemand die het nog steeds afdoet als "tussen de oren". Wat doet het kabinet concreet om kennis over PAIS te versterken bij bedrijfsartsen, huisartsen, maar ook sociale wijkteams vanuit de Wmo, bijvoorbeeld via bij- en nascholing?

Veel patiënten zullen nooit meer helemaal genezen. In plaats van herstelgerichte zorg is er juist meer zorg voor de kwaliteit van leven nodig. Hoe zet de minister daarop in?

Voorzitter. De pijn van veel patiënten zit 'm ook in het niet gehoord en gezien worden. De minister benadrukt het belang van ervaringsdeskundigen in onderzoek. Dat is echter nog niet structureel verankerd in beleid, zorgontwikkeling en uitvoering. Is de minister bereid zich daar sterk voor te maken?

Voorzitter. Ik sluit af met een citaat uit het boek waarmee ik mijn inbreng begon. "Is jouw glas halfleeg of halfvol?, vroeg de mol. Ik ben, geloof ik, al blij dat ik een glas heb, zei de jongen."

Dank u, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dank voor uw bijdrage. Daarmee komen we bij de volgende spreker. Dat is de heer Krul. Hij spreekt namens het CDA. Gaat uw gang.

De heer **Krul** (CDA):

Voorzitter. "Een gezond mens verlangt naar duizend dingen, een ziek mens verlangt slechts naar één", leerde ons de Chinese filosoof Confucius. Dat is ook het geval voor

een hele grote groep mensen die dagelijks leven met de gevolgen van een postacuut infectiesyndroom. Mensen die nu misschien naar dit debat kijken, ook al is dat voor hen een enorme krachtsinspanning. Mensen met wie ik de afgelopen tijd in gesprek ging, met wie we gisteren nog een waardevolle ontmoeting hadden, zelfs vlak voor dit debat nog hier in de Tweede Kamer. Mensen als Nicole, die vier jaar geleden nog een actief leven had, moeder van twee kinderen. Ze krijgt corona, maar waar andere mensen snel weer opknappen, wordt ze alsmaar zieker. Ze belandt in bed en komt er niet meer uit. Ze gaat van ziekenhuis naar revalidatiecentrum, logeerhuis en weer terug. Zo zijn er nog veel meer mensen, jong en oud, mensen die in de coronatijd zelfs in de frontlinie stonden als verpleegkundige, maar ook mensen die geen postcovid hebben maar een andere aandoening, zoals ME/CVS, Q-koorts of de ziekte van Lyme. Met één gemene deler: van de ene op de andere dag heb je geen leven meer, maar een slepende ziekte zonder toekomstperspectief.

Voorzitter. Het is belangrijk dat de aandacht voor deze groep mensen niet verslapt, ook niet nu de coronacrisis al zo ver achter ons ligt. Juist niet. In de woorden van Melissa: "We leven een ik-cultuur. Mensen begrijpen niet hoe ingrijpend deze ziekte is, omdat je het niet altijd aan de buitenkant ziet. Dat maakt het eenzaam en zwaar."

In de afgelopen jaren is een aantal initiatieven opgezet om deze groep mensen te helpen: onderzoeksprogramma's, expertisecentra, ambassadeurs, nazorg. Het voelt soms als een druppel op een gloeiende plaat. Dat is een groot dilemma, want als we hier vandaag de kans hadden om een medicijn te ontwikkelen, dan hadden we het gisteren al gedaan.

Voorzitter. Het CDA heeft een aantal vragen aan het kabinet, ten eerste over de postcovid-expertisecentra. Onze vraag is of de minister meer kan zeggen over het aantal aanmeldingen en het aantal mensen dat ook daadwerkelijk geselecteerd wordt voor een behandelplek. Wij begrijpen dat er geselecteerd wordt op basis van loting. Waarom is hiervoor gekozen? In hoeverre zou de ernst van iemands situatie meegewogen moeten worden? Graag een reactie.

Een ander belangrijk onderdeel van de expertisecentra is dat ze ook moeten leiden tot effectieve behandelingen, zodat die uiteindelijk onderdeel worden van het basispakket. Juist daarom kijkt het Zorginstituut mee. We missen hier echter een duidelijk plan van aanpak, een stip op de horizon. Hoe krijgt dit vorm en wanneer?

Het is ook ontzettend belangrijk dat er plekken zijn voor mensen die aan bed gebonden zijn, maar die niet thuis kunnen zijn omdat ze intensieve zorg nodig hebben of omdat iemand of iemands mantelzorger op adem of tot rust moet komen. Wij zijn benieuwd of bekend is hoeveel mensen met ernstige postcovidproblematiek langdurige zorg en ondersteuning nodig hebben, zoals zorg met verblijf. Ik zou graag van de minister horen hoeveel plaatsen voor langdurige zorg met verblijf beschikbaar zijn in Nederland en of mensen met postcovid hier gebruik van kunnen maken. Om naar een revalidatiecentrum te kunnen, moet je vaak een bepaalde mate van belastbaarheid hebben, maar mensen met een ernstige vorm van PAIS hebben die belastbaarheid niet. Particuliere initiatieven, zoals logeerhuizen, kunnen een rol spelen. Ik ben benieuwd of de minister mogelijkheden ziet om zulke initiatieven beter te ondersteunen dan nu.

Tot slot, voorzitter. Een aspect dat onderbelicht blijft, is onbegrip, niet alleen in de medische wereld, maar ook in de samenleving. Je zult maar postcovid hebben en horen dat corona een hoax is, niet eens je eigen brood kunnen smeren en dan horen dat je klachten worden afgedaan als vermoeidheid of je arts in de ogen kijken en aan hem zien dat hij je niet gelooft. Het knakt mensen, hun vertrouwen in de zorg en in de overheid. In de brief van de minister mis ik juist hier aandacht voor. Hoe gaat hij werken aan enerzijds het tegengaan van desinformatie en anderzijds erkenning van de ernst van deze ziekte, die aan de buitenkant zo vaak verborgen blijft?

De voorzitter:

Dank u wel. Dit leidt tot een interruptie van de heer Van Houwelingen.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Ik zou graag aan de heer Krul willen vragen waarom hij tegen een motie van ons heeft gestemd — ik heb 'm aan het begin van dit debat aan de heer Krul uitgereikt, dus hij zal niet verrast zijn — waarin wij de minister oproepen om te stoppen met het vervolgen van artsen die in de coronaperiode hydroxychloroquine en ivermectine hebben voorgeschreven, middelen die dus veilig zijn en waarover heel veel aanwijzingen zijn dat ze effectief waren. Waarom heeft het CDA daartegen gestemd?

De heer Krul (CDA):

Omdat wij middels het kabinet aan de IGJ vragen om toe te zien op het naleven van richtlijnen. In die richtlijnen, die NHG-richtlijnen, staat heel duidelijk dat deze twee middelen niet voorgeschreven mochten worden, niet offlabel voorgeschreven mochten worden, en daarop is gehandhaafd. En ik denk niet dat het verstandig is als de Kamer met moties de Geneesmiddelenwet omzeilt.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Eén korte vervolgvraag ...

De voorzitter:

Een vervolgvraag van de heer Van Houwelingen. U krijgt van mij het woord. Dat gaat echt gebeuren, dus geen zorgen daarover.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Dank u wel. Dit antwoord had ik natuurlijk verwacht. Mijn vraag aan de heer Krul is of dit niet ook een politieke vraag is. Het CDA is heel erg voor soevereiniteit in eigen kring. Het CDA heeft dus nu de opvatting over offlabel voorschrijven dat alles centraal bepaald moet kunnen worden door de inspectie. Is het niet zo, los van wat je er inhoudelijk van vindt, of zou het CDA niet moeten vinden dat artsen hier een eigen vrijheid in moeten kunnen hebben? Ik denk dus dat dit een politieke vraag is, dus ik vind het heel vreemd dat het CDA nu zegt: nee, nee, nee, artsen die kunnen op allerlei wijzen daarin beperkt worden, bijvoorbeeld door de inspectie. Wat ons betreft hier op een onterechte wijze, maar dat is een andere zaak.

De heer Krul (CDA):

Ik zou het persoonlijk erg ongezond vinden als de politiek — ik kijk even naar mezelf — zonder enige expertise als het gaat om geneesmiddelen — ik ben geen arts — hier gaat

bepalen wat we wel en niet toestaan. Ik ben heel blij dat het de experts zijn die dat samen bepalen en dat het uiteindelijk ook de IGJ is, met die expertise, die toeziet op de naleving. Ik denk niet dat de politiek zich daarmee moet bemoeien.

De **voorzitter**:

De heer Bushoff heeft ook een vraag voor u.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Een mooie inbreng van de heer Krul, die volgens mij heel erg verwoordt wat er gaande is voor heel veel patiënten. Tegelijkertijd zijn er nu eindelijk expertisecentra gekomen en zeggen de zorgverzekeraars, artsen, onderzoekers, de umc's en patiënten: nu hebben we eindelijk die infrastructuur opgebouwd en opgetuigd waar we terecht kunnen en waar we een beetje hoop aan ontleen, dus laat dat niet verloren gaan. Mijn vraag aan de heer Krul is eigenlijk of hij in ieder geval onderschrijft dat die infrastructuur niet verloren zou moeten gaan.

De heer **Krul** (CDA):

Zeker. Wij hebben ook begrepen dat het inmiddels al zo is dat onderzoeksaanvragen die nu worden ingediend eigenlijk al niet meer worden gehonoreerd, omdat men vooruitloopt op dat die zullen gaan sluiten. Dat zou zonde zijn, omdat juist de stip op de horizon die effectief bewezen behandelmethoden zouden moeten zijn. Daar kom je alleen als we kennis opdoen over PAIS-syndromen en daarvoor heb je dus de kennisinfrastructuur nodig. Ik onderschrijf dus het belang daarvan, absoluut. Tegelijkertijd is dat ook een financieel vraagstuk en zoals alle financiële vraagstukken zullen we dat betrekken bij de begrotingsbehandeling. Dat zal niemand verrassen. Maar ik hoor heel goed wat de heer Bushoff zegt en ik erken ook dat dat belangrijk is.

De **voorzitter**:

De heer Bushoff heeft een vervolgvraag.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Eén vervolgvraag nog, voorzitter. Dank voor de beantwoording en de positieve grondhouding. Die hoor ik er namelijk wel in terug. Tegelijkertijd is de vraag ook: doen we de principe-uitspraak dat die infrastructuur niet verloren mag gaan? En kan dat het liefst vandaag in het debat, maar anders op dinsdag bij een stemming? Het principe dat we daar als politiek met z'n allen naar streven, lijkt me voor de patiënten, artsen en al die onderzoekers cruciaal. Ik hoop dat de heer Krul in ieder geval die bereidheid ook heeft.

De heer **Krul** (CDA):

Niet in die volgorde, denk ik. Als je in dit geval de principe-uitspraak doet dat de infrastructuur niet verloren mag gaan, wetende dat de manier om die infrastructuur te behouden via financiering is, vind ik dat je dat gelijk met een begroting moet regelen. Ik zou die volgorde dus verkeerd vinden. Het enige wat ik kan doen, is het volgende. Ik denk dat het belangrijk is dat we met zijn allen constateren dat zonder kennisinfrastructuur de kans op een duurzame oplossing verder weg is dan met die kennisinfrastructuur. Daarom is die positieve grondhouding ook een serieuze. We zullen dat gesprek ongetwijfeld in maart met elkaar voortzetten.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Dank voor de open en positieve grondhouding. Tegelijkertijd vraag ik me af of dit betekent dat we moeten wachten op de begroting. Betekent dit dat er nog geen principiële uitspraken kunnen worden gedaan omdat de coalitie nog geen afspraken heeft gemaakt over de aanpak van PAIS-ziekten en het helpen van PAIS-patiënten?

De heer **Krul** (CDA):

Dat betekent, zoals bij alle financiële vraagstukken, dat we die behandelen bij de begroting. Dat is wat ik zeg. De heer Bushoff vroeg net of we dat vanavond al met elkaar kunnen doen. Mijn antwoord daarop is: nee, dat kan niet. Dat is namelijk gewoon niet hoe de begrotingssystematiek werkt. Dat was eigenlijk wat ik bedoelde met mijn antwoord op de vraag van de heer Bushoff. Het klopt inderdaad dat die positieve grondhouding wel gemeend is. Er is nu al een amendement, maar we hebben nog een termijn van de regering te gaan. Er ligt al een amendement waar nog een appreciatie op volgt. Er zijn dus aanknopingspunten. De financiële discussie wil ik echter graag voeren waar die thuishoort.

De **voorzitter**:

Een vervolgvraag van het lid Kostić.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Dat begrijp ik, maar de heer Krul zal het met mij eens zijn dat patiënten al jarenlang wachten op duidelijkheid. Zij smeken ons al jarenlang om echt structurele maatregelen. Zij hadden gehoopt dat er iets in het coalitieakkoord zou staan, ook wat betreft geld. Vandaag hebben we het debat; vandaag kunnen we als Kamer stappen zetten. Ik ben op zoek naar waar het CDA vandaag in mee zou kunnen gaan. Is het CDA bijvoorbeeld bereid te kijken hoe we een samenhangende nationale strategie voor PAIS zouden kunnen vragen? Kan daar een bepaalde vorm van komen? Kunnen we daar een aanzet toe doen? Zo geven we namelijk iets aan de mensen thuis.

De heer **Krul** (CDA):

Een van de oproepen die ik eigenlijk al jaren hoor, is: kom nou een keer met een concrete ketenaanpak. Het is namelijk niet alleen een zorgvraagstuk. Kinderen hadden met aanpassingen misschien onderwijs kunnen volgen, maar omdat dat simpelweg niet in het systeem past, kunnen ze nu helemaal geen onderwijs krijgen. Sommige mensen zijn misschien niet heel erg belastbaar, maar wel een beetje belastbaar. Als er vanuit SZW meer kennis en meer begrip zou zijn, dan zouden die mensen toch nog een beetje kunnen werken. Ik denk dat het heel belangrijk is dat het kabinet die integrale ketenaanpak echt departementoverstijgend gaat oppakken. Daar ben ik het dus zeker mee eens.

De **voorzitter**:

Tot slot, het lid Kostić.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Dat is heel goed om te horen, dus ik hoop dat we daar als Kamer vandaag stappen in kunnen zetten.

Mijn laatste vraag gaat over iets wat de heer Krul net zei, namelijk dat het om bewezen

methoden moet gaan. Tegelijkertijd hoor ik van patiënten dat zij juist nu heel erg afhankelijk zijn van niet helemaal bewezen methoden, maar dat het heel belangrijk is om dingen te kunnen proberen en dat dat ook vergoed wordt. Ziet de heer Krul, gezien het verleden, gezien het feit dat ze jarenlang zijn genegeerd, ruimte om daar juist voor deze patiënten wat coulanter naar te kijken?

De heer **Krul** (CDA):

Een van de oproepen die we net nog hoorden, vlak voordat dit debat begon, is: geef mensen met dit syndroom geen valse hoop. Dat is het laatste wat de politiek moet doen. Ik heb met meerdere Kamerleden aan de andere kant van dit kathedr gestaan toen het ging om het middel Voxzogo. Dat is een geneesmiddel waarmee jonge mensen met dwerggroei enigszins perspectief kunnen hebben op een gezond leven als volwassene. Keer op keer worden echter dezelfde muren opgetrokken. We hebben een heel zorgvuldig proces, dat belangrijk is. Je wil namelijk niet dat niet-effectief bewezen zorg zomaar vergoed wordt, terwijl het ook kan zijn dat er bijwerkingen zijn of dat het toch minder effectief blijkt te zijn dan in eerste instantie gedacht. Ik ben dus wel voor een zorgvuldig systeem, maar tegelijkertijd is het heel frustrerend. De vragen die de Kamer dan vaak stelt, zijn de volgende. Kan het sneller? Is er een geitenpaadje? Is er een pilot? Kunnen we een proef dossier opstarten? Keer op keer is het antwoord dat het eigenlijk niet kan. Ik heb dat antwoord hier vanavond ook niet en ik wil die suggestie ook niet wekken. Dat ga ik dus ook niet doen. Wel weet ik heel goed wat je ermee zegt.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank aan de heer Krul, want ik zie een welwillende houding. Ik zie ook een zoektocht: hoe kunnen we dit het beste doen, in het huidige landschap? Zo ken ik het CDA. De voorganger van collega Krul, mevrouw Joba van den Berg, kwam erg op voor de eerste generatie postcovidpatiënten, die we zagen toen de crisis net was losgebarsten. Dat deed ze ook in de tijd erna met collega Krul. Als we alles naar maart schuiven ... We hebben nu dit debat. Alle mensen zitten met hoop te kijken; wat kan er nu al worden afgesproken? Als we hier vanavond allemaal weer naar huis gaan, met welke afdrank is collega Krul dan zelf tevreden?

De heer **Krul** (CDA):

Mevrouw Bikker heeft in haar termijn zelf eigenlijk al een voorzet gegeven voor zaken die we hier met elkaar kunnen afspreken. Eén onderdeel, waar ik mijn betoog mee eindigde, is het feit dat het ook een onbegrepen ziekte is. Dat meen ik echt. Het zou mooi zijn als wij vandaag een klein beetje kunnen bijdragen aan het begrip. Het zou ook al iets moois zijn als we van het kabinet kunnen horen dat we daar meer aan kunnen doen, zowel in het onderwijs, als wat betreft sociale zekerheid en de zorg. Ten tweede ligt er nog steeds een motie-Bushoff, waarin is aangegeven dat de klinieken zo lang als nodig in stand gehouden moeten worden. De minister heeft daar in november in een brief wel iets over gezegd, maar voor mij is het nog steeds niet helemaal duidelijk hoe die motie wordt afgedaan. Dat is voor mij dus ook een vraagteken en ik zou daar graag een antwoord op willen, om maar twee dingen te noemen. Ik ben ook benieuwd of het kabinet bereid is om hier interdepartementaal meer prioriteit aan te geven, juist om een ketenaanpak te realiseren. Dat is nog iets. Mevrouw Bikker vroeg ook of het mogelijk is dat we dit debat veel vaker voeren, juist omdat deze groep zo snel vergeten wordt. Ik denk dat dat ook een uitstekend idee is. We kunnen nog wel even doorgaan. We kunnen

vanavond een hoop wél doen, maar er zijn ook dingen die niet kunnen. Ik denk dat ik daar al veel over heb gezegd.

De **voorzitter**:

Helder. Mevrouw Bikker heeft een vervolgvraag.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik zou graag met deze Kamer de afspraak maken dat we eens in het kwartaal, in ieder geval in de commissie, stilstaan bij de voortgang. Ik begrijp goed dat dat niet allemaal in de plenaire zaal hoeft, maar we moeten wel iets terugkomends hebben, waar we ook de verschillende departementen bij kunnen halen om te kijken wat nodig is. Daarnaast zou ik graag juist kijken naar wat onze Duitse burens al langere tijd aan het doen zijn. Hoe kijkt de collega van het CDA, collega Krul, naar die initiatieven? Deelt hij deze inzet? Volgens mij is dat niet iets wat geld kost, maar wel vandaag afgesproken kan worden.

De heer **Krul** (CDA):

Ik vind de Duitse aanpak om twee redenen heel interessant. Enerzijds is het een integrale, robuuste strategie. Het klopt dat het Duitse kabinet daar heel fors in investeert. Het mooie van wetenschap is dat het niet gebonden is aan grenzen. Er lopen nu al meer dan 500 internationale onderzoeken naar het aanpakken van PAIS-syndromen. De wetenschap ontwikkelt zich daar ook in. Ik heb zelfs begrepen dat aanstaande zomer de internationale conferentie over het wetenschappelijk onderzoek naar PAIS-syndromen in Nederland gehouden wordt, juist omdat er in internationale gemeenschappen gekeken wordt naar Nederland. Hier hebben we namelijk hele goede onderzoekers. Ik kijk dus natuurlijk met veel interesse naar wat er in andere landen gebeurt. Als daar namelijk een doorbraak gerealiseerd wordt, is die net zo goed relevant voor Nederlandse patiënten en vice versa.

De heer **Jimmy Dijk** (SP):

Ik hoorde de heer Krul net zeggen dat hij infrastructuur en de expertisecentra heel belangrijk vindt, maar dat hij vandaag geen beslissing gaat nemen over de financiering daarvan. Is hij wel van mening dat financiering ook gewoon kan betekenen dat we vandaag, of eigenlijk dinsdag, bepalen dat het kabinet op pad moet om samen met universitair medische centra en verzekeraars een oplossing te vinden voor de financiering, om ervoor te zorgen dat de expertisecentra gewoon in stand gehouden worden?

De heer **Krul** (CDA):

Dat vind ik dus wel een hele interessante gedachte. Hoe ga je de expertise borgen, in welke vorm? Zijn dat PAIS-poli's in ziekenhuizen of is dat op een andere manier georganiseerd? Ik denk dat er wel een grote rol is weggelegd voor de driehoek van ministerie, ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Ik ben daar heel benieuwd naar. Tegelijkertijd kan ik me wel goed voorstellen dat alle drie de partijen ... Uiteindelijk moet er wel geld bij komen. Je kunt niet als overheid zeggen: "We gaan het op deze manier organiseren. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen, jullie gaan die poli's betalen en wij doen dit." Als je die uitspraak doet, vind ik ook dat je een stap moet zetten. Dat doen we in maart. Maar het gesprek kan deze minister gewoon voeren en dan kan ik zomaar uitgaan van de aanname dat wij er in maart meer over weten. Dan weten we wat er precies mogelijk is en ligt er weer een andere vraag voor. Ik vind de richting die de heer

Dijk kiest wel een interessante, maar ik denk niet dat wij er vanavond definitief een klap op kunnen geven.

De **voorzitter**:

Een vervolgvraag van de heer Dijk.

De heer **Jimmy Dijk** (SP):

Ik ben een beetje zorgvuldig met mijn interrupties. Ik ga even naar een heel ander onderwerp, ondanks dat ik hierop nog twee vervolgvragen had. Dan is er nog een groep mensen die dermate ziek zijn dat ze alleen maar thuis kunnen zitten. Ik zou graag van de heer Krul willen horen of hij het met de SP-fractie eens is dat er een specialistisch team moet komen dat deze mensen actief opzoekt om te kijken wat er nodig is en wat er kan. Dat is nu wel een hiaat, daar ontbreekt het echt aan. Is hij met de SP-fractie van mening dat we daarop ook iets kunnen doen vandaag?

De heer **Krul** (CDA):

Of het een specialistisch team moet zijn, weet ik niet. Ik heb in mijn bijdrage specifiek aandacht gevraagd voor deze groep. Er is een grote groep die niet naar een revalidatiecentrum kan gaan omdat dat te belastend is. Het beetje zorg dat er wel is, lopen ze nu dus ook mis. Er zijn mooie maatschappelijke initiatieven die deze groep ook helpen. Ik heb heel specifiek aandacht gevraagd voor de vraag of we dat soort initiatieven beter kunnen ondersteunen. Kunnen we kennis delen? Dat is dus een hele goede vraag, zou ik zeggen. Ik ben benieuwd naar wat de minister zegt en of de route van de heer Dijk dan de beste is. Ik heb juist voor die groep wat extra aandacht gevraagd, dus daar ben ik het natuurlijk mee eens.

De **voorzitter**:

Dat gaan we straks horen. Dank u wel, meneer Krul. We gaan luisteren naar de bijdrage van mevrouw Van Brenk. Zij spreekt namens 50PLUS. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Dank, voorzitter. Ter voorbereiding op dit debat heb ik zondagavond gebeld met Christel. Christel woonde twee huizen verderop. Ze is één dag voor mijn dochter geboren en zij zijn samen opgegroeid. Christel stond fulltime voor de klas. In 2022 had de halve school covid. Christel had het ook, maar bij haar duurde het veel langer. Sterker nog, ze is nog steeds ziek. Ze kan nog geen kilometer lopen. Ze heeft maanden thuis bij haar ouders moeten wonen, omdat ze niet voor zichzelf kon zorgen. Het is verschrikkelijk als een arts tegen je zegt dat je op alle aspecten van je leven disfunctioneert. Ze is een jonge vrouw in de bloei van haar leven, die eigenlijk bijna niets meer kan. Als ze iets wil doen, dan moet ze dat inderdaad bekopen. Dat hebben we vandaag gehoord. We hebben het gisteren digitaal aangehoord. Deze ziekte is verschrikkelijk. Toch vindt Christel dat ze geluk heeft, want zij heeft een volledige WIA-uitkering. Heel veel mensen kunnen dat niet zeggen. Zij moeten procederen, omdat een heleboel keuringsartsen daar gewoon onvoldoende bekend mee zijn. Vechten terwijl je ziek bent: dat zou niet moeten mogen.

Voorzitter. Wat ons betreft zou daar veel in geïnvesteerd moeten worden.

Keuringsartsen moeten beter geïnformeerd worden en meer richtlijnen krijgen. We moeten de expertise van de centra die er zijn, voort laten bestaan. We hoorden

gisterochtend dat er al onderzoekers zijn die naar andere banen kijken, omdat er geen voortgang is en het misschien afloopt. We mogen die kennis niet weg laten vloeien. Vindt de minister dat de klachten die horen bij die postacute infectiesyndromen voldoende serieus worden genomen? En vindt de minister dat die expertisecentra wat betreft postcovid nu de basis zijn en dat die infrastructuur absoluut overeind moet blijven? Graag een reactie van de minister hierop.

Er moet meer onderzoek gedaan worden. Er werd net al gezegd dat de ambitie in Duitsland groot is. Waarom is onze ambitie niet groot? Deze mensen verdienen het. We hebben alle mensen nodig op de arbeidsmarkt. We zien dat jonge kinderen nu getroffen worden. Ik zou willen vragen of er mogelijkheden zijn om voor die kinderen iets te bereiken wat betreft een startkwalificatie op het gebied van scholing. Zij moeten straks namelijk ook verder. Als we pas over een paar jaar misschien een oplossing hebben, is dat zo veel verloren tijd. Behalve dat iemand z'n sociale leven stilstaat, is met name ook het inkomen een heel groot probleem. Ik kreeg van mijn collega een berichtje doorgestuurd van een politieagente voor wie zelfs douchen moeilijk is, maar die voor tien uur arbeidsgeschikt verklaard werd door een keuringsarts die er helemaal niets van wist en er niets mee kon. Kortom, er moet iets bij worden gedaan voor de keuringsartsen.

Toen ik aan Christel vroeg wat haar voorstel was, zei ze: ik zou zo graag ook in aanmerking willen komen voor zo'n expertisecentrum. Zij kan nergens terecht. Voor haar is er geen licht aan het einde van de tunnel. Zij weet niet wat zij kan verwachten. Dat is dus ook de vraag: wat kunnen deze mensen — er zitten hier mensen te kijken en er zitten thuis mensen te luisteren — verwachten? Ik vraag het volgende nogmaals. Er zijn verhalen van mensen die wanhopig zijn en zelfs een einde aan hun leven gemaakt hebben. Dat zouden we toch echt niet moeten willen. Als er licht aan het einde van de tunnel kan komen doordat er vanavond toezeggingen kunnen worden gedaan, dan lijkt me dat zeer wenselijk.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee komen we bij de volgende spreker in dit debat. Dat is de heer Vervuurt. Hij spreekt namens D66. Gaat uw gang.

De heer Vervuurt (D66):

Dank u wel, voorzitter. Postcovid en andere postacute infectiesyndromen treffen honderdduizenden mensen. Dat zijn mensen die midden in hun leven staan en die door ziekte hun baan, hun inkomen en soms hun volledige toekomstperspectief kwijtraken. Voor D66 staat één ding voorop: deze mensen mogen niet tussen wal en schip vallen. De verhalen van patiënten en het protest op het Malieveld hebben veel indruk op mij gemaakt. Dat moet ook gezegd worden in deze Kamer. Er is ook de werkelijkheid van het moment, want door de nog lopende onderhandelingen is het op dit moment heel moeilijk om in te gaan op concrete beleids- en financieringsvoorstellen. Ons doel voor dit debat is dan ook om de minister te bevragen over wat er nu loopt, wat er goed gaat, wat er niet goed gaat en wat het ministerie alsnog kan doen om deze mensen perspectief te bieden.

Voorzitter. D66 heeft zich de afgelopen jaren nadrukkelijk ingezet voor erkenning van postcovid, het mogelijk maken van onderzoeksprogramma's en Europese kennisdeling. Maar waar staan we nu? In de afgelopen jaren is er met geormerkt geld onderzoek gedaan naar postcovid. Die onderzoekspotjes raken leeg. Hoe zorgt de minister ervoor dat de kennis die in Nederland over postcovid is opgedaan, niet verdwijnt?

Covid stopte niet bij de grens en postcovid doet dat ook niet. In heel Europa en over de hele wereld worstelen patiënten met dezelfde soort klachten. Daarom vragen wij de minister hoe de internationale en Europese samenwerking concreet is doorgezet. Kan de minister reflecteren op wat deze kennisuitwisseling en onderzoeken patiënten daadwerkelijk aan perspectief bieden op de korte en lange termijn?

Voorzitter. Naast onderzoek is goede ondersteuning cruciaal. D66 heeft de oprichting van postcovid-expertisecentra gesteund. Mijn complimenten aan de heer Bushoff voor het nemen van het initiatief daarin. De financiering voor deze centra loopt af aan het einde van dit jaar, iets wat al vaker is genoemd. Daarom vragen we aan de minister wat de bevindingen van dit kabinet zijn ten aanzien van het functioneren van deze centra. Belangrijker: wat betekent het voor patiënten als ze zouden verdwijnen?

Ook hebben wij ons, samen met collega's van de SP, ingezet voor de oprichting van C-support. Dat is het centrale ondersteuningspunt voor patiënten. Op termijn zou C-support opgaan in de reguliere zorg- en welzijnsstructuren. Dat was van het begin af aan duidelijk. Dat was het idee. De minister heeft recentelijk in zijn brief ook aangegeven dat er, ondanks dat het opgaat in die welzijnsstructuren, een waakvlamconstructie aangehouden blijft, maar mijn fractie hoort ook dat de subsidie voor C-support versneld afgebouwd wordt. Tegelijkertijd wordt het werkveld voor deze organisatie uitgebreid naar alle PAIS. Het is goed dat we die kennis en informatie bundelen, maar ze krijgen meer taken en minder geld. Dat wringt. Waarom is de keuze gemaakt om versneld af te bouwen en welke gevolgen heeft dit afbouwen voor de uitvoering van de taken en de borging van expertise? Graag een reactie van de minister.

In algemene zin ziet de D66-fractie een grote behoefte aan integraal langetermijn-PAIS-beleid. Ook patiëntenorganisaties en actiegroepen vragen hierom. Daarom de volgende vragen aan de minister. Hoe kan het ministerie bijdragen aan samenhangend beleid voor alle PAIS-patiënten? Welke initiatieven lopen er bij het ministerie om raakvlakken in onderzoek, zorg en sociale zekerheid beter te benutten?

Tot slot, voorzitter. De verhalen van al deze patiënten hebben ons geraakt, hebben mij geraakt. Ik heb gehoord dat ze ook een heleboel van de collega's in de Kamer geraakt hebben. We zien dat onderzoek doen tijd kost. Daar worstelen we nu mee, omdat we graag snel een oplossing voor deze mensen zouden hebben. We zullen ons samen voor hen blijven inzetten en kijken naar wat nodig is. Ik hoor graag de reactie van de minister op mijn vragen.

De voorzitter:

Dank u wel. U heeft een interruptie van de heer Van Houwelingen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ik zou graag ook aan de heer Vervuurt een vraag willen stellen over een motie van ons waar D66 tegen heeft gestemd. De tekst van die motie was: "De Kamer spreekt uit dat in de wetenschap de consensus niet per se ook 'de waarheid' is, zeker niet als mensen die het niet eens zijn met die consensus zich geïntimideerd voelen en zich dus niet kunnen uitspreken." D66 heeft daar tot mijn verbazing tegen gestemd. Mijn vraag is: waarom is dat zo?

De heer **Vervuurt** (D66):

Het moge duidelijk zijn dat intimidatie en bedreigingen niet de bedoeling zijn. Het is niet zo dat wij ons hier als Kamer iedere keer dat zoiets gebeurt moeten uitspreken via een motie. Dat is niet de bedoeling. Dat is niet hoe het hoort hier in Nederland. Daarom hebben wij tegengestemd.

De **voorzitter**:

De heer Van Houwelingen heeft een vervolgvraag.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dat is wel een heel vreemd antwoord, want als je begrijpend kan lezen, dan zie je dat die motie daar totaal niet over gaat. Ik zal 'm even voorlezen. De motie "spreekt uit dat in de wetenschap de (vermeende) consensus niet automatisch ook 'de waarheid' is". Elke wetenschapper zal dat onderschrijven. D66 is toch altijd de partij van de wetenschap? Dat onderschrijft elke wetenschapper. De consensus is zeker niet de waarheid als je ook nog eens de wetenschappers die het niet met die consensus eens zijn, uit het debat drukt. Een weldenkend mens kan niet tegen deze motie stemmen. Toch stemde D66 ertegen, dus nog een keer de vraag: dat is toch bijzonder?

De **voorzitter**:

Het is dezelfde vraag.

De heer **Vervuurt** (D66):

Wij verschillen daarover van mening. Ik vind het heel logisch dat intimidatie en bedreigingen niet toegestaan zijn. Daar hoeven we ons niet iedere keer als Kamer via moties over uit te spreken. Dat is evident.

De **voorzitter**:

Oké. Daarmee bent u aan het einde van uw betoog, maar niet voordat ik nog het woord heb gegeven aan de heer Bushoff voor een interruptie.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ik kan mij zo voorstellen dat het lastig is om op voorhand te zeggen welke voorstellen D66 wel of niet steunt. Ik snap ook dat dit ingewikkeld is in het licht van de onderhandelingen die gevoerd zijn et cetera, maar wat ik D66 wel zou willen vragen is dit. Stel nou dat uit de beantwoording of uit de antwoorden op vragen die D66 zelf aan die expertisecentra et cetera stelt, inderdaad blijkt dat dit best wel een zinvol construct is en dat die infrastructuur hartstikke goed werkt. Zou D66 er dan voor voelen om de principe-uitspraak te doen dat die infrastructuur, als die echt goed werkt, eventueel via de zorgverzekeraars, in overleg met het ministerie en in overleg met de NFU, overeind moet blijven?

De heer **Vervuurt** (D66):

Dit is eigenlijk de vraag die ook aan de heer Krul werd gesteld. Ik ben het helemaal eens met wat hij daarop zei. Ik snap waar u om vraagt. Ik herken ook dat die expertisecentra voor veel mensen een belangrijke rol spelen. Tegelijkertijd zit daar een financiële werkelijkheid aan vast waar ik in deze fase niet op in kan gaan. Wat dat betreft heeft de heer Krul gelijk. Dat is een vraag die we bij de begroting zouden moeten beantwoorden. Dat is hoe het is.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik snap heel goed dat het voor een coalitiepartij in spe in de tussenfase gewoon even financieel ingewikkeld is. Waar ik tot nu toe altijd blij om ben is dat ik, nu bij mijn nieuwe collega en eerder bij mevrouw Paulusma, wel heb gezien dat ook bij D66 een vuur brandt om ervoor te zorgen dat mensen die postcovid of een andere PAIS-ziekte hebben, zich niet ongezien weten. Ik zou mijn collega willen aanmoedigen om dat heel duidelijk te laten merken. Het kan ook te gemakkelijk worden om alleen naar de financiële uitdaging te kijken, want allerlei beleid is wél mogelijk. We kunnen dingen leren van Duitsland. We kunnen als Kamer zeggen dat we iedere drie maanden terug gaan komen en dat we alle creativiteit die we maar hebben, gaan aanwenden om te zorgen dat we meer doen. We kunnen de minister van OCW vragen om er een keer bij te zijn en ons te zeggen hoe het nou zit met die kinderen.

De **voorzitter**:

Uw vraag graag.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Kan collega Vervuurt juist op dat punt aangeven wat zijn ambitie is? Wanneer is hij na dit debat tevreden?

De heer **Vervuurt** (D66):

Een paar weken geleden, voor de jaarwisseling, stonden een heleboel mensen op het Malieveld met de centrale boodschap: zie ons, vergeet ons niet. Dat haalde u ook in uw eigen bijdrage mooi aan. Dit debat heeft sinds de vorige editie tweeënhalf jaar op zich laten wachten. Dat is te lang. Dat moeten wij ons als Kamer zelf aanrekenen. Dat moeten wij beter doen. De suggestie die u doet, namelijk dat wij er vaker op terugkomen — hoe gaat het met deze patiënten, hoe helpen wij hen en hoe kunnen wij hen beter ondersteunen? — onderschrijf ik volledig. Ik zou daar in de toekomst graag samen met u mee aan de slag gaan.

De heer **Jimmy Dijk** (SP):

De heer Vervuurt heeft in zijn woordvoering de toegevoegde waarde van de expertisecentra benoemd. Hij had ook complimenten voor het initiatief. D66 heeft toen het amendement gesteund. Ik snap ... Nee, ik snap het eigenlijk niet. We kunnen het hier best over financiën hebben. Als het over dit soort bedragen gaat, vind ik dat er best een principe-uitspraak kan worden gedaan, door welke partij dan ook. Laat ik er even in meegaan dat D66 het moeilijk vindt. Kunnen we vandaag van D66 dan wel de uitspraak verwachten dat D66 het onverstandig vindt om expertisecentra op te zetten en na zeer korte tijd te laten stoppen? Zou het niet vrij logisch zijn om met elkaar te zoeken naar financiën, opdat die expertisecentra gewoon door kunnen gaan?

De heer **Vervuurt** (D66):

Ik zat niet in de Kamer toen dit initiatief genomen werd. Voor zover ik het heb begrepen, is het altijd de bedoeling geweest dat door die expertisecentra kennis zou worden opgedaan en dat die kennis vervolgens zo dicht mogelijk bij de mensen, bijvoorbeeld in de eerste lijn, terecht zou komen. Het is geen doel op zich om die expertisecentra tot het einde der tijden te laten voortbestaan, maar het is wel cruciaal dat de kennis die daar is opgedaan, niet verloren gaat. Dat ben ik met u eens.

Tegelijkertijd verwijs ik graag terug naar mijn eerdere antwoord. Er zit een financiële werkelijkheid aan vast, die ik graag behandel bij de begroting, en als ik het goed begrijp, loopt er op dit moment ook een evaluatie. Ik begrijp dat de Kamer de resultaten daarvan in het voorjaar mag ontvangen. Ik kan me goed voorstellen dat het heel erg nuttig en handig is om de resultaten van die evaluatie te hebben wanneer wij deze discussie verder voeren. Ik weet niet of het mogelijk is ze voor de begroting te ontvangen. Dat zou mij een groot goed zijn en dat zou wel heel handig zijn.

De **voorzitter**:

Dit wordt de laatste interruptie voor u, meneer Dijk. Ik probeer u even te helpen.

De heer **Jimmy Dijk** (SP):

Ik probeer een beetje een balans te vinden, omdat ik het eigenlijk best wel vreemd vind dat er hier partijen zijn die wel zeggen dat die expertisecentra van toegevoegde waarde zijn en een compliment geven voor het initiatief, maar vervolgens zeggen: ik weet niet zeker of ze voortgang moeten vinden. Ik probeer een manier te vinden om hier niet enorm te gaan zitten pushen, terwijl ik wél vind dat het nodig is. Ik probeer die vraag toch op een andere manier te stellen: kan de fractie van D66 iets meer zekerheid geven? Zij zien toch ook dat mensen nu al op andere plekken aan het solliciteren zijn? Dat is toch gek? Dat is toch een gekke gewaarwording als er tegelijk mensen zijn die hier waarde aan hechten en voor wie dit van toegevoegde waarde is? Kan D66 ons iets meer geven dan het op dit moment doet?

De heer **Vervuurt** (D66):

Ik kan u meegeven dat wij ons er volledig voor zullen inzetten om deze mensen te helpen, zoals ik net ook tegen mevrouw Bikker vertelde. Dat hebben wij in het verleden ook gedaan en dat hebben we in het verleden ook samen gedaan. Ik zou graag ook samen met u die handschoenen op blijven pakken. Wat betreft de expertisecentra kan ik u op dit moment niet meer geven dan ik al heb gedaan. Bij de begrotingsbehandeling ga ik daarover graag met u in debat.

De **voorzitter**:

Helder. We gaan luisteren naar de volgende spreker in dit debat. Dat is mevrouw Maeijer. Zij spreekt namens de PVV.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Dit is het "Debat over postcovid", een naam die de lading van het debat eigenlijk niet dekt, want we spreken hier vandaag over mensen die vaak al jarenlang ziek zijn. Zij lijden bijvoorbeeld aan postcovid, aan ME, aan lyme of aan Q-koorts. Hun leven is tot stilstand gekomen. Hun wereldje wordt vaak stap voor stap steeds kleiner. Ze missen het om partner, moeder of dochter te zijn, zoals ze dat waren

voordat ze ziek werden. Daarmee wordt niet alleen hun leven ernstig ontwricht, maar ook dat van hun gezin en hun naasten. Op 30 november hielden zij een indrukwekkend protest op het Malieveld. Het was indrukwekkend vanwege de verhalen die werden verteld door patiënten, maar misschien bovenal door de symbolische lege rolstoelen die ook op het Malieveld stonden, als symbool voor hen voor wie het fysiek niet mogelijk was om te komen, omdat hun ziekte hen gewoon aan huis gekluisterd houdt of omdat ze niet meer onder ons zijn.

In de voorbereiding op dit debat kregen wij als Kamerleden vele mailtjes, met daarin indringende persoonlijke verhalen, verhalen met een schrijnende rode draad, namelijk patiënten die aangeven dat zij zich onzichtbaar en in de steek gelaten voelen en dat zij in stilte lijden. Zij willen zorg en perspectief. Ik heb niet de illusie dat we in dit debat alle problemen kunnen oplossen, maar ik hoop dat de vele sprekers die hier vandaag zijn, hen in ieder geval weer op de kaart hebben gezet.

Voorzitter. De minister schrijft dat hij inzet op een PAIS-brede aanpak. De mensen op het Malieveld vroegen de politiek om een aantal zaken, zoals een concreet plan voor de lange termijn, erkenning en betere zorg. Ik hoor van de minister graag per punt hoe hij ertegen aankijkt.

Voorzitter. De postcovidexpertisecentra zijn een mooie stap, maar zoals wij gisteren in een gesprek ook weer hoorden, zijn er ook obstakels. Niet iedereen kan er terecht. Mensen die fysiek niet in staat zijn om te komen, worden niet gezien. Ook is daar een wachtlijst. Ik zou graag van de minister willen weten wat de eerste resultaten zijn. Hoe worden de mensen die niet kunnen komen, toch gezien? Zij zijn toch ook belangrijk voor het onderzoek en de zorg die uiteindelijk geleverd moet gaan worden?

Voorzitter. Het was nadrukkelijk de bedoeling dat er zo spoedig mogelijk expertise werd opgedaan en dat die werd gedeeld met algemene ziekenhuizen, huisartsen en andere zorgverleners. In hoeverre komt dit nu van de grond? Er lijken namelijk knelpunten te bestaan. Wat is ervoor nodig om dit te versnellen? Hoe zorgen we er nu voor dat de kennis die er is, wordt geborgd en gedeeld?

Voorzitter. De financiering loopt dit jaar af. Hoe ziet de minister de toekomst van de centra? Ziet hij toekomst? De minister geeft aan dat dit jaar zal worden gezien waar de patiënt het beste af is. Er wordt door het veld nadrukkelijk aangegeven dat het werk nog niet gedaan is. Ik zou de minister willen vragen: dan kunnen ze toch niet sluiten? Hoe blijft die kennis anders geborgd? Die kunnen we toch niet laten verdwijnen? Ook van deze groep mensen hoor je vaak dat men van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Welke mogelijkheden ziet de minister om mensen bij te staan in hun zoektocht naar hulp en passende zorg? De Q-koortsambassadeur pakt een aantal thema's op waar ook andere PAIS-patiënten mogelijk baat bij zouden kunnen hebben. Hoe wordt omgegaan met het leren en delen van de resultaten?

Voorzitter. Tot slot. Ik wil graag specifiek wat aandacht vragen voor een groep hele jonge patiënten: de kinderen. Kinderen die eigenlijk geen kind meer kunnen zijn; die niet of nauwelijks naar school kunnen; die niet kunnen sporten, niet mee kunnen doen met hun leeftijdsgenootjes. Ik kan me er geen voorstelling van maken wat dat met je doet;

met het kind, maar ook met ouders en naasten. En rondom hen zijn er ook weer specifiekere knelpunten, zoals een betere bekendheid en scholing voor professionals die met hen te maken hebben. Niet alleen de artsen, maar ook leerkracht of de jeugdhulpverlener. Heeft de minister dit in zijn vizier? Op welke manieren wil hij hierop inzetten? Heeft de minister daarbij ook oog voor de ouders van deze kinderen, die niet alleen verdriet hebben over de ziekte die hun kind treft, maar ook moeten fungeren als mantelzorger en alle praktische rompslomp moeten regelen? Ouders geven aan dat er te weinig communicatie is over het ziektebeeld bij kinderen. Gaat de minister hier bijvoorbeeld op inzetten bij de GGD en bij de consultatiebureaus?

De voorzitter:

Dank u wel.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Mijn laatste zin, voorzitter. Mag ik die nog uitspreken? Ik zou graag willen afsluiten met een citaat uit een e-mail die wij kregen. "Voor mensen zoals ik is dit debat geen abstract beleidsmoment, maar een kwestie van levenskwaliteit, perspectief en waardigheid". Ik hoop dat we daar vandaag een klein stapje verder in kunnen komen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dit leidt tot een interruptie van de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Mijn laatste interruptie volgens mij. Het is niet een hele verrassende interruptie, maar ik was wel blij om mevrouw Maeijer te horen zeggen dat het niet zo kan zijn dat die expertisecentra weer gaan sluiten. Stel je voor, met de steun van uw partij zeggen we dat we ze willen openhouden. Dan zijn we al bijna bij die meerderheid. Hoe staat u daartegenover?

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik dacht dat ik daar vrij helder over was. Wij staan daar met een positieve grondhouding tegenover. Ik hoor iedereen praten over de financiën. Ik zou de minister dan ook graag willen vragen: wat kost dat eigenlijk?

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we naar de laatste spreker in de eerste termijn van de Kamer: de heer Bevers. Hij spreekt namens de VVD. Ga uw gang.

De heer **Bevers** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Ook ik begin met een citaat. "Door de ziekte verloopt Laura's dag volgens een vast patroon. 'Ik slaap tot laat, daarna ga ik ontbijten en dan ga ik weer twee uur slapen. Dan word ik wakker om te lunchen. Als ik een beetje energie heb, kan ik misschien op bed een activiteit doen, even tekenen of een spelletje doen, en anders ga ik gewoon weer liggen'". Dit citaat komt uit een uitzending van EenVandaag, van 29 november 2025. Het maakt in een paar zinnen duidelijk wat de impact van postcovid is op iemands leven. En heel eerlijk: we hebben bijna allemaal wel iemand in beeld die datzelfde verhaal zou kunnen vertellen.

Voorzitter. Ook ik heb de afgelopen dagen heel veel berichten mogen ontvangen van

patiënten met postcovid of PAIS. Veel indringende verhalen. En zoals ik net al zei: de gevolgen zijn groot. Heel veel dank voor de berichten en ook voor de gesprekken die we net nog voorafgaand aan dit debat mochten hebben. Het is soms moeilijk voorstelbaar hoe groot de invloed van een aandoening als postcovid of een ander postacuut infectieus syndroom, PAIS, is. Wij lopen hier vanavond op ons gemak naar het spreekgestoelte, we lopen de zaal in en uit. Dat is voor heel veel andere mensen al ingewikkeld. Moe, uitgeput; het leven zoals je dat gewend bent te leven, werk, school, studie, sport, een fatsoenlijke relatie onderhouden ... Het leven kan niet meer geleefd worden zoals dat bijvoorbeeld voor corona was. Sommige mensen zijn zelfs heel gevoelig voor wat wij normale prikkels noemen: licht en geluid. De gevolgen zijn ongekend groot: leven in het donker. En daar komt nog de onzekerheid bij dat een gerichte behandeling en zicht op genezing nog vaak heel ver weg zijn.

Mensen met postcovidklachten en al die andere aandoeningen moeten de juiste zorg krijgen, maar helaas blijft er nog steeds veel onbekend. Daarom wordt er ook veel onderzoek gedaan, zowel in Nederland als in het buitenland, waarbij allerlei expertises samenwerken aan een oplossing voor deze patiënten. Het kabinet heeft daar eerder al geld voor beschikbaar gesteld. Daarnaast is er tot 2028 ook nog 40 miljoen beschikbaar gesteld. Er zijn zes expertisecentra voor volwassenen en twee voor kinderen met postcovid. Om nog even terug te komen op die begroting: in die van VWS voor 2026 is er ook nog 8,5 miljoen extra vrijgemaakt voor de ondersteuning van mensen met PAIS.

Maar het is ook hoopvol. Het is hoopvol dat er wereldwijd 400 tot 500 studies lopen die naar oorzaken en effectieve behandelingen voor postcovid zoeken. De realiteit is wel dat we, hoe graag wij dat hier ook zouden willen, de uitkomsten van de wetenschap niet kunnen versnellen. Dat is een nare constatering, want iedereen zoekt naar een oplossing. Ook bij de ontwikkeling van nieuwe medicatie — we kregen vanavond wat verhalen te horen over de effecten van en ervaringen met een nieuw middel, of met een bestaand middel dat op een nieuwe manier toegepast is — zien we dat we een vast systeem hebben van hoe we naar medicatie en patiëntveiligheid kijken. De heer Krul refereerde daar in zijn bijdrage ook al aan. Het is soms zoeken naar ruimte in de bestaande regels die we hebben. Dat betekent wel dat de beschikbaarheid van medicijnen soms langer duurt dan gewenst.

Voorzitter. Vanzelfsprekend vindt ook de VVD het belangrijk dat de zorg voor postcovid en andere PAIS-aandoeningen eindelijk in de reguliere eerste en tweede lijn plaats gaat vinden. Dan bedoel ik dicht bij huis, bij de zorgverleners die je kent, die je begrijpen, die jij vertrouwt, en die herkennen en erkennen wat jij in het dagelijks leven meemaakt. In zijn stand-van-zakenbrief heeft de minister al aangekondigd dat er een onderzoek naar de effectiviteit loopt. Wij kijken daarnaar uit. Ik zal helder zijn: wat ons betreft kan de minister in aanloop naar de begrotingsbehandeling aangeven wat er verder nodig is.

Tot slot, voorzitter. Hoewel wij destijds de motie van de heer Bushoff te vroeg vonden en tegen hebben gestemd, lijkt de vraag of en hoe de minister die motie verder gaat uitvoeren ons wel gerechtvaardigd.

Tot zover, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dat leidt tot een interruptie van mevrouw Bikker. Daarna kom ik bij het lid Kostić en dan de heer Van Houwelingen.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Goed om te horen dat ook de VVD nu zegt dat we moeten doorgaan met het behouden van alle kennis die in de behandelcentra is opgedaan bij mensen die postcovid hebben. Ik zou de heer Bevers wel willen vragen wat zijn verwachting is van het debat in maart. We weten allemaal dat er bezuinigingen nodig zijn om bijvoorbeeld de Defensierekening te betalen. We moeten kiezen in schaarste. Ook ik weet dat. Als ik naar mijn eigen verkiezingsprogramma kijk, zie ik ook dat we die keuzes hebben gemaakt. Maar wat is de inzet van de VVD-fractie als het gaat om deze grote patiëntengroep?

De heer **Bevers** (VVD):

Wat mij betreft zijn er twee momenten. Als je puur kijkt naar het verloop van de tijd, zou je zelfs nog kunnen zeggen: voor de begroting van 2027 is nog een behandeling mogelijk, maar de begroting van maart is natuurlijk een heel ingewikkelde. Ik kan daarover aan deze twee bewindspersonen iets gaan vragen, maar — ik weet niet hoe zij daar zelf tegen aankijken — er is een grote kans dat er inmiddels andere bewindspersonen zitten met een ander regeerakkoord. Het is dus heel ingewikkeld om dat aan te geven. Wat ik heb gezegd, sluit aan op de stand-van-zakenbrief die de minister in november heeft gestuurd. Daarin zegt hij dat we moeten kijken of we iets kunnen zeggen over de effectiviteit van de expertisecentra en vervolgens over hoe je daarmee verder moet. Uiteindelijk is dat de opzet; dat gaf de heer Vervuurt volgens mij ook al aan. Ik vind namelijk oprecht dat de zorg zo dicht mogelijk bij huis moet plaatsvinden. Hoe vullen we die rol nu in? Hoe effectief zijn de expertisecentra? Wat mij betreft gaat de minister, deze of een andere, duidelijk maken hoe hij daartegen aankijkt en wat de effecten zijn. In die zin zou ik dat resultaat ook wel erbij willen betrekken.

De **voorzitter**:

Helder. Ik dacht: hoor ik een punt? Ja, een punt. Maar mevrouw Bikker heeft daar een vervolgvraag op.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

We zouden in de klassieke valkuil kunnen vallen dat we een paar kortdurende onderzoeken doen, dan kijken wat het resultaat is geweest en dan mogelijk weer iets nieuws gaan opzetten. Dat probeer ik te voorkomen. Dan is allerlei kennis weggewandeld die we juist bij een onbekende ziekte heel hard nodig hebben, ook juist in de opbouw met al die andere landen die onderzoeken doen. Stel dat we denken: deze begroting is wel erg ingewikkeld en we hebben nog zo veel andere vraagstukken, dan is mijn zorg dat we het aan laten komen op een volgend moment. Dat is echt wel een zoektocht. Ik snap heel goed dat collega Bevers zich vandaag niet gaat vastpinnen op bedragen, maar ik denk wel dat we met elkaar een intentie kunnen neergooien. Dat we als Kamer weten: als we deze kennis nu niet behouden, maken we het onszelf alleen maar lastiger.

De heer **Bevers** (VVD):

Laat ik daar helder over zijn. Ik heb gezegd dat er wordt gekeken naar de resultaten en de effectiviteit. De minister heeft het zorginitiatief ook gevraagd om daarin mee te kijken.

Dat loopt op dit moment. Er is inderdaad gisteren tijdens de sessie al gezegd dat daar mogelijk al in het voorjaar wat zaken bij komen. Dat geeft aan hoe we die zorg uiteindelijk ook dicht bij huis gaan organiseren. Daar spelen die expertisecentra een belangrijke rol in. Ik wil dat oordeel in ieder geval meewegen; als het kan nog in maart bij die begrotingsbehandeling van 2026, waar de heer Bushoff inmiddels ook een amendement op heeft ingediend. Als het daar ter sprake kan komen, dan graag. Als dat niet lukt, wil ik wel een inhoudelijk en kwalitatief goed oordeel over hoe we dan verdergaan. Dat kan zijn door een aantal voorstellen van de minister, of afhandeling van de motie-Bushoff. Daar wil ik open naar kijken.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

We hebben het nu over geld en over de begroting. Het is misschien goed om daarbij te beseffen dat de kosten voor PAIS op dit moment in de miljarden lopen, met name als het gaat om bijvoorbeeld uitval van arbeidskrachten. Is mijn collega het met mij eens dat als we kijken naar keuzes die in de begroting moeten worden gemaakt op dit onderwerp, ook moet worden meegewogen wat we uiteindelijk besparen als we investeren in die aanpak?

De heer **Beyers** (VVD):

Dat is natuurlijk altijd een bredere afweging die je maakt, zeker als het gaat om zorg en gezondheid. Je kijkt dan naar wat het directe effect is voor mensen. Daar gaat het mij primair om, zeker wat betreft het gevoel van de groep mensen waarover we het vanavond hebben. Ik ben blij dat er heel veel mensen op de tribune zitten. Het gaat erom dat wij snappen waar het over gaat en dat wij daarvoor openstaan. Wij moeten ook zien hoe groot uiteindelijk de schade voor de samenleving is. Daarin moet een afweging worden gemaakt. Je moet dan kijken naar wat er moet gebeuren. Hoe gaan we om met de schade voor de samenleving? Stel dat je het hebt en je een aantal jaren niet kunt werken of helemaal niet meer kunt werken. Ik sprak vanavond een studente die gelukkig weer haar studie op kan pakken, maar die al drie jaar studieonderbreking heeft gehad. Het is verschrikkelijk voor jou als dat je overkomt en het levert heel veel negatieve effecten op voor de samenleving. Dus ik vind dat we daar zeker breed naar moeten kijken.

De **voorzitter**:

Een vervolgvraag van het lid Kostić. Dit is tevens uw laatste vraag.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Het is heel fijn om dit te horen, want dit is natuurlijk belangrijk als je een goede afweging wilt maken bij de keuzes die in de begroting worden gemaakt. Dat is ook een duidelijke boodschap voor de minister. Ik hoor daar graag een antwoord op terug. Mijn laatste vraag is eigenlijk de volgende. Mijn collega heeft ook patiënten gesproken. Zij zijn heel duidelijk in wat zij willen. Zij wachten al zo lang: twee jaar alleen al op dit debat. Welke concrete stappen wil de VVD vandaag ten minste met ons zetten? Kunt u drie voorbeelden noemen?

De heer **Beyers** (VVD):

Ik heb vanavond ook met mensen gesproken. Laat ik ermee beginnen dat het belangrijk is dat we hier beseffen wat het voor mensen betekent. Ik heb al eerder gezegd dat ik vind dat we de besluiten waarover we het vanavond hebben gehad bij de

begrotingsbehandeling moeten nemen op basis van alle informatie die we hebben. Dus dat ga ik nu niet doen. Het ergste wat je mensen kunt aandoen als je in de politiek actief bent, vind ik iets zeggen wat je niet kunt waarmaken. Ik kan niet overzien wat we op dit moment wel of niet waar kunnen maken. Dat doe ik niet. Ik wil geen valse ... Als ik hoop kan geven, zal ik dat zeker doen, maar dan moet ik wel weten dat ik het waar kan maken. Als ik dat op dit moment niet weet, omdat ik niet alles heb om dat goed te beoordelen, dan doe ik dat ook niet.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ook voor de heer Bevers de vraag over een zorgmotie van ons, waar de VVD tegen heeft gestemd. De heer Bevers heeft deze motie. Daarin verzochten we de minister er zorg voor te dragen dat artsen — en die zijn er — die van mening zijn dat er geen verband is tussen klimaatverandering en gezondheidsproblemen zich moeten kunnen uitspreken in het publieke debat zonder dat ze de Inspectie op hun dak krijgen.

De **voorzitter**:

Ja. We kennen de motie.

De heer **Bevers** (VVD):

De vraag is waarom wij tegen hebben gestemd?

De **voorzitter**:

Hm, hm.

De heer **Bevers** (VVD):

Omdat wij het niet met u eens waren.

De **voorzitter**:

Ja, meneer Van Houwelingen, dat is ook een antwoord.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ja, dat is een antwoord, maar het is wel heel triest. Het is wel heel veelzeggend dat de VVD — en dat is waarschijnlijk het enige dat de VVD nog kan doen — er zich met een domme grap vanaf maakt. Het is natuurlijk heel ernstig, hè. Want wat hier dus gebeurt, en dat zagen we in coronatijd ook gebeuren, is dat dit soort codes worden gebruikt door de staat om kritische artsen de mond te snoeren.

De **voorzitter**:

Uw vraag, meneer Van Houwelingen?

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ik maak hier nu ook maar een statement, want ik krijg geen antwoord. En dat is iets waar de VVD vanuit haar zogenaamde kernprincipes van vrijheid tegen zou moeten zijn.

De **voorzitter**:

Meneer Van Houwelingen. Een vraag.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Nee, ik krijg toch geen antwoord. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Oké, een statement van de heer Van Houwelingen. Geen antwoord van de heer Bevers gewenst.

Daarmee dank ik de heer Bevers voor zijn bijdrage en ook alle andere leden voor hun waardevolle bijdragen in de eerste termijn. We schorsen en daarna gaan we naar het kabinet luisteren. Ik wil dus voorstellen om strák om 21.00 uur te beginnen met de reactie van het kabinet. Ik schors dit debat tot 21.00 uur.

De vergadering wordt van 20.34 uur tot 21.00 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik heropen dit debat. We gaan luisteren naar de beantwoording door het kabinet van de vragen gesteld in eerste termijn. We hebben hier het debat over postcovid. Ik zou minister Bruijn even voorafgaand willen vragen hoe hij zijn beantwoording structureert, zodat ook de leden zich daarop kunnen voorbereiden.

Minister Bruijn:

Dank u wel, voorzitter. Ik zal eerst een inleiding houden, het dan hebben over de expertisecentra, vervolgens over het onderzoek, dan overige ondersteuning van patiënten, dan over vaccinatie en ten slotte over een aantal andere belangrijke onderwerpen, soms ook gecategoriseerd als overig.

De voorzitter:

Dank u wel. Mag ik met de leden afspreken dat we ook hier dezelfde drie interrupties in tweeën of zes losse vragen aanhouden? Ik wil u ruimte geven voor de vragen die u wenst te stellen, maar ik zit tegelijkertijd ook te kijken hoe we dit debat vanavond op een goede manier kunnen afronden, en wel enigszins op tijd. Ik zou dus willen vasthouden aan drie interrupties in tweeën. Dat gezegd hebbende geef ik het woord aan de minister.

Minister Bruijn:

Dank u wel, voorzitter. Ik sta hier vandaag om met u te spreken over postcovidpatiënten en ook andere patiënten die een postacuut infectiesyndroom hebben, afgekort PAIS, zoals bijvoorbeeld Q-koorts, Lyme, sepsis en een aantal andere.

Voorzitter. Laat ik beginnen met te zeggen dat ik heb uitgekeken naar dit debat, omdat de groep PAIS-patiënten mij zeer aan het hart gaat. Laat ik u daar ook een persoonlijk verhaal bij vertellen. Ik heb mijn hele leven gewerkt aan ziektes die worden veroorzaakt door een afwijkend immuunsysteem. Daar heb ik mijn hele werkende leven aan besteed. Ik heb daarvoor in een ziekenhuis gewerkt, ik heb daarvoor onderzoek gedaan, ik heb ook tijdens de covidcrisis in dat ziekenhuis gewerkt. Ik heb de ellende van dichtbij gezien, en het gaat mij dus zeer aan het hart wat hier gebeurt.

Ik ben ook naar de patiënten met Q-koorts toegegaan in Brabant. Ik heb die patiënten in de ogen gekeken, ik heb ze een aantal uren hun verhalen horen vertellen. Dat waren de verhalen die hier ook door uw leden naar voren werden gebracht. Schrijnende verhalen van mensen die van gezond en levenslustig totaal geïnvaleerd raken, soms niet met het leven verenigbaar. Ik denk dan bijvoorbeeld aan Christel, die bij mevrouw Van Brenk in de straat woont, en ik kan alle andere namen ook door mijn hoofd halen, want ik heb

goed naar u geluisterd.

We spreken hier dus over iets wat echt heel erg is. Ik zie ook patiënten op de tribune en ik weet dat er ook patiënten meekijken via de livestream, voor een heel groot deel ook omdat zij niet in staat zijn om hiernaartoe te komen. Fijn dat u allemaal de moeite neemt om dit te volgen en om ons te informeren, te beïnvloeden ook, want het gaat over ú, en wij zijn hier met z'n allen om alles te doen om u te helpen, hoe dan ook.

Voorzitter. Ik heb, zoals ik al zei, sinds mijn aantreden als minister meerdere personen gesproken die PAIS-ziektes hebben. Ik was op 30 november op het Malieveld bij het PAIS-protest, samen met de heer Bushoff, die ook zeer betrokken is, en ook samen met de Q-koortsambassadeur. Begin november heb ik zelf een indringend gesprek gehad met een aantal Q-koortspatiënten in Noord-Brabant. Daar was ook de Q-koortsambassadeur bij.

De impact van deze ziekte op het leven van de patiënten en dat van hun naasten — die moet ik er ook echt bij noemen, want dit is een ziekte die een groep mensen treft — is eigenlijk ongekend en raakt mij dus ook diep. Ik ben daarom blij dat ik minister van Volksgezondheid ben. De patiënten en ook uw leden kunnen erop rekenen dat ik alles, maar dan ook alles zal doen en ook al doe en in de afgelopen maanden heb gedaan voor deze patiënten. We mogen verschillen van mening over de aanpak, over de financiën, over hoe we dat evalueren — dat is ook moeilijk in de wetenschap; nogmaals, ik doe dat al mijn hele leven — maar wij verschillen niet van mening over het feit dat dit een hele hoge prioriteit heeft.

We moeten dus alles doen in onze mogelijkheden om de situatie van de patiënten te verbeteren. We moeten zorgen dat huisartsen, ziekenhuizen en gemeenten oog houden voor deze mensen en voor hun ziekte. Al deze partijen zijn namelijk nodig om deze ziekte en daarmee PAIS-patiënten te erkennen en te herkennen, want het ergste voor deze groep is als ze niet erkend of als ze niet herkend worden. Ik probeer daar mijn steentje aan bij te dragen. Zo financier ik onderzoek naar postcovid en naar ME/CVS, een variant van die ziekte. In totaal gaat het om ongeveer 73 miljoen euro voor respectievelijk vijf jaar onderzoek naar postcovid en tien jaar onderzoek naar ME/CVS. Dit loopt nog een aantal jaren door. Het bedrag van 73 miljoen loopt deels tot 2028 in een aantal programma's. Ik kan daar eventueel later dieper op ingaan.

We hebben sinds anderhalf jaar postcovid-expertisecentra, waar patiënten terecht kunnen. Dat is ook voor een groot deel te danken aan uw leden. Ik noem met name meneer Bushoff. We doen dit samen. Meneer Bushoff is een grote trekker geweest. Uiteindelijk gaat het om een group effort ten behoeve van die patiënten. Er is een Lyme-expertisecentrum, waar we tussen 2017 en 2026 1 miljoen euro per jaar in investeren. Stichting Q- en C-support levert nazorg aan Q-koortspatiënten en aan postcovidpatiënten. Vorig jaar september is een Q-koortsambassadeur aangesteld om ook bezig te zijn met het belang van de patiënten en vanuit een neutrale rol, niet vanuit het ministerie, niet vanuit de Kamer, maar vanuit het ambassadeurschap op te komen voor de patiënten.

Ik hecht eraan te zeggen dat er daarnaast wereldwijd honderden onderzoeken

plaatsvinden naar postcovid. Nederlandse onderzoekers — ik ben er zelf mijn hele leven een geweest — werken altijd in internationale netwerken. Wij doen dat hier niet alleen in ons kleine landje. Wij werken altijd in internationale netwerken. Daar lopen onze onderzoekers bepaald niet in achter. Dat zijn al met al ontzettend veel onderzoeken voor één specifieke ziekte, want zoals de Nederlandse patiënten intens lijden aan deze ziektebeelden, zijn er helaas over de hele wereld mensen die intens lijden aan deze ziektebeelden.

Voorzitter. Ik weet echter ook dat we er nog niet zijn en dat het nodig is om aandacht te blijven vragen voor deze groep. Uw leden hebben ook gezegd dat we geen onterechte hoop moeten bieden, maar we moeten wel hoop bieden waar het kan. We kunnen in ieder geval de zekerheid bieden dat wij er allemaal voor staan en net zolang zullen doorknoken tot we voor deze patiënten een oplossing hebben. Daarom blijven we samen met de patiënten, artsen en onderzoekers verkennen welke acties er nodig zijn, zodat patiënten, net als iedereen, zo dichtbij mogelijk de zorg en ondersteuning krijgen die hun passen.

Voorzitter. Ik wil in dat kader ook aandacht vragen voor beladen onderwerpen die leiden tot desinformatie, zoals ook is genoemd door een aantal van uw leden, en polarisatie en bedreigingen aan het adres van zorgprofessionals. Verpleegkundigen, artsen die zorg verlenen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en huisartsen krijgen soms te maken met agressie. Nou hoort woede bij rouw, dus tot op zekere hoogte kan een goede professional dat plaatsen, maar daar zit wel een grens. Die grens bewaken ook ik, Justitie en wij met z'n allen. Die grens moet heel helder zijn. Ik zie helaas steeds vaker op social media dat meningsverschillen over bijvoorbeeld behandelmethoden worden uitvergroot en dat wat als inhoudelijke discussie begint, uitmondt in bedreigingen en intimidatie van zorgprofessionals.

De heer Van Houwelingen heeft aandacht gevraagd voor bedreiging en intimidatie. Die zijn natuurlijk ten enenmale niet aan de orde voor de zorgprofessionals waar ik als minister voor sta. Die zijn wat mij betreft dus ontoelaatbaar.

Voorzitter. Dan ga ik in op de expertisecentra, het tweede blokje. De fractie van GroenLinks-Partij van de Arbeid en mevrouw Maeijer van de PVV hebben vragen gesteld over de expertisecentra.

De voorzitter:

Voordat u daarover begint: het lid Kostić heeft een vraag voor u.

Kamerlid Kostić (PvdD):

Ik waardeer de aardige woorden van de minister over zijn betrokkenheid bij de patiënten en dat hij het allerbeste voor ze wil, maar we hebben als Kamerleden allemaal direct contact met ze en ik kan u vertellen dat zij helaas niet blij zijn met de daadwerkelijke acties van de minister. Mijn vraag gaat over de budgetten waar de minister het over had, want het lijkt nu alsof er nog heel veel geld gaat naar onderzoek naar PAIS, terwijl we weten dat de financiering voor het onderzoek naar postcovid eigenlijk al bijna is afgelopen. Er wordt bezuinigd op C-support, met 70%. Zo zijn er een aantal dingen. Ik vraag de minister om daar open en eerlijk over te zijn. Er komen best keiharde

bezuinigingen en er is nog steeds geen uitzicht op goede financiering en geld voor een structurele aanpak van alle PAIS-ziektes.

Minister **Bruijn**:

Ik begrijp de vraag. Als u het goedvindt, kom ik daarop terug, in detail, maar niet op dit moment. Dan moet ik mijn hele volgorde gaan omdraaien. Ik beloof u dat ik daarop terugkom.

De **voorzitter**:

Ik heb het idee dat de onderwerpen die het lid Kostić noemt in de blokken allemaal geadresseerd worden.

Minister **Bruijn**:

Zeker.

De **voorzitter**:

Zullen we dan op de antwoorden wachten? Dan is het aan u om daar een vervolgvraag op te stellen. Dan houden we de orde even aan zoals de minister die voorstelt.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Natuurlijk, maar de minister begon zelf over de budgetten en voor het publiek leek het even alsof er nog allemaal geld op tafel lag voor PAIS. Ik wilde daar gewoon op inspelen, maar misschien komt het straks terug.

De **voorzitter**:

Helder.

Minister **Bruijn**:

Voorzitter. We beginnen even met de eerste resultaten uit de expertisecentra. Dat was de vraag van GroenLinks-Partij van de Arbeid en de PVV, van mevrouw Maeijer. Het is een mooie eerste stap, maar er zijn ook obstakels. Wat zijn de eerste resultaten en worden mensen die niet komen ook gezien? Dat zijn een aantal verschillende vragen rondom de expertisecentra, relevante vragen. De eerste postcovid-expertisecentra zijn nu een jaar open en inmiddels hebben zes van de zeven umc's zo'n expertisecentrum voor volwassenen. De artsen en onderzoekers die in die centra werken, werken hard om kennis en ervaring op te doen en te leren van alles. U vraagt naar de resultaten.

Een kort overzicht van wat we weten op dit moment. In die centra zijn inmiddels ruim 800 patiënten gezien. Die worden daar overigens gezien in de context van wetenschappelijk onderzoek. Ze zijn niet primair gericht op patiëntenzorg. Dan zouden ze ook veel ruimer moeten zijn. Daarom kunnen ook niet alle patiënten daar terecht. Artsen zien dat van die 800 patiënten 95 zogenaamde "post-extertionele malaise", PEM-klachten, hebben en een kleine 25% posturaal orthostatische tachycardiesyndroom, POTS. Dat gaat dus over hartschade, ook genoemd door een van uw leden. De gemiddelde leeftijd van de patiënten ligt rond de 50 jaar en het merendeel is vrouw.

Uit de eerste voorzichtige resultaten blijkt dat POTS — dat is de tachycardie, het hartprobleem — goed te behandelen is met een combinatie van zout water en steunkousen. Daar knappen de patiënten van op. Dat komt dus uit die expertisecentra.

Voor de behandeling van de PEM, dus die post-extertionele malaise — kortom, dat je je verschrikkelijk voelt als je je hebt ingespannen — zien artsen goede resultaten met adequate pacing — dat is een zelfhulpstrategie waarbij je activiteiten doseert en afstemt op je energieniveau — en het medicijn low dose naltrexon, LDN. Dat is ook al genoemd. Ook geven patiënten aan het fijn te vinden slechts één internist te hoeven zien. Dat zijn dus positieve resultaten van de expertisecentra.

Waarom, zo vraagt een aantal leden, is er geen structurele financiering voor de klinieken en expertisecentra? Ik heb ook gehoord dat de postcovidcentra gefinancierd moeten blijven en niet mogen stoppen, van andere leden. GroenLinks-PvdA en 50PLUS en de leden Dijk, Bikker, Van Dijk en Van Brenk hebben het hier eigenlijk allemaal over gehad. De vraag is hoe het met de langjarige financiering zit. Laat ik ten eerste zeggen dat ik de wens deel om de zorg voor deze groep patiënten zo optimaal mogelijk te organiseren. Dat doel hebben we natuurlijk allemaal. De expertisecentra hebben eenmalig extra financiële middelen gekregen voor een looptijd tot en met 2026 om te kunnen komen tot oprichting. Dat was een soort startsubsidie voor deze centra, die primair op onderzoek gericht zijn en niet op structurele grootschalige patiëntenzorg. Daar kom ik straks op.

Voor een groot deel van de zorg in de expertisecentra — dat onderzoek wordt namelijk gedaan aan de hand van patiënten — geldt dat eind 2026 kan worden gezien of en hoe die zorg in de reguliere bekostiging landt. Een aantal leden heeft er ook al aan gerefereerd dat we in de loop van 2026 evalueren wat de opbrengst is. Het is nu verder aan het veld om de handschoenen op te pakken en invulling te geven aan wat passende zorg is voor deze patiënten. Dat kan in de eerste, in de tweede of in de derde lijn zijn.

De voorzitter:

Ik dacht: maak even dit punt af, minister. Het hoeft niet het hele blokje te zijn, maar de expertisecentra in het geheel. Daarna kijk ik even. Anders gaan we vragen stellen waar wellicht het antwoord nog op komt.

Minister Bruijn:

Dat is goed, voorzitter. Het is onzeker of de expertisecentra in 2027 nog doorgaan. Dat was een vraag van het Kamerlid Ten Hove. Wetenschappelijk aantoonbare behandeling speelt een rol. Kan het ZIN iets zeggen over de onderzoeksopzet? Mensen wachten nog op veel resultaten van het onderzoek dat tot nu toe is gedaan in de expertisecentra, naast de resultaten die ik genoemd heb.

Dan ga ik naar de uitspraak van de Adviescommissie veelbelovende zorg van het Zorginstituut. We moeten namelijk kritisch kijken naar dat onderzoek; dat is ook in het belang van de patiënt. Dat hebben we dus gedaan. De uitspraak is dat het onderzoek naar medicijnen — dat zijn dus niet de opbrengsten waar ik het net over had, maar experimentele behandelingen — dat door de expertisecentra is opgezet niet tot een antwoord op de pakketvraag zal leiden. Dat is wat mij betreft geen kritiek op de expertisecentra. Je weet namelijk als je aan een onderzoek begint niet altijd, en vaak zelfs niet precies, hoe dat zal uitmonden. Daarom is onderzoekfinanciering ook altijd voor een aantal jaren. Je moet je dan opnieuw melden. Dan wordt er weer door experts gekeken of het doorgezet gaat worden. Zo heb ik ook mijn hele leven mijn eigen onderzoek moeten financieren, door het steeds weer aan te vragen.

Het is natuurlijk jammer dat dit stuk van het onderzoek door het Zorginstituut niet tot een antwoord op de pakketvraag zal leiden. Die vraag is: kan dit verzekerde zorg worden in het pakket, omdat het aantoonbaar helpt? Dat is jammer. Van de medicijnen die worden onderzocht, kan in dit onderzoek nu namelijk niet worden vastgesteld of ze werken. Ze kunnen dus op basis van dit onderzoek nog niet instromen in het pakket. Dat is nou eenmaal het systeem. We willen patiënten geen zorg geven waarvan niet in redelijkheid, statistisch en wetenschappelijk is aangetoond dat het werkt. Dat is de afspraak en die ligt vast in de Zorgverzekeringswet, die uw Kamer heeft vastgesteld.

Voorzitter. Bij wetenschappelijk onderzoek horen tegenslagen. Dat is vervelend, maar dat kunnen we niet veranderen. Dat geldt vooral wanneer we buiten de gebaande paden gaan, zoals we met deze centra doen. De expertisecentra hebben besloten dat de zorg voor postcovidpatiënten doorgaat in 2026. Daar is dus ook financiering voor. Ik ben blij dat we, zoals ik net gezegd heb, daarnaast ook heel veel leren. Dat doen we niet alleen binnen de expertisecentra, maar ook in andere lopende onderzoeken, bijvoorbeeld vanuit ZonMw of internationaal. De lessen uit de expertisecentra kunnen daaraan bijdragen. Uw leden hebben ook al bij herhaling gerefereerd aan het feit dat er internationaal 400 tot 500 studies lopen naar allerlei soorten geneesmiddelen voor PAIS-patiënten. We zijn dus niet in ons eentje bezig in Nederland. Daar wordt grootschalig onderzoek naar gedaan, gelukkig. Dat is ook belangrijk.

Nog even over de expertisecentra: ben ik bereid om de mogelijkheden te onderzoeken om de reikwijdte van de expertisecentra te verbreden van postcovid naar andere aandoeningen? Dat vroeg de heer Van Dijk van de SGP. Ik begrijp natuurlijk waar de vraag vandaan komt, maar het is belangrijk dat ook patiënten met andere PAIS, zoals Lyme, ME/CVS en Q-koorts, perspectief krijgen op voor hen passende zorg. Daarom stelt de heer Van Dijk die vraag natuurlijk ook.

Zoals ik al aangaf, ga ik als minister niet over de inhoud en de organisatie van de zorg, noch over de inhoud en de organisatie van wetenschappelijk onderzoek. Dat is namelijk aan het zorgveld. Het is aan hen om invulling te geven aan wat passende zorg is voor de patiënten in de eerste, de tweede of de derde lijn en aan hoe ze onderzoek willen opzetten. Ik begrijp van hen dat de zorg in de expertisecentra — ik zei het al — sterk is verknoopt met dat onderzoek. Het is wel belangrijk om ons dat te realiseren. Het zijn geen behandelcentra. Zo zijn ze ook niet bedoeld. Het zijn onderzoekscentra. Het is voor dat onderzoek wel noodzakelijk dat de groep heel duidelijk wordt afgebakend. Als je daar dus allerlei verschillende ziektebeelden door elkaar heen gaat onderzoeken, dan wordt, ook in mijn ervaring, dat onderzoek er voor de patiënt uiteindelijk zeker niet beter van. Dit zeg ik als antwoord op de vraag van de heer Van Dijk.

Op dezelfde manier verbindt het NLe, het Nederlands Lymeziekte-expertisecentrum, zorg en onderzoek met Lyme. Daar wordt dus afgebakend onderzoek gedaan naar patiënten met Lyme. Ik zou bijna het volgende zeggen. Het is al ingewikkeld genoeg als je het separaat onderzoekt. Laten we ze in ieder geval in dit stadium dus niet door elkaar heen mengen — in de wetenschap heet dat contamineren — omdat de kans dat daar iets gerichts uit komt waar de patiënt echt verder mee kan, waar de patiënt écht mee geholpen wordt, alleen maar kleiner wordt.

Het is in dit stadium niet voor de hand liggend om patiëntengroepen te vermengen, maar alle inzichten die nu worden opgedaan over zorg voor patiënten met postcovid of Lyme kunnen later natuurlijk wél — dat is ook de gedachte van de heer Van Dijk — van grote meerwaarde zijn voor patiënten met andere postinfectieuze aandoeningen. Met die uitgangsgedachte van de heer Van Dijk ben ik het natuurlijk eens.

Dan vraagt de heer Van Dijk ook: hoe kunnen we patiënten helpen die niet in staat zijn om naar de centra toe te komen? Helaas zijn die er. Op het Malieveld stonden heel veel stoelen, honderden stoelen, waar alleen maar een foto op geplakt was — dat was indrukwekkend — van patiënten die thuis, online, meekeken naar die manifestatie, omdat ze er zelf niet bij konden zijn. De jongedame die het had geïnitieerd en georganiseerd, kon er ook niet bij zijn. Zij was op een groot scherm, te zien vanuit haar bed, aanwezig. Dat was natuurlijk indrukwekkend. Ik was blij dat ze er in ieder geval op die manier bij konden zijn.

De heer Van Dijk vraagt hoe we de patiënten kunnen helpen die thuis geïmmobiliseerd in bed liggen, soms niet eens licht of geluid kunnen verdragen en zeker niet naar de huisarts kunnen, laat staan een expertisecentrum. Hij vraagt hoe we die kunnen bereiken en of we, bijvoorbeeld in samenwerking met gepensioneerde huisartsen, iets kunnen opzetten. Mij zijn ook signalen ter ore gekomen van mensen die zo zwaar zijn getroffen door een postinfectieuze aandoening dat ze aan het bed gebonden zijn en daardoor heel moeilijk terechtkunnen in de zorg. Voor deze mensen staat het hele leven stil. Dit moet ongelofelijk frustrerend zijn. Zoals we weten, is het soms ook niet met het leven verenigbaar. Ik ben het met de heer Van Dijk eens dat ook voor deze patiënten passende zorg hard nodig is.

In dat verband heb ik op het Malieveld gesproken met een aantal betrokken patiënten en met een huisarts, de heer Alfons Olde Loohuis. Ik wil hem toch echt noemen. Hij is een strijder aan het front. Hij is zeer betrokken bij deze patiënten en zoekt hen met regelmaat thuis op. Het zijn dit soort artsen en onderzoekers, met oog voor de patiënt, die het verschil maken. Weet dat ik vanuit mijn ministerie met diverse betrokken partijen in gesprek ben over specifiek deze problematiek: hoe bereiken we structureel de patiënten die hun huis niet uit kunnen komen vanwege deze ziekte? Onder meer door het PCNN — dat is het Post-COVID Netwerk Nederland — de Federatie Medisch Specialisten en C-support wordt hard gewerkt om alle reeds verworven inzichten over postcovid en andere postacute infectiesyndromen te delen. Zorgverleners en betrokken professionals overal in Nederland moeten hiervan op de hoogte zijn. We werken dus heel hard aan de kennisverspreiding, met name naar de eerste lijn. Daartoe is terecht opgeroepen door uw Kamer. Patiënten hebben ook baat bij die kennisverspreiding. Met nieuwe ziektebeelden duurt dat soms lang, maar er zit een enorme push achter, ook vanuit ons. Ik ben met de partijen in gesprek.

Ook vraagt de heer Van Dijk of er behandelingen zijn die al langere tijd met succes worden toegepast maar nog niet vergoed worden, zoals LDN, en of ik me ervoor inzet dat die breed beschikbaar komen. Ik deel de wens om de zorg voor deze groep patiënten zo optimaal mogelijk te organiseren. Voor een groot deel van de zorg in de expertisecentra geldt dat eind 2026 kan worden gezien of en hoe deze zorg aan

postcovidpatiënten in de reguliere bekostiging landt. We hebben het in maart over de begroting. Uw leden hebben daar ook al aan gerefereerd. Dat is de begroting van 2026. In 2026 zijn er middelen voor de postcovidcentra. Voor het experimentele deel, veelal de behandeling met medicatie zoals LDN, kan dat nog niet in 2026. Ik begrijp het ongeduld, maar ik hecht sterk aan het doorlopen van de reguliere procedures. Het is namelijk een zorgvuldig proces en we moeten eenduidigheid in het basispakket borgen. In eerste instantie is het aan professionals en verzekeraars om te beoordelen of de behandelingen vergoed kunnen worden vanuit het basispakket. Daar wordt dus heel hard aan gewerkt.

Ik heb nog een paar vragen in dit blokje, voorzitter. Als u eerst laat interrumperen, dan is dat natuurlijk prima.

De voorzitter:

Ik kijk even naar de leden. Wensen die nu te interrumperen?

Minister Bruijn:

Ik heb nog vier vragen te beantwoorden.

De voorzitter:

Dan onderbreek ik de minister en gaan we naar de vragen van de leden. Ik begin met een vraag van de heer Krul.

De heer Krul (CDA):

Ik sta nu voor de tweede keer op, want de minister geeft twee keer hetzelfde antwoord. Aan het begin van zijn blokje gaf hij hetzelfde antwoord als nu. Hij geeft namelijk terecht aan dat er voor het lopende jaar nog financiering is. Ook heeft hij vanuit zijn vorige leven een inkijkje gegeven in de werkwijze van een onderzoeker. De signalen die ons bereiken, zijn dat onderzoeksaanvragen al worden afgewezen in het lopende jaar, terwijl de financiering er eigenlijk nog is. Er wordt eigenlijk al gezegd: kom maar niet door met die onderzoeksaanvragen, want we weten niet of we er het jaar erop nog geld voor hebben. Met andere woorden, dat betekent dat er zelfs in het lopende jaar, waarin die financiering geborgd is, minder ruimte is voor onderzoek. Kan de minister dat bevestigen?

Minister Bruijn:

Het onderzoek naar postcovid dat via ZonMw door ons wordt bekostigd, is een vijfjarig programma dat loopt tot 2028. Dat gaat over 41 miljoen euro. Daarna is het natuurlijk weer kijken hoe, in welke omvang en in welke mate het onderzoek weer gefinancierd gaat worden. Op dit moment gaan we daar natuurlijk niet over.

De voorzitter:

De heer Krul heeft een vervolgvraag.

De heer Krul (CDA):

Ik kader 'm iets meer in. Stel dat een briljante wetenschapper als de heer Bruijn vandaag op de stoep staat bij een expertisecentrum met een geweldige onderzoeksopzet en aangeeft dat hij graag onderzoek zou willen doen. Ons bereiken echter de signalen dat men nu al zegt dat dat niet gaat. Ondanks dat ze nu wel financiering hebben, hebben ze

die het jaar erop misschien niet meer. Ik denk dat dat zonde zou zijn. Is de minister dat met ons eens? Moeten we daar niet iets mee?

Minister **Bruijn**:

Dat is ten eerste uiteindelijk een financiële vraag, die we natuurlijk in maart tijdens de begroting 2026 behandelen. U vraagt wat ik zelf zou doen als ik onderzoeker was. Ik zou bijvoorbeeld naar Horizon 2020 in Europa gaan, waar ook geld is voor onderzoek, ook voor dit onderzoek. Als ik specifiek zou willen weten hoe de nieren van deze patiënten worden getroffen, zou ik naar de Nierstichting gaan. Er wordt ook gesproken over hartschade; daarover heb ik het ook gehad. Dan zou ik naar de Hartstichting gaan. Kortom, er zijn buiten ZonMw en al helemaal buiten VWS ... Eigenlijk zijn wij er niet om onderzoek rechtstreeks te bekostigen. Je moet onderzoek ook niet afhankelijk maken van tijdelijke subsidies vanuit een ministerie. Daarom waren wij destijds ook terughoudend met de expertisecentra, maar goed. Kortom, de heer Bruijn zou zich maximaal inzetten om waar dan ook middelen te verwerven. Dat hoeft zeker niet alleen bij ZonMw te zijn. Maar nogmaals, de bekostiging voor het onderzoek bij ZonMw loopt tot 2028, die 41 miljoen. Ik ga niet over hoe dat geld wordt besteed. De afweging die door ZonMw wordt gemaakt om het ene onderzoek wel en het andere niet te financieren of om al heel veel van het geld in de beginperiode van de tijdspanne te investeren of juist later, is echt een zaak van ZonMw.

De heer **Jimmy Dijk** (SP):

De minister had het over de grote groep mensen die thuiszitten en het fysiek niet kunnen opbrengen om naar een expertisecentrum te gaan of misschien zelfs om zorg te vragen. Hij roemde de huisarts die op huisbezoek gaat bij deze mensen. Hij zei: ik ben hierover in gesprek. Dan zou ik graag willen weten of daar iets uitkomt wat een vaste structuur heeft en niet afhankelijk is van goede huisartsen die hier hart voor hebben en eigenlijk op eigen houtje iets aan het opzetten zijn. Vindt de minister dat er een structurele aanpak moet komen voor de mensen die nu thuiszitten, geen huisbezoek krijgen en niet in staat zijn om zelf ergens naartoe te gaan?

Minister **Bruijn**:

Natuurlijk vind ik dat. Ik ben het ook zeer met de heer Dijk eens dat dit niet wordt bereikt als het afhankelijk is van één pionier. Tegelijkertijd huldigen we die pionier wel dat hij dat werk heeft gedaan en het goede voorbeeld heeft gegeven. Hij laat zien dat het kan en inspireert zijn collega's ook. Ik ben daar nu dus over in gesprek — daar is de heer Olde Loohuis ook bij betrokken — met de betrokken partijen, zoals de huisartsen. Er stond in januari van dit jaar, deze maand dus, een heel mooi overzichtsartikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde — ik kan u dat eventueel nog doen toekomen — waarin de conclusie van de huidige stand van zaken was dat de eerste lijn bij de behandeling van deze patiënten het aangewezen eerste station is. Het gaat dan om de diagnose en therapie. Daar kan getrieerd worden, maar dan moeten wij wel zorgen dat de kennis daar ook aanwezig is. Dat is ook waar u op doelt. Dat geldt dus ook voor een huisarts die een patiënt thuis gaat bezoeken. We investeren daar dus ook middelen in. Ik kan de bedragen allemaal noemen, maar ik zal u er niet mee vermoeien. Naast dat ik daarover in gesprek ben, investeren we natuurlijk ook in die kennisverspreiding, om te beginnen in de eerste lijn. Dat gaat niet alleen over huisartsen, maar ook over ergotherapeuten en fysiotherapeuten. Dat doen we om die eerste lijn in stelling te brengen. Op dit moment is de stand van zaken in de medische wetenschap — ik ga ook af op de experts — dat de

eerste lijn ook de eerste opvanglaag moet zijn voor de patiënten en dat die beter moet worden toegerust, ook als het gaat om thuisbezoeken. Dat doet niet af aan en zegt verder niks over de enorme inspanning die huisartsen natuurlijk, ook op dit terrein, al leveren.

De voorzitter:

De heer Bushoff heeft op dit punt een vraag voor de minister.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

De minister schetst aan de ene kant de positieve bevindingen uit de expertisecentra. Aan de andere kant schetst hij ook wegen die waarschijnlijk niet leiden tot de gewenste resultaten, namelijk de verzekerde zorg als het gaat om de medicijnen die nu zijn onderzocht. Zijn die twee elementen niet juist twee dijken van argumenten die pleiten voor het openhouden van die expertisecentra? Aan de ene kant leveren ze namelijk positieve resultaten op. Aan de andere kant laten ze ook zien dat er nog meer onderzoek nodig is en er nog meer kennis opgedaan moet worden. Wat we nu over medicatie weten, leidt namelijk nog niet tot de gewenste resultaten.

Minister Bruijn:

Ik zou bijna zeggen: ja, natuurlijk. Het is daarom ook heel goed dat er heel veel onderzoek gedaan wordt. Het gaat dan om wereldwijd onderzoek; er lopen 400 tot 500 studies naar allerlei geneesmiddelen. Ook in Nederland lopen er studies. Maar het is natuurlijk een zaak van het medische veld, bestaande uit onderzoekers en hulpverleners, om te bepalen in wat voor infrastructuur dat gebeurt, waar dat gebeurt en door wie dat gebeurt. Die bepalen of dat in de derde lijn in een expertisecentrum gebeurt, in de eerste lijn bij de huisarts, of in een combinatie daarvan. Er wordt natuurlijk ook nog veel laboratoriumonderzoek gedaan naar hoe dit virus kan leiden tot zo'n disregulatie van je immuunsysteem dat je volledig invalide bent. Daar doen we natuurlijk ook moleculair onderzoek naar in de wereld. Er vindt ook veel uitwisseling van die kennis plaats in de wereld. Nederland zal zeker niet achteraan staan als het gaat om die kennis, zowel bij het brengen als bij het halen daarvan. Het korte antwoord is dus dat ik dat volledig deel. Maar het is niet aan mij om te bepalen in welke infrastructuur een bepaald onderzoek het best gedaan kan worden; dat is aan de onderzoekers. Zij worden gepeerreviewd door wetenschappelijke commissies van de organen die het geld ter beschikking stellen, en niet door mij.

De voorzitter:

Een vervolgvraag van de heer Bushoff.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Een deel van dit antwoord baart mij wel enigszins zorgen. Het geeft me een beetje een flashback naar 2023 en 2022, eigenlijk naar de aanloop van het tot stand komen van die expertisecentra. Ook toen wees iedereen naar elkaar: de politiek, de zorgverzekeraars en de zorg. Daar waren de patiënten niet mee geholpen. Vandaaruit is toen uiteindelijk gezegd: dan moet de politiek de verantwoordelijkheid nemen om niet zelf het onderzoek te doen en niet zelf die mensen te zien, maar in ieder geval de infrastructuur te bieden, zodat de academische ziekenhuizen en de onderzoekers die expertisecentra kunnen oprichten. Dat is eigenlijk wat we nu weer vragen: wijs niet naar elkaar, maar zorg ervoor

dat de infrastructuur om dat onderzoek te doen en om de patiënten te blijven zien, in stand wordt gehouden.

Minister **Bruijn**:

Het is dus aan de onderzoeksinstellingen, in dit geval de derdelijnsziekenhuizen, om te bepalen of zij deze vorm van onderzoek en deze infrastructuur nog geschikt vinden. Dat kan heel goed wel zo zijn. De heer Bushoff doelt, denk ik, vooral op de manier waarop we dat financieren. Daar gaan wij hier natuurlijk wel over met z'n allen — althans, voor een heel groot deel; er kan ook subsidie uit Europa komen. Dat is natuurlijk een zaak voor de begrotingsbespreking.

De **voorzitter**:

Meneer Bushoff, uw derde vraag.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ik ga toch mijn derde vraag aan dit onderwerp besteden. Het neigt wel heel erg naar: het is aan het zorgveld zelf om dit te organiseren. Natuurlijk spelen zij daar ook een rol in. Maar wat is nou juist de kracht van wat we hebben opgezet? Dat er een samenwerking is tussen het Post-COVID Netwerk Nederland, de NFU, de vertegenwoordigers van die academische ziekenhuizen, en het ministerie van VWS. Tijdens de werkbezoeken die ik heb afgelegd en de gesprekken die ik heb gevoerd met de NFU, met mensen van het ministerie, met de expertisecentra, met het Post-COVID Netwerk Nederland, zeggen ze allemaal: juist die samenwerking is zo ontzettend waardevol. Het zou zo zonde zijn als die nu knapt en we eigenlijk weer terug bij af zijn.

Minister **Bruijn**:

Dat bestrijd ik ook niet. Dat is dus aan die onderzoekers. Als dat hun conclusie is, dan staat het ze vrij om daar op die manier mee door te gaan. Er wordt ook heel veel covidonderzoek gedaan buiten de expertisecentra. Expertisecentra zijn in ieder geval geen behandelcentra voor de patiënten. Laten we dat dus vooral niet door elkaar halen. De patiënt is het beste af in de eerste lijn. Dat is niet in een expertisecentrum. Een expertisecentrum is voor onderzoek. Als de onderzoekers zeggen "wij willen deze infrastructuur behouden", dan staat dat ze vrij, los van hoe dat wordt bekostigd en door wie. Daar kunnen we bij de begroting over spreken. Dat geldt voor de hele zorg en de hele researchinfrastructuur. Dat geldt ook voor het laboratoriumonderzoek, de manier waarop je je laboratorium inricht en de spullen die je gebruikt. Dat is echt aan de onderzoekers.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Er is natuurlijk enorm veel overlap tussen de verschillende PAIS-ziektes. In die expertisecentra zijn postcovidpatiënten welkom, maar al die andere PAIS-patiënten niet, terwijl daar wel kennis wordt gebruikt die eerder opgedaan is met andere PAIS-ziekten, zoals ME/CVS. Vindt de minister het dan niet, net als wij, een beetje krom dat juist ME-patiënten daar niet welkom zijn en daar geen gebruik van kunnen maken, en dat die kennis niet ook voor hen en uiteindelijk voor het bredere zorgveld kan worden opgebouwd?

Minister **Bruijn**:

Die vraag is door de heer Van Dijk ook al gesteld, maar ik herhaal met plezier mijn

antwoord. Ik begrijp dat dat op het eerste gezicht krom is, zeker als je ervan uitgaat dat dit behandelcentra zouden zijn, maar dat zijn het niet. Het zijn onderzoekscentra. Het is al heel moeilijk om dit onderzoek te doen. Je moet patiënten een tijd volgen en op een bepaalde manier behandelen. Er moet een controlegroep bij zitten die niet of met een placebo wordt behandeld. Nou, ik zal niet in details treden, maar dat is ontzettend lastig. Het is tot nu toe dus ook voor een deel niet gelukt, ook niet in de expertisecentra. Dat zegt niet dat dat geen goede centra zijn, maar het is heel moeilijk. Als je verschillende patiëntengroepen door elkaar gaat halen in dat soort onderzoek, wordt het alleen maar veel moeilijker. Daarom hebben we ook een apart lyme-expertisecentrum, waar onderzoek naar lyme wordt gedaan. Laat ik het zo zeggen: ik begrijp heel goed dat die onderzoekers ervoor kiezen om zich te focussen op één groep en dat bijvoorbeeld de lymepatiënten in een ander expertisecentrum worden onderzocht.

Ik heb in antwoord op de vraag van de heer Van Dijk over dit onderwerp het volgende gezegd. De onderzoekers en hulpverleners zijn natuurlijk breed en holistisch georiënteerd. Een van de eerste dingen die zij, in mijn ervaring, ongetwijfeld zullen doen als hier bevindingen uitkomen, is zeggen: hé, er zijn ook ziektebeelden die hierop lijken; zou wat we hebben gevonden misschien daarvoor ook kunnen werken of zou die ziekte misschien via dezelfde mechanismen tot stand komen? Maar voor het onderzoek zelf begrijp ik heel goed dat er in dit stadium niet voor wordt gekozen om verschillende ziektebeelden door elkaar heen te onderzoeken in zo'n expertisecentrum. Ik begrijp wel de vraag van het lid Kostić.

De voorzitter:

Een vervolgvraag van het lid Kostić.

Kamerlid Kostić (PvdD):

Ik denk dat veel mensen thuis het gewoon niet begrijpen. Ik snap dat de minister heel erg in zijn vak zit, maar patiënten lopen ertegen aan dat zij steeds van het kastje naar de muur worden gestuurd, dat het allemaal versplinterd is en dat het zorgveld eigenlijk niet toegerust is op de vragen die zij hebben en de problemen waar zij tegen aanlopen. Die expertisecentra waren een hoop, een lichtje. Eén gedeelte van de groep kan daar terecht. Ik zoek gewoon wat minder technische vaktaal van de minister en wat meer meedenken met waar de mensen in de praktijk tegen aanlopen, zodat we echt even praktische stappen zetten. Kan de minister daarin meedenken?

Minister Bruijn:

Ik begrijp de vraag heel goed, want het is al snel technisch en ingewikkeld, maar daar ontkom ik niet helemaal aan als ik de vragen, zoals de vraag "waarom onderzoek je niet meerdere groepen patiënten in één expertisecentrum?", serieus wil beantwoorden.

Terug naar de patiënt. De laatste stand van zaken in het Nederlandse onderzoek is heel goed weergegeven in een artikel deze maand in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Wat staat daar over de patiënt? De PAIS-patiënten zijn op dit moment het beste af in de eerste lijn. Dat zijn dus de huisarts, de ergotherapeut en de fysiotherapeut. Wat doen wij daaraan? Daar doen wij veel aan. Ik heb het ook al uitgebreid gehad over die groepen. Wij ondersteunen ze met kennis. Wij zijn met ze in gesprek over hoe we dat gaan doen. Dat gaat natuurlijk niet snel genoeg, maar dat is wel de manier om de zorg dicht bij de patiënt te krijgen, want de huisarts zit dichterbij

dan een academisch ziekenhuis. Dat is ook de beste manier om de patiënt op te vangen en aandacht te geven. Het lid Kostić kan het daar niet mee eens zijn, maar dat is wel de stand van zaken op dit moment. Daar sta ik voor. Dat is gebaseerd op goed wetenschappelijk onderzoek dat wereldwijd gedaan is.

De patiënt moet primair naar de eerste lijn en kan van daaruit verder. Zo is het medische veld ook georganiseerd. Als die patiënt een bepaald orgaanprobleem blijkt te hebben binnen zijn ziekte, binnen PAIS, als er bijvoorbeeld een groot hartprobleem is, dan kan de patiënt naar de cardioloog. We hebben dus een holistische, brede eerste lijn voor de eerste opvang. We investeren enorm in kennis om de huisarts, ergotherapeut en fysiotherapeut te helpen. Ze hebben helaas tijd nodig om op sterkte te komen. Maar die werken zich helemaal uit de naad om dit te doen voor de patiënt. Dat is de lijn. Als de patiënt daarna hulp nodig heeft, kan hij verder naar de tweede en de derde lijn. Zo is de zorg voor iedereen in Nederland georganiseerd, en dat is zorg waar wij ons bepaald niet voor hoeven te schamen.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank aan de minister voor zijn introductiewoorden en zijn schets van het zorglandschap. Ik heb twee zorgen. De ene zorg betreft de manier waarop dit tot stand is gekomen, en dan denk ik ook aan de expertisecentra. We hebben heel lang gewacht omdat het ministerie telkens zei: "Wacht nou even op het veld. Als de universiteiten goed met elkaar overleggen en als de ziekenhuizen goed met elkaar overleggen, dan gaat dit wel tot stand komen, want dit is evident. Er is een patiëntengroep. Onderzoekers willen altijd onderzoeken bij een nieuwe ziekte. Dit gaat gebeuren." Maar het kwam niet van de grond. Als ik de ontwikkelingen en deze groep nu zie — ik hoor de minister verwijzen naar een Hartstichting en een Nierstichting — dan ben ik bang dat we binnen no time weer eenzelfde situatie hebben. Bezien vanuit de eerste onderzoekslogica is het immers volstrekt logisch dat het zou gaan ontstaan, maar de vorige keer hebben we gezien dat het niet gebeurt. Die andere zorg komt zo, maar ik hoor de minister hier graag eerst over.

Minister **Bruijn**:

Ik deel de gedachte van mevrouw Bikker, maar ik heb erbij gezegd dat de expertisecentra op dit moment worden geëvalueerd. Ik denk dat dat heel belangrijk is. We moeten ook kritisch kijken naar wat daar gebeurt en nagaan of de patiënt uiteindelijk het meeste heeft aan het onderzoek dat daar wordt gedaan. In de loop van dit jaar komen de opbrengsten van dat onderzoek, van die evaluatie, van die monitoring, en dan kunnen we deze discussie, denk ik, echt goed met elkaar voeren. Dat staat los van de financiële discussie, die natuurlijk bij de begroting thuishoort, maar daar heb ik mevrouw Bikker nu niet direct over gehoord. Dat speelt wel mee, maar juist uit respect voor de patiënt en voor de ziekte moeten we de stappen wel zorgvuldig zetten. Dat is heel vervelend, want dat kost tijd, maar dat is bij heel veel ziektebeelden zo. Dat is ook voor de dokters, de verpleegkundigen en andere zorgverleners en voor de onderzoekers heel frustrerend, maar die tijd hebben we wel nodig. De expertisecentra worden in ieder geval in 2026 nog bekostigd. In de loop van dit jaar gaan we de evaluatie doen en zien wat daar uitkomt en dan spreken we elkaar weer.

De **voorzitter**:

De tweede zorg van mevrouw Bikker.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ja, voorzitter. Dat kan ook "het paard achter de wagen spannen" worden. En waarom? Dan hebben we die evaluatie en dan praten we daar met elkaar over. Vervolgens heeft deze Kamer daarover nog gedachten en heeft deze minister of zijn opvolger daar nog een aantal gedachten over. De vraag wat dat financieel betekent ligt dan alweer voor bij de augustusbesluitvorming. Dan zitten we al in de tweede helft van 2026 voordat de knoop definitief is doorgehakt, en voor je het weet ben je alles opnieuw aan het opzetten. Dus wat betreft mijn eerste zorg: ik ben bang dat we dan te laat zijn en dat het paard achter de wagen wordt gespannen.

Mijn tweede zorg is dat we de patiënten ondertussen naar de eerste lijn verwijzen, naar de huisartsen. En wat hoor ik terug van patiënten? Zij krijgen heel veel goede adviezen: hoe kun je omgaan met je lagere energieniveau, hoe voorkom je dat je PEM krijgt, dat je volledig een vermoeidheidssyndroom meemaakt? Dat is helemaal niet zo bij de behandelingen die de minister net schetste, als het gaat om je hart, als het gaat om de mogelijkheden van steunkousen. Al die dingen krijg je op dit moment niet bij de eerstelijnszorg.

De **voorzitter**:

Uw vraag?

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Mijn vraag en mijn zorg is dat op dit moment heel veel mensen wel naar de huisarts gaan, wel naar de ergotherapeut en wel naar de fysiotherapeut. Dat kost ze bakken energie, maar wat levert het ze op? En dat terwijl ze weten dat het elders net iets beter en net iets meer zou kunnen.

Minister **Bruijn**:

Ik deel de frustratie, maar ik kan hier geen beloftes doen die ik niet kan waarmaken. Ik kan dat niet doen als dokter en niet als wetenschapper, maar ook niet — en zo sta ik hier — als minister. Er wordt ongelooflijk hard gewerkt, door alle betrokkenen die we nu genoemd hebben, aan verbetering van die zorg. Er is een hele goede meta-analyse, om nog eens een moeilijk woord te gebruiken. Wat is nu precies de stand van zaken? Die is deze maand gepubliceerd. Ik heb vanmorgen een boek in ontvangst genomen over infectieziektenbestrijding. Ik houd het hier omhoog.

Dat is een boek van vandaag. Het is dus enorm actueel. Hierin valt te lezen dat de patiënt om te beginnen het allerbeste af is in de eerste lijn. Wil dat zeggen dat op dit moment alle patiënten in de eerste lijn ook goed worden ontvangen? Wil dat zeggen dat daar op dit moment alle kennis al is? Wil dat zeggen dat alle huisartsen ook al klaarstaan om de patiënt thuis te bezoeken? Nee, die garantie kan ik niet geven. Ik heb ook patiënten gesproken die daarmee worstelen. Dat is ook de reden dat we hier vandaag staan. Dat is ook de reden dat ik hier dagelijks mee bezig ben.

Ik sta dus geheel aan uw kant, maar het kost wel tijd. We investeren zelfs geld in het voorlichten van de huisartsen, de ergotherapeuten en de fysiotherapeuten; daar moet het gebeuren. Dat doen we omdat het inderdaad nog niet optimaal is. Dat is verschrikkelijk, maar het is niet zo dat we er niks aan doen. Het is ook niet zo dat ik de patiënten niet erken en herken, want daarom ben ik naar ze toe gegaan.

De **voorzitter**:

Ik kijk mevrouw Bikker indringend aan. Ja, mevrouw Bikker nog, met een vervolgvraag.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik stel deze vraag omdat ik gewoon weet dat echt duizenden mensen hiertegen aanlopen. Ik krijg namelijk mailtjes van mensen waarin zij schrijven: ik ga verhuizen om in ieder geval maar een andere huisarts te vinden, want ik kom er niet doorheen, ook bij het ziekenhuis niet. Ik heb een mailtje gekregen van een mevrouw uit Twente waarin zij schrijft: ieder expertisecentrum is voor mij te ver weg; HELP.

Minister **Bruijn**:

Precies.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Zij schrijft met hoofdletters: HELP. Ik geloof in wonderen, maar ik weet heel goed dat de minister die niet kan verrichten. Dat weet ik echt wel. Ik wil echter wel een verandering voor deze mensen. Als de expertisecentra een aantal behandelingen wél heeft voor een bepaalde groep, maar niet voor iedereen — daar moeten we ook eerlijk over zijn — dan moeten we wat mij betreft kijken hoe we dat kunnen verstevigen en borgen. Dan kom ik terug op mijn eerste zorg. We maken alles onzeker als we de evaluatie afwachten en te laat acteren. Ondertussen is de eerstelijnszorg niet op orde.

De **voorzitter**:

En uw vraag?

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Juist daarom vraag ik de minister: stel het een, die expertisecentra, nou in ieder geval voor nog een poosje zeker en ga ondertussen als de bliksem aan de slag om te zorgen dat de eerstelijnszorg op een beter kennisniveau komt.

Minister **Bruijn**:

Ik zal het niet te lang maken. De vraag over de expertisecentra en de bekostiging hoort bij de begroting, begin maart. Ik stel voor dat we die dan bespreken. Dan kunnen we die ook afwegen tegen andere posten in de begroting. Daar kan ik nu, zeker als demissionair minister, misschien enkele weken voor de wisseling, niet met goed fatsoen iets aan toevoegen. Daar kan ik geen uitspraak over doen. Dat zeg ik met alle sympathie die ik heb voor wat mevrouw Bikker zegt. De keuze zal zijn: ga je de bekostiging al verlengen voordat je weet of het ook echt de optimale infrastructuur is om het onderzoek te doen of doe je dat niet? Dan heb je namelijk inderdaad het risico dat je de zaak voortijdig afbreekt en misschien later toch denkt: hadden we het toch maar gedaan. Die discussie kunnen we in maart voeren. Dat zal ik dan ook heel graag doen, mocht ik hier dan nog uw minister zijn. En dan nogmaals over het verspreiden van kennis: wij investeren vrij fors — dat zijn behoorlijke bedragen, van tientallen miljoenen — in het verspreiden van de kennis die er is, onder andere naar de huisarts, maar ook naar andere zorgverleners. U kunt erop rekenen dat ik daarbovenop zit.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

De minister haalde Christel aan in zijn inleiding en dat raakte me. Daar wil ik hem voor bedanken. We praten echter over passende zorg. De minister heeft dat heel vaak

genoemd. Christel kon echter nergens terecht. Mijn vraag is: zou het nou niet mogelijk zijn om speciale spreekuren of speciale poli's specifiek voor PAIS-patiënten te realiseren?

Minister Bruijn:

Als u het over poli's heeft, heeft u het over de tweede of de derde lijn, niet over de huisartspraktijk. Tenminste, ik neem aan dat u het zo bedoelt. De expertisecentra zijn natuurlijk een vorm van polikliniek of een vorm van opvang voor een beperkte groep in het kader van een onderzoek. Die zijn er. Of die voortgezet moeten worden en of die de beste manier zijn om dat onderzoek te blijven doen, is aan de onderzoekers. De funding hebben we ook besproken. Dat is nog best een ingewikkeld onderwerp; daar ben ik het gewoon mee eens. Je wilt het geld namelijk ook niet in de verkeerde hoek investeren.

Het kan best zijn dat het onderzoek beter op een andere manier kan plaatsvinden. Alleen, de huidige stand van zaken is dat een patiënt met zo'n ellendig ziektebeeld het best opgevangen kan worden bij de huisarts en niet in een polikliniek in de tweede of derde lijn. Daar zijn onderzoekers en zorgverleners het over eens, in ieder geval blijkens het artikel van deze maand in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Daar wordt ongelooflijk hard aan gewerkt. Men is het echt eens: de eerste lijn is de beste eerste opvang. Dat is een polikliniek in het ziekenhuis dus niet, maar dat is de huisarts.

Mevrouw Van Brenk had het over Christel. Ik heb haar expres genoemd, omdat mevrouw Van Brenk de wanhoop zo goed onder woorden bracht. Helaas moest dat. Ik heb die wanhoop ook gezien in de ogen van patiënten die ik bezocht heb in Brabant en die ik gesproken heb op het Malieveld. Er zijn twee mogelijkheden. Ofwel Christel is nog mobiel en kan nog naar de dokter. Dan is de huisarts de meest nabije dokter. Dat is dus niet dat ziekenhuis met die polikliniek of het expertisecentrum, want dat ligt vaak op een grotere afstand. Daar is Christel dan het best mee geholpen voor de eerste opvang. Als Christel haar bed niet meer uit kan komen, dan — zo hebben we net besproken — geven we daar voorrang aan, prioriteit, om te zorgen dat Christel thuis bezocht kan worden. Daar heeft een pionier vanuit de huisartsenzorg de eerste stappen in gezet. We hebben hem ook gesproken, de heer Bushoff en ik, op het Malieveld. Nu gaan we dat uitrollen binnen die eerste lijn in de huisartsenzorg.

De voorzitter:

Mevrouw Van Brenk met een vervolgvraag.

Mevrouw Van Brenk (50PLUS):

We praten over heel veel mensen die dit betreft. Ik snap dat de huisarts dichtbij is en dat dat makkelijk is, maar die kennis is inderdaad lang niet overal voorradig. En we praten over meer dan 300 gemeentes en zo veel huisartsen; een veelvoud. Hoe gaan we nou zorgen dat mensen op een simpele en slimme manier daarover kunnen beschikken? En is C-support daar bijvoorbeeld een van de aanjagers in?

Minister Bruijn:

Dan loop ik het toch even langs, want daar doen we dus ongelooflijk veel aan. Laat ik er ook de bedragen bij noemen. In scholing en advies aan zorgprofessionals als huisartsen, het UWV via gemeenten, daar stoppen we 10 miljoen in. In de patiëntennazorg en -informatie 47 miljoen. Scholing en advies aan zorgprofessionals als

huisartsen, het UWV via — u noemde het — C-support: 10 miljoen. Dan hebben we biomedische kennis ontwikkelen over het ontstaan en verspreiden van ME/CVS via ZonMw: 33 miljoen. En kennis en expertise over diagnose, behandeling en optimaliseren, met de twee onderdelen kennisinfrastructuur Post-COVID Netwerk Nederland en het onderzoeksprogramma van diverse oproepen voor biomedisch en klinisch onderzoek naar postcovid: 41 miljoen. Tja, dat is wat we in financiële zin doen. Daarnaast ben ik dus ook in gesprek met de betrokken partijen, zoals ik eerder zei, om te kijken wat men nog meer nodig heeft.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik hoor de minister eigenlijk zeggen dat hij de discussie over de financiering wil parkeren tot maart en een eventueel besluit over de toekomst wil laten afhangen van een evaluatie die misschien medio dit jaar volgt. Wat mij dan toch wel puzzelt, is dat we signalen kregen, bijvoorbeeld in het gesprek dat wij afgelopen woensdag hadden, over dat er ook nu, op dit moment — want de expertisecentra zijn dit jaar gewoon nog open, met financiering — knelpunten zijn met het delen van de kennis die zij opdoen. Dat zou 'm dan zitten in de beleidsregel voor innovatie, omdat die is ingesteld voor een tijdelijke pilot, dus niet voor structurele zorg en voor het verzamelen van wetenschappelijk bewijs. Dat was wat een van de artsen daar meegaf, evenals dat dat een belemmering is voor het delen van de kennis die zij nu opdoen in onderzoek. Dus het delen van de kennis met het Zorginstituut. Herkent de minister dit geluid? En zo ja, wat voor actie is hij dan voornemens om daarop te ondernemen? Want het zou toch zonde zijn dat ook in het jaar waarin er nog financiering is en ze opengaan, dat een obstakel zou zijn voor het delen van de kennis?

Minister **Bruijn**:

Dat is een heel belangrijk onderwerp. Ik weet niet precies over welke beleidsregel dat gaat. Ik weet wel, omdat ik er al heel lang in werk, middenin zelfs, hoe het gaat als kennis wordt opgedaan in een onderzoeksetting en hoe die kennis, als ze ook relevant blijkt en significant is, zo snel mogelijk bij de patiënten komt. Maar daarvoor moet je dus wel over die drempels. Daar zijn structuren voor en daar is Nederland over het algemeen ook snel in, vanuit mijn eigen ervaring met andere landen vergeleken. Alleen moet het dus wel voldoen aan de eis dat de patiënt er ook beter van wordt en er iets aan heeft. We gaan niet iets aan een patiënt geven als niet redelijkerwijs volgens de standaarden die we hebben — en dat is gewoon gezond verstand; wetenschappelijk onderzoek is gezond verstand — is bewezen dat het werkt. Want, zoals ook door een van uw collega's is gezegd, een geneesmiddel kan ook bijwerkingen hebben. En dan hebben we het nog niet over de kosten. Dus aan geneesmiddelen die niet bewezen effectief zijn, gaan we patiënten niet blootstellen, en dat is maar goed ook. Daar hebben we een infrastructuur voor die deels ook is vastgelegd in de wetgeving die door uw huis, de Kamer, is vastgesteld.

De **voorzitter**:

Een vervolgvraag. Ik zit even te kijken of we dit blokje kunnen afronden. Een vervolgvraag op dit punt?

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ja, heel kort. Dat begrijp ik op zich. Alleen is dat iets anders dan de vraag die ik stelde. Die zag op het knelpunt daarvóór. Dat was in ieder geval mijn afdrank van het gesprek

dat wij hadden en waarbij wij, en volgens mij meerdere Kamerleden, aanwezig zijn geweest: dat er knelpunten werden gesignaleerd bij de overdracht van de kennis die nu wordt opgedaan. Als ik het goed heb begrepen, zou ik dat doodzonde vinden voor het jaar waarin we in ieder geval nog een lopende financiering hebben. Dat staat even los van de discussie over een eventueel vervolg.

Minister **Bruijn**:

Als er in een researchsetting kennis wordt opgedaan die voldoet aan de bewijsvoering, waarvan het dus duidelijk is dat patiënten daar beter van kunnen worden, is het natuurlijk geen goede zaak als die kennis niet in het medisch beroepenveld, bij welke hulpverlener die dan ook thuishoort, terechtkomt. Dat ben ik helemaal met mevrouw Maeijer eens. Op dit specifieke geval kan ik alleen niet ingaan, omdat het mij niet helemaal duidelijk is waar het over gaat. Ik heb die arts ook niet gesproken. Misschien kunnen we daar samen nog eens naar kijken, want dan is daar iets niet goed.

De heer **Jimmy Dijk** (SP):

Het voelt een beetje als een herhaling. Het voelt alsof ik dit debat vaker heb gevoerd, op dezelfde manier, met een minister die keer op keer door de Kamer op pad gestuurd moest worden. Ik wil het geen "onwil" noemen, maar het voelt dan toch een beetje alsof het van de minister tegen de zin is. Dan heb ik het over uw voorgangers. Ik begin hierover omdat het zo onnodig lijkt. Laten we het vergelijken met andere landen. Als we bijvoorbeeld heel simpel kijken naar wat Duitsland beter doet dan Nederland, zien we forse nationale onderzoeksfinanciering voor langdurig onderzoek, namelijk 500 miljoen voor tien jaar. Er werden vroeg en snel scherpe richtlijnen en zorgstructuren ingericht. Dat was heel snel. Bij al deze dingen was er snellere klinische innovatie en behandeltrajecten, en betere patiëntbetrokkenheid. Dan bespeur ik toch wel dat er vanuit het kabinet constant een soort onwil is, wat enorme vertraging oplevert, terwijl de Kamer zegt dat we meer moeten investeren in onderzoeken en daar meer aan moeten gaan doen. Wat leert u van Duitsland?

Minister **Bruijn**:

Heel veel. Ik had vorige week nog de Duitse ambassadeur bij mij uitgenodigd om hierover te spreken en ervan te leren. Dat gesprek ging niet specifiek alleen over deze patiëntengroep, maar ook over het hele zorgstelsel en over de wetenschap. We kunnen van elkaar veel leren. Er wordt zeer intensief samengewerkt — daarover kan ik uit de eerste hand getuigen — niet alleen met Duitse onderzoekers, maar met onderzoekers uit de hele wereld. Maar we werken ook zeker samen met Duitsland, want daar wordt goed onderzoek gedaan. Er wordt intensief samengewerkt om van elkaar te leren, om dingen niet dubbel te doen en om daar samen in op te trekken. De hele onderzoeksinfrastructuur is op die manier georganiseerd. Van de onderzoeker tot aan de minister is er met Duitsland intensief contact. Nogmaals, vorige week had ik de ambassadeur op bezoek. Ik sta dus aan de kant van de heer Dijk: we kunnen inderdaad veel van Duitsland leren, en vice versa.

De **voorzitter**:

Een vervolgvraag van de heer Dijk.

De heer **Jimmy Dijk** (SP):

Het is mooi dat we daar veel van kunnen leren en dat de minister dat ook erkent. Het

verbaast me dan wel dat Nederland niet mee is gegaan in de vaart die Duitsland heeft gemaakt toen het ging over onderzoek naar en behandelmethoden van long covid, betrokkenheid van patiënten, eigenlijk de opsomming die ik net gaf. Dan zou ik toch zeggen dat hier een minister zit die zegt: Kamer, we horen u; we gaan inderdaad in die vaart mee.

Minister **Bruijn**:

Helaas zijn we zover nog niet. Als ik zeg dat we veel van elkaar kunnen leren — wij kunnen veel van hen leren en vice versa — dan heb ik het bijvoorbeeld over het feit dat in Duitsland bepaalde geneesmiddelen worden onderzocht en in Nederland andere geneesmiddelen. Het artikel over lidocaïne, dat overigens een observationele studie betrof, kwam uit een Nederlandse onderzoeksgroep en niet uit een Duitse. In Duitsland worden weer andere geneesmiddelen onderzocht. Dat geldt ook voor andere landen.

Gelukkig is de samenwerking tussen onderzoekers in de wereld, in ieder geval in de westerse wereld, zo intensief dat we goed kunnen zorgen dat we dingen niet dubbel doen, dat we veel van elkaar kunnen leren en dat er ook een uitwisseling is van die opbrengsten. Er is dus intensieve samenwerking. Dat heb ik mijn hele leven gelukkig ook al meegemaakt in het onderzoek. Dan kun je natuurlijk veel grotere stappen zetten. Stel je voor dat je dat niet hebt, en je gaat overal hetzelfde onderzoek doen en andere dingen allemaal niet onderzoeken; dat zou natuurlijk heel jammer of zelfs waardeloos zijn. Gelukkig wordt er dus intensief samengewerkt in de wetenschap, en dat is ook heel belangrijk. Ik ben het dus helemaal met de heer Dijk eens, maar dat we veel van elkaar leren, dat is in de wetenschap iedere dag het geval. Dat geldt zeker ook voor de goede relaties met Duitsland en voor die met wetenschappers in vele andere landen.

De **voorzitter**:

Zijn we hierbij dan ook bij het blokje onderzoek, minister?

Minister **Bruijn**:

Nee, voorzitter, want ik had nog vier vragen.

De **voorzitter**:

Ik dacht dat die wellicht al via de interrupties waren beantwoord.

Minister **Bruijn**:

Dan leg ik ze even onderop en dan kijken we op het eind of er nog vragen overblijven.

De **voorzitter**:

Dat lijkt me goed.

Minister **Bruijn**:

Dan ga ik naar het blokje onderzoek.

Mevrouw Bikker zei: "De kennis over postcovid moet echt omhoog." Ze bedoelde dat er meer kennis moet komen, denk ik, maar dat is een interpretatie van mij. "Wat gaat de minister daaraan doen?" Er is ruim 40 miljoen vrijgemaakt voor de vorming van een netwerk en een onderzoeksprogramma met als doel het vergroten en het delen van kennis en expertise over postcovid voor diagnose, behandeling en het optimaliseren van

de zorg voor de patiënten. Het programma postcovid loopt van 2023 tot en met 2028. Er zijn alleen al in Nederland 30 projecten gestart binnen dit programma. Er volgt nog onderzoek uit de laatste subsidierondes. We verwachten de meeste resultaten van lopend onderzoek binnen dit programma vanaf 2026. Ik zou dus willen zeggen: er is echt hoop dat er mooie resultaten uit komen waar de patiënt beter mee door het leven kan. Tegelijk wordt er niet alleen in Nederland onderzoek gedaan, maar wordt ook in Duitsland veel geld vrijgemaakt voor onderzoek naar postcovid, zoals de heer Dijk zeer terecht heeft aangehaald. Wereldwijd lopen er honderden onderzoeken naar postcovid, waarin ook allerlei verschillende geneesmiddelen worden getest. Dat wordt in dat artikel in het NTVG ook aangehaald. De Nederlandse patiënten zijn ook gebaat bij dat internationale onderzoek, want onderzoekers en artsen werken zó internationaal samen, dat het ook gedeeld wordt als er ergens iets uit komt. Kennis gaat dan ook over de landsgrenzen heen.

Mevrouw Bikker vroeg ook: hoe wordt in de gaten gehouden wat patiënten nodig hebben en is de minister bereid om daar onderzoek naar te doen? Het korte antwoord is natuurlijk: ja. Maar nogmaals, we hebben 40 miljoen voor de vorming van een netwerk en een onderzoeksprogramma met als doel het vergroten en delen van kennis en expertise voor diagnose, behandeling en het optimaliseren van zorg. In het postcovidprogramma van ZonMw, dat een aparte geldstroom heeft, zijn patiënten en de patiëntenorganisaties uitgebreid betrokken. Dit is ook een belangrijk onderdeel van het antwoord op de vraag van mevrouw Bikker. We betrekken de patiëntenorganisaties dus ook bij de keuzes van het onderzoek en bij het monitoren. Zowel bij de vormgeving van het onderzoeksprogramma als bij de inhoud en de beoordeling van de relevantie van de onderzoeksvoorstellen wordt de stem van de patiënten meegenomen. "Wij horen u, wij halen u er graag bij". Dat gebeurt dus ook. Het is heel belangrijk.

Patiënten maken ook deel uit van de programmacommissies, waar de projecten worden bekeken en waar wordt beslist over de vraag welke richting we met het onderzoek uit gaan. Patiëntenparticipatie is zelfs verplicht in dat onderzoek, voor zover dat binnen het onderzoeksprogramma wordt gefinancierd. Dus die eis stellen we gewoon.

De heer Bushoff vraagt of kennis breder toegankelijk moet worden, bijvoorbeeld via de eerstelijnszorg. Wat is er nodig om kennis breder toegankelijk te maken? Natuurlijk is dat van belang. Iedereen is het erover eens dat uiteindelijk alle postcovid- en alle PAIS-patiënten zorg moeten krijgen die ze nodig hebben. Dat noemen we "passende zorg". Ik kan me goed voorstellen dat dit in de eerste lijn is en dat de onderzoekers en zorgverleners op dit moment zeggen: de patiënt is daar het beste af. Natuurlijk moet die eerste lijn dan ook voldoende worden uitgerust, met kennis en met inzichten.

De afgelopen tijd heeft de opbouw van kennis, en ook de verspreiding daarvan, een enorme vlucht genomen, dankzij al die inspanningen van onderzoekers, verpleegkundigen, artsen, ergotherapeuten, fysiotherapeuten en vele anderen. Dat is echt goed nieuws; laten we dat niet vergeten. Onder meer Post-COVID Netwerk Nederland, de Federatie Medisch Specialisten en C-support werken heel hard om alle verworven inzichten over postcovid en andere PAIS te delen en te vatten in een medische richtlijn voor zorgverleners en de betrokken professionals overal in Nederland, zodat de patiënt ook weet waar de zorgverlener zich aan moet houden. Daar is ook een

vraag over gesteld. De patiënt kan er dan op rekenen dat de zorgverleners ook volgens die richtlijn moeten werken, zodat ze de aandoening herkennen, en dat ze ook weten hoe ze de patiënten het beste kunnen helpen. Bij het herkennen zit namelijk ook vaak nog een probleem, dat is ook aangehaald door uw leden. De herkenning van dat ziektebeeld is soms heel moeilijk. Dus daar werken we hard aan.

Dan een vraag van het Kamerlid Ten Hove van de Groep Markuszower: vanuit de Europese Commissie loopt nog onderzoek, moeten we daar niet op wachten? Op het woord "wachten" zou ik bijna al meteen "nee" antwoorden, na al deze interrupties. Wachten willen we zeker niet. Maar ik begrijp wel de vraag. Het ministerie van VWS financiert via ZonMw onderzoek voor 40 miljoen. Dat programma loopt tot en met 2028. Inderdaad loopt er ook internationaal veel onderzoek, bijvoorbeeld rondom multidisciplinaire zorg, trajecten voor mensen met postcovid, revalidatieprogramma's — heel belangrijk, de revalidatiesector — onderzoek naar verschillende geneesmiddelen, nationale richtlijnen die ik al genoemd heb, en er zijn dus inderdaad honderden trials. Dat zijn studies met groepen patiënten die groot genoeg zijn om conclusies te kunnen trekken, om statistische power te genereren, zeggen we dan. Die worden behandeld met een geneesmiddel. Een controlegroep krijgt een ander geneesmiddel, of niets of een placebo. Die groepen worden gevolgd en dan worden er conclusies getrokken over de verschillen. Dat is ontzettend belangrijk om patiënten straks de behandeling te kunnen geven die ook bewezen werkt. Dat zijn dus 400 studies. Het is de gouden standaard voor goed onderzoeksdesign.

Met de deelname van Nederlandse experts aan het Europese expertisenetwerk — dan hebben we het dus over Europa — zet ik in op meer Europese samenwerking rondom het uitwisselen en verbinden van opgedane kennis en uitgevoerd onderzoek. Dat Europese expertisenetwerk brengt nationale experts op het gebied van postcovid uit verschillende EU-landen samen. Dus ja, zeg ik tegen Kamerlid Ten Hove, er wordt intensief Europees samengewerkt. Maar we wachten niet. Het doel van het netwerk is om de aanpak te versterken door kennis en ervaring te delen tussen de lidstaten van de EU, en natuurlijk ook daarbuiten. Die samenwerking is van belang.

Dan de vraag van mevrouw Ten Hove: welke kansen en mogelijkheden worden gezien om inzichten vanuit Duitsland over te nemen? Ik denk dat ik die vraag al beantwoord heb. Ik zie mevrouw Ten Hove knikken, dus ik kan door.

Dan vroeg de heer Van Dijk: acht de minister het Nederlandse ambitieniveau toereikend, gezien de ernst van de problemen? Ik zou bijna zeggen: genoeg is het nooit, want de patiënten lijden zo verschrikkelijk, dat ik deze vraag eigenlijk altijd alleen maar met "nee" kan beantwoorden. Wij moeten daar dagelijks de schouders onder blijven zetten. Ik ben het wel met u eens dat we nog veel meer zouden kunnen leren over deze ziektes. Daarom financier ik 40 miljoen via ZonMw in dat onderzoek, dat nog steeds loopt. Er wordt ook wereldwijd onderzoek gedaan. Ja, het ambitieniveau is wereldwijd torenhoog, iets wat past bij de ernst en omvang van deze ziekte.

Dan de vraag van de heer Van Dijk over het onderzoek, over niet opnieuw het wiel uitvinden en over Duitsland. Ik denk dat we die vraag ook wel gehad hebben. Ik zie de heer Van Dijk ja knikken.

Dan de vraag van de heer Van Dijk over het betrekken van ervaringsdeskundigen. Dat zou niet structureel verankerd zijn in de zorgontwikkeling en -uitvoering. Hij vraagt of ik bereid ben om me daar sterk voor te maken. De patiënten en de patiëntenorganisaties zijn uitgebreid betrokken, dat hebben we met elkaar besproken. Dat is een belangrijk fundament voor dat onderzoek, ook voor mij. De patiënten moeten vooral meekijken, het gaat om de patiënt. Alleen de patiënt weet wat de patiënt meemaakt. Daarom is de betrokkenheid van de patiënt zelf essentieel. Zowel bij de vormgeving van het onderzoeksprogramma als de inhoud en de beoordeling zijn de patiënten betrokken. Ze maken deel uit van de programmacommissies en van het postcovidnetwerk Nederland. Er is vanuit mijn ministerie ook intensief contact met patiëntenorganisaties, met patiënten en met naasten van patiënten, ook door mijzelf, bijvoorbeeld met ouders van kinderen met postcovid. Daar werd ook aandacht voor gevraagd, en zeer terecht.

Dan een vraag van de leden Vervuurt en Maeijer: hoe zorgen we ervoor dat kennis die over postcovid is opgedaan, de afgelopen jaren, niet verdwijnt? Dat gaat dus over het omzetten van kennis die is opgedaan in de wetenschap en het implementeren ervan in de klinische praktijk. Ik denk dat ik dat wel besproken heb, maar ik kijk even naar mevrouw Maeijer en de heer Vervuurt of de wens is dat ik daar nog dieper op inga. Maar onze hele kennisinfrastructuur in de medische wereld is daarop gericht. Dat is ook het mooie van onze universitaire medische centra, die uniek zijn in de wereld. Daar gebeuren research, patiëntenzorg en onderwijs onder één dak. Dat is uniek. Het is ook uniek om daar te mogen werken.

Dan de vraag van de heer Vervuurt over patiënten die over de hele wereld worstelen met dezelfde klachten. Dat klopt. Hoe is de internationale en Europese samenwerking concreet doorgezet? Met de deelname van Nederlandse experts aan dat Europees expertisecentrum postcovid zet ik in op meer Europese samenwerking en dat netwerk brengt dus internationale experts bijeen. Neemt u van mij aan dat Nederlandse wetenschappers altijd, vanaf hun eerste dag, in internationale netwerken samenwerken. Ik kom weleens binnen in de kamer waarin mijn promovendi zitten en dan zijn ze met iemand anders aan het praten over een klein stukje van een molecuul. Als ik dan vraag waar die andere onderzoeker op deze planeet zit, weten ze dat soms niet eens, want ze schakelen gewoon heel snel. Het is allemaal kennisgedreven en gelukkig grensoverschrijdend in fysieke zin.

Voorzitter. Dan de overige ondersteuning van patiënten. Mevrouw Bikker vroeg: kent u een andere ziekte waarbij een groot deel van de patiënten niet gehoord wordt? Het is natuurlijk verschrikkelijk voor patiënten als zij zich niet erkend en herkend voelen door zorgverleners, omdat zorgverleners de diagnose soms niet of nauwelijks of moeilijk laat stellen. Maar dat is niet de schuld van de zorgverleners; het is namelijk gewoon een moeilijk herkenbaar ziektebeeld, dat soms ook nog eens moeilijk te onderscheiden is van andere ziektebeelden.

Het stond ook heel mooi in dat overzichtsartikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: de patiënt moet wel individueel beoordeeld worden, want geen twee patiënten zijn hetzelfde. Ze zijn soms dus moeilijk te erkennen en te herkennen. Er is nog geen duidelijke diagnostiek. De zorgverlener doet alles wat die kan, maar het is

natuurlijk verschrikkelijk voor de patiënt als die soms eindeloos tegen een muur aanloopt. Ik begrijp heel goed dat de patiënt dat zo beleeft. Daarom verspreiden we die kennis hard en snel en daarom sta ik hier ook, met inzet, omdat ik ook dat heel belangrijk vind.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik schrok er wel weer van toen ik hoorde en las dat 80% van de patiënten geen behandelaar tegenkomt met kennis van zaken. Dat is nu wel de situatie in de eerste lijn, terwijl ook in het net genoemde tijdschrift stond dat het het beste is om daar terecht te komen. Ik zou aan de minister willen vragen: als we nu langetermijnbeleid gaan maken, zouden we dan niet heel erg moeten sturen op dit percentage, opdat die 80% binnen no time 5% wordt of zo? Hoe heeft de minister voor ogen dat we die eerstelijns kennis stukken beter krijgen als we nu een langetermijnbeleid inrichten?

Minister **Bruijn**:

Ik ben het ten dele eens met mevrouw Bikker, maar ik ben het niet eens met haar term "lange termijn". Ik zou hier liever kortetermijnbeleid op willen maken. Daarom stoppen we daar ook veel in. Ik heb alle bedragen genoemd en alle kanalen waarlangs we die bedragen investeren. Dat is veel inspanning en ik ben in gesprek met alle betrokkenen over de verspreiding van die kennis. Dat moet ook in de bij- en nascholing gebeuren. Die kennis moet op alle manieren bij de hulpverleners komen.

De hulpverleners zelf willen dat ook graag. Het is ook niets nieuws. Er is bijvoorbeeld ieder jaar een hele grote bij- en nascholingsbijeenkomst van huisartsen in Leiden. Die worden continu bijgeschoold. Ik werd zelf ook continu bijgeschoold; nu misschien ook weer, door u. Dat is een heel belangrijk onderdeel van de medische wereld en ik denk ook dat dit op korte termijn beter moet. Ik zou er alleen geen langetermijnbeleid van willen maken, al moet het wel op lange termijn bestendig worden. Maar de kennis zal zich waarschijnlijk blijven vernieuwen en moet dus ook steeds zo snel mogelijk naar die hulpverleners toe.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Volgens mij is uit mijn eerdere interrupties wel duidelijk geworden hoeveel ongeduld ik wat dat betreft heb, omdat ik gewoon zie wat dit voor mensen in hun dagelijks leven betekent. Maar ik zie ook dat de nieuwe kennis die wordt opgedaan, tergend langzaam doorsijpelt naar de eerste lijn, en al helemaal naar UWV en bedrijfsartsen. Er is ook groot verschil. Juist daarom vind ik het zo belangrijk dat we in dit debat ... Ik heb van de onderhandelende partijen begrepen dat het lastig is om dingen over geld te zeggen. Dat snap ik, maar dit soort afspraken kunnen we volgens mij wel maken: over wat we nu doen en over hoe we bestendigen dat we al die kennis, ook als het gaat over kinderen bijvoorbeeld, zo snel mogelijk op de plek krijgen waarvan deze mensen veel meer hulp zouden moeten kunnen krijgen dan ze daar nu vinden.

Minister **Bruijn**:

Zeker. Ik sta er hetzelfde in als mevrouw Bikker als het gaat om de urgentie. Maar nogmaals, we stoppen ten eerste veel middelen in de verspreiding van kennis. Verspreiding van kennis is natuurlijk niet alleen een kwestie van geld. Het moet ook in de programma's voor de bij- en nascholing. We krijgen congressen, helemaal hierop gericht, waar hulpverleners en onderzoekers uit de hele wereld samenkomen. Dat is de

manier waarop we het altijd doen. Daar zit natuurlijk een enorme urgentie achter, want de patiënt moet zo snel mogelijk veel beter behandeld worden. Maar ik zeg er ook bij, en dat heb ik eerder gedetailleerd weergegeven, dat we ook vorderingen maken in de wereld wat betreft de kennis van PAIS. Er is hoop voor de patiënten.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dit is natuurlijk het blokje onderzoek. De minister noemde al dat er 40 miljoen aan onderzoeksgeld is voor onderzoeksprogramma's die nog lopen tot 2028. Dat is hartstikke mooi. Laten we hopen dat daar goede resultaten uit komen. Tegelijkertijd is er dan geen geld meer beschikbaar voor nieuw onderzoek, als er nog nieuwe aanvragen zouden komen. Zou het niet zinvol zijn om toch op korte termijn te inventariseren bij welk aanvullend onderzoek Nederland gebaat is en op basis daarvan vervolgens conclusies te trekken over hoeveel geld er nog nodig is voor de lange termijn en meerjarig vervolgonderzoek?

Minister **Bruijn**:

De onderzoekers in Nederland en daarbuiten kijken natuurlijk altijd wat voor additioneel onderzoek of vervolgonderzoek er kan plaatsvinden. Zo zijn de onderzoekers ook opgevoed. Ze zijn eager en creatief genoeg om dat te doen. Dat gebeurt dus vanzelf, bottom-up, zou ik bijna zeggen. Het is wel aan de subsidiërende instanties om te bepalen welk onderzoek zo kansrijk is dat het ook verstandig is om de middelen daarvoor in te zetten, in plaats van voor ander onderzoek. Daar ga ik niet over. Dat doen de programmacommissies, waar ook de patiënten in meedraaien. Dat is heel belangrijk. We hebben daar dus een goed systeem voor, waarin aan het begin van het onderzoek kritisch wordt gekeken. De discussie over de omvang van de budgetten kunnen we bij de begroting voeren, want dan moet het ook meteen op de goede plek gebeuren. Een patiënt heeft er namelijk niks aan als we daarover praten, maar geen conclusies met elkaar kunnen trekken.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Heel kort. Er loopt nu onderzoek, maar gegeven de methodiek die de minister schetste, is de bottomline zo meteen nog steeds dat er geen geld is voor nieuw onderzoek. Het zou best zinvol kunnen zijn als dat geld wel beschikbaar komt. Als de pot met geld leeg is, hebben de instanties die het onderzoeksgeld verdelen, überhaupt niet de mogelijkheid om geld te verdelen. Dat is een conclusie die we toch wel kunnen trekken.

Minister **Bruijn**:

Ik zou die discussie echt zorgvuldig willen voeren. Je kunt iedere euro maar één keer uitgeven, dus als we zeggen dat het geld bijvoorbeeld naar de expertisecentra gaat, dan gaat het niet via ZonMw naar meer fundamenteel onderzoek naar postcovid. De vraag in welk onderzoek je het geld investeert en in wat voor infrastructuur en in welke lijn dat terecht komt, is vaak een heel moeilijk te beantwoorden vraag, die we heel zorgvuldig door de wetenschappers moeten laten beantwoorden. Dan moeten we hier met elkaar kijken hoe we het belastinggeld daarbij verdelen.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog.

Minister **Bruijn**:

Voorzitter. Dan kom ik bij een vraag van de leden Ten Hove en Maeijer. Welke mogelijkheden ziet de minister om mensen bij te staan in hun zoektocht naar hulp en passende zorg? Lukt het om de doelgroepen op de juiste manier te vinden? Voorlichting, patiëntvoorlichting, is voor die groep natuurlijk heel belangrijk. Die hebben we eigenlijk nog niet besproken. Daarom subsidiëren we de organisatie C-support. Zij voorzien in voorlichting aan de groep patiënten waar we het over hebben.

Dan een vraag van het lid Kostić over het medische schandaal dat PAIS is. Duitsland noemt het een gezondheids crisis. Kan de minister reflecteren op de verkeerde behandeling? Wil de minister het als gezondheids crisis bestempelen? Is hij zoals Duitsland bereid om maatregelen te nemen? Ik ben eigenlijk al ingegaan op de relatie met Duitsland. Ik heb ook mijn eigen inzet daarbij geschetst. Ik ben ook in gesprek geweest met de ambassadeur en ben voornemens dat nogmaals te doen. Ik zie er geen meerwaarde in om dit als crisis te bestempelen. Ik zie een medisch probleem zoals we er meer hebben, alleen is dit een exceptioneel groot probleem, en voor de patiënten ook een verschrikkelijke situatie. Wij zetten ons in, en ik zet me dagelijks ook maximaal in, om dit probleem voor de patiënten op te lossen.

Voorzitter. Dan een vraag van de Partij voor de Dieren, D66, PVV, van lid Kostić, de heer Vervuurt en mevrouw Maeijer, over een samenhangende nationale strategie.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Ja, het is een beetje een verzuchting. Het is ook voor de minister goed om te weten dat er nog steeds geen enkele patiënt die nu meekijkt, blij is met de woorden van de minister. Maar goed, dat ter kennisgeving. Ik vraag me af hoe de minister beoordeelt dat een land als Duitsland dit als een serieuze gezondheids crisis ziet en niet alleen investeert in onderzoek, maar ook in de infrastructuur, in serieus geld voor een serieuze infrastructuur. Niet de minste professor hier in Nederland zegt: als je kijkt naar hoe de overheid decennialang is omgegaan met de behandeling van PAIS, hebben we eigenlijk te maken met een medisch-ethisch schandaal. Als de minister zegt dat hij het daar niet mee eens is, dan wil ik graag dat hij meer toelicht waarom hij daarvan afwijkt.

Minister **Bruijn**:

Ik heb me daar nog niet over uitgelaten. Ik heb gezegd dat ik dit niet als crisis zou willen bestempelen, maar als een groot medisch probleem dat we moeten oplossen en daar laat ik het bij. Wij staan hier voor een groep patiënten die verschrikkelijk lijden, die we helaas niet vandaag kunnen beloven dat ze morgen goed behandeld kunnen worden en zelfs niet dat elke dokter de ziekte goed zal kunnen diagnosticeren. We kunnen wel zeggen dat we ons daar maximaal voor inzetten — dat geldt ook voor mij — en dat we in gesprek zijn met Duitsland, van de onderzoekers tot en met de minister en de ambassadeur, om te kijken wat we van elkaar kunnen leren, of we onderzoek kunnen ontdubbelen en hoe de infrastructuur in elkaar zit. Als je het onderzoek wilt vergelijken tussen landen, dan moet je niet alleen kijken naar euro's — dat is een inputparameter — maar moet je vooral kijken wat eruit komt.

Wij hebben ook in Nederland stappen gezet. We hebben observaties gedaan, we hebben opbrengsten. We hebben ook gezien dat sommige onderzoeken niet tot iets

leiden. Dat was onder andere een stukje van het onderzoek in de expertisecentra. Dat moet misschien anders, op een andere manier of in een andere infrastructuur. Dat hebben we besproken. Maar het is niet zo dat er geen stappen gezet worden en wij zullen ook niet rusten, van wetenschappers tot en met de minister, totdat hier een goede diagnostiek en behandeling zijn gevonden.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Ik begin me toch echt af te vragen wat nou precies de bedoeling van de minister is. Hij beantwoordt gewoon mijn vragen niet. Ik vraag hem om reflectie en hij blijft maar herhalen dat hij van alles doet en dat hij met Duitsland spreekt, maar dat is niet het antwoord op mijn fundamentele vragen over de beoordeling van hoe zwaar deze crisis is, deze situatie, dit probleem, en wat er in het verleden, tot nu toe, is gebeurd en nog steeds gebeurt, waar de patiënten tegenaanlopen. Daar zie ik geen fundamentele reflectie over. Ik ga toch maar één vraag stellen, die wel fundamenteel is, omdat de minister blijft herhalen dat hij echt alles doet, alles doet. Dan wil ik heel graag drie heel concrete dingen horen die deze minister heeft gedaan of nog gaat doen die echt het verschil gaan maken voor patiënten.

Minister **Bruijn**:

Ik ga hier geen lijstjes delen. De lijst is overigens vele malen langer dan drie onderwerpen. Ik heb de onderwerpen allemaal langsgelopen. U kunt ze in de Handelingen vinden. Als u dat wilt, voorzitter, zal ik het hele verhaal opnieuw houden.

De **voorzitter**:

Dat zou ik dus zelf niet willen voorstellen.

Minister **Bruijn**:

Wij investeren fors. Ik ben met de ambassadeur in gesprek, ik ben met de patiëntenorganisatie in gesprek, ik ben op het Malieveld geweest en ik ben in Brabant geweest. Wij investeren nu in totaal 188 miljoen, als je alles bij elkaar optelt, in onderzoek, kennisverspreiding en patiëntenzorg. Dat zijn zo drie dingen, om het laaghangend fruit maar te noemen. Ik begrijp heel goed dat de patiënt pas tevreden is als die kan opstaan en weer aan het werk kan gaan. Dat begrijp ik heel goed. Dat geldt voor heel veel ziektebeelden. Daarom werk ik al mijn hele leven met passie in de patiëntenzorg. Het is verschrikkelijk frustrerend, voor de patiënt voorop, maar ook voor ons, dat het soms heel moeilijk is om die weg af te leggen.

De **voorzitter**:

Tot slot, lid Kostić.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Poeh. Ik moet even zuchten. De minister vertelt van alles en nog wat, maar eigenlijk zegt hij "ik ben bij het PAIS-protest geweest", dat de zieke mensen nota bene zelf hebben moeten organiseren, en ik heb gesprekken gevoerd.

De **voorzitter**:

Wat is uw vraag?

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Verder zegt hij dat hij investeert. Hij heeft eigenlijk helemaal niets gedaan. Hij zegt dat hij wel investeert en dan vraag ik hem nog een keer — ik heb dat aan het begin al gevraagd — of het klopt dat er straks tot 70% wordt bezuinigd op C-support.

Minister **Bruijn**:

Wat er straks gebeurt, is aan het volgende kabinet. Die begroting hebben we nog helemaal niet. Over de begroting ... O, mevrouw Kostić is zo te zien niet tevreden met het antwoord, maar ik geef het toch maar even in alle zorgvuldigheid. De begroting voor 2026 gaan we met elkaar bespreken — daar gaan we twee hele dagen voor uittrekken — en de begroting voor 2027 is een begroting van het nieuwe kabinet. Die heb ik nog niet eens gezien, maar daar ga ik ook niet over. Dus of en waar bezuinigd wordt in de zorg, dat weet ik gewoon niet. Dat is het antwoord aan mevrouw Kostić. Aan het lid Kostić, excuus.

De **voorzitter**:

Kunnen we naar het blokje vaccinatie, minister?

Minister **Bruijn**:

Als de Kamerleden vinden dat alle onderwerpen op dit punt behandeld zijn, dan ga ik door naar het blokje vaccinatie.

De **voorzitter**:

Ja, graag.

Minister **Bruijn**:

Voorzitter, dan ga ik naar het blokje vaccinatie. Dat is een kleiner blokje, maar niet minder belangrijk. De heer Van Houwelingen vraagt: erkent de minister dat er niet alleen postcovid-, maar ook postvaxpatiënten zijn en is hij bereid om ook onderzoek naar postvax te subsidiëren? Laat ik vooropstellen dat het ontzettend naar is dat sommige mensen ernstige gezondheidsklachten hebben gekregen in de coronatijd, waarvan sommige kort nadat ze zich hadden laten vaccineren tegen het coronavirus. Het is niet wetenschappelijk bewezen dat coronavaccinaties die bijwerkingen of langdurige bijwerkingen veroorzaken. Daar wordt natuurlijk internationaal al heel lang veel onderzoek naar gedaan. Het gaat namelijk ook over andere vaccinaties.

Onderzoekers in Nederland kunnen bij ZonMw een aanvraag indienen voor een subsidie, als ze dat onderzoek zelf wensen te doen. Op basis van een objectieve beoordeling door deskundigen wordt een aanvraag dan wel of niet gehonoreerd. Ik vind het uiteraard belangrijk dat mensen die kampen met langdurige gezondheidsklachten, ook deze groep dus, passende zorg krijgen. Net als mensen met klachten na een coronabesmetting, kunnen mensen met langdurige klachten na een vaccinatie terecht bij C-support. Zij bieden onder andere ondersteuning bij het vinden van de juiste zorgverleners.

Ik heb nog een paar vragen van de heer Van Houwelingen.

De **voorzitter**:

Ik zie de heer Van Houwelingen, maar ik heb het gevoel dat u een heel blokje heeft,

minister. Kunnen we dat afmaken? Dan kijk ik daarna of alle vragen voldoende zijn beantwoord, meneer Van Houwelingen?

Minister **Bruijn**:

Ik heb nog twee vragen van de heer Van Houwelingen. Dan is dit blokje al klaar.

Erken ik onderzoeksbevindingen omtrent bijwerkingen van coronavaccins? En ben ik nog steeds van mening dat messenger-RNA-vaccins veilig en effectief zijn? Het vaccinatiebeleid is gestoeld op de onafhankelijke adviezen van de Gezondheidsraad, die zich baseert op de laatste stand van de wetenschap. Er is nog steeds brede wetenschappelijke consensus over het gegeven dat de voordelen van de coronavaccinatie opwegen tegen de kleine kans op bijwerkingen. Daar is brede consensus over. Alle coronavaccins die in Nederland worden ingezet zijn goedgekeurd door het Europees Geneesmiddelenbureau, het EMA. De vaccins zijn uitgebreid getest, ook op toxiciteit, en voldoen aan strenge veiligheidseisen. De kans op bijwerkingen is klein, maar kan nooit helemaal worden uitgesloten. Dit geldt niet alleen voor de coronavaccins, maar voor alle geneesmiddelen die worden toegelaten tot de Europese markt.

Ten slotte vraagt de heer Van Houwelingen of ik van mening ben dat Lareb data behoort te verschaffen. Voor de toehoorders: Lareb is een organisatie waar bijwerkingen worden gemeld. Ben ik van mening dat de data over die bijwerkingen verschaft moeten worden aan onderzoekers die de data nodig hebben om vast te stellen of de vaccinregistratie op orde is? Dat is de vraag van de heer Van Houwelingen. Lareb is een onafhankelijke stichting die zelfstandig onderzoek doet. Daar kan en wil ik geen invloed op uitoefenen. Zij publiceren ook op basis van hun data. Ik heb vertrouwen in de zorgvuldigheid van Lareb voor wat betreft hun omgang met verkregen data. Bijwerkingen worden openbaar gepubliceerd, ook op hun website. Ik kan, wil en ga niet sturen op de publicaties van Lareb of andere onafhankelijke instanties. Zo is dat nou eenmaal geregeld. Daar kan en wil ik dus geen invloed op uitoefenen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Allereerst dank voor de beantwoording. Ik wil het even scherp krijgen. Als ik de minister goed begrijp, dan zegt hij: iets als postvax bestaat niet. Maar er zijn wel allerlei artikelen over het postvaccinatiesyndroom. Ik heb die de minister ook voor dit debat opgestuurd. Hoe kan dat dan? Er zijn publicaties over. Dan is het toch iets wat bestaat, zou ik zeggen.

Minister **Bruijn**:

Of iets wel of niet bestaat? Die woorden heb ik helemaal niet in de mond genomen. Ik heb gezegd: alle behandelmethodes hebben bijwerkingen. Die kans is in het geval van vaccinaties extreem klein. Dat is de reden dat er wereldwijd gevaccineerd wordt en dat er consensus is. Als ik het meest recente leerboek erbij pak over infectieziektebestrijding — dat heb ik vanmorgen in ontvangst genomen — dan staat daarin dat vaccins vergeleken met andere geneesmiddelen extreem veilig zijn. Dat is de laatste stand van de wetenschap. Daar kan ik verder niks aan veranderen.

Ik kan overigens wel ingaan op hoe zo'n messenger-molecuul werkt. Dat maakt namelijk gebruik van de eiwitproductie in je cellen. Dat kan je DNA überhaupt niet aantasten. Ik

hoor u zuchten, voorzitter, maar het ging over bijscholing, en daar ga ik graag op in. Maar dat zijn dus echt hele mooie vaccins. Het is in ieder geval heel gevaarlijk om daar onnodig onrust over te zaaien in de wereld.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dit is toch wel interessant. De minister zegt: mRNA-vaccins — daar heb ik het ook over — zijn veilig; daar is brede consensus over. Dat is wat de minister zegt. Maar ik heb het volgende ook in Kamervragen gevraagd. Het is een niet te ontkennen feit — dat heb ik ook in mijn betoog gezegd — dat de Amerikaanse minister van Volksgezondheid, de collega van deze minister, expliciet heeft gezegd dat de risico's van de mRNA-luchtwegvaccins niet opwegen tegen de opbrengsten. Dat heeft het ministerie ook erkend in antwoord op Kamervragen. Hoe kan het dan zo zijn dat er brede consensus is, terwijl Amerika — dat is toch niet het minste land — daar blijkbaar niet bij hoort? Hoe reflecteert de minister daarop?

De **voorzitter**:

Het enige wat ik hierop wil zeggen, is dat ik wel graag bij het onderwerp postcovid wil blijven. Nu gaan we een heel andere route op, namelijk die van vaccinaties. Ik kijk de minister aan voor een kort antwoord hierop. Ik stel voor dat we op een ander moment over vaccinaties spreken.

Minister **Bruijn**:

De werking, grote meerwaarde en levensreddende werking van vaccins is in de medische wereld onomstreden. Dat wil niet zeggen dat ze nooit een bijwerking hebben. De meest onschuldige bijwerking is bijvoorbeeld dat je weleens een rood plekje hebt door een plaatselijke overgevoeligheid. Misschien heeft u die ook weleens gehad. Je kan er ook een beetje pijn in je bovenarm van krijgen. Dat kennen we allemaal, maar die bijwerkingen zijn zo gering dat er brede consensus in de wetenschappelijke medische wereld is dat dit dus gewoon moet gebeuren. In dit meest recente leerboek worden ze zelfs "extreem veilig" genoemd. Ik ga niet over de manier waarop politici in Amerika die wetenschappelijke data interpreteren en die ga ik ook niet recenseren.

De **voorzitter**:

De laatste vraag van de heer Van Houwelingen op dit punt.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ik vind dat bij dit debat horen, want we hebben het ook over het postvaccinatiesyndroom gehad.

De **voorzitter**:

U stelt uw vraag. Stel uw vraag.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Mijn vraag is de volgende. Ik vind het namelijk toch zorgelijk wat de minister hier zegt. Minister Kennedy beroept zich expliciet op zijn gezondheidsraad, die vol met wetenschappers zit. Dat heb ik ook in een Kamervraag genoemd. Ik begrijp dit echt niet, dus ik wil nogmaals het volgende vragen. De minister zegt dat er brede consensus bestaat, maar Amerika hoort er dus niet bij. De wetenschappelijke raad van Amerika,

waar minister Kennedy zich op baseert, zegt dat ook. Dat kan toch niet zomaar weggewoven worden?

De **voorzitter**:

Dat is dezelfde vraag. Ik kijk naar de minister.

Minister **Bruijn**:

Dan moet u die vraag daar gaan stellen.

De **voorzitter**:

Goed. Dit is het antwoord, meneer Van Houwelingen. Dit wordt de laatste vraag van u op dit punt.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dit wordt een nieuw punt, als ik een nieuwe vraag mag stellen. De minister heeft namelijk meerdere antwoorden gegeven.

De **voorzitter**:

Stel uw vraag.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dank u, voorzitter. Ik concludeer dus even af dat Amerika blijkbaar niet hoort bij de brede consensus waar de minister het over heeft. Ik herhaal dat nog een keer.

De **voorzitter**:

Stel uw vraag.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Mijn vervolgvraag gaat over Lareb, waar de minister net ook vragen over heeft beantwoord. Onderzoekers vragen data aan Lareb om te kunnen verifiëren of de coronavaccinregistratie op orde is. Ik heb dat ook in een Kamervraag benoemd. Die data zijn namelijk belangrijk om de effectiviteit en veiligheid van die vaccins te beoordelen. Lareb weigert om een hele specifieke dataset te geven. Ik heb daar geen antwoord op gehoord. Dat is mijn vraag aan de minister. Als ik minister van Volksgezondheid was, zou ik mij daar toch zorgen over maken. Ik zou me afvragen waarom die data niet aan onderzoekers gegeven worden.

De **voorzitter**:

Uw vraag is helder.

Minister **Bruijn**:

Lareb heeft mij nog nooit data geweigerd. De bijwerkingen van vaccins worden gemeld bij het bijwerkingencentrum Lareb. Lareb rapporteert hierover op de website en aan het CBG. Ook dit lees ik weer voor uit dit leerboek. Meer openbaar dan dat kan het niet zijn. Ik zou dus niet weten waar de zorg van de heer Van Houwelingen dan precies vandaan komt.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ik vind het moeilijk om te geloven, met alle respect voor de minister, dat hij deze vraag

niet begrijpt. Ik heb hem hier ook van tevoren over geïnformeerd. De minister is volgens mij zo slim. Ik heb hier meerdere Kamervragen over gesteld. Lareb heeft data en onderzoekers hebben die nodig. Die kunnen die dan koppelen aan CBS-data, om zo te kunnen bepalen en controleren of de vaccinregistratie op orde is geweest. In de wetenschap moet je ook kunnen controleren, toch? Onderzoekers willen die data, maar krijgen die niet. Lareb weigert die te geven aan die onderzoekers.

De voorzitter:

U stelt dezelfde vraag.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Maar ik krijg geen antwoord. Mijn vraag aan de minister is dus: zou hij niet moeten denken dat dit toch wel heel zorgelijk is? Hij is uiteindelijk verantwoordelijk voor Lareb. Zou hij niet op z'n minst tegen Lareb moeten zeggen: geef die data? Dat is mijn vraag. Dat is toch een duidelijke vraag, voorzitter?

Minister Bruijn:

Ik heb het antwoord al gegeven: ik wil en ga niet sturen op de publicaties van Lareb. Daar laat ik het bij. Het is een onafhankelijke organisatie.

De voorzitter:

We gaan naar het blokje overig. U kunt in uw tweede termijn verdergaan, meneer Van Houwelingen. U stelt drie keer dezelfde vraag en krijgt drie keer hetzelfde antwoord. Dat antwoord bevalt u niet, maar daar moet u het mee doen. Ik kan het ook niet mooier maken. We gaan naar het blokje overig en daarna gaan we nog luisteren naar de minister van SZW.

Minister Bruijn:

Het is het blokje andere belangrijke onderwerpen, voorzitter.

De voorzitter:

Andere belangrijke onderwerpen. Heel goed.

Minister Bruijn:

Kamerlid Ten Hove van de Groep Markuszower zei dat de doelgroep van de regeling voor zorgverleners en de uitvoering ervan niet goed aansluiten en vroeg welke trajecten er worden ingezet om omissies recht te trekken. Inmiddels is de uitvoering van de regeling afgerond. Alle aanvragen zijn beoordeeld. Bijna 1.200 zorgmedewerkers hebben de financiële ondersteuning ontvangen vanuit de overheid. De menselijke maat tijdens de uitvoering van de regeling stond daarbij voorop. De uitvoeringsorganisatie DUS-I heeft contact gezocht met alle aanvragers om tot een zorgvuldig besluit te komen. Daar waar nodig kan in specifieke gevallen ten gunste van de aanvrager worden afgeweken van de regeling. Dit met als doel om de ondersteuning te bieden aan de doelgroep waarvoor de regeling was bedoeld. Men is dus wel consequent aan het werk.

De heer Van Houwelingen vroeg of ik kan aangeven wat de totale inzet van ambulances door rapid responders en first responders was in 2024 en 2025 en of de zorgwekkende trend zich dus heeft doorgezet. Halverwege dit jaar verschijnen de cijfers van de ambulancesector over 2025 op de website van Ambulancezorg Nederland. Die hebben

we dus nog niet. Daarin zal ook het aantal inzetten door rapid responders staan. Zoals de vraagsteller al aangeeft, heb ik u in de brief van 15 september vorig jaar uitgebreid geïnformeerd over dit onderwerp, waarbij ook over de aantallen van 2024. De stijging van het totale aantal ambulance-inzetten — 13% sinds 2017 — wordt grotendeels veroorzaakt door een toename van mobiele zorgconsulten. Die kunnen goed worden geleverd door rapid responders, gespecialiseerde verpleegkundigen in solo-ambulances. Zij kunnen met hun aanvullende kennis, bevoegdheden en materialen bepaalde zorg zelfstandig bieden en afhandelen en dat is ook weer een vorm van passende zorg dicht bij de patiënt, namelijk bij de patiënt zelf.

Er is helaas geen landelijke registratie van het aantal inzetten van first responders, omdat dit zowel burgerhulpverleners als professionele hulpverleners zijn. Daarover kan ik dus geen betrouwbare cijfers geven of toelichten. Dat die getallen door de tijd heen fluctueren, kan ontzettend veel verschillende oorzaken hebben. Daar is geen analyse van en dat is ook bijna niet te doen.

Voorzitter. Dan een vraag van de heer Van Houwelingen: is het middel lidocaïne voor de behandeling van ernstige gevallen van corona, en wellicht ook postcovid, voldoende overwogen? In opdracht van VWS heeft het destijds ingestelde Adviespanel Innovatieve Behandelingen meerdere geneesmiddelen beoordeeld, waaronder ivermectine, hydroxychloroquine en lidocaïne. Destijds is vastgesteld dat het bewijs voor de effectiviteit van deze middelen als behandeling voor COVID-19 onvoldoende was. Dat is iedere keer weer diezelfde drempel waar we overheen moeten voordat we de patiënt gaan blootstellen aan een geneesmiddel. Zorgverzekeraars Nederland heeft de aanvraag ontvangen voor vergoeding van de behandeling met lidocaïne bij patiënten met postcovid vanuit de basisverzekering. Die wordt momenteel beoordeeld. De zorgverzekeraars moeten hierover beslissen omdat het een apotheekbereiding betreft en geen geregistreerd geneesmiddel.

Dan de vraag van de heer Van Houwelingen of ik bereid ben de vervolging door de inspectie van artsen in zijn naam stop te zetten die tijdens de coronaperiode ivermectine en hydroxychloroquine hebben voorgeschreven. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd voert haar werk onafhankelijk uit. Dat volgt ook uit de scheiding van politiek en toezicht; gelukkig. IGJ bepaalt in dat kader zelf of er aanleiding is om onderzoek te doen naar de handelingen van een zorgverlener. Ik ga mij daar als minister niet in mengen en dat past ook niet in het stelsel, want gelukkig is een inspectie onafhankelijk van wat ik wens of niet wens. Die onafhankelijkheid is ook vastgelegd in het Besluit taakuitoefening IGJ.

Dan vroeg de heer Van Houwelingen of ik van mening ben dat artsen publiekelijk, zonder risico op vervolging door de inspectie, het vermeende verband tussen klimaatverandering en gezondheidsproblemen mogen betwijfelen. Ik wil die vraag wel beantwoorden, op het gevaar af dat ik in strijd handel met artikel 18.5 van uw Reglement van Orde, dat over binnen de orde blijven gaat. Mijn ambtsvoorgangers en ik hebben in 2024 en 2025 in uitgebreide antwoorden op Kamervragen en meerdere keren in een verslag van een schriftelijk overleg antwoord gegeven op deze vraag. In de KNMG-gedragscode — dat is de vereniging van Nederlandse dokters, zullen we maar zeggen — is opgenomen dat artsen op basis van hun expertise en binnen de grenzen van hun

kennen en kunnen in vrijheid kunnen deelnemen aan het publieke en wetenschappelijke debat. In de eerdere antwoorden op de vragen van de heer Van Houwelingen is ook meermaals aangegeven dat een arts gemotiveerd van de gedragscode kan afwijken. Het is dus apply or explain. Dat geeft de arts vrijheid in het publieke en wetenschappelijke debat, die een arts ook moet hebben. Ik vind het daarnaast belangrijk om te benadrukken dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd haar werk onafhankelijk uitvoert, zoals al gezegd. De IGJ kan een passende interventie inzetten als zij risico zien voor de kwaliteit of de veiligheid van de zorg. De IGJ kan een arts niet strafrechtelijk vervolgen; dat is dus uitgesloten.

Dan vroeg de heer Van Houwelingen ook of ik van mening ben dat ziekenhuisbesturen zich zonder onderbouwing niet publiekelijk horen te distantiëren van feitelijke waarnemingen die hun artsen verrichten op de werkvloer. Het is natuurlijk aan de ziekenhuisbesturen zelf, onder intern toezicht van hun raden van toezicht, om zorgvuldig af te wegen of ze zich al dan niet distantiëren van uitspraken van hun medewerkers. Het externe toezicht gebeurt door de IGJ. Als zij zich van die uitspraken distantiëren, is het ook aan hen om dat wel of niet te onderbouwen. Zij staan onder intern toezicht van hun raden van toezicht en onder extern toezicht van de IGJ. Zo is dat geregeld. Het is niet aan mij als minister om daar iets van te vinden. Ik zie dat de heer Van Houwelingen het daar niet mee eens is, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dit is uw laatste interruptie, meneer Van Houwelingen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dank voor de beantwoording. Maar stel dat — dit is het geval waarvan u ook op de hoogte bent — een bestuur zich zonder enige onderbouwing distantieert van een waarneming van een arts. Daar hebben we het namelijk over. Is dat niet intimiderend voor die arts? Is dat niet gevaarlijk vanuit het principe van patiëntveiligheid? Zo'n arts durft dan natuurlijk geen waarnemingen meer te doen, omdat hij bang is dat het ziekenhuisbestuur daar dan zonder onderbouwing afstand van neemt. De arts krijgt alleen maar te horen: we willen niet dat je dat zegt.

Minister **Bruijn**:

Dat is allemaal een zaak voor de raad van toezicht.

Het lid Kostić vroeg of ik zie dat het probleem groter wordt als we oorzaken blijven negeren, dat infectieziekten toenemen, dat het een kwestie van tijd is voordat de vogelgriep ook op mensen overspringt en dat Nederland een tikkende tijdbom is. Op dit moment is de inschatting die experts maken van het risico van vogelgriep voor de volksgezondheid, want daar heb ik het natuurlijk over, nog steeds zeer laag. Vanmiddag heeft de minister van LVVN uw Kamer nog nader bijgepraat over de recente ontwikkelingen. Ook vanuit VWS houden we de situatie natuurlijk nauwlettend in de gaten.

Ten slotte kom ik bij een vraag van de heer Krul van het CDA. Hij stelt: onderbelicht lijkt onbegrip en het bestempelen van corona als hoax et cetera. Dat knakt mensen en het vertrouwen in zorg en overheid. Hoe ga ik desinformatie tegen en wat doe ik voor de erkenning van de ernst van de ziekte, die vaak verborgen blijft? Desinformatie is een

complex probleem waar geen kant-en-klare oplossing voor is. De staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport werkt aan een strategie voor de aanpak van mis- en desinformatie over gezondheidsonderwerpen. In november heeft zij uw Kamer over de eerste contouren van de strategie geïnformeerd. Focusgebieden zijn onder andere het verbeteren van informatieaanbod en het versterken van weerbaarheid tegen onjuiste informatie. Dat is een belangrijk onderwerp. Ook de juiste en betrouwbare informatie over ziekten is hier onderdeel van. Ik denk dat ik daarmee de vraag van de heer Krul beantwoord heb.

Er was nog één vraag van de heer Krul over de toezegging om met de driehoek van VWS, zorgverzekeraars en ziekenhuizen in gesprek te gaan. Vanuit VWS zijn we voortdurend in overleg met de andere twee partijen in die driehoek. Afgelopen maandag waren we nog met hen in gesprek over de voortgang van de expertisecentra. Ik was daar zelfs bij. O nee, dat was een ander overleg. Ik kan met een gerust hart toezeggen dat ik op de vragen van de heer Krul bevestigend kan antwoorden.

De voorzitter:

Toch wil de heer Krul daar een vervolgvraag over stellen. Was dit het laatste antwoord van de zijde van de minister? Meneer Krul, pardon.

De heer Krul (CDA):

Ik moet toegeven dat ik een paar seconden weg ben geweest. Als de vraag toen beantwoord is, dan spijt mij dat. Ik heb vragen gesteld over logeerszorg. Er zijn best wel veel particuliere initiatieven voor de groep die eigenlijk niet belastbaar genoeg is om naar een revalidatiecentrum te gaan omdat ze gewoon volledig bedlegerig zijn. Ik heb specifiek gevraagd aan de minister wat voor rol hij kan spelen in het beter ondersteunen van dat soort initiatieven en of hij ook een rol kan spelen als het bijvoorbeeld gaat om kennisdeling daar. Ik heb daar nog geen antwoord op gekregen.

De voorzitter:

Dat staat mij ook niet bij.

Minister Bruijn:

Nee, voorzitter, dat geldt ook voor mij. Ik heb natuurlijk een aantal vragen terzijde geschoven met instemming van uw Kamer. Als u het goedvindt, kom ik in de tweede termijn nog even specifiek terug op deze vraag.

De voorzitter:

Dat lijkt me goed. Mevrouw Maeijer, mist u ook een antwoord op een eerder gestelde vraag?

Mevrouw Maeijer (PVV):

Jazeker. Ik ben niet weg geweest, dus ik hoop dat ik niet heb zitten slapen. Ik heb nog aandacht gevraagd voor kinderen met postcovid. Ik heb ook een aantal vragen gesteld naar aanleiding van zorgen die ouders hebben geuit, namelijk dat er te weinig communicatie is over het ziektebeeld. Ik heb aan de minister gevraagd of hij voornemens is om hier specifiek op in te zetten, bijvoorbeeld bij de GGD, bij het consultatiebureau en ook op scholen.

Minister **Bruijn**:

Daarvoor geldt hetzelfde als voor de vragen van heer Krul: daar kom ik in de tweede termijn op terug.

De **voorzitter**:

Die noteren we voor de tweede termijn. Dan gaan we nu luisteren naar de beantwoording van de vragen die gesteld zijn aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Ik zou ook aan haar willen vragen wat de volgorde van haar antwoorden is. Wellicht heeft u gewoon één blokje, maar dan weten we dat. Het woord is aan de minister.

Minister **Paul**:

Voorzitter. Om daar direct op in te gaan: ik heb maar één blokje. Dat is dus heel overzichtelijk en simpel.

"Als opstaan en doorgaan niet vanzelfsprekend is." Dat aangrijpende zinnetje gebruikte de heer Van Dijk van de SGP. Als opstaan en doorgaan niet vanzelfsprekend is, wil je de zorg en de ondersteuning die je nodig hebt, maar volgens mij wil je bovenal gezien worden. Ik denk dat het daarom heel goed en belangrijk is dat we vanavond dit debat hebben. In de bijdragen van de leden in dit debat zijn er een paar vragen aan mij gesteld. Die wil ik nu graag beantwoorden.

Mevrouw Bikker van de ChristenUnie vroeg naar de acties om de werk- en inkomenssituatie van mensen met postcovid te verbeteren. De ondersteuning terug naar werk begint bij de bedrijfsarts, die in beeld brengt wat iemand nog kan. De beroepsgroep hanteert daarbij een leidraad die specifiek gericht is op herstel en re-integratie van werkenden met postcovid. Stichting C-support kan hier ook ondersteuning bij bieden. Mijn ministerie heeft hun daarvoor, specifiek voor hulp bij re-integratie, een subsidie gegeven.

Een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling door het UWV komt op een moment waarop mensen in een onzekere en kwetsbare situatie zitten. Je moet dan ook kunnen vertrouwen op het deskundig oordeel van UWV. Daarom werken UWV en verzekeringsartsen aan het vergroten van de kennis over aandoeningen als postcovid, zoals mevrouw Van Brenk van 50PLUS benoemde. Dit doen ze door de ontwikkeling van handreikingen en richtlijnen, en via bijscholing van professionals. De afgelopen tijd heeft de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde met financiële steun van het ministerie van SZW een handreiking voor postcovid ontwikkeld, die dit voorjaar wordt gepubliceerd. Daarna gaat de NVVG een wetenschappelijke richtlijn postcovid ontwikkelen die nog grondiger is, op basis van de beste en meest actuele wetenschappelijke inzichten. Deze acties moeten ervoor zorgen dat de beoordelingsverschillen tussen verzekeringsartsen tot een minimum worden beperkt. Hiermee wordt de schijnbare willekeur voorkomen. Dit zeg ik in reactie op de vraag van de heer Van Dijk van de SGP.

Inmiddels zien we dat de meeste mensen met postcovidklachten die een WIA-uitkering aanvragen ook daadwerkelijk een uitkering krijgen toegekend. Tot en met 2024 was dit 85%. Dit is inmiddels opgelopen tot 93% in 2025. Overigens loopt de ondersteuning bij

de re-integratie ook in de WIA door, door UWV dan wel de oud-werkgever. Er blijft dus te allen tijde aandacht voor de mogelijke terugkeer naar werk van mensen met postcovid.

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik kijk even naar de leden. Ik zag mevrouw Bikker al staan. U wijst allemaal heel vriendelijk naar elkaar. De heer Bushoff voor zijn vraag aan de minister.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Ik heb nog één vraag bewaard voor deze minister. Ik krijg heel veel berichten van mensen, vaak jongeren, die zeggen dat voor de Wajong — dat geldt ook de Wmo en Wlz, maar daar gaat deze minister niet over — het criterium "duurzaam arbeidsongeschikt" geldt, of als het over de zorgkant gaat het criterium "chronisch ziek" et cetera. Dat criterium wordt niet altijd geplakt op mensen met PAIS, waardoor ze niet in aanmerking komen voor die regeling. Herkent de minister deze signalen ook? Is de minister het ermee eens dat we dat moeten voorkomen? Want zolang er nog geen behandeling is, moeten we uitgaan van duurzame arbeidsongeschiktheid dan wel chronische ziekte.

Minister Paul:

Ik heb niet alle specifieke details paraat, maar ik denk dat het heel belangrijk is om, als die kennis er niet is en de juiste diagnose niet kan worden gesteld, of als daar te veel onduidelijkheid over is, te doen wat de heer Bushoff zegt. Wellicht dat ik er in tweede termijn iets concreter op terug kan komen, maar ik ben het met de heer Bushoff eens.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik wacht het antwoord op die vraag af in tweede termijn. Mijn andere vraag luidt als volgt. Ik krijg toch ook nog berichten, zelfs net nog, over bijvoorbeeld een jonge vrouw van 30 die helemaal niks meer kan en zelfs overweegt zich aan te melden voor euthanasie vanwege uitzichtloos lijden. Zij krijgt tegelijkertijd van de UWV-arts te horen: ik wil toch nog een keer een herkeuring doen; ik wil het toch nog een keer bekijken. Je ziet dat de moed iemand weer helemaal in de schoenen zinkt. Mijn vraag aan de minister is: zouden we voor deze groep niet iets kunnen doen waardoor zij een en ander wat makkelijker kunnen aantonen en in het geval van een herkeuring ergens heen kunnen waar in ieder geval iemand zit die heel veel kennis van zaken heeft? Men ziet er als een berg tegenop. De cijfers over personen bij wie het wordt toegekend, zijn inmiddels huizenhoog, dus de groep waar dit voor geldt, wordt steeds kleiner.

Minister Paul:

Dat klopt. Tegelijkertijd is het ook lastig om ervoor te zorgen ... Wat je het liefst wil, is dat elke UWV-arts over de juiste kennis beschikt om goed om te kunnen gaan met mensen die bij hen aankloppen, mensen die in de problemen zitten, mensen die kwetsbaar zijn. Ik zeg overigens ook richting mevrouw Bikker dat ik vind dat dat in den brede zo moet zijn. Mevrouw Bikker weet ongetwijfeld ook dat we op dit moment grote problemen hebben met de keuringsartsen, dat we een tekort aan keuringsartsen hebben en dat we dus heel hard werken aan het anders organiseren van het werk en het zorgen dat de kennis die daar nodig is, daar ook is. We werken aan een eenduidige

behandeling van mensen die bij de keuringsarts aankloppen. We moeten ervoor zorgen dat die eenduidige manier van werken ook zorgt voor de juiste behandeling en — hoe moet ik dat nou zeggen? — dat er geen sprake kan zijn van vermeende willekeur of dat het lijkt alsof je op de ene plek beter wordt geholpen dan op de andere plek. Dat betekent volgens mij dat we moeten doorpakken op de inspanningen die we nu hebben ingezet om te werken aan die kennisopbouw. Dat is helaas geen quick fix. Dat zou ik willen, maar het blijft uiteindelijk mensenwerk. Dat geldt ook voor die beoordeling door artsen. De beoordeling van het individu dat ze tegenover zich hebben, blijft maatwerk, mensenwerk. Ik zou niet weten hoe ik dat kan versnellen, anders dan door ervoor te zorgen dat alle kennis die er is en de meest actuele kennis die opgebouwd wordt, zo snel mogelijk wordt verspreid binnen de organisatie. Daar zetten we dus verschillende middelen voor in, van symposia tot handreikingen, richtlijnen en om- en bijscholing. Dat doen we online en fysiek. Al die zaken zetten we op dit moment in.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

De minister zei dat er dit jaar een handleiding komt. Wanneer is dat dan?

Minister **Paul**:

In het voorjaar, zei ik.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

O, sorry.

De **voorzitter**:

Ja, in het voorjaar.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

In het voorjaar, dat is mooi.

De **voorzitter**:

Goed. Ik begrijp dat daarmee ook de minister van SZW aan het einde van haar beantwoording is. Ik wil direct doorgaan met de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik nodig de heer Bushoff uit voor zijn bijdrage.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Ik begin gelijk met de moties.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat honderdduizenden mensen in Nederland lijden aan een postacuut infectiesyndroom (PAIS) en er voor veel patiënten nog geen plek is in de zorg waar zij geholpen kunnen worden;

overwegende dat een deel van de patiënten geholpen wordt in de postcovid-expertisecentra en hier belangrijke kennis wordt opgedaan waarmee op termijn mogelijk een grote groep patiënten geholpen kan worden;

overwegende dat belangrijke kennis en deskundigheid verloren zal gaan en er geen plek meer is voor honderdduizenden mensen die lijden aan PAIS als de expertisecentra niet ingebed worden in de reguliere zorgbekostiging, zoals de wetswijziging beoogde, dan wel in 2027 de deuren moeten sluiten;

verzoekt de regering te garanderen dat de postcovid-expertisecentra zo lang als nodig blijven voortbestaan en hun belangrijke werk op het gebied van studie, behandeling en diagnostiek kunnen voortzetten,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Bushoff, Bikker, Jimmy Dijk, Diederik van Dijk, Kostić, Dassen en Van Brenk.

Zij krijgt nr. 2242 (25295).

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering te komen tot een brede meerjarige aanpak van postacute infectiesyndromen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Bushoff, Bikker en Jimmy Dijk.

Zij krijgt nr. 2243 (25295).

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat honderdduizenden mensen in Nederland lijden aan een postacuut infectiesyndroom;

overwegende dat een groot deel van deze mensen als gevolg daarvan tijdelijk of langdurig niet kan werken en aangewezen is op zorg en/of inkomensondersteuning;

overwegende dat toegang tot het sociaal vangnet, zoals Wajong, WIA et cetera vereist dat er sprake is van langdurige en/of chronische ziekte dan wel duurzame arbeidsongeschiktheid;

overwegende dat door het gebrek aan kennis, een eenduidige definitie en adequate diagnostiek PAIS vaak niet als langdurige en/of chronische ziekte wordt erkend, terwijl de klachten ernstig en invaliderend kunnen zijn;

verzoekt de regering ervoor te zorgen dat het sociaal vangnet ook daadwerkelijk toegankelijk is voor mensen met PAIS, waarbij het criterium langdurig ziek, chronisch ziek of duurzaam arbeidsongeschikt passend wordt geïnterpreteerd en de toegang tot het sociaal vangnet niet beperkt,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Bushoff, Bikker en Jimmy Dijk.

Zij krijgt nr. 2244 (25295).

Dank u wel. We eindigen met de heer Dijk. Ik geef hem het woord. De heer Jimmy Dijk voor zijn tweede termijn.

De heer Jimmy Dijk (SP):

Dank u wel, voorzitter.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de groep zwaarst getroffen longcovidpatiënten niet terecht kan bij klinieken omdat zij hun huis niet uit kunnen;

overwegende dat juist deze groep passende en actieve zorg nodig heeft;

verzoekt de regering extra aandacht te besteden aan deze ernstig getroffen longcovidpatiënten en te zorgen voor een gespecialiseerd team dat deze mensen actief benadert, hen thuis bezoekt, samen met hen zoekt naar passende oplossingen en hiervoor specialistische expertise opbouwt,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Jimmy Dijk, Bushoff en Bikker.

Zij krijgt nr. 2245 (25295).

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat long covid een vastgestelde langdurige ziekte is;

constaterende dat mensen met long covid nog steeds buiten de boot vallen en een onjuiste arbeidsongeschiktheidsbeoordeling krijgen;

verzoekt de regering vóór de Voorjaarsnota met het UWV duidelijke richtlijnen voor

keuringsartsen te hebben opgesteld waardoor mensen met long covid een juiste beoordeling krijgen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Jimmy Dijk, Bushoff en Bikker.

Zij krijgt nr. 2246 (25295).

De heer Jimmy Dijk (SP):

Voorzitter. Ik had met de minister een klein interruptiedebatje over de situatie in Duitsland en over de financiering van grote onderzoeken en langlopende onderzoeken die daar worden gedaan. Ik heb het erover gehad dat ze daar eerder en sneller richtlijnen hebben ontwikkeld. Ik was even aan het nadenken over de beantwoording van de minister, maar ik heb eigenlijk vooral een uitleg en een soort samenvatting gehoord van hoe er samen wordt gewerkt, maar niet zozeer wat nou van Duitsland geleerd kan worden.

De voorzitter:

U vraagt de minister om daar in tweede termijn op te reflecteren. Ik help u even, meneer Dijk.

Mevrouw Bikker voor haar tweede termijn.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een drietal moties.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat met het ontstaan van circa 100.000 ernstig zieke postcovidpatiënten de langdurige impact van PAIS op het dagelijks leven en de samenleving prominenter is geworden;

overwegende dat ten aanzien van PAIS een langetermijnbeleid ontbreekt en slechts naar de korte termijn wordt gekeken;

overwegende dat in Duitsland een grootschalig, meerjarig initiatief is gelanceerd om long covid en PAIS aan te pakken, met miljoeneninvesteringen gericht op betere diagnostiek en behandeling;

verzoekt de regering in gesprek te gaan met Duitse partners over dit initiatief;

verzoekt de regering voorts dit als inspiratie te gebruiken voor een Nederlands langetermijnbeleid ten aanzien van PAIS, de verbetering van diagnostiek en behandeling, en de erkenning en impact van PAIS op de samenleving, en dit uiterlijk in de zomer 2026 naar de Kamer te sturen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Bikker, Van Brenk, Bushoff, Jimmy Dijk en Ten Hove.

Zij krijgt nr. 2247 (25295).

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat naar schatting 40.000 kinderen en jongeren in Nederland postcovid hebben maar dat zij uit beeld raken, met grote gevolgen voor hun toekomst;

verzoekt de regering de kinderen en jongeren met postcovid en andere PAIS niet te vergeten, en daartoe de kennis en erkenning van deze ziekten bij kinderen in het onderwijs en de (jeugd)zorg te vergroten,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Bikker, Van Brenk, Bushoff, Jimmy Dijk en Ten Hove.

Zij krijgt nr. 2248 (25295).

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de postcovid-expertisecentra meer kennis en kunde opleveren over passende behandelingen en medicijnen voor postcovid;

overwegende dat deze wetenschappelijke onderbouwing moeilijk op te bouwen is bij een nieuwe ziekte en bovendien een langdurig proces is;

verzoekt de regering zich er samen met de zorgverzekeraars, medisch-specialisten en huisartsen voor in te zetten om de opgedane kennis en kunde uit de expertisecentra op een verantwoorde wijze zo snel mogelijk toe te laten en te laten vergoeden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Bikker, Van Brenk, Bushoff en Jimmy Dijk.

Zij krijgt nr. 2249 (25295).

Nou, dank u wel. Dit is iemand die hier al een tijdje rondloopt. Dat maakt het moeilijk om voor te zitten! Ik kijk naar mevrouw Ten Hove, maar die ziet af van haar tweede termijn. Dan nodig ik de heer Van Houwelingen uit om naar het spreekgestoelte te komen voor zijn tweede termijn.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dank, voorzitter. Ik heb vier moties.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het onderscheid tussen postcovid en postvax lastig te maken is;

overwegende dat het belangrijk is onderzoek te verrichten naar beide ziektebeelden;

constaterende dat postcovidonderzoek wel en postvaxonderzoek niet gesubsidieerd wordt;

verzoekt de regering ook postvaxonderzoek te subsidiëren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van Houwelingen.

Zij krijgt nr. 2250 (25295).

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het van groot belang is, met name voor de volksgezondheid, dat artsen zich vrij kunnen uitspreken over problemen die ze zelf waarnemen op de werkvloer;

spreekt uit dat het onwenselijk is dat ziekenhuisbesturen zich publiekelijk en zonder onderbouwing distantiëren van feitelijke waarnemingen die hun artsen verrichten op de werkvloer,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van Houwelingen.

Zij krijgt nr. 2251 (25295).

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat voor onderzoek naar eventuele bijwerkingen van de coronavaccins een goede registratie van vaccins essentieel is;

constaterende dat er gegronde twijfels bestaan over de kwaliteit van de coronavaccinregistratie;

constaterende dat Lareb over data beschikt die hierover uitsluitsel zouden kunnen bieden, maar dat Lareb weigert deze data met onderzoekers te delen;

verzoekt de minister hierover in gesprek te gaan met Lareb en daarbij te escaleren indien noodzakelijk, met als doel de benodigde data door Lareb te laten aanleveren voor onderzoek naar de kwaliteit van de coronavaccinregistraties,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van Houwelingen.

Zij krijgt nr. 2252 (25295).

De heer Van Houwelingen (FVD):

Tot slot, voorzitter. Ik heb de motie speciaal voor D66 wat aangepast. Ik heb de moeilijke bijzin er deze keer uitgehaald.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

spreekt uit dat een (vermeende) consensus niet automatisch ook de waarheid is,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van Houwelingen.

Zij krijgt nr. 2253 (25295).

De heer Van Houwelingen (FVD):

Dank u, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik nodig het lid Kostić uit voor de bijdrage in tweede termijn.

Kamerlid Kostić (PvdD):

Ik zal niet nog een keer mijn teleurstelling over de minister uitspreken, maar overgaan tot actie. Ik heb de volgende moties.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering te bevorderen en faciliteren dat er naar voorbeeld van de richtlijn hiv zogenaamde levende medische richtlijnen voor long covid en andere PAIS tot stand komen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Kostić.

Zij krijgt nr. 2254 (25295).

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat PAIS-aandoeningen de samenleving jaarlijks miljarden euro's kosten door onder andere een verlies aan arbeidsproductiviteit en stijgende zorguitgaven;

constaterende dat patiënten met PAIS-ziekten nog steeds te maken hebben met onvoldoende erkenning, gebrekkige zorg en een schrijnend tekort aan effectieve ondersteuning;

overwegende dat het uitblijven van een samenhangende landelijke aanpak leidt tot niet alleen onnodig menselijk leed, maar ook vermijdbare economische kosten, terwijl tijdige investeringen juist kosten kunnen besparen;

verzoekt de regering om bij de begrotingskeuzes over investeringen in een structurele landelijke aanpak van PAIS expliciet mee te wegen dat investeringen in het voorkomen en behandelen van PAIS zich terugverdienen en juist miljarden aan kosten kunnen besparen;

verzoekt de regering de Kamer expliciet te informeren over hoe dit gewogen is bij de begroting,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Kostić.

Zij krijgt nr. 2255 (25295).

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering om een plan te maken voor samenhangende, structurele voorlichting en preventie rond PAIS, waaronder publieke informatie over het risico van postinfectieuze ziekten, de verbetering van ventilatie en luchtzuivering in publieke gebouwen, en algemene bronmaatregelen om het ontstaan en de verspreiding van zoönosen en infectieziektes te beperken om zo de instroom van nieuwe PAIS-gevallen te verminderen;

verzoekt de regering de Kamer hierover zo snel mogelijk te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Kostić.

Zij krijgt nr. 2256 (25295).

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik nodig de heer Krul uit voor zijn tweede termijn.

De heer **Krul** (CDA):

Voorzitter. Ik zal wat tijd overlaten, die dan weer terecht kan komen bij de collega's die net heel veel moties hebben ingediend. Ik dank de ministers voor het beantwoorden van de vragen, alhoewel ik één vraag open had staan. Het zijn er eigenlijk veel meer. Ik heb bijvoorbeeld ook gevraagd naar het aantal mensen dat op dit moment langdurig zorg en verblijf nodig heeft. Ik heb ook nog gevraagd aan de minister of het klopt dat er met loting gewerkt wordt en of er bij loting niet ook gekeken moet worden naar de ernst van de situatie. Ik heb eigenlijk best veel vragen gesteld die niet beantwoord zijn.

Ik heb ook nog een vraag gesteld over de logeerszorg. Er zijn ontzettend veel mensen die simpelweg niet belastbaar genoeg zijn om bijvoorbeeld naar een revalidatiecentrum te gaan. Er zijn particuliere initiatieven — de heer Dijk heeft daar een motie voor ingediend — maar er is meer mogelijk. Kan de minister toezeggen dat hij gaat kijken hoe hij dat vanuit zijn rol kan ondersteunen?

Voorzitter. Tot slot wil ik de mensen die dit debat gevolgd hebben, mensen die zelfs nu nog aanwezig zijn, danken. Het geeft blijk van hun onvermoeibare strijd. Dat klinkt heel gek, maar ik vind het heel bijzonder om te merken dat mensen die weinig kracht hebben, al hun kracht inzetten om op te komen voor zichzelf en voor hun lotgenoten. Ik hoop dat we kunnen werken aan hun perspectief.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van Brenk nodig ik uit voor haar tweede termijn.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):
Voorzitter. Eén motie.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat in Nederland naar schatting 650.000 mensen met een PAIS-aandoening leven, waarvan circa 100.000 met ernstige tot zeer ernstige beperkingen;

overwegende dat dit naast gezondheidseffecten en effecten op het sociale leven, ook effecten heeft op de inzetbaarheid op de arbeidsmarkt, wat tot grote negatieve inkomenseffecten kan leiden;

overwegende dat ervaren wordt dat bij artsen in het algemeen en keuringsartsen in het bijzonder de kennis over en erkenning van deze aandoeningen te wensen overlaat;

verzoekt de regering in het beleid op PAIS expliciet aandacht te hebben voor de gevolgen voor de inzetbaarheid op de arbeidsmarkt, de kennispositie van artsen en keuringsartsen van het UWV inzake PAIS en hierbij waar nodig intensief samen te werken met het ministerie van SZW,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van Brenk en Bikker.

Zij krijgt nr. 2257 (25295).

Dank u wel.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Voorzitter. Wij maken ons zorgen over de belasting van de huisartsen, want er wordt veel op het bordje van de huisarts gelegd. Ik krijg net het bericht door dat met name de oplossingen die de minister zelf heeft genoemd rondom steunkousen, water en zout, pacing enzovoort, door sommige huisartsen als controversieel worden gezien.

De **voorzitter**:

U vraagt daar een reactie van de minister op.

De heer Vervuurt voor zijn tweede termijn.

De heer **Vervuurt** (D66):

Voorzitter. Ook ik spreek mijn dank uit aan de bewindspersonen voor de antwoorden op de vragen. Ik heb één vraag naar aanleiding van de beantwoording door minister Bruijn. We hebben het heel veel gehad over expertisecentra en onderzoek; dat duurt lang. Dat weet ik zelf uit ervaring, en de minister weet dat ook. Daarbij is het dus wel zaak dat de kennis die er opgedaan wordt en de wetenschap die daar loopt, ook zo goed mogelijk terechtkomt waar hij moet landen. Daar hebben we het ook al over gehad; dat is bij

voorkeur in de eerste lijn, dicht bij huis. Ik zou graag aan de minister willen vragen op welke manier dat op dit moment gebeurt. Ik zie daarin ook een grote rol voor artsenkoepels en beroepsgroepen, en ik hoop dat de minister daar wat over kan toelichten. Misschien ziet hij ook ruimte om met deze mensen in gesprek te gaan over hoe we die kennis zo goed mogelijk laten landen.

Als laatste even een korte reflectie; ik sta hier wel met een knoop in mijn maag. Iedereen vindt dit heel erg lastig en het perspectief is ingewikkeld. Het is ook zaak dat wij ons blijven inzetten voor deze groep patiënten. Daar heb ik het eerder met mevrouw Bikker over gehad. We moeten hen niet vergeten. In dat kader zal ik in ieder geval met mijn fractie alle moties die zijn ingediend — ik heb er zelf geen ingediend — constructief kritisch benaderen. Dat verdienen deze patiënten.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan mevrouw Maeijer voor haar tweede termijn.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dank, voorzitter. Dank aan de ministers voor de beantwoording. De minister schuift de discussie over de toekomst van de centra en de financiering ervan naar een moment later dit jaar. Ik maak mij nog steeds zorgen over wat dit betekent voor dit jaar, nu de financiering nog loopt en de expertisecentra nog open zijn. Wij ontvangen nu signalen over knelpunten in de kennisdeling, over het vertrek van onderzoekers en over het niet-aannemen van nieuw onderzoek. Ik hoop dat dit jaar dan ook geen verloren jaar is. Ik wil het niet negatief formuleren, maar ik maak mij daar wel zorgen over. Ik hoop dat de minister deze zorgen deelt en oppakt.

Ik heb één motie.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat er zo'n 40.000 kinderen zijn met postcovid;

overwegende dat ouders aangeven dat het nog steeds ontbreekt aan communicatie en informatie over het ziektebeeld bij de GGD, het consultatiebureau en op scholen;

verzoekt de minister te bezien hoe hij, in overleg met het veld, kan voorzien in deze behoefte,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Maeijer.

Zij krijgt nr. 2258 (25295).

Dank u wel. Tot slot in de tweede termijn geef ik het woord aan de heer Bevers.

De heer **Beyers** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de bewindspersonen voor de uitgebreide beantwoording van de vragen. Het is goed dat wij lang en uitgebreid hebben gesproken vanavond. Dat was nodig. Laten we hier niet opnieuw tweeënhal jaar overheen laten gaan. Ik was me er eigenlijk onvoldoende van bewust dat het al zo lang geleden was. Mevrouw Bikker heeft daar in eerste termijn ook iets over gezegd. Ik sluit mij daarbij aan wil in onze procedurevergadering bekijken of wij wat regelmatigere overleg kunnen organiseren, in welke vorm dan ook, om de vinger aan de pols te houden. Dank voor alle verhalen die zijn toegestuurd. Dank voor uw aanwezigheid hier op de publieke tribune. Ik hoop oprecht, en dat is een grote wens, dat iedereen, hier aanwezig en thuis, die te maken krijgt met PAIS, zicht krijgt op een nieuw perspectief, op verbetering, hopelijk op oplossingen en perspectief op een uiteindelijk klachtenvrije toekomst.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik schors deze vergadering voor tien minuten. We gaan om 23.15 uur luisteren naar de beantwoording aan de zijde van het kabinet voor de tweede termijn. Er wordt tien minuten geschorst.

De vergadering wordt van 23.04 uur tot 23.15 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. We zitten hier vanavond bij elkaar om over postcovid te spreken. We gaan luisteren naar de beantwoording in de tweede termijn aan de zijde van het kabinet. Ik geef als eerste het woord aan minister Bruijn.

Minister **Bruijn**:

Dank u wel, voorzitter. Ik wil aan het begin van deze termijn toch ook echt even stilstaan bij waar het in dit debat nu echt om draait en dat is de patiënt. Want er worden veel technische vragen gesteld en dat is terecht natuurlijk, maar daarmee wordt het soms ook een technisch debat. Zoals ik al in mijn eerste termijn zei: ik ben blij dat we dit debat nu voeren en ik waardeer het enorm dat ook de patiënten en hun naasten op de tribune, die dit heel veel energie kost, hier nog steeds zitten. Ik snap vanuit het perspectief van de patiënt dat veel van de antwoorden die we geven niet bevredigend zijn. Maar ik heb van dichtbij gezien dat artsen en onderzoekers elke dag hard aan het werk zijn; dit alles in het belang van de patiënt. Dat geldt ook voor de Kamerleden en het geldt ook voor de medewerkers van mijn ministerie.

Voorzitter. Ik had een aantal vragen niet beantwoord. Ik heb wel gevraagd of ik dat blokje als afgerond mocht beschouwen, dus daar zat een klein misverstand. Het was niet mijn bedoeling om de vragen over te slaan. Het was onder andere een vraag van mevrouw Maeijer rondom kinderen: ouders geven aan dat er te weinig communicatie is. Ze noemde GGD'en en consultatiebureaus. Wij begrijpen heel goed dat die ziekte op verschillende aspecten van het leven een enorme impact heeft. Het raakt het werk, het raakt het contact met naasten en het gaat ook over onderwijs, vooral als het kinderen betreft, natuurlijk. Vanuit mijn ministerie sta ik in contact met andere ministeries, zoals Sociale Zaken, waarvan de minister ook aanwezig is, maar ook met Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en ook met andere partners, zoals bijvoorbeeld provincies, om hieraan

te werken en samen te kijken wat we kunnen doen voor deze groepen mensen, ook langs de lijnen die mevrouw Maeijer schetst. Ik vind de suggestie van mevrouw Maeijer om contact te zoeken bij de GGD'en en consultatiebureaus een hele goede. Ik zal nagaan of deze contacten er al zijn. Als ze er niet zijn, zeg ik toe dat ik me daarvoor inzet.

Dan een vraag van de heer Krul, van wie ik ook een aantal vragen, met instemming van de Kamer, terzijde had geschoven. Maar ik ga ze uiteraard graag behandelen. Een vraag ging over logeerszorg. Logeeropvang is als maatschappelijke voorziening voor volwassenen beschikbaar binnen de Wmo en voor jeugdigen ook via de Jeugdwet. Die tijdelijke vorm van opvang wordt ingezet om mantelzorgers te ontlasten. Het valt onder respijtzorg, het is vaak voor weekenden en vakanties. Het is aan te vragen bij de gemeente. Ook PAIS-patiënten kunnen deze soorten van logeervoorzieningen aanvragen. Het is dus een goede vraag en een belangrijk extra onderwerp dat we hiermee in het debat hebben kunnen brengen, dankzij de heer Krul.

Mevrouw Maeijer vroeg nog naar signalen over expertisecentra die knelpunten ervaren. Ze kwam met een specifiek voorbeeld. Ik herken dat specifieke signaal niet. Het ging om de beleidsregel waar mevrouw Maeijer naar vroeg. In het algemeen kan ik zeggen dat het principe van academische wetenschap juist kennisdeling is. Als daar knelpunten zijn in de samenwerking tussen partijen is dat zeer onwenselijk. Ik roep de betrokken partijen dan op om zich constructief op te stellen, voor zover dat nog nodig is, en om gewoon tot goede kennisdeling te komen, zoals ook gebruikelijk is in de wetenschappelijke wereld, zodat ze zo snel mogelijk zorgverleners over de laatste inzichten kunnen inlichten. Dit alles opdat het belang van de patiënt vooropstaat. Als ik daar als minister van VWS naast dit heldere signaal iets aan kan doen, dan doe ik dat graag, zeg ik tegen mevrouw Maeijer. Ik hoor graag van u de details over het signaal inzake de betreffende beleidsregel, mevrouw Maeijer. Ik herken dat nu dus zelf niet, maar ik kijk er graag met u naar. Dat is ook een toezegging.

Dan de heer Krul over het aantal aanmeldingen en het aanwijzen van een behandelplek. Er wordt geloot bij de expertisecentra. Ik zeg nogmaals: het doel van de expertisecentra is onderzoek doen en kennis verzamelen, uiteindelijk ten behoeve van alle patiënten. Maar de expertisecentra zelf zijn niet bedoeld als behandelcentra. Er wordt wel behandeld, maar dat is behandelonderzoek. Dat betekent ook dat het maken van een onderscheid tussen ernstig en niet ernstig letsel niet goed mogelijk is. Ook het trekken van een grens tussen zwaar en niet zwaar is ingewikkeld, omdat dat natuurlijk per patiënt heel sterk wisselt. Het is eigenlijk een spectrum, het zijn niet twee groepen. Dat is samen met de specialisten, medisch-ethici en patiëntenorganisaties in goed overleg zo besloten.

Het aanwijzen van een behandelplek gebeurt op basis van het postcodegebied, dus zo dicht mogelijk bij huis. Kinderen gaan daarbij alleen naar Amsterdam en Utrecht. Volwassenen gaan naar alle deelnemende universitair medisch centra.

Dan de vraag van de heer Krul hoeveel mensen met ernstige postcovid langdurige zorg nodig hebben, zoals zorg met verblijf. Hoeveel plaatsen voor langdurige zorg en verblijf zijn beschikbaar in Nederland en kunnen patiënten met postcovid daar gebruik van

maken? Het is mij, in alle eerlijkheid, niet bekend hoeveel personen met ernstige postcovid langdurige zorg nodig hebben. Ik kan die vraag dus op grond van de gegevens die nu beschikbaar zijn, niet beantwoorden. We hebben juist eerder ook met elkaar geconstateerd dat helaas — en dat is heel verdrietig — ook niet alle patiënten al in beeld zijn. Vandaar dat we samen met de huisartsen heel snel kijken naar het inschakelen en het op stoom brengen van die eerste lijn, waar heel hard gewerkt wordt.

Dan de motie van de heer Bushoff op stuk nr. 2242, die de regering verzoekt om te garanderen dat de postcovid-expertisecentra blijven voortbestaan. Alle partijen streven hetzelfde doel na, namelijk dat alle postcovidpatiënten toegang hebben tot passende zorg, maar in ons zorgstelsel ga ik als minister niet over waar welke zorg wordt geleverd, en dat is ook goed. Artsen, zorgverzekeraars, patiënten en onderzoekers weten veel beter wat de beste zorg is voor patiënten en hoe die georganiseerd wordt.

De expertisecentra hebben eenmalig extra financiële middelen gekregen voor een looptijd van twee jaar om te komen tot hun oprichting. Dat was een startsubsidie. Het is nu aan het veld om de handschoen verder op te pakken en invulling te geven aan wat passende zorg is voor deze patiënten in de eerste, tweede of derde lijn, en ook in welke omgeving welk onderzoek het beste kan gebeuren. Ik kan mij daar als minister niet in mengen en daarover dus ook geen garanties afgeven. Voor een groot deel van de zorg in de expertisecentra geldt dat eind 2026 kan worden gezien of en hoe deze zorg aan postcovidpatiënten in de reguliere bekostiging belandt en dus niet langer afhankelijk zal zijn van incidentele subsidies.

De heer Dijk heeft ook gepleit voor structurele bekostiging. Dat betekent dat het in de structurele zorg z'n plek moet vinden, zodat de patiënten ook altijd kunnen rekenen op die zorg. Dat gebeurt aan de hand van de evaluatie van de beleidsregel innovatie. Die moeten we echt afwachten en daarom ontraad ik deze motie.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Voorzitter, dit is mijn enige vraag over de motie die ik zelf heb ingediend. Laat ik gebruikmaken van deze mogelijkheid om in ieder geval de beide ministers te bedanken voor hun beantwoording. Wellicht was dit de laatste keer dat we met elkaar debatteerden, bedenk ik mij ineens. Wellicht ook niet, maar die kans zit er dik in, natuurlijk. Dank dus in ieder geval voor de samenwerking.

Toch nog even een vraag over deze motie, want de minister geeft aan dat hij geen rol voor zichzelf ziet weggelegd hierin. Maar was het probleem nu niet juist dat, voordat deze expertisecentra tot stand kwamen, iedereen maar naar elkaar wees en dat deze expertisecentra er uiteindelijk juist kwamen doordat VWS een rol pakte in het tot stand komen ervan? Zou het niet mooi zijn, met het goede werk dat ook VWS en ambtenaren daar hebben gedaan, als dat voortgezet zou worden en zij dus ook onderdeel kunnen zijn van het voortzetten van deze klinieken?

De **voorzitter**:

Ik wil niet het hele debat opnieuw doen, maar een reactie van de minister op dit punt?

Minister **Bruijn**:

Er komt een evaluatie van die centra. Die centra zijn een onderzoeksomgeving. Welk

onderzoek je waar doet, of je daarmee moet doorgaan, of dat je toe moet naar een andere onderzoeksomgeving of naar meer laboratoriumonderzoek of klinische trials — dan is dit misschien in het vervolg niet meer de goede weg — valt op dit moment niet te zeggen. Dat is echt aan het veld en niet aan de minister. Over de bekostiging komen we natuurlijk te spreken bij de begroting.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 2242 is ontraden. De motie op stuk nr. 2243.

Minister **Bruijn**:

De motie op stuk nr. 2243 gaat over een meerjarige aanpak. Natuurlijk is een brede meerjarige aanpak iets waar ik naar streef. Ik zal dan ook in mijn eerstvolgende brief terugkomen op dit onderwerp, want ik stuur regelmatig brieven. Als ik deze motie als ondersteuning van beleid mag zien, kan ik oordeel Kamer geven.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 2243 is ondersteuning van beleid, dus oordeel Kamer.

Minister **Bruijn**:

De motie op stuk nr. 2244 wordt gedaan door mijn collega, de minister van Sociale Zaken.

Voorzitter. De motie op stuk nr. 2245 van de heer Dijk vraagt te zorgen voor een gespecialiseerd team. Het zorgaanbod door gespecialiseerde teams, of door reguliere huisartsen of andere zorgverleners, is een zaak van de zorgverzekeraar in overleg met de zorgaanbieders in de regio. Dat is niet iets waar ik mij als minister mee kan bemoeien. Dat is ook wettelijk zo vastgelegd in de wetgeving die door uw Kamer is vastgesteld. Ik moet deze motie daarom ontraden.

Voorzitter. Dan de motie op stuk nr. 2247 van mevrouw Bikker cum suis over PAIS. Ik kan die motie oordeel Kamer geven, ook in relatie met de motie op stuk nr. 2243. Ik laat het daarbij.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 2247: oordeel Kamer.

Minister **Bruijn**:

In de motie op stuk nr. 2248 staat helaas één klein zinnetje op het eind, namelijk "dit ook in de opleidingen van artsen te laten opnemen", en daar ga ik niet over. Ik ga niet over het curriculum van de artsenopleidingen. Dat maakt het voor mij onmogelijk om deze motie oordeel Kamer te geven. Die is namelijk onuitvoerbaar. Ik ga niet over het curriculum van de artsenopleidingen.

De **voorzitter**:

Daar wil mevrouw Bikker op reageren.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik snap heel goed dat de minister niet kan dicteren wat er in opleidingen gebeurt. Ik ben ook van soevereiniteit in eigen kring, dus daar vinden we elkaar. De minister zei net in

zijn beantwoording in de eerste termijn echter ook dat het van belang is dat artsen in hun opleiding hier kennis van nemen. Als we elkaar nou zo verstaan dat we zien dat deze kennis ook bij opleidingen voor medici doorsijpelt en de minister die onder de aandacht brengt bij de overkoepelende artsensorganisaties en, denk ik, ook bij de academische centra, dan zijn we er volgens mij. Het gaat mij er niet om dat de minister het dicteert, maar dat we de kennis ook zien doorsijpelen in de opleidingen. Kunnen we elkaar zo vinden?

Minister **Bruijn**:

We kunnen elkaar natuurlijk zeker vinden, mevrouw Bikker, maar hier staat: dit in de opleidingen te laten opnemen. Ik kan dat taalkundig niet anders lezen dan dat ik ga regelen. Die garantie kan ik niet geven. Daarom kan ik die motie helaas ook niet oordeel Kamer geven. De motie zou moeten worden aangepast en het laatste zinnetje zou eruit moeten. En dan kan ik 'm wél oordeel Kamer geven. Dan gaan we al die andere dingen wel doen, maar dat laatste stuk, "in de opleidingen te laten opnemen", kan ik gewoon niet toezeggen.

De **voorzitter**:

Het is duidelijk. We begrijpen het. Mevrouw Bikker gaat zich even beraden.

Minister **Bruijn**:

Voor nu is de motie ontraden, voorzitter. Dat was de motie op stuk nr. 2248.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 2248 is voor nu ontraden.

Minister **Bruijn**:

Dan gaan we naar de motie op stuk nr. 2249, van mevrouw Bikker. Dan hebben we het over de indaling van kennis in de praktijk, waar de motie heel goed over gaat. Mevrouw Bikker, als ik deze motie zo mag lezen dat "een verantwoorde wijze" betekent dat we de reguliere procedures doorlopen die we daarvoor hebben, omdat die een zorgvuldig proces en eenduidig pakketbeheer borgen, dan laat ik de motie aan het oordeel van de Kamer. Ik zie mevrouw Bikker instemmend knikken, voor de Handelingen.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 2249: oordeel Kamer.

Minister **Bruijn**:

De motie op stuk nr. 2250 van de heer Van Houwelingen verzoekt de regering postvaxonderzoek te subsidiëren. Mijn ministerie speelt geen directe rol, en ik persoonlijk al helemaal niet, in het toewijzen van subsidies aan specifieke onderzoeken. Ik moet deze motie daarom dus ook ontraden.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 2250: ontraden.

Minister **Bruijn**:

De motie op stuk nr. 2251 van de heer Van Houwelingen over de ziekenhuisbesturen is

een spreekt-uitmotie. Daar heb ik dus geen oordeel over. Voorzitter. De motie op stuk nr. 2251 is een spreekt-uitmotie: geen oordeel.

De **voorzitter**:

Ja, sorry. U wacht op mijn herhaling. Geen oordeel van de minister op de motie op stuk nr. 2251. De motie op stuk nr. 2252.

Minister **Bruijn**:

De motie op stuk nr. 2252 verzoekt om in gesprek te gaan met Lareb. Er is reeds een goede registratie van vaccins die onderzoek naar eventuele bijwerkingen van de coronavaccins mogelijk maakt. Lareb is een onafhankelijke stichting. We hebben het besproken. Ik heb vertrouwen in de zorgvuldigheid van Lareb, dat een hoogstaand instituut is, ook internationaal, voor wat betreft hun omgang met verkregen data. Ik ontraad dus ook deze motie.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 2252 is ontraden. De motie op stuk nr. 2253 is ook een spreekt-uitmotie.

Minister **Bruijn**:

Een spreekt-uitmotie: geen oordeel.

De motie op stuk nr. 2254 van het lid Kostić verzoekt om medische richtlijnen voor de behandeling van PAIS. Op zich loopt dit voor postcovid en voor ME/ CVS is het in ontwikkeling. Het is alleen aan de beroepsgroep. Ik ga zelfs niet over richtlijnen en in die zin kan ik dat dus ook niet bevorderen of faciliteren. Het is echt aan de beroepsgroep om dat te doen. Ik vind het een heel sympathieke motie, maar ik moet 'm technisch wel echt ontraden omdat ik mij anders tot iets zou committeren, net als net bij mevrouw Bikker, dat ik niet kan uitvoeren.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 2254 is ontraden.

Minister **Bruijn**:

De motie op stuk nr. 2255 ontraad ik ook. Dit onderwerp komt bij de begroting en ik wil me niet nu al vastleggen op de manier waarop ik dat in de begroting ga inkleden en al helemaal niet als het gaat om toelichtingen over zaken die we niet in de begroting opnemen, als dat zo is, want dan kunnen we de memorie van toelichting bij de begroting wel oneindig groot maken.

De **voorzitter**:

Minister, ik kijk even naar het lid Kostić. Zou het dan niet iets kunnen zijn om te verzoeken de motie op stuk nr. 2255 aan te houden, omdat die wellicht eigenlijk ontijdig is? Ik denk even mee.

Minister **Bruijn**:

Dat kan ook.

De **voorzitter**:
Het lid Kostić.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Ik denk altijd constructief mee, maar ik wil even checken of we elkaar goed verstaan. Hoe dan ook — wat er ook in die begroting komt, of er meer of minder geld voor PAIS komt of dat het hetzelfde blijft — er gebeurt iets. Ik zeg helemaal niet wat er moet gebeuren. Ik zeg: als je iets gaat doen, en dat ga je sowieso doen, welke kant op dan ook, leg dan uit hoe je die maatschappelijke kosten hierin hebt meegewogen. Ik heb net ook een interruptie gepleegd bij VVD over dat dit een goed idee zou zijn. Dat was ook een oproep aan de minister. Volgens mij is het niet veel gevraagd. Misschien heb ik het te streng geformuleerd of niet goed genoeg. Misschien kan de minister daarin meedenken. Ik ben bereid om het aan te passen, maar dat was de strekking van het verhaal.

De **voorzitter**:

Dat kan eigenlijk niet staande dit debat, dat we even over teksten gaan spreken over en weer. Dat kan dan naderhand. Ik kijk even naar het lid Kostić. Dan blijft voor nu het oordeel over de motie op stuk nr. 2255 ontraden. Is dat werkbaar?

Minister **Bruijn**:

Ja, dan gaan we dat doen. Dan kunnen we altijd nog tot een nieuwe motie komen.

De **voorzitter**:

Ja, oké. Dan gaan we naar de motie op stuk nr. 2256.

Minister **Bruijn**:

Die is ook van het lid Kostić en die verzoekt om een meerjarig plan voor beperking van verspreiding infectieziekten en de Kamer daar snel over te informeren. Dat is eigenlijk staand beleid, dus het is een overbodige motie en daarom moet ik 'm ontraden. Dit is wat we doen. Lid Kostić, het spijt me. Ik denk echt zo constructief mogelijk mee, maar die motie op stuk nr. 2255 gaan we samen fiks.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 2256 is overbodig, staand beleid. Het is al geregeld.

Minister **Bruijn**:

Ik zie het lid Kostić nu wel lachen. Daar ben ik wel heel blij om.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Ja, zeker. Ik ben gewoon op zoek naar duidelijkheid. Dat is het vooral. Ik ben gewoon benieuwd waar dan dit plan, met al deze onderdelen van preventie, precies is vastgelegd.

Minister **Bruijn**:

Voor het grote plan voor bestrijding van infectieziekten zou ik u bijna naar dit mooie leerboek verwijzen. Dat is een heel dik boek. Het bestrijden van infectieziekten is zo'n veelomvattend onderwerp dat ik daar niet over de volle breedte zelf een plan voor ga maken, voor bestrijding van infectieziekten in brede zin. Natuurlijk houd ik u wel middels

mijn Kamerbrieven — ik heb het recent nog gedaan — op de hoogte van wat wij doen. In die zin is dit dus staand beleid. Dat plan evolueert ook, bijvoorbeeld op grond van uitkomsten van onderzoek en op grond van moties of amendementen van uw kant. Dus ik houd uw Kamer natuurlijk op de hoogte. Er is niet één bevroren langjarig plan. Dat plan passen we juist steeds weer aan aan de omstandigheden. Dus ik informeer uw Kamer hier eigenlijk continu over.

De voorzitter:

De motie op stuk nr. 2256 is overbodig. Ik vrees dat u het hiermee moet doen.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Ik concludeer alleen maar dat bij doorvragen toch blijkt dat het niet zo overbodig is, maar misschien wil de heer Krul nog iets zeggen.

De voorzitter:

Het is ook aan u om erover te stemmen. Het is een advies. De minister apprecieert moties. U stemt en daarmee stelt u de kaders vast. Dus we gaan erover stemmen.

Kamerlid **Kostić** (PvdD):

Dat snap ik, maar ik wilde het toch even duidelijk maken aan de Kamer.

De voorzitter:

Ja, dat is heel goed. Ik denk dat dat is gelukt, maar meneer Krul gaat u wellicht nog helpen. Meneer Krul.

De heer **Krul** (CDA):

Ik ga het wel proberen. De minister leest namelijk net een motie vrij letterlijk en zegt: als deze woorden achter elkaar staan, namelijk "zo te laten opnemen", moet ik 'm technisch ontraden. En hier interpreteert hij de motie op een manier en zegt hij dat het staand beleid is. Ik vind het best een interessante gedachte om structurele publieksvoorlichting te doen over postacute infectieuze syndromen, zodat ook een soort maatschappelijk begrip ontstaat, zou ik bijna willen zeggen. Het is niet alleen het begrip in de medische wereld dat heel belangrijk is voor patiënten, maar ook gewoon maatschappelijk begrip. Ik vraag me toch af of de minister echt van mening is dat het staand beleid is dat er structurele voorlichting is rondom postacute infectiesyndromen. Dan gaat het om publieksinformatie. Dat zou voor mij namelijk nieuwe informatie zijn.

Minister **Bruijn**:

Ik zou bijna verwijzen naar mijn brief van december. Maar ook alles wat we nu besproken hebben ... Ik heb alle onderdelen uiteengezet, onder andere subsidiëring voor verspreiding van kennis en publieksvoorlichting. Preventie is echt een totaal ander onderwerp. Dan kom je zelfs uit bij immunisatie, echt een ander onderwerp; dan kom ik uit bij de heer Van Houwelingen. Dit is zo'n breed onderwerp. Ik zeg niet dat dit onbelangrijke onderdelen zijn, ik zeg dat dit allemaal staand beleid is. Op al deze onderwerpen kom ik regelmatig terug in mijn brieven aan u. Ik zou er nou juist niet één plan van maken waar preventie, voorlichting, publieksinformatie et cetera allemaal in zitten. Dit zijn lopende inzichten. Ik houd uw Kamer daar continu van op hoogte. Dat zeg ik nogmaals toe. Dat is overigens ook staand beleid. Ik zou niet willen pleiten voor één staand beleid in de brede zin van infectieziektes. Dat is echt niet verstandig.

De **voorzitter**:

De minister gaat over zijn eigen appreciatie. De motie op stuk nr. 2256 apprecieert hij als overbodig. De Kamer gaat over het oordeel en zij oordeelt bij de stemmingen; zo gaat het. De motie op stuk nr. 2257.

Minister **Bruijn**:

De motie op stuk nr. 2257, van mevrouw Van Brenk, over aandacht hebben voor de gevolgen voor de inzetbaarheid, kan ik oordeel Kamer geven.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 2257 krijgt oordeel Kamer.

Minister **Bruijn**:

Ten slotte. De motie op stuk nr. 2258, van mevrouw Maeijer, die mij verzoekt om te bezien hoe kan voorzien in de behoefte van ouders, geef ik oordeel Kamer. Dan gaat het om de GGD'en en de consultatiebureaus. Dat vind ik een goed idee.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 2258 krijgt oordeel kamer. Ik kijk even naar de minister: bent u daarmee aan het einde gekomen van uw bijdrage in tweede termijn?

Minister **Bruijn**:

Ja, voorzitter. Dan rest mij nog u, en zeker ook de aanwezigen op de publieke tribune, hartelijk te bedanken voor dit relevante debat en ook voor uw doortastende voorzitterschap.

De heer **Vervuurt** (D66):

Nu heeft de minister al zijn afscheid aangekondigd. Dat vind ik jammer, want ik had nog een vraag gesteld over de manier waarop de expertisecentra de kennis die wordt opgedaan delen en dissemineren naar de eerste lijn. Dit is een vraag die we in de toekomst misschien vaker moeten stellen in de debatten die we vaker gaan voeren, zoals we hebben toegezegd. Misschien kan de minister daar nog kort op reflecteren.

Minister **Bruijn**:

Zeker. Ik meen dat al diverse malen gedaan te hebben, maar goed. De opbrengsten van het onderzoek naar de praktijk brengen is, ik zou bijna zeggen, staand beleid. Daar zijn verschillende methodes voor. Soms loopt het via de hogescholen, waar praktijkgerichte onderzoekers zitten en lectoren die zo'n opbrengst nog verder moeten vertalen naar een praktische toepassing. Soms gaat het ook rechtstreeks naar het veld. We hebben bijscholingsactiviteiten voor huisartsen, we hebben allerlei manier waarop het onderzoek is aangesloten bij de praktijk. Zodra een onderzoeksopbrengst zodanig relevant is en klaar voor de praktijk dat hij ook veilig naar de patiënt kan worden gebracht, zijn we daar in Nederland over het algemeen snel in. Maar er moet wel over die drempel heen gegaan worden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. We gaan luisteren naar de beantwoording en de appreciatie van een enkele motie door de minister van SZW.

Minister **Paul**:

Voorzitter, dank u wel. Ik heb twee moties die ik moet appreciëren, de moties op stukken nrs. 2244 en 2246. De motie-Bushoff c.s. op stuk nr. 2244 gaat over toegang tot het sociale vangnet. Als ik de motie zo mag interpreteren dat we maximaal inzetten op het vergroten van de kennis bij verzekeringsartsen over de duurzaamheid van arbeidsongeschiktheid bij PAIS, onder andere door dit expliciet onderdeel te maken van de richtlijnontwikkeling, waar ik over verteld heb in mijn bijdrage, krijgt de motie oordeel Kamer.

De **voorzitter**:

Ik kijk naar de heer Bushoff. Hij knikt. De motie op stuk nr. 2244 krijgt oordeel Kamer.

Minister **Paul**:

Ja, die motie krijgt oordeel Kamer.

De motie-Dijk c.s. op stuk nr. 2246 gaat over richtlijnen voor keuringsartsen. Op dit moment werkt de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde al aan een handreiking voor postcovid. Hierna gaan ze aan de slag met een richtlijn die voor verdere verdieping zorgt. De handreiking verwacht ik voor de Voorjaarsnota, maar de richtlijn, waar de NVVG dit jaar mee begint, is niet af voor de Voorjaarsnota. Dat kan ik ook niet bespoedigen, want dat is iets wat de NVVG moet doen. Dat ligt niet bij het UWV. De NVVG gaat daarmee aan de slag volgens een doorwrocht wetenschappelijk proces. De uitkomst, die richtlijn, is iets waar het UWV en de verzekeringsartsen hun voordeel mee doen en waar zij wijzer van worden. Ik kan dat echter niet bespoedigen, want dat valt niet onder mijn verantwoordelijkheid. Wij volgen dat natuurlijk nauwgezet en hebben daar goede afspraken over gemaakt met de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde. Gezien de formulering van de motie, moet ik die ontraden.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 2246 is ontraden.

Minister **Paul**:

Tot slot had ik nog een vraag van de heer Bushoff over de Wajong. Hoewel postcovid, net als diverse andere ziektebeelden, een grillig en onvoorspelbaar verloop kent, biedt de Wajong hier juist de nodige flexibiliteit. Jongeren bij wie de duurzaamheid van het ontbreken van arbeidsvermogen nog niet direct vaststaat, kunnen gedurende vijf jaar elk jaar een nieuwe beoordeling aanvragen. Zodra het ontbreken van arbeidsvermogen als duurzaam wordt aangemerkt, ontstaat alsnog een recht op een Wajong-uitkering. Dit wordt door dezelfde keuringsartsen gedaan waar we het eerder over hadden. Ook hierbij werken we heel hard aan het opbouwen van kennis, zodat ook hier de juiste signalen worden opgepikt, de situatie op waarde geschat kan worden en recht gedaan kan worden aan de situatie van deze jongeren. Dat betekent dat ook hier nog werk te verrichten valt. Dit zijn de stappen die we nu doorlopen.

Tot zover. Dank aan de leden.

De **voorzitter**:

Daarmee zijn we aan het einde van de beraadslaging gekomen. Ik dank beide bewindspersonen hartelijk voor hun uitgebreide reflectie. Ik dank de Kamerleden voor

hun inbreng in dit goede debat dat we vanavond hebben gevoerd. Ook dank ik de mensen die hier aanwezig zijn of die dit debat op een andere manier hebben gevolgd hartelijk: dank voor uw aandacht, zoals zovelen al hebben gezegd, en voor uw aansporing op dit onderwerp.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:

We gaan volgende week, aanstaande dinsdag, stemmen over de moties, tenzij het schema verandert. Vooralsnog staan de stemmingen gepland voor dinsdag. Daarmee sluit ik de vergadering en wens ik u allen een heel goede nacht.

Sluiting

Sluiting 23.43 uur.