



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

Jaargang 40, 2005, nummer 3

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Heroïne op medisch voorschrift: resultaten na twee jaar en stand van zaken

volksgezondheid

Onzichtbaar achter glas; illegalen in het Westland

Palliatieve terminale zorg in de regio Haaglanden

Korte berichten

Colofon

september 2005, 40ste jaargang nr. 3

Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag (kernredacteur);
mw. C.J. Kruijthof, arts, Medisch Centrum
Haaglanden, lokatie Westeinde;
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale
Zorg Den Haag e.o.;
dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
(kernredacteur);
drs. E. Pieters, Parnassia, psycho-medisch centrum
Den Haag;
B. Potemans, huisarts in Den Haag
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/ eindredacteur)
prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;
M.H. Waterman (hoofdredacteur), GGD Den Haag.

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
mw. H. Schreiner-Heynen;
tel.: 070 - 353 71 05, fax : 070 - 353 72 92
e-mail: h.schreiner-heynen@ocw.denhaag.nl
*Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij
mw. Schreiner.*

Epidemiologisch Bulletin op internet:

www.denhaag.nl/smartsite.html?id=35469

Lay-out en productie

Facilitaire Dienst, Multimedia Den Haag

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn,
GGD Den Haag, Directeur Volksgezondheid

Via het bulletin wil de redactie de communicatie
aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevenden,
beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid
in de regio Den Haag.

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vorm-
geving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele
gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlij-
nen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat wor-
den opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of
adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in
kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt
van milieuvriendelijk papier.

Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Epidemiologie	
• Heroïne op medisch voorschrift: resultaten na twee jaar en stand van zaken <i>V.M. Hendriks, P. Blanken, W. van den Brink, J.M. van Ree</i>	2
Volksgezondheid	
• Onzichtbaar achter glas; illegalen in het Westland <i>M. Bijl</i>	11
• Palliatieve terminale zorg in de regio Haaglanden <i>T. Leinders</i>	19
Korte berichten	22

Redactioneel

Academisering van openbare gezondheidszorg

Op iedere bijeenkomst waar landelijke partijen een rol spelen, wordt momenteel volop gesproken over de vraag in welke regio's met een stimuleringssubsidie van ZON/MW een academische werkplaats openbare gezondheidszorg gerealiseerd zal gaan worden. Het is een drukte van belang in het academisch en landelijk ondersteuningscircuit. Wie gaat met wie samenwerken? Organiseren we het in een netwerk? Welke universiteit heeft de beste papieren?.....

Lokale en regionale initiatieven lijken nauwelijks een rol te spelen. De discussies bij de zogenaamde coalitievorming gaan vooral over positionering van GGD-en en universiteiten. Het spanningsveld tussen landelijke sturingsopvattingen en lokale of regionale behoeften zal echter met een academiseringsimpuls van ZON/MW niet worden opgelost. Uiteindelijk gaat het om samenwerking en de vraag of we elkaar verstaan en begrijpen. Zijn we in staat om als publiek gefinancierde landelijke instituten om te gaan met de 'grillen' van het lokale en regionale niveau, en kunnen we als lokale en regionale instituties onze maatschappelijke verantwoordelijkheid oppakken en meewerken aan kennisoverdracht buiten de eigen gemeente- en regiogrenzen?

Over Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen gesproken! Stelt u zich voor, het jaar 2015, een parlementaire enquêtecommissie 'MVO-openbare gezondheidszorg'. In ieder geval hebben we dan veel uit te leggen over de aanloop naar de academische werkplaatsen. Waarom beriep men zich er in een aantal regio's al op voorhand op een academische werkplaats te zijn, of waarom werd er na 2012 minder geïnvesteerd in onderzoek en kennisoverdracht ten opzichte van de oorspronkelijke planning? Uiteraard zal het Epidemiologisch Bulletin dat jaar een uitgebreide analyse en achtergrondinterviews bevatten over de werkplaats in noordelijk Zuid-Holland. Uitgangspunt van het Bulletin in 2015 is natuurlijk nog steeds de relatie met de dagelijkse volksgezondheidspraktijk. Dus doen we dan verslag van de laatste ontwikkelingen en evaluatiegegevens van verslavingsproblematiek en meer in het bijzonder de ontwikkelingen rond *heroïneverstrekking op medisch voorschrift* sinds 2005, waarbij we dan aandacht kunnen besteden aan de gebleken effectiviteit van dergelijke verstrekkingen.

In het jaar 2015 is het ook 10 jaar na de internationale dag van de *Palliatieve zorg*. In het Bulletin treft u dan waarschijnlijk een artikel aan over een onderzoek in de grote steden naar de effectiviteit van 'bijna-thuis-huizen' ten opzichte van de dan wellicht in het leven geroepen nieuwe zorgvoorziening 'ziekenhuis aan uw eigen bed'. Tenslotte treft u in 2015 waarschijnlijk een artikel aan over gezondheids- en andere *problemen van illegale werknemers* in de dan bijna volledig geautomatiseerde glastuinbouw in het Westland.

Het voorliggende nummer behandelt genoemde onderwerpen in de Haagse regio anno 2005, zoals gebruikelijk met uitstapjes naar aanpalende beleidsterreinen.

Heroïne op medisch voorschrift: resultaten na twee jaar en stand van zaken

V.M. Hendriks, P. Blanken, W. van den Brink, J.M. van Ree

In 1998 ging in Nederland het onderzoek naar de effectiviteit van heroïne op medisch voorschrift van start. De resultaten van dit onderzoek, die in 2002 door de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) werden aangeboden aan de minister van VWS, toonden aan dat behandeling van heroïne in combinatie met methadon effectiever was dan de standaard methadonbehandeling bij chronisch, therapieresistente heroïneverslaafden. Op grond van dit onderzoek deed de CCBH de aanbeveling om gecontroleerde medische heroïneverstrekking in Nederland structureel te introduceren als laatste farmacotherapeutische interventie voor deze doelgroep en de aanvraag voor registratie van heroïne als geneesmiddel voor deze doelgroep te bevorderen. In onderstaand artikel worden de bevindingen uit het tot dusverre in Nederland verrichte onderzoek samengevat en wordt ingegaan op de huidige stand van zaken met betrekking tot de behandeling van chronisch, therapieresistente heroïneverslaafden met heroïne op recept.

Voorafgaand aan het onderzoek

In 1995 adviseerde de Gezondheidsraad de regering om door middel van een medisch-wetenschappelijk onderzoek de effectiviteit en schadelijkheid vast te stellen van het voorschrijven van heroïne aan chronisch heroïneverslaafden die niet of onvoldoende reageren op de beschikbare medicamenteuze behandelingen, in Nederland met name de methadon onderhoudsbehandeling ('therapieresistente heroïneverslaafden') (1). In reactie op dit advies installeerde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 1996 de Centrale Commissie Behandeling Heroïne-

verslaafden (CCBH), met als taak het onderzoek te ontwikkelen en uit te voeren. Na goedkeuring door de Kerncommissie Ethiek Medisch Onderzoek (KEMO) werd het onderzoeksprotocol in 1997 aangeboden aan de minister van VWS en daaropvolgend besproken in de Tweede Kamer. In 1998 werd begonnen met de uitvoering van het onderzoek in Amsterdam en Rotterdam en vanaf 2000 ook in Den Haag, Groningen, Heerlen en Utrecht.

In Den Haag werd (en wordt) de behandeling met heroïne op medisch voorschrift uitgevoerd door Parnassia Psycho-medisch centrum. Het Parnassia Addiction Research Centre (PARC) was verantwoordelijk voor de uitvoering van het 'Haagse deel' van het landelijke onderzoek. Zoals ook in een aantal andere deelnemende steden bleek het vinden van een geschikte lokatie voor de heroïnebehandeling in Den Haag geen eenvoudige opgave. Zo vond er in 1999 een informatieavond plaats in de Notenburg, waarop veel buurtbewoners protesteerden tegen de komst van de heroïneverstrekking naar een tijdelijke lokatie op het terrein van Parnassia aan de Albardastraat. Mede op basis van het succesvol functioneren van de behandelunit werd recentelijk een in pandige verstrekkingseenheid op dit zelfde terrein geopend.

In een eerder artikel in het Epidemiologisch Bulletin werden achtergrond en opzet van het onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift beschreven (2). In het huidige artikel wordt ingegaan op enkele resultaten uit vervolgonderzoek dat de CCBH heeft verricht naar heroïne op medisch voorschrift.

Over de auteurs:

dr. V.M. Hendriks, psycholoog, hoofd van het Parnassia Addiction Research Centre, Parnassia Psycho-medisch centrum in Den Haag en senior onderzoeker bij de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden; drs. P. Blanken, psycholoog, senior onderzoeker bij het Parnassia Addiction Research Centre, Parnassia Psycho-medisch centrum in Den Haag en onderzoeker bij de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden; prof.dr. W. van de Brink, arts-epidemioloog, hoogleraar Klinische Epidemiologie Verslavingszorg bij het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam, directeur van het Amsterdam Institute for Addiction Research en directeur onderzoek van de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden; prof.dr. J.M. van Ree, farmacoloog, hoogleraar Psychofarmacologie bij het Rudolf Magnus Instituut voor Neurowetenschappen van de Universiteit Utrecht en voorzitter van de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden.

Figuur 1

Opzet onderzoek heroïne op medisch voorschrift (n=549)

	Aantal landelijk	Kwalificatie 4-8 weken	Fase IIa 6 maanden	Fase IIb 6 maanden	Fase III 6 maanden
Inhaleerbare heroïne					
groep A	139	methadon	methadon	methadon	methadon + heroïne
groep B	117	methadon	methadon + heroïne	methadon + heroïne	meest toepasselijke zorg ¹
groep C	119	methadon	methadon	methadon + heroïne	meest toepasselijke zorg ¹
Injecteerbare heroïne					
groep A	98	methadon	methadon	methadon	methadon + heroïne
groep B	76	methadon	methadon + heroïne	methadon + heroïne	meest toepasselijke zorg ¹

¹ Met uitzondering van heroïne op medisch voorschrift; twee maanden na het staken van de heroïnebehandeling kan de behandeling met heroïne onder bepaalde voorwaarden worden herstart op medische indicatie en op individuele basis.

Gerandomiseerde studies naar heroïne op medisch voorschrift

Studiedesign en methode

Het in de periode 1998-2002 uitgevoerde gerandomiseerde onderzoek betrof twee afzonderlijke multicenter, gerandomiseerde gecontroleerde studies naar het effect van het verstrekken van heroïne op medisch voorschrift aan inhaleerende (n=375) en injecterende (n=174) heroïneverslaafden (3)(4). In de studie naar inhaleerbare heroïne werden de deelnemers gerandomiseerd naar drie groepen (A = controlegroep: 12 maanden alleen methadon (n=139); B = experimentele groep: 12 maanden methadon plus heroïne (n=117); C = vergelijkingsgroep: zes maanden alleen methadon, gevolgd door zes maanden methadon plus heroïne (n=119)). In de studie naar injecteerbare heroïne werden de deelnemers gerandomiseerd naar de controlegroep A (n=98) of de experimentele groep B (n=76). (zie figuur 1).

Na afloop van de 12 maanden werd de behandeling met heroïne bij alle deelnemers in de groepen B en C gedurende ten minste twee maanden gestaakt. In deze periode hadden de deelnemers toegang tot de normale beschikbare medische (o.a. methadon) en psychosociale zorg. Patiënten die gunstig hadden gereageerd op de behandeling met heroïne op medisch voorschrift ('responders'), maar die in de twee maanden na het staken van deze behandeling aanzienlijk verslechterden op lichamenlijk, psychisch en/of sociaal gebied, konden in aanmerking komen voor een herstart van de behandeling met heroïne en methadon op medische indicatie (hetgeen hen vooraf was uitgelegd in de patiëntinformatie). In de controlegroepen A kregen de

deelnemers na 12 maanden vanuit het oogpunt van potential benefit een aanbod van zes maanden methadon plus heroïne.

De deelnemers waren heroïneverslaafden die - blijkend uit (bijna) dagelijks gebruik van illegale heroïne en een slechte lichamenlijke gezondheid, psychische toestand en/of slecht sociaal functioneren - geen of onvoldoende baat hadden bij de behandeling in een methadon onderhoudsprogramma. De patiënten werden gerekruteerd uit de bestaande methadon onderhoudsprogramma's in de zes deelnemende steden. In Den Haag namen 71 heroïneverslaafden aan het onderzoek deel: 58 verslaafden die hun heroïne voornamelijk inhaleerden ('chinezen') en 13 voornamelijk injecterende verslaafden. Voor deelname aan het onderzoek dienden de patiënten in de voorafgaande zes maanden regelmatig te hebben deelgenomen aan het methadonprogramma, ten minste 25 jaar oud te zijn en te voldoen aan de DSM-IV-criteria (5) van heroïneafhankelijkheid in de voorafgaande vijf jaar. Zij dienden ten minste 50 mg (studie naar inhaleerbare heroïne) of 60 mg (studie naar injecteerbare heroïne) methadon per dag voorgeschreven te hebben gekregen gedurende een aaneengesloten periode van ten minste vier weken in de voorafgaande vijf jaar. Ondanks deze deelname aan een methadonprogramma met adequate dosering diende er nog steeds sprake te zijn van (bijna) dagelijks gebruik van illegale heroïne, een slechte lichamenlijke of geestelijke gezondheidstoestand en/of slecht sociaal functioneren (d.w.z. 'therapieresistent'). Met betrekking tot het sociaal functioneren werd in het onderzoek specifiek gekeken naar de criminaliteit van de deelnemers en naar hun sociale contacten buiten de drugscene.

Patiënten in de controlegroep continueerden hun methadonbehandeling in hun gebruikelijke methadonprogramma. Patiënten in de experimentele groep werden verwezen naar een speciaal ingericht behandelcentrum, waar zij in aanvulling op methadon een aanbod kregen van heroïne op recept: zeven dagen per week en drie keer per dag. De maximum dosis heroïne bedroeg 400 mg per verstrekkingmoment en 1000 mg per dag. De maximum dosis methadon was 150 mg per dag. De heroïne diende in het behandelcentrum gebruikt te worden, onder toezicht van de behandelstaf. Voor de patiënten in beide behandelgroepen was een zelfde aanbod van psychosociale zorg beschikbaar. Dit aanbod kwam overeen met het gebruikelijke aanbod in methadon onderhoudsbehandelingen.

De metingen werden om de twee maanden uitgevoerd door onafhankelijke, getrainde onderzoeksassistenten. Ten tijde van de beginmeting werden de Addiction Severity Index (ASI) (6)(7) met enkele supplementen, de Symptom Checklist 90 (SCL-90) (8), de Maudsley Addiction Profile-Health Symptom Scale (MAP-HSS) (9) en het Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (10) afgenomen. Kandidaat-deelnemers kwamen voor het onderzoek in aanmerking als er bij hen sprake was van een slechte lichamelijke gezondheid (score ≥ 8 op de MAP-HSS), een slechte psychische toestand (score ≥ 41 voor mannen en ≥ 60 voor vrouwen op de SCL-90), of slecht sociaal functioneren, blijkend uit ten minste zes dagen illegale activiteiten of minder dan zes dagen met langduriger persoonlijk contact met een niet-druggebruiker in de voorafgaande maand. Zelfrapportagegegevens betreffende cocaïnegebruik werden geverifieerd aan de hand van urineanalyses. Zelfgerapporteerde aanhoudingen door de politie werden geverifieerd aan de hand van gegevens uit de politiedossiers. Zelfrapportagegegevens en de genoemde objectieve maten toonden voldoende overeenstemming (respectievelijk 86% en 90% overeenstemming) (11).

De primaire effectmaat in het onderzoek betrof een dichotome succesmaat. Patiënten werden als responder (d.w.z. succesvol behandeld) beschouwd als zij 12 maanden na aanvang van de behandeling ten minste 40% waren verbeterd op ten minste één van de drie uitkomst domeinen (lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren), mits deze verbetering niet ten koste was gegaan van aanzienlijke verslechtering ($\geq 40\%$) op één van deze domeinen, of van een aanzienlijke toename ($\geq 20\%$) in het gebruik van cocaïne of amfe-

tamines. Personen die niet aan deze voorwaarden voldeden, werden beschouwd als non-responder (d.w.z. niet succesvol behandeld).

In de primaire analyse van het effect werd een zogenoemde *intent-to-treat* benadering gevolgd, dat wil zeggen dat alle gerandomiseerde personen in de analyse waren opgenomen, ongeacht of zij de behandeling hadden afgemaakt. Het verschil in uitkomst tussen de behandelgroepen werd vastgesteld aan de hand van het verschil in percentage responders, met een betrouwbaarheidsinterval van 95%. Voorafgaand aan het onderzoek werd afgesproken dat een verschil in percentage responders tussen de behandelgroepen van ten minste 20% als klinisch relevant zou worden beschouwd. De statistische analyse werd uitgevoerd met behulp van SAS, versie 8.0 (SAS Institute, Cary, NC).

Kenmerken van de deelnemers

In tabel 1 worden enkele kenmerken van de deelnemers bij aanvang van het onderzoek beschreven (zie ook: (11)(12)(13)). Uit de tabel blijkt dat de onderzoekspopulatie in beide studies bestond uit voornamelijk autochtone mannen, met een gemiddelde leeftijd van 39-40 jaar. Ongeveer tweederde van de patiënten had een MAP-HSS score van 8 of hoger, het selectie-criterium voor lichamelijke gezondheid. Ongeveer 60% had een SCL-90 score boven de drempelwaarde voor selectie in het onderzoek. In de zes maanden voorafgaand aan de start van het onderzoek voldeed één derde van de deelnemers aan ten minste één (as I) DSM-IV diagnose, uitgezonderd alcohol- en drugsafhankelijkheid (niet in tabel). Van de deelnemers voldeed 70% (studie inhaleerbare heroïne) en 75% (studie injecteerbare heroïne) aan het selectie-criterium voor slecht sociaal functioneren. Uit de tabel blijkt ten slotte dat er in de onderzoekspopulatie sprake was van langdurig en aanzienlijk gebruik van verschillende psychoactieve stoffen. In de maand voor de start van het onderzoek gebruikte 100% van de patiënten regelmatig illegale heroïne en legale of illegale methadon, 84% (studie inhaleerbare heroïne) en 90% (studie injecteerbare heroïne) gebruikte regelmatig cocaïne, en 38% (studie inhaleerbare heroïne) en 40% (studie injecteerbare heroïne) regelmatig alcohol in grote hoeveelheden. In beide studies was er geen significant verschil ($p < 0.05$) in kenmerken tussen de patiënten in de experimentele groep en controlegroep.

Effectiviteit van de behandeling

In het onderstaande wordt de beschrijving van de resultaten beperkt tot die van de groepen die 12

Tabel 1:*Kenmerken van de patiënten bij aanvang van het onderzoek (n=549)*

Variabele	Onderzoek	Onderzoek
	inhaleerbare heroïne (n=375)	injecteerbare heroïne (n=174)
	% / gemiddelde	% / gemiddelde
Achtergrond:		
- geslacht: man	80%	82%
- leeftijd	40 jaar	39 jaar
- culturele herkomst: autochtoon/westers	81%	95%
Lichamelijke gezondheid:		
- MAP-HSS score (0-40)	11	12
Geestelijke toestand:		
- SCL-90 score (0-360)	73	74
Sociaal functioneren:		
- dagen illegale activiteiten afg. maand	10 dagen	12 dagen
- dagen contact met niet-gebruikers afg. maand	16 dagen	13 dagen
Gebruik psychoactieve middelen:		
- jaren regelmatig gebruik:		
heroïne	17 jaar	16 jaar
methadon	12 jaar	12 jaar
cocaïne	9 jaar	11 jaar
amfetamine	5 jaar	6 jaar
alcohol (≥ 5 gl./dag)	11 jaar	9 jaar
- dagen gebruik afg. mnd.:		
heroïne	26 dagen	26 dagen
methadon	29 dagen	29 dagen
cocaïne	17 dagen	19 dagen
amfetamine	2 dagen	2 dagen
alcohol (≥ 5 gl./dag)	21 dagen	17 dagen

maanden heroïne plus methadon, of 12 maanden alleen methadon hadden ontvangen. In de studie naar inhaleerbare heroïne bedroeg het percentage responders op maand 12 in de experimentele groep 48% en in de controlegroep 25%. In de studie naar injecteerbare heroïne was het responspercentage 57% in de experimentele groep versus 32% in de controlegroep. Het verschil in percentage responders van respectievelijk 23% en 25% was in beide studies statistisch significant (inhaleerbare heroïne: $p=0.0002$; injecteerbare heroïne: $p=0.0008$).

Het effect van beëindiging van de heroïnebehandeling

De consequentie van het staken van de behandeling met heroïne op medisch voorschrift na 12 maanden werd onderzocht aan de hand van het percentage responders dat twee maanden na beëindiging van de behandeling aanzienlijk, d.w.z. ten minste 20% ten opzichte van de beginwaarde, verslechterd was op ten minste één van de domeinen waarop men gerespon-

deerd had. Deze analyse werd uitsluitend verricht over degenen die op maand 12 responder waren en de behandeling met heroïne hadden voltooid.

In de studie naar inhaleerbare heroïne bleek 81% van de responders in de experimentele groep twee maanden na het staken van de heroïnebehandeling volgens het beschreven criterium aanzienlijk verslechterd. In de studie naar injecteerbare heroïne was dit bij 84% van de responders het geval. Op alle gehanteerde schalen van de uitkomstindex (zie voorgaande) bleken de scores twee maanden na het staken van de heroïnebehandeling teruggekeerd te zijn naar het niveau van voor aanvang van de heroïnebehandeling. Zoals eerder vermeld, konden deze deelnemers in aanmerking komen voor een herstart van de behandeling met heroïne op recept.

De veiligheid van heroïne op medisch voorschrift

Voor de beoordeling van de medische veiligheid van de behandeling met heroïne werden conform de richt-

lijnen voor Good Clinical Practice alle klinisch relevante medische gebeurtenissen (*adverse events; AEs*) en ernstige medische gebeurtenissen (*serious adverse events; SAEs*) op doorlopende basis door de arts van het behandelcentrum gedocumenteerd en beoordeeld. In het onderstaande wordt alleen op de SAEs ingegaan.

Onder de deelnemers aan de studie naar inhaleerbare heroïne bedroeg de incidentie van SAEs (d.w.z. het percentage patiënten met ten minste één SAE) 12% in de experimentele groep en 8% in de controlegroep. In de studie naar injecteerbare heroïne was de incidentie respectievelijk 12% en 7%. In beide studies was het verschil in incidentie tussen de twee behandelgroepen niet statistisch significant. In totaal werden twee SAEs 'waarschijnlijk' of 'zeker' gerelateerd geacht aan de behandeling met heroïne: één (niet fatale) heroïne overdosis en één (niet fataal) auto-ongeluk bij een patiënt die illegale straatheroïne en cocaïne had gebruikt.

Naast de medische veiligheid werd onderzocht of de behandeling met heroïne op medisch voorschrift leidde tot ongewenste effecten op het gebied van openbare orde, beheersbaarheid en veiligheid. In beide studies gezamenlijk werden in totaal 191 meldingen gemaakt van ongewenste gebeurtenissen op dit gebied, die aan deelnemers van de heroïnebehandeling konden worden toegeschreven. Van deze 191 meldingen was 50 keer sprake van (pogingen tot) smokkel van voorgeschreven heroïne uit het behandelcentrum (in alle gevallen in hoeveelheden die kleiner waren dan de voorgeschreven dagdosis van de betrokkene), 45 keer van bedreiging of verbale agressie, 26 keer van fysieke bedreiging, 38 keer van gebruik van illegale of anderszins verboden middelen en/of dealen en 32 keer van andere overtredingen van de huisregels van het behandelcentrum. Zowel in Den Haag als in de andere deelnemende steden vonden deze incidenten vrijwel zonder uitzondering plaats binnen de behandelunit. De incidenten, die in het merendeel van de gevallen als mild werden beoordeeld, dienen bovendien beschouwd te worden in een context waarin ongeveer 140.000 heroïneverstrekkingen plaatsvonden (1,4 melding per 1000 verstrekkingen).

Voorspellers van behandel-effect

In een aanvullende analyse werd onderzocht of bepaalde patiëntkenmerken bij aanvang van de behandeling prognostische waarde hadden voor uiteenlopende ('differentiële') respons op maand 12 in de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep (zogenoemde effect modifiers) (zie ook: (14)). Het doel van deze analyse was om binnen de onderzoekspopulatie subgroepen heroïneverslaafden te identificeren die wellicht meer baat hadden bij de behandeling met heroïne op medisch voorschrift dan bij de standaard behandeling met methadon. Omdat in de studies naar inhaleerbare en injecteerbare heroïne een vergelijkbaar effect was gevonden (zie voorgaande), werden de gegevens van beide studies samengevoegd.¹

Uit de analyse bleek dat van het totaal aantal onderzochte patiëntkenmerken slechts één variabele een significant interactie-effect vertoonde met de behandelconditie. Patiënten die in het verleden hadden deelgenomen aan een behandeling die op abstinentie was gericht, hadden aanzienlijk meer baat bij de behandeling met heroïne op medisch voorschrift dan bij de standaard methadonbehandeling (respectievelijk 61% versus 24% respons), terwijl patiënten zonder een voorgeschiedenis van abstinenterichte behandeling een vergelijkbare respons hadden in beide groepen (experimentele groep: 39%; controlegroep: 38%) ($p=0.0003$). Een mogelijke (post-hoc) verklaring voor deze bevinding zou zijn, dat patiënten met een verleden van (herhaalde) abstinenterichte behandelingen wellicht beter in staat zijn te voldoen aan de eisen van een vrij strict behandelregime, danwel dat zij meer gemotiveerd zijn om aan een dergelijke behandeling deel te nemen.

De kosten en baten van heroïnebehandeling

Een belangrijke vraag met betrekking tot de behandeling met heroïne op medisch voorschrift is hoe de kosten zich verhouden tot die van de standaard behandeling met methadon. Wellicht belangrijker nog is de vraag hoe de kosten van beide behandelingen zich verhouden tot de besparingen die deelname aan de behandeling met zich mee kunnen brengen. Om deze vragen te kunnen beantwoorden werd een kosten-baten analyse uitgevoerd (zie ook: (16)).

Bij de berekening van de kosten van de behandeling

¹ Voor de beantwoording van deze vraag naar patient-treatment-matching werden in een logistisch regressiemiddel (15) in totaal 44 patiëntkenmerken onderzocht op het gebied van demografische achtergrond, domein waarop de patiënt in het onderzoek was geïncludeerd, lichamelijke en psychische toestand, sociaal functioneren, criminaliteit, gebruik van psychoactieve middelen, behandelvoorgeschiedenis en methadondosering voorafgaand aan de start van het onderzoek.

werd ten eerste gekeken naar de directe medische kosten binnen het programma en daarbuiten. Deze kosten betroffen de kosten van het personeel, de materiële kosten (o.a. methadon en heroïne), additionele behandelkosten en overheadkosten, alsmede de afschrijvingen van de speciaal ingerichte behandelcentra voor de heroïnebehandeling. Een tweede belangrijke categorie betrof de kosten verbonden aan de inzet van politie, justitie en reclassering met betrekking tot de door de verslaafden gepleegde criminaliteit (opsporing, vervolging, berechting, tenuitvoerlegging en reclassering). Ten derde werd gekeken naar de financiële schade die berokkend werd aan slachtoffers (burgers en bedrijven) van criminaliteit. Tot slot werden de kosten bepaald die de behandeling voor de deelnemers zelf voortbracht (bijv. reiskosten naar het behandelcentrum). De totale kosten werden bepaald door de volumecomponent van elk van deze onderdelen te vermenigvuldigen met de prijscomponent.² Uit de kosten-baten analyse kwam naar voren dat de directe medische kosten van de heroïnebehandeling (€ 17.634 per patiënt per jaar) aanzienlijk hoger waren dan die van de methadonbehandeling (€ 1.412 per patiënt per jaar) (16). Deze hogere kosten van de heroïnebehandeling (verschil € 16.222) werden echter ruimschoots gecompenseerd door lagere kosten verbonden aan de inzet van politie en justitie in deze groep (onder patiënten in de heroïnebehandeling: € 8.756 per patiënt per jaar; onder patiënten in methadonbehandeling: € 12.885 per patiënt per jaar; verschil € 4.129), alsmede door de geringere financiële schade die in deze groep werd toegebracht aan slachtoffers van criminaliteit (heroïnebehandeling: € 9.617 per patiënt per jaar; methadonbehandeling: € 34.991 per patiënt per jaar: verschil € 25.374). Wanneer alle kosten worden verdisconteerd (inclusief iets hogere kosten in de heroïnegroep voor additionele behandelkosten en reiskosten; verschil € 488), levert de behandeling met heroïne op medisch voorschrift in vergelijking met de standaard methadonbehandeling een netto besparing op van gemiddeld € 12.793 per patiënt per jaar. Naast gezondheidswinst - ook in termen van een toename van het aantal Quality Adjusted Life Years (QALYs)(16) - levert de behandeling met

heroïne op medisch voorschrift dus een aanzienlijke maatschappelijke besparing op.

Resultaat na twee jaar heroïnebehandeling

Zoals in het voorgaande beschreven, werd de behandeling met heroïne op medisch voorschrift na 12 maanden bij alle patiënten gedurende twee maanden gestaakt. Van de patiënten in de heroïnebehandeling die na 12 maanden responder waren, bleek 81% (inhaleerbare heroïne) en 84% (injecteerbare heroïne) na deze twee maanden aanzienlijk verslechterd te zijn. Volgens protocol kwamen deze patiënten (d.w.z. de responders die vervolgens aanzienlijk verslechterden) in aanmerking voor een herstart van de heroïnebehandeling. Deze herstart vond daadwerkelijk plaats bij 61 patiënten (n=34 inhaleerbare heroïne; n=27 injecteerbare heroïne). Van deze groep namen 53 patiënten een jaar later nog steeds deel aan de heroïnebehandeling. In het onderstaande worden de resultaten van de heroïnebehandeling na twee jaar van deze 53 patiënten samengevat (zie ook: (17)).

In vergelijking met de gezondheidswinst die na de eerste 12 maanden heroïnebehandeling werd bereikt, blijkt het volgende:

- De verbetering van de lichamelijke en psychische gezondheid was na twee jaar heroïnebehandeling gestabiliseerd op respectievelijk 37% en 36% van het niveau van de klachten bij aanvang van de behandeling. Dit niveau is vergelijkbaar met de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand van de doorsnee Nederlandse bevolking (MAP-HSS score 4.8; SCL-90 score 27.2 voor mannen en 38.9 voor vrouwen).
- Het gemiddelde aantal dagen dat patiënten in de voorafgaande maand betrokken waren bij illegale activiteiten was ten opzichte van de aanvangssituatie na twee jaar behandeling met heroïne op recept gedaald van gemiddeld ruim 13 dagen naar 0.25 dagen per maand.
- Het gemiddelde aantal dagen dat patiënten in de voorafgaande maand sociaal contact hadden gehad met niet-druggebruikers was na twee jaar heroïnebehandeling met 60% toegenomen ten opzichte

² Het volume van de behandeling en additionele behandeling werd vastgesteld op basis van de registraties van de behandelcentra en aan de hand van interviews met de deelnemers. De prijs van de additionele behandeling werd afgeleid van CTG-tarieven, CTG-beleidsmaatregelen en een CvZ-richtlijn voor kostprijsberekening in zorgonderzoek. Het volume van opsporing, vervolging, berechting, tenuitvoerlegging en reclassering werd ontleend aan het aantal opgemaakte processen-verbaal. De prijs van deze componenten werd afgeleid van een studie naar criminaliteit en rechtshandhaving van het WODC van het ministerie van Justitie. Het volume van delicten met schade voor slachtoffers werd bepaald aan de hand van interviews met deelnemers aan de heroïnebehandeling en aan de hand van gegevens uit een vervolgonderzoek onder een vergelijkbare groep patiënten. De materiële schade voor burger en bedrijven werd vastgesteld op basis van respectievelijk een SCP-publicatie over de sociale staat van Nederland en aan de hand van gegevens van het NIPO en het Hoofdbedrijfsschap Detailhandel.

- van de aanvangssituatie (beginmeting: 14 dagen; na 12 maanden: 19 dagen; na 2 jaar: 22 dagen).
- Het illegale heroïnegebruik in de voorafgaande maand bleek gedaald van gemiddeld bijna 27 dagen per maand bij aanvang, naar twee dagen per maand na 12 maanden en vervolgens naar minder dan een halve dag na twee jaar.
- Het cocaïnegebruik in de voorafgaande maand was in het eerste jaar gedaald van gemiddeld 12 dagen naar acht dagen per maand. Na twee jaar was het cocaïnegebruik verder afgenomen naar gemiddeld 5.5 dagen per maand.
- Van de 53 patiënten die doorbehandeld werden met heroïne op medisch voorschrift hadden 41 patiënten na een jaar nog steeds baat bij deze behandeling (ruim 75% responders, volgens dezelfde definitie als in het gerandomiseerde onderzoek).

Conclusies en aanbevelingen op grond van het verrichte onderzoek

Op grond van de uitkomsten van het verrichte onderzoek worden de belangrijkste conclusies hier puntsgewijs samengevat:

1. Gecontroleerde behandeling met heroïne in combinatie met methadon van chronisch, therapieresistente verslaafden is effectiever dan voortzetting van de standaard methadonbehandeling. Het effect bleek zeer robuust te zijn en werd aangetoond voor beide toedieningswijzen van heroïne. Bovendien hield het effect stand bij verschillende uitkomstmaten en was het effect onafhankelijk van de behandellocatie (12)(13).
2. De behandeling met heroïne op medisch voorschrift levert bij chronisch, therapieresistente verslaafden klinisch relevante gezondheidswinst op. Onder de responders stabiliseerde de gezondheidssituatie na 12 maanden heroïnebehandeling op een niveau dat vergelijkbaar is met die in de algemene bevolking. Ook het sociaal functioneren verbeterde aanzienlijk, blijkend uit een substantiële daling van de criminaliteit en enige verbetering in de sociale contacten buiten de drugscene. Gedurende de heroïnebehandeling werd geen toename in het gebruik van cocaïne waargenomen. Dit gebruik bleek na 12 maanden licht gedaald.
3. De gunstige effecten van de gecontroleerde heroïnebehandeling zijn gekoppeld aan voortzetting van deze behandeling. Met de toenemende duur van de behandeling nam het aantal patiënten dat baat had bij de behandeling en het aantal domeinen waarop klinische relevante verbeteringen werden bereikt, toe. Ook bleek dat de meerderheid van de responders na het staken van de heroïnebehandeling na 12 maanden binnen korte tijd aanzienlijk verslechterde. Deze verslechtering impliceerde dat de patiënten twee maanden na het staken van de heroïnebehandeling weer even slecht functioneerden als bij de start van de behandeling.
4. De behandeling met heroïne op medisch voorschrift is praktisch uitvoerbaar, leidt niet tot meer ernstige medische gebeurtenissen en veroorzaakt slechts een beperkt aantal, beheersbare, openbare orde problemen.
5. Binnen de groep chronisch, therapieresistente heroïneverslaafden hebben patiënten die in het verleden hebben deelgenomen aan een abstinenterichte behandeling, de grootste kans om baat te hebben bij de behandeling met heroïne op medisch voorschrift. Deze bevinding werd waargenomen voor zowel inhalerende als injecterende heroïneverslaafden. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn, dat patiënten met een verleden van abstinenterichte behandelingen wellicht beter in staat zijn te voldoen aan de eisen van een vrij strict behandelregime, danwel dat zij meer gemotiveerd zijn om aan een dergelijke behandeling deel te nemen.
6. De directe kosten van de behandeling met heroïne op medisch voorschrift zijn weliswaar aanzienlijk hoger dan die van de standaard methadonbehandeling, maar deze hogere kosten worden ruimschoots gecompenseerd door lagere maatschappelijke kosten ten gevolge van een substantiële daling van de criminaliteit onder patiënten die heroïne op medisch voorschrift krijgen. Per saldo levert de behandeling met heroïne op medisch voorschrift in vergelijking met de standaard methadonbehandeling een netto maatschappelijke besparing op van gemiddeld € 12.793 per patiënt per jaar. De gezondheidswinst die met heroïne op medisch voorschrift wordt geboekt, vindt dus plaats tegen lagere maatschappelijke kosten dan bij behandeling in een methadonprogramma.
7. Onder patiënten die na een jaar worden doorbehandeld met heroïne vindt een verdere stabilisatie plaats van de reeds bereikte gezondheidswinst op lichamelijk en psychisch gebied. In het tweede jaar van deelname aan de heroïnebehandeling blijft de betrokkenheid bij illegale activiteiten stabiel laag, nemen de persoonlijke contacten met niet-druggebruikers verder toe, is er nog nauwelijks sprake meer van illegaal heroïnegebruik en is het cocaïnegebruik gehalveerd.

Op grond van de bevindingen deed de CCBH in 2002 de aanbeveling aan de regering de gecontroleerde medische verstrekking van heroïne in combinatie met methadon onder strikte voorwaarden in Nederland te introduceren als uiterste farmacotherapeutische interventie voor chronisch, therapieresistente heroïneverslaafden. Tevens werd aanbevolen de aanvraag voor registratie van heroïne (zowel in inhaleerbare als injecteerbare vorm) als geneesmiddel voor deze doelgroep te bevorderen. Deze registratie vormt een belangrijke voorwaarde om het voor artsen, werkzaam in speciaal daartoe aangewezen behandelcentra, mogelijk te maken om heroïne *lege artis* voor te schrijven.

Verdere ontwikkelingen en stand van zaken

In februari 2002 werd het eindrapport over het onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift door de CCBH aangeboden aan de Minister van VWS. Enkele maanden later, in juni 2002, besloot de Tweede Kamer om de bestaande behandelcapaciteit voor heroïnebehandeling zo optimaal mogelijk te benutten. Er werd geen beslissing genomen over uitbreiding van de behandeling naar andere steden en registratie van heroïne als geneesmiddel. In oktober 2002 verzocht de Minister de CCBH een voorstel uit te werken voor de behandeling van nieuwe patiënten, waarbij in het onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift bijzondere aandacht geschonken zou worden aan de noodzakelijk geachte uitbreiding van het aanbod van psychosociale hulp en aan de optie van abstinentie. In december 2002 installeerde de staatssecretaris van VWS de Commissie Invoeringsaspecten Behandeling Heroïneverslaafden (CIBH). Deze commissie presenteerde in juni 2003 haar voorstel voor de invoering van een 'duurzame, kwalitatief verantwoorde heroïnebehandeling' (18).

In december 2003 maakte de minister van VWS in een brief aan de Tweede Kamer zijn beleidsvoornemens met betrekking tot de behandeling met heroïne op medisch voorschrift kenbaar: continuering van de bestaande behandelcentra en voortzetting van de huidige behandelcapaciteit van 300 plaatsen. De minister van VWS kondigde tevens aan dat op grond van een evaluatie zou worden bezien in hoeverre aanpassing van de huidige situatie aan de orde is en in hoeverre de registratie van heroïne als geneesmiddel aangewezen is. Tot slot zegde de minister toe dat in het voorjaar van 2004 de Tweede Kamer zou worden geïnformeerd over de resultaten van de evaluatie en de conclusies die het kabinet daaraan zou verbinden ten

aanzien van uitbreiding van de behandelcapaciteit.

In de zomer van 2004 ging de Tweede Kamer akkoord met uitbreiding van het totaal aantal beschikbare behandelplaatsen ten behoeve van heroïne op medisch voorschrift tot maximaal 1000. Conform het advies van de Commissie Invoeringsaspecten Behandeling Heroïneverslaafden zouden deze 1000 behandelplaatsen verdeeld moeten worden over maximaal 15 behandel-eenheden in 11 regio's (18). Tevens gaf de minister van VWS aan dat registratie van heroïne als farmaceutisch product niet alleen noodzakelijk was om medische heroïne ook te kunnen verstrekken na afloop van het onderzoek, maar ook wenselijk: om de kwaliteit, controle, veiligheid en de criteria voor het voorschrijven en nadere eisen aan de betrokken artsen en/of instellingen op die manier te kunnen vastleggen. De minister merkte daarbij op dat het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) onafhankelijk oordeelt over de registratie van farmaceutische producten. Momenteel wordt de aanvraag bij het CBG voor registratie van heroïne als geneesmiddel voor chronisch, therapieresistente heroïneverslaafden door de CCBH voorbereid.

Literatuur

1. Gezondheidsraad. Het voorschrijven van heroïne aan verslaafden aan heroïne. Gezondheidsraad: Commissie Medicamenteuze Interventies bij Drugverslaving. Publikatie nr 1995/12. Den Haag, 1995.
2. Hendriks VM, Van den Brink W, Blanken P, Van Ree JM. Onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift: achtergrond en opzet. Epidemiologisch Bulletin 2000; 35: 13-19.
3. Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden. Onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift. Utrecht, 1997.
4. Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden. Onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift. Tweede herziene druk. Utrecht, 1997.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of the mental disorders (fourth edition). Washington DC.
6. McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, McGahan P, O'Brien CP. Guide to the Addiction Severity Index: Background, administration and field testing results (NIDA Treatment Research Monograph Series). Rockville MD, 1985.
7. Hendriks VM, Kaplan C, Van Limbeek J, Geerlings P. The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population. Journal of Substance Abuse Treatment 1989; 6: 133-141.

- epidemiologie
8. Arrindell WA, Ettema H. SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986.
 9. Marsden J, Gossop M, Stewart D, Best D, Farrell M, Lehmann P, Edwards C, Strang J. The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction* 1998; 93: 1857-1867.
 10. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview: Version 2.0. Geneva: World Health Organization: Mental Health Division, 1996.
 11. Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden. Medical co-prescription of heroin: Two randomized controlled trials. Utrecht, 2002.
 12. Brink W van den, Hendriks VM, Blanken P, Koeter MWJ, Van Zwieten BJ, Van Ree JM. Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *British Medical Journal* 2003; 327: 310-312. (zie ook: Correction. *BMJ* 2003; 327: 724 en Author's reply. *BMJ* 2004; 328: 229a).
 13. Hendriks VM, Van den Brink W, Blanken P, Koeter MWJ, Van Zwieten BJ, Van Ree JM. Heroïne en methadon op medisch voorschrift voor chronisch, therapieresistente heroïneverslaafden: twee gerandomiseerde studies. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2003; 147: 2065-2071.
 14. Blanken P, Hendriks VM, Koeter MWJ, Van Ree JM, Van den Brink W. Matching of treatment-resistant heroin-dependent patients to medical prescription of heroin or oral methadone treatment: results of two randomized controlled trials. *Addiction* 2005; 100: 89-95.
 15. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression, 2nd edn. New York: John Wiley & Sons, 2000.
 16. Dijkgraaf MGW, Van der Zanden BP, De Borgie CAJM, Blanken P, Van Ree JM, Van den Brink W. Cost utility analysis of medical co-prescription of heroin compared to methadone maintenance treatment for chronic, treatment resistant heroin addicts: results from two Dutch randomised trials. *British Medical Journal* 2005; 330: 1297-1300.
 17. Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden. Informatie over de stand van zaken van het onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift. Utrecht, 2004.
 18. Commissie Invoeringsaspecten Behandeling Heroïneverslaafden. Over blijvende zorg. Utrecht, 2003.

Onzichtbaar achter glas; illegalen in het Westland

M. Bijl

In de laatste drie decennia zijn illegalen geleidelijk aan een vast onderdeel gaan vormen van onze samenleving. De meesten komen als arbeidsmigranten en velen vinden werk ondanks het feit dat het overheidsbeleid erop gericht is illegaal verblijf en illegale tewerkstelling te ontmoedigen. Met name vanaf begin jaren negentig is dat beleid aanzienlijk verscherpt, controles namen toe, illegalen werden uitgesloten van voorzieningen waar ze eerder nog wel toegang toe hadden.

Met de uitbreiding van de Europese Unie komen nieuwe arbeidsmigranten met een sterkere status, die ten dele de traditionelere groepen illegalen vervangen. Toch blijft illegale tewerkstelling een terugkerend fenomeen en de omstandigheden waaronder het plaatsvindt worden grimmiger.

In Nederland zijn we over het algemeen slecht geïnformeerd over de situatie van illegale werknemers. Huisartsen bij wie illegalen op het spreekuur komen, komen wel iets te weten, maar alleen over hun gezondheidsklachten. Stek en OKIA¹, twee organisaties die in hun dagelijks werk met illegalen te maken hebben, hebben nu onderzoek verricht naar de geschiedenis en achtergronden van illegale tewerkstelling in de glastuinbouw van het Westland, al dertig jaar een grote werkgever van Haagse illegalen (1). Zij werkten daarbij samen met de Wetenschapswinkel van de Wageningen Universiteit, die een deelonderzoek liet uitvoeren naar achtergronden van illegale arbeid in deze sector in het Westland (2).

In *'Onzichtbaar achter glas'*, waarop onderstaand artikel is gebaseerd, komen de betrokken werknemers zelf aan het woord: de kern van het onderzoek bestond uit een uitgebreide enquête naar werk- en leefomstandigheden onder honderd (voormalige) illegalen. Een deel van deze enquête ging over de gezondheid van de respondenten. Het artikel beschrijft de situatie waarin illegalen in het Westland werken en leven en geeft een indicatie van hoe het gesteld is met hun gezondheid, mede als gevolg van deze situatie.

De invoering van de Koppelingswet, juli 1998, is één van de markeringspunten in de wordingsgeschiedenis van de illegale arbeidsmigrant zoals we die nu kennen. Op dat moment werden illegalen - dat wil zeggen mensen die geen toestemming hebben om in Nederland te verblijven - afgesloten van de toegang tot alle overheidsvoorzieningen (op enkele uitzonderingen na, waar vanwege zwaardere wetgeving niet aan kon worden getornd).

Zo kon men zich ook niet langer verzekeren tegen ziektekosten. Protesten vanuit het veld tegen het voornemen om (de bekostiging van) medische zorg alleen nog te verlenen in 'acuut levensbedreigende situaties' leidden tot wijziging hiervan in 'medisch noodzakelijke zorg' en o.a. tot de instelling van het

Koppelingsfonds voor het bekostigen van de noodzakelijke zorg. De ziektekostenverzekering was altijd gebonden aan de mogelijkheid om 'wit' te werken en uiteraard afhankelijk van of de werkgever premies en loonbelasting over het werk afdroeg, maar vanaf 1998 was ook dit niet meer mogelijk. Illegalen vielen voortaan buiten het sociaal-fiscaal systeem.

Het voorbeeld van de Koppelingswet van 1998 geeft aan dat de invulling van het begrip illegaal door de tijd heen kan wijzigen. Los van de eigen kenmerken (nationaliteit, geslacht, leeftijd, enz.) wijzigt de figuur van de illegale arbeidsmigrant door de tijden heen als gevolg van beleidskeuzes: door de toegang tot rechten, de mate van controle, strafbaarheid, etc. Een van de onderzoeksvragen was daarom: welk beleid is er

Over de auteur:
Marijke Bijl is medewerker van Stichting OKIA.

¹ OKIA, OndersteuningsKomitee Illegale Arbeiders, werd in 1992 opgericht op verzoek van een zelforganisatie van illegalen en kreeg als taak voorlichting te geven over leef- en werkomstandigheden van illegalen. Was o.a. betrokken bij oprichting medisch netwerk voor illegalen.

Stek - voor Stad en Kerk, is een dienstverlenende organisatie van en voor de Protestantse Gemeente 's Gravenhage (PGG). Stek richt zich op kwetsbare mensen in de stad en op kerkelijke gemeenten en hun vrijwilligers.

gevoerd (op papier, in praktijk) en welk effect heeft dat gehad op de condities waaronder illegalen werken en leven?

Een andere factor, naast het overheidsbeleid, is de klaarblijkelijke vraag naar illegalen vanuit een aantal specifieke economische sectoren. De glastuinbouw van het Westland werkt al dertig jaar met illegalen, maar ook elders in Europa en in de Verenigde Staten is illegale arbeid in de intensieve tuinbouw een gevestigd fenomeen, hoewel ook daar sprake is van een ontmoedigingsbeleid.

Kerndoel van het onderzoek was om de onderlinge dynamiek tussen de vraag in de sector, het overheidsbeleid en de omstandigheden waaronder illegalen leven en werken te achterhalen.

In dit artikel wordt met name ingegaan op dat laatste, maar vooraf worden nog enkele relevante ontwikkelingen in overheidsbeleid en sector beschreven.

Het beleid

De benoeming 'illegaal' als zodanig voor een arbeidsmigrant is niet van alle tijden. In de jaren vijftig en zestig van de afgelopen eeuw werden mediterrane arbeidskrachten geworven om hier in tekorten te voorzien. De migranten die los van de wervingskanalen op eigen gelegenheid kwamen, werden 'spontane' migranten genoemd. Als in 1968 de werkloosheid licht toeneemt, duikt voor het eerst het woord illegaal op voor deze groep. De oliecrises van midden jaren zeventig, die een sterke stijging van de werkloosheid met zich meebrengen, zetten aan tot een verdere verscherping van het beleid, in 1979 uitgewerkt in de Wet Arbeid buitenlandse Werknemers: de werkgever van een illegaal is strafbaar met een boete tot 10.000 gulden. Tekorten dienen vanuit de Nederlandse arbeidsmarkt te worden opgevangen. In de jaren negentig wordt het beleid werkelijk aangescherpt. Controles nemen toe, boetes worden verhoogd. Vanaf 1992 wordt aan illegalen geen softi-nummer meer verstrekt. De eerder genoemde Koppelingswet sluit in 1998 ook de oude groepen af van voorzieningen.

De glastuinbouw van het Westland

Al ruim honderd jaar wordt het Westland gekenmerkt door een sterke gerichtheid op de (internationale) markt en een voortdurende innovatie om de teelt te verbeteren en de productie te verhogen. Het veilingstelsel (concentratie van de handel, standaardkwaliteit) en de aanwezigheid van transportcentrum Rotterdam geven de regio de wind in de rug. Als na de Tweede Wereldoorlog het supermarktsysteem zijn

intrede doet in Europa, heeft het gebied enkele decennia een grote voorsprong op andere regio's. Vanaf begin jaren negentig verandert die vanzelfsprekendheid. Consumenten gaan hogere eisen stellen en hebben meer keus. Supermarkten kunnen wereldwijd inkopen; voor de tuinders brengt de wijziging van een aanbodmarkt in een vraagmarkt hogere eisen met zich mee. Marktgerichtheid, hoge kwaliteit en prijsbeheersing zijn meer nog dan voorheen noodzakelijk om te overleven. In dat laatste speelt arbeid, vaak rond een derde van de kosten, een belangrijke rol. Schaalvergroting, automatisering en zelfs robotisering behoren tot de middelen.

De invulling van de benodigde arbeid was al vanaf de jaren zestig een probleem. Tot die tijd waren het vooral de tuinder en zijn gezin en opeenvolgende generaties tuinwerkers uit de streek die het werk verzetten. Maar na de Tweede Wereldoorlog zijn er meer keuzemogelijkheden en velen kiezen ander werk. Vanaf begin jaren zeventig vullen Marokkanen en Turken steeds meer de gaten op. En omdat in deze periode het restrictieve toelatingsbeleid vorm krijgt, is dit het begin van de illegale tewerkstelling.

De toenemende automatisering vervangt steeds meer arbeidshandelingen, maar door de gelijktijdige verhoging van de productie blijft de vraag naar de 'handjes' per oppervlakte ongeveer gelijk. Het werk verandert daardoor wel: eentonig, repeterend werk gaat een groter deel van het werk uitmaken. Dit kan makkelijker worden uitbesteed aan inleenkrachten.

De enquête

De jaren negentig kenmerken zich door toename van controles en uitsluiting van illegalen, en een grotere prijsdruk op de sector.

Om na te gaan welke effecten dat heeft gehad op de omstandigheden rond de tewerkstelling van illegalen is in de enquête gevraagd naar twee perioden: 1990/1991 en 2001/2002. Over beide perioden is uitgebreid gevraagd naar verschillende aspecten rond de arbeid en ook naar het persoonlijk leven van de respondenten, o.a. hun gezondheid.

Uitvoering van de enquête vond plaats van augustus t/m december 2003. Respondenten werden via verschillende kanalen geworven: migrantenorganisaties, gezondheids- en maatschappelijk werkers, buurthuizen, kerken etc.

Van de 103 ingevulde enquêteformulieren bleken 98 geschikt voor het onderzoek. Waarschijnlijk zijn Marokkanen en Turken in de groep wat oververtegenwoordigd. Toch denken we dat de groep respondenten

Tabel 1*Nationaliteiten en periode van aankomst van de respondenten.*

	Land						Totaal
	Turkije	Marokko	Egypte	Bulgarije	Polen	Ghana	
1975-1980	5	1					6
1981-1985	8	6	1				15
1986-1990	14	15	2				31
1990-1995	3	1					4
1996-2000	3	20		1	1	2	27
2001-2003		5		5	5		15
Totaal	33	48	3	6	6	2	98

voldoende gevarieerd was (zie tabel 1) om een beeld te krijgen van de richting van de ontwikkelingen tussen de twee peilperioden. Het is ook goed gelukt - zonder dat daarop is geselecteerd - om een evenwichtige verdeling tussen de twee peilperioden te krijgen. Ongeveer de helft kon informatie geven over de eerste periode en een gelijk percentage over de tweede (1990 49; 1991 52; 2001 54; 2002 56).

Ontwikkelingen in het werk

Aantallen en dienstverbanden

In de tweede helft van de jaren zeventig wordt het aandeel van illegale migranten in het Westland al geschat op een kwart van de loonarbeiders. In die begintijd woont een groot deel van deze werknemers, vooral Marokkanen, direct op de tuin, waardoor zij altijd en voor alle werkzaamheden inzetbaar zijn. Ook wanneer de meeste illegale arbeiders in de stad gaan wonen blijft de inzet grotendeels hetzelfde: vanuit jarenlange arbeidsrelaties ontstaan goed ingewerkte, allround inzetbare werknemers, die bovendien de eerste buffer vormen in de arbeidspieken door hun beschikbaarheid voor (veel) overuren.

Maar in de jaren tachtig zien we het begin van de inzet van illegalen via loonbedrijven, voor het verrichten van specifieke werkzaamheden tijdens pieken.

Vanaf 1992 neemt dit geleidelijk toe door de toenemende behoefte aan flexibele inzet, maar ook door de behoefte om de verantwoordelijkheid voor het in dienst hebben van een illegaal te verleggen. De groep respondenten die vóór 1992 was gekomen blijft vaak in dienst van de tuinder, 'nieuwkomers' komen vanaf dan vaker direct in dienst van een intermediair, soms alleen op papier. Waarschijnlijk is het niet langer verstreken van een sofi-nummer hierbij een belangrijke factor geweest.

Met de verschuiving naar het werken via intermediairen vindt ook een toename van kortere arbeidsrelaties plaats; veel respondenten worden in de laatste periode vaker ingeschakeld voor uiterst korte baantjes, van een half jaar tot een maand. De gemiddelde duur van een arbeidscontract was in 1990: 6,1 jaar, in 2002: 3,5 jaar. Het aantal arbeidsjaren dat door illegalen wordt vervuld is mogelijk afgenomen, maar door de gefragmenteerde arbeid betreft het nu een grotere groep, die maar af en toe werk vindt.

Het percentage illegalen op de bedrijven van de respondenten ligt in de eerste peilperiode rond de 58% bij de tuinders, en 80% bij de intermediairen. In de tweede periode wordt bij beide soorten dienstverband 40% illegale werknemers genoemd, maar in deze

Tabel 2*Soorten dienstverbanden in de verschillende peiljaren.*

	in dienst tuinder	N	in dienst intermediair	N
1990	68,8%	33	31,3%	15
1991	67,9%	36	32,1%	17
2001	32,1%	18	67,9%	38
2002	29,3%	17	70,7%	41

periode geven velen aan door de gefragmenteerde arbeid zo weinig van hun collega's te weten, dat zij niet kunnen zeggen of zij illegaal zijn of niet.

Werktijden en werktempo

Een belangrijk voordeel voor de tuinder van het werken met een illegaal schuilt in de werktijden die hij van zijn werknemer kan verlangen: die liggen ver buiten de CAO-normen. In overgrote meerderheid maken de respondenten lange werkdagen en -weken, en dat lange tijd achter elkaar. Vooral in warme periodes en bij kwetsbare producten, èn als er politiecontroles worden verwacht, wordt ook 's zondags en 's nachts gewerkt.

De meest extreme werktijden worden genoteerd bij de inleenbedrijven:

Respondent 41 werkte in 1990 via een loonbedrijf in een chrysantenkas. In de zomer werkte hij al snel 50 uur, maar ook regelmatig 70 en één keer 90. Het kwam vaker voor dat hij 24 uur, dus ook 's nachts, doorwerkte. Hij sliep dan 2 uur in de kas. Zo is hij ook wel eens 48 uur doorgaan.

Alleen al in de zomer overschrijden velen het aantal uren van een vol CAO-jaar. In het laagseizoen werken ze daarentegen vaak minder dan de CAO-week.

In de tweede peilperiode liggen de gemiddelde werktijden lager. De flexibiliteit in de arbeidsbehoefte wordt opgevangen doordat er meer inleenkrachten tegelijk worden ingezet, soms maar voor een paar uur per dag.

In de laatste periode gaat ook het werktempo een grote rol spelen. Waarschijnlijk kon van een illegaal altijd al een hoger werktempo worden gevraagd, maar twee factoren, verhogen dit nog:

- het uitzendwerk op zich, waarbij een tuinder werkt met verschillende (concurrerende) uitzendbureaus en daarvan degene die de snelste (en goedkoopste) werkers levert het meeste werk geeft, en
- de aan de persoon gebonden productieregistratie per computer. De tuinder kan daarmee aan het einde van de dag zien wie wat heeft gedaan en vervolgens het uitzendbureau laten weten wie hij de volgende dag wel of niet wil terugzien. In de laatste peilperiode werkt de helft van de respondenten met dit systeem.

Over 1990 noemt nog 58% van de respondenten het ervaren werktempo 'hoog', in 2002 is dat gestegen naar 72%. Van degenen in dienst bij een tuinder noemt eenvierde het werktempo te hoog; bij de

respondenten in dienst van een intermediair is dat drievierde.

Beloning

Het beleid om vanaf 1992 geen sofi-nummer meer te verstrekken aan nieuwe illegalen en om in 1998 illegalen uit de 'kring der verzekerden' te stoten heeft onder de groep respondenten zichtbaar een toename van zwart werk tot gevolg (van 14,6% in 1990 naar 81% in 2002).

Voor een aantal respondenten (19%) loopt het 'witte' werk nog lang door. Dit zijn mensen die al heel lang in Nederland zijn, al lange tijd bij dezelfde tuinder werken en nog een procedure hebben lopen.

In de eerste peilperiode is het uurloon gemiddeld 89% van het CAO-loon en in de tweede 74%. Hoewel in de eerste periode de hoogste lonen worden gehaald door de nachtwerkers en enkele stukloonwerkers, vallen verder de hoogste lonen gemiddeld in een lange arbeidsrelatie. Een aantal respondenten wordt wat betreft werkervaring en gemaakte uren dichtbij het CAO-loon betaald. Zoals gezegd schuilt het grote voordeel voor de tuinder in de vele overuren, waarover geen toeslagen worden betaald. In de laatste periode zien we bij de groeiende groep die voor verschillende intermediairen werkt, dat arbeidservaring nauwelijks nog extra wordt betaald. Wie te veel loon vraagt (of hetzelfde als eerder) vindt minder snel werk. Gelijkijdig is er een toename van het niet of niet volledig uitbetalen van loon. In 2001 heeft maar iets meer dan de helft van de respondenten in dienst van een intermediair het gehele -afgesproken- loon ontvangen.

Weerbaarheid

Eenderde van de respondenten is weleens aangehouden door de politie en iets meer dan een vijfde is daarna het land uitgezet. (Op twee na zijn daarvan allen binnen twee à drie maanden naar Nederland teruggekeerd.)

De politiecontroles hebben hun weerslag op de organisatie in de kas, o.a. door meer nachtwerk en meer dienstverbanden via een intermediair. Door de toename van gefragmenteerde arbeidsrelaties, de concurrentie en het wegvallen van formeel geregistreerde arbeid (zwart werk, werken onder een andere naam) wordt de weerbaarheid van de mensen sterk ondermijnd. Vanuit een formele arbeidsrelatie kon een werknemer nog naar de rechter stappen om bijvoorbeeld achterstallig loon op te eisen. Negen van de respondenten hebben die stap wel eens gezet. In de laatste periode komt dat niet meer voor, hoewel het theoretisch nog mogelijk zou zijn.

Tabel 3

Percentages respondenten die last hadden van de genoemde klachten.

Last van:	1990	1991	2001	2002
Gewrichten	14,6%	13,2%	14,3%	12,1%
Nek en schouder	10,4%	9,4%	26,8%	22,4%
Rug	2,1%	1,9%	33,9%	25,9%
Kortademigheid	2,1%	1,9%	5,4%	1,7%
Hoofd	12,5%	11,3%	25%	22,4%
Huid	8,3%	5,8%	7,1%	3,4%
Spanningen	14,6%	17%	33,9%	27,6%
Slapeloosheid	12,5%	15,1%	28,6%	20,7%
Schade door ongeluk	0%	1,9%	3,6%	1,7%
Andere klachten	12,5%	13,2%	8,9%	6,9%
aantal respondenten	48	53	56	58

Persoonlijke omstandigheden

Een kleiner gedeelte van de enquête ging over persoonlijke aspecten van het bestaan: huisvesting, de relatie met gezin en herkomstland, gezondheid en het gebruik van zorg.

Huisvesting

De meerderheid van de respondenten (in beide peilperioden tweederde) woont in een pension. In de eerste periode heeft slechts één op de acht respondenten daar een kamer alleen, in de tweede periode iets meer, één op vijf. In beide perioden deelt ongeveer de helft van de respondenten een kamer met één ander. De rest deelt de kamer dus met meer mensen, wat kan oplopen tot zeven andere kamergenoten. Het aantal medebewoners in een pension varieert in de eerste periode van drie tot twaalf, in de laatste periode tot twintig bewoners.

Over het algemeen delen alle huurders één toilet, douche en keuken. Klachten over het wonen betreffen vooral het wonen met niet zelf gekozen anderen in een kleine ruimte. Veel respondenten hebben hier nooit anders dan in een pension gewoond. De meest gunstige positie hebben waarschijnlijk de mensen die gezamenlijk, met zelfgekozen anderen, een huis huren.

Respondent 8: 'We woonden met zeven mensen in een huis met twee kamers. Nieuwe bewoners kwamen en gingen weer. Je wist vaak niet wie er woonde en wie op bezoek kwam. Het was altijd druk. Je kon niet rustig koken, douchen of slapen. In een van de kamers werden drugs gebruikt en verkocht. Ik had daar niks mee te maken; toch voelde ik me onveilig; ik was steeds bang voor een politie-inval'.

Relatie met gezin en herkomstland

Van de 98 respondenten zijn 53 getrouwd en daarvan hebben allen, behalve één, ook kinderen. Daarnaast hebben twee ongehuwden een kind. Van slechts negen respondenten verblijven de kinderen hier. De overgrote meerderheid woont dus gescheiden van vrouw en kinderen. Meer dan de helft (52) is nooit terug naar huis geweest, 30 respondenten zijn minimaal 15 jaar niet teruggeweest.

Het is een terugkerend thema dat het moeilijk is om naar huis 'op vakantie' te gaan. Verschillende respondenten vertellen over het moeten kopen van documenten op de zwarte markt of van het inschakelen van mensensmokkelaars. Voor velen weegt het zwaar dat ze essentiële momenten missen in het leven van hun naasten.

Respondent 5 kwam in 1988 op zijn zeventiende naar Nederland. In 1994 overleed zijn broertje van zeven jaar. 'Op dat moment besepte ik weer wat mijn positie als illegaal betekende. Ik wou mijn verdriet met mijn moeder en met mijn vader en met de rest van mijn familie delen. Ik werd er gek van dat ik mijn verdriet niet kon verwerken.' De moeder van respondent werd een aantal keren in het ziekenhuis opgenomen, maar hij kon haar niet bezoeken. 'Ik was bang dat ik mijn moeder zou verliezen voordat ik de kans kreeg om haar te zien'.

Gezondheid

Klachten

In de enquête hebben we de respondenten per peiljaar gevraagd of ze terugkerend (dus meer dan nu en dan) last hadden van gezondheidsklachten.

Tabel 3 geeft de klachten weer die zijn opgenomen in

de vragenlijst. Een deel van deze klachten is afgeleid van de toptien van de arbeidsrisico's in de glastuinbouw, zoals weergegeven in een rapport van het Productschap Tuinbouw uit 2001.²

De antwoorden zijn in percentages weergegeven, hoewel het in enkele gevallen om weinig respondenten gaat. Ze kunnen als niet meer dan een *indicatie* gelezen worden.

In beide peilperioden heeft ongeveer één op de zeven respondenten regelmatig last van de gewrichten. Nek- en schouderklachten laten een verdubbeling zien in de tweede peilperiode en rugklachten, die in de eerste periode maar in geringe mate worden genoemd, zijn in de tweede periode gestegen: van een enkeling naar ongeveer eenderde van de respondenten. Over de tweede periode worden twee maal zo vaak spanningen genoemd als over de eerste en ook slapeloosheid wordt vaker genoemd.

Bij veel klachten is er een relatie met de lengte van het verblijf. In het bijzonder klachten over slapeloosheid, spanningen, gewrichten en hoofdpijn werden gemeld door mensen die langer in Nederland verblijven (tussen 11 en 7 jaar). Hier doorheen speelt de leeftijd. Wie hier langer is, is meestal ook ouder.

Terzijde en aanvullingen

Een aantal opmerkingen over de waarnemingen. In het begin van de uitvoering van de enquête vroegen we of mensen in een peiljaar last hadden gehad van hun gezondheid en als het antwoord 'nee' was, zijn we niet meer de lijst afgelopen.

Later merkten we dat de respondenten toch last hadden gehad van spanningen of slapeloosheid; daarop zijn we de lijst voortaan wel langsgegaan. Het werkelijke aantal van deze klachten ligt dus waarschijnlijk hoger; dit wordt ook gestaafd door de opmerkingen die veel respondenten aan het eind van de interviews maakten: de druk van het bestaan, de onzekerheid over de toekomst, het gevoel een deel van het leven weggegooid te hebben, werden genoemd als een terugkerende last.

Een huisarts in de Schilderswijk aan wie we deze gegevens hebben voorgelegd, vertelt dat veel van haar patiënten ook niet direct spanningen en stress als

gezondheidsaspecten noemen. Zij heeft het idee dat het getal veel hoger ligt. Zij heeft in haar praktijk al vele jaren ook illegale patiënten. In haar woorden is het bestaan in illegaliteit voor velen een bestaan in een 'uitzichtloze alarmfase'. Wonen zonder rust, werken onder druk en zonder perspectief voor de toekomst geven een permanente psychische belasting. Zij schat dat 25% van haar patiënten in deze situatie werkelijk depressief is.

Veel klachten van de lijst kunnen voor een belangrijk deel een psychosomatische achtergrond hebben, zoals hoofdpijn, nek- en schouderklachten. Maar ook de effecten van het repeterende werk ziet deze huisarts regelmatig terug. Wanneer mensen met gewrichts-, nek- of rugklachten geen rust kunnen nemen, of als er op het werk geen aanpassingen worden gedaan, kunnen dergelijke klachten invaliderend worden.

Twee voorbeelden geven aan dat aanpassingen op het werk niet gebruikelijk zijn.

Respondent 53 werkt in de bloemen via een uitzendbureau. Hij heeft last van rugklachten, maar hij moet door blijven werken. De baas houdt geen rekening met zijn beperkingen en geeft hem opdrachten om klussen uit te voeren die zijn rug erg belasten, zoals bloemen poten en zware karren trekken. Als hij de baas vraagt om een paar dagen vrij te nemen om uit te rusten, krijgt hij als antwoord: 'Je mag wel weg, maar je hoeft bij mij niet terug te komen'.

Respondente 75 werkte hoogzwanger door en is ook na de bevalling weer snel gaan werken. Ze had last van haar rug en haar gewrichten, maar ze moest wel, zegt ze, ze had geen doorbetaald verlof. Ze was blij dat haar baas haar in ieder geval nog liet werken.

Ziektekostenverzekering en artsbezoek

Met de invoering van de Koppelingswet op 1 juli 1998 is voor illegalen de mogelijkheid verdwenen om een ziektekostenverzekering af te sluiten, al kan een verzekering in de praktijk nog wel even doorlopen omdat de uitvoerders niet direct hun hele bestand kunnen 'schonen'.

Tabel 4 geeft aan hoeveel respondenten in de verschillende peiljaren waren verzekerd tegen ziektekosten en hoe vaak zij - in dat jaar- een arts bezochten.

² Het Productschap Tuinbouw liet in 2001 onderzoek verrichten naar de arbo-risico's in de sector, door Peter Tamsma en Anja van der Zwan van Relan Arbo. Arbo-verkenning tuinbouw, 2001. Het rapport kwam tot de volgende top-tien van arbeidsrisico's voor werknemers in de glastuinbouw: (1) lichamelijke belasting veroorzaakt door repeterende bewegingen tijdens oogsten, sorteren etc; (2) blootstelling aan allergenen; (3) vallen van hoogte bij het werken met buisrailkarren en het werken aan het kasdek; (4) werken met gevaarlijke stoffen en bestrijdingsmiddelen; (5) ongunstige werkhoudingen; (6) veiligheid van machines; (7) veiligheid van kinderen; (8) het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen; (9) trekken en duwen van karren; (10) waterbassins.

Tabel 4

Verzekeringsstatus en bezoek aan arts.

Peiljaar	Verzekeringsstatus	aantal mensen	Arts bezocht	Geen arts bezocht
1990	Onverzekerd	8	4	4
	Verzekerd	39	30	9
	Totaal	47	34	13
1991	Onverzekerd	10	4	6
	Verzekerd	42	34	8
	Totaal	52	38	14
2001	Onverzekerd	42	12	30
	Verzekerd	13	11	2
	Totaal	55	23	32
2002	Onverzekerd	43	11	32
	Verzekerd	10	9	1
	Totaal	53	20	33

In de eerste periode was gemiddeld driekwart van de respondenten tegen ziektekosten verzekerd, in de tweede één op vijf.

Dat laatste ligt bij deze respondentengroep waarschijnlijk bovengemiddeld hoog. Relatief veel van de respondenten verkeren door hun lange verblijf en arbeidsrelatie nog in een formele verzekerde positie.

Artsenbezoek

In de eerste peilperiode bezoekt gemiddeld tweederde van de respondenten wel eens een arts, in de tweede peilperiode is dat iets meer dan de helft. We zagen ook dat in deze jaren een toename plaatsvindt van verschillende klachten.

De daling van het artsbezoek vindt vooral plaats bij de onverzekerden. De afname van artsbezoek, terwijl er tegelijkertijd een toename van klachten plaatsvindt, zou veroorzaakt kunnen worden door het soort klachten waarvan respondenten niet verwachten dat een arts ze kan verhelpen, maar het lijkt er toch vooral op dat illegalen door hun onverzekerde status een hogere drempel ervaren om een arts te bezoeken.

Eén respondent zegt expliciet dat hij niet naar een arts geweest is omdat hij geen verzekering heeft. Een aantal anderen geeft aan de arts zelf te betalen. Een Ghaneese vrouw (R75) is nog steeds bezig de kosten (15.000 gulden) van de keizersnede uit 2001 af te betalen.

Enkele conclusies

Illegale tewerkstelling is geen geïsoleerd verschijnsel. Het is hier verweven met een tuinbouwregio die moet

concurreren met andere tuinbouwregio's in de wereld om een goed product te leveren voor de laagste prijs. In de arbeid ontstaat door het concurrentiesysteem in het uitzendwezen een druk op de lonen (omlaag) en op het werktempo (omhoog). In dit krachtenspel komt bijna intrinsiek de vraag op naar de minst weerbare werker. Als gevolg van maatregelen in het vreemdelingenbeleid is de positie van illegalen nog kwetsbaarder dan voorheen en blijven illegalen voor de tuinders een zeer aantrekkelijke groep om werknemers uit te rekruteren.

Door de gefragmenteerde arbeid vinden veel mensen een beetje werk. Daarmee ontstaat een relatief grotere groep in grote bestaansonzekerheid.

Een specifieke groep wordt gevormd door de mensen die al lang (10 tot 20 jaar of meer) in Nederland verblijven en nu uit het arbeidsproces worden gestoten (te oud, te duur). Met name bij deze groep komen veel psychische en psychosomatische klachten voor.

Terwijl de gezondheidsrisico's en de klachten toenemen, zijn de mensen als gevolg van overheidsbeleid niet langer verzekerd. Dit vormt een obstakel om zorg te vragen. Alle beschreven factoren te samen leveren voor de betrokken werknemers een uiterst kwetsbare, ongezonde situatie op, waarin ieder perspectief ontbreekt.

Onzichtbaar achter glas, onderzoek naar de bijdrage van illegalen in de glastuinbouw van het Westland, kan worden besteld bij Stichting OKLA, Postbus 10648, 2501 Den Haag. Het kost € 12,50, inclusief de verzendkosten. Het onderzoek kan ook worden gedownload via www.steknet.nl.

Literatuur:

1. Benseddik A, Bijl M. Onzichtbaar achter glas. Onderzoek naar de bijdrage van illegalen in de glastuinbouw van het Westland. Uitgave van Stek/OKIA. Den Haag, 2005.
2. Frouws J, Jongeneel R, Bakker E de, Slangen E. Als je te snel rijdt, weet je ook dat het niet mag. Illegale arbeid in de glastuinbouw van het Westland. Rapport uitgegeven via de Wetenschapswinkel. Wageningen.

Palliatieve terminale zorg in de regio Haaglanden

T. Leinders

Door het Nederlandse publiek wordt nog weinig (openlijk) gesproken over mogelijkheden en beperkingen van de laatste levensfase. De betekenis van het begrip palliatieve zorg is hier niet algemeen bekend. Onderzoek en ervaring leren dat belangstelling voor dit onderwerp pas ontstaat als iemand zelf of iemand in de naaste omgeving met een terminale ziekte wordt geconfronteerd. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld Engeland, waar de palliatieve zorg is ontwikkeld en onder de bevolking op meer bekendheid en acceptatie kan rekenen.

In onderstaand artikel worden de verschillende vormen van palliatieve zorg die inmiddels ook in ons land voorhanden zijn beschreven, en uiteengezet hoe deze voorziening in de regio Haaglanden is georganiseerd.

Palliatieve terminale zorg

De Wereldgezondheidsorganisatie omschrijft palliatieve zorg als de continue, actieve en integrale zorg voor patiënten en hun naasten door een multiprofessioneel team op het moment dat medisch gezien geen genezing meer wordt verwacht. Doel van palliatieve zorg is het bieden van de hoogst mogelijke kwaliteit van leven in de laatste levensfase, met een maximale autonomie, voor de patiënt en voor zijn familie. De aandacht is vooral gericht op pijn- en andere symptoombestrijding maar ook op psychologische, sociale en religieuze zorg.

Palliatieve terminale zorg kan worden verleend op verschillende lokaties, zorgplekken genoemd: bij de patiënt thuis, in speciaal voor dit doel ingerichte voorzieningen zoals bijna-thuis-huizen, hospices en palliatieve units in verzorgings-, verpleeg- en ziekenhuizen.

Thuis

De afgelopen jaren zijn de mogelijkheden voor palliatieve zorg in de terminale fase sterk uitgebreid, ook in de regio Den Haag. Bij de drie grote thuiszorgorganisaties (Florence Thuiszorg, Meavita Thuiszorg Den Haag en De Zorgring in Zoetermeer) zijn specialisti-

sche verpleegkundige teams opgericht. Zij beschikken over expertise met betrekking tot de specifieke zorgmogelijkheden en het gebruik van bepaalde middelen, zoals bijvoorbeeld morfinepompen. De verpleegkundige teams bieden ondersteuning bij de palliatieve zorg thuis en in verzorgings- en verpleeghuizen. Met name één apotheek in de regio heeft deskundigheid opgebouwd in medicatiebereidingen voor de palliatieve fase. Steeds meer behandelingen, zoals bloedtransfusies, kunnen nu ook thuis worden gegeven. Vrijwilligers van de Stichting Terminale Zorg door Vrijwilligers en de Stichting Buddynetwerk ondersteunen patiënten en hun familie gedurende een aantal dagdelen per week.

Elders

Voor patiënten die niet thuis kunnen of willen blijven is er de mogelijkheid van opname in een bijna-thuis-huis, hospice of op een palliatieve unit.

Deze voorzieningen zijn speciaal ingericht voor tijdelijke opvang van terminale patiënten en hun naasten. Bijna-thuis-huizen en hospices zijn zelfstandig, een palliatieve unit is ondergebracht bij een verzorgings- of verpleeghuis.

Patiënten verblijven op éénpersoonskamers, met hun eigen meubelen en andere spullen, 'bijna als thuis'. Familie kan naar behoefte langskomen en eventueel blijven overnachten.

Palliatieve zorg wordt verricht door vrijwilligers en beroepsbeoefenaren. Vrijwilligers spelen een belangrijke rol, in de bijna-thuis-huizen en hospices zijn zij de gastvrouwen en gastheren. Ook bij de palliatieve units werken vaak vrijwilligers, maar hier staat hun rol minder centraal als bij de hospices en bijna-thuis-huizen.

Bijna-thuis-huizen en hospices verschillen van elkaar door de manier waarop de professionele hulp is georganiseerd. Bij de eerste voorziening zijn de professionele verzorging en verpleging in handen van de thuiszorgorganisaties, bij de laatstgenoemde gebeurt dit door een eigen verpleegkundig team.

Over de auteur:

Truus Leinders is projectleider Informatie- en Consultatienetwerk ten behoeve van de palliatieve terminale zorg.

De mogelijkheden voor palliatieve zorg thuis zijn niet anders dan die in bijna-thuis-huizen, hospices of palliatieve units. De keuze om thuis te blijven of naar een voorziening elders te gaan hangt veelal samen met de mate waarin mantelzorgers aanwezig kunnen zijn en in staat zijn ondersteuning te bieden.

Netwerk Palliatieve Terminale Zorg regio Haaglanden

Om de zorg die op de verschillende zorgplekken plaatsvindt met elkaar te verbinden, is in 2002 het Netwerk Palliatieve Terminale Zorg regio Haaglanden opgericht. Doel van het netwerk is de zorg te verbeteren en optimaal gebruik te maken van aanwezige kennis, middelen en capaciteit. Het netwerk heeft een open structuur, elke instelling kan participeren. Via bijeenkomsten, nieuwsbrieven en een netwerkmap wordt informatie uitgewisseld en het onderlinge contact tussen zorgverleners op de verschillende zorgplekken bevordert. De netwerkcoördinator stimuleert scholing en werkt aan verbetering van de knelpunten. Het netwerk is organisatorisch ondergebracht bij de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. Vanaf 2004 ondersteunen de Integrale Kankercentra de palliatieve terminale zorg binnen hun regio, wat de noodzaak van dekkende consultatie en het bewaken van hoge kwaliteit eens te meer benadrukt. Met dat doel is er in de regio van het Integraal Kankercentrum West regelmatig overleg tussen de verschillende coördinatoren.

Project Informatie- en Consultatienetwerk ten behoeve van de palliatieve terminale zorg

Al bij de start van het Netwerk Haaglanden was er behoefte aan een centraal punt waar zorgvragers en -verleners terecht konden voor informatie over allerlei aspecten van palliatieve terminale zorg. Ook wilde men kunnen beschikken over een mogelijkheid om deskundigen te consulteren. Dit leidde tot het project Informatie- en Consultatienetwerk ten behoeve van de palliatieve terminale zorg in de regio Haaglanden, waaruit de *Helpdesk* en het *Consultatieteam* zijn voortgekomen. Sinds 15 maart 2004 is er voor de regio Haaglanden een telefoonnummer en een e-mailadres beschikbaar voor alle vragen van zorgvragers en zorgverleners op het gebied van palliatieve terminale zorg. Verpleegkundigen uit het specialistisch team van Meavita Thuiszorg Den Haag nemen de telefoon aan van de Helpdesk en geven informatie aan zorgvragers en adviezen over de behandeling aan zorgverleners. Samen met vier huisartsen, vier verpleeghuisartsen en een apotheker, allen met specifieke deskundigheid, vormen de verpleegkundigen het Consultatieteam Haaglanden. Voor ingewikkelde vragen is een groep

specialisten bereikbaar. Doel van het team is ondersteuning van de behandelaar, het team neemt de behandeling niet over. Het team komt regelmatig bijeen voor overleg en casuïstiekbespreking. De complexe problemen komen aan de orde en af en toe is er een specialist aanwezig voor een specifiek advies. In 2004 zijn er 120 vragen gesteld aan de Helpdesk. Van de vraagstellers was ruim de helft huisarts (53%), 17% patiënt of mantelzorger, 13% wijkverpleegkundige, 10% specialistisch verpleegkundige, 3% verpleeghuisarts, 1% specialist en 3% viel in de categorie overigen. Bij 18% van de vragen hebben de verpleegkundigen overleg gevoerd met een arts uit het team. De specialisten, die voor het team bereikbaar zijn, werden nog weinig geraadpleegd. Gemiddeld werden er 11 vragen per maand gesteld, het meest over pijnbestrijding, maar ook veel over misselijkheid, sufheid, onrust, delier en sedatie.

In 2005 zal aandacht worden besteed aan verbetering van de registratieprocedure, procedures voor feedback en het vergroten van de bekendheid van Helpdesk en Consultatieteam bij zorgvragers en zorgverleners.

Capaciteit

In 1999 is de Projectgroep Integratie Hospicezorg ingesteld om de minister van VWS te adviseren over het integreren van hospicezorg in de reguliere zorg. Deze projectgroep heeft onder meer een methode, een 'scenario-instrument', ontwikkeld om per regio te berekenen hoeveel palliatieve bedden er nodig zijn. Bij de start van het Netwerk Palliatieve Terminale Zorg Haaglanden in 2001 is met behulp van dit instrument nagegaan wat de benodigde capaciteit aan palliatieve bedden in de regio Haaglanden zou zijn. Om het Zorgkantoor Haaglanden te kunnen adviseren over het aantal benodigde hospicebedden en plaatsen voor palliatieve zorg in verzorgings- en verpleeghuizen wordt jaarlijks een vragenlijst gestuurd aan de coördinatoren van de hospices en palliatieve units in de regio. Hiermee wordt het aantal bedden geïnventariseerd, het aantal opnames, het gemiddeld aantal opnamedagen, het aantal niet gehonoreerde aanvragen en het bezettingspercentage.

Eind 2002 waren er in de regio 23 palliatieve bedden, meer dan 100 aanvragen bleken dat jaar niet te kunnen worden gehonoreerd. De capaciteit schoot duidelijk tekort. Op grond van de inventarisatie over 2002 werd het aantal benodigde palliatieve bedden geschat op 40 à 45. Het aantal bedden werd in 2003 uitgebreid naar 28; het totaal aantal opnames groeide van 156 naar 192. De wachtlijst bleef lang. In 2004 groeide het aantal bedden tot 34 en het totaal aantal

	2002	2003	2004
Totaal aantal palliatieve bedden	23	28	34
Totaal aantal opnames	156	192	336
Gemiddeld aantal opnamedagen	37,9	38,8	23,2
Aantal niet gehonoreerde aanvragen	105	152	80
Gemiddeld bezettingspercentage	70	86,4	80,4

opnames tot 336. Het gemiddelde aantal ligdagen nam sterk af tot 23,2 (in 2002 was dat 37,9) en ook het aantal niet gehonoreerde aanvragen daalde. (Zie het bovenstaand overzicht)

In de hele regio Haaglanden zijn op dit moment in totaal 39 palliatieve bedden beschikbaar, het komende jaar komen daar nog 16 bedden bij.

Voorlichting en publiciteit

In de regio Haaglanden ontwikkelt een werkgroep plannen om zoveel mogelijk mensen te bereiken met informatie over palliatieve terminale zorg. Het brede publiek wordt benaderd via een bijlage bij de wijkkranten met informatie over palliatieve zorg, zorgmogelijkheden en instanties die hulp bieden in de laatste levensfase. Een interview in de krant en een programma op de regionale televisie zijn in voorbereiding. Daarnaast benadert men verenigingen om op hun vaste ontmoetingsavond een uurtje in te ruimen voor voorlichting over palliatieve zorg door zorgverleners en coördinatoren van een hospice en de Stichting Vrijwillige Terminale Thuiszorg. Zorgverleners worden bereikt via websites, nieuwsbladen van instellingen en nieuwsbrieven. Met deze campagne hoopt de werkgroep de deskundigheden en de zorgmogelijkheden onder de aandacht te brengen.

De website www.palliatief.nl/haaglanden bevat alle belangrijke informatie over palliatieve zorg in de regio Haaglanden, voor patiënten en zorgverleners.

De Helpdesk is bereikbaar op werkdagen van 8.00-17.00 uur op telefoonnummer 070-3795054 of via e-mail: palliatiefconsult@transmuralezorg.nl. Voor zorgverleners met dringende vragen is het team ook in het weekend en op feestdagen te bereiken van 9.00 - 13.00 uur.

Voor verder informatie of vragen kunt u terecht bij Truus Leinders, projectleider Informatie- en Consultatienetwerk ten behoeve van de palliatieve terminale zorg, tel. 070-3795103 of t.leinders@tzdh.nl.

- 8 oktober 2005 is uitgeroepen tot Internationale Dag van de Palliatieve Zorg, met als thema 'Keuzen in de terminale fase'. In de regio Haaglanden worden deze dag geen specifieke activiteiten georganiseerd. Wel zal in de weken voorafgaand aan 8 oktober een publiciteitscampagne worden gevoerd. Daarnaast is er op 4 oktober een netwerkbijeenkomst voor zorgverleners met als thema 'keuzen in de zorg'.
- In regionaal verband is er op 6 oktober a.s. een thema-avond voor zorgverleners met als onderwerp 'doelgroepverbreding'. Doel van de avond is het gezamenlijk zoeken naar mogelijkheden van afgestemde palliatieve zorg voor mensen met een lichamelijke en geestelijke beperking.

korte berichten

Nieuw verschenen

Gezond effect bevorderen

Gefinancierd door ZonMw en ondersteund door de GGD Rotterdam, zijn in 2003 en 2004 in Rotterdam vier conferenties gehouden onder de noemer 'New health Promotion'. Centraal daarin stond 'gezondheidsbevordering', en wel via voorlichting, draagvlakvergroting en beleidsontwikkeling. Resultaten van deze conferenties waren o.a. een Referentiekader Gezondheidsbevordering, waarin overzichtelijk de gangbare inzichten van gezondheidsbevordering worden samengevat, en een beschrijving van de kenniscyclus voor de ontwikkeling van best practices in gezondheidsbevordering.

Op verzoek van ZonMw hebben de initiatiefnemers genoemd Referentiekader onderbouwd en toegelicht in een boek met veel praktische gegevens en bronnen.

Dit boek *'Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering'* van Hans Saan en Willy de Haes is nu verschenen bij uitgeverij NIGZ te Woerden, uitgeverij@nigz.nl.

Actueel

Vakantie op maat voor GGZ-cliënten

Soms hebben mensen speciale begeleiding nodig om op vakantie te kunnen gaan. Voor cliënten binnen de geestelijke gezondheidszorg was die er tot nu toe nauwelijks. De Stichting Radar houdt zich hiermee bezig en verzocht het Trimbos-instituut onderzoek te doen naar het belang van vakantie voor cliënten van de GGZ. Radar

Reizen organiseert dagtochten en vakanties op maat voor GGZ-cliënten, begeleid door vrijwilligers en psychiatrisch verpleegkundigen. Is hiervoor een speciale reisorganisatie nodig? Wat maakt vakantie voor deze groep belangrijk? Bevordert het de maatschappelijke participatie?

Uit de bevindingen van het Trimbos-instituut blijkt onder meer dat vakantie GGZ-cliënten, naast een gelegenheid tot uitrusten en ontspanning, specifieke mogelijkheden biedt, zoals het leggen van nieuwe contacten en het beseft dat men weer op vakantie kan: men ziet vakantie als een graadmeter voor voortschrijdend herstel en het weer kunnen oppakken van een gewoon leven. Daarnaast doorbreekt vakantie de sleur van de dagelijkse routine en stelt het de mensen beter in staat het dagelijks leven, vaak sterk gekleurd door de psychiatrische behandeling en discipline, vol te houden.

De resultaten van dit onderzoek staan in *Op vakantie. Het belang van vakantie voor cliënten van de geestelijke gezondheidszorg*, door J. Pols en H. Kroon. Uitgave Trimbos-instituut. Over het onderwerp is ook een DVD gemaakt door studenten van de HKU: Vakantie op maat voor cliënten binnen de GGZ. Boekje en DVD kunnen worden besteld bij het Trimbos-instituut via www.trimbos.nl/producten.

Cursussen

Master of Public Health

De volledige MPH opleiding is bedoeld voor professionals met de ambitie om zich te ontwikkelen tot belangrijke 'stuurders' in het veld.

Deze cursus bevat vier samenhangende trajecten van ca. 4 maanden onderwijs, ook geschikt om los te volgen als bij- en nascholing.

Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevendenden, epidemiologen, huisartsen etc.

Kosten: € 14.900

Data: start opleiding van 2^{1/2} jaar, vanaf 15 september 2005, één dag per twee weken.

Strategisch opereren in de OGZ, politiek-bestuurlijke context

De openbare gezondheidszorg kenmerkt zich door veelal aanbod gestuurde zorg. Bij de aansturing en uitvoering van die zorg zijn veel verschillende partijen en partners betrokken. Vraagstukken zijn vaak complex.

In dit eerste traject van de MPH opleiding analyseert u relevante netwerken en krachtenvelden. U leert hoe deze elkaar beïnvloeden. Om zelf krachtig te kunnen opereren in deze context gaat u op zoek naar strategieën om invloed uit te oefenen op de politieke en bestuurlijke besluitvorming.

Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevendenden, epidemiologen, huisartsen etc.

Kosten: € 3.400

Data: Donderdag 15, 29 september, 13 oktober, 10, 24 november, 8 en 22 december 2005

Lokatie voor alle cursussen is de NOSPH te Amsterdam. Nadere informatie op www.nspoh.nl, tel. 020 - 5664949, info@nspoh.nl.

Aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Meldingen tijdens het tweede kwartaal 2005, voor de stad Den Haag

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten (exclusief TBC), door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het tweede kwartaal 2005 gemeld (85), is iets lager dan het aantal in dezelfde periode in 2004 (114). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een verlaagd aantal kinkhoestgevallen. (Door omstandigheden loopt deze rapportage tot 22 juni 2005.) Hieronder volgen commentaren op enkele gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

Vijf gevallen, 4 mannen en 1 vrouw, zijn gemeld. In 4 gevallen vond de besmetting plaats in het buitenland. Van een patiënt die in Nederland is besmet is geen bron achterhaald. Het gaat om een persoon afkomstig uit Azië.

Hepatitis A

Er is 1 geval van hepatitis A aangegeven. Het gaat om 1 volwassen vrouw die waarschijnlijk in Spanje is besmet.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (33: 32 chronische gevallen en 1 acuut geval) is vergelijkbaar met dat in het vorige kwartaal. In de categorie chronische gevallen zijn beide geslachten evenredig vertegenwoordigd. Zij vallen vooral in de leeftijdscategorie 20-39 jaar, en zijn hoofdzakelijk afkomstig uit landen waar deze ziekte veel voorkomt. Bij patiënten die uit die landen komen is overdracht bij de geboorte via de moeder een mogelijke oorzaak van hun ziekte. De ware besmettingsweg is doorgaans onbekend.

Het testen op hepatitis B virus gebeurt hoofdzakelijk om de volgende redenen: ziekte, zwangerschap en screening van contacten van bekende hepatitis B patiënten. De enige patiënt met acute hepatitis B is waarschijnlijk besmet door onbeschermd seksueel contact.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (26) bedraagt de helft van dat in hetzelfde kwartaal van 2004 en van het aantal gevallen gemeld in het vorige kwartaal. Het is nog te vroeg om hieruit de conclusie te trekken dat er een dalende trend is die zich voort zal zetten. Het betreft bijna allemaal gevaccineerde personen.

Legionellose

Gedurende het tweede kwartaal zijn 4 gevallen gemeld. De besmettingsbron is ondanks uitgebreid onderzoek niet gevonden. Bij 1 geval heeft de besmetting waarschijnlijk in Azië plaatsgevonden.

Malaria

Het aantal gemelde malariagevallen (5) is vergelijkbaar met dezelfde periode vorig jaar. Het betreft 4 volwassen mannen en 1 meisje die in hun land van herkomst in Afrika zijn besmet. Bij 3 van de 5 patiënten kon de ziekte toegeschreven worden aan het niet of onvolledig innemen van profylaxe. Bij 2 was deze informatie niet meer te achterhalen.

Ornithose

Er is 1 geval van deze ziekte gemeld. Het gaat om een 55 jarige dame. De besmettingsbron, die dikwijls bij huisvogels gevonden wordt, is bij deze patiënt niet ontdekt.

Rodehond

In maart zijn in Den Haag 5 gevallen van rodehond gemeld. Het betreft kinderen die om godsdienstige redenen (bevindelijk gereformeerd) niet gevaccineerd waren. Sinds het najaar 2004 woedt in andere delen van Nederland waar veel bevindelijk gereformeerden wonen een epidemie van rodehond. Rodehond is een doorgaans goedaardige virale kinderziekte. Indien een zwangere vrouw die niet is gevaccineerd of de ziekte in het verleden niet heeft doorgemaakt rodehond krijgt, kan de vrucht via de placenta besmet worden. Dit kan leiden tot ernstige aangeboren afwijkingen. Omdat rodehond bij kinderen niet ernstig is en soms onopgemerkt gaat, is het aantal gemelde gevallen waarschijnlijk een onderschatting van het aantal echte gevallen. Naar aanleiding van deze gevallen hebben de GGD Den Haag en GGD Zuid-Holland West een gezamenlijke informatiecampagne gevoerd gericht op het algemeen publiek en professionals in de gezondheidszorg. De campagne was vooral gericht op het voorkomen van rodehond bij zwangere vrouwen.

Voedselinfecties

Er zijn 4 voedselinfecties gemeld bij de Inspectie. Daarvan werken twee patiënten in de zorg of de voedselketen. In 2 gevallen waren 2 of meer mensen ziek van de zelfde bron, die werd toegeschreven aan het eten van voedsel in een publieke gelegenheid.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In bovenstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het tweede kwartaal 2005.

ziektecategorie	Kinderdagverblijf	School basisonderwijs	Verpleeghuis	Verzorgingshuis	Total aantal zieken
Huiduitslag	3	1			6
Maagdarmaandoening			1		6
MRSA-bacterie				1	2

Het aantal meldingen uit instellingen is beperkt, vergeleken met het vorige kwartaal.

Huiduitslag was de belangrijkste aanleiding om te melden. Het betrof roodvonk, een vermoeden van de vijfde ziekte, een ringworminfectie en een niet nader bepaalde vlekjesziekte. Er was een kleine uitbraak van buikgriep in een verpleeghuis.

Multi Resistente Staphylococcus Aureus (MRSA) werd vastgesteld bij een verzorgende die was besmet door een patiënt in een verzorgingshuis. De instelling vroeg advies bij de GGD. Naar aanleiding hiervan zijn enkele tientallen patiënten en medewerkers onderzocht op MRSA en zo nodig behandeld. Stafylokokken komen bij de mens normaal op de huid voor, en leiden slechts in zeldzame gevallen tot etterende infecties. Door wereldwijd veelvuldig gebruik van antibiotica hebben zich bij deze bacterie stammen ontwikkeld die ongevoelig zijn voor gewone antibiotica. Deze bacteriën kunnen bij bepaalde ingrepen moeilijk behandelbare infecties veroorzaken. Vooral voor ziekenhuizen en verpleeghuizen vormt dit een dagelijks probleem. In deze instellingen komen immers vaak mensen voor die door stafylokokken ziek kunnen worden. In Nederland wordt al jaren een actief bestrijdingsbeleid gevoerd tegen MRSA. Hierdoor komt MRSA minder voor dan in de omliggende landen.

Meldingen tijdens het tweede kwartaal 2005, voor de regio Zuid-Holland West

Bacillaire dysenterie

Er zijn 9 meldingen van bacillaire dysenterie. De ziekte is opgelopen in Nepal(1) (Shigella sonnei), Egypte (6)(Shigella sonnei en S. flexneri), Nederland (1)(Shigella sonnei.) en Brazilië(1) (S flexneri).

Creutzfeld-Jacobs Disease Klassiek

Via de IGZ is er melding gedaan van een patiënt met een klassieke Creutzfeld-Jacobs Disease. Van deze persoon zijn geen gegevens bekend bij de GGD.

Hepatitis A

Er is 2 keer melding gedaan van hepatitis A. Het gaat om een jong volwassen man die de ziekte waarschijnlijk in Tsjechië heeft opgelopen, en een vrouw die op vakantie is geweest in Egypte en zich niet heeft laten vaccineren.

Hepatitis B

Er zijn 14 gevallen van hepatitis B gemeld waarvan 2 patiënten de infectie recent hebben opgelopen. De meest waarschijnlijke transmissieroute was in één geval een seksueel contact. Bij de andere recente melding was de transmissieroute niet te achterhalen. De andere 12 meldingen zijn van personen die de hepatitis B langer geleden hebben opgelopen, meestal in het land van herkomst.

Kinkhoest

Het aantal meldingen van kinkhoest is in het tweede kwartaal

verder gedaald tot 45. De dalende tendens zet zich voort (eerste kwartaal van 2005: 60; ter vergelijking: in het tweede kwartaal van 2004 waren er 172 meldingen).

Legionellose

Er is 1 melding van Legionellose geweest. De patiënt heeft de ziekte zeer waarschijnlijk in een hotel in Griekenland opgelopen.

Rodehond

Er zijn 4 meldingen van rodehond bij personen die als kind vanwege het geloof niet gevaccineerd zijn. De leeftijd varieert tussen de zes jaar en twintig jaar. Er is alleen een meldingsplicht van gevallen die in het laboratorium zijn bevestigd, de gerelateerde gevallen zijn niet meegeteld.

Tuberculose

Er zijn 15 meldingen van tuberculose in de regio van de GGD Zuid-Holland West.

Voedselinfectie

Er is eenmaal sprake van een Salmonella infectie die meldingsplichtig is omdat de patiënt werkzaam is in de voedselbereiding.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

E.M. Huisman

K.B.Yap (GGD Zuid-Holland West)

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het eerste kwartaal 2005			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag	GGD-Zuid-Holl. West	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden
		2e kw. 2005	2e kw. 2005	2e kw. 2005	2e kw. 2004**)	3e kw. 2004**)	4e kw. 2004**)	1e kw. 2005**)	1e t/m 2e kw. 2005	1e t/m 2e kw. 2004**)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	5	9	14	9	12	16	18	32	15
	buiktyfus						1	1	1	1
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease		1	1					1	
	hepatitis A	1	2	3	7	8	6	2	5	25
	hepatitis B *)	34	14	48	55	78	69	54	102	111
	hepatitis C									
	kinkhoest	26	45	71	216	326	249	110	181	346
	legionella pneumonie	4	1	5	1	6	3	2	7	2
	mazelen									
	meningokokkose				4	3	2	7	7	8
	paratyfus A					3	3			
	paratyfus B (C)					1	1	1	1	
	tuberculose	57	15	72	53	48	41	27	99	87
voedselvergiftiging of voedselinfectie	4	1	5	9	6	8	2	7	10	
<hr/>										
C-ziekten	brucellose					1	1			1
	E.coli 0157						1			
	leptospirose				1	3	1			2
	malaria	5		5	8	8	6	9	14	13
	ornithose/psittacose	1		1			1		1	
	Q-koorts									
	rode hond	5	4	9				3	12	
totaal	142	92	234	363	503	408	236	470	621	

*) Inclusief dragers

**) Deze cijfers kunnen afwijken van eerder gepubliceerde cijfers, als gevolg van verandering van bron.

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, De Lier, 's-Gravenzande, Maasland, Monster, Naaldwijk, Nootdorp, Schipluiden, Wateringen en Pijnacker (de laatste 10 gemeenten vanaf het vierde kwartaal 2002).

