

Vergaderjaar 2014–2015

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 25

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 9 februari 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 26 november 2014 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn d.d. 19 december 2014 inzake Infectiepreventie in de gezondheidszorg (Kamerstuk 32 620, nr. 104);
Patiënt met MERS-Coronavirus in Nederland**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 mei 2014 inzake patiënt met MERS-Coronavirus in Nederland (Kamerstuk 32 793, n. 145);
Betrouwbare publieke gezondheid: Gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 augustus 2014 betreffende betrouwbare publieke gezondheid: Gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk (Kamerstuk 32 620, nr. 132);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 oktober 2014 inzake uitkomsten bijeenkomst Global Health Security Agenda in Washington D.C. d.d. 25 en 26 september 2014 (Kamerstuk 32 620, nr. 137);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 oktober 2014 betreffende ebola (Kamerstuk 33 625, nr. 129);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 november 2014 inzake aanbieding van het rapport «Universitair Medische Centra en Calamiteitenhospitaal in oktober 2014 voldoende voorbereid op de opvang van ebolapatiënten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)» (Kamerstuk 25 295, nr. 22);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 oktober 2014 inzake Bestuurlijk afstemmingsoverleg Ebola (Kamerstuk 25 295, nr. 21).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

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

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

Voorzitter: Rutte
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, Klever, Rutte, Smaling en Wolbert,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**: Welkom bij dit algemeen overleg. We hebben een spreektijd van vier minuten en ik sta twee interrupties per fractie toe. Als het meezit, hebben we ook nog een tweede termijn van een minuut. Ik zal zelf ook het woord voeren. Op dat moment zal mevrouw Bruins Slot het voorzitterschap even overnemen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Uit het rapport van de inspectie blijkt dat de voorbereidingen op de komst van eventuele ebolapatiënten in Nederland goed op orde zijn. Een compliment voor de Minister, omdat zij uiteindelijk hiervoor verantwoordelijk is. Ziet zij zelf op dit moment nog knelpunten op dit vlak?

In de brieven mis ik echter wel de BES-eilanden. Deze maand is het cruiseizoen weer begonnen en komen er 800.000 mensen op Bonaire aan. Liggen daar al witte pakken? Welke overige voorbereidingsmaatregelen op het gebied van ebola zijn daar getroffen?

Zo'n nieuwe dreiging laat ook de zwakke plekken in het systeem zien. Nu blijkt dat Nederland te weinig tropenartsen heeft. Dat bleek ook uit het aanbod van het aantal vrijwilligers. Hoe staat het nu met de financiering van de opleiding? Is die nu eindelijk rond?

De GGD heeft in de infectiepreventie ook een belangrijke rol als het gaat om de vogelgriep, MERS, MRSA, pokken, mazelen et cetera. Zo kun je een heel lange lijst opnoemen. Zorgwekkend is dat uit het rapport blijkt dat de professionele capaciteit om dit werk van de GGD te doen onder het waakvlamniveau daalt. Twee derde van de GGD's zit onder de VISI-norm (Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding). En dat terwijl de risico's op infectieziekten toenemen. Het CDA wil van de Minister weten wat dit voor gevolgen heeft. Wat wil de Minister doen om de professionele capaciteit te vergroten?

De inspectierapporten over infectiepreventie bij verpleeg- en ziekenhuizen zijn ontluisterend. Het is smerig in de bezochte verpleeghuizen. Dat waren er 21. Bij ziekenhuizen ontbreekt de urgentie om van infectiebestrijding echt werk te maken. Het gaat hier echter wel om vermijdbare gezondheidsschade. Patiënten gaan dood aan slechte infectiepreventie. 70% van de ziekenhuizen heeft niet voldoende artsen/microbiologen en deskundigen infectiepreventie in dienst, terwijl dit wel zorgt voor een betere infectiepreventie. In december 2013 is de motie-Bruins Slot aangenomen waarin de regering wordt verzocht ziekenhuizen wel te laten voldoen aan een nieuwe norm. Wat is de stand van zaken van de uitvoering van deze motie?

Ook zijn de richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) niet op orde. Er is zelfs een tekort van negen ton in de financiering. Er dreigt een faillissement van de stichting Werkgroep Infectie Preventie. De Minister was hier al mee bezig, maar wat gaat zij hiermee doen?

Daarnaast krijgen alle verpleeghuizen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een vergoeding als er een uitbraak van de MRSA is die meer dan € 50.000 kost. Dat nodigt niet uit om andere uitbraken, bijvoorbeeld van de klebsiella, aan te pakken. Waarom is er voor de andere infectieziekten geen vergoeding?

Verder blijkt uit de inspectierapporten dat zorgbestuurders dit maar niet belangrijk genoeg vinden. Als oud-militair kan ik daar niet bij. Op het

gevechtsveld veroorzaakt slechte hygiëne en gebrekkige infectiepreventie veruit de grootste uitval onder militairen. Is dat voor patiënten dan niet belangrijk? Welke mogelijkheden ziet de Minister om het gevoel van urgentie bij bestuurders te vergroten?

Daarnaast ontbreekt het in de regio aan een overzicht van waar de uitbraken plaatsvinden. Dit overzicht vindt het CDA wel wenselijk. Ziekenhuizen zitten op de blaren als er in verpleeghuizen uitbraken zijn. De GGD zou wat mij betreft hierin meer de regie kunnen nemen. Welke mogelijkheden ziet de Minister om regionale BRMO-teams op te zetten en aan te jagen? BRMO staat overigens voor Bijzonder Resistente Micro-Organismen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Ik wil beginnen met ebola. Als je de stukken leest, dan zijn we in Nederland in control; dat is mijn conclusie. Ziekenhuizen zijn goed voorbereid, er zijn ziekenhuizen aangewezen die de behandeling voor hun rekening nemen, er zijn materiële aanpassingen en er is geoefend. Dat is een hele geruststelling, en dat is een compliment waard aan de Minister, maar zeker ook aan de ziekenhuisdirecties, aan artsen, verpleegkundigen, ambulancepersoneel en vele anderen. Het is ook goed om te zien dat de informatievoorziening goed geregeld lijkt te zijn.

Het is wel grappig om mijn voorgangster te horen spreken over de ouderencentra en ziekenhuizen als het gaat om infectiepreventie. Ik zou namelijk zeggen dat het glas halfvol is. Ik vond het juist goed om te zien dat, zodra de vinger wordt gelegd op gebrekkige hygiëne in verpleeghuizen of in de ouderenzorg, het binnen een week beter kan. Ik zou dus zeggen dat dit goed nieuws is. We zijn er nog lang niet, maar het is goed nieuws dat het zo snel kan. Het betekent eigenlijk ook dat het, als het zo makkelijk kan, ook goed geregeld moet zijn. Wij wachten in dit opzicht het rapport van de inspectie graag af.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind het ook altijd van belang om zaken positief te bekijken. Als je echter bedenkt dat we in 2012 ook al grote discussies hadden over het gebrek aan aandacht voor infectiepreventie in ziekenhuizen en verpleeghuizen, en dat het dan tot december 2013 moet duren – en pas nadat de inspectie langs is geweest – voordat zorginstellingen maatregelen willen nemen, dan ben ik wel benieuwd hoe mevrouw Wolbert daartegenaan kijkt. Uiteindelijk was de inspectie nodig om dit voor elkaar te krijgen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik herinner me nog goed hoe die discussie hier startte. Het was de Consumentenbond die de kat de bel aanbond. Dat vond ik eigenlijk een ongelooflijk mooie ontwikkeling. Zo moet het. Het gaat over de service en de klantvriendelijkheid van zorginstellingen. Daar hoort natuurlijk ook de verantwoordelijkheid voor een goede hygiëne en goede verzorging bij. Ik was eigenlijk wel blij dat de Consumentenbond degene was die daar dit keer de alarmbel over luidde. Ik vind ook dat het veel beter moet; laat daar geen misverstand over bestaan. Maar ik vind het ook goed om te zien dat het heel snel beter kan als je het aankaart. Dat betekent dat de inspectie daar bovengemiddeld bovenop moet blijven zitten en dat je eigenlijk een soort zerotolerancebeleid moet handhaven. Ik zie dat eigenlijk ook gebeuren. Ik zeg dus niet dat we er zijn, maar ik zie wel dat het heel snel de goede kant op gaat.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mevrouw Wolbert gaf net aan dat infectiepreventie belangrijk is voor service en bereikbaarheid. Infectiepreventie in ziekenhuizen en verpleeghuizen is echter vooral belangrijk om te voorkomen dat mensen nog zieker worden dan zij al zijn en om te voorkomen dat mensen uiteindelijk bepaalde aandoeningen krijgen. Het is dus goed dat de inspectie optreedt, maar moeten we niet wat meer aan de

voorkant doen? Zouden we het belang van infectiepreventie niet veel meer naar voren moeten brengen in de opleiding van verpleegkundigen en artsen?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik ga er eigenlijk van uit dat dit tot de basis van de opleiding behoort. Ik heb grappig genoeg nog een vraag aan de Minister die juist een heel andere kant op gaat. Mijn uitgangspunt is: als er in opleidingen van artsen en verpleegkundigen niet genoeg aandacht zou zijn voor hygiëne en infectiepreventie, dan is er pas echt iets mis in Nederland. Ik ben er altijd van uitgegaan dat dit tot de basisstof van de opleiding behoort. Als dat niet zo is, hoor ik dat graag van de Minister. Ik kom weleens in verpleeghuizen. Dan valt me op dat familie, bezoekers en mantelzorgers eigenlijk helemaal niet betrokken worden in de hygiëne en infectiepreventie. Dat is in ieder geval niet zo op de plekken waar ik kom. Als ik als Kamerlid een bezoek breng, wordt me al helemaal niet gevraagd mijn handen te wassen voordat ik naar binnen ga, maar ik zie het ook als ik privé kom. Er zit een soort knip tussen professionals en bezoekers, vaak ook oude mensen trouwens. Is dat in werkelijkheid ook zo?

Kunnen we gerust slapen als we denken aan het nieuws over ebola en de ouderenzorg? Mijn fractie denkt van niet. De Kamer heeft deze zomer een onderzoeksrapport van AEF gekregen over de GGD's en de infectiebestrijding in Nederland. Daar ben ik echt van geschrokken. Het beeld dat daaruit naar voren komt, is dat er in de afgelopen tien jaar eigenlijk een gebrek aan groot onderhoud van de GGD's is geweest. Driekwart van de 28 GGD's voldoet niet meer aan de veldnorm, en die norm was al tien tot vijftien jaar oud. Dat vind ik wel een ernstige constatering. Ik hoorde vanochtend op de radio dat soms de helft van de benodigde formatie is terug bezuinigd, en dan heb ik het alleen nog maar over de infectieziektebestrijding. De gemeenten hebben natuurlijk ook een primaire verantwoordelijkheid, evenals de Minister. Ik lees in de brief van de Minister over het onderzoek van AEF van deze zomer, dat er een programma is opgestart om daar verbetering in aan te brengen: minder versnippering, vaste veldnormen en een wettelijke verankering. In die brief staat echter ook dat het binnen het financiële kader moet kunnen. Dat vind ik een bijzondere constatering in het licht van het feit dat de gemeenten de afgelopen tien jaar met de kaasschaafmethode steeds meer bezuinigd hebben op de GGD's waardoor er te weinig formatie over lijkt te zijn. Dat lijkt met elkaar in tegenspraak. Ik ben dus benieuwd of de Minister daar nog wat over kan zeggen. Het zou goed zijn om een scherpe doorlichting te hebben van wat er per regio en per GGD beschikbaar is. We weten wel dat de variatie enorm is, maar we weten niet hoe die variatie eruit ziet. Omdat er zo'n sterke lokale component in die GGD's zit, zou ik de Minister om een scherpe doorlichting willen vragen. Die zit niet in het onderzoek van AEF, maar is volgens de PvdA-fractie wel nodig.

De heer **Smaling** (SP): Mevrouw Wolbert maakt zich terecht zorgen over het niveau van de GGD's. De PvdA heeft echter wel alle decentralisaties gesteund. Daarmee wil ik zeggen dat er een extra werkdruk op het decentrale niveau is gelegd. Zij stelt daar nu vragen over. Vindt zij niet dat er juist door de decentralisaties een ineffektieve toename van de werkdruk bij de GGD's is komen te liggen?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb net in mijn betoog gezegd dat het proces van langzame verdunning van GGD-formatie, met name op het punt van infectieziektebestrijding, een proces is dat al tien tot vijftien jaar aan de gang is. Die decentralisaties gaan pas per 1 januari 2015 in. Alleen al om die reden klopt de bewering van de heer Smaling niet. Bovendien vind ik het voor alle andere taken van de GGD juist heel goed dat die decentraal gebeuren. Dat heeft zich de afgelopen jaren ook bewezen. In

Rotterdam moeten heel andere dingen gebeuren dan in Oost-Groningen. Ik ben blij dat de GGD's op die manier regionaal ingekleurd zijn.

De heer **Smaling** (SP): Dat snap ik. Ik neem genoegen met het antwoord. Maar in algemene zin moet je toch vaststellen dat er een decentrale expertise-eis ontstaat waardoor meer mensen dingen moeten afweten van zaken in vergelijking met de situatie van voor de decentralisatie. In die zin leg je wel extra druk op de mensen die het werk moeten doen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik vind het toch lastig om nu al opvattingen daarover te hebben. Ik constateer alleen wat de GGD's ook constateren. Zij zeggen al langer dat het ijs echt te dun lijkt te worden. Maar wat daar de oplossing voor is, zou ik op dit moment niet kunnen zeggen. Ik kan me voorstellen dat er zoiets is als je ook in de veiligheidsregio's hebt, zoals expertise-GGD's. Dat is nu al een beetje zo. Ze kunnen elkaar misschien onderling helpen. Ik vind het in ieder geval belangrijk om de constatering dat het ijs te dun dreigt te worden, vast te houden. De Minister heeft daar een werkgroep voor in het leven geroepen. Die gaat bekijken wat goede oplossingen zouden kunnen zijn en of we de veldnorm niet wettelijk zouden moeten vastleggen. Dat snap ik allemaal, maar mijn vraag is wat ons vertrekpunt is. Hoe ziet de situatie er op dit moment uit? Dat weten we gewoon niet goed genoeg.

De heer **Smaling** (SP): Voorzitter. Ik ben een beetje een vreemde eend in de bijt in deze commissie, maar dat is wel een leuke uitdaging. Dat heeft ook te maken met ebola. Dat is geen leuk onderwerp, maar dat doe ik bij ontwikkelingssamenwerking ook. Ik heb de stukken bestudeerd, ook die over antibioticaresistentie. Die zijn voor mij ook interessant. Ik zie zaken die door mijn voorgangers zijn benoemd, bijvoorbeeld het feit dat ziekenhuizen niet zijn voorbereid op de toenemende problematiek van antibioticaresistentie. Hetzelfde geldt voor verpleeghuizen. Zoals ik net al aankaartte in het interruptiedebatje met mevrouw Wolbert, vrees ik dat de decentralisatie ervoor gaat zorgen dat je van veel meer mensen een expertiseniveau verlangt dat zij nu niet hebben. Dat geldt voor de GGD's, maar ook voor de toenemende extramurale zorg als gevolg van de nieuwe situatie rond de toegang tot verpleeghuizen. Dan komt er nog bij dat de opleiding van verpleegkundigen te weinig aandacht besteedt aan infectieziekten. Dat blokje vragen zou ik aan de Minister willen stellen. Hoe duidt zij dat? Ziet zij voldoende vooruitgang of raakt het doel juist verder uit zicht doordat we van zo veel mensen een bepaald expertiseniveau verlangen? Positief is de doorbraak, zoals dat in de pers wordt genoemd, rond de MRSA: de fagen die de bacteriën te lijf gaan. Het is eigenlijk altijd een soort ratrace: blijf je met de medicatie de problemen voor? In die zin is er altijd wel wat positief nieuws, maar dat brengt ook meteen de risicovraag met zich mee. Preventief staat tegenover curatief. Moet je blijven doorhollen en via wetenschappelijke doorbraken de resistentie voorblijven, of moet je zorgen dat je minder antibiotica nodig hebt of dat mensen minder blootgesteld worden aan ziekte? Dat is vergelijkbaar met de onderwerpen die we op milieugebied bespreken met Staatssecretaris Mansveld. De aanwezigheid van medicijnresten in drinkwater is een milieuprobleem dat nu naar voren komt. Moet je het water dan filteren of moet je ervoor zorgen dat die resten niet in het drinkwater terechtkomen? In Trouw zag ik dat het aantal ebolainfecties in de drie landen behoorlijk is afgenomen. Gelukkig maar. Het is nog niet uit de wereld – zeker niet – maar het stemt wel enigszins gerust. Reden voor een zucht van verlichting, zal ik maar zeggen. Mijn fractie is blij met de manier waarop de voorbereiding voor eventuele repatriëring naar Nederland van mensen die ebola hebben of dreigen te hebben, is aangepakt. Complimenten aan

de Minister daarvoor en aan de mensen die daarbij betrokken zijn geweest.

Er zijn erg weinig artsen die die kant op gegaan. Ligt dat aan de strenge selectie? Is het niet goed betaald en moeten die artsen zelf bijlappen? Dat wil ik wel graag weten. Is het inmiddels ook geregeld met die verzeke-
raars? De brief van de Minister laat dat nog een beetje open. Is de repatriëring gedekt?

Wat zijn straks de lessons learned als het om ebola gaat? Wat gaat de Minister daaraan doen? Dan heb ik het over het epidemiologische aspect. De een herstelt, de ander niet. Waar komt dat door? Heeft dat ook te maken met leefpatroon of sociale status? Kunnen we daarop anticiperen als zich weer een uitbraak zou voordoen? Ik heb ook een vraag over het op de plank liggen van vaccins. Ik heb de indruk dat de WHO (World Health Organization) niet voldoende aan vaccinontwikkeling heeft kunnen doen. Misschien kunnen bedrijven wel wat meer gestimuleerd worden om vaccins sneller op de markt te brengen als daar toch ineens behoefte aan is.

Ook heb ik nog een opmerking over zoönosen in het algemeen. De Minister heeft een brief geschreven over de Global Health Security Agenda. Daar zijn allerlei zaken geagendeerd, waaronder ebola, maar ook zoönosen in bredere zin. Daar lopen wij wel vaker tegenaan, want daar heb je geen vleermuizen of West-Afrikaanse apen voor nodig. Dat hebben we in onze dierhouderij natuurlijk ook af en toe bij de hand. Gaat de Minister een voortrekkersrol vervullen op zoönosen? Zo nee, waarom niet? Dit is voor Nederland namelijk echt iets moois om ons op te profileren.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. We hebben te maken met de grootste ebola-uitbraak van de afgelopen 40 jaar: het grootst in aantal besmettingen, het aantal doden en geografische verspreiding. Ook is deze uitbraak het grootst in termen van bedreiging voor de hele wereld. Een catastrofe staat ons te wachten, tenzij we de uitbraak onder controle krijgen. Dit zei Margaret Chan, directeur van de Wereldgezondheidsorganisatie, een kleine vier maanden geleden. En toen waren er 485 bevestigde sterfgevallen tegen 5.459 op dit moment. Margaret Chan gaf ook een reden voor de snelle verspreiding: people are travelling a lot. We reizen veel. Hierdoor bleef het virus niet beperkt tot het platteland, zoals bij vorige uitbraken, maar kon het de grote steden met internationale vliegvelden bereiken. Zo kon het gebeuren dat een Amerikaan besmet raakte in Liberia en bij een tussenstop in Lagos bezweek aan ebola terwijl hij onderweg was naar Amerika. Twee maanden later brachten andere Amerikanen het ebolavirus alsnog naar Amerika en besmetten daarbij twee verpleegkundigen. Weer een maand later was er een nieuw geval in New York. Reden voor diverse landen om het reizigersverkeer aan banden te leggen. Naast alle Afrikaanse landen hebben inmiddels ook Canada en Australië maatregelen genomen. Australië wijst niet alleen alle visumaanvragen uit de ebolalanden af, maar weigert ook vluchtelingen op te nemen en zet alle overige reizigers 21 dagen in quarantaine. Want, zo zeggen ze, de eerste prioriteit ligt bij het beschermen van de eigen burgers. Daarom stuurt Australië, net als Israël, geen artsen naar West-Afrika omdat, als zij besmet raken, zij niet veilig gerepatriëerd kunnen worden. Dat is een kwestie van gezond verstand, want artsen worden besmet. Inmiddels zijn er 588 artsen en verpleegkundigen besmet, van wie er 337 zijn overleden. Gezond verstand lijkt bij Onze Minister van Volksgezondheid echter te ontbreken. Zij roept artsen juist op om vooral naar ebolalanden af te reizen. Niet alle ziekenhuizen zien dat zitten. Er zijn erbij die beseffen dat het risico te groot is. Vervolgens richt de Minister het calamiteitenhospitaal in om willekeurige hulpverleners uit ebolalanden naar Nederland te halen en op te vangen. Waar ligt de prioriteit van dit kabinet? Het is toch duidelijk dat de uitbraak geïsoleerd moet

worden, dat al het verkeer stilgelegd moet worden en dat de grootste mogelijke voorzorgsmaatregelen genomen moeten worden? Hebben we van de Q-koorts niets geleerd? Ook die uitbraak werd onderschat en we liepen telkens achter de feiten aan. Dat kunnen we ons met ebola echt niet permitteren, en al helemaal niet omdat ebola nog absoluut niet onder controle is.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik meen mij te herinneren dat mevrouw Klever bij de technische briefing over ebola aanwezig was. Wij hebben daar gezien in hoeverre het besmettingsgevaar in ons land zou gelden. Dat was nogal beperkt. Zij heeft daar ook de kaart gezien van de Afrikaanse landen en de plekken en vlekken waar ebola-uitbraken zijn versus die heel grote plekken waar het niet aan de orde is. We hebben daar ook uitgebreid te horen gekregen hoe Nederland zich voorbereidt op mogelijke gevallen van besmetting en op de manier waarop dat onder controle kan worden gehouden. Ik vraag me af of mevrouw Klever daar geen enkele waarde aan heeft gehecht.

Mevrouw **Klever** (PVV): Juist wel. Ik vraag mij af of mevrouw Dijkstra wel geluisterd heeft. Ebola is verschrikkelijk besmettelijk. Driekwart van de mensen die besmet raken, overlijdt eraan. Wat we vooral niet moeten doen, is ebola naar Nederland halen. We moeten het virus daar isoleren. Dat kwam ook uit die technische briefing. Deze Minister haalt juist al die mensen met ebola hierheen. Mensen die daar als arts of hulpverlener gewerkt hebben, mogen naar Nederland komen. Zij worden niet in quarantaine gezet, maar op de Veluwe. Zij mogen daar boodschappen doen en met het openbaar vervoer reizen. De kans dat zij daarbij anderen besmetten, is aanwezig. Ik zeg: doe dat niet; zet ze daar in quarantaine. Wat je Nederland niet in haalt, kan ons ook niet besmetten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): In het licht van de berichtgeving dat de ebola-uitbraak in de verschillende Afrikaanse landen wat afneemt, moeten we toch vaststellen dat het uitdoven begonnen is, althans dat hoop ik. Misschien kan de Minister daar zo ook nog wat over zeggen. Dan vraag ik me af wat het nut is van deze bangmakerij.

Mevrouw **Klever** (PVV): Dat is nogal een uitspraak. Degene die aan bangmakerij doet, is het kabinet. Het kabinet haalt artsen naar Nederland toe en zet hen in Vierhouten op de Veluwe. Vervolgens zegt het: er is niets aan de hand. Dat zijn dubbele signalen. Als er niets aan de hand is, waarom moeten ze dan naar de Veluwe? Als ze niet ziek zijn, waarom moeten ze dan naar de Veluwe? Waarom kunnen ze niet naar hun thuisland? Kennelijk is er wel iets aan de hand. Dat maakt mensen bang. Ik zeg dus: zorg dat je het isoleert in de landen daar; haal het niet naar Nederland.

Het beleid van het kabinet moet erop gericht zijn de gezondheid van de Nederlandse bevolking te bewaken en niet in gevaar te brengen. Ik begrijp dan ook niet waarom er nu in Vierhouten op de Veluwe buitenlandse ebola-artsen worden opgevangen. Volgens Artsen zonder Grenzen zijn ze niet ziek, maar is er toch een kleine kans dat ze ziek worden. Intussen mogen ze gewoon rondlopen, boodschappen doen en zich mengen onder de Nederlandse bevolking. De enige voorzorgsmaatregel is dat ze zichzelf temperaturen en dat ze, als ze verhoging hebben, dit bij de GGD melden. Dat moest de arts in New York ook: we hebben gezien dat hij toch met koorts naar de bowlingbaan is gegaan en in de metro heeft gezeten. En hij was nota bene arts. Dat is een totale onderschatting van het virus en een blijk van een totaal gebrek aan verantwoordelijkheid richting de burger. Het brengt mensen niet alleen onnodig in gevaar, maar het brengt ook ondernemers in de problemen. Dan heb ik het over het restaurant waar alle reserveringen geannuleerd werden op de dag dat bekend werd dat de

artsen in Vierhouten ondergebracht worden. Stop onmiddellijk met die opvang. Zet iedereen verplicht 21 dagen in quarantaine. Laten we hopen dat het goed afloopt. De PVV wil de volgende maatregelen: een direct of indirect reisverbod vanuit ebolalanden naar Nederland, geen opvang van vluchtelingen of buitenlandse hulpverleners in Nederland en 21 dagen quarantaine ter plekke voor Nederlandse hulpverleners bij repatriëring.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. We spreken vandaag over infectiepreventie in het algemeen en over ebola in het bijzonder. Deze week staat in het teken van de nationale actie Stop de ebolaramp. Mensen zetten zich op allerlei manieren in om hier aandacht voor te vragen en geld voor in te zamelen. Ook de premier deed een oproep. Hij zei: de beelden die we zien zijn nog maar het topje van de ijsberg. We zien beelden van mensen die overlijden. We lezen verhalen van artsen die onder extreem moeilijke omstandigheden hun werk doen en vrijwilligers die doodzieke patiënten moeten weigeren omdat de ziekenhuizen vol zijn, waardoor patiënten met andere ziekten niet in ziekenhuizen terecht kunnen. We lezen verhalen over kinderen die de ziekte overleven, maar naar een weeshuis moeten. En dat is dan nog maar het topje van de ijsberg. We hopen dus dat we de ziekte weten in te dammen, maar dan nog zullen de gevolgen decennialang een ontwrichtende werking hebben. Voordat ik inga op de situatie in Nederland, wilde ik dat toch even memoreren.

Uit de technische briefing kreeg ik de indruk dat Nederland goed is voorbereid op mogelijke ebolapatiënten. Dit maakte ik ook op uit de brieven van de Minister. Ik wil haar vragen of mijn beeld klopt. Acht zij een nationaal coördinator ebola, zoals ze die in België hebben, hier nog van toegevoegde waarde of lijkt haar dat niet nodig? Uit rapporten van de IGZ blijkt dat de UMC's de zaken op orde hebben. Ook zijn er richtlijnen voor de perifere ziekenhuizen, huisartsen en ambulancediensten, want die moeten de eerste opvang kunnen doen. Zij moeten verwijzen naar een UMC of vervoer verzorgen. Er wordt gekeken naar de mogelijke knelpunten. Kan de Minister hier iets meer over zeggen? Waar hebben we het dan over? Tijdens de briefing kregen we wel het signaal dat er niet een soort huisartsenalert is om alle huisartsen in geval van een crisis te alarmeren. Graag krijg ik daarop een reactie van de Minister.

In Nederland geldt voor 43 infectieziekten een meldplicht. In juli 2013 werd ook het MERS-coronavirus opgenomen in categorie A, de categorie waarin de meest dwingende maatregelen kunnen worden opgelegd om de bevolking te beschermen. Hoe is de stand van zaken wat de meldingsplichtige ziekten betreft?

Dan kom ik op de ziekenhuizen en de verpleeghuizen. De brief van de Minister en de Staatssecretaris uit december 2013 wordt geschetst dat de infectiepreventie in ziekenhuizen en verpleeghuizen niet op orde is. Daar is al uitgebreid over gesproken door mevrouw Bruins Slot. Toen was de situatie dat er echt onvoldoende rekening gehouden werd met besmettingsrisico's. Zijn deze constatering inmiddels verleden tijd? Uit vervolgonderzoek van de inspectie bleek namelijk dat er al veel verbeterd was. Ik wil me toch aansluiten bij de vragen van mevrouw Bruins Slot en vooral bij de urgentie van dit onderwerp. Ik wil graag de huidige stand van zaken horen.

We hebben een brief gekregen over de publieke gezondheid waarin uitgebreid wordt ingegaan op de positionering van de GGD's. Hierop komen we later uitvoeriger terug, zoals we in de commissie hebben vastgesteld. In het kader van dit AO over infectieziektebestrijding wil ik toch opmerken dat in dat rapport staat dat rond de GGD's het beeld is dat de professionele capaciteit regelmatig onder het waakvlamniveau daalt. Dat is meerderen opgevallen. Vanmorgen hoorden we inderdaad de GGD-directeur zeggen dat 75% van de GGD's onvoldoende personeel

infectieziekten in huis heeft. Op dat punt ligt een belangrijke taak voor de rijksoverheid. Wat gaat de Minister hieraan doen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is zelfs zo dat de professionele capaciteit bij sommige GGD's onder de 50% daalt. Dat is echt zeer zorgelijk. Het aantal infectieziekten neemt immers toe. Het is net als met een brand. Met één brandweerman kun je iets gecontroleerd laten uitbranden, maar om het onder controle te krijgen heb je er echt meer nodig. Welke acties wil mevrouw Dijkstra zien? Zij heeft nu vooral gevraagd wat de Minister wil, maar wat wil zij zelf?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik denk dat het belangrijk is dat er meer mensen geschoold worden op het gebied van infectiebestrijding en -preventie. Daar zou ik graag van de Minister wat meer over willen horen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De capaciteit voor infectieziektebestrijding werkt net als een verzekering. Je hebt het nodig als er een crisis is. Als je dan onderverzekerd bent, moet je daar een hoge prijs voor betalen. De afgelopen jaren is de financiering hiervan nooit veranderd. Welke stappen zouden daar nog in genomen moeten worden? Moet dat punt eigenlijk ook niet meegenomen worden in die analyse?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat moet zeker. Op dit moment is er een tekort aan mensen die op het gebied van infectieziektebestrijding of -preventie geschoold zijn. Dat gaat ten koste van andere taken van de GGD's, bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg. Dat is natuurlijk niet de bedoeling. Er zijn zo'n 1.000 artsen werkzaam bij de verschillende GGD's. Ik zou het ook mooi vinden als de GGD's waar het wel goed onder controle is, als een soort best practice worden gebruikt om te kijken naar de andere waar het niet goed op orde is. Ik kan me best voorstellen dat er, zonder dat er meteen heel veel geld bij moet, nog wel mogelijkheden zijn om het anders te organiseren. Ik zou graag van de Minister horen hoe zij dat ziet.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb ook een vraag aan de Minister gesteld over de financiering. Aan de ene kant is maar de helft van de formatie beschikbaar en aan de andere kant staat in de brief van de Minister wel de opmerking dat het geen kwestie van geld is en dat het binnen het bestaande budget kan worden opgelost. Daar wil ik graag een toelichting op. Mijn constatering is echter ook dat we eigenlijk helemaal geen beeld hebben van hoe het er precies voor staat. Dan kun je het wel hebben over best practices, maar misschien is er maar 1 GGD in heel Nederland die het goed voor elkaar heeft en zijn er 27 waarbij dat niet het geval is. Ik vind het op dit moment dus wel lastig om over de stand van zaken te praten. Is mevrouw Dijkstra dat met mij eens? Moeten we niet eerst veel beter zicht hebben op hoe het nu precies is?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): In het rapport is een algemeen beeld geschetst. Daar wordt geen onderscheid gemaakt. Het lijkt mij niet heel ingewikkeld om dat in kaart te brengen. Het lijkt me dus wel nuttig als we weten waar het goed gaat, waar de problemen zitten en waar men onder de 50% zit.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Een belangrijk deel van de financiering moet van de gemeenten komen. Is mevrouw Dijkstra het met mij eens dat het goed zou zijn als de Vereniging van Nederlandse Gemeenten daar stevig bij betrokken wordt? Feitelijk is het een cofinanciering. Ik denk dat de VNG hierbij echt op het vinkentouw zou moeten zitten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Waar het gaat om het domein van de gemeenten is het belangrijk dat zij daar intensief bij betrokken worden. De GGD's zelf moeten er natuurlijk ook zeer intensief bij betrokken worden. Je moet vooral goed bekijken waar welke verantwoordelijkheid ligt. Voor een groot deel van het sociale domein is de samenwerking met de gemeenten heel belangrijk. Ik zou graag van de Minister willen weten hoe zij daar tegenaan kijkt. Ik steun het pleidooi van mevrouw Wolbert om eens goed in kaart te brengen hoe het er bij de GGD's voor staat.

Voorzitter: Bruins Slot

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Ik ben de laatste spreker, maar ook ik spreek in navolging van eerdere sprekers veel waardering uit voor de manier waarop Nederlandse zorgverleners, ziekenhuizen, UMC's, huisartsen en GGD's zich hebben voorbereid op een ebola-uitbraak. Zij zijn de mensen die risico lopen. Zij hebben alles op alles gezet om het risico tot een minimum te beperken. Zij zijn geprotocolleerd en voorbereid aan het werk gegaan. Veel dank daarvoor.

Als we toch bezig zijn met complimenten maken, sluit ik mij helemaal aan bij de woorden van de heer Smaling over de inspanningen van de Minister over het voorkomen van antibioticaresistentie. We hebben vaker gesproken over het belang daarvan. Ik sluit me aan bij de heer Smaling dat het heel hoopvol is dat er nu dankzij een Nederlands bedrijf een doorbraak lijkt te zijn bij de bestrijding van de MRSA-bacterie. Dat is echt hoopvol. Dit laat zien wat innovatie kan doen. Het zou echter absoluut niet mogen betekenen dat de inspanningen om het gebruik van antibiotica in ons land en bij voorkeur wereldwijd terug te dringen, verslappen. Als de antibiotica opraken, is dat een van de grootste bedreigingen voor onze gezondheid in het algemeen.

Er is al veel gezegd over hygiëne in zorginstellingen. Ik kan mij grotendeels aansluiten bij de zorgen die daarover zijn geuit. De VVD heeft het al meerdere keren op de agenda gezet. Er lijkt ook wel vooruitgang te zijn, maar desalniettemin worden er nog steeds grote tekortkomingen geconstateerd. De IGZ heeft onlangs hercontroles gedaan. Hoe ziet het er nu uit? Zijn er nu meer organisaties geslaagd voor de test? Waar is dat nog niet zo? Welke sancties zijn er getroffen, want dit kan toch niet zo doorgaan? De overkoepelende vraag is: hoe komen we tot een veel betere hygiëncultuur in zorginstellingen en bij zorgprofessionals? Er zijn er ongetwijfeld heel veel die het al goed doen, maar in het algemeen zijn de constatering dusdanig dat wij ons zorgen maken. Dat leidt ook tot de vraag hoe structureel de bewustmaking rond hygiënerisico's verankerd is in de eindtermen van de zorgopleidingen.

Naast hygiëne is vaccinatie een van de belangrijkste en meest succesvolle methodes om infecties te voorkomen. Een goed vaccinatieprogramma is ook een van de redenen waarom we in ons land gaandeweg steeds ouder worden. We hebben vaccins die in het Rijksvaccinatieprogramma belanden, maar de ontwikkeling van vaccins houdt niet op. Er zijn ook veilige vaccins die uiteindelijk moeite hebben om de Nederlandse zorgconsument te bereiken. Ik heb daar al eerder aandacht voor gevraagd. Neem bijvoorbeeld het pneumococcusvaccin dat op dit moment klaar is. Dat is uitgebreid in Nederland onderzocht. Honderden huisartsen hebben daar samen met hun patiënten aan meegedaan om te bekijken of het een effectief en veilig vaccin is. Dat blijkt allemaal het geval te zijn. Vervolgens ontstaat er een status quo tussen het Zorginstituut Nederland en de Gezondheidsraad: wat moeten we nu met dat vaccin? Het zou best kunnen dat het niet of slechts ten dele landt in het Rijksvaccinatieprogramma, maar dan moet die beslissing wel snel genomen worden. Anders moeten we bekijken hoe we het vaccin wel beschikbaar houden voor die patiënten die daarvan gebruik willen maken. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor een veilig vaccin tegen gordelroos. Mijn verzoek aan de Minister is om vanuit

het ministerie druk te zetten op de gesprekken tussen het Zorginstituut Nederland en de Gezondheidsraad, zodat er besluiten worden genomen en deze vaccins of via het Rijksvaccinatieprogramma of anderszins hun weg naar de Nederlandse zorgconsument kunnen vinden.

Voorzitter: Rutte

De vergadering wordt van 10.43 uur tot 10.55 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. We hebben het over infectiepreventie en over de ebola-uitbraak in West-Afrika. Deze uitbraak is omvangrijk en zeer ingrijpend, zoals ook mevrouw Dijkstra al zei. Dat is hij natuurlijk vooral voor de patiënten en hun naasten in de getroffen landen, maar ook voor de rest van de bevolking in Guinee, Sierra Leone en Liberia. Niet alleen de gezondheidszorg, maar ook het onderwijs en de economie van deze fragiele landen hebben ernstig te lijden onder deze uitbraak. Met de vele initiatieven voor internationale hulpverlening, inclusief de bijdrage van Nederland, proberen wij soelaas te bieden. Aan de ene kant zijn er voorzichtig optimistische berichten, maar aan de andere kant zijn er ook weer belangrijke tegenvallers. Het is dus heel lastig om echt harde uitspraken te doen. Ik denk dat de noodhulp en de hulp bij de opbouw van deze landen een lange adem zal vergen.

Deze uitbraak zorgt ook voor ongerustheid in de rest van de wereld, en daar hoort Nederland natuurlijk ook bij. Hoewel het risico op besmetting heel gering is, kan ik mij die ongerustheid wel voorstellen. Ziekenhuizen, ambulancediensten, het RIVM en de GGD's hebben in de afgelopen periode echt keihard gewerkt om de puntjes op de i te zetten. De hele keten is goed voorbereid op een mogelijke ebolapatiënt in Nederland. In eerste instantie denken we daarbij aan een hulpverlener die bij het werk in West-Afrika besmet is geraakt, maar het kan ook gaan om iemand van wie we pas in Nederland ontdekken dat hij ebola heeft. Zijn wij voldoende voorbereid? Dat weet je nooit. Dat weet je pas als er daadwerkelijk iets gebeurt in Nederland. Maar zou ik nog onderwerpen weten waarop wij ons moeten voorbereiden? Nee. Alle draaiboeken zijn niet alleen nagelopen, maar ze zijn ook sterk verbeterd ten opzichte van hoe ze eerst waren. Er komen immers steeds nieuwe vragen op. We houden de vinger strak aan de pols.

Iemand met ebola wordt niet meteen ziek. De verschijnselen – koorts, hoofdpijn, spierpijn, braken, diarree en bloedingen – beginnen meestal pas na ongeveer een week of soms zelfs pas na drie weken na de blootstelling. Zolang mensen geen ziekteverschijnselen hebben, zijn ze niet besmettelijk. De ziekte is alleen besmettelijk via direct lichamelijk contact met een patiënt of lichaamsvloeistoffen van de patiënt. Dan heb ik het over bloed, speeksel, urine, zweet en dat soort lichaamsvloeistoffen. Het ebolavirus verspreidt zich niet via de lucht, ook niet via muggen. Het virus kan ook niet worden overgedragen door het aanraken van voorwerpen of het zwemmen in een zwembad. Ik wil dat even uitdrukkelijk stellen. Natuurlijk is ebola besmettelijk, maar het is toch anders dan sommige besmettelijke ziekten die wij kennen en die besmettelijk zijn als je nog geen symptomen hebt. Dat is veel linker. Je weet dan niet dat je ziek bent, maar je bent wel besmettelijk. Dat is bij ebola dus echt anders. Eenmaal besmet is er helaas wel een grote kans op overlijden – 40% tot 90% – als er niet tijdig of voldoende zorg wordt geboden. De behandeling bestaat vooral uit het ondersteunen van de eigen afweer en het bestrijden van complicaties. Er is nog geen medicijn dat bewezen effectief is. Er zijn wel experimentele geneesmiddelen die het RIVM kan importeren en die de behandelend arts kan toepassen. We hebben alle ontheffingen hiervoor al geregeld. Als er een patiënt met een ebola-infectie in Nederland is, zal afhankelijk van de beschikbaarheid van medicijnen en de meest recente

wetenschappelijke inzichten worden bekeken of een patiënt medicijnen krijgt toegediend, en zo ja, welke medicijnen.

Voor de verspreiding van ebola is niet alleen het behandelen van de patiënt van groot belang, maar ook het opsporen en in de gaten houden van de contacten van die patiënt. Dat is de enige manier om verdere verspreiding te voorkomen. Mensen die zonder bescherming in aanraking zijn geweest met een patiënt worden daarom drie weken lang gevolgd om te bekijken of zij ook ziek worden. Is dat het geval, dan worden zij meteen onderzocht in het ziekenhuis en afgezonderd van andere patiënten. Ik heb hier een heleboel tekst waaruit blijkt wat we allemaal gedaan hebben in Nederland, maar ik denk dat de leden dat eigenlijk wel weten. Mocht het nodig zijn, dan ga ik daar later alsnog op in. We hebben een telefoonnummer ingericht waar mensen in Nederland naartoe kunnen bellen, ook journalisten. Ook mensen die bijvoorbeeld in Oost-Afrika zijn geweest en zich afvragen welk effect dit voor hen heeft, kunnen bellen. Zo hebben we een punt van waaruit we die informatie kunnen delen.

Ik vind het ontzettend belangrijk om in te gaan op de inbreng van mevrouw Klever. Zit de wereld nou zo in elkaar dat we zeggen: met een reisverbod hebben we nergens last van? Mevrouw Klever weet ook dat de grenzen tussen die landen nogal groot zijn en dat er niet overal mannetjes staan. Als we in plaats van de ziekte de landen gaan isoleren, dan blijft er toch een enorme hoeveelheid mensen de grens overgaan om in een ander land een vliegtuig pakken. Niemand weet dan eigenlijk wie waar aan het reizen is.

Is dat niet een veel gevaarlijkere strategie waarmee je je eigen bevolking eigenlijk veel minder beschermt dan we nu doen met een goede exit screening op de directe vluchten? Die exit screening wordt niet alleen begeleid door deskundigen uit de Verenigde Staten, maar ook door deskundigen van de ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control). Je moet er bij directe vluchten voor zorgen dat er niet alleen een exit screening is, maar ook een entry screening. Als er overstappers zijn, moet er goede informatie worden gegeven, zodat deze mensen weten waar ze moeten aankloppen en wat ze moeten doen. Die informatie moet je goed ter beschikking stellen. Verder moet je, behalve dat je mensen heel goed voorbereidt op wat ze moeten doen, de zorgverlening heel goed voorbereiden, zodat duidelijk is wat de zorg moet doen als er wat zou gebeuren. Ik denk dat landen isoleren een veel gevaarlijker strategie is, zelfs voor je eigen bevolking – de landen daar even daargelaten; laten we het daar maar helemaal niet over hebben – dan de strategie die de wereldgemeenschap nu heeft gekozen.

Mevrouw **Klever** (PVV): De Minister zegt dat het veel gevaarlijker is als we de landen isoleren. Ik zeg niet dat we de landen moeten isoleren maar dat we ebola moeten isoleren. We moeten zorgen dat ebola Nederland niet in kan komen en het liefst de rest van de wereld ook niet. De Minister zegt dat het gevaarlijk is om landen te isoleren, omdat ze dan stiekem de wereld over gaan reizen. Kan de Minister aangeven in hoeverre dat nu niet kan? Volgens mij kunnen ze nu ook overal heen waar ze willen.

Minister **Schippers**: Ja, maar die noodzaak is minder groot, omdat we niet zeggen dat ze niet kunnen reizen. Dus waarom zou je dan allerlei toeren uithalen. Men kan gewoon het vliegtuig pakken en dan is er een exit screening. Dan reist men op een manier die men voorheen ook gekozen zou hebben. Als je echter zegt: je mag niet meer reizen, want wij gooien de grenzen dicht... Ik denk dat dat overzichtelijke wereldbeeld in de praktijk niet van toepassing is.

Mevrouw **Klever** (PVV): In de praktijk stelt die exit screening natuurlijk helemaal niets voor. Ten eerste is er een incubatietijd van 21 dagen. Dus als je mogelijk besmet bent en je bent er een beetje vroeg bij, dan houdt

zo'n exit screening je niet tegen, omdat je nog geen symptomen hebt. Maar als je die symptomen wel hebt, kun je een paracetamolletje nemen en dan kom je ook gewoon door die exit screening. Dat is dus een schijnveiligheid. Is de Minister bereid om in ieder geval de hulpverleners die uit die landen terug naar Nederland komen, 21 dagen in quarantaine te zetten? Dat moet je eigenlijk zien als een onderdeel van het hulpverleningstraject en niet als een straf. Als je daarheen gaat om te helpen, dan hoort daarbij dat je 21 dagen in quarantaine gaat. Je kunt niet gewoon terugkomen en alleen temperaturen, want we hebben in New York gezien dat dat niet werkt.

Minister **Schippers**: Het oordeel over de exit screening laat ik geheel voor rekening van mevrouw Klever. Daar zitten de ECDC, maar ook de infectieziektebestrijders van de Verenigde Staten op. Ik vind het dan dus nog wel wat om te zeggen dat die niet deugt. Die screening is er, maar je kunt natuurlijk niet met zekerheid zeggen of iemand wel of niet ebola heeft, want dat weet je pas als iemand symptomen gaat krijgen. Dat is aan de andere kant ook het grote geluk, omdat mensen anders besmettelijk zouden kunnen zijn, terwijl we dat niet zouden weten.

Dan het punt om artsen in quarantaine te zetten. Als je artsen drie weken wilt opsluiten, moet je wel goede argumenten hebben. Wij zeggen niet dat ze ergens heen moeten, naar een vaste plek, maar ze moeten wel bepaalde maatregelen nemen en zichzelf in de gaten houden en als er iets gebeurt, moeten ze contact opnemen. Dat gaat wel degelijk onder begeleiding en het gebeurt op een manier die heel verantwoord is gezien deze ziekte. Daar is goed over nagedacht. Ik denk dat wij met de politiek zoals we die nu bedrijven, eigenlijk een beter resultaat hebben dan met de voorstellen die mevrouw Klever doet.

Ik heb de vragen van mevrouw Klever dienaangaande er even bij gepakt en die ga ik ook maar meteen af. Ik heb aangegeven waarom het beleid is zoals het is en waarom ik denk dat dat het beste is. Er zijn hulpverleners die in die landen gewerkt hebben, maar die uit landen komen met een andere zorginfrastructuur dan die in Nederland, zoals India of Zuid-Amerika, waar de opvang, mocht er iets zijn, niet van dien aard is dat je gerustgesteld bent. Een aantal van die artsen kunnen in Nederland op adem komen. Laten we eerlijk zijn: het is niet niks wat deze mensen doen. Ik heb een ongelofelijk groot respect voor mensen die niet in eerste instantie aan zichzelf denken, maar die aan anderen denken en hulpverlenend werk gaan doen in die landen. Dan moet je als internationale gemeenschap – dus niet als Nederland alleen, maar als internationale gemeenschap – faciliteiten bieden. Mensen die uit die landen terugkomen en die misschien ziek zijn, maar die nergens anders heen kunnen, kunnen naar Nederland komen. We hebben in het calamiteitenhospitaal bedden voor hen. Dat doet Nederland niet alleen. Er is net ook iemand in Zwitserland opgenomen en er zijn ook andere landen die dat hebben gedaan. Wij zijn nog niet aan de beurt geweest, maar dat kan nog komen. Dus mensen die dat zware en risicovolle werk in die landen hebben gedaan, kunnen in Nederland op adem komen. Het betreft mensen die gezond zijn en die gemonitord worden door de GGD. Zolang ze niet ziek zijn, is er dus ook geen risico op besmetting. Zodra iemand ziekteverschijnselen krijgt, treedt direct alles in werking wat we met elkaar hebben afgesproken en dan wordt die persoon opgenomen in een universitair medisch centrum voor diagnose en behandeling.

Ik ben van mening dat Artsen zonder Grenzen zich heel verantwoordelijk opstelt richting haar werknemers. Het gaat om mensen die in hun eigen land niet direct over een goede gezondheidszorg kunnen beschikken, als dat nodig zou zijn. Dat kan hier wel. Ik vind heel belangrijk dat Artsen zonder Grenzen open en transparant is over de huisvesting van deze zorgverleners. Daar wordt niet geheimzinnig over gedaan, iedereen mag het weten. Er is goed overleg met de GGD over het monitoren van de

gezondheid van deze zorgverleners en ook met de burgemeester van de gemeente Nunspeet, waar Vierhouten onder valt. Ik snap best dat als er zoiets gebeurt, daar vragen over zijn. Ik vind het de taak van de burgemeester om dan heel goed voorlichting te geven en aan te geven wanneer een ziekte besmettelijk is, wat deze ziekte inhoudt en wat voor mensen daar zitten. Daarom vind ik het ook heel goed dat de burgemeester vorige week een bijeenkomst heeft georganiseerd voor omwonenden.

Mevrouw **Klever** (PVV): Van omwonenden heb ik gehoord dat zij zich grote zorgen maken over de opvang. Ik stel voorop dat ik ook groot respect heb voor de hulpverleners en de artsen die in die landen gaan helpen. Het is echter ook de taak van de Minister om de burgers in Nederland te beschermen. Waarom worden die artsen drie weken lang in een huis van Artsen zonder Grenzen in Nederland gezet, als er niets aan de hand is? Als er niets aan de hand is, kunnen ze ook gewoon naar huis, naar hun gezin en naar hun familie. Kennelijk is er dus wel wat aan de hand. Als er dan wel wat aan de hand is, waarom mogen ze dan met het openbaar vervoer reizen, boodschappen doen en noem maar op? Mensen in Vierhouten maken zich daar grote zorgen over. Als er niets aan de hand is, hoeven ze daar niet te zitten, dus kennelijk is er wel wat aan de hand.

Minister **Schippers**: Ik begrijp dat er zorgen zijn en daarom moeten we ook goed uitleggen wat er aan de hand is. Dat probeer ik ook te doen. Ik heb net uitgelegd waarom deze mensen niet teruggaan naar hun eigen land. Dat is niet omdat ze nu ziek zijn, maar dat is omdat ze in hun incubatietijd zitten. Mochten ze ziek worden en thuis zijn, dan zijn daar niet de faciliteiten om hen te helpen. Deze mensen gaan via Artsen zonder Grenzen naar die landen toe en lopen daar risico's, omdat zij vinden dat we deze landen en deze mensen niet in de modder kunnen laten zakken maar dat we wat moeten doen om te helpen. Het punt is dat Artsen zonder Grenzen zich verantwoordelijk voelt als deze mensen terugkomen en voor opvang zorgt voor de periode waarin er geen besmettingsgevaar is, want ze hebben nog helemaal geen verschijnselen. Mochten ze echter koorts krijgen, dan zitten ze in een land waar meteen een goede diagnose kan worden gesteld en goede opvang kan worden geboden. Dat hebben we georganiseerd in de UMC's. Daarom is dat zo georganiseerd. Het zou ontzettend veel schelen als we bij de feiten blijven, zodat mensen niet onnodig bang worden gemaakt over wat er in Vierhouten aan de hand is.

Mevrouw **Klever** (PVV): Dat werkt dan averechts, want de mensen in Vierhouten zijn bang en toeristen blijven al weg. Het is de plicht van de overheid om haar burgers te beschermen. Dat kun je niet overlaten aan een individu die zichzelf moet temperen. We hebben in New York gezien dat er een arts was die terugkwam uit een ebolaland, die een beetje ziekig werd, maar die toch in de metro ging en ging bowlen en die potentieel mensen heeft besmet. Als dit hier aan de hand is, waarom zet de Minister deze mensen dan niet in quarantaine? Drie weken in quarantaine is toch niet te veel gevraagd voor de bescherming van de volksgezondheid van de Nederlandse burgers?

Minister **Schippers**: Ik hoor net dat de persoon in Amerika over wie u het hebt, helemaal niemand heeft besmet. Het scheelt natuurlijk ook als ik op Kamerleden en dus ook op u een beroep kan doen om heel dicht bij de feiten te blijven.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik blijf bij de feiten.

Minister **Schippers**: Nee, u blijft niet bij de feiten.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik vind dit echt een aanmatigende opmerking! Alsof wij paniek zouden zaaien, terwijl de overheid hier juist paniek zaait.

De **voorzitter**: Ik ga hier over de orde, mevrouw Klever, en ik heb u het woord niet gegeven.

Minister **Schippers**: Wij zijn Amerika niet. Bij ons wordt de gezondheid van de mensen die hier komen, gemonitord. Daar is de GGD bij betrokken. De mensen die geen verschijnselen hebben, zijn niet besmettelijk. Als je geen koorts hebt, kun je rustig je boodschappen doen, want je bent dan niet besmettelijk. Ik vind wel dat wij allemaal een verantwoordelijkheid hebben om de risico's, als die er zijn, scherp te benoemen. Dat doen we ook. We hebben een heel apparaat, met alle UMC's, ambulancemedewerkers, GGD's en huisartsen en iedereen is alert. Iedereen weet wat hij moet doen als er wat gebeurt. We kijken niet weg als er risico's zijn, maar als die risico's er niet zijn, moeten we ook helder benoemen dat ze er niet zijn en aangeven waar die grens ligt. Anders krijg je verhalen die elkaar alleen maar versterken, maar waar geen grond voor is. Ik denk dat dat een groot risico is in tijden van iedere uitbraak van welke infectieziekte dan ook.

De **voorzitter**: Mevrouw Klever voelde zich aangesproken en mag dan ook heel kort reageren.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik voel me aangesproken omdat de Minister zegt dat we ons bij de feiten moeten houden. Ik heb mij volledig bij de feiten gehouden. Ik heb hier niets van verzonnen. Het is waar dat die arts in de metro is gegaan. Het is een geluk bij een ongeluk dat hij niemand besmet heeft. Het is de plicht van de overheid om de volksgezondheid te beschermen en de belangen van de Nederlandse burger moeten boven de belangen van individuele mensen gaan, die potentieel besmet zijn. Ik ben bang dat we het daar niet over eens worden.

Minister **Schippers**: U zegt in uw verhaal dat deze mensen zomaar boodschappen kunnen doen en dat dat belachelijk is, terwijl wij met elkaar moeten vaststellen dat als je geen koorts hebt, je inderdaad boodschappen kunt doen omdat je dan niet besmettelijk bent. We moeten ook met elkaar vaststellen dat als iemand over de grens gaat bij Sierra Leone of Liberia of Guinea en hij een vliegtuig neemt naar weet ik veel wat voor land en vervolgens via dat land naar Nederland komt, hij ook besmet kan zijn. Het is daarom van groot belang dat we tegen de bevolking zeggen: let op, als u daar bent geweest. We moeten heel duidelijk zeggen wat er dan moet gebeuren en dat we telefoonnummers beschikbaar stellen. Het is van belang dat we dit in Nederland goed regelen. Mensen die naar Afrika zijn gegaan, bellen al naar een bepaald nummer. Afrika is heel groot en het gaat maar om een deeltje van Afrika. Mensen die in Kenia zijn geweest of in andere delen van Afrika, zijn echter ook ongerust en bellen ook. Daarom denk ik dat we heel precies moeten zijn in onze communicatie met deze mensen.

In reactie op een vraag van mevrouw Bruins Slot zeg ik dat wij goed voorbereid zijn. Ik zie nu geen knelpunten, maar we moeten wel heel sterk blijven opletten en dat doen we. We moeten natuurlijk heel goed voorbereid zijn voor het geval dat er iets met ebola gebeurt, maar dit is ook een heel belangrijke oefening voor de Nederlandse zorg. Hebben we alles goed in draaiboeken staan? Je komt er altijd achter dat er dingen ontbreken. Die dingen vullen we nu aan, waardoor we de volgende keer weer beter zijn. We hebben heldere protocollen en die zijn geaccepteerd. De GGD's hebben een inventarisatie van de voorbereiding gedaan. We hebben een paar praktische problemen bij de uitvoering voorgelegd aan het RIVM. Het gaat nu echt om de puntjes op de i, maar we houden de

vinger aan de pols. Als we nog vragen hebben, gaan we ook direct met elkaar in overleg. Onze ebola-ambassadeur, of hoe u hem ook wilt noemen, is natuurlijk Jaap van Dissel van het Centrum voor Infectieziektebestrijding (CIb). Hij zit hier bovenop en stuurt dit strak aan vanuit het RIVM. U hebt hem vast al een paar keer voorbij zien komen.

Er is gevraagd hoe het zit met de BES-eilanden. Op alle eilanden is personeel aanwezig dat een triage kan uitvoeren met behulp van de richtlijn die beschikbaar is gesteld door het RIVM. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de expert opinion van de achterwachters van het RIVM en de arts infectieziektebestrijding van Curaçao. De BES-eilanden hebben echter nog geen geschikte isolatieruimte beschikbaar. Er zijn wel ruimtes beschikbaar, maar naar onze mening zijn die niet optimaal geëquipeerd. Dit zijn noodmaatregelen en zolang er niets beters is, moeten we het daarmee doen. Het is echter geen duurzame oplossing. Daarom heb ik het RIVM opdracht gegeven om in overleg met de eilanden te kijken hoe de eerste opvang duurzaam beter kan. Nog deze maand zullen er tenten geleverd worden. De BES-eilanden hebben middels een collectief aanbod van de PAHO (Pan American Health Organization) persoonlijke beschermingsmiddelen besteld. De levertijd van deze beschermingsmiddelen is echter zeven weken en daarom sturen we vanuit Nederland een aantal pakketten voor de eerste opvang. Ook die zijn besteld, maar nog niet geleverd. Maar we zitten daar bovenop. U kunt zich voorstellen dat de hele wereld kleding en andere voorzorgsmaatregelen aan het bestellen is.

Het RIVM zal op korte termijn lokaal een training op de verschillende eilanden verzorgen. Die training zal zich richten op het aan- en uittrekken van persoonlijke beschermingsmiddelen. Dat lijkt een kleinigheidje, maar het is echt heel belangrijk dat dit goed wordt gedaan. Verder richt de training zich op het verantwoord afnemen van een diagnostic sample. Het Erasmus MC zal de diagnostiek van de BES-eilanden doen. Ook Curaçao en Aruba hebben afspraken gemaakt met het Erasmus MC om diagnostiek voor hen te laten doen.

De kans dat er op de BES-eilanden een patiënt gevonden wordt, is heel klein. We moeten desondanks wel voorbereid zijn. Dat heb ik net aangegeven. Verzorging en behandeling van een patiënt met ebola is niet mogelijk op de eilanden. In het geval van een positieve diagnose zal een ebolapatiënt naar Nederland moeten worden geëvacueerd voor zorg en behandeling. Dat is vergelijkbaar met de repatriëring vanuit West-Afrika. Voor patiënten met een Nederlands paspoort kan vervoer via Phoenix Air geregeld worden. Voor anderen moeten we dat case by case regelen. Voor de inwoners van de BES die ook voor andere behandelingen aangewezen zijn op zorg elders, valt het vervoer onder de zorgverzekering. Voor de eerste opvang zijn de door mevrouw Bruins Slot genoemde pakken nodig en die zijn, zoals ik al heb gezegd, besteld.

Werkgevers en hulpverleners zijn zelf verantwoordelijk voor het afsluiten van een goede reis- en zorgverzekering. Werkgevers kunnen er ook voor kiezen om zelf het risico te dragen voor repatriëring. Ze zijn ook verantwoordelijk voor de financiering en de organisatie van de repatriëring. De Europese Unie heeft een regeling voor repatriëring van hulpverleners die in dienst zijn van internationale organisaties en schiet de financiering in dat geval voor. Werkgevers die gebruik willen maken van deze regeling, moeten beloven hun uiterste best te zullen doen om zo veel mogelijk van de voorgeschoten kosten terug te krijgen van de verzekeraar en het ontvangende land moet garant staan voor de kosten van zorg in het eigen land.

We kennen het virus al 40 jaar, maar er is nog geen vaccin of medicatie tegen ontwikkeld. Daar wordt echter op verschillende plaatsen in de wereld hard aan gewerkt. De WHO heeft een aantal expertmeetings georganiseerd. Er zijn drie serieuze opties in ontwikkeling. De verwachting, maar je kunt ook zeggen hoop, is dat in het eerste kwartaal

van 2015 vaccins beschikbaar zullen zijn. De Europese Commissie heeft via Horizon 2020 24,4 miljoen beschikbaar gesteld voor het onderzoek naar een ebolavaccin en medicatie. De Commissie heeft via het initiatief innovatieve medicijnen 140 miljoen beschikbaar gesteld. Dat bedrag wordt aangevuld met 140 miljoen van de farmaceutische industrie.

De heer **Smaling** (SP): Ik ben blij om dat te horen, maar is dit een actie van als het kalf verdronken is, dempt men de put? Of is het structureler dat vaccins voor ziektes waar geen droog brood aan te verdienen is, onderaan de rij blijven staan?

Minister **Schippers**: Het gebeurt inderdaad heel laat, als je bedenkt hoe lang dit virus al bekend is. We zien dat bij andere ziekten ook. Er zijn in Europa wel programma's opgesteld die mede bijdragen aan de financiering van oplossingen van die ziekten, maar je ziet dat verdienmodellen hier net als bij antibioticaresistentie, een belangrijke rol spelen. Dat is ook de reden dat de Europese Unie zo'n programma heeft opgestart. Maar als we weten hoe duur het is om een medicijn te ontwikkelen, dan blijft dat altijd behelpen.

De heer **Smaling** (SP): Maar kan dat dan niet juist in het circuit van de Global Health Security Agenda worden geagendeerd? Er is nu namelijk ook sprake van ziekteverdringing. Veel mensen hebben malaria, maar ze worden niet geholpen, omdat alle aandacht op ebola is gericht. Straks doet zich weer iets nieuws voor en dan zijn we weer te laat of hebben we de ontwikkeling van een vaccin niet gestimuleerd. Je zou met deze moeilijke ziektes eigenlijk op mondiaal niveau de afspraak moeten kunnen maken om alles op alles te zetten om daar zo vroeg mogelijk bij te zijn en niet het marktmodel te laten overheersen. Is de Minister het dat met mij eens? Kan dat op een dergelijk niveau bepleit worden?

Minister **Schippers**: Het punt is dat je dit niet aan de markt kunt overlaten, want je ziet dat het dan niet tot stand komt. Voor AMR wordt in de Global Health Security Agenda gekeken of er niet andere businessmodellen zijn. Bij antibioticaresistentie is evident dat als je een antibioticum vindt dat daadwerkelijk nieuw is en dus nog geen resistentie kent, je dat zo lang mogelijk op de plank wilt laten liggen en dat, als je het gebruikt, je dat zo min mogelijk doet. Dat is dus een verdienmodel van niks. Dat geldt voor heel veel van deze medicijnen. Daar wordt wel wat aan gedaan, ook op Europees niveau, maar dat zijn altijd beperkte programma's. Ik herken wat de heer Smaling zegt, namelijk dat in de gezondheidszorg in die landen alles is gericht op ebola, waardoor andere ziekten, waaronder malaria, een ondergeschoven kindje worden. Dat heeft natuurlijk alles te maken met de fragiele gezondheidssystemen van die landen. Die kunnen dit helemaal niet aan. Het heeft dus heel veel verschillende aspecten. Er is gevraagd waarom er weinig artsen vanuit Nederland naar West-Afrika gaan. Dat heeft diverse oorzaken. Het is in eerste instantie een persoonlijke afweging van iemand of hij of zij gaat of niet. Het tweede punt is dat veel meer mensen zich opgeven dan er geselecteerd worden. Dat komt door de strenge selectiecriteria. Verder wordt gekeken welke mensen nodig zijn. Ik heb toevallig gisteren met de nieuwe Eurocommissaris daarover gesproken. Wij stellen mobiele laboratoria ter beschikking voor deze landen, zoals u misschien uit de andere commissie al weet. Die moeten bezet worden met teams. Hij gaf aan dat er mensen nodig zijn die Frans spreken, omdat je anders niet ver komt. Dat is in Nederland al een probleem. In België gaat dat al weer gemakkelijker. Er zijn dus allerlei selectiecriteria. Het hangt er ook vanaf wat je daar kunt doen en in hoeverre je contact hebt met patiënten of met het team. Er is vooral behoefte aan complete teams die zelfvoorzienend zijn. Wij hebben ons daarom aangesloten bij het Verenigd Koninkrijk. Ook die

collega heb ik recent gesproken. We hebben internationaal namelijk wel contact, want we hebben allemaal dezelfde problemen. In Sierra Leone gaat dat via Safe the Children. Nederland heeft geld vrijgespeeld en dat geld gaat naar de organisaties die daar actief zijn met het bestrijden van de ziekte. Je kunt je dan afvragen of dat geld dan wel naar hogere salarissen moet, want dan wordt het verdund en dan kun je minder met het geld doen. Ik heb een beroep gedaan op de ziekenhuizen om de salarissen een tijdje door te betalen. Je ziet dat daar allerlei dingen op gevonden worden. In de praktijk is het uitzenden dus heel lastig. Ik ben overigens niet teleurgesteld als het gaat om het aantal mensen dat zich opgeeft, want dat loopt echt in de honderden. Maar als je ziet wat er aan het eind van de pijplijn dan overblijft, is dat aantal beperkt. Mensen moeten echter ook goed voorbereid zijn als ze daarnaartoe gaan. De vraag of de ziekte aan het uitdoven is, beantwoord ik niet, omdat de WHO aangeeft dat er sprake is van onderrapportage. Er is sprake van een onderschatting met de factor 2,5. Iedereen probeert de cijfers te verbeteren. In Liberia zijn er signalen dat het aantal nieuwe patiënten minder hard groeit, maar ik vind dat we dit heel voorzichtig moeten benaderen, met name omdat experts waarschuwen voor te veel optimisme. Over de alarmering van de huisartsen hebben we afspraken gemaakt met de Landelijke Huisartsenvereniging. Die kan en wil informatie en alarmering via hun adressenbestand snel via e-mail aan alle huisartsen in Nederland doorgeven. We hebben overigens ook via het systeem van de GGD's die de huisartsen in hun gebied kennen, heel goed contact met huisartsen.

Ik kom op de lessons learned. Dat is gedeeltelijk al besproken in een ander AO. We moeten kijken naar wat de WHO heeft gedaan en of dat genoeg was of dat dit beter had gekund. Ik denk dat we dan zelf ook in de spiegel moeten kijken. De WHO kan namelijk maar zoveel doen als dat waar de landen die daarbij aangesloten zijn, ruimte voor geven. Welk mandaat heeft het WHO? Is dat wel groot genoeg? Het is ook cruciaal dat alle landen de International Health Regulations hebben ingevoerd. Als het om ons eigen Caribisch Nederland gaat, kunnen we ook meteen in de spiegel kijken, want dat is daar niet het geval. Ik denk dat er zeker lessen te leren zijn en dat we die met elkaar in de wereldgemeenschap moeten bespreken. Ik ben zelf naar een Europese vergadering over ebola geweest en ook daarvan kunnen we lessen leren. We hebben de ECDC waar onze experts zitten en naar hen zouden we moeten luisteren. Er is echter altijd een aantal landen dat zegt dat ECDC dat wel kan zeggen, maar dat het dat toch anders doet. Het is voor ons als Europese gemeenschap al iets waar we lessen uit moeten leren.

Mevrouw Bruins Slot heeft gevraagd naar de financiering van de tropenartsopleiding. Daar heb ik met enige regelmaat communicatie over met de Kamer. Wij hebben een aantal artsen dat niet via ons opleidingsfonds betaald wordt omdat wij alleen financieren wat daadwerkelijk vergoed wordt door de collectieve verzekering. De opleiding voor forensische artsen loopt via V en J en die voor verzekeringsartsen wordt geregeld via Sociale Zaken. We zien wel dat de wereld door reizen en contacten kleiner wordt en dat kennis van tropische ziekte niet alleen een extern iets is maar ook een intern iets. Wij zijn dan ook tot de conclusie gekomen dat wij op dit punt een overleg nodig hebben met mijn collega voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking. Ik kom daar nog op terug, want de Kamer heeft daar ook schriftelijk vragen over gesteld. Ik begrijp de vragen van de Kamer, en in dit geval van mevrouw Bruins Slot, goed.

De voorzitter: Mevrouw Bruins Slot wil graag weten wanneer u daarop terugkomt.

Minister **Schippers**: Ik weet niet wat de termijn is voor de beantwoording van die vragen. Er is een uitstelbrief en die heeft ermee te maken dat de financiering niet via het opleidingsfonds gaat. Dat ga ik ook niet doen, omdat we dan een precedent scheppen en dan heb ik voor je het weet ook de forensische artsen en de arboartsen erbij. Dat lijkt mij niet handig. Ik wil dat eerst goed met mijn collega bespreken. Ik laat de Kamer in ieder geval voor het eind van het jaar iets weten. Ik weet niet of we dan al een oplossing hebben, maar dan zal ik wel laten weten wat de stand van zaken is.

Mij is gevraagd hoe het zit met de Global Health Security Agenda en de zoönosen. Ik ben naar de eerste vergadering van die Global Health Security Agenda geweest. Wij hadden ons al aangemeld voor de vier grote agendapunten en gezegd dat wij graag trekker willen zijn van het onderwerp antibioticaresistentie. Ik zie daar namelijk echt grote risico's voor de gezondheidszorg zoals wij die nu kennen. Ten aanzien van zoönosen heb ik ons aangemeld als steun. Daar is Indonesië trekker van. Wij hebben echter zo veel ervaring en kennis opgedaan omdat wij een klein land zijn met heel veel dieren en waar alles op een kluitje zit, dat ik voor Nederland een steunende rol wil voor de trekker Indonesië. Ik zal de Kamer in het volgend jaar uitgebreid informeren over wat ik in de toekomst met AMR wil en hoe ik de vier poten van de Global Health Security Agenda en de Nederlandse rol daarin zie. Dan weet u in ieder geval dat ik wat betreft zoönosen wel degelijk een rol voor Nederland zie. Wij zijn voor AMR niet de enige trekker, wij doen dat samen met Zweden en het Verenigd Koninkrijk. Duitsland en Canada zijn na de vergadering in Washington aangehaakt. Dat is mooi, want het onderwerp antibioticaresistentie heeft echt een flinke kern nodig, wil je dat vooruit helpen. Laten we eerlijk zijn, we praten er al twintig jaar over dat het ontzettend belangrijk is en dat we echt iets moeten doen. Je moet ervoor oppassen dat het bij praten blijft en ervoor zorgen dat er daadwerkelijk stappen worden gezet. Dat is echter nog niet zo gemakkelijk.

Dan de meldingsplichtige ziekten en de stand van zaken, bijvoorbeeld voor MERS. Artsen zijn alert, niet alleen op de symptomen van MERS. Als ze een vermoeden hebben, doen ze een bloedonderzoek. In oktober zijn negen bloedonderzoeken gedaan naar MERS. Die waren allemaal negatief. We hebben sowieso voor A-ziekten een heel mooi systeem en als er iets wordt aangetroffen, wordt dat daadwerkelijk gemeld. We hebben richtlijnen voor infectiepreventie in zorginstellingen. Die moeten geïmplementeerd en nageleefd worden. Dat zullen de sectoren echt zelf moeten doen. Omdat wij het een ontzettend belangrijk onderwerp vinden, heeft de IGZ er goed druk op gezet en ging zij kijken wat de stand van zaken is in de verzorgings-, verpleeg- en ziekenhuizen. Eind 2013 constateerde de inspectie dat die naar de maatstaven die we als zorggemeenschap hebben afgesproken, niet op orde is. Een van de pijlers van het tegengaan van antibioticaresistentie is infectie voorkomen. Als je namelijk geen infectie hebt, hoef je ook geen antibiotica te gebruiken. De heer Smaling zei al heel terecht: voorkomen is beter dan genezen. We moeten dus niet alleen op dat genezen gaan zitten, maar we moeten ons juist op dat voorkomen focussen. Dat gebeurt nu onvoldoende, dat is mijn vertaling van het rapportcijfer van de inspectie.

De inspectie stelt ook dat ziekenhuizen niet goed zijn voorbereid op de toenemende antibioticaresistentieproblematiek en dat in verzorgings- en verpleeghuizen onvoldoende rekening wordt gehouden met besmettingsrisico's. Wel blijkt tijdens de herbezoeken – mevrouw Wolbert zei dat ook al – dat deze instellingen op korte termijn heel grote verbeteringen gaan realiseren. Het is dus goed om er bovenop te gaan zitten, want dan zit het bij iedereen weer in het hoofd.

Ik vind dat de inspectie hier de komende jaren nadrukkelijk op moet blijven toezien. Dat zal ze ook doen. Ze werkt aan een nieuw toezicht en start hiermee in het komende jaar. In de tussentijd worden incidenteel

ziekenhuizen bezocht. Ik wil sowieso een betere aanpak van preventie van infectieziekten en antibioticaresistentie als geheel in zorginstellingen. Het is overigens niet zo dat er niets is gebeurd. Iemand vroeg daarnaar. We hebben een signaleringsplicht. Stel er is een uitbraak in jouw ziekenhuis dan moet je dat melden bij het RIVM en dan is er een signaleringsoverleg, zodat wij ook weten wat er gebeurt. Dat is echt een heel grote verbetering en dat beleid is volgens mij vorig jaar pas ingegaan. Dat is dus een heel recente grote verbeterstap.

In februari/maart zal ik de Kamer informeren over die AMR-agenda en de Global Health Security Agenda. Die agenda's overlappen elkaar. We hebben in het eerste kwartaal van 2015 hierover bestuurlijk overleg met de betrokken partijen in de zorg. Ik heb op de antibioticaresistentiedag een video gestuurd naar alle ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen in Nederland, waarin ik de bestuurders direct heb aangesproken. De bestuurders zijn immers verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg in hun ziekenhuis, in hun instelling en daar hoort dit bij. Dit moet echter veel hoger op de agenda komen. Ik zeg nu al dat als de inspectie op dat punt geen grote verbeterstappen ziet, ik mij zal beraden op nadere stappen, die dan veel meer verplichtend zullen zijn. Dat zijn de richtlijnen ook al, maar ik vind het echt onacceptabel als we hier geen verbetering zien. Ik kom daar in ieder geval in het voorjaar op terug.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister zegt dat zij de urgentie heel groot vindt en dat dat op dit moment ook bij de zorginstellingen zo is, omdat de inspectie daar werk van heeft gemaakt. Zij zegt ook dat het de komende jaren hoog op de agenda moet blijven staan. We weten echter allemaal hoe het werkt met dit soort dingen. Het handen wassen voor je de OK in gaat, is voor de chirurgen heel belangrijk, maar toch blijkt het nog wel eens te schorten aan die hygiëne. Hoe hou je dat punt constant hoog op de agenda? Hoe blijft die urgentie bestaan? Heeft de Minister daar een idee over?

Minister **Schippers**: Dat is een beetje de million dollar question. Ik ben met verpleegkundigen in Amerika geweest om in ziekenhuizen te kijken hoe ze het daar doen. Daar hebben ze allerlei maatregelen genomen om de hygiëne te verbeteren, zoals het ophangen van bordjes waarop staat dat je je handen moet wassen. Is het daar dan ook heel veel beter dan in Nederland? Helaas niet. We weten allemaal dat als er zo'n bordje hangt, dit de eerste keer opvalt en dat het de tweede keer misschien ook nog opvalt, maar dat het de derde keer gewoon behang voor je is. Het is dus heel erg lastig, want niets is zo moeilijk als het veranderen van de cultuur. We hebben het dan over heel simpele dingen zoals handen wassen. Toch blijkt steeds uit onderzoek dat dat echt een heel grote hobbel is. Wij gaan ons daar ook op beraden. Ik denk dan ook aan het verplichtend vergroten van de tak in het ziekenhuis die hier verstand van heeft. Dat zijn maatregelen die je kunt nemen, maar die maatregelen neem je niet voordat je daadwerkelijk ziet dat er geen verbetering komt. We hebben een benchmark gedaan. De uitkomsten daarvan bekijken we nu. We moeten eerst kijken of alles wat we doen wel effect heeft. Ik zeg nu al dat als de maatregelen onvoldoende effect hebben, ik niet anders kan, gezien de situatie en de urgentie hiervan, dan nadere maatregelen nemen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Wanneer is dat moment gekomen voor de Minister? Wil zij het volgend jaar op orde hebben? Wanneer wil ze dat het op orde is voordat ze die maatregelen gaat opleggen?

Minister **Schippers**: Wij hebben gezien dat als de inspectie langskomt en ze daarna een herbezoek aflegt, er enorm veel verbeterd is. Ik zou daarom eerst die weg willen volgen. We hebben een weg van richtlijnen en protocollen van het veld zelf en de inspectie houdt daar toezicht op. Er

komt echter een moment waarop ik zeg dat het 100% op orde moet zijn. Als dat dan niet het geval is, zullen we dit soort maatregelen nemen. Ik maak een plan van aanpak en daar kom ik in het voorjaar op terug. Dit zal daar een onderdeel van zijn, evenals zoönosen en alles op het terrein van infectieziektebestrijding, waar we het vandaag over hebben.

Dan de motie waar mevrouw Bruins Slot het over had. In principe is de sector zelf verantwoordelijk. Er zijn wel een aantal dingen naar aanleiding van die motie gebeurd. In de beantwoording van de schriftelijke begrotingsvragen heb ik de Kamer geïnformeerd over de rapportage van de inspectie over de naleving van de regels in ziekenhuizen en ouderenzorg. In mijn reactie op die rapporten staan een aantal acties die ik heb genomen en waar ik er al een paar van heb gemeld. We hebben natuurlijk de meldplicht, we hebben de inspectie erop gezet, ik heb persoonlijk een oproep gedaan aan alle bestuurders en we hebben met de inspectie afgesproken dat zij vervolgininspecties zal doen. Ik vind dat daarmee de motie is uitgevoerd. Ik ben overigens nog niet tevreden met de resultaten, maar zoals ik al zei, blijf ik daar bovenop zitten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik kan mij nog herinneren dat de Minister in reactie op de motie zei dat verpleeghuizen en ziekenhuizen gewoon aan de norm moeten voldoen die ze zelf hebben gesteld voor voldoende deskundige infectiepreventie en artsen-microbiologen. De Minister zei toen – dat vond ik een heel goede redenering – dat dit de basis is voor het uitvoeren van een goede infectiepreventie. Ziekenhuizen en verpleeghuizen voldoen echter nog steeds niet aan die norm. Legt de Minister zich daarbij neer? Vindt zij dat wat ze nu gedaan heeft, voldoende is?

Minister **Schippers**: Als ik tevreden was, zou de inspectie niet volgend jaar weer deze ronde gaan maken. Als ik tevreden was, zou ik niet persoonlijk een videoboodschap naar alle bestuurders in Nederland gestuurd hebben. In principe ga ik echter eerst uit van het systeem zoals we dat in elkaar hebben gezet. Dat houdt in dat het veld richtlijnen en protocollen maakt en dat de inspectie daar toezicht op houdt. In dat proces zitten wij nu. Ik vind het te vroeg om nu al door te schakelen naar extra maatregelen. Ik vind dat de inspectie nog een keer een route moet doen langs de ziekenhuizen en dat gaat zij ook doen. Maar als de resultaten daarvan achterblijven, dan komen er maatregelen die in de richting gaan van wat mevrouw Bruins Slot zegt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mijn oproep aan de Minister is om deze motie nog niet te beschouwen als afgehandeld. Beschouw deze motie als een stok achter de deur om uiteindelijk een aantal doestellingen te bereiken. Wil zij in het voorjaar van 2015 dit punt van het voldoen aan de norm van voldoende deskundigen voor infectiepreventie en artsen-microbiologen en de vooruitgang op dat punt, meenemen in haar brief?

Minister **Schippers**: Ja, even met permissie, maar deze stok achter de deur heb ik natuurlijk helemaal niet nodig gezien de acties die we wat dat betreft nemen, de acties die we daar met de inspectie op hebben gezet en het feit dat ik u heb toegezegd dat ik met een actieplan kom in het eerste kwartaal van volgend jaar. Daardoor zal het werken aan een van de speerpunten in de Nederlandse gezondheidszorg ook meer handen en voeten krijgen. Wij zijn wel heel trots op het geringe aantal voorschrijvingen van antibiotica, maar we moeten er wel voor zorgen dat we ook in Nederland de aandacht daarvoor niet laten verslappen. Alles wat ik heb gedaan, wat ik heb toegezegd en waarmee wij nu bezig zijn aan plannen komt in schriftelijke vorm naar de Kamer.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vroeg concreet of de Minister in het voorjaar van 2015 wil rapporteren of men eindelijk aan die norm voldoet.

Minister **Schippers**: De inspectie gaat daarmee begin volgend jaar aan de slag. Ik weet niet wanneer zij het onderzoek afgerond zal hebben. Zij doet dat onderzoek in verpleeg- en ziekenhuizen. Als de inspectie volgend jaar gaat herinspecteren, zullen de resultaten daarvan er niet zijn op het moment dat ik mijn plan gereed heb. Dat neemt niet weg dat ik op de resultaten van dat onderzoek ga wachten met het uitbrengen van mijn plan. Ik zou dat echt doodzonde vinden, want er moet zowel nationaal als internationaal een aantal acties worden ondernomen. Wij zijn bovendien al zo druk met dat plan bezig dat ik het zonde zou vinden om dat te laten liggen. De uitkomst komt dus niet in het voorjaar. De inspectie heeft trajecten van maanden wat dat betreft. Ik weet niet precies wanneer de uitkomsten er zullen zijn, maar die zullen er zeker zijn in de loop van volgend jaar en dan ligt het actieplan al lang aan de Kamer voor. Ik denk dat al die zaken in totaliteit versterkend moeten werken en dat helder moet zijn dat we dit niet loslaten.

Dit moet ook helder zijn ten aanzien van de WIP, zeg ik tegen mevrouw Bruins Slot. Infectiepreventie moet namelijk door de gehele keten van professionals in de zorg worden gedragen: alle specialisten, verpleegkundigen, raden van bestuur en de schoonmaak hebben hiermee te maken en moeten er dus aan bijdragen. Dat geldt dus voor werkelijk iedereen. De zwakste schakel breekt het systeem. Blijkbaar denkt iedereen dat eenieder verantwoordelijk is, dus dat niemand dat specifiek is. Er ontstaat daardoor een heel gevaarlijke situatie. De WIP krijgt subsidie van het RIVM, maar die heeft ook financiering van andere organisaties nodig en dat is goed, want die moeten ook het belang daarvan inzien. De WIP draagt er juist zorg voor dat infectiepreventie daadwerkelijk zijn beslag krijgt. Blijkbaar is er een draagvlakprobleem in de zorg voor deze werkgroep. Dat is een van de redenen dat ik op de Antibiotic Awareness Day een beroep heb gedaan op de directies van ziekenhuizen. Ik heb een bestuurlijk overleg aangekondigd in het eerste kwartaal van 2015. Dat overleg zal plaatsvinden met alle zorgpartijen en daar zal dit onderwerp zeker aan de orde komen, evenals in ons actieplan. Er zal namelijk een duurzame oplossing komen voor de problematiek van de infectiepreventierichtlijnen en deze werkgroep. Daar kan geen misverstand over bestaan.

Er is gevraagd naar een andere vergoeding voor bijvoorbeeld klebsiella. Voor het bestrijden van de uitbraak van de MRSA-bacterie in verpleeghuizen is er een beleidsregel van de NZa. Naar aanleiding van mijn strategische brief over antibiotica van 2 juli 2013 heb ik aangegeven dat ik de NZa vraag om te onderzoeken of de beleidsregel verruimd moet worden met besmettingen en ficties. Zij liet weten dat zij dat nu niet aan de orde vindt. Ik ben wel met u eens dat verruiming van de beleidsregel nodig is. Ik zal hierover dus nogmaals het gesprek met de NZa aangaan en ik zal de Kamer over de uitkomst daarvan expliciet rapporteren in de brief in het eerste kwartaal van 2015 die ik heb toegezegd.

Ik ben al ingegaan op het overzicht van uitbraken van resistente bacteriën. Ik heb al gewezen op het signaleringsoverleg dat ontzettend belangrijk is. Om ervoor te zorgen dat het gehele veld op de hoogte is van uitbraken, worden die vermeld op de website van de Nederlandse Vereniging voor AIOS Medische Microbiologie. Daarnaast wordt de informatie over de uitbraken maandelijks actief gecommuniceerd naar professionals die werkzaam zijn op het gebied van infectieziekten. Het signaleringsoverleg vindt maandelijks plaats en elke maand worden alle actuele uitbraken besproken.

Gevraagd is waarom de mantelzorgers en de familieleden niet betrokken worden bij de infectiepreventie. Daarover zijn wel regels opgesteld, onder andere die van het meenemen van bloemen naar ziekenhuizen, onder andere naar de intensive care en de intensive care voor prematuren. Je moet echter goed kijken wat de balans is van risico's en normale omgang met familie en geliefden. Dit is in die instellingen immers heel belangrijk.

Het is heel goed dat mevrouw Wolbert aandacht vraagt voor deze kwestie. Ik zal daaraan ook aandacht schenken in het programma waarmee wij komen.

Ik kom op de stand van de expertise. In het geneesmiddelen debat dat op 2 oktober jl. plaatsvond, heb ik aangegeven dat ik daarop in de kwartaalbrief terugkom. Ik zeg dat in het bijzonder tegen de heer Smaling. Dan zal ik aangeven hoeveel expertise nodig is en of er voldoende is. Ik zal die toezegging dus gestand doen.

Ik kom op de GGD's. GGD Nederland heeft aandacht gevraagd voor de stand van de infectiepreventie van de GGD's, de Staatssecretaris en ik hechten zeer aan een stevige publieke gezondheidszorg. Wij hebben de Kamer daarover een en ander schriftelijk doen toekomen. Het is ongelooflijk belangrijk dat wij in Nederland een goed infectiepreventiebeleid hebben, alsmede een goede infectieziekteorganisatie. Dat wordt ook steeds aangetoond als er uitbraken en ziekten zijn. Daarom hebben wij AEF gevraagd, te onderzoeken hoe het in de regio's wat dit betreft is geregeld. Gebleken is dat infectiepreventie in principe goed geborgd is. AEF meldt echter dat sommigen het beeld hebben dat we onder het waakvlamniveau zitten en dat de veldnormen niet overal worden behaald. Juist om ervoor te zorgen dat er veldnormen komen – er zijn op een heleboel terreinen namelijk nog geen veldnormen of die zijn er onvoldoende – en dat die bestuurlijk worden gedragen, starten wij een stimuleringsprogramma. Wij hebben daarvoor geld beschikbaar gesteld voor een periode van vier jaar. Het zou goed zijn als GGD Nederland dit soort signalen zelf ook meer in kaart bracht, want die weet het. Heel belangrijk om aan te geven, vind ik dat deze taak niet bij de GGD's ligt als gevolg van decentralisatie, maar dat deze altijd al daar lag. Het is dus nooit een nationale taak geweest. Sterker nog, het Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) is voortgekomen uit een centralisatie. Het Rijk betaalt dus ook niet voor deze poot, maar dat doet de gemeente. Het is heel interessant om te zien hoe de verschillende GGD's dat hebben gedaan, hoe het bij de verschillende GGD's is gesteld, of er sprake is van verschillen en zo ja, waardoor die worden veroorzaakt. Als je dat alles scherp in kaart hebt gebracht, kun je daar beter over oordelen. Op dit moment onderzoekt ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg hoe het gesteld is met de infectieziektebestrijding bij de GGD's. De IGZ zal hierover begin 2015 rapporteren. Tussentijds merkt zij op dat het eigenlijk in de praktijk wel goed gesteld is met de infectieziektebestrijding, wat ik wel een geruststellende mededeling vind. Als de GGD's echter zelf aan de bel trekken, vind ik dat we dat uiterst serieus moeten nemen. Dat zullen we dus doen. Ik hecht dus zeer aan het feit dat de inspectie nu onderzoek doet. GGD Nederland heeft dus zelf hiervoor aandacht gevraagd en wil zelf onderzoek doen, want hij kan mij nog niet scherp aangeven waar het aan ligt. Als wij dat overzicht hebben, kunnen wij daadwerkelijk zeggen wat er aan de problematiek gedaan moet worden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben blij met de toezegging van de Minister dat hiervan echt werk zal worden gemaakt, want met infectieziektebestrijding is het als met een verzekering; je merkt pas dat je onderv verzekerd bent op het moment dat er een crisis komt. Een en ander moet dus goed op orde zijn. Uit het door mij gevraagde overzicht blijkt dat in ongeveer 60% van de gevallen bij de GGD's wordt voldaan aan de norm dat er voldoende artsen zijn voor infectiepreventie en -bestrijding. Dat is zorgelijk. De Minister zegt dat een en ander grotendeels een lokale taak is. Toch vraag ik haar hoe zij haar rol hierin ziet. Welke verantwoordelijkheid heeft zij?

Minister **Schippers**: Ik vind het stimuleringsprogramma belangrijk. Wij wilden al in 2014 van start gaan, maar dat bleek niet haalbaar te zijn omdat er heel veel stakeholders zijn waarmee je een en ander goed moet

afstemmen. Dat is gebeurd. Wij gaan in januari 2015 met het programma van start en het zal daarom een halfjaar langer duren dan wij aanvankelijk hadden gepland. Iets anders wat belangrijk is, is dat er sprake is van voldoende scholingsmogelijkheden. Het Capaciteitsorgaan adviseert mij over de capaciteit wat dat betreft. Op basis van de adviezen van dat orgaan neem ik elke twee jaar een besluit over de opleidingen. In de praktijk zien we dat de gewenste instroom niet wordt behaald. Op 7 oktober is het onderzoek hiernaar van het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) naar de Kamer gestuurd en in december aanstaande zal ik hierover een gesprek voeren met de betrokken organisaties om van gedachten te wisselen over de vraag wat we daaraan gaan doen. Dat vind ik dus ook een belangrijke taak. Ik zal de Kamer informeren over de uitkomsten van dit gesprek. Je kunt mensen niet dwingen om voor bepaalde opleidingen te kiezen, maar het is wel van belang dat we voldoende mensen hebben. Dit zijn dingen waarvoor geldt dat ik vind dat ze op mijn pad liggen.

Verder vind ik het belangrijk dat we landelijk een overzicht hebben van niet alleen datgene wat de inspectie constateert – die zit er bovenop – maar ook van datgene wat GGD Nederland zelf constateert in zijn onderzoek.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Met deze professionaliteit is het net als met de brandweer: met één brandweerman kun je een gebouw op gecontroleerde wijze laten uitbranden en met meerdere brandweermannen kun je het overeind houden. De Minister spreekt nu over concrete acties. In artikel 3 van de Wet publieke gezondheid staat echter dat de Minister zorgdraagt voor de instandhouding en de verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur. Er is dus ook sprake van een behoorlijke stelselverantwoordelijkheid. Ik hoor dat de Minister deze invult door in ieder geval verder onderzoek te doen, maar betekent dat ook dat, als daaruit blijkt dat er tekortkomingen zijn, de Minister het als haar verantwoordelijkheid ziet om daarvoor met de sector tot oplossingen te komen?

Minister **Schippers**: De ondersteuningsstructuur is de verantwoordelijkheid van het RIVM. Het heeft wat dat betreft dus een belangrijke taak. Voor die andere elementen geldt dat, daar waar iets geconstateerd wordt op landelijk gebied in het kader van het landelijk belang van infectiepreventie of -bestrijding ... We zien dagelijks dat er een heleboel elementen zijn die daarbij een rol spelen. Een van die elementen is voldoende opgeleid personeel. Wat dat betreft hebben we een probleem. Het betreft, zoals ik al zei, niet de capaciteit die ik ter beschikking stel, maar het gaat om het feit dat er te weinig mensen zijn die ervoor kiezen om die opleiding te volgen. Om dat probleem op te lossen, moeten we gezamenlijk nagaan hoe we mensen ertoe kunnen verleiden dat zij dit alsnog gaan doen. Daarmee ben ik bezig. Ik liet dat onderzoeken, want dat vind ik ook een verantwoordelijkheid van mij. Het Nivel heeft daarover een rapport opgeleverd en wij zijn daarover in gesprek.

De inspectie moet toezicht houden en doet haar onderzoek. Zij rapporteert mij vervolgens dat een en ander goed is geregeld, dus dat er geen noodvoorziening behoeft te worden getroffen. GGD Nederland trekt echter zelf aan de bel, dus ik wil zijn onderzoek ernaast leggen. Ik vind dus dat wij die taak hebben. Laten we echter wel voorzichtig zijn. Als ik bijvoorbeeld besluit dat infectieziektebestrijding een nationale taak is en dat ik die dus naar mij toetrek, zal er een heel andere organisatie ontstaan. Laten we heel eerlijk zijn: in Rotterdam zie je dat er soms opeens polio is of dat er dat soort besmettingen is en in Brabant zie je dat de Q-koorts opkomt. Daarom is het decentraal organiseren van infectieziektebestrijding ontzettend belangrijk, evenals financiering door gemeenten. Ik wil meer informatie om te bezien welk plan er nodig zou zijn en wie er aan

zet is. Ik denk dan niet alleen aan het financieren, maar ik denk ook aan het ontplooiën van activiteiten en het organiseren van zaken.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Het is goed om te horen dat de inspectie stevig onderzoek gaat doen. Ik zie dat in ieder geval de bodem niet bereikt is, dus dat er goed en adequaat wordt opgetreden als dat nodig is. Ik vraag mij echter wel af of de inspectie meeneemt waar het verdringingseffect optreedt. Ik geef een voorbeeld: je hoort inmiddels dat het onderzoek onder 14-jarigen op scholen hoe langer hoe «dunner» wordt omdat de onderzoekscapaciteit ergens anders voor nodig is. Ik zou graag willen dat de inspectie niet alleen keek naar die «inspectieziektebestrijding», maar dat zij koos voor een iets breder palet. Een andere vraag is ...

De **voorzitter**: Het wordt wel ingewikkeld als er twee vragen in één interruptie worden gesteld. Of liggen die dicht bij elkaar?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ja. Ik hoor de Minister namelijk zeggen dat die veldnormen verouderd zijn en dat die op heel veel plaatsen zelfs nog niet ontwikkeld zijn. Waar ziet de inspectie nou eigenlijk op toe? Ik hoop niet dat zij toeziet op die verouderde veldnormen, want dan weten we eigenlijk nog niet hoe ernstig het bij de GGD's met een en ander is gesteld.

De **voorzitter**: Helder. Ik neem overigens aan dat u met «inspectieziektebestrijding» «infectieziektebestrijding» bedoelt.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Zei ik «inspectieziektebestrijding»? Ik denk dat heel veel mensen in Nederland dit een heel mooi woord vinden.

De **voorzitter**: Dat denk ik ook! En dat gaat zeker door voor de 3 x woordwaarde. De Minister gaat nu antwoord geven op uw vragen.

Minister **Schippers**: Ik kan niets meer aan de inspectie vragen, want het onderzoek is bijna afgerond. Zij doet specifiek onderzoek naar de infectieziekten, dus laten we even afwachten. De GGD's inventariseren hun situatie. Ik weet niet in hoeverre ze dat willen doen en hoe breed. Ik zal daarover overleg met ze hebben. Als we het dan toch inventariseren, laten we het dan in den brede doen. Dat verzoek van mevrouw Wolbert wil ik wel doorgeleiden. De GGD's hebben een en ander vandaag aangekondigd en het lijkt me goed om het gehele beeld voor ogen te hebben. Ik vind alles belangrijk, maar infectiepreventie en -bestrijding vind ik heel belangrijk. Ik vind dan ook dat we een en ander goed moeten bemensen. Wat dat betreft liggen er ook echt taken voor mij in die zin dat, als we dat van die bemensing niet voor elkaar krijgen, ik moet nagaan hoe we een en ander kunnen regelen.

Het punt van de verdringing neem ik mee in het gesprek met de GGD's. Wij hebben op 28 augustus 2014 een brief aan de Kamer gestuurd over een betrouwbare publieke gezondheid. Wij zijn met de VNG en de gemeenten bezig met de inrichting van een programma voor projecten met als doel een toekomstbestendige, betrouwbare publieke gezondheidszorg te realiseren. We onderscheiden drie clusters: het eerste cluster is gericht op bestuurlijke versterking door Rijk en gemeenten van de publieke gezondheid, het tweede cluster is gericht op de GGD's: versterking en verankering van de vier thema's, waaronder infectieziektebestrijding. Het derde cluster is er een met activiteiten die gericht zijn op de relatie van de publieke gezondheid met het sociale domein. Dit project zal drie jaar in beslag nemen. Evident is dat we, als wij in gesprek gaan met de GGD's, ook de VNG daarbij betrekken, want de gemeenten hebben de primaire verantwoordelijkheid voor dit terrein.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Als die veldnormen verouderd zijn, vraag ik mij af waar de inspectie op inspecteert.

Minister **Schippers**: Dat zal de inspectie in haar rapport laten blijken. Niet alle veldnormen zijn verouderd maar daar waar wij een stimuleringsprogramma op hebben gezet, ontbreken volgens ons de veldnormen. Ik weet niet waar de inspectie precies op toetst. De inspectie zal haar eigen methoden wel hebben. Ik heb begrepen dat het rapport er binnen enkele weken komt, dus dan kunnen we het allemaal bekijken.

Tot slot kom ik op de vaccinatie. Er zijn ontwikkelde vaccins die in het Rijksvaccinatieprogramma komen. Dan maakt iedereen daar kennis mee. Er zijn ook ontwikkelde vaccinaties die wel meer waarde hebben en die veilig zijn, maar die niet in het Rijksvaccinatieprogramma terechtkomen. Dan is het veel moeilijker voor mensen om te weten te komen dat het vaccin er is en dat ze er vrijwillig voor kunnen kiezen. De heer Rutte heeft daar al eerder naar gevraagd. Hij vraagt nu naar de stand van zaken. In het nieuwe vaccinatiezorgmodel waarmee we werken zijn drie elementen van belang, namelijk advisering, deskundigheidsbevordering van artsen en voorlichting aan het algemene publiek. Voor de advisering geldt dat er constructief overleg plaatsvindt tussen de Gezondheidsraad en het Zorginstituut Nederland. Zij werken samen door plaats te nemen in elkaars beoordelingscommissies. Samen met deze organisaties werken wij aan verdere invulling van een nieuw beoordelingskader. Daarin is aandacht voor één loket, criteria voor de beoordeling en de vorm van het uiteindelijke advies.

Het RIVM werkt op mijn verzoek aan deskundigheidsbevordering van artsen en aan het voorlichten van het algemene publiek. Het RIVM start met het eerste. Buiten de consultatiebureaus hebben artsen weinig kennis over vaccinaties. De enige uitzondering is de griepvaccinatie. Het is belangrijk dat artsen goed op de hoogte zijn, opdat zij adequaat op vragen van het publiek kunnen antwoorden. Daarnaast zal het RIVM in nauwe samenwerking met beroepsgroepen de bevolking breder informeren. Ook dat moet zorgvuldig gebeuren, want er mag geen onduidelijkheid ontstaan en bestaan over diverse soorten vaccins en de positie, ofwel of deze al dan niet in het Rijksvaccinatieprogramma staan. Dat zou namelijk de opkomstpercentages in gevaar kunnen brengen.

De heer **Rutte** (VVD): Ik vraag met name aandacht voor het eerste punt waarover de Minister het had, namelijk die advisering en het overleg tussen de Gezondheidsraad, Zorginstituut Nederland en die beoordelingskamer. Ik krijg signalen dat dit stroef loopt, dat dit echt heel langzaam gaat. Zouden we het zo ver kunnen brengen dat we dat in ieder geval dit jaar voor elkaar krijgen, dat we snelheid krijgen in het vormen van die beoordelingskamer en dat die vaccins mensen als het ware sneller kunnen bereiken via het Rijksvaccinatieprogramma of via de particuliere weg?

Minister **Schippers**: Het Ministerie van VWS zit daarbij, dus het zijn niet alleen deze twee partijen. Het klopt dat dit stroef verloopt. Als iets vastzit, moet het een rukje krijgen om losgetrokken te worden. De eerste adviezen worden al wel opgesteld, maar die worden dit jaar nog niet publiek gemaakt. Een en ander verloopt weliswaar stroef, maar er wordt voortgang geboekt. Voor sommige processen heb je een partij nodig die blijft rukken en in dit geval zijn wij die partij.

De heer **Rutte** (VVD): Het is goed om te horen dat het ministerie die taak heeft en ik snap wel dat dingen stroef lopen, want het zijn partijen die met verschillende visies naar vaccinatie kijken en wij vragen nu voor het eerst om wat dit betreft een bredere weg te verkennen dan alleen die van het Rijksvaccinatieprogramma. Dat gaat niet vanzelf. De vraag is welk

ambitieniveau daarbij reëel is. Welke einddatum heeft de Minister voor ogen om tot die beoordelingskamer te komen?

Minister **Schippers**: We zijn bezig met een pilot van twee jaar. Er zijn natuurlijk ook werelden die met elkaar botsen. Het is dan wel van belang om het einddoel goed voor ogen te houden. Daarover hebben we al eerder gesproken. Ik ben van mening dat we twee typen vaccins hebben. Het eerste type staat in het Rijksvaccinatieprogramma. Voor het andere type geldt dat niet. Dat wil echter niet zeggen dat dit niet door mensen gekozen moet kunnen worden. Mensen kunnen echter pas kiezen als ze weten dat de vaccins er zijn. Daar hebben wij het expliciet over. Die pilot hebben we dus toegezegd voor twee jaar. Ik zal eerlijk zijn; het gaat niet altijd even snel. Je ziet dat de medewerking van deze of gene soms wat minder is. Wij moeten dus af en toe duwen om een en ander daadwerkelijk aan de gang te houden. Zoals ik zei, worden de eerste adviezen echter al opgesteld. Het is dus niet zo dat er niets gebeurt. Ik kom op het nieuwe vaccinatiezorgmodel. Daarover is nog onduidelijkheid en onzekerheid. De vaccins waarover we het hebben, kunnen niet eenvoudig in de huidige gezondheidszorg ingepast worden en het kost enige tijd om daarin verandering te brengen. Ze vallen niet binnen de strenge kaders van het Rijksvaccinatieprogramma, maar de vaccins waarover we het hebben zijn bestemd voor andere, kleinere doelgroepen of om mensen te beschermen tegen minder ernstige ziekten. Ook binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet is geen plaats voor deze preventieve vaccinaties of deze vaccinaties. Ik heb gevraagd om het oprichten van een beoordelingskamer door de Gezondheidsraad en Zorginstituut Nederland. Die zullen zo veel mogelijk gelijktijdig en gezamenlijk advies moeten uitbrengen over deze vaccinaties en dat is een hele klus. Dat vraagt veel afstemming tussen die instituties en hun kaders. Er wordt momenteel hard gewerkt aan beoordelingscriteria, de vorm van het uiteindelijke advies en de loketfunctie. Er komt op korte termijn dus echt duidelijkheid. In de tussentijd zal de Gezondheidsraad op ons verzoek wel vaccins beoordelen en het zorginstituut zal als waarnemer in deze commissie plaatsnemen. We gaan dus niet eerst lang nadenken over de vorm en de werkwijze van de beoordelingskamer vaccins, maar we gaan daaraan pragmatisch en werkende weg vormgeven. Ambtenaren van VWS informeren de brede vertegenwoordiging van de farmaceutische industrie over de stappen die gezet worden. Voorzitter, volgens mij heb ik hiermee alle vragen beantwoord.

De **voorzitter**: Ja, dat denk ik ook. Ik kijk naar de leden van de commissie en vraag ze of zij dat ook vinden. Ja. Ik neem aan dat we direct verder kunnen met de tweede termijn van de commissie. Daarvoor heeft iedere woordvoerder een minuut de tijd. Wees dus compact en duidelijk.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden en voor het feit dat zij werk maakt van de professionele capaciteit van de GGD's wat de infectieziektebestrijding betreft. Ik heb nog enkele vragen.

Ik vind het goed om te horen dat de Minister ook vindt dat die vergoeding voor infectieziektebestrijding die verstrekt wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit – die € 50.000 daarboven – niet alleen voor MRSA moet zijn. Ik was echter verrast door de opmerking dat de Nederlandse Zorgautoriteit het op dit moment niet aan de orde vindt om dat te doen. Kan de Minister daarop een nadere toelichting geven, want dit klinkt alsof de NZa penny wise, pound foolish is. Ik hoor vanuit het veld dat de bereidheid om bijvoorbeeld klebsiella aan te pakken minder is omdat het vanuit financieel oogpunt niet loont om die ziekte op te sporen. Dat kost namelijk alleen maar veel geld.

Ik kom op de WIP-richtlijnen. De Minister zegt dat men niet de urgentie ziet en dat men daarom niet wil betalen. Welke andere instellingen zouden eigenlijk moeten betalen? Hoe denkt de Minister wel voor elkaar te krijgen dat zij dit gaan financieren?

Tot slot had de Minister het over het signaleringsoverleg. Ja, dat vind ik ook een heel goede stap die is gezet, maar ik heb ook gehoord dat dit in sommige provincies uitgebreid is met regionale BRMO-overleggen, dus dat er sprake is van een soort onderverdeling. Zijn meerdere provincies dergelijke overleggen in het leven aan het roepen om tot dat regionale overzicht te komen waar ook de Minister zoveel belang aan hecht?

De **voorzitter**: Ik kan ook twee minuten spreektijd toestaan. We kunnen dat wat de tijd betreft wel hebben. Mevrouw Bruins Slot, hebt u er behoefte aan om uw spreektijd alsnog volledig te gebruiken?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Nee voorzitter. Dank u, het is goed zo.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden in eerste termijn. Ik constateer dat er aandacht is voor de stand van zaken en de stevigheid van de taken van de GGD's. Daar ben ik blij mee, want ik vind de uitkomsten van het rapport-AEF echt zorgelijk. Ik dank de Minister voor het feit dat zij vraagt om de situatie in de GGD-regio's wat breder te analyseren en dat zij dus ook laat kijken naar de verdringingseffecten. Ik ben het erg met de Minister eens dat we het accent moeten leggen op de infectieziektebestrijding. Als dat ertoe leidt dat die screening van 14-jarigen wordt verdrongen om in een vroegtijdig stadium scoliose op te sporen ... Ik zou die afweging dus niet op die manier willen maken en ik denk dat de Minister dat ook niet wil doen. Het is goed dat de Minister de rol van verwanten bij de hygiënebevordering wil betrekken. Dat lijkt een klein dingetje, maar ik wil daarover toch nog wat zeggen. Natuurlijk kun je een en ander technisch oplossen door bijvoorbeeld te stellen dat er geen bloemen naar ziekenhuizen mogen worden meegenomen. Het gaat echter met name over de langdurige zorg in verpleeghuizen. Daar zou je verwanten, bezoek dat daar bijna dagelijks komt, veel beter als bondgenoot kunnen gebruiken bij de bestrijding van infectieziekten. Deze mensen hebben er ook belang bij dat hun geliefden of hun vader of moeder niet voor de zoveelste keer een infectie oplopen c.q. oploopt als gevolg van een onhygiënische werkwijze. Ik zou de Minister dus eerder willen oproepen om na te gaan of het mogelijk is met verwanten en mensen die daar dagelijks zijn aan een cultuuromslag op dat punt te werken. Het gaat mij dus niet zozeer om technische regels en afspraken maar veel eerder om de vraag hoe je deze mensen die er elke dag zijn, als bondgenoten kunt inzetten in de strijd tegen gebrekkige hygiëne.

De heer **Smaling** (SP): Voorzitter. Ik kan het kort houden. Ik dank de Minister voor de heldere beantwoording. Zij heeft naar mijn idee een goede update gegeven. Wij zullen gewoon heel erg nauwgezet blijven volgen wat de vorderingen zijn op dit dossier.

Ik zou nog vragen kunnen stellen over ebola, maar dan zou er sprake zijn van veel overlapping met de discussie die ik daarover voer met de Minister voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking. Dat zou ik niet willen. Ik maak mij nog wel een beetje zorgen over de financiering – die van ons – aan de WHO. Het structurele bedrag is op een gegeven moment gekort. De heer Piot, degene die het ebola-virus heeft ontdekt, zegt dat de WHO mede daardoor te laat heeft kunnen reageren. Wij stellen ons echter wel achter de WHO op in die zin dat zij het voortouw heeft. Er is als gevolg van wat ik net zei, een vertraagde werking geweest. In die zin vind ik van belang dat wij het voortouw nemen waar dat mogelijk is met onze expertise over veel tropische landen, gezond-

heidssystemen daar en mankementen daaraan. Ik wil graag van de Minister horen of zij dat ook zo ziet.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. De ebola-uitbraak moet in West-Afrika gestopt worden en besmetting hier moet worden voorkomen. Daarop moet het beleid van de overheid gericht zijn. De Minister neemt wat de PVV-fractie betreft te weinig maatregelen om het laatste te bereiken. De PVV ziet liever maatregelen zoals die zijn genomen in Australië, Canada en Israël. Ik doel op reisrestricties en quarantaine. Doen die landen dan aan bangmakerij? Nee, natuurlijk doen ze dat niet! Ze gebruiken gewoon hun gezond verstand. Houden die landen zich dan niet aan de feiten? Natuurlijk doen zij dat wel! Onderschatting van de feiten is het grootste gevaar, dus niet overschatting.

Om nog even bij de feiten te blijven: in een onlangs gepubliceerde studie in de New England Journal of Medicine, gesponsord door de WHO, staat dat in bijna 13% van de confirmed and probable cases of ebola, besmetting heeft plaatsgevonden zonder dat er sprake was van koorts. Volgens het CDC, het Amerikaanse RIVM, is besmetting via de lucht wel degelijk mogelijk, namelijk via droplets from a sneeze: niesdruppeltjes die op deurklinken en in toiletten terechtkomen. Door de feiten te ontkennen, doet juist de Minister aan bangmakerij. Ik herhaal dat de maatregel van 21 dagen quarantaine noodzakelijk is. Better safe than sorry!

De **voorzitter**: Als voorlaatste, zeker niet last but not least, geef ik het woord aan mevrouw Dijkstra.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Wat 'n ingewikkelde omschrijving eigenlijk: zeker niet last, but not least.

Ook ik dank de Minister voor haar beantwoording. Ik ben ook blij dat de Minister infectiepreventie in de zorginstellingen zo hoog op de agenda heeft staan. Wij kunnen een actieplan verwachten en ik begrijp dat wij in de brief die wij in februari of maart 2015 krijgen, kunnen lezen over de stand van zaken.

Ik kom op de GGD's. Ik ben het er helemaal mee eens dat de lokale en de regionale GGD's hun eigen taak hebben. Ik vraag mij echter wel af, als het gaat om het opleiden van personeel, waar de rijksoverheid een taak heeft ten aanzien van de GGD's.

Tot slot kom ik kort op de vogelgriep. Daar kwam ik in mijn eerste termijn niet aan toe. Het woord «zoönose» is al gevallen. Vanmiddag is er een technische briefing voor de vaste Kamercommissie voor Economische Zaken. Er is nu een variant, H5N8, die besmettelijk is voor mensen. Ik zou graag van de Minister willen weten of het nu goed loopt tussen beide departementen. Wij hebben dat namelijk wel eens anders meegemaakt. Is een en ander weer helemaal goed op elkaar afgestemd? Is de Minister daar tevreden over? Daar wil ik graag kort een reactie op van de Minister.

Voorzitter: Bruins Slot

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Ik sluit mij aan bij alle woorden van dank aan de Minister voor haar uitgebreide beantwoording.

Het is vooral goed om te horen dat de Minister zich bepaald niet neerlegt bij de huidige hygiënemaatregelen in zorginstellingen. Het is goed dat zij een aanjagende functie blijft vervullen wat dat betreft. Ik zie ook uit naar de brief die in het voorjaar komt. Ik hoop daarin vooral heel veel goed nieuws te lezen en dat we echt opnieuw stappen zetten op het gebied van infectiepreventie in zorginstellingen. Daar worden wij allen immers beter van en dat geldt zeker voor de mensen die aan de zorg in zorginstellingen overgeleverd zijn.

Het is goed om te horen dat het ministerie wat de vaccinaties betreft een aanjagende rol blijft vervullen in een wat roestig proces, zoals de Minister

dat noemt. Het gaat om het komen tot die beoordelingskamer voor vaccins. Dat is echt van belang. Er komen op dit moment namelijk allerlei nieuwe vaccins op de markt die wellicht niet geschikt zijn voor opname in het Rijksvaccinatieprogramma vanwege het feit dat het te kleine doelgroepen betreft. Het is echter wel van belang dat mensen van het bestaan van die vaccinaties kennis kunnen nemen. In dat roestige proces wens ik de Minister vooral heel veel succes, met name met het maken van snelheid. De Minister had het over het zetten van vervolgstappen en sprak over deskundigheidsbevordering van artsen en publieksvoorlichting. Staat dat dan wel klaar? Zodra die beoordelingskamer een ei heeft gelegd over een vaccin, kan dat vaccin dan snel via de artsen naar de zorgconsument? Ik wil graag een antwoord op die vraag.

Voorzitter: Rutte

De **voorzitter**: Ik zie dat de Minister direct over kan gaan tot beantwoording. Ik geef haar bij dezen het woord daartoe.

Minister **Schippers**: Voorzitter. De NZa heeft uitbreiding van de vergoeding afgewezen, omdat er naar haar mening andere prioriteiten zijn. Zoals gezegd, zit ik er iets anders in en gaan wij dat gesprek wederom aan.

Ten aanzien van de WIP-richtlijnen is gevraagd wie een en ander zouden moeten betalen. Dat zouden de zorginstellingen, de zorgverzekeraars, moeten doen. Ik vind dus dat betaling niet alleen door de overheid moet worden gedaan maar dat de kosten door alle partijen in de zorg gedragen moeten worden.

Ik kom op het signaleringsoverleg. Mevrouw Bruins Slot refereert aan de BRMO-overleggen. Er worden op regionaal niveau verschillende overleggen gehouden, wat wij goed vinden. Wij juichen dat dus toe, maar het is ontzettend belangrijk dat deze overleggen blijven aansluiten bij de landelijke structuur. Het RIVM heeft wat die aansluiting betreft een belangrijke rol.

Mevrouw Wolbert vraagt naar de verdringingseffecten. Natuurlijk zijn de andere taken die de GGD's hebben belangrijk. Anders zouden we die niet aan de GGD's geven. Ik ben dat dus met mevrouw Wolbert eens. Anders zou ik ook niet vragen om een en ander mede te onderzoeken.

Ik vind inderdaad dat je bezoek moet zien als bondgenoot en dat we de sector wat die preventie betreft eveneens als bondgenoot moeten zien. We moeten dus manieren zoeken waarop zij dat vanuit zichzelf, dus van nature kunnen doen. Dat is echter heel moeilijk. Misschien zijn er bij familie andere aanknopingspunten, maar ik ben in verschillende ziekenhuizen in de wereld gaan kijken om te zien hoe men dat doet en heb gezien dat het heel erg lastig is. Er worden in ziekenhuizen competities uitgeschreven. Het gaat er dan om wie het best scoort en daar wordt dan op afgerekend. Er zijn allerlei creatieve ideeën om dit in het hoofd van eenieder te krijgen, dus ik kom daarop terug.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik denk dat er een essentieel verschil is tussen ziekenhuizen en langdurige zorg, dus verpleeghuizen. In ziekenhuizen verblijft men gedurende een korte tijd en de binding van bezoek met de ziekenhuizen is van een geheel andere aard dan die van bezoek – ik doel op verwanten, familie en mantelzorgers – met verpleeghuizen waar mensen soms jarenlang liggen. Als je het ziekenhuis als uitgangspunt neemt, heb ik het gevoel dat je het terrein van het verbeteren van de hygiëne met behulp van het bezoek laat liggen. Ik zou de langdurige zorg dus als uitgangspunt, als model, nemen in plaats van de ziekenhuizen. In de langdurige zorg komt een andere groep bezoekers.

Minister **Schippers**: Ik ben met u eens dat het echt andere zaken zijn. Ik probeer echter te betogen dat, als het in een ziekenhuis al niet lukt, het nog moeilijker is in verpleeg- en verzorgingshuizen. We komen hierop nader terug, maar ik gooi de ziekenhuiszorg en de langdurige zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen niet op een hoop. Dat doet de inspectie ook niet.

Ik kom op de structuur van de financiering van de WHO. Gevraagd is of die korting ermee te maken heeft. Ik denk dat we hier goed naar moeten kijken, want ik vind het te gemakkelijk om te zeggen dat de korting ermee te maken heeft. Ik denk dat we ook moeten kijken wat het mandaat is, of we een en ander niet veel slimmer moeten organiseren dan wij tot nu toe hebben gedaan en of wij niet onze eigen rol moeten bekijken. Wij kunnen wel mopperen op de WHO en ons daarachter verschuilen, maar ik denk dat wij als internationale gemeenschap – al is het alleen maar de Europese Commissie – ook nog wel wat te verbeteren hebben. Ik ben het dus helemaal met de heer Smaling eens dat we dit wel moeten aangrijpen om verbeteringen door te voeren, opdat wij dit in de toekomst beter en sneller gaan doen.

Tegen mevrouw Klever zeg ik dat ik denk dat wij veel doen, maar dat wij de situatie niet onderschatten. De gehele gezondheidszorg in Nederland staat op scherp. Inderdaad heeft druppelvorming ook risico's, namelijk bij patiënten die geïntubeerd zijn en op de IC liggen. Om die reden zijn er kappen die mensen moeten dragen die met die patiënten te maken hebben. Je moet dus heel goed kijken in welk stadium een patiënt zit, wat de Nederlandse gezondheidszorg moet doen. Ik ben echt niet zo overmoedig dat ik zeg dat er bij ons niets mis kan gaan. Zo ben ik helemaal niet, maar de gehele zorg en iedereen die hierbij betrokken is, doen hun uiterste best om alles voor elkaar te hebben. Wij houden elkaar hier scherp op en bellen elkaar om de puntjes op de i te zetten. Daar hebben we ook de tijd voor gehad. Als je geen ebolapatiënten hebt, ga je jezelf toch afvragen of je echt alles hebt. Je hebt de neiging om te handelen. Ik denk dat wij het goed gedaan hebben, dat wij onze adviseurs op dit terrein heel erg serieus nemen en dat wij ze heel goed volgen in wat zij ons adviseren.

Ik kom op de GGD's en de vraag wat volgens mij de rijkstaak is wat het opleiden van personeel betreft. Wij hebben het Capaciteitsorgaan en ik bepaal hoeveel mensen er worden opgeleid. We zien dat het daaraan niet ligt, maar dat het ligt aan het aantal mensen dat zich opgeeft. We behalen niet de hoeveelheden waarvoor wij toestemming geven en moeten dus nagaan hoe wij dat probleem slim kunnen oplossen.

Nu ga ik in op de vogelgriep. Er is een technische briefing. Ik vind dat in alle opzichten, dus ook in dit opzicht, de samenwerking met Economische Zaken heel goed verloopt. Wij weten precies wanneer zij een vergadering hebben en wat hun agenda is. Als wij denken dat de vergadering voor ons relevant is, schuiven wij aan en dat doen wij niet als wij denken dat er zaken worden besproken die voor de volksgezondheid niet relevant zijn. Wij krijgen wel verslagen van die vergaderingen. De Staatssecretaris heeft bij alle maatregelen die zij neemt de volksgezondheid voorop staan. Ik heb dus niet te klagen over die samenwerking en denk dat er wat dat betreft heel grote stappen zijn gezet na de kwestie met de Q-koorts.

Ik hecht er overigens aan om expliciet te zeggen dat de vogelgriep geen direct gevaar oplevert voor de volksgezondheid. Kippen gaan daaraan dood, maar mensen gaan daar niet aan dood. Zij krijgen griep. Ik krijg daar vragen over die heel andere dingen insinueren. Het is dus niet waar. De vogelgriep is voor de volksgezondheid wat dat betreft een beperkt risico.

Ik ga in op de vervolgstappen ten behoeve van de deskundigheidsbevordering en de publieksvoorlichting. Ik heb het RIVM dit in de opdracht voor 2015 «gevraagd». Jaarlijks doen we dat. Ik verwacht dan ook dat wij wat dit betreft in de loop van volgend jaar stappen zetten.

Gevraagd is of, als de beoordelingskamer akkoord geeft, het vaccin direct beschikbaar kan zijn. Dat geldt niet voor de toelating op de markt. U weet dat ik daar niet over ga. Daar zijn andere gremia voor. Het gaat over het financieringskader. De beoordelingskamer geeft een gezamenlijk advies aan mij. Vervolgens beslis ik in welk kader het beschikbaar komt, namelijk onder de Zorgverzekeringswet, in het RVP (Rijksvaccinatieprogramma) of vrij op de markt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Er ligt nog een kort vraagje, namelijk dat over de WIP-richtlijnen. Welke instrumenten heeft de Minister om de zorginstellingen en de zorgverzekeraars te bewegen wel met geld over de brug te komen?

Minister **Schippers**: Ik heb daartoe geen directe instrumenten. Wij financieren zelf. Ik vind dat dit ook een verplichting van zorginstellingen en zorgverzekeraars is. Vandaar dat ik begin volgend jaar een bestuurlijk overleg met deze instellingen heb waarin ik ze daarop zal aanspreken.

De **voorzitter**: We komen tot afronding van dit algemeen overleg. Ik constateer dat de leden nu niet melden dat ze er behoefte aan hebben om plenair moties in te dienen.
Ik sluit de vergadering.

Sluiting 12.30 uur.