



Q-koortsvermoeidheidssyndroom Richtlijn

Direct naar [Stroomdiagram diagnose Q-koortsvermoeidheidssyndroom](#)

Deze multidisciplinaire richtlijn beschrijft de kaders voor het vaststellen van de diagnose Q-koortsvermoeidheidssyndroom (QVS) en vervolgstappen voor behandeling en re-integratie van patiënten met QVS.

De [hele richtlijn is als pdf](#) te downloaden. De tekst op deze pagina betreft Hoofdstuk 2 'Samenvatting zorgtraject'. Dit hoofdstuk bevat een samenvatting en stroomschema van de stappen die nodig zijn om patiënten met QVS te diagnosticeren, klachten en beperkingen te inventariseren en te adviseren over behandeling en re-integratie. Voor een uitgebreide beschrijving en literatuurverwijzingen, onderbouwing bij de adviezen en verantwoording van gemaakte keuzes wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Stap 1 Wees alert op het vóórkomen van QVS Natuurlijk beloop van QVS

Tussen 2007-2011 was sprake van een Q-koortsepidemie in Nederland. De ziekte verspreidde zich vanuit het Brabantse dorp Herpen over het hele land en groeide uit tot de grootste beschreven Q-koortsepidemie ter wereld. Er wordt geschat dat er tussen 2007 en 2009 minimaal 32.200 mensen besmet raakten met Q-koorts (Kampschreur 2013, Van der hoek 2012), waarbij ruim 3500 patiënten met een acute Q-koortsinfectie zijn gemeld. Inmiddels is de incidentie van een acute Q-koortsinfectie conform de periode voor de Q-koortsepidemie.

Aangenomen wordt dat ongeveer 20% van de patiënten na een acute Q-koortsinfectie het Q-koortsvermoeidheidssyndroom (QVS) ontwikkelt. Er is weinig bekend over het ontstaan van QVS. De ernst van de acute Q-koortsinfectie en bestaande gezondheidsproblemen lijken een risicofactor voor QVS.

Er zijn geen publicaties gevonden die het natuurlijk beloop van QVS beschrijven. Noch is er literatuur over de rol van co-morbiditeit of de prognose na QVS.

Gezien de grote kans dat de klachten spontaan herstellen in de eerste zes maanden na een acute Q-koortsinfectie wordt afgeraden de diagnose QVS eerder dan na zes maanden te stellen.

Aanbevelingen

Hoewel de verwachting is dat het aantal acute infecties op het huidige niveau zal blijven, zullen klinici alert moeten blijven op de langdurige gevolgen van Q-koorts. De werkgroep adviseert zorgverleners bewust te zijn van het vóórkomen van QVS bij patiënten die een acute Q-koortsinfectie doormaken of recent hebben doorgemaakt.

Gezien de grote kans dat klachten spontaan herstellen in de eerste zes maanden na een acute Q-koortsinfectie wordt geadviseerd het natuurlijk beloop tot zes maanden na aanvang van de infectie af te wachten. In deze periode biedt de arts ondersteuning van klachten en verkent samen met de patiënt strategieën om met klachten en beperkingen om te gaan. Daarnaast kunnen een aantal algemene gezondheidsadviezen voor het dagelijks leven worden meegegeven. Adviseer patiënten bijvoorbeeld op geleide van klachten, beperkingen en belastbaarheid:

- Ondanks de vermoeidheid en andere kenmerkende klachten de rol in het dagelijkse leven (inclusief gezin, werk, sociale activiteiten en hobby's) zoveel mogelijk te blijven vervullen, zo nodig aangepast;
- Te zorgen voor een vast slaap-waakritme, en overdag langdurig slapen te voorkomen;
- In beweging te blijven door bijvoorbeeld te wandelen of fietsen, eventueel in een lager tempo of op een ander niveau;
- Mentaal actief te blijven;
- Fysieke, mentale en sociale activiteiten af te wisselen, en gelijkmatig te verdelen;
- Proberen te voorkomen dat de vermoeidheid en andere kenmerkende klachten een centrale plek krijgen in het leven.

Verschillen en overeenkomsten tussen QVS en ME/CVS

Vergelijking tussen QVS en ME/CVS toont overeenkomsten in klachten en beloop gedurende het eerste jaar. Een verschil is het beginpunt van de aandoening; bij QVS is een acute Q-koortsinfectie de uitlokkende factor en bij ME/CVS is vaker onduidelijk wat het beginpunt van de vermoeidheid en andere kenmerkende klachten is. Daarnaast zijn QVS-patiënten t.o.v. patiënten met ME/CVS vaker man, zijn ze gemiddeld ouder en fysiek actiever.

Aanbeveling

De werkgroep acht het zinvol QVS en ME/CVS als aparte entiteiten te beschouwen.

QVS en kinderen

In de literatuur is geen antwoord gevonden op de vraag of QVS voorkomt bij kinderen.

Aanbeveling

Zolang niet vaststaat of QVS bij kinderen voorkomt is het van belang deze diagnose niet te lichtvaardig te stellen. Dit om een andere onderliggende diagnose niet te missen dan wel onnodige medicalisering te voorkomen. Anderzijds is het van belang om de mogelijkheid van deze diagnose niet te lichtvaardig als "niet bij kinderen vóórkomend" te verwerpen.

Stap 2 Stel de diagnose

Zie ook het [stroomdiagram diagnose Q-koortsvermoeidheidssyndroom](#).

Diagnostische criteria

Er is sprake van QVS als:

- de vermoeidheid minimaal zes maanden bestaat, en

- er sprake is geweest van een laboratoriumbevestigde acute Q-koortsinfectie; of er is sprake geweest van een doorgemaakte ziekte-episode klinisch suggestief voor een acute Q-koortsinfectie met in een later stadium serologisch bewijs voor een doorgemaakte Q-koortsinfectie (mits er voorafgaand aan de ziekte-episode geen positieve Q-koortsserologie aanwezig was), en
- er géén sprake is van chronische Q-koorts; dat wil zeggen recente diagnostiek (< drie maanden) waarbij de IgG fase I titer < 1:1024 was (of <1:512 bij immuungecompromitteerde patiënten of patiënten met een vaatprothese of relevante hartafwijking), en
- er géén somatische of psychiatrische co-morbiditeit anderszins is die de moeheid verklaart, en
- er sprake is van vermoeidheid die aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren (werk en/of privé) veroorzaakt, en
- de vermoeidheidsklachten niet aanwezig waren vóór de doorgemaakte acute Q-koortsinfectie en aansluitend daaraan zijn ontstaan of sindsdien duidelijk in ernst zijn toegenomen (het zogenaamde 'knikmoment').

Uitsluitingscriteria

Voordat de diagnose QVS gesteld kan worden moeten chronische Q-koorts en andere aandoeningen uitgesloten worden op basis van een uitgebreide anamnese, uitgebreid lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek (zie het [stroomdiagram](#)).

Aanbeveling

Stel de diagnose QVS, indien:

1. de vermoeidheid minimaal zes maanden bestaat, en
2. er sprake is geweest van een laboratoriumbevestigde acute Q-koortsinfectie; of er is sprake geweest van een doorgemaakte ziekte-episode klinisch suggestief voor een acute Q-koortsinfectie met in een later stadium serologisch bewijs voor een doorgemaakte Q-koortsinfectie (mits er voorafgaand aan de ziekte-episode geen positieve Q-koortsserologie aanwezig was), en
3. er géén sprake is van chronische Q-koorts; dat wil zeggen recente diagnostiek (< drie maanden) waarbij de IgG fase I titer < 1:1024 was (of <1:512 bij immuungecompromitteerde patiënten of patiënten met een vaatprothese of relevante hartafwijking) (zie paragraaf 3.2.2), en
4. er géén somatische of psychiatrische co-morbiditeit anderszins is die de moeheid verklaart (zie paragraaf 3.2.3), en
5. er sprake is van vermoeidheid die aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren (werk en/of privé) veroorzaakt, en
6. de vermoeidheidsklachten niet aanwezig waren vóór de doorgemaakte acute Q-koortsinfectie en aansluitend daaraan zijn ontstaan of sindsdien duidelijk in ernst zijn toegenomen (het zogenaamde 'knikmoment').

- Om de diagnose QVS te kunnen stellen is voldoende kennis omtrent QVS bij de arts noodzakelijk. Indien nodig wordt de patiënt doorverwezen naar een ter zakedeskundige internist of kinderarts.
- Serologisch onderzoek voor het aantonen van een doorgemaakte Q-koortsinfectie dient bij voorkeur plaats te vinden middels ImmunoFluorescence Assays (IFA). Er zijn (nog) te weinig gegevens beschikbaar om de Q-detect te gebruiken in de diagnostiek van Q-koorts en derhalve ook in de diagnostiek van QVS.
- Sluit chronische Q-koorts conform de Nederlandse consensus chronische Q-koorts uit op basis van een recente (<3 maanden) IgG-fase I titer < 1:1024 en bij immuun gecompromitteerde patiënten of patiënten met risicofactoren voor chronische Q-koorts op basis van een IgG-fase I titer < 1:512.
- Sluit andere mogelijke aandoeningen uit op basis van een uitgebreide anamnese, uitgebreid lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek dat tenminste BSE, CRP, CK, TSH, Hb, leucocyten, leucocyten differentiatie, kreatinine, alkalisch fosfatase, ALAT, calcium, glucose, ferritine en een urinesediment omvat.
- Huisartsen wordt geadviseerd om ter registratie van de diagnose QVS gebruik te maken van de ICPC-code A04 (moeheid/zwakte) en de standaardtekst te overschrijven met de tekst 'Q-koortsvermoeidheidssyndroom'.
- Bedrijfs- en verzekeringsartsen wordt geadviseerd om ter registratie van de diagnose QVS gebruik te maken van de CAS code A489 (late gevolgen van een infectieziekte), met daarbij in het vrije tekstveld vermelding van 'Q-koortsvermoeidheidssyndroom'.

Stap 3 Inventariseer klachten en ervaren beperkingen

Klachten

Bij QVS-patiënten en bij patiënten met klachten die minimaal 6 maanden aanhouden na een acute Q-koortsinfectie, staat vermoeidheid als klacht voorop. De vermoeidheid komt echter bijna nooit voor als geïsoleerde klacht. Veelal wordt een breed scala aan bijkomende klachten gerapporteerd. Patiënten kunnen onder andere de volgende kenmerkende klachten ervaren:

- Niet uitgerust wakker worden
- Toename van klachten na inspanning, ook wel Post Exertional Malaise (PEM) genoemd

- Klachten met betrekking tot concentratie en geheugen
- Hoofdpijn
- Spierpijn
- Gewrichtspijn
- Keelpijn en/of pijnlijke lymfeklieren
- Depressieve klachten

De klachten zijn niet gelimiteerd tot deze lijst. Het klachtenspectrum is zeer divers (zie voor overzicht [bijlage 2](#)).

Aanbevelingen

De werkgroep adviseert zorgverleners het uitgebreide scala aan klachten waarmee QVS-patiënten zich kunnen presenteren te inventariseren en hierop hun behandeling en begeleiding af te stemmen.

Ervaren beperkingen

De vermoeidheid en andere kenmerkende klachten resulteren in een hoge ziektelast. Zo voelen QVS-patiënten (en patiënten met klachten die minimaal 6 maanden aanhouden na een acute Q-koortsinfectie) zich (ook op de lange termijn) minder gezond, ervaren zij minder kwaliteit van leven en beperkingen in fysiek en sociaal functioneren en dagelijkse activiteiten. QVS (en klachten die minimaal 6 maanden aanhouden na een acute Q-koortsinfectie) hebben bij een aanzienlijk deel van de patiënten ook impact op de werkstatus. Er is sprake van een daling van het percentage mensen met betaald werk, een daling van het aantal uren betaald werk, een lager werkvermogen, een lagere tevredenheid met het werk en een grotere behoefte aan herstel na het werk.

Een duidelijke en zorgvuldige inventarisatie van klachten en beperkingen is een voorwaarde voor het zeker stellen van een gedegen zorgtraject. Voor het objectiveren van klachten en beperkingen zijn (gevalideerde) vragenlijsten beschikbaar.

Aanbeveling

- De werkgroep adviseert zorgverleners bij QVS-patiënten rekening te houden met het langdurig aanhouden van een verminderde gezondheid en kwaliteit van leven en op het ervaren van beperkingen op fysiek en sociaal functioneren en dagelijkse activiteiten en hierop hun behandeling en begeleiding af te stemmen.
- De werkgroep adviseert zorgverleners bij QVS-patiënten rekening te houden met de impact van QVS op het werk en het werkvermogen, en met een hogere behoefte aan herstel na het werk, en hierop hun begeleiding af te stemmen.
- De werkgroep adviseert zorgverleners klachten en beperkingen van patiënten met QVS systematisch te inventariseren. Het is van belang bij de patiënt na te vragen wat de gevolgen van de klachten zijn op het functioneren en participeren in brede zin: welke belemmeringen ervaart de patiënt op lichamelijk, mentaal, emotioneel en/of maatschappelijk gebied. Voor het vervolgen en/of objectiveren van de door de patiënt ervaren klachten en beperkingen kan, waar mogelijk en relevant, gebruik worden gemaakt van gevalideerde vragenlijsten. Geschikte vragenlijsten zijn o.a. de [Checklist Individuele Spankracht \(CIS\)](#), [RAND-36](#), Sociale activiteiten lijst (SAL), [4DKL](#) en [BDI-PC](#).

Stap 4 Bespreek behandelopties

Van belang is dat arts en patiënt samen de mogelijkheden van behandeling en verlichting van klachten verkennen. Naast aandacht voor de vermoeidheidsklachten is het van belang aandacht te hebben voor andere QVS-gerelateerde klachten en beperkingen. Dit geldt bij zowel volwassenen als kinderen met QVS. Het open en volledig informeren over behandelingsmogelijkheden, wat er bekend is over de werkzaamheid en risico's daarvan, en over de ervaringen van patiënten, is daarbij van belang.

Antibiotica

Doxycycline is niet effectief in de behandeling van QVS en heeft een grote kans op bijwerkingen. Er is geen evidence en er zijn geen redenen te veronderstellen dat andere groepen antibiotica wel effectief zullen zijn bij de behandeling van QVS.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is voor een deel van de QVS-patiënten een effectieve behandeling voor vermoeidheid op korte termijn. Niet alle QVS-patiënten hebben baat bij CGT. Het is onduidelijk welke factoren therapie succes of non respons voorspellen. Er is geen bewijs voor de positieve effecten van CGT voor de behandeling van vermoeidheid bij QVS-patiënten op lange termijn. Het is onduidelijk welke factoren een rol spelen bij de terugval na een positief effect van CGT. Mogelijk dat herhalings sessies (boostersessies) na afronden van de CGT een langduriger effect kunnen waarborgen. Dit is echter nog niet onderzocht.

Overige behandel mogelijkheden

Er is geen wetenschappelijke literatuur beschikbaar over de effectiviteit van Graded Exercise Therapie, multidisciplinaire- en/of paramedische behandeling en/of het gebruik van supplementen bij patiënten met QVS.

Aanbeveling

- De werkgroep adviseert behandelaars om samen met de patiënt mogelijkheden tot behandeling te bespreken, verlichting van klachten te bieden en strategieën te verkennen om met de beperkingen om te gaan.
- De werkgroep raadt sterk af om antibiotica voor te schrijven voor de behandeling van QVS.
- Gegeven de positieve effecten op vermoeidheid op korte termijn bij een deel van de patiënten met QVS is het overwegen van cognitieve gedragstherapie (CGT) van belang. De werkgroep adviseert CGT met de patiënt te bespreken en de mogelijkheid hiertoe aan te bieden aan patiënten met QVS.
 - Indien CGT in overleg met de patiënt wordt overwogen adviseert de werkgroep verwijzing naar een gespecialiseerde behandelaar die CGT voor QVS en/of ME/CVS kan bieden¹.
 - Te overwegen valt om bij een positief effect van CGT na afronding van de therapie herhalings sessies ('boostersessies') aan te bieden. Mogelijk kunnen boostersessies mensen helpen de geboekte vooruitgang vast te houden. De effectiviteit hiervan is echter nog niet onderzocht.
- De werkgroep is van mening dat bij QVS-patiënten graded exercise therapie, multidisciplinaire of paramedische behandeling kan worden overwogen. De werkgroep adviseert zorgverleners de mogelijkheid hiervan met de patiënt te bespreken.
- De werkgroep adviseert grote terughoudendheid bij complementaire behandelingen i.v.m. het ontbreken van bewijs voor effectiviteit en veiligheid.

Behandel- en begeleidingsopties bij kinderen met QVS

Er is geen literatuur over behandel- en begeleidingsopties bij kinderen met QVS.

Aanbeveling

- De werkgroep raadt het gebruik van antibiotica bij kinderen met QVS sterk af. Dit gezien de grote kans op bijwerkingen en het feit dat er bij volwassenen geen effect van antibiotische behandeling is aangetoond bij QVS.
- Zolang geen gegevens bekend zijn over behandel- en begeleidingsopties bij kinderen met QVS adviseert de werkgroep kinderen door te verwijzen naar een gespecialiseerd centrum en een integrale aanpak en begeleiding op maat te bieden en de vigerende richtlijn 'Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) bij kinderen' als leidraad te nemen.

Ondersteuning van de patiënt

Patiënten hebben behoefte aan ondersteuning en informatie over hun aandoening en beschikbare behandelopties. Dit helpt hen hun aandoening beter te begrijpen en vergroot de kwaliteit van leven. Informatie geeft hen handvatten om de zorg te vinden waar zij behoefte aan hebben. Het omvat ook het gesprek aangaan over hoe patiënten met dit alles het beste kunnen omgaan, gegeven hun behoeften, kennis en ervaring en het bieden van begeleiding bij het zoeken van de zorg die zij nodig hebben. Naast medische kennis en informatie over behandel mogelijkheden hebben patiënten ook behoefte aan informatie op financieel vlak en ondersteuning bij terugkeer naar werk, school of opleiding.

Aanbeveling

- De werkgroep adviseert ondersteuning, educatie en counseling van QVS-patiënten en aandacht te hebben voor bijkomende (psychosociale) problematiek.
- De werkgroep adviseert behandelaars aandacht te hebben voor empowerment en sociale steun voor patiënten met QVS.
- Het is belangrijk dat zorgverleners patiënten attenderen op de mogelijkheden van contact met lotgenoten en patiëntenorganisaties zoals [Q-uestion](#).

Stap 5 Ondersteun bij re-integratie

De wettelijke bepalingen omtrent re-integratie (terugkeren in werk) wordt geregeld in de Wet Verbetering Poortwachter. Werkgever en werknemer zijn beiden verantwoordelijk voor een terugkeer naar werk en moeten in een re-integratiedossier nauwkeurig bijhouden wat hun inspanningen zijn. Gebeurt dat niet, dan kan dat van invloed zijn op de loondoorbetaling en uitkering.

Zowel de werkgever als de zieke werknemer zijn verantwoordelijk voor de re-integratie. Dat betekent dat zij er beiden alles aan moeten doen om de getroffen werknemer zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen. Voor de verzuimbegeleiding moet de werkgever een contract hebben met een geregistreerd bedrijfsarts.

Om te zorgen voor een snelle en effectieve re-integratie is de regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar ingesteld. Deze schrijft voor wat werkgever en werknemer moeten doen vanaf de eerste week van de ziekmelding (zie voor gedetailleerde informatie paragraaf 3.5).

Uiterlijk in de 6e week dient de werknemer gezien te worden door de bedrijfsarts voor een verzuimconsult. De bedrijfsarts zal dan de problematiek inventariseren en werkgever en werknemer een re-integratieadvies geven. Het reïntegratie-advies wordt gegeven in de vorm van een probleemanalyse. Dit is een van de formele stukken voor het reïntegratiedossier dat in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter moet worden bijgehouden. Dit doet de bedrijfsarts aan de hand van een medische en arbeidsgeneeskundige anamnese waarbij wordt doorgevraagd over de precieze aard van de werkzaamheden, arbeidsomstandigheden, mogelijke infectiebronnen in de (werk)omgeving en ten slotte of er sprake is van co-morbiditeit.

De bedrijfsarts inventariseert het herstelgedrag van de werknemer. Bijvoorbeeld of de werknemer zich onder behandeling heeft gesteld en of de behandeladviezen van de behandelaar worden opgevolgd.

Het behandelingstraject voor QVS-patienten dient gebaseerd te zijn op de richtlijn QVS. Dit betekent dat behandelaars samen met de patiënt mogelijkheden tot behandeling hebben besproken. Dat cognitieve gedragstherapie, graded exercise therapie, multidisciplinaire of paramedische behandeling als mogelijke behandelopties zijn overwogen. Dat verlichting van klachten is geboden en strategieën zijn verkend om met de beperkingen om te gaan.

De bedrijfsarts adviseert werkgever en werknemer om, rekening houdend met de belastbaarheid van de patiënt, een activerend re-integratietraject te volgen en goed te monitoren hoe het gaat, alles te documenteren in een plan van aanpak en om bij stagnatie laagdrempelig aan de bel te trekken.

De bedrijfsarts wordt geadviseerd om bij een verzuimduur vanaf een half jaar periodiek een vragenlijst af te nemen voor het objectiveren van de ernst van de vermoeidheid. De werkgroep beveelt hiervoor de Checklijst Individuele spankracht ([CIS-vragenlijst](#)) aan. Daarnaast kunnen eventueel andere vragenlijsten (zoals beschreven in paragraaf 3.3.4) worden gebruikt.

Indien de verwachting is dat werknemer aan het einde van het eerste verzuimjaar nog niet geschikt zal zijn voor zijn arbeid, stelt de bedrijfsarts werkgever en werknemer voor een inzetbaarheidsprofiel te maken en een arbeidsdeskundig onderzoek te laten verrichten.

Na een jaar verzuim volgt de eerstejaarsevaluatie. Indien er tegen het einde van het eerste ziektejaar nog geen definitief zicht is op duurzame werkhervatting in (mogelijk aangepaste) eigen of (andere) passende werkzaamheden bij de eigen werkgever, stellen werkgever en werknemer het plan van aanpak bij, mede gericht op de inzet van een werkhervatting bij een andere werkgever (tweede spoor).

Het eerste spoor (hervatting bij eigen werkgever) wordt pas afgesloten als uit het arbeidsdeskundig rapport blijkt dat dit traject geen toegevoegde waarde meer heeft.

De werkgever moet alle re-integratie inspanningen bijhouden in een re-integratiedossier. Dit vormt de basis van het re-integratieverslag dat aan het einde van het re-integratietraject moet worden opgemaakt en dat dient om te beoordelen of werkgever en werknemer voldoende hebben gedaan om terugkeer naar werk mogelijk te maken. Leiden alle inspanningen niet tot terugkeer naar het werk, dan moet de werknemer een WIA-aanvraag indienen bij het UWV. Voordat een eventuele WIA-uitkering wordt toegekend, beoordeelt het UWV of aan de re-integratie-inspanningen is voldaan.

¹ Voor informatie over gespecialiseerde CGT-behandelaars kan contact worden opgenomen met het [Nederlands Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid \(NKCV\)](#) van het Amsterdam UMC.

Stroomdiagram diagnose Q- koortsvermoeidheidssyndroom

[\(Voor pdf-versie klik hier\)](#)

Is er sprake van persisterende vermoeidheid, eventueel in combinatie met andere klachten?¹

Voorwaarden:

- Er is sprake geweest van een laboratoriumbevestigde acute Q-koorts óf er is sprake geweest van een doorgemaakte ziekte-episode klinisch suggestief voor een acute Q-koortsinfectie met in een later stadium serologisch bewijs voor een doorgemaakte Q-koortsinfectie (mits voorafgaand aan de ziekte-episode geen positieve Q-koortsserologie aanwezig);
én
- De vermoeidheidsklachten waren niet aanwezig vóór de doorgemaakte acute Q-koortsinfectie en zijn aansluitend daaraan ontstaan of sindsdien duidelijk in ernst toegenomen (het zogenaamde 'knikmoment');
én
- Er is sprake van vermoeidheid die aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren (werk en/of privé) veroorzaakt.

nee

Geen QVS

Handel naar bevinden

ja

Onderzoek mogelijkheid chronische Q-koorts

Recente diagnostiek (< 3 maanden)

- a) Immuungecompromiteerde² patiënten of patiënten met een vaatprothese of relevante hartafwijking:
 - IgG-fase I titer $\geq 1:512$.
- b) Overige patiënten:
 - IgG-fase I titer $\geq 1:1024$.

ja

Mogelijk chronische Q-koorts

Verwijs naar een Q-koortsspecialist

nee

Onderzoek andere somatisch en psychiatrische oorzaken voor de vermoeidheid

Zijn er aanwijzingen voor andere mogelijke aandoeningen op basis van een uitgebreide anamnese, uitgebreid lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek van tenminste BSE, CRP, CK, TSH, Hb, leucocyten, leucocyten differentiatie, creatinine, alkalisch fosfatase, ALAT, calcium, glucose, ferritine en een urinesediment?

ja

Geen QVS

Handel naar bevinden

Is er sprake van één van de volgende psychiatrische stoornissen:

- < 2 jaar voordat de klachten zijn ontstaan: bipolaire stoornis; schizofrenie (alle types); waanstoornis of psychosen; dementie van elk type; organische hersenziekten; alcoholmisbruik en/of middelenmisbruik;
- < 5 jaar voordat de klachten zijn ontstaan: eetstoornissen (anorexia of boulimia nervosa); depressie, als depressie eerder aanwezig was dan de vermoeidheid³.

nee

Zijn de klachten ≥ 6 maanden aanwezig?

nee

Diagnose Q-koortsvermoeidheidssyndroom (QVS)

Bespreek met de patiënt de behandelmogelijkheden conform de richtlijn QVS.

Gezien de grote kans dat klachten spontaan herstellen in de eerste 6 maanden na een acute Q-koortsinfectie wordt geadviseerd het natuurlijk beloop tot 6 maanden na aanvang van de infectie af te wachten. In deze periode biedt de arts ondersteuning van klachten en verkent samen met de patiënt strategieën om met klachten en beperkingen om te gaan. Daarnaast kunnen een aantal algemene gezondheidsadviezen voor het dagelijks leven worden meegegeven. Adviseer patiënten bijvoorbeeld op geleide van klachten, beperkingen en belastbaarheid:

- Ondanks de vermoeidheid en andere kenmerkende klachten de rol in het dagelijkse leven (inclusief gezin, werk, sociale activiteiten en hobby's) zoveel mogelijk te blijven vervullen, zo nodig aangepast;
- Te zorgen voor een vast slaap-waakritme en overdag langdurig slapen voorkomen;
- In beweging te blijven door bijvoorbeeld te wandelen of fietsen, eventueel in een lager tempo of op een ander niveau;
- Mentaal actief te blijven;
- Fysieke, mentale en sociale activiteiten af te wisselen en gelijkmatig te verdelen;
- Proberen te voorkomen dat vermoeidheid en andere kenmerkende klachten een centrale plek krijgen in het leven.

1. Vermoeidheid komt bij QVS-patiënten bijna nooit voor als geïsoleerde klacht. Veelal wordt een breed scala aan bijkomende klachten gerapporteerd. Zie stap 3 en paragraaf 3.3.1 van de richtlijn voor een beschrijving van kenmerkende klachten.
2. Bij twijfel: raadpleeg een Q-koortsspecialist.
3. Indien de depressieve stoornis een reactie lijkt op de ernstige vermoeidheid en de daaruit voortvloeiende beperkingen dient de diagnose QVS wel overwogen te worden. Wel dient de behandelaar zich bewust te zijn van het feit dat eerst de behandeling van de depressieve stoornis aandacht behoeft. Bij depressieve klachten in reactie op klachten en beperkingen zonder dat sprake is van een depressieve stoornis kan de diagnose QVS gesteld worden kan de behandeling gericht zijn op QVS.