



Beloftevol onderzoek 2002-2012

Tien jaar Research & Development
GGD Amsterdam



GGD Amsterdam



Inhoud

De gezonde stad

Beloftevol onderzoek	2
Overgewicht bij Turkse baby's	6
Toxisch onderzoek bij lijkschouw	8
Gezondheidszorg aan illegale vreemdelingen	10
Gebruik van lichtbron bij onzichtbare verwondingen	12
Infecties op kinderdagverblijven	14
Dierplaagbeheersing	16

De gelukkige stad

Zelfredzaamheid-matrix (ZRM)	20
Psychosociale gezondheid van allochtone groepen	22
Suïcidepreventie: psychosociale autopsie	24
Suïcidepreventie: plan van aanpak in Amsterdam	26
Vragenlijst psychosociale gezondheid bij kinderen	29
Alleenstaande mannen in de bijstand	32
Huiselijk geweld	34

De zinderende stad

Lymfogranuloma venereum onder msm	38
Chlamydia in Paramaribo en Amsterdam	40
Testlab MantotMan: online testadvies en verwijzing	42
Virustypering legt transmissienetwerken bloot	44
Hepatitis A: vaccinatie na blootstelling	46
Community-benadering	48
Dna-onderzoek bij de GGD	51
Colofon	56

Beloftevol onderzoek

Amsterdam bruist van rumoer en activiteiten, we leven in een vrolijke stad. Zoals iedereen weet, heeft die vrolijkheid ook een andere kant. Verslaving, depressie, huiselijk geweld. Kansloze kinderen, de onvoorziene gevolgen van een weekend wilde seks. De GGD kent deze kant als geen andere organisatie. We ontlenen er ten dele ons bestaansrecht aan. Om de medisch-maatschappelijke realiteit van onze stad bij te benen is voortdurend onderzoek nodig. We hebben daarvoor sinds lange tijd een prachtige samenwerking met Amsterdamse universiteiten in de zogeheten academische werkplaatsen: trajecten waarin jonge wetenschappers onderzoek doen binnen de praktijk van de GGD. De resultaten geven niet alleen nieuwe richting aan ons uitvoerend werk en het beleid van de gemeente, maar ze vormen ook een bouwsteen voor de (soms) mondiale wetenschap.

Praktijk, onderzoek en beleid. Een drie-eenheid die staat, al meer dan honderd jaar. Het geld daarvoor komt ook bij ons niet uit de lucht vallen. Wetenschappelijk onderzoek is altijd omvangrijk en de eisen van financiers zoals ZonMw zijn hoog. Uitkomsten van onderzoek moeten bijdragen aan de gezondheid van de Amsterdamse bevolking. Dat vinden wij heel terecht. Je weet alleen niet altijd van tevoren welke aanpak het meest zinvol en ook nog haalbaar is. Daarvoor kan verkennend onderzoek nodig zijn. Kleinere, kortdurende studies, pilots en projecten, om grotere trajecten op de rit te krijgen. Beloftevol onderzoek, zoals wij dat noemen. Voor dat onderzoek hebben we sinds 2001 het fonds voor Research & Development.

In dit speciale fonds reserveren we elk jaar een deel van de winst die we maken op niet-wettelijke taken, de zogenaamde markttaken. Dat klinkt misschien als een luxe, maar overbodig is het zeker niet. Het R&D-fonds is om verschillende redenen van groot belang. Het gaat om onderzoek dat loze investeringen kan voorkomen. Het zorgt voor inspirerende contacten met partnerorganisaties en met de wetenschappelijke wereld, tot ver over de grens. En het is dé manier om enthousiaste jonge onderzoekers naar de Nieuwe Achtergracht te halen, zodat we concurrerend en wetenschappelijk in de voorhoede kunnen blijven.

Zelf ben ik in 1989 bij de GGD begonnen als junior dokter en onderzoeker. Via de polikliniek voor seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en het cluster Infectieziekten ben ik ongepland en vaak genoeg zelfs licht verbaasd over mijn eigen wandel op de hoogste plek in de organisatie beland, naast collega-directeur Paul van der Velpen. Toch huist in mijn hart nog altijd een geestdriftig onderzoeker. Ik voel mij dan ook thuis bij de inhoud van dit boekje, een selectie van de onderzoeken uit het budget voor Research & Development van de afgelopen tien jaar. U leest waarom we dachten dat onderzoek nodig was, wat we hebben gedaan en wat het Amsterdam van vandaag ervan merkt. Soms zijn de resultaten duidelijk, soms subtiel, soms zelfs geheel verkruiemd in de tijd. In alle gevallen, is onze overtuiging, heeft onderzoek nut gehad met oog op een gezonde stad.

Han Fennema

Directeur en voorzitter R&D-commissie

De R&D-commissie

Financiering van onderzoek uit het R&D-budget is gebonden aan vaste voorwaarden. Zo moet de aanvrager werkzaam zijn bij de GGD. Het onderzoek moet rechtstreeks verband houden met ons werk. Bovendien is het een vereiste dat het onderzoek van belang is voor het zorggebied van de gemeente Amsterdam. Een commissie beoordeelt de aanvragen nadat de voorstellen mondeling zijn gepresenteerd. Goedgekeurde projecten worden op hun voortgang en resultaat beoordeeld en van dit resultaat moet een eindverslag worden gemaakt, dat zo mogelijk leidt tot een wetenschappelijke publicatie.

De commissie bestaat uit gepromoveerde vertegenwoordigers van diverse clusters: Han Fennema (directeur GGD en voorzitter R&D-commissie), Maria Prins (cluster Infectieziekten, hoofd afdeling soa-aids surveillance), Kees Das (hoofd cluster Algemene Gezondheidszorg), Arnoud Verhoeff (hoofd cluster Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Documentatie) en Fred Woudenberg (hoofd cluster Leefomgeving). De commissie wordt ondersteund door directiesecretaresse Angéla Bakers en financieel adviseur Jeanette Makkinga.

Via de jaarrekening GGD geeft de commissie inzicht in besteding van het R&D-budget.



Commissieleden R&D van links naar rechts Han Fennema, Jeanette Makkinga, Kees Das, Maria Prins, Arnoud Verhoeff, Fred Woudenberg, Angéla Bakers



De gezonde stad





Overgewicht bij Turkse baby's

Nog een hapje?

Onderzoek: waardoor groeien Turkse baby's sneller?

Conclusie: ze krijgen eerder vast (en calorierijk) voedsel

Onderzoek uitgevoerd in: 2011

Actuele praktijk: JGZ-verpleegkundigen geven gericht advies

Dikke baby's, dikke kinderen? Snelle groei in de eerste levensmaanden van een kind kan voorspellend zijn voor later overgewicht en bijkomende problemen zoals gepest worden, gewrichtsklachten en diabetes. Turkse baby's blijken in hun eerste levensjaar sneller te groeien dan baby's met een andere etnische achtergrond. Bij groei is voeding uiteraard een belangrijke factor. Met name de leeftijd waarop vast voedsel wordt geïntroduceerd en de energiewaarde van dit vaste voedsel kunnen de groeisnelheid van baby's beïnvloeden. In de bestaande literatuur was weinig bekend over deze voedingsfactoren bij Turkse baby's. Wij zijn daarom in 2011 dit onderzoek gestart. Het doel: preventiestrategieën ontwikkelen voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en daarmee een bijdrage leveren aan het tegengaan van overgewicht.

Resultaat

We onderzochten voedingsgewoonten en calorie-inname van Turkse en Nederlandse baby's van 0-6 maanden. Wat naar voren kwam is dat Turkse baby's op eerdere leeftijd

vaste voeding krijgen. De porties vaste voeding die ze krijgen zijn bovendien groter en hebben een hogere calorische waarde. Het advies aan verpleegkundigen van de JGZ is daarom om voedingsgewoonten met Turkse ouders nog nadrukkelijker te bespreken en wel ruim voordat hun baby vier maanden oud is, de leeftijd waarop ze kunnen beginnen met kleine beetjes vast voedsel.

Een artikel over dit onderzoek wordt binnenkort gepubliceerd in het *British Journal of Nutrition*.

Praktijk en toekomst

Alle adviezen uit het onderzoek zijn verwerkt in het interne scholingsprogramma voor JGZ-verpleegkundigen in Amsterdam. Ze sluiten aan op de campagne *Over gewicht gesproken* van de GGD. Verder vormen de vele data uit het onderzoek input voor bijvoorbeeld de langlopende ABCD-studie (Amsterdam Born Children and their Development) van AMC, VUmc en GGD.

Meer informatie: Claire Meijers (arts-onderzoeker) cmeijers@ggd.amsterdam.nl

Maar hij vindt het lekker!

Hannah van der Werf werkt als JGZ-verpleegkundige (0-4 jaar) op het Ouder- en Kindcentrum in de Tijn Uilenspiegelstraat in het stadsdeel Bos en Lommer. Zij ziet veel dikke baby's van Turkse ouders op het spreekuur. 'Je schrikt soms als je hoort wat ze krijgen. Thee met suiker, toetjes en andere zoete dingen. En ook nog veel.' 'Maar hij vindt het zo lekker,' hoor je vaak, als je probeert uit te leggen waarom het slecht is. In veel gevallen zijn de ouders zelf ook te dik. Voor meer traditionele Turken staat dikte nog altijd voor welvaart, obesitas wordt niet altijd als probleem gezien. 'Gelukkig,' zegt Hannah, 'staan veel ouders wél open voor ons advies. Sommige hebben de voeding van hun baby radicaal veranderd. Je bent blij als je ziet dat het werkt.'



Toxisch onderzoek bij lijkschouw

Bloedgeheimen

Onderzoek: kan bloed geheimen onthullen over doodsoorzaak?

Conclusie: ja, sporen van drugs en medicijnen geven vaak aanwijzingen

Onderzoek uitgevoerd in: 2007

Actuele praktijk: postmortaal bloed- en urineonderzoek is routine bij de GGD Amsterdam en vindt steeds meer navolging bij andere GGD'en

Niet elk sterfgeval is goed te verklaren. Als er een vermoeden is dat iemand een niet-natuurlijke dood gestorven is, wordt de gemeentelijk lijkschouwer gewaarschuwd. Deze expert, een forensisch arts, meestal van de GGD, let op alle mogelijke signalen: de houding van het slachtoffer, kleding, kleur, pupillen, sporen op of bij het lichaam. Maar ook krassen op de muur, vlekken in het tapijt, papiertjes, de inhoud van de koelkast, een omgevallen glas. In het kleinste detail kunnen geheimen omtrent de laatste minuten van iemands leven geschreven staan. Desondanks is er in een aanzienlijk aantal sterfgevallen geen zekerheid over de oorzaak ervan. In dit onderzoek wilden we te weten komen in hoeverre toxicologisch bloedonderzoek kan helpen.

Resultaat

Het onderzoek liet zien dat in meer dan de helft van de gevallen er sprake blijkt van medicijnen en/of drugs, zoals cocaïne of methadon. Daarnaast werden sterfgevallen met een positieve toxicologie uitslag gevonden waarbij op basis van de lijkschouw en

onderzoek in de omgeving geen aanwijzingen werden gevonden voor een intoxicatie. Wat een natuurlijke dood lijkt, kan suïcide zijn, of moord door vergiftiging. In dit laatste geval is politieonderzoek nodig.

Praktijk en toekomst

Sinds 2008 wordt bij de sterfgevallen urine afgenomen. De urine wordt ter plekke op tien verschillende stoffen getest. Sinds 2011 is ook bloedonderzoek een standaardonderdeel van de lijkschouw in Amsterdam. Bloed geeft een completer beeld doordat het inzicht geeft in de stoffen waaraan het lichaam direct voorafgaande aan het overlijden werd blootgesteld en ook eventuele afbraakproducten laat zien. Het bloed wordt in het laboratorium getest op bijna 800 stoffen. Andere GGD'en tonen ook interesse in deze werkwijze.

Meer informatie: Koos de Keijzer (forensisch arts), kdkeijzer@ggd.amsterdam.nl

Brute moord

Koos de Keijzer is forensisch arts bij de GGD Amsterdam. Sinds 1998 ziet hij een gestage stroom niet-natuurlijke sterfgevallen aan zich voorbij trekken. Incidenten met paddo's en bolletjes, suïcides, misdrijven, huiselijk geweld, ongelukken. Het gaat in Amsterdam om gemiddeld twee gemeentelijke lijkschouwen per etmaal.

Die schouwen gaan anders dan in televisieseries als CSI, waar je goedgeklede artsen boven dode lichamen met geheimzinnige glimlachjes tot cruciale inzichten ziet komen. 'Ze ruiken zelfs of iemand vergiftigd is,' zegt Koos de Keijzer. 'In werkelijkheid is dit niet mogelijk, vergiftiging zie je zelden aan de buitenkant.'

Volgens De Keijzer is toxicologisch onderzoek een belangrijke aanvulling op de lijkschouw ter plaatse. Zo herinnert hij zich een geval van een vrouw van tegen de 70 die dood op haar bank was aangetroffen. De zaak was gemeld door haar zoon. Er was geen duidelijke reden tot verdenking, maar de ambulancemensen vertrouwden het niet en riepen de gemeentelijk lijkschouwer. In de urine van het slachtoffer werd methadon aangetroffen. 'De zaak werd opgeschaald,' vertelt De Keijzer, 'het bloed onderzocht, sectie verricht. Daaruit bleek dat het strottenhoofd van de vrouw gebroken was. De zoon had haar gedrogeerd en vervolgens gewurgd. Wat als een vredege natuurlijke dood de boeken in had kunnen gaan, bleek een brute moord.'



Gezondheidszorg aan illegale vreemdelingen

Onbekend en onbemind

Onderzoek: hoe is de gezondheidszorg aan illegale vreemdelingen?

Conclusie: twijfelachtig; bereik laat zeker te wensen over

Onderzoek uitgevoerd in: 2008

Actuele praktijk: onderzoek geeft signaal af over kwetsbare groep

Zoals in veel Europese landen is ook in Nederland de toegang tot zorg voor vreemdelingen zonder verblijfsvergunning beperkt. Door de Koppelingswet kunnen deze vreemdelingen geen aanspraak maken op sociale voorzieningen. Ze kunnen zich ook niet verzekeren tegen ziektekosten. Wel is er ruimte voor het vergoeden van medisch noodzakelijke zorg. Maar in hoeverre is deze zorg toegankelijk? Waar krijgen illegale vreemdelingen in de praktijk mee te maken? Hoe liggen de risico's voor individuele en publieke gezondheid? Met dit onderzoek, uitgevoerd in een detentiecentrum voor illegale vreemdelingen, wilden we ons een beeld vormen van de situatie.

Resultaat

Zoals vermoed laat de toegankelijkheid van zorg aan mensen zonder papieren te wensen over. Angst voor uitzetting blijkt voor velen van hen een te hoge drempel. Gebrek aan informatie is een ander probleem. Slechts de helft van de onderzochte

groep wist waar ze terecht kon voor medische zorg. Meestal kloppen zij aan bij de spoedeisende hulp van ziekenhuizen, maar ook bij huisartsen en hulpposten voor onverzekerden. In de onderzochte groep vreemdelingen had 46% ooit hulp gevraagd voor gezondheidsproblemen, meest voor acute problemen zoals verwondingen en tandproblemen. Een kwart van hen kreeg daarbij met weigering te maken.

Een artikel over dit onderzoek is in 2011 verschenen in *BMC Public Health*.

Praktijk en toekomst

De resultaten onderstrepen de noodzaak van goede informatie aan zowel vreemdelingen als zorgverleners. Verder onderzoek naar de motivatie van artsen om zorg te weigeren, lijkt gewenst.

Meer informatie: Tina Dorn (onderzoeker), tdorn@ggd.amsterdam.nl

Knelpunten

Volgens een rapport van de overheid uit 2006 verbleven in de periode van april 2005 tot april 2006 tussen de 75.000 en 185.000 illegale vreemdelingen in Nederland. De meeste waren arbeidsmigranten van niet-Europese afkomst. Ongeveer tien procent van de totale groep had een asielachtergrond.

Organisaties als Amnesty, KNMG en Nivel hebben omvattender onderzoek gedaan naar zorg voor vreemdelingen, vooral vanuit het perspectief van zorgverleners en -vragers. In het rapport Arts en Vreemdeling doet een door KNMG ingestelde Commissie Medische zorg verslag van knelpunten in de zorg aan vreemdelingen. Een ervan is de moeite van artsen te bepalen welke zorg medisch noodzakelijk is. Ook papieren rompslomp en financiële consequenties kunnen volgens het rapport een rol spelen. Zo moeten huisartsen een declaratieformulier voor niet-betaalde zorg indienen bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en krijgen zij de meeste kosten maar voor tachtig procent vergoed.

Weggestuurd bij de balie in het ziekenhuis

Onderzoekster Tina Dorn sprak met illegale vreemdelingen die in detentie zaten in afwachting van hun uitzetting. Door haar onderzoek heeft Dorn een beeld gekregen van de populatie die zonder papieren in ons land verblijft, veelal in de grote steden. 'De gezondheid van de groep arbeidsmigranten is waarschijnlijk relatief goed. Het zijn vaak jonge, gezonde mensen die emigreren,' zegt zij. 'Veel mensen kunnen zo jarenlang verborgen blijven. Ze wonen met elkaar in onderverhuurde woonruimtes en werken bijvoorbeeld als schoonmaker of in de keuken van een restaurant. Zoeken ze hulp, dan is vaak sprake van een acuut probleem.'

Dorn is geschrokken van de verhalen die ze gehoord heeft. 'Mensen worden in sommige ziekenhuizen al bij de balie weggestuurd omdat ze geen verzekeringspasje kunnen laten zien. De arts heeft de persoon dan niet eens gezien. Dat is niet verantwoord. Hoewel de GGD hier zelf weinig aan kan doen, kan onderzoek helpen bij het signaleren van zulke misstanden.'



Gebruik van lichtbron bij onzichtbare verwondingen

Licht op letsel

Onderzoek: is gebruik van Crime-lite effectief bij letselonderzoek?

Conclusie: ja

Onderzoek uitgevoerd in: 2009

Actuele praktijk: forensisch artsen van de GGD gebruiken de crimescoop tijdens letselspreekuur

Geweld, mishandeling en misbruik komen veel voor in een stad als Amsterdam. Wie als slachtoffer aangifte doet bij de politie, zal in veel gevallen naar een forensisch arts van de GGD worden verwezen. De arts beoordeelt het lichamelijk letsel en beschrijft dit in een letselverklaring, die wordt opgenomen in het proces-verbaal en kan dienen als bewijsmateriaal tegen de vermoedelijke dader.

Sommige letsels zijn echter niet (meer) met het blote oog waarneembaar. Als hulpmiddel bij technisch forensisch onderzoek is hiervoor in Amerika de Crime-lite ontwikkeld: een soort zaklamp die met sterk gefilterd licht verborgen letsel en sporen van bijvoorbeeld bloed, sperma en speeksel zichtbaar kan maken. Crime-lite is een merknaam. De lamp wordt ook wel forensische lichtbron, crimelight, crimescope of crimescoop genoemd. In ons onderzoek wilden we uitvinden of gebruik van Crime-lite zinvol is in het werk van de forensisch artsen.

Resultaat

Het antwoord is: ja. Uit het onderzoek blijkt dat de crimescoop veel meerwaarde heeft bij het opstellen van de letselrapportage van geweldsslachtoffers. We hebben de gevallen geëvalueerd van verwondingen die tijdens de letselsprekuren alleen zichtbaar waren met de crimescoop. De lichtbron bleek een nauwkeurig beeld van verwondingen en sporen te geven en daarmee van de aard en ernst van het misdrijf. Gebruik van de crimescoop kost wel extra tijd. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende soorten filters en gedetecteerde verwondingen moeten worden bestudeerd en gefotografeerd. Wij denken echter dat de winst voor het slachtoffer opweegt tegen de extra kosten.

Een artikel over dit onderzoek wordt naar verwachting medio 2013 gepubliceerd in het *Journal of Forensic Sciences*.

Praktijk en toekomst

De crimescoop die al werd ingezet bij het opsporen van sperma na zedendelicten, wordt nu ook gebruikt voor het letselonderzoek en de lijkschouw. Ook bij andere GGD'en raken de voordelen bekend en wordt het gebruik van de lichtbron uitgebreid. Er komen steeds betere en gebruiksvriendelijker crimescops op de markt. De verwachting is dat ook hierdoor het gebruik zal toenemen.

Meer informatie: Manon Ceelen (onderzoeker), mceelen@ggd.amsterdam.nl

Van de trap gevallen zeker?

Koos de Keijzer heeft als forensisch arts van de GGD al een aantal jaren ervaring met Crime-lite. 'Het werkt goed,' zegt hij, 'bijvoorbeeld bij slachtoffers van zedendelicten. Sporen van sperma op zich geven vaak onvoldoende bewijs. "Natuurlijk hebben we seks gehad," zal een dader zeggen, "maar het was geen dwang." Je kunt door verborgen blauwe plekken heel goed laten zien hoeveel en op welke manier geweld is gebruikt.'

'Onze taak is niet waarheidsvinding,' zegt de forensisch arts, 'wij assisteren alleen de politie door te kijken of het letsel past bij de toedracht die wordt genoemd. Van de trap vallen bijvoorbeeld geeft blauwe plekken rondom, niet ernstig lokaal buikletsel. Een dader komt niet meer weg met zo'n klassiek verhaal over een valpartij.'

'Een crimescoop is geen wondermiddel,' waarschuwt Koos de Keijzer. 'Zichtbaarheid van letsel is ook afhankelijk van huidskleur. Soms word je op het verkeerde been gezet door een puistje van twee weken oud of resten van make-up. In zo'n geval kost het alleen maar extra tijd. Maar dat hoort erbij. Per saldo zijn we ermee gebaat.'



Infecties op kinderdagverblijven

Hand voor je mond!

Onderzoek: hebben leidsters van kinderdagverblijven een grotere kans op infecties?

Conclusie: ja, vooral leidsters met een kinderwens moeten oppassen

Onderzoek uitgevoerd in: 2006

Actuele praktijk: arbo-diensten zijn van gezondheidsrisico's op de hoogte

In kinderdagverblijven tieren bacteriën en virussen welig. Veel infecties zijn onschuldig, maar sommige kunnen wel een risico vormen in combinatie met zwangerschap. Bijvoorbeeld vijfde ziekte, een veelvoorkomende en over het algemeen milde vlekjesziekte veroorzaakt door het parvovirus B19. Niet-immune vrouwen die deze ziekte krijgen in de eerste helft van de zwangerschap lopen een iets verhoogd risico op een miskraam. Waterpokken, veroorzaakt door het varicella zostervirus, kunnen in sommige gevallen bij niet-immune zwangere vrouwen afwijkingen veroorzaken aan de ongeboren vrucht, net als het cytomegalovirus (bij zowel immune als niet-immune zwangeren). Het is niet voor niets dat de GGD regelmatig ongeruste leidsters aan de lijn krijgt. Wij wilden weten in hoeverre het werken met jonge kinderen voor hen een verhoogd risico geeft op deze infectieziekten.

Resultaten

We hebben het bloed van leidsters uit Amsterdamse kinderdagverblijven vergeleken met dat van vrouwen in de vruchtbare leeftijd uit de populatie van de Amsterdamse

Gezondheidsmonitor. De vergelijking toonde duidelijke verschillen aan. Zo werden antistoffen tegen het parvovirus aangetroffen bij 72% van de leidster en bij 65% van de controlegroep: het verschil zien wij als beroepsgerelateerd. Ook tegen waterpokken en cytomegalie hadden leidsters beduidend vaker antistoffen in het bloed. Daarmee was aangetoond dat werken in een kinderdagverblijf een beroepsgebonden risico met zich meebrengt.

De resultaten van deze studie zijn in juni 2012 gepubliceerd in *BMC Public Health*.

Praktijk en toekomst

Wie eenmaal antistoffen tegen waterpokken of de vijfde ziekte heeft, is tegen deze ziektes beschermd, maar dit geldt niet voor het cytomegalovirus, dat ook na een eerdere infectie bij de moeder nog schadelijk kan zijn voor het kind. In onze aanbevelingen adviseren we dan ook om bij leidsters met een kinderwens vooraf te bepalen of zij nog ontvankelijk zijn voor een van de genoemde infecties, zodat advies op maat gegeven kan worden.

De aanbevelingen kunnen bijdragen aan het onderbouwen van een verantwoord arbo-beleid voor leidsters van kinderdagverblijven. Naar implementatie van dit beleid zou een vervolgonderzoek op zijn plaats zijn.

Meer info: Gini van Rijckevorsel (arts-onderzoeker), gvrijckevorsel@ggd.amsterdam.nl



Dierplaagbeheersing

Eén rat is niet erg

Onderzoek: hoe effectief zijn rodenticiden in de strijd tegen ratten?

Conclusie: werking hangt sterk af van voedselaanbod in omgeving

Onderzoek uitgevoerd in: 2002

Actuele praktijk: afdeling Dierplaagbeheersing zet in op preventie

Ratten roepen beelden op van viezigheid, verval en ziekte. Niet helemaal ten onrechte. Bruine ratten, die buiten leven zolang er voldoende aanbod van etensresten is, zijn dragers van ziekten als de ziekte van Weil en rattenbeetkoorts. Van zwarte ratten, de zeldzamer soort die graag in gebouwen huist, is bekend dat ze MRSA (een voor antibiotica resistente bacterie) en het Hantavirus kunnen overdragen.

De afdeling Dierplaagbeheersing van de GGD accepteert dat ratten incidenteel bij het Amsterdamse straatbeeld kunnen horen. Het wordt echter problematisch als ze in woningen scharrelen of in grote aantallen op één plek aanwezig zijn. Dit laatste was sinds 1996 het geval op veel locaties rondom de hoogbouw van Amsterdam Zuidoost. Om de overlast te beheersen zijn er sinds die tijd bestrijdingsmiddelen (rodenticiden) ingezet: giftig lokaas. Dit onderzoek was bedoeld om het effect daarvan te analyseren.

Resultaat

In het onderzoek hebben we de opname van het gif gerelateerd aan verschillende omgevingsfactoren. Een van de belangrijkste conclusies was dat de aanwezigheid van voedselafval de effectiviteit van giftig lokaas zeer beperkt. Om deze reden richten wij ons nu vooral op preventieve maatregelen zoals advies over inrichting van de openbare ruimte, afvalverwerking en het snoeien van struiken. Mocht overlast tóch te erg worden, dan gaan we over tot actieve bestrijding.

Praktijk en toekomst

Alle stadsdelen hebben deze vorm van preventieve dierplaagbeheersing inmiddels als beleid aangenomen voor alle diersoorten die overlast veroorzaken. Uitgangspunt is een zo milieu- en diervriendelijk mogelijke werkwijze.

Sinds 2011 zijn wij ook bezig met het inrichten van een geografisch informatiesysteem (GIS) om nauwkeuriger in kaart te kunnen brengen op welke plekken zich welke dieren bevinden, wat de ruimtelijke kenmerken van die plekken zijn en welke ziektes zich daar voordoen. Door het systeem met verschillende instanties te delen verwachten we een completer beeld te krijgen, niet alleen van de oorzaken van dierplagen maar ook van de ziektes die worden overgebracht.

Meer informatie: Jan Buijs (onderzoeker), jbuijs@ggd.amsterdam.nl

Comeback zwarte rat

De zwarte rat, die goeddeels uit het Nederlandse straatbeeld verdwenen was, lijkt sinds enkele jaren bezig aan een comeback in ons land. Zo wordt het dier, dat voornamelijk huist in gebouwen waar voedsel te vinden is, sinds 2008 toenemend gesignaleerd in het Amsterdamse havengebied. Extra probleem bij de bestrijding is dat veel ondernemers uit angst voor reputatieschade niet willen toegeven de ratten in hun loods of op hun terrein te hebben. De GGD is daarom bezig met uitgebreide controles en actieve bestrijding. De afdeling Dierplaagbeheersing roept op tot ketenaanpak, maximale uitwisseling van informatie en eenduidige training over bestrijding.

Rattenhemel Heinekenplein

Na de zomer van 2011 kreeg het Marie Heinekenplein te maken met een rattenplaag van bijna middeleeuwse proporties. Buurtbewoners en ondernemers zagen vol afschuw hoe honderden bruine ratten op hun doolie gemak het plein overnamen. Een verslaggever van Het Parool begreep wel waarom. 'Ze hebben er volop eten, ruime plantenbakken om in te graven en een warme slaapplek onder de vlonders van de terrassen.' 'Als ik een rat was wist ik het ook wel, met al dat vuil hier,' zegt wijkmanager John Gaal in het artikel op de Paroolwebsite. 'We hebben de GGD een paar maanden geleden met gif laten bestrijden, maar dat werkt alleen als ratten het drie keer eten. Na één portie gif vinden ze een stuk weggegooid stokbrood op straat en dan werkt het niet meer. We willen eigenlijk een maand lang geen eten en afval op het plein, dan kunnen we ze in één keer allemaal de nek omdraaien. Maar daar moet iedereen aan meewerken.'

Jan Buijs, dierplaagonderzoeker van de GGD, beaamt dat troep opruimen de enige oplossing is. In september en oktober 2012 wordt in Stadsdeel Zuid een proef gehouden. Bewoners krijgen extra stevige vuilniszakken en mogen deze pas op de ochtend van de ophaaldag buiten zetten, om openscheuren door mensen en meeuwen te voorkomen. Minder afval op straat moet zorgen voor minder overlast van dieren.



لا تشكيب

De gelukkige stad





Zelfredzaamheid-matrix (ZRM)

Goed overzicht van toestand cliënten OGGz

Onderzoek: is de ZRM een betrouwbaar meetinstrument?

Conclusie: Ja

Onderzoek uitgevoerd in: 2011

Actuele praktijk: de ZRM wordt in heel Nederland gebruikt

Zelfredzaamheid is een veelgehoord woord in de zorg voor sociaal kwetsbaren. Hoe beter iemand zichzelf kan redden, hoe minder zorg er nodig is. Maar wanneer zijn mensen nou echt zelfredzaam? En hoe meet je het? In 2010 werd hiervoor op initiatief van de GGD Amsterdam naar Amerikaans voorbeeld de zogenaamde Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) ontwikkeld. Een schema waarin hulpverleners voor hun cliënten op elf levensgebieden (inkomen, dagbesteding, huisvesting enzovoort) een score aangeven van 1: acute problematiek, tot en met 5: volledig zelfredzaam. De ZRM geeft snel een overzicht van de toestand van individuele OGGz-clieënten (Openbare Geestelijke Gezondheid) en kan, wanneer opnieuw ingevuld, veranderingen in deze toestand zichtbaar maken.

De ZRM voorzag merkbaar in een behoefte: het instrument werd na de introductie direct omarmd en gebruikt door instellingen niet alleen in Amsterdam, maar ook in onder andere Rotterdam en Den Haag. De betrouwbaarheid ervan was echter nog niet geëvalueerd. Met geld uit het R&D-fonds en een financiële bijdrage van de GGD Rotterdam kon dit in 2011 gebeuren.

Resultaat

De resultaten van het evaluatieonderzoek bevestigen dat de ZRM een betrouwbaar meetinstrument is. Zo blijkt, dat wanneer meerdere professionals dezelfde cliënt beoordelen aan de hand van de ZRM, er geen tot weinig verschillen in de beoordeling zijn. Dit is belangrijk omdat in de zorg mensen werken met uiteenlopende beroepen en achtergronden. De ZRM helpt willekeur voorkomen. Het instrument stimuleert dat professionals dezelfde taal spreken. Beleidsmakers, organisaties en instellingen beschikken met de ZRM over een duidelijke definitie van het complexe begrip zelfredzaamheid. Samenvattend ondersteunt de ZRM zowel de uitvoerende als de sturende kant van de openbare geestelijke gezondheidszorg.

Praktijk

In Amsterdam wordt de ZRM onder andere gebruikt bij de centrale toegang tot de maatschappelijk opvang. Hier ondersteunt de ZRM het oordeel van de professional. Klantmanagers van DWI gebruiken de ZRM bij Amsterdammers die op de laagste treden van de participatieladder staan. De uitslagen kunnen aanleiding geven cliënten aan de hulpverlening over te dragen.

Aan de ontwikkeling van de ZRM hebben verschillende gemeentelijke diensten, organisaties en instellingen een bijdrage geleverd.

Meer informatie: www.zelfredzaamheidmatrix.nl
Steve Lauriks (onderzoeker), slauriks@ggd.amsterdam.nl

Handig hulpmiddel

Clarinda Wilken is medewerker bij de centrale toegang. Zij gebruikt de ZRM als mensen zich aanmelden voor de maatschappelijke opvang. 'Het voordeel van de ZRM is, dat je in één oogopslag kunt zien aan welke kant van de lijn iemand staat,' zegt Wilken. 'Onze opvang is voor mensen die naast dakloosheid en financiële zorgen ook psychische problemen hebben. Wij vragen daarom vooral goed uit op de domeinen Geestelijke gezondheid, Verslaving en Justitie. De ZRM is handig als je twijfelt. Toch moet je uitkijken, de beschrijving dekt niet altijd de lading, vaak moet je in een eigen tekst de situatie nog verduidelijken.'

De ZRM is niet zaligmakend, vindt ook haar collega Femke Botter. 'Je moet hem echt zien als een hulpmiddel. Hij geeft een zekere mate van objectiviteit. Er zijn mensen die zich slechter voordoen dan ze zijn om maar hulp te krijgen, die kun je nu makkelijker ontmaskeren, ook als ze bijvoorbeeld terugkomen na geweigerd te zijn en we opnieuw een ZRM afnemen. Vroeger maakte je wel vaker verschillen in beoordeling mee. Maar het blijft altijd mensenwerk. Als je gevoel iets héél anders zegt dan de ZRM, dan ga je toch op dat gevoel af. Dat bespreek je dan in het casusoverleg met de GGD.'

الكتئاب Depressie

Psychosociale gezondheid van allochtone groepen

Angst en depressie in breder perspectief

Onderzoek: hoe is bereik en kwaliteit van ggz voor allochtone groepen?

Conclusie: redelijk goed; verschillen tussen groepen zijn kleiner dan gedacht

Onderzoek uitgevoerd in: 2005

Actuele praktijk: gegevens vormen basis voor beleid

Allochtonen zoeken minder vaak hulp voor psychische klachten en stoppen vaker voortijdig met hun behandeling, terwijl zij een grotere hulpvraag hebben dan autochtonen. Zo luidde tot voor enkele jaren de heersende opvatting over allochtonen en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Maar klopt dat ook? Aangezien (landelijke) bevolkingsstudies zich vanwege de kosten voor vertaling van vragenlijsten meestal alleen richten op de Nederlandssprekende bevolking, wisten we het niet precies. In dit onderzoek hebben we daarom het bereik en de kwaliteit van zorg rond angst en depressie in Amsterdam in een breder perspectief geprobeerd te plaatsen.

Resultaat

Angst en depressie blijken vaker voor te komen onder Turkse en Marokkaanse Amsterdammers dan onder Nederlandse, Surinaamse en Antilliaanse stadgenoten. Het hebben van psychische klachten lijkt voort te komen uit een gebrek aan

vaardigheden die samenhangen met een beperkte beheersing van de Nederlandse taal. Ruim de helft van de mensen met angst en/of depressie had in het voorafgaande halve jaar contact gehad met een professionele hulpverlener, het grootste deel van hen (ruim eenderde van de totale groep) ook met gespecialiseerde hulpverlening van de ggz. Opvallend genoeg waren deze percentages voor alle onderzochte etnische groepen vergelijkbaar. Dit weerspeelt de aanname over het slechtere bereik van de geestelijke gezondheidszorg voor allochtone Amsterdammers.

Het onderzoek was de basis voor een wetenschappelijke promotie, waarvan het verslag te vinden is op internet onder de titel: *Ethnic differences and similarities in care for anxiety and depression in the Netherlands*. Een artikel over het onderzoek werd in 2009 gepubliceerd in *BMC Public Health*.

Praktijk en toekomst

Het onderzoek, gekoppeld aan de Amsterdamse gezondheidsmonitor van de GGD, heeft data opgeleverd die in tal van nieuwe onderzoeken te gebruiken zijn en die een basis vormen voor het ggz-beleid in Amsterdam. Een van de aanbevelingen uit het onderzoek was om groepsspecifieke inspanningen, zoals voorlichting in de eigen taal aan eerste-generatie allochtonen, vooral niet te staken.

Nu de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen voor diverse etnische groepen is doorgelicht, zou onderzoek naar de kwaliteit van die voorzieningen welkom zijn. De huisartsenzorg voor patiënten met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond verdient extra aandacht omdat blijkt dat de richtlijn voor het voorschrijven van antidepressiva in deze groep minder goed wordt nageleefd. Daarnaast is meer onderzoek nodig naar het zorggebruik van tweede-generatie migranten omdat zij ondervertegenwoordigd waren in dit onderzoek.

Behalve uit het R&D fonds is dit onderzoek betaald uit een financiële bijdrage van de voormalige Amsterdamse ggz-instellingen Mentrum, AMC de Meren en GGZ Buitenamstel (tegenwoordig Arkin en GGZ inGeest).

Meer informatie: Matty de Wit (onderzoeker), MdWit@ggd.amsterdam.nl

Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg

In de toekomst zal een groeiend aantal migranten gebruik maken van de voorzieningen in de ouderenzorg. Wat vinden zij daarin belangrijk? Het NIVEL onderzocht deze vraag door interviews in de eigen taal met ouderen en/of hun familieleden van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse of Chinese afkomst. Belangrijke thema's die zij noemden waren persoonlijke verzorging, sociale contacten, geloof en sociale steun. De sociale steun wordt vooral verwacht van de eigen kinderen en van contacten uit de eigen gemeenschap. Behoeften waarin een onderscheid met autochtonen naar voren kwam, hebben vooral te maken met gewoonten en gebruiken in het land van herkomst.

Bron: www.gezondheidstoestand.nl, een site van ISOQOL



Suïcidepreventie: psychosociale autopsie

'Men beneemt zich het leven nooit alleen'

Onderzoek: wat is het profiel van mensen die zelfmoord plegen?

Conclusie: alleenstaande mannen met psychische problemen vormen een belangrijke risicogroep

Onderzoek uitgevoerd in: 2011

Actuele praktijk: conclusies zijn richtsnoer voor interventies

Elk jaar plegen rond 90 Amsterdammers zelfmoord. Een daad waaraan vaak een lange periode van ernstig psychisch lijden voorafgaat. Voor familie en vrienden is dit lijden in veel gevallen nog jaren voelbaar. 'Men beneemt zich het leven nooit alleen,' zei de negentiende-eeuwse Franse toneelschrijver Antonin Artaud. Wat blijft is de vraag: waarom hebben we het niet kunnen voorkomen? Dit onderzoek is opgezet om zicht te krijgen op de motieven voor suïcide in onze stad. Door interviews met nabestaanden, huisartsen en eventuele andere betrokken hulpverleners, aangevuld met eventueel forensisch onderzoek, afscheidsbrieven, sms-berichten en e-mails, hebben wij geprobeerd een profiel te schetsen van de mensen die zelfmoord plegen in Amsterdam. De verzamelde informatie over een overledene noemen we een psychosociale autopsie. We hebben zo'n autopsie gemaakt van 25 door zelfdoding overleden Amsterdammers.

Resultaat

Het onderzoek leverde een vrij scherp afgetekend beeld op. Zoals ook landelijk het

geval is, blijkt het in de groep die we hebben onderzocht opmerkelijk vaak te gaan om alleenwonende mannen. Familiaire belasting door psychiatrie en een problematische gezinssituatie kwamen regelmatig voor. Geslotenheid, negatief zelfbeeld, slecht probleemoplossend vermogen en veelvuldig piekeren waren kenmerkend voor de persoonlijkheid. Vaak liet ook de lichamelijke gezondheid veel te wensen over. Meer dan de helft ondernam eerder een suïcidepoging maar nog niet de helft was recent in behandeling bij de geestelijke gezondheidszorg. Nabestaanden beoordeelden de suïcides opvallend vaak als overwogen.

De resultaten zijn beschreven in een artikel, dat is aangeboden aan het *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*.

Praktijk

Het onderzoek leverde input aan het plan van aanpak voor suïcidepreventie in Amsterdam, dat hierna wordt beschreven. Belangrijke aanbevelingen uit het onderzoek zijn pogers op de spoedeisende hulp structureel te screenen op psychiatrie en om preventie vooral te richten op het in zorg houden of krijgen van alleenstaande mannen bij wie sprake is van langdurende psychische problematiek, alcoholmisbruik en eerdere zelfmoordpogingen. Huisartsen, zegt het onderzoek ook, spelen een belangrijke rol bij het herkennen en bespreekbaar maken van de doodswens. De anonieme 24-uurs online hulpverlening van 113online is een goede aanvulling.

Meer informatie: Ewald Witteveen (onderzoeker en sociaal-psychiatisch verpleegkundige), ewitteveen@ggd.amsterdam.nl

Ervaringsdeskundige: 'Altijd het netwerk inschakelen.'

Marjolein Meijs werkt als ervaringsdeskundige bij de *Gespreksgroep voor nabestaanden na zelfdoding* van PuntP. In het beeld van de middelbare alleenstaande man herkent ze haar ex-man, die vier jaar geleden met fataal gevolg voor de trein sprong. Verder valt er volgens Meijs geen profiel te schetsen van de groep suïcidanten waarover ze met lotgenoten spreekt. 'Wat wel algemeen is,' zegt ze, 'is dat de zelfmoord altijd onverwacht komt, ook al is deze soms aangekondigd.' Meijs heeft wat tips voor de hulpverlening. Deze gaat naar haar mening soms te makkelijk aan signalen voorbij. 'Mijn ex-man is twee keer op zijn doodswens bevraagd toen hij in behandeling was voor een alcoholverslaving, maar een reëel gevaar werd niet gezien. Ik denk nu nog steeds dat zijn dood te voorkomen was geweest, als ze mij en onze zoon bij die hulpverlening hadden betrokken.' 'Hulpverleners zouden altijd het netwerk van de patiënt in moeten schakelen,' vindt Meijs, 'om een completer beeld van de patiënt te krijgen. Hoe meer kennis, hoe beter. Alcohol is een groot probleem, omdat het remmingen wegneemt én omdat verslaafden geneigd zijn hun omgeving te manipuleren, bijvoorbeeld door het alcoholgebruik te relativiseren. Ook huisartsen,' meent de ervaringsdeskundige, 'zouden vaker bij het netwerk van patiënten te rade moeten gaan. Artsen hebben hun beroepsgeheim, maar ze hebben ook hun verantwoordelijkheid als medicus. Over sturen of dwingen wordt op dit moment wel gediscussieerd. Wat mij betreft: dwang kan ook in het belang van de cliënt zijn. Kijk in de groep. Zelfs na jaren lopen we allemaal nog met diezelfde vraag rond: waarom? Hoe hadden we het kunnen voorkomen?'



Suïcidepreventie: plan van aanpak in Amsterdam

Zelfmoord... of zicht op nieuwe wegen?

Project: verminderen van aantal zelfmoorden en zelfmoordpogingen in Amsterdam

Hoe: met samenwerking, training, informatie en nazorg

Project gestart in 2011, loopt door

Actuele praktijk: Amsterdam telt een grote groep getrainde gatekeepers; er is meer aandacht voor nazorg aan zelfmoordpogers en aan nabestaanden van suïcidanten

In Amsterdam doen jaarlijks vele honderden mensen, al dan niet in een impuls, een poging tot zelfmoord; rond de 90 van hen overleven dit niet. Deze aantallen kunnen en moeten omlaag, vindt de gemeente. Daarvoor heeft de GGD een plan van aanpak opgesteld. Het plan rust op vier pijlers: 1 training van beroepskrachten die in hun werk te maken hebben met risicogroepen, 2 inzet van een casemanager voor actieve begeleiding van mensen die een zelfmoordpoging hebben gedaan, 3 ontwikkeling van een gevarieerd hulpaanbod aan mensen die een naaste aan zelfmoord hebben verloren en 4 beperken van toegang tot risicovolle locaties.

Resultaat

1 In juli 2012 hebben al meer dan 350 beroepskrachten en vrijwilligers deelgenomen aan de gatekeeperstraining. Onder hen maatschappelijk werkers, verpleegkundigen

en artsen, maar ook politieagenten, klantmanagers van DWI en medewerkers van bijvoorbeeld de meldpunten Zorg en Overlast. In de training wordt vooral ingezet op vaardigheden om het onderwerp bespreekbaar te maken. Het benoemen van zelfmoordgedachten, hoe moeilijk ook, blijkt bij mensen vaak zicht te geven op nieuwe kansen en wegen. De training wordt goed ontvangen, deelnemers voelen zich beter toegerust om in hun werk met het thema om te gaan.

2 Er is een pilot uitgevoerd met de inzet van een casemanager. De casemanager, een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van de GGD, heeft mensen benaderd die na een zelfmoordpoging zijn binnengebracht op de spoedeisende hulpafdeling van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis van april 2011 tot en met april 2012. Actieve benadering en (terug)geleiding naar zorg blijkt goed te werken, maar is wel arbeidsintensief.

3 Zorgaanbieders en lotgenotenorganisaties hebben onder leiding van de GGD een hulpaanbod samengesteld voor nabestaanden van suïcidanten. Van het aanbod is een brochure gemaakt. Ook is een miniconferentie georganiseerd over rouw na zelfdoding.

4 Sommige locaties, zoals bepaalde spoortrajecten, bruggen en hotels, vormen relatief vaak het decor voor zelfmoorden of pogingen daartoe. Door monitoring via de forensische geneeskunde brengen wij deze locaties in beeld en geven wij advies aan relevante partijen over mogelijke veiligheidsmaatregelen.

Praktijk en toekomst

Bewustzijn, aandacht en uitwisseling zijn basale ingrediënten voor elk succesvol lokaal preventiebeleid. Een belangrijk overkoepelend resultaat van dit plan van aanpak is het netwerk en de bundeling van expertise ontstaan door intensieve samenwerking niet alleen binnen de gezondheidszorg, maar ook met partners als politie, DWI, onderwijsinstellingen en ervaringsdeskundigen. Wij hopen alle beschikbare kennis uit dit netwerk te kunnen benutten.

De trainingen en de monitoring van riskante locaties gaan door. De pilot met casemanagement wordt geëvalueerd in oktober 2012. De verwachting is, dat dit dan in meer ziekenhuizen zal worden ingezet, met de nadruk op mensen die nog niet in zorg zijn.

Meer informatie: Lyna Polikar (coördinator), lpolikar@ggd.amsterdam.nl

Pilot casemanagement zelfmoordpogers

'Ze willen niet dood, ze willen van het gevoel af'

Zo'n 20.000 mensen worden jaarlijks medisch behandeld na een suïcidepoging. Wat is de achtergrond van hun leed en hoe kan een vervolgpoging voorkomen worden? Een pilot omtrent nazorg leverde bruikbare en soms verrassende inzichten.

Een van de inzichten tot nu toe: 56% van de zelfmoordpogers is op het moment van de poging in zorg. Wat dat betekent? 'Niet zozeer, zoals misschien wordt gedacht, dat die zorg niet deugt,' zegt Adriaan Honig, psychiater in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis en hoogleraar ziekenhuispsychiatrie aan VUmc, 'maar vooral dat er meestal een psychiatrische component is in suïcidaal gedrag. Deze patiënten zouden daar altijd aandacht voor moeten krijgen. Dit is in ziekenhuizen zonder psychiatrische afdeling niet het geval. Psychiatrie is een vak,' onderstreept Honig, 'een waardige benadering van patiënten hoort daarbij. Wie wanhopig genoeg is voor een zelfmoordpoging, heeft echt geen behoefte aan moralistische praatjes. Zelfmoordpogers moeten gewoon standaard een psychiatrische evaluatie krijgen.'

Hoe het is met de achtergrond van suïcidepogingen? Relatieproblemen scoren hoog, merkt casemanager Ewald Witteveen van de GGD. 'Er zijn relaties en systemen waarin mensen elkaar voortdurend naar het leven staan. Daar is het zelfs normaal om zelfmoord als dreigement te gebruiken. Als je dit of dat doet of niet doet, maak ik me van kant.'

Witteveen werkte samen met Adriaan Honig aan de pilot casemanagement. Hij benaderde 164 mensen die door een suïcidepoging op de afdeling spoedeisende hulp van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis kwamen. Driekwart van hen bleek bereid mee te doen aan het onderzoek dat hun toestand en verwijfsbaarheid bijhield in de acht maanden na de poging. 'De meeste zelfmoordpogers handelen impulsief,' merkte Witteveen. 'Mensen willen niet dood, ze willen van het gevoel af dat ze hebben.'

Bovenstaande is een bewerking van een langer interview verschenen in de Nieuwsbrief Suïcidepreventie #2 van september 2012. Voor het hele interview, zoek op www.gezond.amsterdam.nl/suicidepreventie



Vragenlijst psychosociale gezondheid bij kinderen

Kinderzorgen in kaart

Onderzoek: wat levert gebruik van de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) bij ouders en leerkrachten op in de psychosociale zorg voor kinderen?

Conclusie: SDQ voorleggen aan ouders én leerkrachten geeft completer beeld

Onderzoek uitgevoerd in: 2006 – 2007

Actuele praktijk: ouderversie SDQ wordt stadsbreed gebruikt; leerkrachtversie wordt aangeboden via Hart & Ziel; signalering is verbeterd en kinderen krijgen eerder hulp

Niet bij de groep horen, overal bang voor zijn, moeite met concentreren. Het zijn een paar voorbeelden van situaties die bij veel Amsterdamse kinderen tot problemen leiden. Hoe eerder deze problemen gesignaleerd worden en hoe eerder eventuele hulp kan worden ingezet, hoe beter het is. Dat is het idee achter het gebruik van de zogenaamde Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), een in Engeland ontwikkelde vragenlijst die helpt om sociaal-emotionele problemen bij kinderen snel te herkennen.

De SDQ is een bewezen effectief screeningsinstrument. Ook bekend is, dat uitkomsten betrouwbaarder zijn wanneer zij naast de afname bij ouders ook uit andere bronnen komen. Sinds 2006 wordt de SDQ, voorafgaand aan het periodiek geneeskundig onderzoek van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij 5- en 10-jarigen, voorgelegd aan ouders. De respons laat echter vaak te wensen over. Wij wilden weten hoe dat kwam. Daarnaast wilden we uitzoeken wat het op zou leveren als naast ouders ook leerkrachten de vragenlijst in zouden vullen.

Voor een antwoord op deze vragen hebben we een pilot uitgevoerd op vier scholen.

Resultaat

Belemmeringen die genoemd werden bij het gebruik van de SDQ door ouders waren onder andere taalproblemen, de tijdsinvestering en een zekere moeite of onwilligheid om problemen met de JGZ te delen. Als positieve punten noemden ouders en scholen onder andere dat de SDQ systematisch richting en inhoud geeft aan besprekingen en dat ook positieve kanten van een kind in beeld komen.

Uit de pilot op scholen bleek, dat de SDQ een completer beeld geeft als deze door zowel ouders als leerkrachten wordt gebruikt. Bij de pilot waren 109 kinderen betrokken. Van de 81 kinderen voor wie beide versies werden ingevuld had volgens de ouderversie 11,1% en volgens de leerkrachtversie 13,6% een verhoogde kans op problemen. Ouders gaven vaker emotionele problemen aan, leerkrachten vaker gedragsproblemen. Van de 18 kinderen voor wie alleen de leerkrachtversie werd ingevuld, leek 22,2% tot de risicogroep voor psychosociale problemen te behoren.

Over dit onderzoek verscheen in 2008 een artikel in *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*.

Praktijk

De pilot heeft de basis gevormd voor het huidige Hart & Ziel, een door de GGD beheerde webapplicatie waarop aangesloten scholen toegang krijgen tot de SDQ en tot adviezen voor preventie en interventie. Gegevens over de sociaal-emotionele gezondheid van de kinderen die middels de SDQ worden verzameld, gebruikt de GGD geanonimiseerd voor epidemiologie en beleid, bijvoorbeeld in het ontwikkelen van nieuwe programma's. Inmiddels zijn 59 Amsterdamse scholen aangesloten op het leerlingvolgsysteem (SDQ) van Hart & Ziel. De signalering van psychosociale problemen is verbeterd en kinderen krijgen eerder passende hulp.

Meer informatie: Adèle Diepenmaat (onderzoeker), ADiepenmaat@ggd.amsterdam.nl
De website www.hartenzielmonitor.nl

Met hart en ziel

Veel intern begeleiders zijn enthousiast over het leerlingvolgsysteem via Hart & Ziel. Een van hen is Herman Huijmans, werkzaam op Crescendo, een christelijke basisschool van de Evangelische Broedergemeente in Amsterdam Zuidoost. De school heeft leerlingen van vooral Surinaamse en Afrikaanse afkomst en goede omgangsvormen staan er bovenaan. Dit laatste hoort Huijmans op excursies vaak terug. 'Wat zijn jullie kinderen rustig en beleefd!'

'Dit neemt niet weg dat ook de kinderen van Crescendo problemen kennen,' zegt Huijmans. 'Wat het goede is aan Hart & Ziel: voorheen waren het vaak de drukke kinderen die ons opvielen. We zijn nu ook alert op de stillere kinderen, dus de kinderen die meestal juist géén last geven in de klas. Dat komt door vragen als: komt het kind naar je toe, heeft het veel contacten, durft het vragen te stellen? Die kunnen je aan het denken zetten.'

'Twee keer per jaar is het wel even een exercitie op de computer voor de leerkracht,' zegt Huijmans, 'maar door de SDQ hebben we meer problemen boven water gekregen. Het vervolg is dat we in gesprek gaan met de arts of verpleegkundige van de JGZ en vervolgens met de ouders. Op school zelf werken we met trainingen sociale vaardigheid voor kinderen die angstig of teruggetrokken zijn of juist meer extravert gedrag vertonen. Voor kinderen die twee keer opvallen door probleemgedrag hebben we het programma Sprint, waarbij de kinderen samen met hun ouders langere tijd intensief worden begeleid.'

'Soms blijkt dat er bij deze kinderen thuis al iets gebeurd is in de sfeer van geweld, misbruik of delicten,' zegt Huijmans, 'soms was er al contact met Jeugdzorg. Het schoolmaatschappelijk werk adviseert bij het zoeken van hulp. Ouders kunnen voor een uitgebreid advies naar de opvoedpoli worden verwezen. Voor kinderen die erg onaangepast gedrag vertonen is de naschoolse begeleiding van Altra een goede mogelijkheid.' Herman Huijmans schat dat zo'n tien procent van de huidige kinderen op Crescendo op een of andere manier extra zorg krijgt. Hij ziet ook de verbeteringen al. 'Je merkt vooral dat kinderen een beter beeld van zichzelf krijgen.'

Intern begeleiders kunnen terecht op de *Jeugdpreventiewijzer van Hart & Ziel*. In Amsterdam zijn diverse programma's vrijwel direct beschikbaar, zoals *Vrienden voor het leven* voor kinderen die angstig en/of somber zijn, of *Taakspel*, een programma om probleemgedrag positief te beïnvloeden.



Alleenstaande mannen in de bijstand

Een gevecht tegen nutteloosheid

Onderzoek: hoe zelfredzaam zijn alleenstaande mannen in de bijstand?

Conclusie: matig; de ziektelast is hoog, een meerderheid is ongelukkig

Onderzoek uitgevoerd in: 2008-2010

Actuele praktijk: onderzoek wordt voortgezet in academische werkplaats G4-USER

Bier, sigaretten, stoppels, hele dagen in pyjama op de bank. Je ziet ze voor je: de mannen van een jaar of veertig, vijftig, die de zon nog maar zelden zien. Het stille leger van alleenstaande mannen in de bijstand. We kennen ze wel en we kennen ze niet. Als GGD hadden we aanwijzingen dat deze groep risico loopt voor afglijden naar verslaving en verloedering, kenmerkend voor de groep waaraan de Amsterdamse openbare geestelijke gezondheidszorg zijn handen vol heeft. Maar betrouwbare cijfers ontbraken. In 2008 zijn we daarom dit onderzoek gestart.

Het onderzoek is uitgegroeid tot project *Mankracht*: een project waarbij ongeveer vijftig mannen uit de doelgroep gedurende een jaar intensief hebben meegewerkt aan de uitvoering van het onderzoek. Op die manier konden we niet alleen meer inzicht verkrijgen in het wel en wee van de groep, maar tegelijk een deel van hen activeren. Samen met Radar-Advies (adviesbureau voor maatschappelijke vraagstukken) en Dienst Werk en Inkomen hebben we de vijftig mannen opgeleid tot peer-interviewers. Ruim twaalfhonderd andere alleenstaande mannen in de bijstand hebben we benaderd voor een uitgebreide enquête.

Resultaat

De enquête is uitgevoerd door de peer-interviewers, die er maandenlang vier dagdelen per week voor op pad zijn geweest. Een mooi resultaat is: dat blijkt te kunnen. Mannen die door de maatschappij vergeten lijken, trotseren hun malaise en komen in beweging door het gevoel iets nuttigs te kunnen doen en deel uit te maken van een groep. Zij blijken zich graag voor anderen in te zetten. Participatie lijkt een sleutel.

Daarnaast hebben de interviews (472) een representatief beeld opgeleverd van de leef- en gezondheidssituatie van deze lastig te bereiken doelgroep. De ziektelast blijkt hier hoog: veel mannen kampen met chronische aandoeningen als diabetes en hoge bloeddruk; angst en depressie komen twee keer zo veel voor als onder de algemene bevolking. Ook het aantal suïcidepogingen is relatief hoog. Verrassend genoeg bleken de meeste van de geïnterviewde mannen, in lijn met de hogere ziektelast, wél in zorg te zijn. Eerder werd aangenomen dat zij zorg juist mijden. Ook de dreiging van huisuitzetting lijkt in deze eerste meting mee te vallen, al heeft 14% van de ondervraagden een huurachterstand en vormen schulden wel degelijk een probleem. In het algemeen is het beeld dat de balans tussen lasten en krachten duidelijk doorslaat naar de lasten. Een meerderheid lijkt niet in staat om op eigen kracht, met behulp van sociale en maatschappelijke hulpbronnen, het tij te keren.

Het rapport *Mankracht in de bijstand* is te vinden op de GGD-website: www.gezond.amsterdam.nl. Een analyse van de resultaten zal naar verwachting ook verschijnen in *Journal of Community Health*.

Praktijk en toekomst

De resultaten van het onderzoek zijn gepresenteerd op conferenties, symposia en in workshops aan Amsterdamse beleidsmakers, professionals en de doelgroep zelf. Als speerpunten om verdere maatschappelijke uitval van deze groep te voorkomen zien wij vooral herstel van zelfvertrouwen door het aangaan van sociale relaties en deelname aan het maatschappelijk leven in een zinvolle dagstructuur. Deze insteek lijkt ons echter alleen kansrijk als deze gepaard gaat met begeleidende aandacht voor chronische gezondheidsklachten en psychische problemen. Een integrale aanpak dus. Diverse diensten waaronder DWI hebben de aanbevelingen al meegenomen in hun beleid.

Sinds 2010 is het onderzoek als promotieonderzoek ingebed in de academische werkplaats G4-USER (Urban Social Exclusion Research), een structurele samenwerking tussen onderzoekers en praktijkmensen, gefinancierd door ZonMw. Het onderzoek loopt door tot maart 2014. In 2012 is een tweede meting onder de geïnterviewde mannen gedaan. De eerste resultaten hiervan worden begin 2013 verwacht.

Meer informatie: Tjerk Kamann (onderzoeker), tkamann@ggd.amsterdam.nl

Een derde van het aantal bijstandsgerechtigden in Nederland en ook in Amsterdam is alleenstaand man. Eind 2008 waren er in totaal 9.200 zelfstandig wonende mannen tussen 23 en 65 jaar met een bijstandsuitkering in Amsterdam.



Huiselijk geweld

Verstopt achter de voordeur

Onderzoek: kunnen we door registraties een beeld krijgen van de aard en omvang van huiselijk geweld in Amsterdam?

Conclusie: moeilijk; het meeste wordt niet gemeld en registratie is niet eenduidig

Onderzoek uitgevoerd in: 2007 en 2008

Actuele praktijk: meldingen aan politie worden gevolgd in Gezondheidsmonitor

Stress, schreeuwende baby's, soep te koud, koffie te heet. Wat de oorzaak ook mag zijn, zelfs in de slijkste kringen komt het voor dat de vlam in het kruidvat slaat en mensen elkaar fysiek, psychisch of seksueel naar het leven gaan staan. En dan? Ondanks groeiende belangstelling is over de aard en omvang van huiselijk geweld nog altijd relatief weinig bekend. In dit onderzoek is gekeken of het mogelijk is om met bestaande registraties een overzicht te krijgen van de situatie in Amsterdam.

Resultaten

Het antwoord is: moeilijk. We hebben alle registraties van huiselijk geweld bekeken van instanties die hiermee in 2007 te maken kregen. Een belangrijke bevinding was dat niet alle hulpverleners huiselijk geweld (op dezelfde manier) registreren. Toch was het mogelijk een groot aantal registraties te koppelen, namelijk van Politie, Steunpunt Huiselijk Geweld, Slachtofferhulp en Vangnet & Advies van de GGD. Bij deze stadsbrede organisaties werden 2.728 Amsterdammers in 2007 geregistreerd als volwassen slachtoffer van huiselijk geweld.

Het ging relatief vaak om jonge vrouwen, de meeste meldingen kwamen uit stadsdeel Zuidoost, het minst was gemeld in stadsdeel Zuid.

Tegen 3.000 slachtoffers lijkt misschien al veel. Op basis van de zogenoemde vangst-hervangstmethode is echter geschat dat het werkelijke aantal slachtoffers ongeveer vier keer zo groot moet zijn, rond twee procent van de Amsterdammers van 18 jaar en ouder, zo'n 11.500 personen. Deze schatting komt overeen met bevindingen uit de *Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2008* en met studies in de andere grote steden. Het percentage slachtoffers is ongeveer hetzelfde in Den Haag, in Utrecht ligt het iets lager, in Rotterdam iets hoger. In landelijke gebieden komt huiselijk geweld minder voor. Belangrijkste conclusie is dat zo'n driekwart van de slachtoffers buiten het zicht van politie en hulpverlening blijft.

Het rapport *Aard en omvang huiselijk geweld in Amsterdam* is te vinden op de GGD-website www.gezond.amsterdam.nl

Praktijk en toekomst

Bij de presentatie van ons rapport tijdens de internationale dag tegen huiselijk geweld in 2009 hebben wij hulpverleners opgeroepen huiselijk geweld gespecificeerd te gaan registreren. Via de lokale media hebben wij bij Amsterdammers de noodzaak tot het melden onder de aandacht gebracht.

De gemeente Amsterdam had het plan om een monitor voor huiselijk geweld op te zetten om aard, omvang, trends en de effecten van interventies te kunnen volgen. Uit ons onderzoek is echter gebleken dat dit té arbeidsintensief zou zijn en de marge van de uitkomsten te groot. Wel is melden omtrent huiselijk geweld nu een rubriek in de *Amsterdamse Gezondheidsmonitor*. Toekomstig onderzoek zou gericht moeten zijn op voorkomen van huiselijk geweld in risicogroepen.

Meer informatie: Marcel Buster (onderzoeker), mbuster@ggd.amsterdam.nl

Geweld in relaties

In het merendeel van de gevallen van huiselijk geweld gaat het om relationeel geweld. Dit kent meestal een geleidelijke opbouw. Aan het begin worden gewelddadige relaties gekenmerkt door controlerend gedrag, jaloezie, extreem veel aandacht voor het doen en laten van de ander en een zeer snelle relatievorming. Duidelijk is dat de angst voor onafhankelijkheid van het slachtoffer en de angst voor kwetsbaarheid en afhankelijkheid van de dader op elkaar ingrijpen: de dader gaat macht uitoefenen via geweld, het slachtoffer is erg afhankelijk (Mastenbroek 1995).

Overdrijf ik nu?

Hartenkreten van jonge vrouwen zijn op internetfora makkelijk te vinden. Zoals deze, van een 28-jarige moeder van twee kinderen, over haar man. '... Hij zegt letterlijk als jij mij niet zo boos maakt doe ik het niet dus we moeten er allebei op letten. Nou ja..... Ik moet dus altijd maar denken van o jee straks wordt hij weer boos. Hij wil echt verder met mij en is nu aan het slijmen maar ik ben gewoon nog steeds erg boos en ben even klaar met hem. Hij werkt nu gelukkig maar vanavond zijn we helaas samen pffff. In het belang van de kids probeer ik maar als hij thuis komt normaal te doen. Weet het gewoon even niet meer wat ik nu moet doen eigenlijk. Zoiets is volgens mij 1 keer eerder voorgekomen maar nooit zo. Overdrijf ik nu omdat we al 12 jaar samen zijn en dit op eigenlijk nooit zo is voorgekomen? Moet ik hem maar gewoon vergeven en doen alsof er niks gebeurd is? Ik weet het niet meer....

Tijdelijk huisverbod

In 2008 werd in Nederland het tijdelijk huisverbod ingevoerd als maatregel tegen (dreiging van) huiselijk geweld. Het verbod houdt in dat een pleger van huiselijk geweld tien dagen zijn of haar woning niet meer in mag en in die periode ook geen contact mag opnemen met de partner of de kinderen. In deze tijd kan hulpverlening worden ingeschakeld. Het huisverbod wordt door de burgemeester of de politie opgelegd en kan worden verlengd tot maximaal vier weken. Plegers die zich niet aan het huisverbod houden, kunnen maximaal twee jaar gevangenisstraf krijgen of een taakstraf.



De zinderende stad





Lymfogranuloma venereum onder msm

Een tropische verrassing?

Onderzoek: wat zijn kansen voor bestrijding van agressieve chlamydiabacterie

Conclusie: preventie heeft prioriteit bij hoog-risicogroep mannen die seks hebben met mannen (msm)

Onderzoek uitgevoerd vanaf: 2004

Actuele praktijk: er is een speciaal spreekuur voor hiv-positieve msm; de GGD Amsterdam werkt internationaal samen met wetenschappelijke partners

Lymfogranuloma venereum (lgv) is een ernstige soa, die bij zowel mannen als vrouwen kan leiden tot blijvende schade aan anus, endeldarm en geslachtsdelen. Lgv wordt veroorzaakt door een agressieve chlamydiabacterie, die lange tijd alleen in tropische landen werd gezien. In 2004 kwam een lgv-epidemie aan het licht onder msm in westerse landen, eerst in Rotterdam, daarna in Amsterdam, Antwerpen en andere grote steden in Europa, de Verenigde Staten en Australië. Omdat er geen kennis voorhanden was over deze ziekte in de westerse wereld en veel gevallen zich in Amsterdam voordeden, is de GGD Amsterdam een langlopend onderzoek naar lgv gestart.

Resultaat

Het onderzoek leverde samenwerking op met gerenommeerde organisaties in de VS, Rusland en diverse Europese landen, waaronder het Sanger Institute in Cambridge. De GGD Amsterdam had een belangrijke rol bij het ontrafelen van de achtergrond

van de epidemie. Zo werd een speciale bacterievariant ontdekt (L2b, de Amsterdamse variant), die alle recente gevallen verklaarde. Dna-onderzoek liet zien dat deze variant waarschijnlijk in de vorige eeuw in de VS is ontstaan en vervolgens in Europa aan verspreiding is begonnen. Tot op heden komt lgv vrijwel alleen voor onder msm, dus mannen die seks hebben met mannen. Een meerderheid van hen heeft tevens hiv.

In Amsterdam zijn de eerste diagnostische testen ontwikkeld die zijn gebaseerd op dna-sequenties. Er is uitgezocht of de huidige antibioticakuur tegen lgv afdoende is. Ook is er verder onderzoek gedaan naar factoren die een rol spelen in de verspreiding van de ziekte. Hieruit bleek dat het spoelen van de endeldarm, een hygiënemaatregel die veel msm nemen bij anale seks, de transmissie van lgv juist vergemakkelijkt.

Sinds 2004 zijn vele artikelen over dit onderzoek verschenen die veelvuldig worden geciteerd, onder andere in *Soa Aids Magazine*.

Praktijk en toekomst

Zoals veel soa is ook lgv geassocieerd met riskant seksueel gedrag. Lgv-patiënten hebben vaker andere soa (gehad) zoals hepatitis B en hepatitis C, syfilis en gonorrhoe. Vanwege deze clustering en frequentie van verschillende soa heeft de GGD Amsterdam inmiddels een speciaal soa-spreekuur geopend voor hiv-positieve msm. Daarnaast is de richtlijn voor de diagnostiek en behandeling voor lgv vanuit Amsterdam voorgesteld en internationaal overgenomen.

Waarschijnlijk zal de ziekte onder msm in Amsterdam blijven circuleren. Sinds 2012 wordt een stijging in het aantal nieuwe besmettingen met lgv geconstateerd. Daarom blijven waakzaamheid en gerichte bestrijding door onderzoek, preventie en behandeling geboden. Omdat testen op basis van dna-sequenties duur zijn, wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een goedkopere antistoftest. Daarnaast is vervolgonderzoek gestart om soa-transmissienetwerken van msm in kaart te brengen.

Meer informatie: Henry de Vries (dermatoloog), hdevries@ggd.amsterdam.nl



Chlamydia in Paramaribo en Amsterdam

Vluchtnummer onbekend

Onderzoek: hoe wordt chlamydia uitgewisseld tussen Amsterdam en Paramaribo?

Conclusie: epidemieën zijn gescheiden; interventie is in beide landen gewenst

Onderzoek uitgevoerd in: 2011-2012

Actuele praktijk: er is meer aandacht voor behandeling en preventie, een gezamenlijke interventie wordt voorbereid

Urogenitale chlamydia is een bacteriële infectie die bij zowel mannen als vrouwen tot onvruchtbaarheid kan leiden. Bekend was dat deze soa onder Surinamers in Amsterdam relatief veel voorkomt. Aangezien er druk gereisd wordt tussen Paramaribo en Amsterdam, is de kans op besmetting over en weer aanwezig.

Dit onderzoek richtte zich op het in kaart brengen van transmissienetwerken. Hierbij werd een nieuw ontwikkelde techniek gebruikt, die chlamydiastammen aan elkaar relateert op basis van dna-volgorde.

Resultaat

Het onderzoek heeft de eerste betrouwbare cijfers opgeleverd over urogenitale chlamydia in Suriname. De soa blijkt aanwezig bij rond 22% van de vrouwelijke en mannelijke bezoekers van de Dienst Dermatologie, een kliniek voor huidziekten en soa

in Paramaribo. Bij de stichting Lobi, een adviescentrum voor geboorte en anticonceptie waar hoofdzakelijk vrouwen komen, is de prevalentie 10%. Aangezien het cijfer in de populatie met het hoogste risico in de Amsterdamse soa-polikliniek rond de 10% ligt, is hiermee een zeer hoge chlamydiaprevalentie in Suriname aan het licht gekomen. Opvallend hierbij is het verschil in stammenclusters tussen Surinamers die reizen en zij die alleen in Suriname of Nederland blijven.

Praktijk en toekomst

De resultaten tonen aan dat gerichte interventie nodig is. De gemeente Amsterdam stimuleert een laagdrempelige aanpak en samenwerking op dit gebied. Op de soa-polikliniek van de GGD worden mensen met een chlamydia-besmetting behandeld en begeleid, maar helaas zijn in Suriname de mogelijkheden voor chlamydiascreening nagenoeg afwezig. Een veelbelovende chlamydia-sneltest die begin 2012 werd beproefd (als onderdeel van dezelfde als deze studie), bleek niet te werken. De GGD realiseert zich dat preventieve maatregelen tegen chlamydia pas effectief zijn bij gecoördineerde gezamenlijke inspanningen van zowel Nederland als Suriname.

Dit onderzoek is onderdeel van de *CUSTEPA-studie (Chlamydia Urogenitalis Snelle Test Evaluatie voor Paramaribo en Amsterdam)* ondersteund door het Ministerie van Volksgezondheid in Suriname, AGIS zorgverzekeringen en de GGD Amsterdam.

Meer informatie: Henry de Vries (dermatoloog), hdvries@ggd.amsterdam.nl

Sneltest werkt niet

Alle kranten schreven erover begin 2012. De veelbelovende nieuwe sneltest voor het opsporen van chlamydia bleek niet te werken. De test zou in Suriname meer dan welkom zijn geweest: omdat deze binnen dertig minuten uitslag geeft, zou de kans op behandeling van patiënten die op grote afstand van de polikliniek wonen, aanmerkelijk groter worden. Helaas: maar liefst 60% van de besmettingen die de referentietest liet zien, werd door de sneltest niet gedetecteerd. Gebruik ervan zou verspreiding alleen maar versnellen, omdat mensen zich ten onrechte onbesmet zouden wanen.

Een behoorlijke tegenvaller voor GGD-onderzoekster Jannie van der Helm, die de studie in Paramaribo heeft uitgevoerd en die op een positieve wending in de hoge ziektelast gerekend had. Waar ze géén moeite mee had, was dat het slechte resultaat veel publiciteit opleverde. 'Kennelijk wordt de maatschappelijke relevantie van het onderzoek opgepikt,' zegt ze, 'en wat extra aandacht kan geen kwaad.'

In de berichtgeving zorgde het NOS-journaal onbedoeld wél nog voor een hoop verwarring. Tijdens het item waren beelden te zien van een zogenaamde *home collection kit*, een test waarbij je materiaal van jezelf afneemt om op te sturen naar een lab. Hierbij krijg je de uitslag na een aantal dagen. 'Deze test werkt wel goed,' benadrukt Jannie.

Meer info: jvdhelm@ggd.amsterdam.nl



Testlab MantotMan: online testadvies en verwijzing

Drempel verlaagd, bereik vergroot

Onderzoek: hoe is het bereik en gebruik van Testlab?

Conclusie: goed; online advies en verwijzing i.v.m. soa heeft duidelijk toekomst

Onderzoek uitgevoerd in: 2008

Actuele praktijk: in diverse regio's kunnen msm online advies of een test aanvragen

In 2008 is in Amsterdam *Testlab* online gegaan op de website *MantotMan*. De site is bedoeld voor mannen die seks hebben met mannen (msm) en zich zorgen maken over een soa. *Testlab* leidt hen door een vragenlijst over seksueel gedrag en eventuele klachten, resulterend in een advies. Bij een ernstig vermoeden van een soa is het advies om direct naar de soa-polikliniek te komen, vaker wordt geadviseerd het bloed te laten testen via een bloedlaboratorium in de regio. Een verwijzing voor deze test is direct te printen en ook de uitslag van de test, enige tijd later, is online te bekijken. Bij een positieve uitslag is behandeling noodzakelijk. Doel van *Testlab* is het bereik van risicogroepen te vergroten en de druk op de Amsterdamse soa-polikliniek te verlagen. Dit onderzoek is een evaluatie van die doelen.

Resultaat

Testlab blijkt de juiste groep te bereiken: msm met een soa die goed te behandelen

is. Tachtig procent van de mannen die de vragenlijst invulden, werd naar een bloedlab verwezen, twintig procent werd gevraagd direct naar de soa-poli te komen. Bijna alle mannen lazen hun uitslag online en iedereen met een positieve uitslag heeft zich gemeld bij de soa-polikliniek voor vervolgonderzoek en behandeling. Van de geteste mannen bleek 17% inderdaad een soa te hebben. Dit betekent, dat *Testlab* een belangrijke groep weet te bereiken. De druk op de soa-polikliniek, zowel qua bezoek als telefoonverkeer, is daardoor aanzienlijk verlaagd.

Praktijk en toekomst

Er is een Testlab-infrastructuur in de regio's Amsterdam, Rotterdam-Rijnmond, Den Haag, Delft en Zoetermeer. Sinds 2012 lijkt het aantal mannen dat zich via *Testlab* laat testen stabiel op gemiddeld zo'n 180 per maand, waarvan ongeveer de helft in Amsterdam. Gebruikers noemden *Testlab* laagdrempelig en gebruiksvriendelijk. Positief vonden ze dat het testen gratis is, anoniem, dicht in de buurt en snel. Bij mannen die aarzelingen hadden, speelde vooral onwennigheid, het missen van face-to-face contact en onduidelijkheid over de locatie waar bloed getest zou worden.

In de toekomst zullen milde infecties in de online uitslag direct worden genoemd, zodat patiënten zich niet nodeloos ongerust hoeven maken in de tijd tussen de uitslag en hun bezoek aan de soa-poli.

Meer informatie: Udi Davidovich (onderzoeker), UDavidovich@ggd.amsterdam.nl

Meer weten: kijk op de website van *MantotMan* www.mantotman.nl

Of op een filmpje www.youtube.com/watch?v=tccE1a8Xozo



Virustypering legt transmissienetwerken bloot

Hepatitis C neemt nieuwe route

Onderzoek: hoe verspreidt het hepatitis C-virus (HCV) zich in verschillende risicopopulaties?

Conclusie: hiv-geïnfekteerde msm vormen een hoog-risicogroep voor hcv

Onderzoek uitgevoerd: vanaf 2008

Actuele praktijk: er is standaard screening op HCV bij hiv-positieve msm, bronopsporing, voorlichting

Een infectie met het hepatitis C virus (HCV) kan leiden tot levercirrose en leverkanker. Het virus wordt overgedragen via het bloed, bijvoorbeeld door vuile injectienaalden. In Nederland zijn naar schatting 28.000 HCV-patiënten. Tot 2003 werd HCV niet gezien als seksueel overdraagbaar. Daarna begon co-infectie van HCV en hiv bij homoseksuelen op te vallen. In 2008 bleek uit onderzoek dat achttien procent van de hiv-positieve homoseksuelen die worden gezien op onze soa-polikliniek, besmet is met HCV, wat de veronderstelling voedde dat het virus toch seksueel overdraagbaar is. Met onderzoek naar de diverse genotypen van HCV wilden we ons inzicht vergroten in de verspreiding van het virus.

Resultaat

Virustypering heeft laten zien dat HCV zich inderdaad via seks kan verspreiden: negentig procent van de homoseksuelen die in de tijd van het onderzoek HCV-positief

bevonden werden, bleek besmet met een identiek type van het virus (subtype 1a en 4d). Deze specifieke HCV-varianten bleken in verschillende Europese landen onder msm te circuleren, wat duidt op een groot netwerk waarbinnen het virus zich snel kon verspreiden. Uit het onderzoek werd aannemelijk dat ruige seksuele technieken die bloed-op-bloed contact mogelijk maken een rol spelen bij de overdracht, net als de aanwezigheid van soa die zweertjes kunnen veroorzaken.

Praktijk

Vanaf 2008 is bij de GGD een database opgebouwd met typeringsresultaten van verschillende risicogroepen, zoals homomannen, mensen geboren in landen waar HCV veel voorkomt, drugsgebruikers en ontvangers van bloeddonaties vóór 1991. Door berekeningen op basis van virusvarianten kan de bron en het tijdstip van introductie van de infectie in een groep worden achterhaald, wat essentieel is voor de bestrijding. Inmiddels worden hiv-positieve homomannen op de soa-polikliniek van de GGD standaard gescreend op HCV. Informatie over risico's is uitgebreid verspreid op websites en via folders voor msm.

Een artikel over het onderzoek werd in 2009 gepubliceerd in Gastroenterology
Meer info: Sylvia Bruisten (moleculair microbioloog), sbruisten@ggd.amsterdam.nl

Behandeling moeilijker bij co-infectie

Bij behandeling van HCV wordt een combinatie van antivirale en afweerstimulerende middelen gegeven in de vorm van pillen en wekelijkse injecties. De behandeling duurt, afhankelijk van het genotype, een half jaar tot een jaar en kan vervelende bijwerkingen opleveren zoals griepachtige verschijnselen en depressieve klachten. Behandeling van (ex)-drugsgebruikers vindt plaats op de zogenaamde Buitenpolikliniek van de GGD in Amsterdam, een samenwerking van GGD en AMC. Meer informatie: Karen Lindenburg (arts-onderzoeker) klindenburg@ggd.amsterdam.nl

Andere patiënten kunnen terecht in verschillende ziekenhuizen. Internist Jan van der Meer behandelt op de polikliniek van het AMC een toenemend aantal patiënten met een co-infectie van hiv en HCV. In de nieuwsbrief op de website www.hiv-monitoring.nl van maart 2012 vertelt hij:

'In het algemeen is het moeilijker om HCV-infectie te behandelen bij patiënten met hiv dan bij patiënten zonder hiv. De kans op succesvolle behandeling hangt ook in hoge mate af van het HCV-genotype. Genotype 1 en 4 komen vaker voor bij patiënten met een hiv-infectie en die tonen minder respons op behandeling dan genotype 2 en 3. De behandelingsduur is ook langer bij patiënten met een hiv co-infectie. Bij patiënten met een HCV-infectie genotype 1 en 4 kan die oplopen tot 72 weken (tegen 48 weken bij patiënten met een HCV mono-infectie). Bij een acute HCV-infectie is bij patiënten met een hiv co-infectie de respons op behandeling beter dan bij chronische infecties en de duur van de behandeling korter. De kans op succes ligt daar rond de 75%. Maar dit is weer minder dan bij patiënten met een HCV mono-infectie.

Onderzoekers hopen een cocktail te ontwikkelen van afweermodulerende en direct op het virus ingrijpende medicijnen, waarmee zij in de toekomst bijna alle HCV-patiënten denken te kunnen genezen. (Bron: www.amc.nl)



Hepatitis A: vaccinatie na blootstelling

Genezen en/of voorkomen

Onderzoek: is postexpositie vaccinatie tegen hepatitis A even effectief als postexpositie immunisatie met immunoglobuline?

Conclusie: verwacht in 2013

Onderzoek uitgevoerd: vanaf 2002

Actuele praktijk: laatste onderzoeksresultaten worden verzameld

Hepatitis A, ook wel geelzucht genoemd, is een besmettelijke leverontsteking veroorzaakt door het hepatitis A-virus (HAV). Het virus zit in de ontlasting van besmette personen en wordt overgedragen via besmet voedsel of drinkwater of door oro-anale seks. De belangrijkste risicogroepen vormen reizigers naar landen met minder goede hygiënische omstandigheden, mannen die onbeschermde seks hebben met mannen en mensen in de directe omgeving van een patiënt, zoals familieleden en verzorgers. Ook jonge kinderen in kindercentra en scholen vormen een risicogroep. De ziekte kan in het ergste geval enkele weken duren.

Immunoglobuline

Al in de Tweede Wereldoorlog werd aan contacten van patiënten met hepatitis A immunoglobuline IgG (menselijke antistoffen tegen hepatitis A) toegediend om verspreiding van het virus rondom de patiënt tegen te gaan. Studies op bijvoorbeeld scholen hebben bewezen dat uitbraken sneller stoppen wanneer dit snel gebeurt. Voordeel van immunoglobuline is dat het direct na toediening werkt. Nadeel is dat het

bij hernieuwde blootstelling geen bescherming meer biedt. Daarnaast blijken er in eenderde van de gevallen waarbij immunoglobuline wordt toegediend, toch secundaire infecties op te treden, al verloopt de ziekte daarbij minder ernstig dan bij niet-geïmmuniseerde patiënten.

Vaccin

Sinds 1991 is er ook een actief hepatitis A-vaccin beschikbaar. Dit is een vaccin van het gedode virus, dat bij bijna alle ontvangers een immuunrespons oproept. Hierbij maakt het lichaam zelf antistoffen aan. Voordeel is dat deze antistoffen langdurige en na een tweede vaccinatie mogelijk zelfs levenslange bescherming bieden. Nadeel is dat het twee weken duurt voor de antistoffen zijn aangemaakt, net zolang als de minimale incubatietijd van hepatitis A. Hoewel er nog geen onderzoek bekend was waaruit blijkt dat het vaccin na blootstelling even werkzaam is als immunoglobuline, is in 2002 het hepatitis A-vaccin al wel in de landelijke protocollen van het LCI opgenomen als postexpositie behandeling in gevallen waarbij het vaccin snel na blootstelling kan worden toegediend en de blootgestelde bovendien nog jong is, zodat snel antistoffen worden gevormd. In andere gevallen wordt immunoglobuline gebruikt.

Onderzoek

De vraag van het onderzoek is of het vaccin, gebruikt als postexpositie profylaxe, even effectief is als immunoglobuline, en daarbij ook secundaire infecties kan voorkomen. Dit onderzoek loopt al heel lang en is nog niet afgerond doordat de onderzoekers een even grote groep willen volgen als de groep die gevolgd is na behandeling met igG, terwijl er minder patiënten worden gemeld. Hepatitis A komt in Nederland steeds minder voor, mede het gevolg van de inspanningen van de GGD Amsterdam, bijvoorbeeld door kinderen van migranten uit endemische landen voor hepatitis A, zoals Marokko en Turkije, vóór de zomervakantie op te roepen voor vaccinatie. Onderzoek en praktijk hebben elkaar hier waarschijnlijk beïnvloed. Niettemin wordt gestreefd het onderzoek in 2013 af te kunnen ronden. De gepresenteerde data zouden aanleiding kunnen zijn het vaccinatiebeleid te herzien.

Meer info: Anneke van der Hoek (arts-onderzoeker), avdhoek@ggd.amsterdam.nl

Ezelurine

De geschiedenis van geelzucht is rijk aan mythen. Al in de klassieke oudheid mocht de lever en zijn aandoeningen zich in een buitengewone belangstelling verheugen. Volgens de Mesopotamiërs was het orgaan de zetel van het leven; geneesheren onderwierpen de levers van geofferde dieren aan een zeer nauwkeurig onderzoek om ziekten te voorspellen of voor de planning van militaire campagnes.

De oude Griek Hippocrates had gelegenheid dergelijke campagnes en de ziekten die deze opleverden uitgebreid te bestuderen. Hij ontwikkelde de theorie dat geelzucht voortkwam uit onbalans in de vier lichaamssappen: slijm, bloed, gele gal en zwarte gal. Zijn advies: vocht, koelte en alssem.

Beschrijvingen van geelzucht komen ook voor in oude Babylonische geschriften, zoals de Talmud. Volgens Chazal, een van de auteurs van de Talmud, ontstond geelzucht doordat men tijdens het urineren in het midden van de plas de urine ophield. Niet goed uitplassen zou dus tot geelzucht leiden. Een remedie die Chazal adviseerde was het eten van ezelvlees en het drinken van ezelurine.



Community-benadering

Partners in preventie

Onderzoek: wat levert community-benadering op in de preventie van soa/hiv?

Conclusie: doelgroepparticipatie is haalbaar en waardevol

Onderzoek uitgevoerd in: 2008-2009

Actuele praktijk: GGD Amsterdam werkt structureel samen met zelforganisaties en geestelijk leiders uit de Antilliaanse, Surinaamse en Afrikaanse gemeenschap

Voorlichting over gezond seksueel gedrag behoort tot de taken van de GGD. Maar hoe bereik je de doelgroep? Welke middelen zet je in? Klassieke vormen van voorlichting blijken minder succesvol bij de Arubaanse, Antilliaanse, Surinaamse en Afrikaanse bevolking van Amsterdam, terwijl soa's in deze groepen relatief vaak voorkomen. Sinds 2004 passen we de community-benadering toe. Geholpen door sleutelfiguren uit de diverse gemeenschappen proberen we gebruik te maken van bestaande culturele of religieuze netwerken, zoals vertegenwoordigd door zelforganisaties en geestelijk leiders. We ondersteunen de zelforganisaties bij het ontwikkelen en uitvoeren van preventieprojecten die goed aansluiten bij hun achterban. Geestelijk leiders ondersteunen we met een training om de soms complexe boodschap binnen een religieuze of culturele context aan te bieden.

Het onderzoek is een procesevaluatie van de community-benadering zoals hier beschreven en zoals sinds 2004 uitgevoerd in het programma *Verbreding soa/hiv-preventie in Amsterdam*.

Resultaat

De procesevaluatie heeft laten zien dat de GGD Amsterdam met de nieuwe werkwijze seksuele gezondheid op de agenda's van migrantenzelforganisaties heeft gekregen. Het programma heeft een bewustwordingsproces in gang gezet en de betrokkenheid van culturele en religieuze netwerken verhoogd. Tot en met 2009 zijn er 110 projecten uitgevoerd door 76 zelforganisaties, waarmee een groot deel van de doelgroep is bereikt.

Het rapport van het onderzoek, met aanbevelingen en een lijst van deelnemende organisaties, is te vinden op de GGD-website, net als de handleiding *Zelforganisaties aan zet*.

Praktijk en toekomst

Het programma is voortgezet en verbeterd op basis van de uitkomsten van de evaluatie. Verbeteringen betroffen onder andere de kwaliteitsbewaking van de projecten en inbedding van het programma GGD-breed. Er is een klankbordgroep in het leven geroepen met vertegenwoordigers van de zelforganisaties en samen met deze organisaties hebben we een handleiding gemaakt voor andere zorgprofessionals die de community-benadering in praktijk willen brengen.

Meer info over het onderzoek: Gwen van Husen (onderzoeker),
gvhusen@ggd.amsterdam.nl

Meer info over het programma: Juan Walter (gezondheidsbevorderaar)
jwalter@ggd.amsterdam.nl

Veiligheid is essentieel

Juan Walter, gezondheidsbevorderaar bij de GGD, is vanaf het begin betrokken bij het programma. Hij sprak met sleutelfiguren zoals de Ghanese chieft Barima (zie hieronder) en Antilliaanse voorvrouw Anne Petrone. Juan: 'Sleutelfiguren zijn heel belangrijk om binnen te komen. Zij kennen de gebruiken in de gemeenschap, de gevoeligheden, welke woorden je wel en niet gebruikt. Ze weten welke boodschap beklijft. Wij geven zelf voorlichtingen, óf we vragen iemand die meer vertrouwen van de groep geniet om dit te doen, zoals een imam, een priester of een chieft. Ingangen kunnen bijvoorbeeld een kookworkshop zijn, een toneelvoorstelling of een religieuze dienst.'

'Veiligheid is essentieel,' vertelt Walter. 'Je moet een setting hebben waarin je rustig kunt praten. Tijdens het voorbereiden van de catechismus bijvoorbeeld. Jongeren zijn dan onder elkaar in een besloten ruimte, er is tijd voor bezinning. Ik spreek in zo'n geval eerst met degene die het gesprek begeleidt. Deze persoon weet wat die jongeren weten, welke vragen ze hebben, wat hun twijfels zijn. Seks voor of buiten het huwelijk, veilig vrijen, soa's, dat zijn natuurlijk thema's waar iedereen op een bepaalde leeftijd over nadent. Ik probeer daarover een dialoog aan te gaan. Respectvol, maar wel zo open mogelijk.'

'Voor Afrikaanse moslims zijn er bijvoorbeeld de bijeenkomsten na de dienst waar je naartoe kunt. Je probeert altijd aan te sluiten bij het thema waarover gesproken wordt. Is dat bijvoorbeeld islam en relaties, dan kun je over de rol van mannen en vrouwen in het huwelijk gaan praten, over de plaats van seks en waar het om gaat bij het vrijen. Bij een thema als naastenliefde kun je beginnen over seksuele diversiteit of acceptatie van mensen met hiv. Wat ik merk,' zegt Juan, 'is dat mensen vaak geneigd zijn hun geloof te interpreteren op een manier die hen cultureel of persoonlijk het beste past. Hoe meer er gepraat wordt, denk ik daarom, hoe beter het is.' De grootste kracht van het programma zit volgens Juan Walter in de uitwisseling. 'Door alle initiatieven zijn organisaties onderling veel meer gaan delen. Die culturele mix geeft een enorm potentieel aan kennis en ideeën. Ik denk dat de GGD en de hele gemeente Amsterdam dit op nog veel meer terreinen in zal kunnen zetten.'

Koning Barima

Een van de sleutelfiguren in de community-benadering van de GGD is Barima Asamoah Kofi de Vierde. De charismatische Ghanee, die lang geleden als vluchteling uit Ghana kwam, is voorlichter bij de GGD en zet zich daarnaast in voor illegalen in de Bijlmer. Barima is óók een van de vijftien Ghanese koningen in Nederland. De koningen, of chiefs, treden in traditionele gewaden uitgedost op als cultureel ambassadeur en vormen de spil van de Afrikaanse gemeenschap in ons land. Nederland telt naar schatting 20.000 Ghaneezen, van wie de meeste in Amsterdam Zuidoost wonen.



Dna-onderzoek bij de GGD

Diagnostisch vuurwerk

De GGD herbergt miljarden sleutels tot diagnostiek, opgeslagen in bijvoorbeeld slijm, bloed of feces. Bepalend is de volgorde van baseparen in de onzichtbare wenteltrap die DNA heet. Onderzoekers lezen er de geheimen van een infectie aan af. Hoe dat in praktijk gaat, ongeveer? Moleculair microbioloog Sylvia Bruisten geeft college.

Steriele ruimte. Een sticker waarschuwt. Wie hier binnengaat, dient schoon te zijn. Geen witte jassen die mogelijk vervuild zijn alsjeblieft, zwerfmoleculen kunnen de test verpesten. Welkom in het Streeklaboratorium. Waar het hier om gaat, zijn de allerkleinste ziekmakers. Virussen, bacteriën, schimmels en parasieten. Ze zijn op te sporen via hun DNA in het lichaam van de gastheer. In ruimte 1 begint het onderzoek op dit DNA door middel van de Polymerase Chain Reaction (PCR), een in 1984 uitgevonden techniek die het mogelijk maakt stukken DNA in korte tijd miljarden keren te vermenigvuldigen voor genetische of microbiologische diagnostiek.

Extractie

Kinkhoest

Hoe werkt zo'n PCR? Het begint met DNA-extractie. Neem een infectieziekte als kinkhoest. Er wordt een swap (uitstrijkje) gemaakt door een klein bolletje op een ijzeren

draad door de neus te duwen tot achter in de keel. Dit lichaamsmateriaal gaat in een buisje met de naam erop naar het lab. Daar wordt het bolletje van de draad geknipt en in een vloeistof gedaan. De vloeistof zit in een buisje zo groot als een vingerkootje, epje genoemd naar de fabrikant Eppendorf.

Buffer

De vloeistof heet buffer. Deze zorgt voor het uiteenvallen van structuren van cellen, waardoor bijvoorbeeld eiwitten en vetten zich afscheiden. Na een soort wassen blijft het DNA over, van zowel de mens als zijn mogelijke ziekteverwekkers. Dit wordt samengevoegd met een mix van stoffen, waaronder primers. Dit zijn kleine stukjes enkelstrengs DNA, ontworpen om het DNA-fragment van de mogelijke ziekteverwekker op te sporen. Bepalend hiervoor zijn de basen, stofjes die je per paar ziet als de stokjes in de bekende wenteltrapstructuur van DNA.

Basen

Van veel infectieziekten, waaronder kinkhoest, is de genetische code bekend. Die code wordt beschreven in de volgorde van de baseparen. De basen in DNA zijn adenine, guanine, thymine en cytosine, afgekort a, g, t en c. De PCR-techniek gaat uit van het gegeven dat basen elkaar opzoeken: c verbindt zich met g en t met a, ze zijn complementair. De primer is een kort nagemaakt stukje streng dat het complementaire stukje DNA van de ziekteverwekker opzoekt. Door twee primers te gebruiken die het gezochte fragment afbakenen, kunnen we dat fragment miljarden keren vermenigvuldigen in de PCR en daarmee zichtbaar maken.

Amplificatie

PCR-machine

Ruimte 2, 3 en 4. De vloeistof van de buffer wordt in nog kleinere epjes gedaan, die in gaatjes worden gehangen langs de buitenrand van een cd-vormige schijf. Deze schijf gaat in de PCR-machine. In deze machine moet het DNA zich gaan vermenigvuldigen (amplificeren). Dit gebeurt onder invloed van temperatuurwisselingen. Bij een temperatuur van 95 graden worden beide DNA-strengen gescheiden (denaturatie). Daarna gaat de temperatuur terug naar 55-60 graden, waarbij de basen van de gescheiden streng zich binden met die van de complementaire primers (hybridisatie). Vervolgens gaat de temperatuur weer omhoog naar 72 graden. Een van de bufferstoffen is het Taq-polymerase enzym. Dit zorgt er bij deze warmte voor dat de primers verlengd worden, waardoor een nieuwe streng ontstaat (extensie of elongatie).

Ct-waarde

Door het proces van scheiden, binden en verlengen steeds te herhalen, ontstaat een grote hoeveelheid nieuw gevormd DNA. De schijf met epjes draait in een centrifuge langs een oog met fluorescerend licht dat informatie genereert over die hoeveelheid. De informatie is af te lezen op een computerscherm. Of de uitslag wel of niet positief is en de patiënt dus wel of niet de betreffende infectie heeft, wordt bepaald doordat een drempelwaarde is ingesteld, de zogenaamde Cycle threshold of Ct-waarde. Deze waarde markeert het punt waarop de vermeerdering voldoende moet zijn. Met een exponentiële

toename van het DNA van de ziekteverwekker onder de ingestelde Ct-waarde is de uitslag positief.

TMA

In ons streeklaboratorium worden verschillende PCR-machines gebruikt, voor elke ziekteverwekker één. Sinds 2008 beschikken wij ook over een PCR-techniek om bij veelvoorkomende infecties volautomatisch en op verschillende infecties tegelijk te testen: de Transcription Mediated Amplification (TMA). De machine waarin dit plaatsvindt lijkt op een kleine fabriek, met een output van 500 analyses per dag. Dit apparaat wordt bij ons ingezet voor het aantonen van *Chlamydia trachomatis* en *Neisseria gonorrhoeae*, de meest voorkomende soa's in ons land.

Sequentieanalyse

Uitslag

De uitslag van een test kan na de PCR direct worden gecommuniceerd. In het kader van onderzoek kijken wij echter ook naar de precieze sequentie van het PCR-product, dus de volgorde van de baseparen in het DNA van de ziekteverwekker. Deze volgorde zegt iets over het type virus of bacterie. Informatie hierover kan gekoppeld worden aan gegevens van de menselijke gastheer, bijvoorbeeld over seksueel gedrag of reisgedrag. Deze koppeling vormt belangrijke epidemiologische input, die de basis voor preventie en interventie is.

Typering

Om succesvol te kunnen typeren moeten varianten binnen het genetische materiaal van een virus of bacterie worden onderzocht. Dit kan door elektroforese. Het PCR-product van verschillende personen wordt hierbij door een lange, zeer dunne buis met gel geleid. De buis heet kolom of capillair en is zo dun als een paardenhaar. Onder invloed van een elektrisch veld worden in de kolom de DNA-fragmenten gescheiden die elk één base in lengte van elkaar verschillen, waarbij de korte fragmenten sneller migreren dan de lange. Sommige van de basen zijn gelabeld met een fluorescerende kleurstof. Uit de volgorde waarin de fragmenten met de ingebouwde gekleurde base een laseroog passeren valt de uiteindelijke basevolgorde (sequentie) af te lezen, en dus de genetische code van het stukje virus of bacterie.

Bijzondere ontdekkingen

Met ons onderzoek dragen we bij aan de openbare gezondheid in Amsterdam en aan de stand van de internationale wetenschap rond infectieziekten. Heel belangrijk is het onderzoek rond hiv en aids dat startte in 1984. Veel geraadpleegd zijn ook de resultaten naar andere infecties zoals hepatitis B en C uit deze nog steeds lopende cohortstudies onder drugsgebruikers en mannen die seks hebben met mannen (msm) www.amsterdamcohortstudies.org. Ook het onderzoek naar diverse infectieziekten onder de algemene bevolking van de grote stad is relevant. Wetenschap en techniek snellen altijd voort en wij snellen mee. Elk jaar worden aan de Amsterdamse Achtergracht

ontdekkingen gedaan die de wereld overgaan.

Chlamydia trachomatis

Een bijzonder voorbeeld is het moleculair epidemiologische onderzoek rond de zeer veel voorkomende soa *Chlamydia trachomatis*. In 2010 zijn wij een samenwerking met de universiteit van Uppsala gestart om chlamydia-positief materiaal uit Zweden, Nederland en de Verenigde Staten te kunnen vergelijken. Deze samenwerking heeft geleid tot de ontwikkeling van de typeringstechniek Multilocus sequence typing (MLST) voor deze ziekteverwekker. Hierin worden zes verschillende DNA-fragmenten van chlamydia-positieve personen gesequenced, waarmee een genetisch stamprofiel ontstaat. Chlamydia-stammen met hetzelfde profiel vormen samen een cluster.

Gescheiden epidemieën

Wat bleek, was dat deze bacterieclusters een precieze weerspiegeling gaven van de verschillende risicogroepen onder hun menselijke gastheren. We ontdekten dat epidemieën onder heteroseksuelen en msm zo goed als gescheiden verlopen. Daarnaast bleek de diversiteit van chlamydia-stammen onder heteroseksuelen veel groter dan die onder msm. Hetzelfde fenomeen van gescheiden chlamydia-stammen zagen we onder Surinamers die regelmatig reizen tussen Paramaribo en Amsterdam en Surinamers die op één van deze beide plekken blijven. Door dit en ander onderzoek kunnen wij in de preventie focussen op de hotspots voor transmissie.

Meer info: Sylvia Bruisten (moleculair microbioloog), sbruisten@ggd.amsterdam.nl

Colofon

Dit boekje is uitgebracht door de GGD Amsterdam ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van het Research & Development fonds. Voor overname van teksten vooraf contact opnemen met Angéla Bakers, directiesecretariaat, abakers@ggd.amsterdam.nl

Samenstelling

leden R&D-commissie GGD Amsterdam Han Fennema (directeur GGD en voorzitter R&D-commissie), Maria Prins (hoofd Onderzoek cluster Infectieziekten), Kees Das (hoofd cluster Algemene Gezondheidszorg), Arnoud Verhoeff (hoofd cluster Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Documentatie) en Fred Woudenberg (hoofd cluster Leefomgeving).

Teksten

Yvonne van Osch, opschrift@tip.nl

Fotografie

Communicatie GGD Amsterdam

Fotobank Gemeente Amsterdam

De op de foto's getoonde personen hebben geen directe relatie met de inhoud van de tekst.

Vormgeving

SDA Print+Media

Eindredactie

Jeanette Makkinga, GGD Amsterdam, jmakkinga@ggd.amsterdam.nl

© GGD Amsterdam, december 2012



