



> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de directeur-generaal van Volksgezondheid
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mw. drs. A. Berg
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Aan de directeur-generaal Agro en Natuur
Mw. M. Sonnema
Ministerie van Economische Zaken
Postbus 20401
2500 EK DEN HAAG

Datum 20 oktober 2017
Betreft Aanvullingen op de adviesbrief van het deskundigenberaad-
zoönose Q-koorts 2016

Geachte mevrouw Berg en mevrouw Sonnema,

In mijn adviesbrief van 21 november 2016 met kenmerk 070/2016 C1b/LCI JvD/TO heb ik toegelicht dat ik op 7 november 2016 een deskundigenberaad-zoönose (DB-Z) heb gehouden over Q-koorts. De aanleiding voor dat deskundigenberaad was uw adviesaanvraag van 16 september 2016 met kenmerk 997986-153712-PG. In de adviesbrief geef ik aan om op een later moment op twee onderdelen nog aanvullingen te geven. Dat doe ik in deze brief.

1. Surveillance en patiëntenzorg

De aanbevelingen in 2016 waren:

- a) Ten aanzien van het Q-koortsvermoeidheidsyndroom is de aanbeveling om de resultaten af te wachten van een groot gerandomiseerd onderzoek naar behandelingsopties onder deze patiëntengroep. De resultaten worden naar verwachting binnen 3 maanden bekend.
- b) De LCI-richtlijn Q-koortsvermoeidheidsyndroom (QVS) dient met de uitkomsten van onderzoek aangepast te worden in 2017.

Aanvulling

In aansluiting op bovenstaande punten van het onderdeel surveillance en patiëntenzorg kan ik het volgende melden. Op 9 juni 2017 is in werkgroepverband de herziening gestart van de multidisciplinaire richtlijn Q-koortsvermoeidheidsyndroom (QVS). De werkgroep, voorgezeten door het hoofd van het centrum LCI van het RIVM, bestaat uit inhoudelijke vertegenwoordigers van verschillende organisaties. De werkgroep heeft het afwegen van verschillende behandelopties in een behandeltraject benoemd als een van de uitgangspunten voor de herziening van de richtlijn. De resultaten van verschenen wetenschappelijk onderzoek over dit onderwerp zullen worden meegenomen in de herziening van de richtlijn. De verwachting is dat het herzieningstraject van deze richtlijn een jaar zal duren.

2. Gerichte screening

Uw vraag in 2016 was: 'Zijn er mogelijkheden om een gerichte screening van patiënten met specifieke risicofactoren binnen de zorg te faciliteren? Is het nuttig om vanuit de overheid een dergelijke screening te organiseren?'

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

KvK Utrecht 30276683

T 030 274 91 11

F 030 274 29 71
info@rivm.nl

Ons kenmerk
52/2017C1b/LCI JvD/TO

Behandeld door

Bijlagen

1. Deelnemerslijst DB
2. Rapport Doelmatigheid van een screeningsprogramma naar chronische Q-koorts
3. Factsheet met een samenvatting van de belangrijkste resultaten uit het rapport

De overwegingen daarbij in 2016:

In 2014 is een algemeen bevolkingsonderzoek naar chronische Q-koorts uitgevoerd in het dorp Herpen. Daarbij is één nieuw geval van chronische Q-koorts opgespoord. De conclusie was dat screenen van de algemene bevolking jaren na de uitbraak weinig zinvol is in regio's waar minder acute Q-koorts voorkwam dan in Herpen. Tevens zijn er de afgelopen jaren verschillende gerichte screeningen uitgevoerd in specifieke gebieden naar patiënten met een vaataandoening (aneurysma of vaatprothese, na een hartklepoperatie en/of reumatoïde artritis).

Datum

20 oktober 2017

Ons kenmerk

52/2017CIb/LCI JvD/TO

De aanbeveling in 2016 was:

- a) Het advies is om op korte termijn, op basis van al beschikbare informatie en resultaten van nog lopende studies (waaronder onderzoek gefinancierd door Q-support) de haalbaarheid van de screening van hoog-risicogroepen (patiënten met een aneurysma en/of klepafwijkingen) te onderzoeken en daarna, op basis van de resultaten, opnieuw een discussie te voeren over de wenselijkheid van gerichte screening van de risicogroepen. Tevens moet aan de hand van epidemiologisch onderzoek worden nagegaan in welke regio('s) een eventuele screening zinvol zou kunnen zijn.

Aanvulling

Als bijlage bied ik u het rapport aan dat is opgesteld over de kosteneffectiviteit van een screeningsprogramma naar chronische Q-koorts. Het rapport heeft meerdere review-rondes ondergaan en is voorgelegd aan alle deelnemers van het deskundigenberaad in 2016.

Tijdens dat deskundigenberaad werd geconstateerd dat het consequent screenen van vaat- en hartkleppatiënten in de routinezorg lastig is gebleken. Zelfs in de grote ziekenhuizen waar ervaring is met behandeling van Q-koortspatiënten wordt niet routinematig gescreend, mede omdat er bij behandelaren (cardiologen, vaatchirurgen) twijfels zijn of dat kosteneffectief is. Ook werd toen al geschat (zoals bevestigd in het rapport) dat het aantal patiënten dat in aanmerking zouden kunnen komen voor screening, groot is.

Naast het advies van het deskundigenberaad is in het rapport rekening gehouden met de oproepen die er van verschillende kanten zijn geweest voor een 'breed' bevolkingsonderzoek of een onderzoek onder 'alle omwonenden in een straal van 5 km rond de besmette bedrijven', en met de moties Provinciale Staten Overijssel en Noord-Brabant; Tweede Kamer-vragen PvdA; brief aan VWS van Stichting Q-support, Q-uestion, Radboudumc. Dat is de reden dat in het rapport zoveel scenario's onderzocht zijn. In het rapport wordt bevestigd dat screening van de gehele bevolking of van alle ouderen niet haalbaar, doelmatig en kosteneffectief is. Dat was al door het deskundigenberaad 'op gevoel' geconcludeerd, maar is nu dus ook cijfermatig onderbouwd.

Daarentegen, screenen van patiënten met specifieke risicofactoren in het hoog-incidentiegebied blijkt wel doelmatig en kosteneffectief. Maar hoewel gebruik is gemaakt van alle beschikbare data, blijven er belangrijke onzekerheden, vooral over het aantal chronische infecties dat er nu – onopgemerkt – nog is.

In het rapport wordt niet ingegaan op de organisatie van een eventuele screening. Dat kan worden uitgevoerd als een éénmalige centraal aangestuurde campagne, of in de vorm van 'case finding' in de routinezorg. Voor welke aanpak gekozen wordt, maakt voor de kosteneffectiviteit niet veel uit. In beide gevallen zou dat

nog nader overleg vragen, op basis van de bevindingen van het rapport, over de uitvoering met onder andere de internisten die chronische Q-koortspatiënten behandelen en met de cardiologen en vaatchirurgen.

Datum

20 oktober 2017

Ons kenmerk

52/2017CIb/LCI JvD/TO

In het deskundigenberaad is discussie geweest over de meest geschikte screeningtest. Een van de deelnemers is van mening dat alleen de indirecte immunofluorescentie (IF) test hiervoor geschikt is. Anderen zijn van mening dat deze test weliswaar gevoeliger is dan de ELISA-test, maar dat de IF-test een zeer arbeidsintensieve test is die niet kan worden geautomatiseerd waardoor toepassing op grote schaal (in screening) praktisch niet haalbaar is.

Conclusie

Op basis van de aannames als beschreven in deze studie is kosteneffectief:

- het eenmalig screenen van patiënten met relevante cardiovasculaire risicofactoren (zoals gedefinieerd in het rapport) in gebieden waar tijdens de epidemie een hoge of middelhoge incidentie van acute Q-koorts was, én
- het eenmalig screenen van patiënten met een gecompromitteerd immuunsysteem (zoals gedefinieerd in het rapport) in gebieden waar tijdens de epidemie een hoge incidentie van acute Q-koorts was.

Wat betreft de praktische uitvoering kan als alternatief voor actieve, eenmalige screening ook worden gedacht aan case finding binnen de curatieve sector, waar vrijwel alle patiënten met relevante cardiovasculaire risicofactoren of een gecompromitteerd immuunsysteem onder controle staan; de screening vindt dan gefaseerd plaats in de behandelkamer van de arts. Dit zou de nodige inzet vragen om de awareness voor het probleem onder cardiologen, vaatchirurgen en internisten te verhogen.

Een bevolkingsonderzoek onder alle volwassenen of alle mensen van 60 jaar en ouder is niet kosteneffectief bevonden.

Uiteraard ben ik bereid om, indien gewenst, een nadere toelichting te geven op deze brief en het rapport.

Hoogachtend,

Prof. dr. J.T. van Dissel
Directeur Centrum Infectieziektebestrijding

Bijlage 1: Deelnemerslijst deskundigenberaad

Bijlage 2: Rapport Doelmatigheid van een screeningsprogramma naar chronische Q-koorts

Bijlage 3: Factsheet met een samenvatting van de belangrijkste resultaten uit het rapport