

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 1138

Vragen van het lid **Van Dekken** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de aanpak omtrent de Q-koorts* (ingezonden 20 december 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) mede namens de staatssecretaris van Economische Zaken (ontvangen 30 januari 2013). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 988.

#### Vraag 1

Bent u bekend met het artikel «Duizenden Zuid-Limburgers met antistoffen tegen Q-koorts»? <sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Ja.

#### Vraag 2

Wat is uw oordeel over het feit dat er in Zuid-Limburg sprake was van 9000 Q-koortsbesmettingen, waarvan er maar 253 gemelde ziektegevallen zijn?

#### Antwoord 2

In antwoorden op Kamervragen (TK, 2011–2012, 2162) heb ik toegelicht dat voor veel infectieziekten, ook voor Q-koorts, geldt dat slechts een deel van de mensen die geïnfecteerd raakt ook daadwerkelijk ziek wordt. Van de mensen die wel klachten krijgen, zullen velen niet naar de huisarts gaan. Q-koorts wordt alleen bij het RIVM gemeld als mensen met klachten de huisarts bezoeken en de huisarts de diagnose laat bevestigen door laboratoriumonderzoek. Er is voor infectieziekten vrijwel altijd een groot verschil tussen het aantal infecties, het aantal zieken en het uiteindelijk aantal meldingen.

#### Vraag 3

Is bekend of zich inmiddels meer mensen uit Zuid-Limburg met besmetting van Q-koorts hebben gemeld bij artsen of de GGD?

<sup>1</sup> AgriHolland. «Duizenden Zuid-Limburgers met antistoffen tegen Q-koorts», 15 december 2012.

### Antwoord 3

Artsen en GGD'en zijn verplicht een patiënt met Q-koorts bij het RIVM te melden als het om acute Q-koorts gaat. In 2012 heeft het RIVM van alle GGD'en in Nederland 68 meldingen ontvangen van patiënten met acute Q-koorts. De GGD Zuid-Limburg heeft in 2012 geen patiënten gemeld.

### Vraag 4, 5 en 6

Deelt u de opvatting dat de Q-koorts een erg groot probleem was in 2009, en dat nu nog steeds is en dat daarom continu nagedacht moet worden over de aanpak van bestaande en toekomstige uitbraken van Q-koorts? Zo ja, op welke manier? Zo nee, waarom niet?

Kunt u extra beleid formuleren (zoals bijvoorbeeld het instellen van een meldpunt) waardoor er meer Q-koortsbesmettingen in de toekomst gemeld zullen worden, zodat deze blinde vlek in de omvang van deze ernstige ziekte voorkomen kan worden? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welk toekomstig beleid heeft u dan voor ogen?

Wat is uw visie op het aantal mensen dat de Q-koorts draagt en last heeft van een mild ziekteverloop, waardoor zij tot jaren later te maken kunnen krijgen met een chronische vorm van Q-koorts?

### Antwoord 4, 5 en 6

De Q-koortsepidemie die Nederland in 2008 en 2009 trof is voorbij, maar zorgen en vragen over de consequenties blijven. Veel mensen zijn ziek geworden en sommigen ondervinden nog steeds de gevolgen daarvan, zoals blijvende vermoeidheid of een chronische infectie. Ik zet me er voor in de toegang tot de zorg voor deze patiënten te verbeteren en kennis over diagnose en behandeling van de verschillende verschijningsvormen van Q-koorts te vergroten. In mijn brieven van 10 april 2012 (TK 2011–2012, 32 793 nr. 50) en van 21 december 2012 (TK 2012–2013, 28 286 nr. 610) heb ik een overzicht van de verschillende activiteiten gegeven die worden ondernomen ten behoeve van Q-koortspatiënten. Artsen en hoofden van laboratoria zijn verplicht acute Q-koorts te melden bij de GGD. Op die manier wordt een eventuele toekomstige uitbraak van Q-koorts in een vroeg stadium opgemerkt. Een apart meldpunt heeft dus geen toegevoegde waarde boven deze meldplicht van acute Q-koorts. Om een beeld te krijgen van het voorkomen van chronische Q-koorts wordt gebruik gemaakt van een onderzoeksdatabase die beheerd wordt door het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Specialisten die chronische Q-koorts patiënten behandelen leveren informatie waardoor veel informatie beschikbaar komt over kenmerken van patiënten met chronische Q-koorts, risicofactoren, diagnostiek en behandeling. Er is weinig bekend over het risico op chronische Q-koorts bij mensen zonder risicofactoren die een acute infectie zonder klachten hebben doorgemaakt. Patiënten met bepaalde risicofactoren (hartklep protheses, vaatprotheses en aneurysma) worden in twee ziekenhuizen in de betrokken regio's gescreend op Q-koorts en zo nodig behandeld. Acute Q-koorts gevallen worden opgevolgd om eventuele chronische infectie vroegtijdig te kunnen herkennen. Zoals ik onlangs in antwoorden op vragen van het lid Van Gerven heb aangegeven zal ik een bevolkingsonderzoek naar chronische Q-koorts in Herpen incidenteel financieren omdat de verwachting is dat een dergelijk onderzoek op beperkte schaal inzicht geeft in het risico om chronische Q-koorts te ontwikkelen voor mensen die geïnfecteerd zijn maar geen klachten hadden.

### Vraag 7

Is het doel van het beleid (en de daarvoor beschikbare € 10 miljoen) rondom de Q-koorts «het vertrouwen in de overheid te herstellen», en dient het beleid ook ter voorlichting van slachtoffers en ter voorkoming van problemen met Q-koorts in de toekomst? Zo ja, is het beleid voldoende gebleken om de slachtoffers adequaat bij te staan? Zo nee, waarom is het primaire doel van het beleid niet gericht op het waarborgen van de gezondheid van mensen?

### Antwoord 7

In de kabinetsreactie op het rapport van de Nationale Ombudsman over Q-koorts (TK 2011–2012, 28 286 nr. 569) en in de brief met de analyse van individuele financiële tegemoetkoming Q-koortspatiënten (TK 2012–2013,

28 286 nr. 610) zijn wij uitgebreid ingegaan op de taken die de stichting inzake Q-koorts op zich kan nemen.