

Vergaderjaar 2022–2023

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 2058

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 1 juni 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de vaste commissie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid hebben op 9 mei 2023 gesprekken gevoerd over **ontwikkelingen rondom het coronavirus**.

Van dit overleg brengen de commissies bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smals

De voorzitter van de vaste commissie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
Kuzu

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Esmeijer

Voorzitter: Van den Berg
Griffier: Heller

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Van den Berg, Dijk, Drost, Van Haga, Kerseboom, Paulusma, Tielen en Westerveld,

alsmede:

- de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM;
- de heer Groenwold, hoogleraar klinische epidemiologie van het LUMC en lid van de ZonMw-begeleidingscommissie onderzoek oversterfte;
- de heer Olde Loohuis, adviseur van C-Support en lid van de ZonMw-commissie voor het deelprogramma Aanhoudende klachten en herstellzorg;
- de heer Rosendaal, voorzitter van het Adviespanel Innovatieve Behandelingen COVID-19 en voorzitter van de ZonMw-commissie voor de overkoepelende kennisagenda postcovid;
- mevrouw Sap, voorzitter van het Maatschappelijk Impact Team (MIT).

Aanvang 17.03 uur.

De voorzitter:

Hierbij open ik de technische briefing over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Ik heet iedereen van harte welkom. Ik ben Joba van den Berg, van het CDA, maar ik ben vandaag uw voorzitter. Ik wil eerst even onze gasten introduceren. Meneer Van Dissel is hier intussen zeer bekend. Hij is directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Mevrouw Jolande Sap is voorzitter van het Maatschappelijk Impact Team. De heer Alfons Olde Loohuis is adviseur van C-support en lid van de ZonMw-commissie voor het deelprogramma Aanhoudende klachten en herstellzorg. De heer Rolf Groenwold is hoogleraar klinische epidemiologie van het LUMC en lid van de ZonMw-begeleidingscommissie onderzoek oversterfte. Professor Frits Rosendaal is voorzitter van het Adviespanel Innovatieve Behandelingen COVID-19 en voorzitter van de ZonMw-commissie voor de overkoepelende kennisagenda postcovid. Even twee dingen vooraf. U denkt misschien: goh, wat veel sprekers. Maar we hebben een enorme diversiteit aan vragen die aan het ministerie zijn gesteld. Dat is de reden dat er ook een diversiteit aan sprekers is. De eerste vier sprekers hebben precies een kwartier om hun presentatie te geven. Professor Rosendaal heeft geen presentatie, maar is er wel om vragen te beantwoorden. Dan hebben wij als commissie nog een uur voor de vragen. Meneer Van Haga en mevrouw Westerveld hebben aangegeven dat ze iets eerder weg moeten. Ik zou als eerste het woord aan professor Van Dissel willen geven.

De heer Van Dissel:

Dank u wel. Ik wilde een korte update geven over COVID-19, zowel over het aspect van surveillance als over aspecten rondom de postcovid condition, ook wel long covid genoemd. Waar staan we momenteel met covid? Welke surveillance-instrumenten gebruiken we nog? Dat is de eerste slide. Die is niet veel anders dan die u eerder heeft gezien. We hebben een strategie om het virus in te dammen op geleide van de infectiedruk. We willen met name uitbraakjes voorkomen en bestrijden. We hebben een beleid van vaccinatie om uiteindelijk een brede immuniteit onder de bevolking te bewerkstelligen, die uiteindelijk ons ook het meest helpt om het rondgaan van het virus en met name de consequenties daarvan te beperken. Dan richten we ons op een aantal doelen. Deels liggen die bij het MIT. Dat zijn de maatschappelijke afwegingen. Het OMT heeft zich altijd gericht op de zorgketen, op ervoor zorgen dat die intact blijft bij het rondgaan van

het virus, op het beschermen van kwetsbaren en uiteraard op zicht houden op het virus, zodat je weet hoe je maatregelen kunt nemen. Dat doen we op een aantal manieren. Ik noem early warning en surveillance. Met name dat laatste is belangrijk. Het is in feite de radar die ons laat zien waar covid is en waar we misschien actie moeten ondernemen. Dat doen we momenteel met name met het rioolwatersurveillancestelsel dat is opgezet, omdat de teststraten van de GGD, en daarmee natuurlijk het Osiris en het BCO, het bron- en contactonderzoek, zijn weggevallen. Dat stelsel wordt ook uitgebouwd in het kader van pandemische preparedness. De infectieradar maakt gebruik van citizen science. Daar kunnen personen aan deelnemen. Die geven dan om de zoveel tijd, in ieder geval één keer per week, aan of ze klachten hebben. Als ze klachten hebben, sturen ze een kweek in ter bepaling van de oorzaak van de klachten. Dat zal ik u laten zien, want die lopen gewoon door. Dat zijn momenteel onze belangrijkste surveillance-instrumenten.

U ziet op deze misschien wat drukke dia alle essentiële gegevens bij elkaar. Dit toont de rioolwatersurveillance. Dat is met blauw aangegeven, van het begin van de uitbraak tot nu. Die rioolwatersurveillance is natuurlijk wat later beschikbaar gekomen, maar u ziet met name dat we vanaf de afgelopen zomerperiode een aantal pieken hebben gekend. Het meest rechts ziet u dat de blauwe lijn heel hoog geweest is, maar momenteel naar heel laag is gegaan. Ook de laatste week is die weer met pakweg 20% gedaald. Daaronder ziet u in rood de ziekenhuisopnames en in groen de ic-opnames. Als de rioolwatersurveillance ons toont dat er veel virusdeeltjes in het riool komen, ziet u ook dat er pieken zijn in de ziekenhuisopnames, en eerder ook zeker pieken in de ic-opnames. Ten slotte ziet u door de kleuren die u ziet wisselen op de achtergrond de verschillende varianten die spelen. Momenteel zijn dat de XBB-varianten. U heeft ongetwijfeld in de krant over arcturus gelezen. Die kan ook wat oogklachten veroorzaken. Die meten wij sinds begin maart. Dat is nog heel redelijk beperkt. Dat verspreidt zich nog niet veel. Maar u ziet in ieder geval de alfa en de delta, de verschillende virusvarianten. De laatste tijd zijn natuurlijk de omikronvarianten opgekomen en die gaan weer. Wat u eigenlijk ook al een beetje ziet in deze grafiek, is dat waar de rioolwatersurveillance nog steeds hoge pieken toont, de ziekenhuisopnames al steeds wat lager worden. Dat duidt erop dat, gegeven het feit dat de meeste personen inmiddels immuun zijn, de consequenties van de virussen die rondgaan veel minder groot zijn dan wanneer u helemaal links kijkt; daar waren de ziekenhuisopnames nog heel hoog. Daar kan je natuurlijk een grafiek van maken die dat toont voor een bepaalde hoeveelheid viruscirculatie, in dit geval per 100.000 personen. Hoeveel ziekenhuisopnames waren er per dag in het verloop van de uitbraak? Als u links kijkt, ziet u dat de zwarte lijn toont dat er vrij veel ziekenhuisopnames per dag waren. Maar inmiddels zie je dat het als het ware is uitgedoofd. Met andere woorden, bij dezelfde hoeveelheid virus in het riool zijn consequenties als ernstig ziek worden, naar het ziekenhuis moeten of zelfs op de ic belanden, een stuk minder vaak voorkomend dan we aan het begin van de uitbraak hebben gezien. Dat komt natuurlijk deels door de virusvariant, omikron. Maar het komt ook met name doordat de weerstand, de afweer onder de bevolking in de loop der tijd wat betreft antistoffen 100% is geworden. Men heeft ofwel antistoffen door een doorgemaakte infectie ofwel door vaccinatie. Met name T-cellen zijn dan belangrijk. Dat is meer de cellulaire afweer van bloedcellen om een kruisreactie te geven voor de verschillende virustypes. Het overall resultaat is dat bij eenzelfde hoeveelheid virus in het riool, en dus afgeleid waarschijnlijk ook eenzelfde circulatie van het virus, de consequenties in de loop der tijd veel minder groot zijn geworden. Er is veel minder druk op de zorgketen, op de ziekenhuisopnames en op de ic's. Dus dit toont eigenlijk heel mooi wat je kunt met een beperkt aantal gegevens. De rioolwatersurveillance is dus een krachtige manier om surveillance te

doen, omdat die onafhankelijk is van of men wel of geen klachten heeft of wel of niet naar een teststraat gaat. Dat geeft heel mooie gegevens, in dit geval in samenhang met de ziekenhuisopnames. Dat zijn natuurlijk vrij harde gegevens.

Als we dan nog even naar de laatste piek kijken, ziet u dat we rond 1 maart weer een piek hebben gehad in de rioolwatersurveillance. Dit is even een uitvergroting van de grafiek die u eerder zag. Aan de rechterzijde ziet u de resultaten van de infectieradar. Dat is dus de rapportage van zo'n 10.000 tot 15.000 mensen die via een website aan het RIVM doorgeven of ze wel of niet klachten hebben. U ziet dat dat tijdens de piek tegen de 6% lag, maar inmiddels op ongeveer 2,7% zit. Ook daar zie je dus die daling die je ook in het rioolwater terugziet. Tegelijkertijd ziet u dat de ziekenhuisopnames ook dalende zijn. Die personen geven niet alleen door of ze klachten hebben die bij covid zouden kunnen passen, maar ook of ze zelftesten hebben gedaan. In de voorlaatste week was iets van 0,5% van de zelftesten positief. Deze week is dat alweer wat lager: 0,3%. Dus dat betekent, op grond van de zelftest, dat 0,3% van die hele groep covid doormaakt, terwijl ongeveer 2,5% momenteel klachten heeft. Dat betekent dus dat niet al die klachten door covid worden veroorzaakt. Dat is ook niet zo.

U ziet hier een opsplitsing in een groot aantal virussen. De namen zijn nu niet zo belangrijk, denk ik. Maar de verschillende kleurtjes geven de verschillende virustypes aan die covid-achtige klachten kunnen veroorzaken. In het blauwpaars, aangegeven met een pijltje, ziet u wat het aandeel van covid is, ook bij de personen die aan de infectieradar deelnemen. Dan ziet u dat dit inmiddels zeer gering is en dat de meeste personen met klachten een klassiek neusverkoudheidsvirus, een zogenaamd rinovirus, hebben. Aan de linkerkant ziet u ook een surveillancesysteem voor de pandemic preparedness. Dat zijn de Nivel-huisartsenpeilstations. Mensen gaan naar de huisarts met klachten. De huisarts documenteert dat en neemt bij de eerste paar patiënten met die klachten per dag kweekstokjes af. Die worden opgestuurd en bepaald. Daar zit natuurlijk een selectie in.

Los van dat ook daar covid in een minderheid van de gevallen de oorzaak van de klachten is, zie je ook daar het rinovirus en nog wat influenzavirus terug. Omdat er een soort selectie is – niet iedereen gaat namelijk meteen met z'n klachten naar de huisarts toe – zie je dat het aandeel covidgevallen daar nog ietsje hoger is. Dus met dit type surveillancesystemen kunnen we inmiddels wat we eerder niet konden, namelijk een beeld hebben van het rondgaan van een virus door Nederland op verschillende niveaus. Dat gebeurt door zelfrapportage, personen die naar de huisarts gaan, maar ook aan de hand van de eventuele consequentie voor de zorg en de totale rondgang die blijkt uit de rioolwatersurveillance.

Die afname van het aantal personen met klachten zie je ook terug in verzuimmeldingen. Dat laat ik u hier nog even zien. Dit is van een arbodienst die ongeveer 13% van de Nederlandse werknemers bedient. Ook daar is de laatste tijd een duidelijke afname van het aantal verzuimen. Ten slotte kom ik nog even op de sterftecijfers van het CBS. Misschien gaat iemand anders daar straks nog meer op in. Het is, zoals u ziet, weergegeven voor verschillende leeftijden: de alleroudsten onder ons, de groep 0 tot 65 en de tussengroep. U ziet dat er momenteel ten opzichte van de normaalwaarde, dus de spreiding die we kennen van de voorgaande jaren, geen oversterfte meer is. Dat even met betrekking tot covid op dit moment.

Dan wil ik u ook nog wat vertellen over onderzoek dat we doen naar de postcovidconditie, ofwel long covid. Het RIVM heeft, ook vanwege andere onderzoeken tijdens corona, een aantal vrij grote cohorten opgebouwd van patiënten, maar ook van groepen die wilden meedoen. Om de zoveel tijd konden we dan naar aanleiding van een bloedprik bepalen of ze wel of geen covid hebben gehad. Dat is natuurlijk ook een groep die momenteel

heel geschikt is om te bekijken hoe vaak dat postcovid nou voorkomt. Wat zijn de karakteristieken daarvan? Is het stabiel, dus krijg je het en gaat het niet meer weg? Of zit er een dynamiek in? Wat zijn risicofactoren? Wat is de impact op de kwaliteit van leven? Dat zijn allemaal factoren die worden onderzocht. Dat doen we overigens ook met andere groepen in Nederland en ook samen met internationale groepen. Ik wilde u wat resultaten daarvan laten zien.

Hier is misschien van belang om even te noemen dat we natuurlijk verschillende groepen moeten vergelijken. We moeten een groep vergelijken die covid heeft gehad. We moeten een groep vergelijken die we nog hebben geïncubeerd op een moment dat zij nog geen covid hadden. Dat noemen we hier de controlepopulatie. We weten allemaal dat een deel van die klachten ook bij mensen zonder covid kan voorkomen. We hebben een controlegroep die wel klachten had, maar een negatieve covidtest. Ook dat is een belangrijke controle. Ten slotte hebben we een groep die door zelfaanmelding mee is gaan doen. Die hebben dan dus vanaf het begin af aan longcovidklachten.

Hoe ziet zo'n beeld eruit? Dit onderzoek loopt door, dus dit is pas na de eerste drie maanden. Hier ziet u aan de linkerkant een aantal klachten die iemand kan rapporteren en die verhoogd kunnen voorkomen. Dat zijn met name klachten rondom vermoeidheid, benauwdheid, versneld reageren op prikkels en het waarnemen van een verstoorde geheugenfunctie, wat wordt omschreven als «hersennist». Dat zijn overigens redelijk goed gedefinieerde klachten, die ook kunnen worden gescoord. Daar zit een systeem achter dat maakt dat vermoeidheid ook vermoeidheid representeert. U ziet verschillende kleuren. In rood ziet u de rapportage na delta, in blauw na omikron, in groen de controlegroep met een negatieve test en paars moet u eigenlijk zien als de bevolking die voor zover bekend geen covidinfectie heeft gehad. Dan valt natuurlijk op dat vermoeidheid ook onder de gezonde bevolking al redelijk vaak wordt gerapporteerd. Maar uit deze grafiek is duidelijk dat met name na delta, maar ook na omikron – maar dat is wel minder frequent – ook die klachten worden gerapporteerd en dat ze dan vaker worden gerapporteerd. Dat betekent dus eigenlijk dat dat verschil ten opzichte van de controlepopulatie de toegevoegde invloed van de delta- of omikroninfectie op deze klachten is.

Dat beeld ziet u eigenlijk voor alle klachten. Een geheugenstoornis wordt vaker opnieuw gerapporteerd na een delta-infectie dan na een omikroninfectie. Maar u ziet dat dat ongeveer 2 tot 2,5 maal hoger is dan dat al wordt gerapporteerd door personen zonder corona-infectie. Dit toont natuurlijk meteen de complexiteit van de situatie. Als iemand klachten van vermoeidheid heeft, hoe bepaal je dan wat daar de reden van is? En wat is daar nou eigenlijk de dynamiek van? Dat laat ik u zo nog even zien. Dit is namelijk drie maanden na de covidinfectie vastgesteld. Laten we zeggen dat het voor delta ongeveer 17% is en voor omikron rond de 10%. Dus al met al komt het uit op ongeveer 14% extra ten opzichte van de achtergrondcontrole. We zien inmiddels dat als je dit onderzoek na een jaar herhaalt, het zich ongeveer halveert. Dus er zit ook een dynamiek in die klachten. Als iemand redelijk kort na corona ernstige klachten krijgt, betekent dat niet automatisch dat die na een jaar nog steeds aanwezig zijn. Tegelijkertijd kun je natuurlijk ook constateren dat na een jaar een aantal personen nog wel degelijk ernstige klachten heeft. Dus het heeft altijd twee zijden. Aan de linkerkant ziet u min of meer hetzelfde. Het is samengevat, maar dan niet voor één klacht maar voor ten minste één klacht. Dan worden de getallen natuurlijk wat hoger, maar bij de controlegroep worden de getallen ook wat hoger.

Dit geeft op zich alleen nog maar weer of die individuele klachten voorkomen. Je zou eigenlijk ook willen weten hoe vaak dit soort klachten echt tot invaliderende klachten leiden. Dat hebben we in Nederland nog niet bepaald. Dat gaat er zeker aankomen, maar daar kan ik u nog geen getallen van laten zien. Engeland heeft daar wel recent een rapport over

uitgebracht. Daarvan ziet u hier wat getallen. In Engeland heeft men een groep genomen van zo'n 270.000 inwoners. Dat is dus toch wel een heel redelijke steekproef. Er is nagegaan of daar gerapporteerd wordt dat men klachten heeft van vermoeidheid of benauwdheid et cetera, maar ook of die ernstig invaliderend zijn. U ziet hier het antwoord. Er kwam uit dat ongeveer 2,8% het soort klachten had waarvan men zei: dat beperkt mij toch heel erg in mijn dagelijkse activiteiten. Die klachten zagen ze vaker bij vrouwen dan bij mannen. Ze zagen ze vooral bij de groep mensen van pakweg tussen de 25 en 65 jaar. U ziet ook dat bij kinderen die klachten minder worden gerapporteerd. Engeland laat tevens zien dat als er een tweede infectie optreedt en je geen postcovidklachten hebt gehad hebt na de eerste, de kans dat je het na de tweede infectie krijgt, een stuk kleiner is. Dat ziet u hier weergegeven. Dit soort getallen geven uiteindelijk weer wat die klachten nou zijn, hoe vaak ze ernstig invaliderend zijn voor iemand, en dus ook zonder meer dat het een serieus probleem is. Stel dat je die Engelse getallen op de Nederlandse situatie betreft. Dat betreft natuurlijk heel grove statistiek. Engeland heeft een bevolking van pakweg 68 miljoen mensen. Dat is vier keer Nederland. Die 2,8% is iets van 1,9 miljoen mensen, waarvan volgens de opgave in dit rapport ongeveer 1,5 miljoen mensen ernstige klachten hadden. Dat kun je ongeveer door vier delen om een beetje een algemene indruk te krijgen – althans, dat is geëxtrapoleerd van dit Engelse onderzoek – van het voorkomen van deze ernstige klachten in Nederland. Dat is toch een forse groep.

Ik ben bij mijn laatste dia. Ik wil het heel even samenvatten. Ik heb u laten zien dat de virusvarianten nog steeds voorkomen en dat we wel degelijk nog ziekenhuisopnames hebben, maar dat het ten opzichte van wat we twee jaar eerder hadden natuurlijk toch gewoon erg laag is. Het geeft geen heel belangrijke druk meer op de zorg. Een deel van de ziekenhuisopnames komt ook niet zozeer dóór maar wel mét covid, zoals u natuurlijk weet. We zijn wat betreft de beheersmaatregelen niet langer doorgegaan op covidspecifieke maatregelen. We hebben het genomen onder het totaal van de luchtweginfecties die je wil voorkomen. Dat betekent dat de maatregelen daar ook op gericht zijn.

Ik heb u iets laten zien van de postcovidconditie, van long covid. Ik denk dat het heel belangrijk is om dat in kaart te brengen, omdat blijkt dat toch een belangrijke groep ten minste één jaar na infectie nog steeds klachten heeft. Dat zijn serieuze klachten. Dat zijn natuurlijk postinfectieklachten. Dat komt vaker voor. Maar covid is wel een bijzondere infectieziekte met alle trombotische complicaties. Dus er kunnen stolsels vormen die longembolieën kunnen geven. Dat maakt toch wel dat het zich onderscheidt van de langdurige klachten die je bijvoorbeeld na griep kan krijgen. Dus ik denk dat dat verder in kaart moet worden gebracht. Zoals u ziet, zijn wij daar ook mee bezig.

Wat betreft de maatregelen wil je eigenlijk geen enkele luchtweginfectie een kwetsbaar persoon laten bereiken. Hoe doe je dat? Blijf thuis bij klachten als je niet fit bent. Blijf dan thuis en werk thuis en ga niet anderen besmetten die daar soms meer gevolgen van hebben. Bedenk dus ook dat anderen ziek kunnen worden. We hebben praktische tips voor kwetsbaren. Die staan op rijksoverheid.nl. Die grijpen natuurlijk toch vaak terug op: houd afstand, vermijd drukte, plan je reis, plan je bezoek, maak eventueel gebruik van mond-neusmaskers en sneltesten. Vaccineren is natuurlijk heel erg belangrijk omdat we daarvan nog steeds zien dat het toegevoegd effect heeft. We hebben natuurlijk ook medicatie, zoals Paxlovid, die we kunnen gebruiken als kwetsbaren toch worden opgenomen. Daarnaast zijn hoesten en niezen in de elleboog, handen wassen en ventileren de algemene maatregelen.

Hier wilde ik het bij laten. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Van Dissel. Ik moet toch echt streng zijn richting de anderen. Meneer Van Dissel heeft iets meer tijd gekregen. Hij is natuurlijk al heel lang bij ons in de groep, zeg ik maar. Dus ik ben strenger bij de rest, want anders krijgen de Kamerleden niet voldoende tijd om hun vragen te stellen.

Mevrouw **Sap**:

Dank u wel, voorzitter. Ik ga mijn uiterste best doen. Dank voor de uitnodiging om hier andermaal een korte toelichting te geven. Ik zal in mijn bijdrage kort stilstaan bij het huidige maatschappelijke beeld. Ik zal daarnaast inzoomen op de maatschappelijke impact die de coronapandemie en de pandemieaanpak nog steeds hebben. Ik zal aandacht besteden aan long covid, maar ook aan jongeren. Tot slot kom ik nog even kort op hoe we ervoor staan qua pandemische paraatheid.

Het maatschappelijke beeld. Dit plaatje is u, denk ik, al enigszins vertrouwd. Ik zou het willen kenschetsen als een situatie van onrust. Wat natuurlijk opvalt aan dit plaatje, is dat er een samenloop is, een stapeling van meerdere problemen, meerdere crisissen. Dat heeft consequenties voor het vertrouwen van de bevolking. Daar kom ik later nog op terug. Ik schets heel kort het economische beeld. Ook daarin zie je de onrust terug. Links in het plaatje ziet u de inflatie, bij de bovenste lijn in het blauw. Die begint langzaam wat te stabiliseren. De onderste lijn, in het grijs, is de ontwikkeling van de reële lonen. Je ziet dat de ontwikkeling van de reële lonen nog achterblijft op de inflatie. Ook dat is natuurlijk een reden voor onrust. Rechts in het plaatje ziet u de vacatures. Die blijven op een historisch hoog niveau staan. De krapte op de arbeidsmarkt blijft een grote uitdaging. Maar het neemt nu niet verder toe.

Dan even het ziekteverzuim. De heer Van Dissel verwees er ook al even kort naar. Op het plaatje links ziet u de CBS-gegevens. Degene met heel goede ogen ziet dat het tot eind 2022 is. Het loopt altijd iets achter. Maar we zien wel dat in heel 2022 dat verzuim historisch hoog was. In een analyse die TNO en CBS voor het MIT hebben gemaakt, komt naar voren dat 35% van dat hoge verzuim met corona te maken heeft. Dus dat is daar zeker een substantiële factor in.

Op het plaatje rechts ziet u recentere cijfers van de Arbo Unie. U ziet met dat kleine rode lijntje op de sheet dat die sinds 2023 wel echt aan het dalen zijn. Bij de Arbo Unie, die 1,2 miljoen werkgevers vertegenwoordigt, ligt dat weer op het niveau van voor corona. Maar bij een andere grote arbodienst, HumanTotalCare, is het ook dalende – daar liet de heer Van Dissel al wat van zien – maar wel nog steeds hoger dan voor de coronacrisis. Dus we hebben daarbij nog niet een nieuw, stabiel niveau bereikt. Ik kom heel even kort op de afschaling van de basisadviezen. Twee belangrijke aanbevelingen die het MIT daarover gedaan heeft zijn als volgt. Het is belangrijk om te zorgen voor de veiligheid van kwetsbare groepen na afschaling. Het is ook belangrijk om te communiceren over de gewenste nieuwe norm, die de heer Van Dissel net uitgebreid heeft uitgelegd. Je ziet dat die afschaling op ruim draagvlak onder de bevolking kan rekenen, namelijk van acht op de tien Nederlanders, volgens onderzoek van de gedragsunit. Maar je ziet ook dat het bij Nederlanders met een kwetsbare gezondheid een lager draagvlak heeft. Dat is dus echt een aandachtspunt. Dat blijft dus zorg verdienen.

Dan gaan we kijken naar de nieuwe norm: wie ziek is, blijft thuis. Op de presentatie ziet u cijfers, ook van de gedragsunit, over hoeveel Nederlanders het daarmee eens zijn en hoeveel Nederlanders dat naleven. Het overgrote deel is het ermee eens. Acht of negen van de tien Nederlanders zijn het ermee eens om thuis te blijven en voorzichtig te zijn in contacten met medisch kwetsbaren. Mensen zeggen ook dat ze het gemakkelijk uitvoerbaar vinden. Maar mensen doen het niet. Dat staat in de kleine cijfertjes op de presentatie. 23% blijft daadwerkelijk thuis als ze zich ziek voelen. 9% staat in contact met medisch kwetsbaren. Daarvan gebruikt

een kleine minderheid van 13% een mondkapje en een kwart houdt afstand. Aan de normen is dus nog weinig ruchtbaarheid gegeven, constateren wij als MIT. Wellicht dat dat een deel van die grote kloof zou kunnen verklaren.

Dan de vraag: zijn we nu terug naar normaal? Als MIT constateren wij in elk geval dat de maatschappelijke cyclus niet gelijk oploopt met de epidemiologische cyclus. We zien nog steeds een behoorlijke maatschappelijke impact van de coronacrisis. Groepen die voor de crisis al kwetsbaar waren, zijn na de crisis eigenlijk niet terug op kracht gekomen. Bij de groepen die we in de coronacrisis scherper in het vizier hebben gekregen, vindt een stapeling van effecten plaats. We hebben het dan niet alleen over de medisch kwetsbare groepen, maar ook over de mensen in de vitale beroepen die in de frontlinie werkten, en sociaaleconomisch kwetsbare groepen, zoals zzp'ers, kleine ondernemers, mensen met flexcontracten, arbeidsmigranten en migranten.

Er zijn kleine aanwijzingen – we hebben helaas nog niet veel onderzoek – dat een deel van deze groepen met name door long covid geraakt wordt. We zien in de cijfers dat onderwijspersoneel en vooral zorgpersoneel harder getroffen worden door long covid. In een recente AMC-studie wordt hetzelfde geconcludeerd voor migranten. We horen van medisch kwetsbaren en hun vertegenwoordigers dat een deel van die groep drukke plekken echt mijdt of zelfs in isolement leeft om de kans op besmetting en long covid te verkleinen. Tot slot is het waardevol om op te merken dat zelfstandigen en ondernemers, die nu nog lang niet altijd verzekerd zijn voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, daar bij long covid zelf voor opdraaien. Dat kan grote consequenties hebben.

Voorzitter. Daarmee maak ik een bruggetje naar long covid, waar ik het grootste deel van mijn bijdrage bij wil stilstaan. Long covid heeft een grote impact op het leven van mensen. U kent ongetwijfeld de vele verhalen uit de media en misschien ook wel uit de eerste hand. De mate van impact varieert van mensen en kinderen die na twee jaar nog steeds op bed liggen en niets kunnen, tot mensen die redelijk hersteld zijn maar niet meer kunnen presteren op hetzelfde niveau als daarvoor. Ook de soort impact die mensen ondervinden varieert. Dat kunt u ook zien in de tekst op de sheet. Er is een scala aan verschillende klachten, ook maatschappelijke klachten, die mensen daarvan ondervinden. U ziet ook een grafiekje, afkomstig uit het Lifelinesonderzoek, dat weergeeft hoe hoog de zorgkosten zijn van mensen zonder covid, mensen met kortdurende klachten ten gevolge van covid en mensen met langdurige klachten. De grote blauwe balken zijn de kosten van mensen met langdurige klachten. De verschillen zijn echt heel groot.

Het MIT vermoedt ook dat de impact op de samenleving groot is. Er ontstaat een eerste beeld uit de eerste gegevens die we hebben van Lifelines, C-support, het UWV, arbeidsdiensten en de vele gesprekken die wij gevoerd hebben met huisartsen, ziekenhuizen, onderwijsorganisaties en patiëntenorganisaties. Het gaat dan echt om indringende consequenties voor arbeid en inkomen, maar ook om het beroep dat op zorg wordt gedaan. Als MIT willen wij proberen om die impact en de daarmee gepaard gaande kosten zo goed mogelijk in beeld te brengen. Daar hebben we nog even tijd voor nodig, maar we denken ergens begin juni daarover te kunnen adviseren.

Dan de vraag: wie hebben long covid? Er is al vaak genoeg gezegd dat we mensen met long covid beter in beeld moeten brengen in Nederland. Ik wil dat hier nog eens onderstrepen. Herkenning en erkenning zijn echt heel belangrijk voor de mensen zelf, maar die zaken zijn ook belangrijk voor de instituties waar ze mee te maken krijgen, zoals scholen, werkgevers, het UWV en verzekeraars. Het is belangrijk voor de politiek om beter zicht te krijgen op het nodige beleid en voor de wetenschap om er meer licht op te kunnen werpen. Een echte, goede, volledige registratie om mensen beter te kunnen helpen, zouden wij dan ook zeer waardevol

vinden. Dat gaat niet alleen om onderzoek naar mensen die zichzelf melden, maar echt om het in kaart brengen van degenen over wie we het hebben.

Op de volgende sheet ziet u twee grafiekjes die we hebben ontleend aan C-support. Links ziet u een cirkeldiagram, waarvan driekwart rood is. Dat is het aandeel vrouwen dat zich bij C-support heeft gemeld. Vrouwen zijn dus sterk oververtegenwoordigd. Het rechtergrafiekje geeft de leeftijdsverdeling weer. Daarin ziet u dat het vooral mensen treft in de leeftijdscategorie van 40 tot 60 jaar, maar ook jongeren en ouderen. Ik waag mij niet aan een biomedische verklaring daarvoor, want dat is echt niet mijn expertise, maar het feit dat long covid meer voorkomt in het onderwijs en in de zorgsector is opmerkelijk. In die sectoren zijn veel vrouwen in deze leeftijdsklasse werkzaam. Dat zou een van de oorzaken kunnen zijn.

Helaas weten we nog heel weinig over kinderen en jongeren, omdat die niet worden meegenomen in de onderzoeken van Lifelines en het RIVM en zich ook nauwelijks melden bij C-support. Wij hebben wel contact met de organisatie Kinderen met LongCovid. Die vertegenwoordigt inmiddels 1.400 gezinnen waarvan kinderen ernstige langdurige klachten hebben. Hoeveel mensen hebben long covid? In Nederland weten we dat dus niet precies. Van de heer Jaap van Dissel hoorde u net al een aantal extrapolaties op basis van de kennis die we wel hebben en op basis van buitenlandse onderzoeken. De Nederlandse schattingen die nu wel beschikbaar zijn, bevestigen dat veel mensen na corona last houden van klachten. Het Groningse Lifelinesonderzoek komt uit op een op de acht mensen, op basis van besmettingen met de alfa- en de deltavariant. RIVM-cijfers over de omikronvariant komen iets lager uit, op een op de tien. Als we in gedachten nemen dat driekwart van de Nederlandse bevolking ooit corona heeft gehad, betekent dat dat in totaal zo'n 1,3 miljoen Nederlanders langdurige klachten heeft ervaren. Dat gaat om alle klachten, van licht tot zwaar, die langer dan drie maanden aanhouden.

Om de maatschappelijke impact in beeld te krijgen, hebben we als MIT daarnaast een schatting gemaakt van het aantal mensen dat echt ernstige langdurige klachten heeft en daardoor dus niet meer goed kan participeren op de arbeidsmarkt en in de maatschappij. Wij hebben ook een extrapolatie gemaakt op basis van de cijfers van het Verenigd Koninkrijk, maar komen iets lager uit dan de heer Van Dissel. Wij komen uit op zo'n 90.000 longcovidpatiënten die echt ernstige hinder ondervinden in het dagelijks functioneren. Alleen al deze verschillen in cijfers geven aan dat we hier echt meer zicht op moeten krijgen. Dit is een grote groep mensen die niet meer kunnen werken, niet naar school kunnen gaan en vaak niet maatschappelijk kunnen participeren of voor hun gezin kunnen zorgen. Tot slot wil ik een andere indicatie noemen, van het Zorginstituut. Uit declaratiecijfers blijkt dat van juli 2020 tot eind 2022, dus over een periode van anderhalf jaar, 174.000 mensen gebruik hebben gemaakt van paramedische herstellzorg voor long covid. Ruim 50.000 mensen deden dat langer dan zes maanden. Ten slotte blijkt uit de staatjes van C-support, namelijk uit het grafiekje rechts op de sheet, dat het aantal mensen dat zich daar meldt wel minder wordt, maar dat zich nog steeds iedere maand nieuwe longcovidpatiënten aanmelden. De problematiek is dus zeker niet uitgeblust.

We snappen dat patiënten en behandelaars zich echt op biomedisch onderzoek richten. Maar wij constateren dat er niet alleen behoefte is aan meer biomedisch onderzoek, maar ook aan meer sociaaleconomisch onderzoek, te beginnen met meer experimenten die de toegankelijkheid van de zorg voor deze grote groepen nieuwe patiënten kunnen borgen. Wij horen terug van patiënten en artsen dat de toegang tot de zorg voor deze groep nu niet goed geregeld is. Er zijn nu natuurlijk nog geen diagnose-behandelcombinaties voor, maar er is wel een loket nodig om die mensen te kunnen helpen en om in trials of pilots succesvolle behandelingen uit te testen. Voor de eerstelijnszorg is financiering

geregeld, maar we zien een tegengestelde beweging in de tweedelijnszorg. We denken dat het belangrijk is dat ook in die tweedelijnszorg meer gaat gebeuren dan nu.

Wij constateren bovendien dat onderzoek naar de maatschappelijke impact van long covid nu nog te veel ontbreekt. Ook hier zou een onderzoeksprogramma voor moeten worden opgezet, bij voorkeur in een consortium, waarbij verschillende partijen hun data en kennis inbrengen. De database van Lifelines en het RIVM hebben ontzettend veel interessante gegevens, maar wij constateren dat op die gegevens op dit moment eigenlijk geen analyses kunnen plaatsvinden. Hetzelfde geldt voor Nivel: heel interessante statistieken, maar die kunnen nu niet gematcht worden met CBS-cijfers, omdat de menskracht en de middelen ontbreken om deze te analyseren.

Ik hoor net dat ik nog twee minuten heb. Dan laat ik u nog een sneak preview zien van het onderzoek dat het MIT op dit moment met behulp van het LISS-panel laat verrichten. Eerst een weergave van de cijfers, waarbij we een representatieve doorsnee van de Nederlandse bevolking hebben gevraagd of zij long covid als een maatschappelijk probleem beschouwen of meer als een individueel probleem. We zien dat mensen het op een schaal van zes tot tien – tien is maatschappelijk, nul is individueel – grotendeels waarderen als een zes, dus eerder als een maatschappelijk probleem. Met name medisch kwetsbaren vinden dat vaker, wat niet verrassend is, en jongeren vinden dat wat minder vaak. Wat u op pagina 13 ziet, komt uit datzelfde onderzoek. Het toont aan dat er een vrij grote steun is onder mensen voor het verkrijgen van meer begrip en meer steun voor longcovidpatiënten vanuit de samenleving, vanuit werkgevers en vanuit de scholen. Wij gaan dat allemaal verwerken en natuurlijk ook die enquête keurig rapporteren. Daarvoor zullen we in juni een mooi advies aanbieden en we hopen dat uw Kamer daar dan ruim aandacht voor zal hebben.

Kort even naar de jongeren. De cijfers over jongeren en mentale gezondheid zijn eigenlijk wel heel alarmerend. We zien dat dit een langere trend is, die door corona versterkt is en dat die mentale gezondheid daarna niet terugkomt. Misschien wel het meest alarmerende gegeven op sheet 14 is het aantal jongeren dat denkt aan zelfdoding en daar serieuze gedachten over heeft. Sinds de laatste lockdownperiode is dat aantal gestegen naar maar liefst een op de zeven jongeren, 14%, die daar serieus aan denkt. Dan hebben we het over jongeren tussen de 12 en de 25. Voor de laatste lockdown was dat aantal met een op de twaalf ook al niet gering. Maar dit is echt iets wat niet terugkeert.

Daar zien we ook terug als we kijken naar jongeren, onderwijs en welzijn. Het aantal voortijdig schoolverlaters is weer aan het toenemen, met name bij het mbo. We zien ook dat er echt sprake is van indrukwekkend leerverlies door die coronajaren. Onderzoek laat zien dat dat ongeveer 35% is in een landenvergelijking, waarbij Nederland gemiddeld scoort. Scholen en ook universiteiten maken zich echt zorgen over de focus, de concentratie en het welbevinden van jongeren en studenten. De kwalificatie in het onderwijs is inmiddels weer enigszins op peil aan het komen, maar dat geldt echt niet voor de andere belangrijke leerdoelen van persoonsvorming en socialisatie.

De voorzitter:

Ik zou het hierbij willen laten. Als men nog vragen heeft over de volgende sheets...

Mevrouw **Sap:**

Mag ik nog eentje laten zien?

De voorzitter:

Dan moet het heel snel.

Mevrouw **Sap**:

Heel snel. Dan klik ik even door naar sheet 18 over het vertrouwen, want dat vind ik wel een heel belangrijke in het kader van de pandemische paraatheid. Volgens de laatste analyse van het Sociaal en Cultureel Planbureau is het vertrouwen in de regering tot een historisch laag niveau gezonken. Het veert ook niet terug. Dat is vandaag bevestigd door gegevens van het CBS over het vertrouwen in de politiek. We zien in studies die kijken naar deelgroepen dat het vertrouwen – ook weer met name onder economisch en sociaal kwetsbaren en lager opgeleiden – lager ligt. Wij als MIT maken ons hier wel echt zorgen over, omdat dit een enorm belangrijke factor is in de paraatheid van een land voor toekomstige pandemieën.

Als een bevolking en met name de kwetsbare leden van die bevolking er niet meer op vertrouwen dat degenen die het beleid maken, dat ook met het oog op hun welzijn en hun belangen doen, dan is er echt iets aan de hand. Ook daar zouden wij dus aandacht voor willen vragen. Blijven investeren in deze mensen is cruciaal, evenals blijven investeren en veel meer investeren in long covid, investeren in goede communicatie en het vertrouwen terugkrijgen van deze groepen.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan dr. Alfons Olde Loohuis.

De heer **Olde Loohuis**:

Dank u wel. Ik ben de vorige sprekers heel erg dankbaar dat ze al een klein beetje over onderzoek en ook over het belang van de kliniek hebben gepraat. Ik mag iets gaan vertellen over de onderzoeken die lopen en over behandelmethoden. Ik wil mij even voorstellen, want ik ben een wildvreemde. Mijn naam wordt niet eens goed uitgesproken. Ik ben Alfons Olde Loohuis, ik ben een boerenhuisarts. Ik ben een huisarts die heel zijn leven in een dorp heeft gewoond en Q-koorts heeft ontdekt met zijn collega. Vanaf dat moment had ik in de gaten dat pandemic preparedness niet aanwezig is en dat ook de zorg voor post-infectieuze klachten volledig afwezig was. Daar heb ik mij heel erg hard voor gemaakt.

We hebben de mogelijkheid gehad om Q-support op te zetten, waarmee we mensen ten aanzien van alle dimensies, biologisch, psychisch, somatisch en sociaal, hebben kunnen begeleiden bij werk en inkomen. Er is ons gevraagd om dat ook met C-support te doen. Ik heb dus een dubbelrol. Dat maakt het een beetje lastig. Bij C-support hebben we inmiddels 24.000 patiënten met ernstige postcovid. Alles wat hiervoor is gezegd, kan ik dus bevestigen. We hebben een derde ketenteam van nazorgadviseurs en medisch specialisten die ongelofelijk hard werken om voor deze mensen klaar te staan. Als zodanig mocht ik lid worden van de ZonMw-commissie voor het deelprogramma Aanhoudende klachten en nazorg. Dat wilde ik heel graag doen.

Ik kom nu op mijn antwoorden. Allereerst over de WHO. De WHO zegt dat er wereldwijd 67 miljoen postcovidpatiënten zijn. Over het Verenigd Koninkrijk hebben de vorige sprekers al gesproken. Daar hebben ze het registratiesysteem ONS, waardoor ze het preciezer kunnen registreren dan in Nederland. Maar in Nederland gaat het ook om een grote groep. Het onderzoek Lifelines is al een paar keer aan bod geweest. Ik wil dat herhalen, want dat is een van de onderzoeken die bij ZonMw heeft gelopen. Dat onderzoek laat zien wat de economische schade is, maar het laat in een prospectief onderzoek ook heel goed zien dat burn-out, vermoeidheid en overspannenheid voorkomen in een normale populatie. Maar het aantal mensen met een burn-out in de covidpopulatie laat een heel ander percentage zien. Dat is heel erg indrukwekkend. Dit onderzoek is wereldwijd rondgegaan. Het laat zien dat er een groot verschil is, want

het idee heerst nog steeds heel erg: is het niet een vorm van een burn-out? Ik heb net al gezegd dat we veel patiënten bij C-support hebben en we krijgen er nog ongeveer 900 patiënten per maand bij.

Ik wil nog één ding zeggen over de WHO, vanuit mijn gedrevenheid en falen. In het voorjaar van 2021 mocht ik de WHO in Europa toespreken over het mooie model van C-support. Ik gaf toen aan dat het een mooi en aanvullend model is, dat mensen helpt op biologisch en psychosociaal niveau en bij hun werk, inkomen enzovoorts. Ik was ervan overtuigd dat postcovid heel goed verzorgd kon worden in de eerste lijn. Maar in dat jaar kwamen er zo veel mensen bij ons dat ik dacht: dit gaan wij niet meer trekken. Mijn buurvrouw Jolande heeft dat net ook al genoemd. Ik dacht: we moeten ervoor zorgen dat de klinieken beter toegerust zijn op de systeemaanval die «covid» heet. Postcovid is gewoon een pechfactor. Dat heeft Jaap ook al gezegd. Ook al heb je het twee keer niet gekregen, dan kun je de derde keer alsnog postcovid krijgen. Het is een beetje als Russische roulette.

Ik wil nog iets over de WHO zeggen; dat is de laatste keer. De WHO heeft in oktober 2022 een noodkreet geplaatst. De directeur, Ghebreyesus, zei: it is a devastating problem. Hij vroeg om een urgente aanpak van deze verwoestende ziekte. Dat kun je alleen maar doen met vaccineren, zoals Jaap al heeft gezegd, met data, die we allemaal hebben genoemd, met meer biomedisch onderzoek en met een plek waar mensen verzorgd worden.

Ik kom nu op mijn taak op het gebied van onderzoek. Er zijn nationale en internationale initiatieven. Het nationale initiatief ligt, zoals verwacht, bij ZonMw. ZonMw staat voor het werken met kennis aan een goede gezondheid voor iedereen. Daar worden commissies samengesteld en die gaan in gesprek met statistici, met de mensen die de onderzoeksvoorstellen doen. Dat gaat eigenlijk heel erg goed. Dat is een goed systeem. Zo worden er commissies samengesteld. Mijn positie daarin is soms lastig, ook al gaat het nu niet over mij. Ik ben heel vaak betrokken geweest bij allerlei onderzoeksvoorstellen, dus ik word heel vaak geweigerd door veel commissies, wat heel terecht is.

Maar er is ook iets nieuws, wat Onze Minister van Volksgezondheid heeft bereikt. Via de EU is er internationaal op hoog niveau een expertisenetwerk opgezet. Afgelopen dinsdag is de eerste vergadering geweest. Vanuit Nederland zijn de NFU – dat is ook een van de redenen waarom Frits hierbij zit – C-support en ZonMw uitgenodigd om daaraan deel te nemen. Daarin worden biomedische onderzoeken afgestemd. Dat is geen reden om achterover te gaan zitten. Integendeel, de urgentie blijft, maar biomedisch onderzoek in samenhang is absoluut een stap verder.

Ik kom nu op het onderzoek dat er in Nederland is geweest. Er zijn 21 programma's geweest. Een daarvan is gestopt vanwege EU-redenen. Een biomedisch onderzoek wilde met een app werken en die was niet goedgekeurd. Uiteindelijk zijn er 21 onderzoeken, waarvan 13 biomedische componenten hebben. Er wordt namelijk vaak gezegd: zijn er wel genoeg biomedische onderzoeken? Het onderzoek Lifelines, dat nu al een paar keer ter sprake is geweest, gaat veel over de economische aspecten en over hoeveel mensen het krijgen, maar het heeft ook een biomedische tak. Dat geldt voor veel onderzoeken. Dertien onderzoeken hebben dat aspect.

Ik kom op het deelprogramma waarvan ik deel uit heb gemaakt. Dat bestaat uit tien onderzoeken die gaan over aanhoudende klachten, met pathofysiologie, over herstel- en nazorg en over zorgnetwerken. Dat zijn de thema's. Ik heb daar een plaatje bij gezet. Dat doe ik niet om de andere onderzoeken tekort te doen, want Lifelines is al genoemd. Het betreft een onderzoek uit Amsterdam. Dat is wereldwijd bekend geworden en laat zien dat die hersenmist, waar Jaap het net al over had, mogelijk zichtbaar gemaakt kan worden. Er kan in ieder geval iets van inflammatie zichtbaar

gemaakt worden. Zo hebben al die onderzoeken – de meeste lopen nog – een tipje van de sluier opgelicht.

Daarnaast zijn er nog andere onderzoeken geweest in het deelprogramma, zoals Sniffing out COVID. We zien geurverlies bij de omikronvarianten eigenlijk niet meer – ik denk dat Jaap dat kan bevestigen – maar toen was dat een hot item. Ik noem ook COVID-CLIMATE, over de longfunctie. Ook dat speelt nu nadrukkelijk minder bij de omikronvarianten, maar het is goed dat het er is. Daarnaast noem ik nog het onderzoek DEFENCE, naar hartschade, het genetische onderzoek en het onderzoek naar een in-vivomodel. Er is ook nog een studie geweest naar vaccinatie en long covid, RECOVERED, en een onderzoek gericht op kinderen.

We hebben het inmiddels gehad over vaccinatie, data en de onderzoeken die er geweest zijn. Maar het is nog niet af. Ik kom nu op de behandeling. De mogelijkheden zijn beperkt. Er is onderzoek gedaan naar een uniforme en multidisciplinaire richtlijn van het NHG en de FMS voor postcovid. Die is met heel veel enthousiasme gemaakt, maar wel een beetje te vroeg. Het gevolg daarvan is dat de uitkomst is dat we er niet veel aan kunnen doen. Nogmaals, daar hebben ze gelijk in. We hebben nog geen tovermiddel voor postcovid, maar er komt wel veel aan. Mensen zijn dus beperkt in hun mogelijkheden. Dat noemde Jolande net ook al. De kliniek weet het niet. Een orgaanspecialist kijkt naar zijn orgaan en denkt: ik zie niet heel veel bijzonders. Er moet dus een samenwerkingsnetwerk ontstaan om dit te kunnen tackelen.

De mogelijkheden hiervoor zie je in het plaatje dat ik heb meegebracht, met die vijf subplaatjes. Jullie hoeven dit niet te onthouden, maar ik laat jullie het toch even zien. Aan de linkerkant zie je de persisterende infecties en het reactiveren van infecties. Het tweede plaatje gaat over het microbioom. Dit zijn op dit moment volgens wetenschappers wereldwijd de belangrijkste hypothesen voor postcovid. Die geven kansen voor behandeling en voor biomarkers. Het derde plaatje is heel belangrijk en gaat over hyperimmunitet, waar heel veel over te doen is. Ik vergelijk het altijd met alarmbellen die heel hard afgaan en niet meer uit kunnen, waardoor ze op een gegeven moment de wanden van je huis beschadigen. Het vierde plaatje is ook heel belangrijk. Dat heb ik net al een klein beetje genoemd. Dat gaat over schade aan de kleine bloedvaatjes. Er zijn in dat kader allerlei projecten en mogelijkheden. In het buitenland wordt daar soms iets meer aan gedaan. Dat is een kwestie van afstemming. Het vijfde plaatje gaat over autonome dysregulatie. Er is dus wel een kader voor waar we naartoe gaan met de behandeling.

We hebben samen met VWS, de NFU, ZonMw, C-support en de patiëntenverenigingen gezegd: dit is niet goed. We zien dat mensen vertrekken naar het buitenland voor experimentele en risicovolle behandelingen. Er is een grote urgentie. Het plan is nu om het Adviespanel Innovatieve Behandelingen COVID-19 weer opnieuw in het leven te roepen om op die manier een beetje richting te kunnen geven in die grote chaos.

Voorzitter. Ik kom bij mijn laatste plaatje. We willen een overkoepelende kennisagenda bereiken voor postcovid. Postcovid is echt veel complexer dan we eerst dachten en de behandeling kan niet door één iemand geleverd worden, niet in de eerste lijn, ook al gaat de zorg daar tegenwoordig al veel beter, en niet ten aanzien van de veel ernstigere patiënten, die een klinische beoordeling nodig hebben. Dat moet dus anders gebeuren. We willen toe naar een overkoepelende kennisagenda, waarin de biomedische kernvragen goed terecht komen en door de expertgroep, door het netwerk, beoordeeld kunnen worden. Ze kunnen daarna doorgestuurd worden naar ZonMw.

Maar we willen ook dat de klinische zorg beoordeeld kan worden. Hoe staat het met de organisatie van de klinische zorg voor specifieke postcovidpatiënten, bijvoorbeeld voor patiënten die een extreem ernstige ziektelast hebben? Daar praten we over. Dat is het groene plaatje, waar

het programma voor long covid in zit. Dat betreft zowel het expertisenetwerk als het onderzoeksnetwerk. Uit de Voorjaarsnota moet nog blijken wat de ruimte in de subsidies is. Dat houdt ook verband met het Europees niveau.

Het plaatje daarboven gaat over het programma voor COVID-19 en het programma voor ME/CVS, myalgische encefalomyelitis/chronischevermoeidheidssyndroom. In deze turbulente jaren is heel duidelijk geworden dat postcovid een postinfectieus ziektebeeld kent, net als bij Q-koorts en ebola.

De voorzitter:

Mag ik u vragen om af te ronden?

De heer Olde Loohuis:

Ja. Dit worden mijn laatste woorden.

Die postinfectieuze klachten hebben allemaal dezelfde kenmerken, maar met hun eigen topje erop. Ik zou het bijna een «kers op de taart» noemen, maar dat mag je niet zeggen. Jaap zei dat net ook over die nieuwe varianten. In 2005 kregen veel mensen in Ottawa, in Canada, na een jaar last van SARS1. Toen hield het onderzoek op. In de jaren daarna zag je daar een hele grote toename van patiënten met ME/CVS. Oftewel, we moeten meer gaan samenwerken.

Dit was het.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef tot slot graag het woord aan professor Groenwold. O, eerst mevrouw Westerveld nog.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ik heb nog een hele kleine aanvullende vraag over dit onderwerp. Meneer Olde Loohuis gaf net aan dat uit de Voorjaarsnota moet blijken wat voor ruimte er is. Kunt u iets van een orde van grootte aangeven van wat nodig zou zijn? Ik heb daar geen enkel beeld bij. Gaat het om een paar miljoen, om tientallen miljoenen of om nog veel meer? Ik wil een beetje een beeld krijgen bij dit laatste plaatje.

De voorzitter:

Mevrouw Westerveld, ik reken dit wel als een echte vraag, gezien de tijd.

De heer Olde Loohuis:

Wat nodig is, zijn onderzoeken, biomedisch, via een aantal academische centra die daarin een soort netwerk vormen. Maar academische centra kunnen maar kleine aantallen patiënten zien. Wat nodig is – dat is ook het perspectief voor de covidpatiënt die er ernstig aan toe is – is een aantal perifere klinieken, die met een andere kijk, vanuit het nieuwe Integraal Zorgakkoord, hiernaar kunnen kijken. Dus niet: als orgaanspecialist fixeren op dat hart, maar breed naar iemand kijken. Wat kunnen we bieden en waarbij kan men aansluiten? Dat betekent een andere vorm van zorg, die investeringen vraagt. Ik durf bijna niet over geld te praten, maar met een paar miljoen ben je er niet.

De voorzitter:

Dan graag nu het woord aan professor Groenwold.

De heer Groenwold:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Dank u wel voor de uitnodiging ook. Ik ga u helpen, want ik zal het kort houden. Dan zijn we weer een beetje terug in de planning. Ik zit hier mede namens de ZonMw-commissie die onderzoek faciliteert naar oversterfte. Deze commissie is opgezet in het voorjaar van 2022, dus vorig jaar, om meer inzicht te krijgen, met name in

de redenen en oorzaken van oversterfte in de jaren 2020–2021. Binnen de commissie is gekozen voor een opdeling in drie onderzoekslijnen. Ik zal een en ander toelichten. De eerste onderzoekslijn is uitgevoerd in de zomer van 2022, dus afgelopen zomer. Door het onderzoeksinstituut Cochrane Netherlands is onderzoek gedaan naar de internationaal beschikbare literatuur. Onderzoeken die al zijn uitgevoerd, zijn samengevat om een indruk te krijgen van wat internationaal determinerende factoren zijn die een bijdrage leveren aan oversterfte. Daaruit komt naar voren dat oversterfte met name hoger lijkt te zijn onder ouderen, mensen met een lagere sociaaleconomische status, mensen die in instellingen wonen en migranten. Het beeld dat er ook uit naar voren komt, is dat vaccinaties lijken samen te hangen met een lagere oversterfte. Als u wilt, kunt u dat hele onderzoeksrapport nalezen op de website van ZonMw. Tegelijkertijd wil ik daarbij opmerken dat het een samenvatting is van internationaal beschikbare informatie en onderzoeken. Veel van die onderzoeken zijn gedaan in een hectische periode. Ze zijn dus kwalitatief niet altijd van optimaal niveau, laat ik het zo zeggen. Ook de vertaling naar de Nederlandse situatie is niet altijd eenvoudig te maken. Als je het onderzoek samenneemt, denk je: er komt een beeld uit naar voren. Maar wat kunnen we daar nu echt mee voor de Nederlandse situatie? Daartoe zijn dan ook lijn 2 en lijn 3 opgezet, waarmee specifiek onderzoek wordt gedaan binnen de Nederlandse context.

Ook hier geldt niet dat u op detailniveau moet gaan lezen wat er staat. Ik zal toelichten dat binnen onderzoekslijn 2 onderzoeksvoorstellen zijn gehonoreerd die een relatief korte looptijd hebben van zes maanden, waarbij gebruik werd gemaakt van reeds bestaande onderzoeksbestanden en databestanden, om een indruk te krijgen van wat factoren zijn die in de Nederlandse situatie bijdragen aan oversterfte. Er zijn diverse onderzoeksvoorstellen, die uiteenlopende factoren bestuderen. Dan moet u denken aan medisch kwetsbare groepen en sociaaleconomische groepen binnen de samenleving. Er zijn onderzoeken die specifiek kijken naar de inrichting van het zorgsysteem en naar zorginstellingen, om op die manier een breed palet aan onderzoeken te doen en in gezamenlijkheid te komen tot een betere inschatting van wat die factoren nou zijn.

Deze onderzoeken lopen momenteel. Sommige ervan zijn in de afrondende fase, dus ik verwacht dat de resultaten daarvan binnenkort breed beschikbaar komen.

De onderzoeken die in lijn 3 zijn gehonoreerd, bouwen verder op de onderzoeken uit lijn 2. Die onderzoeken worden uitgevoerd door dezelfde onderzoeksgroepen, die een verdiepingsslag maken, of door nieuwe onderzoeksgroepen. Naast de al bestaande onderzoeksgegevens waartoe deze onderzoekers toegang hebben, zijn de onderzoeksdatasets aangevuld met vaccinatiegegevens en covidtestgegevens. Van de negen onderzoeken die zijn gehonoreerd binnen deze onderzoekslijn kijken zeven onderzoeken, de gearceerde stukjes op deze sheet, expliciet naar de rol van vaccinatie in Nederland en de relatie met oversterfte.

Ik wil toch gebruikmaken van de gelegenheid om heel kort iets te zeggen over de uitdaging van dit type onderzoek. Ik heb een aantal keer gezegd dat er gebruik wordt gemaakt van reeds bestaande onderzoeksbestanden. In de derde lijn wordt daar informatie over vaccinatie of testgegevens aan toegevoegd. Je zou kunnen denken: die informatie is beschikbaar, dus waarom is dat onderzoek niet al klaar en kost dat wellicht relatief veel tijd? Dat heeft er alleszins mee te maken dat veel van die data niet primair voor onderzoeksdoeleinden worden verzameld. De data die beschikbaar zijn, kunnen niet in een middag worden onderzocht. Dat heeft te maken met methodologische uitdagingen die inherent zijn aan dit soort databestanden. Dan gaat het over de beschikbaarheid en met name over het toegankelijk maken van de databestanden, de kwaliteit van de data, waar verschillende checks overheen moeten, en ook de inherente onvergelykbaarheid van de groepen waarnaar je wilt kijken binnen dit soort

onderzoek. Daar zijn verschillende methodologische oplossingen voor te bedenken, waar ik hier niet bij zal stilstaan, maar dat maakt wel dat dit onderzoek tijd kost en dat het, om te komen tot betrouwbare resultaten, gedegen moet worden uitgevoerd. Daarom heb ik wellicht helaas het teleurstellende nieuws dat we nog moeten wachten op de resultaten van dit onderzoek.

Daar zou ik het even bij willen laten.

De voorzitter:

Dank u wel, ook voor de korte samenvatting. Wilt u wel uw microfoon alstublieft uitdoen? Anders kan de camera de Kamerleden niet in beeld brengen. Ik zou de Kamerleden kort willen introduceren: meneer Haga, meneer Dijk, mevrouw Westerveld, mevrouw Kerseboom, die meneer Van Houwelingen vervangt, meneer Drost, mevrouw Tielen en mevrouw Paulusma. Ik kijk naar de klok. Ik gun u allen twee vragen. Dan weet meneer Haga, die eerder weg moet, dat hij nu ook gelijk twee antwoorden kan krijgen en dan weet mevrouw Westerveld dat ze in ieder geval nog één vraag kan stellen. Ik vertrouw er dan wel op dat u allemaal korte vragen zult formuleren en dat onze inbrengers ook een kort antwoord zullen geven, want anders heeft mevrouw Paulusma geen kans. Dank u wel.

Meneer Haga.

De heer Van Haga (Groep Van Haga):

Dank u wel. Het is overigens «Van Haga», maar dat terzijde. Dank voor alle presentaties en ook mooi om te zien dat er nu ook onderzoeken naar vaccinatie en oversterfte gaan plaatsvinden.

Ik heb een vraag over het vaccineren. Door de heer Van Dissel wordt het als een van de oplossingen aangegeven voor met name de langetermijneffecten. Kunt u opheldering geven over de inmiddels groeiende consensus dat het spike-eiwit van het mRNA-vaccin toch veel langer in het lichaam lijkt te blijven en bovendien niet gelokaliseerd blijft maar zich door het lichaam verspreidt? Er zijn wat onderzoeken die aantonen dat er sprake is van trombose, met name in de haarvaten, en bijvoorbeeld twee jaar na vaccinatie retinale vasculaire occlusie. Herkent u dat?

Mijn tweede vraag is denk ik meer voor de heer Groenwold. Is het niet mogelijk, of is het uitgesloten, dat er een relatie is tussen vaccinatie en postcovidklachten?

De voorzitter:

Eerst meneer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

U stelt een vraag over bijwerkingen van vaccinaties. Voor de duidelijkheid: die worden in Nederland niet door het RIVM maar door Lareb bijgehouden, en natuurlijk ook door het CBG, dus door de EMA, dat continu een veiligheidsdossier bijhoudt. Inmiddels zijn er geloof ik 5 à 6 miljard vaccins gezet, dus er is zeer brede kennis van wat vaccineren eventueel aan problemen zou geven. Er zijn natuurlijk een aantal bekende problemen opgetreden. Er zijn een aantal heel zeldzame problemen die duidelijk worden en die overigens vaak ook door covid zelf veroorzaakt worden. Myopericarditis, waar u indirect ook naar verwijst, komt bijvoorbeeld met een zekere frequentie na vaccinatie voor, ook volgens Lareb, namelijk bij tussen de 3 en de 10 per miljoen vaccins, vrij kort na de vaccinatie. Maar hetzelfde ziektebeeld ligt na een infectie achttien keer hoger dan wanneer je het alleen na vaccinatie observeert. Bij vaccinaties gaat het altijd om de balans tussen werkzaamheid en veiligheid. Je probeert een ziektebeeld te voorkomen dat klachten kan veroorzaken. Die klachten kunnen soms, al of niet gemitigeerd, in verminderde ernst soms ook optreden na vaccinatie. Als de frequentie daarvan veel minder hoog

is, kun je je voorstellen dat vaccineren myopericarditis letterlijk voorkomt, omdat het wel was opgetreden als men de ziekte zelf had gehad. Het gaat dus om de balans. Die balans is beoordeeld, in Nederland door Lareb, in Europa door de EMA, voor de vele vaccinaties die gegeven zijn. Er kijken ook internationale organisaties naar. Zij geven heel duidelijk aan dat de balans gunstig is en dat het vaccin veilig is.

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

Dat was niet mijn specifieke vraag. Mijn vraag was hoelang het spike-eiwit in het lichaam blijft en of daar nu consensus over is.

De heer **Van Dissel**:

Nee, ik denk dat die er niet is.

De heer **Groenwold**:

Ik zal antwoord geven op uw vraag of er een relatie is tussen vaccineren en post covid. Vaccineren heeft een gunstig effect op de mate van ziek zijn bij een corona-infectie, en daarmee ook een indirect effect op de mate waarin postcovidklachten optreden. Een getrap effect zou je in die zin dus wel verwachten.

De heer **Dijk** (SP):

Bedankt voor de presentaties. Ik was aan het luisteren en toen hoorde ik eigenlijk twee dingen: we moeten long covid beter in kaart brengen, zei de heer Van Dissel. Vervolgens kregen we heel veel sheets en grafieken met hoe long covid al in kaart is gebracht. Ik vroeg me toen af: wat bedoelt u daar precies mee, of wat is de boodschap daarachter?

Hetzelfde geldt eigenlijk voor mevrouw Sap, die het heeft over meer onderzoek doen naar de sociaaleconomische gevolgen en oorzaken. Dat lijkt me heel nuttig. Ik ben er groot voorstander van. Maar daar is al heel veel onderzoek naar gedaan. Zoals ook uit haar presentatie blijkt, wekken heel veel dingen de schijn dat het inderdaad harder aankomt bij sociaal-economisch kwetsbare groepen en dat het daar ook harder is aangekomen. Mijn verduidelijkende vraag is dus wat de boodschap hierachter precies is.

De **voorzitter**:

Eerst meneer Van Dissel en dan mevrouw Sap.

De heer **Van Dissel**:

Waarom geven wij aan dat het toch belangrijk is om het in kaart te brengen? Dat komt omdat het geen ziektebeeld is zoals covid zelf. Het is een combinatie van klachten die op zich heel specifiek zijn. Je kunt ze ook na griep krijgen. Dat geeft meteen een beetje het probleem aan. Ten tweede zie je dat er een dynamiek in die klachten zit. We denken dat het zeer waarschijnlijk is dat verschillende biologische mechanismen er uiteindelijk toe leiden. Vanuit epidemiologisch standpunt wil je dan begrijpen welke groepen er zijn en welke determinanten, dus oorzakelijke factoren, er met name in die groepen spelen. Dat is ons inziens gewoon een noodzakelijke stap voordat je verder nuttig biomedisch onderzoek kan doen, zoals ook al gebeurt. Je wilt eigenlijk zo goed mogelijk weten om welke groepen het gaat, of die zich subtiel onderscheiden van elkaar, of er verschillende oorzaken zijn voor het ontstaan ervan en of er daardoor wellicht ook verschillende behandelingsmogelijkheden zijn. Dat bedoelen we met «in kaart brengen». We moeten gewoon beter weten wat er speelt, hoe de ontwikkeling in de tijd is en wat de diversiteit van mogelijke achterliggende oorzaken is.

Mevrouw **Sap**:

Dank u wel voor de vraag. Wat u misschien ook gezien hebt in de presentatie, is dat wij veel materiaal uit allerlei bronnen bij elkaar hebben moeten schrapen, ook vaak buitenlandse bronnen, omdat we er in Nederland nog niet altijd zicht op hebben. We vinden het belangrijk om veel beter zicht te hebben op de sociaaleconomische impact, omdat we uit de verhalen al weten dat long covid niet alleen direct voor de patiënt, maar vaak ook voor diens gezin en netwerk enorme implicaties heeft. Ik liet één staatje zien, maar ik heb dat niet kunnen toelichten. Je zag daar hoeveel mantelzorg er nodig is voor mensen met ernstige long covid. Dat is enorm. Wat we niet weten, is of de partner dan vervolgens eigenlijk nog wel kan werken. Of ziet hij of zij zich dan ook genoodzaakt om de arbeidsduur terug te brengen? Als het om kinderen gaat, lukt het dan nog wel om met begeleiding digitaal les te krijgen ja of nee? Op al dat soort zaken hebben we geen zicht. Tot slot wil ik het toch nog maar een keer zeggen: we weten in Nederland eigenlijk nog steeds niet hoeveel mensen dit in totaal raakt en wat de ernst is van hun klachten. Welke mensen houden hier langdurig last van en dreigen in de WIA te geraken? Als je daar meer over weet, daarvan ben ik overtuigd, dan kun je ook meer actie ondernemen. Dan kunnen instituties beter acteren en dan kunnen we mensen beter helpen.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik heb natuurlijk heel veel vragen. Ik zou willen beginnen met een vraag over mensen met een beperking. Ik las laatst een onderzoek van onderzoekers van het Radboudumc waaruit blijkt dat mensen met een beperking veel vaker overlijden. Ze merken aan alle kanten veel vaker de gevolgen. Dat zal op alle vlakken gelden. Nou is het wel zo dat deze groep natuurlijk veel minder goed vertegenwoordigd is. Mijn vraag aan mevrouw Sap zou zijn hoe we ook voor hen kunnen zorgen en of zij juist ook voor deze groep oog heeft, in de analyses die haar team maakt. Misschien in bredere zin is mijn vraag hoe we ervoor kunnen zorgen dat juist deze mensen beter worden beschermd. Voor de duidelijkheid: ik heb het in dit geval niet over mensen met een fysieke beperking, maar ook over mensen met een verstandelijke beperking. Ik weet dat die twee vaak hand in hand gaan, maar ik schrok hier toch enorm van.

Mevrouw **Sap**:

Heel veel dank voor dit signaal. Wij hebben zoals u weet een werkwijze waarbij we kijken naar wat er wetenschappelijk aan onderzoek en kennis paraat is, maar ook naar waar hiaten zitten en wat we in de praktijk kunnen ophalen. Dit is een van de groepen waar we zeker gesprekken mee hebben. Ik weet niet of we voor dat onderzoek naar long covid daarover al specifieke gegevens hebben, maar dat zal ik zeker checken. Dus dank hiervoor.

De **voorzitter**:

Mevrouw Kerseboom, wilt u ook aangeven aan wie u de vraag wilt stellen?

Mevrouw **Kerseboom** (FVD):

Dank u wel, voorzitter. Dank voor al de presentaties. Mijn beide vragen zijn gericht aan de heer Van Dissel. Ik was speciaal aan het meeluisteren en meelesen met de conclusie. In de conclusies zag ik mondkapjes niet meer staan. Toch hoorde ik de heer Van Dissel benoemen dat het gebruik van mond-neusmaskers nog wel wordt geadviseerd. Ik neem aan dat de heer Van Dissel bekend is met de uitkomsten van Cochrane's meta study «Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses». Daaruit blijkt dat mondkapjes eigenlijk helemaal geen meetbaar effect hebben gehad. Dan is mijn eerste vraag: moeten we dan met voortschrijdend inzicht nu niet concluderen dat de mondkapjesplicht

helemaal niet nodig is geweest? Ten tweede: zou je dan, gezien de conclusie van deze studie, nog steeds een mondkapjesplicht adviseren voor in de toekomst?

De heer Van Dissel:

Op dat laatste kan ik in ieder geval geen antwoord geven natuurlijk. Ik heb ook geen kristallen bol om te zien wat er in de toekomst allemaal gebeurt. Twee dingen. Ik heb heel even mondkapjes genoemd, omdat zeer kwetsbare groepen, of mantelzorgers van die groepen, graag gebruik willen maken van de mogelijkheid om die mondkapjes te verkrijgen, net zo goed als sneltesten bij apotheken. Wat ik noemde was geen advies in de breedte. Het is gewoon zo dat er specifieke kwetsbare groepen zijn die zich er in bepaalde situaties beter bij voelen om daar gebruik van te maken, bijvoorbeeld bij bezoek of tijdens een reis of wanneer ze in de bus zitten. Dan is daar gewoon de mogelijkheid voor. Het betekent niet dat we het op een of andere manier breed adviseren.

In de tweede plaats verwijst u naar de Cochrane-analyse van een aantal studies die gedaan zijn om effectiviteit van mond-neusmaskergebruik in de publieke ruimte te onderzoeken. Daar kunnen we uren over praten. Dat zullen we niet doen. Collega Rosendaal kan denk ik nog meer uren praten over wat de Cochrane-analyse allemaal inhoudt. Maar even terug naar waar het volgens mij om gaat. Mond-neusmaskers hebben gewoon effect, namelijk in situaties van bijvoorbeeld de verpleging, waarbij je binnen de 1,5 meter een patiënt moet verzorgen. Dan weten we gewoon uit data van tuberculose, covid en influenza dat er een goed beschermend effect is als mond-neusmaskers terdege met kennis gebruikt worden. We hebben daar zelfs hogere types voor dan die uiteindelijk zijn gebruikt in de publieke ruimte. We hebben ons steeds al gerealiseerd dat in de publieke ruimte meerdere aspecten invloed hebben op het beschermend effect. Dat kunt u teruglezen in de vele OMT-adviezen over mond-neusmaskers, uit de periode voordat er uiteindelijk vanuit de politiek een besluit kwam om ze in te voeren. Als iemand op 1,5 meter blijft, is de toegevoegde waarde van een mond-neusmasker natuurlijk zeer beperkt. Die 1,5 meter heeft namelijk hetzelfde effect. We hebben ook betoogd dat mond-neusmaskers veel te veel aandacht kregen omdat daarmee zeer basale maatregelen, gericht op de bron, minder kritisch werden opgevolgd. Als iemand die ziek is niet naar buiten gaat, hoef je buiten geen mond-neusmasker te gebruiken om te voorkomen dat je iemand besmet.

Mond-neusmaskergebruik is buitengewoon complex.

Als we als wetenschappers kritisch kijken naar de geëvalueerde studies, is er één studie uit Bangladesh die wellicht een effect laat zien. Eerder was er al een studie uit Denemarken die geen effect van het mond-neusmaskergebruik kon aantonen. De vraag is dan wat je met die Cochrane-analyse moet. Ik denk dat nog steeds het verhaal moet zijn, zoals we dat in Nederland hebben toegepast, dat als je binnen de 1,5 meter komt – dat was vooral in de bus en het openbaar vervoer en eerder ook in het vliegtuig – het advies is om die mond-neusmaskers te gebruiken. Dat was ook het advies voor in een drukke omgeving. In een heleboel andere situaties was daar geen noodzaak toe. Dus terugkijkend denk ik dat de uitkomst, zeker op basis van die studies die lang niet allemaal de kritiek kunnen doorstaan, niet zo verbazingwekkend is. We blijven erbij dat we als wetenschappers weten dat in de gecontroleerde situatie in het ziekenhuis het een toegevoegde waarde heeft in de bescherming van de verpleegkundige en de arts, en omgekeerd van de patiënt. U heeft gelijk dat het uit het onderzoek dat u aanhaalt, niet blijkt voor de openbare ruimte. Daar heeft u gelijk in. Dat betekent niet dat het niet nog steeds heel nuttig kan zijn in specifieke situaties.

De voorzitter:

Ik kijk nu even naar professor Rosendaal, omdat professor Van Dissel uw naam noemde. Ik weet niet of u nog wat wilt aanvullen.

De heer **Rosendaal**:

Ik geloof dat dat was omdat ik wat weet van Cochrane-analyses. Collega Van Dissel heeft het goed samengevat: het is garbage in, garbage out als je veel dingen samenvoegt. En er zijn ook heel verschillende mondmaskers. Er is niet zo heel veel goed onderzoek. Maar het is niet voor niets dat we in elke House-televisieserie de chirurgen met mondmaskers op zien. Dus die doen natuurlijk wel wat. De vraag was of ze wat doen bij vrij rondlopende mensen. En daarover is de Cochrane-analyse negatief. De trial in Bangladesh, volgens mij een van de weinige randomized trials, was een beetje positief.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Drost.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil u eerst allen danken voor uw komst en de toelichting die u ons geeft. Morgen gaan we erover in gesprek of debat met elkaar en met de Minister van VWS. Ik trek een paar conclusies uit wat u ons meegeeft; ik pak het even heel overall. Meneer Van Dissel zegt: het virus is een blijvertje, maar de circulatie is lager, dat wel. Mevrouw Sap zegt vervolgens als vertegenwoordiger van het MIT dat de corona-crisis diepe sporen nalaat. Daar hoor ik u allen over, en dan hebben we het vooral over long covid en in uw geval ook over jongeren trouwens. Over long covid wilde ik twee vragen stellen. Mag dat?

De **voorzitter**:

En aan wilt u die vraag stellen?

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Jaja, dat ga ik nu ook zeggen. Eén aan mevrouw Sap en één aan de heer Olde Loohuis. Mevrouw Sap, u wil ik als eerste wat vragen. U pleitte, en dat zijn volgens mij uw letterlijke woorden die ik heb opgeschreven, voor een goede en volledige registratie van long covid. Mijn vraag aan u is wat u daar precies mee bedoelt. Er is natuurlijk in de afgelopen maanden verschillende keren met de Minister over gesproken wat dat precies betekent. Betekent het dat we naar uw mening een patiëntenregistratie moeten gaan bijhouden? U vertegenwoordigt volgens mij het MIT. Bent u dat van mening en hoe ziet u dat? Wilt u dat toelichten? Dat is vraag één. Mijn tweede vraag is aan de heer Olde Loohuis. Die gaat over het biomedisch onderzoek. Ik zal mijn vraag even toelichten. Als ik als Kamerlid ergens veel vragen over krijg – ik ben sinds 1 januari 2023 in functie – dan is het wel over long covid. Mensen delen enorm veel persoonlijke verhalen met ons. Ik deel dus ook de beelden die u schetst dat het echt impact heeft op de samenleving. U sprak over biomedisch onderzoek. Mijn collega Westerveld vroeg al of u daar een cijfer aan kon hangen qua geld. U zei toen dat een paar miljoen niet genoeg is. Mijn vraag is: doen we genoeg? U laat een aantal dingen zien die we doen. U laat zaken zien op het gebied van onderzoek. Dertien daarvan hebben een biomedische component. Doen we genoeg in uw beleving? U herhaalt de noodkreet van de WHO. U geeft zelf aan dat de impact op de maatschappij groot is. Mevrouw Sap deed dat ook. Doen we genoeg, en zo nee, waar moet dat tandje bij? Wat verwacht u van ons, van de politiek? Dat zijn mijn vragen.

De **voorzitter**:

Als eerste mevrouw Sap.

Mevrouw Sap:

Dank u wel voor uw vraag. Wat ik bedoel met goede en volledige registratie is dat we echt een representatief beeld moeten krijgen van de omvang van deze groep en van de ernst van de klachten, zodat je daar een classificatie van licht, matig en zwaar in kunt aanbrengen. Ik constateer dat de onderzoeken die er nu in Nederland zijn, bijna allemaal op basis van zelfmelding zijn. Dat geeft een eerste beeld. Dat is ook heel waardevol voor C-support en het RIVM. Dat geeft echter geen dwarsdoorsnede van hoeveel mensen het in Nederland raakt. Het is de vraag wie dit onderzoek gaat uitvoeren. Het RIVM lijkt daar natuurlijk, als hoofdleverancier van dit soort cijfers, een goede voor. Het zou ook deels gedaan kunnen worden door het CBS. Ik denk dat cijfers uit de eerste en tweede lijn samengebracht moeten worden. Als ik pleit voor goede en volledige registratie, gaat het mij er vooral om dat we een representatief beeld krijgen van de omvang van deze groep en van de ernst van de klachten die ze hebben. Dat moet niet alleen meer op basis van zelfmelding.

De heer Olde Loohuis:

U vroeg of we genoeg doen. Dat is een heel belangrijke en cruciale vraag. Die heeft u ook onderverdeeld in een stukje biomedisch. Er moet meer biomedisch gebeuren, maar alleen biomedisch is niet genoeg. Dat vraagt om een gemeenschappelijke samenwerking. Dat moet niet alleen gedaan worden door de Kamer of een Minister, maar ook de zorgverzekeraar, de NFU, C-support, de opleiding en de klinieken moeten dat doen. Het vraagt om een gemeenschappelijk standpunt waarin gezegd wordt dat we niet genoeg doen voor de ernstige postcovid.

Ik wil het volgende dan ook nadrukkelijk zeggen. Eenvoudig is een lastig woord, want daarmee doe je de mensen die heftig geraakt zijn, tekort. De eerstelijnszorg is geleidelijk verbeterd, na de chaos van het eerste jaar. Er wordt rustiger samengewerkt. We weten dat pacing, rust inbrengen in kleine brokjes, heel goed werkt. We weten dat kleine behandelingen voor bijvoorbeeld het orthostatische, het postsyndroom – dat is een ingewikkeld woord – het zomaar neervallen, kunnen behandelen. Die moeten ook naar de eerste lijn getransfereerd worden, zodat ze daarmee verder kunnen.

Doen de Kamer en de Minister genoeg? We zijn begonnen meer te doen. We zijn al heel intensief bezig om ons te verbreden in zowel de klinische organisatie van zorg als de biomedische vragen. Het is echter trage materie. Dit gaat niet snel. Een onderzoek heeft tijd nodig. Dat weet ik ook. De tijd gaat door. Ik vind echter wel dat er een tandje bij kan. Dat is mijn korte antwoord. Is dit een voldoende antwoord?

De heer Drost (ChristenUnie):

Ik moet zelf nog uit gaan vinden waarin dat tandje precies zit. Dat vind ik nog lastig.

De voorzitter:

Dat is wellicht ook een mooie vraag voor de Minister.

De heer Olde Loohuis:

Mijn tandje is gezamenlijk. Het is ook nog steeds erkenning van het beeld. Er is echt, ook in de zorgwereld, een gezamenlijk beeld. Iedereen zal zeggen dat het bestaat. Het is een medical need. Medisch is het nog niet helemaal helder. En dat komt wel, maar die mensen zitten nú met hun problemen. Die kunnen we niet aan hun lot overlaten; voor hen moeten we een tandje bijzetten.

De voorzitter:

Ik zag dat professor Rosendaal ook nog wat wilde toevoegen.

De heer Rosendaal:

Ik denk dat ik dat nog wel iets harder kan zeggen: we doen zeker niet genoeg. Maar ik begrijp dat u ook altijd moet afwegen tussen verschillende zaken waar je geld aan kunt uitgeven, want dat is niet oneindig. Stel dat ik een vergelijking zou moeten maken. Met het prachtige onderzoek dat nu gedaan is, zijn wij als de eerste zeelui die langs een land zeilen en zo de cartografie maken. We hebben een eerste schets. Er is geen bewezen behandeling voor postcovid; er zijn theorieën. Er is geen werkend mechanisme bekend. Als je wist wat het was, dan kon je daar een behandeling op richten. Maar die kennis is er niet. Hoeveel mensen er ziek zijn, is interessant om te weten. Maar je wil weten: hoeveel mensen zijn het, hoeveel herstellen er, hoe snel herstellen ze, wie zijn het die herstellen? Op die manier kun je classificeren: wie zou er voor een behandeling in aanmerking kunnen komen? Maar op het ogenblik is er eigenlijk heel weinig. Bij de acute covid is samenwerking best goed gelukt. Ik heb zelf een commissie voorgezeten die de umc's bij elkaar hield; dat ging prima. Maar er is inderdaad tijd nodig. Uiteindelijk moet je uitzoeken: wat is het nou? Wat is de diagnostiek, de ecologie, het mechanisme? Dan kan je een rationele therapie gaan testen. We zijn op het ogenblik nog niet eens op het moment dat we een therapie kunnen gaan testen. Dus er is volgens mij heel veel nodig.

Mevrouw Tielen (VVD):

Dank voor de heldere presentaties. Ik heb daar eigenlijk niet zo heel veel vragen over, want die snapte ik allemaal. Ik had alleen een vraag ingeleverd waar ik nog geen antwoord op heb gehoord, dus die ga ik even stellen. En daarnaast heb ik een aanvullende vraag voor meneer Van Dissel.

Van de week werd bekend dat het bron- en contactonderzoek eigenlijk weinig heeft opgeleverd. Tenminste, dat was de conclusie in het krantenartikel dat ik erover heb gelezen. Maar als u hier toch bent, hoor ik graag iets meer over uw inhoudelijke, wetenschappelijke analyse daarover. Met name hoor ik graag: wat leren we daaruit voor eventuele toekomstige pandemieën? Wat moeten we er wel of niet mee, wellicht ook in vergelijking met andere infectieziekten?

En mijn eerdere vraag was: welke lessen uit de onderzoeken over het coronavirus gebruiken we nu ook in het detecteren van nieuwe virussen enzovoort? Vogelgriep popt ook af en toe op. Zijn we daar nu alert genoeg op? Hebben we daar de monitoringssystemen voor in orde, of de onderzoeksresultaten? Ik denk dat meneer Van Dissel daar wel een beeld bij heeft, maar meneer Rosendaal misschien ook wel.

De voorzitter:

Als eerste in ieder geval meneer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Bron- en contactonderzoek. Waarschijnlijk kunt u het zich niet meer herinneren, maar in een van de eerste, of in ieder geval de eerste tien briefings die ik hier gaf, heb ik geregeld laten zien hoe ingewikkeld dat is bij corona. Dat heeft alles te maken met de snelheid. Als je een virusziekte hebt die besmet en dan al heel snel klachten geeft, terwijl de eerste patiënt nog aan het overdenken is of hij wel of niet een test laat doen... Ik heb hier laten zien dat driekwart van de mensen al klachten heeft op het moment dat ze kunnen gaan bellen. Die klachten zijn dan al aanleiding om zelf, op grond van die klachten, een test te doen. Dat heeft u waarschijnlijk ook vorige week weer teruggelezen. Dat betekent natuurlijk niet dat we het daarmee maar konden overslaan, want dat was natuurlijk een beetje de suggestie. Kijk, bron- en contactonderzoek geeft ook inzicht, en heel erg belangrijk inzicht, in: waar vinden de meeste besmettingen plaats en hoe groot zijn die clusters dan? Daarvan hebben we veelvuldig gebruik

gemaakt. Je weet dan dat er besmettingen kunnen plaatsvinden bij bijvoorbeeld evenementen of, in sommige gevallen, in de horeca, die groter zijn dan een besmetting die plaatsvindt bij vluchtig contact op straat. Dat is ook logisch. Dus ik denk dat we er wel degelijk een heleboel aan gehad hebben. Als je het achteraf gezien in een getal probeert uit te drukken, dan was met name het gegeven dat men al klachten had op het moment dat men een notificatie kreeg en dus op grond van die klachten zelf al naar de teststraat ging, een belangrijke reden voor dat er uiteindelijk maar een geringe toegevoegde waarde was ten opzichte van het testen dat geïnitieerd werd door de klacht. Overigens is het zo dat 5%, 10% natuurlijk altijd weer 5%, 10% is. Het is een van de onderdelen van het hele pakket. Als we alle 5%-en zouden schrappen, hadden we een heel grote uitbraak gehad. Ik denk dat dat ook niet moet postvatten. Ik denk dus dat het zinvol is, maar dat het van het ziektebeeld afhangt hoe zinvol het is. Maar het geeft ook meer informatie dan alleen maar dat je een belletje krijgt dat je misschien covid hebt. Dat dus over het eerste onderdeel. Er werden in het artikel ook voorbeelden genoemd zoals tuberculose, dat natuurlijk een heel ander tijdsaspect kent. Dan neemt de toegevoegde waarde wel erg toe.

Dan over de monitoring en onze plannen voor pandemic preparedness. U noemde de vogelgriep. We hebben hier heel recent bij VWS plannen over ingeleverd. Ik voel me daar dus toch een beetje... Ik denk niet dat ik daar nu over moet praten, terwijl VWS daar nog een oordeel over moet vellen, maar we hebben dus op verschillende vlakken, vijf gebieden, plannen ingeleverd bij VWS. Dat betekent dat we plannen hebben om de aanpak van zoönosen te versterken. Dat zijn ziekten die van dieren op mensen overgaan en voor zo'n 80% van de epidemieën verantwoordelijk zijn. De diagnostiek en de opschalingsdiagnostiek zijn onderwerpen waar het nodige voor is ingediend. Wat betreft de surveillance zelf willen we een verbreding en een meer robuuste surveillance. Vandaar dat ik u vandaag toch weer even de rioolwatersurveillance liet zien. Als we destijds tijdens het carnaval van 2020 de rioolwatersurveillance al hadden gehad, dan zie je achteraf dat je op grond van de gegevens over de sequentie een en ander al zou hebben opgezet en dat we de verspreiding die toen nog onder de radar was, al veel eerder hadden opgepakt. Dat is dus een mooi voorbeeld. We werken er natuurlijk aan om de rioolwatersurveillance uit te breiden en niet alleen maar op corona te richten, maar ook te kijken of we daar andere virussen mee kunnen oppakken. Van een aantal weten we dat dit kan. Denk aan polio en mazelen, maar ook met name de influenza is er een waar we op testen. Het is dus een pakket dat in ontwikkeling is en waar we veel van verwachten.

De voorzitter:

Misschien kan professor Rosendaal daarbij nog iets aanvullen.

De heer Rosendaal:

Over de vogelgriep heb ik niet zo veel aan te vullen. Ik heb een kleine toevoeging bij het eerste punt van het bron- en contactonderzoek. Daarbij maakt het natuurlijk uit wat voor soort ziekte het is, zoals collega Van Dissel zei. Maar het maakt ook uit waar in de epidemie je zit. Als je op een piek zit waarbij de helft van de zaal hier het heeft, dan maakt het niet zo veel uit, want dan kom je het toch wel tegen. Het is dus vooral in het begin van de epidemie, als die aan het stijgen is, dat je kunt afbuigen. Als je iets wat heel hard gaat stijgen, aan het begin 5% afbuigt – denk aan een kogel die uit een loop komt – dan kun je aan het eind best een groot effect hebben.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik begin misschien een beetje opmerkelijk, maar de vraag van de heer Dijk, die ik al wat langer ken, triggerde mij. Dat geldt ook voor de

opmerking van de heer Drost. Ik krijg ook over niets zo veel mails als over patiënten met long covid. Mevrouw Sap benoemt ook de onrust; zij zegt dat er dingen moeten gebeuren. Ik proef dat ook een beetje in de laatste opmerking van de heer Rosendaal. Mijn persoonlijke cri du coeur is ook wel een beetje: het zou ook helpen als de andere kant van deze kamer en public durft te zeggen dat dit tijd nodig heeft. Ik hoorde meneer Dijk zeggen dat er al een heleboel gebeurt. De onrust onder patiënten neemt met de dag toe, terwijl ik ook zie dat er een hele hoop gebeurt en dat we voor een heleboel behandelingen gewoon tijd nodig hebben. Dat heeft niks met alleen postcovid te maken. Ik gun patiënten ook dat experts zeggen dat het tijd nodig heeft en dat het geen onwil is. Dat is misschien geen vraag, maar wel een persoonlijke inleiding. Ik hoor wel wie zich daartoe geroepen voelt.

Dan heb ik misschien iets gedaan wat de voorzitter niet toestaat, want ik heb ook nog twee vragen aan de heer Olde Loohuis naar aanleiding van zijn sheets. U heeft het over het expertisenetwerk long covid. En dan ga ik toch een beetje ongeduldig doen. Ik heb namelijk samen met de voorganger van de heer Dijk een motie ingediend voor een expertisecentrum, niet alleen voor postcovid maar juist voor post-infectieuze aandoeningen. Ik heb toch het idee dat dat heel lang op zich laat wachten. Ik ben benieuwd wat uw observaties daarover zijn. Ik ben – dat is de tweede vraag – heel blij met het Europese longcovidnetwerk. Dat zal de mensen in deze ruimte niet verbazen. Mijn vraag is wel wat er nog nodig is. Ik hoor namelijk heel vaak dat we heel veel belemmeringen hebben als het gaat om het delen van data. Doen we genoeg voor het delen van data en het opheffen van belemmeringen om ook in dat Europese netwerk grote stappen te zetten op het gebied van biomedisch onderzoek en het daadwerkelijk komen tot behandeling?

De heer **Olde Loohuis**:

Zal ik reageren? Ja. Ik ben blij met wat u zegt. Dank daarvoor. Het is namelijk al een jaar bezig. In de zomer gaan wij al een jaar... Ik heb eerst in januari 2022 een cri du coeur afgegeven dat er expertiseplekken moesten komen. Dat heeft ook in de eigen organisatie even geduurd. Uiteindelijk is het bij VWS geland. Wij zien immers deze mensen, en ook vooral de ernstige gevallen. Wij zijn een hands-on organisatie. Het is dus echt een cri du coeur. Ik ben in de afgelopen zomer, het afgelopen jaar, heel veel gefrustreerd geweest over de trage gang van zaken. Maar u zei in de zin daarvoor: soms heeft iets ook tijd nodig. Dat zijn uw eigen woorden. Daarbij komt dat we in Nederland een zorgsysteem hebben waarbij ZonMw dit ook goed weet en verantwoordelijk is voor de organisatie van onderzoekszaken in de zorg, maar niet voor zorg an sich. Dat is in Nederland weer aan de zorgverzekeraar. Et cetera. Deze discussies hebben we natuurlijk heel veel gevoerd. We hebben aan heel veel deuren getrokken. VWS heeft zich er ook nadrukkelijk mee bemoeid. Het gaat langzaam. Maar ik ben ervan overtuigd dat het gaat komen en dat we echt alles op alles moeten zetten om dit heel snel te hebben. Maar als u mij dit vraagt, zeg ik: het gaat langzaam. Ik had verwacht dat we eind vorig jaar al een expertisenetwerk met een aantal centra hadden gehad. Dat is een eerlijk antwoord.

De **voorzitter**:

En de tweede vraag.

De heer **Olde Loohuis**:

En dan trek ik mij dat aan. Ik weet hoe erg die patiënten... Maar ik ben niet iemand die met een koevoet de zaal binnenkomt. Ik probeer toch mensen te bereiken.

De **voorzitter**:

Er was nog een tweede vraag van mevrouw Paulusma, over het Europese netwerk.

De heer **Olde Loohuis**:

Met dat Europese netwerk ben ik ook heel erg blij. Ik denk dat het daarom ook goed is dat – maar kan Frits Rosendaal ook op reageren – de mensen van de kennisagenda daar ook deel van worden, zodat er geen vertragingen komen tussen beide systemen. Ik heb in het begin ook al nadrukkelijk dat Europese netwerk genoemd. Dat is een fantastisch initiatief. Het is geweldig dat het er komt, maar ook dat zal toch nog een klein beetje traag verlopen. We hebben de eerste bijeenkomst gehad en dan zie je dat we niet kunnen wachten, dat we moeten doorgaan, maar dat we ervoor moeten zorgen dat we heel snel biomedisch afbakenen wat op verschillende plaatsen kan.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Voorzitter?

De **voorzitter**:

Mevrouw Paulusma wil een vraag stellen, maar ik zag mevrouw Sap ook de vinger opsteken, dus die zou ik dan eerst nog even het woord willen geven.

Mevrouw **Sap**:

Ik zou ook even kort willen reageren op de cri du coeur van mevrouw Paulusma, die ik begrijp. Het is goed om hier te onderkennen dat er waarschijnlijk echt tijd overheen gaat totdat er een effectieve behandeling gevonden wordt. De geschiedenis van infectieziekten laat dat zien. Juist omdat het tijd nodig heeft voordat die gevonden wordt en we mensen weer echt gezond kunnen maken, is het belangrijk dat we in die tussenfase, die best wel een aantal jaren kan duren, goed oog hebben voor ondersteuning voor deze groep. We moeten ervoor zorgen dat behandelingen en paramedische behandelingen die wel effectief zijn en werken maar misschien nog niet evidencebased zijn, toch beschikbaar zijn. We moeten ze ook ondersteunen om de maatschappelijke impact op hun eigen leven en hun gezinnen te verzachten. Ik snap de cri du coeur. Ik zou zeggen dat er zeker biomedisch onderzoek nodig is, maar niet alle kaarten van het biomedische onderzoek zijn nodig. Heb oog voor de toegankelijkheid van de zorg en de ruimte daarin om trials te doen. Heb ook oog voor de maatschappelijke impact die verzacht moet worden.

De **voorzitter**:

Ik kijk naar de klok. Volgens mij kunnen we nog één rondje maken. Volgens mij hebben we daar tijd voor.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik had een vraag gesteld over de belemmeringen van het delen van data. Als wij in Europa gaan samenwerken ... We hebben in andere commissies ook weleens in andere samenstellingen gezeten. Toen waren er heel veel belemmeringen en problemen om als onderzoekers data te delen. Ik vraag mij af of dat nu ook speelt bij dit netwerk. Misschien is de vraag dan niet specifiek aan u gericht. Ik zie echter ook andere mensen knikken. Als wij daar wat in te doen hebben, dan zou ik daar wel graag mee aan de slag willen.

De **voorzitter**:

Ik wil daar zelf graag één aanvullende vraag aan toevoegen, naar aanleiding van de opmerking van professor Groenwold. Die gaat over de beschikbaarheid van data. Veel data kunnen niet voor onderzoek gebruikt worden. Is er een algemene les uit te trekken? Wat zouden we kunnen

doen in de toekomst? Dat is in ieder geval mijn aanvulling op de vraag van mevrouw Paulusma. Wie zich geroepen voelt, kan daar even op antwoorden.

De heer **Groenwold**:

Daar wil ik even op reageren. Ik wil dat ook breder trekken, bijvoorbeeld naar het postcovidonderzoek. Veel onderzoeken die we doen, doen we op basis van gegevens die we toch al verzamelen. Die data zijn al ergens voor verzameld. Daar kunnen we dan nog zinvol onderzoek mee doen. De basis is natuurlijk dat als je bijvoorbeeld kijkt naar de relatie tussen vaccinatie en oversterfte of naar determinanten van postcovid, je in ieder geval je factoren en je uitkomsten scherp in beeld hebt. Die kan je dan aan elkaar koppelen. Als het bijvoorbeeld gaat over de relatie tussen vaccinatie en oversterfte, dan gaat het om de volgende vragen. Wie komt er te overlijden? Was diegene gevaccineerd, ja of nee? Hoe hangt dat met elkaar samen? Dat zijn verschillende databronnen. Die moet je bij elkaar brengen. Dat is al lastig in Nederland. Over landsgrenzen heen wordt dat nog uitdagender, niet alleen praktisch maar ook juridisch. Wil je daar ook nog wat aan toevoegen, meneer Rosendaal?

De heer **Rosendaal**:

Ik dacht dat je bij een komma was beland, maar het was een punt. Even over het punt dat het tijd nodig heeft. Dat is zo. Dat betekent echter niet dat je achterover kunt leunen. Het is natuurlijk tijd in mensjaren aan werk. Als je in het begin meer mensjaren werk doet, dan ben je eerder klaar. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat je niet kunt zeggen hoelang het duurt. Er zijn ziektes die we al 50 jaar lang proberen te behandelen, waarbij het niet lukt. Maagzweer was bijvoorbeeld in één jaar al opgelost. We dachten jarenlang dat het stress was, maar het bleek in de jaren tachtig een bacterie te zijn. Toen werd het behandelbaar. Het is dus niet te zeggen. U heeft echter helemaal gelijk. Ik ben het ermee eens dat patiënten niet voorgespiegeld moet worden dat als we heel hard ons best gaan doen, het dan volgende week of volgend jaar is opgelost. Dat zal dan niet zo zijn. Het kan echter wel meevallen. Dat is een optimistische noot. Dan over wat u kan doen. We hebben in de commissie waarin de umc's samenwerken, geprobeerd om van alle data van opgenomen, acute COVID-19-patiënten – die waren via een vast format verzameld – een landelijke database te maken. Eén. Het bleek dat het aan elkaar koppelen technisch extreem moeilijk was. Dat heeft Health-RI gedaan. Dat is anderhalf jaar werk geweest. Het bleek ook dat de Nederlandse privacy-wetgeving dingen heel moeilijk maakte. Daar is een diepe frustratie bij onderzoekers over. De AVG maakte datgene wat iedereen wil heel moeilijk.

De **voorzitter**:

U mag de microfoon uitdoen. Over de UAVG hebben we in deze commissie al eerder gesproken. Mevrouw Tielen moet helaas weg. Ik kijk nog even. Heeft iemand nog een prangende vraag? Meneer Dijk als eerste, en daarna meneer Drost.

De heer **Dijk** (SP):

Ja, als u dat nog gaat vragen. Het viel mij toch op dat de heer Olde Loohuis in een bijzin zei dat het geld kost. Onderzoek kost volgens mij altijd heel veel geld. U zei echter ook iets interessants over de zorgkostentijd. Toen noemde u even heel kort verzekeraars. Daar zat wat onvrede in. Volgens mij hoorde ik die heel duidelijk tussen de regels door. Wat is die precies?

De heer **Olde Loohuis**:

Naar mijn mening hebben veel zorgverzekeraars bij postcovid – dat geldt niet voor alle zorgverzekeraars, maar wel voor veel – een wat afwachtende houding aangenomen. De herstellzorg werd geregeld vanuit een calamiteitsfonds. Er werd mondjesmaat revalidatie toegestaan, omdat het ook aan een soort bovengrens zit. Maar dat is niet makkelijk toegankelijk voor patiënten. Bovendien zijn een aantal patiënten nog niet eens in staat om revalidatie te volgen. De zorgverzekeraars werken heel erg volgens protocollen, die moeten laten zien dat iets werkt. Voor unmet medical needs bestaat nog niet zo veel bewijs. Ik vind het voorbeeld van die maagzweer mooi. Daar hebben wij in onze regio ook onderzoek naar gedaan. Ik ben er dus behoorlijk in thuis. Dat is op dezelfde manier gegaan. Na een hoop duwen en trekken krijg je op een gegeven moment een verandering. Je moet ergens beginnen. Dat zien we in de praktijk. Ik werd net geraakt door de opmerking van mevrouw Paulusma. Wij zien 24.000 patiënten. Wij zijn een nazorgorganisatie, een maatschappelijke organisatie. De meeste mensen hebben medische vragen. We hebben een ongelofelijk enthousiast medisch team en enthousiaste nazorgers die graag willen helpen, maar wij mogen niet eens een recept voorschrijven, ondanks dat we een longarts, een cardioloog en van alles bij ons in dienst hebben en ondanks dat mensen dat heel graag willen. Dat maakt dat de chaos groter wordt. In afwachting van het expertcentrum zou je al tussenstapjes kunnen nemen om de huisartsen meer in hun macht te zetten. Ik ben zelf huisarts. De huisartsen kunnen veel meer, maar de kleine stapjes die binnenkomen zijn bij de huisartsen nog niet bekend. Dat was het derde punt dat ik op sheet 8 wilde zetten. Ik kwam daar niet meer aan toe vanwege de tijd. We moeten ervoor zorgen dat de kennis gedeeld wordt.

De voorzitter:

Dank u wel. Als u de microfoon wilt uitzetten, dan geef ik meneer Drost als laatste het woord.

De heer Drost (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb niet het laatste woord, maar ik heb nog wel een vraag aan mevrouw Sap van het MIT. Ik heb heel veel vragen, maar we komen hier morgen nog verder over te spreken, dus die komen ongetwijfeld nog aan bod. U heeft er een aantal keer aan gerefereerd dat u in de komende tijd nog met verdere onderzoeken en adviezen komt. U deelde onder andere de cijfers onder jongeren met ons, over zelfmoordgedachten et cetera. Kunnen we op dat vlak nog dingen van u verwachten in de komende tijd? Zit dat ook in dat onderzoek? U zei dat u een onderzoek gaat doen naar de maatschappelijke kosten en de maatschappelijke impact van long covid. Ik kan me voorstellen dat daarin ook iets zichtbaar wordt over jongeren, waar we wellicht wat mee zouden kunnen. Wat kunnen we van u verwachten in de komende tijd?

Mevrouw Sap:

Dank u wel voor deze vraag. Nu kan ik ook nog een sheet toelichten waar ik niet meer aan toe kwam. Ons advies over long covid zal ons eerste ongevraagde advies zijn. Dat zullen we in juni uitbrengen. We brengen liever gevraagde adviezen uit, maar het lukt niet altijd om er een vraag voor te krijgen. Het is wat het is.

Wij zijn in ieder geval van plan om later dit jaar ook te adviseren over jongeren en hun mentale welzijn. Dat zal in de loop van het najaar worden. Daarnaast zorgen we er in het kader van de pandemische paraatheid voor dat de hele kennisbasis op het gebied van de maatschappelijke impact goed op orde komt. U moet dan denken aan dingen als: hoe richt je een maatschappelijk dashboard in bij een volgende pandemie, wat weten we nu allemaal over de maatschappelijke en economische impact van pandemiemaatregelen en pandemieën, en kunnen we het beleid en

de politiek helpen om met een afwegingskader te komen waarin de waarden en normen die in het geding zijn en die tegen elkaar moeten worden afgewogen, expliciet worden gemaakt?

We werken nog aan die kennisbasis tot aan het einde van onze eerste tweejaarstermijn. Dat zal in september volgend jaar zijn. Ondertussen maken we ons ook op voor een evaluatie, met het oog op toekomstige pandemieën. Hoe wil je dit structureel inrichten? Wil je een apart team blijven houden of wil je het aan een bepaald instituut gaan koppelen? Hoe kan je ervoor zorgen dat dit zo effectief en structureel mogelijk wordt ingericht?

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Voorzitter, mag ik nog één vraag stellen aan mevrouw Sap over een van haar sheets die ze niet heeft kunnen toelichten?

De **voorzitter**:

Dan moet u echt heel kort zijn.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Daar staat de zin: «Er is behoefte aan het markeren van het einde van de pandemie: geleerde lessen en impact.» Is dat een oproep aan ons om dat te doen?

Mevrouw **Sap**:

Dank voor die vraag. Dat is zeker ook een oproep aan uw Kamer. Dit betreft ook het onderzoek van de Gedragsunit van het RIVM. Ik verwijs naar de laatste meting, van het eerste kwartaal van dit jaar. In het kader van de afschaling van de maatregelen is aan mensen gevraagd hoe ze hierop terugkijken. Daarbij geeft 42% van de mensen aan dat zij eigenlijk meer willen reflecteren op het einde van deze periode. Wat hebben we daar nu eigenlijk van geleerd? Mensen geven aan dat zij echt behoefte hebben aan het trekken van lessen uit deze periode en dat zij daar meer over willen horen van de regering en de politiek. Wij denken dat dat ook goed is in het kader van het trekken van lessen uit het verleden, de pandemische paraatheid in de toekomst en het voorbereid zijn op volgende pandemieën die er wellicht eerder aankomen dan ons lief is. Niemand weet dat. Ik heb ook geen kristallen bol. Dit is echter wel een les om goed ter harte te nemen.

De **voorzitter**:

Dan wil ik nu wel tot een einde van deze bijeenkomst komen. Allereerst natuurlijk heel veel dank aan onze gasten. Meneer Van Dissel, we hebben in de media gelezen dat u met pensioen gaat. Ik vraag me af of we u hier nog een keer welkom mogen heten.

De heer **Van Dissel**:

Dat duurt nog een hele tijd.

De **voorzitter**:

Dat duurt nog een hele tijd. Dat is goed om te weten. Nogmaals veel dank aan onze gasten. Veel dank aan de Kamerleden, de ondersteuning, de griffier en de bode, iedereen in de zaal die heeft gekeken, en de mensen thuis.

Sluiting 18.52 uur.