

Vergaderjaar 2018–2019

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 71

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 juli 2019

In het plenaire debat op 12 maart 2019 heb ik met u gesproken over de Q-koorts tegemoetkoming (Handelingen II 2018/19, nr.61, item 33). In deze brief geef ik u, zoals toegezegd in het debat, voortgangsinformatie over meerdere onderwerpen met betrekking tot Q-koorts en de bestrijding van zoönosen.

Voortgang dossier Q-koorts

Aanvragen Q-koorts tegemoetkoming

Met een afzonderlijke brief van 9 juli jl. (Kamerstuk 25 295 nr.70) heb ik u geïnformeerd over de aanpassing van de beleidsregel voor de Q-koorts-tegemoetkoming. De uitvoering van de oude regeling verloopt volgens verwachting. In de periode 1 oktober 2018 tot en met 31 januari 2019 zijn er 2086 aanvragen ingediend. Op 28 juni 2019 was de stand van zaken als volgt:

Aantal aanvragen tegemoetkoming	2.086
Aantal toegekend	1.531
Aantal betaald	1.531
Aantal afgewezen	236
Aantal in behandeling	52
Aantal zaken voorgelegd aan medische commissie	110
Aantal bezwaren in behandeling	131
Aantal inmiddels herzien	22
Aantal worden herzien	4

Screening chronische Q-koorts

De screening van patiënten met een verhoogd risico op complicaties als gevolg van een nog niet ontdekte chronische Q-koorts is in maart 2019

gestart bij zes huisartsenposten in het gebied waar de uitbraak van Q-koorts het grootst was.

Bij de screening voor chronische Q-koorts gaat het om mensen die op dit moment (ogenschijnlijk) geen ziekteverschijnselen hebben, maar mogelijk wel ergens in hun lichaam, buiten het bereik van hun eigen immuun-systeem, een aantal Q-koortsbacteriën hebben. In een situatie van verminderde weerstand zouden die bacteriën bij deze mensen alsnog een Q-koortsinfectie kunnen veroorzaken. Door hen via de screening op te sporen en hen vervolgens te behandelen met antibiotica wordt beoogd nieuwe ziektegevallen als gevolg van chronische Q-koorts te voorkomen. Bij de keuze om over te gaan op screening van patiënten is ervan uitgegaan dat er op elke 100 onderzochte patiënten ongeveer 2 patiënten gevonden zullen worden met chronische Q-koorts. Tot nu toe hebben de huisartsen een kleine 200 patiënten uit hun patiëntenbestand laten testen. Bij geen van die patiënten hebben de testen chronische Q-koorts aangetoond.

Q-support 2.0

De Raad van Toezicht en directeur-bestuurder van Q-support hebben mij recent benaderd om een tussentijdse evaluatie te bespreken. Die tussentijdse evaluatie heeft Q-support op eigen initiatief opgesteld omdat Q-support enkele knelpunten ervaart in de uitvoering van de opdracht die Q-support in 2018 heeft gekregen. Zij hebben hun relaties hierover op 1 juli jl. ook op de hoogte gebracht. Met name het overdragen van de zorg voor Q-koortspatiënten aan de 160 betrokken gemeenten verloopt niet naar wens. Wij zijn het er beiden over eens dat gemeenten een verantwoordelijkheid hebben in de zorg en ondersteuning van de patiënten, zowel op het terrein van wmo-zorg, werk en inkomen als in de verbinding met het medische domein. De gewenste kennis ontbreekt echter soms, waardoor patiënten niet altijd direct de juiste begeleiding krijgen. Q-support biedt nu begeleiding en ondersteuning aan gemeenten, zorgaanbieders en patiënten. Doel was deze begeleiding en ondersteuning af te bouwen.

In overleg met Q-support heb ik afgesproken dat Q-support gedurende haar projectperiode de functie van één loket voor patiënten en gemeenten en zorgaanbieders blijft vervullen. Het komende half jaar gaan we gezamenlijk bekijken hoe de zorgen zoals geuit door Q-support ten aanzien van het «zorg overdragen» aan de gemeente weggenomen kunnen worden. We gaan in gesprek over hoe uiteindelijke borging van de zorg voor deze specifieke doelgroep kan plaatsvinden, wie de regiefunctie voor patiënten op zich neemt, en op welke wijze de begeleiding en ondersteuning voor patiënten, zorgaanbieders en gemeenten vormgegeven kan worden. Q-support kan hier mogelijk een rol in blijven vervullen, maar ik heb ook met Q-support besproken dat andere organisaties deze taken over zouden kunnen nemen. Daarbij heeft Q-support voorkomen van versnippering van kennis en expertise als aandachtspunt meegegeven.

Ik hoop op deze manier tegemoet te komen aan de wensen die leven onder patiënten en betrokken gemeenten.

Richtlijn behandeling QVS

De wetenschap staat niet stil en sinds het verschijnen van de eerste richtlijn in 2012 zijn er nieuwe onderzoeksgegevens beschikbaar gekomen. Ik heb daarom het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM in 2017 gevraagd om de richtlijn voor de behandeling van het Q-koortsvermoeidheidssyndroom (QVS) te herzien. Medio 2017 heeft het CIb hier een werkgroep voor samengesteld waarin patiënten en zorgpro-

professionals breed vertegenwoordigd waren. In overleg met de beroepsgroep, Q-support en Q-uestion, is de oude richtlijn nu herzien. Q-uestion heeft samen met patiënten onder andere kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief opgesteld die zijn meegenomen in de nieuwe richtlijn.

Het doel van de richtlijn is om te komen tot betere herkenning, diagnostiek, behandeling, re-integratie en verzuimbegeleiding van patiënten met QVS. Ik vind het van belang dat hulpverleners in staat zijn elkaar goed te vinden, dat artsen beschikken over voldoende kennis en patiënten goed worden ingelicht over de behandelopties. Hiervoor is de richtlijn bedoeld.

Eerder heeft een deel van de mensen met QVS aangegeven zich zorgen te maken over de ontwikkeling van de nieuwe medische richtlijn voor de behandeling van QVS. Een aantal van die mensen heeft laten weten dat zij het onacceptabel vindt als de behandelmethode cognitieve gedragstherapie onderdeel blijft uitmaken van de medische richtlijn. Voor de beroepsgroep is het gebruikelijk en noodzakelijk om uit te gaan van de laatste stand van de wetenschappelijke kennis. Er zijn meerdere onderzoeken gedaan naar behandelmethoden voor QVS, maar helaas nog met weinig positieve resultaten. Cognitieve gedragstherapie biedt als enige behandelmethode, voor een deel van de patiënten, een significante verbetering van hun klachten. Het is daarmee een therapie die de beroepsgroep wil kunnen blijven aanbieden.

Zorg voor kinderen met Q-koorts

In de medische wereld is er relatief weinig informatie beschikbaar over de behandeling van Q-koorts en QVS bij kinderen. De behandeling is daarom grotendeels gebaseerd op de kennis over de behandeling bij volwassenen. Met financiering vanuit ZonMw start er binnenkort een onderzoek naar de behandeling van kinderen met QVS. In Nederland zijn er op dit moment minder dan 20 kinderen met de diagnose QVS/mensen met de diagnose QVS die als kind besmet zijn geweest met de Q-koortsbacterie. Die groep is te klein voor een zinrijk wetenschappelijk onderzoek, zelfs als alle kinderen deelnemen aan het onderzoek. Daarom wordt bekeken of het mogelijk is om in het onderzoek de behandeling van kinderen met QVS te vergelijken met de behandeling van kinderen met andere ziekten. Ik zal u op de hoogte houden.

Organisatie infectieziektebestrijding

Tijdens het plenaire debat heeft uw Kamer verschillende vragen gesteld over de wijze waarop we voorbereid zijn op eventuele nieuwe uitbraken van zoönosen; van dier op mens overdraagbare infectieziekten. Specifiek heeft de Kamer gevraagd naar de risico's van megastallen, het nut van waarschuwborden zoals destijds bepleit door het lid Agema van de PVV en het inrichten van een steunpunt voor getroffen en van een infectieziekte. De laatste vraag is ook vertaald in een motie van het lid Van den Berg (CDA) die is aangenomen door uw Kamer (Kamerstuk 25 295, nr. 64).

Megastallen en het signaleringsoverleg

Op het terrein van infectieziekten bestaan er meerdere signaleringsoverleggen waarin deskundigen signalen van infectieziekten in Nederland en het buitenland evalueren op de risico's voor de volksgezondheid. Een van die signaleringsoverleggen is het Signaleringsoverleg Zoönosen dat wordt georganiseerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en

Milieu (RIVM). Tijdens het debat heeft de Kamer mij specifiek gevraagd of megastallen worden meegenomen in de signaleringsoverleggen. Als er zich relevante ziekten of besmettingen voordoen in megastallen worden die besproken in het signaleringsoverleg. Het signaleringsoverleg kijkt echter niet specifiek naar de risico's van megastallen. Het signaleringsoverleg bespreekt signalen van allerlei besmettingen en dierziekten in Nederland en het buitenland en evalueert de risico's daarvan voor de volksgezondheid. Daarbij wordt onder andere rekening gehouden met de ernst en omvang van de uitbraak, de locatie en de mogelijke routes van overdracht naar mensen.

Waarschuwborden

Het lid Agema heeft mij gevraagd met terugwerkende kracht te reageren op een motie van de PVV uit 2009 (Kamerstuk 28 286, nr. 348) waarin de PVV verzocht om waarschuwborden te plaatsen bij geitenhouderijen die besmet waren met Q-koorts. Deze borden zijn in 2009 geplaatst, en daarnaast is er een lijst met besmette bedrijven opgesteld en gepubliceerd. Het lid Agema geeft aan dat dat eerder had gemoeten. De Commissie van Dijk concludeerde in het rapport «Van verwerping tot verheffing» hetzelfde en stelt dat onzekerheden in de bestrijding niet tijdig zijn gecommuniceerd met het publiek. In de kabinetsreactie op het rapport hebben we dat ook onderkend. Over onzekerheid en dilemma's moet gecommuniceerd worden in het kader van maximale transparantie.

Steunpunt getroffen

Met de motie (Kamerstuk 25 295, nr. 64) van het lid Van den Berg (CDA) heeft u mij verzocht om binnen twee weken na een uitbraak een steunpunt in te richten voor getroffen.

Als mensen ziek zijn, kunnen zij voor zorgverlening altijd terecht bij hun huisarts. Dat geldt ook voor infectieziekten. Daarnaast is bij een uitbraak van een infectieziekte de regionale GGD verantwoordelijk voor publieksinformatie. Mensen uit de omgeving kunnen daar terecht met vragen over de ziekte en over maatregelen die zij kunnen treffen om besmetting te voorkomen. Dit is geregeld via de Wet publieke gezondheid. Aanvullend kan ik me voorstellen dat het in sommige situaties inderdaad wenselijk is om een steunpunt in te richten waar getroffen niet alleen informatie over de ziekte kunnen vinden, maar ook hun verhaal kwijt kunnen, lotgenoten kunnen spreken en tips en adviezen kunnen krijgen hoe om te gaan met specifieke problemen die met de ziekte samenhangen. Dit lijkt veel op taken op het terrein van bevolkingszorg en psychosociale hulpverlening waarvan de coördinatie op basis van de Wet veiligheidsregio's en de Wet publieke gezondheid belegd zijn bij gemeenten en de GHOR/GGD. Mijns inziens zijn er daarmee voldoende wettelijke voorzieningen om zo'n steunpunt in te richten.

Ik ga ervan uit dat ik uw Kamer hiermee voldoende heb geïnformeerd.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins