



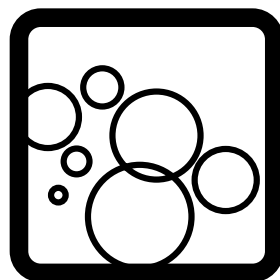
wetenschappelijk bureau voor
onderzoek, expertise en advies
op het gebied van leefwijzen,
verslaving en daaraan gerelateerde
maatschappelijke ontwikkelingen

Hepatitis B vaccinatieproject:

bereik van risicogroepen

Jessica Baars en Brigitte Boon

Hepatitis B vaccinatieproject: bereik van risicogroepen



Jessica Baars
Brigitte Boon



in opdracht van GGD Nederland

Hepatitis B vaccinatieproject: bereik van risicogroepen

Jessica Baars en Brigitte Boon

Opdrachtgever: GGD Nederland

Gefinancierd door: ZonMw (projectnummer: 25000011)

Augustus 2007

IVO

Heemraadssingel 194

3021 DM Rotterdam

T 010 425 33 66

secretariaat@ivo.nl

ISBN 978-90-74234-70-2

Ontwerp en druk: Basement Grafische Producties, Den Haag

Voorwoord

Deze rapportage geeft het bereik weer van de hepatitis B vaccinatiecampagne onder de doelgroepen druggebruikers, mannen met homoseksuele contacten en prostituees in de looptijd vanaf 2002 tot en met begin 2006. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van GGD Nederland en gefinancierd door ZonMw.

De begeleiding van het onderzoek vond plaats door prof.dr. H. van de Mheen (IVO) en prof.dr. H.F. Garretsen (Universiteit van Tilburg).

Wij bedanken de begeleidingscommissie, bestaande uit dr. J.B. de Wit (Universiteit Utrecht, Sociale en Organisationspsychologie), dr. E. van Ameijden (GG&GD Utrecht), M. de Ridder (Soa Aids Nederland), drs. Q. Waldhoer (GGD Nederland) en dr.ir. M-L. Heijnen (GGD Nederland) voor hun commentaar tijdens drie bijeenkomsten waarin de onderzoeksopzet, de vorderingen en de voorlopige resultaten van dit onderzoek werden besproken. Daarnaast danken wij het team infectieziekten van GGD Rotterdam-Rijnmond, GG&GD Utrecht en GGD Zuid-Limburg voor hun informatievoorziening tijdens de dataverzameling. Wij bedanken de medewerkers van diverse instellingen, uitgaansgelegenheden en prostitutielocaties voor informatie, voor het verschaffen van toegang tot deze locaties en - in sommige gevallen - voor het verstrekken van interviewruimte. In het kader van dit onderzoek is gesproken met 888 personen uit de doelgroepen waarop de hepatitis B vaccinatiecampagne is gericht. Zij hebben in hun dagelijkse beslommingen, tijdens het uitgaan en tijdens hun werkzaamheden tijd vrijgemaakt om persoonlijke informatie te verstrekken ten behoeve van dit onderzoek. Daarom bedanken wij tenslotte alle respondenten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek en de interviewers die op allerlei tijdstippen en locaties hun werkzaamheden hebben uitgevoerd.

Augustus 2007,

drs. Jessica Baars en dr. Brigitte Boon

Inhoudsopgave

1	Inleiding en onderzoeksopzet	8
1.1	Vraagstelling	9
1.2	Methode	9
1.2.1	Selectie onderzoeksregio's	10
1.2.2	Periode van dataverzameling	10
1.2.3	Wervingsmethode	11
1.2.4	Aanpak interviews	11
1.2.5	Inhoud interviews	12
1.2.6	Statistische analyses	13
1.2.7	Omvangschatting	14
1.3	Opbrengst en beperkingen van het onderzoek	15
2	Druggebruikers	18
2.1	Definitie	18
2.2	Werving van druggebruikers	18
2.3	Kenmerken van de respondenten	19
2.4	Bekendheid met de campagne	22
2.4.1	Verschillen tussen druggebruikers die wel/niet bekend zijn met de campagne	23
2.4.2	Verklaring van de bekendheid met de campagne	26
2.5	Vaccinatie	27
2.5.1	Verschillen tussen druggebruikers die zich wel versus niet laten vaccineren	28
2.5.2	Het verklaren van de participatiegraad	32
2.5.3	Wat zijn redenen voor non-participatie?	33
2.6	Compliance	34
2.6.1	Verschillen tussen de compliance-groep en de non-compliance-groep	35
2.6.2	Het verklaren van de (non)compliance	39
2.6.3	Wat zijn redenen voor non-compliance?	40
2.7	Intentie	40
2.8	Omvangschatting	41
2.8.1	Literatuuronderzoek	41
2.8.2	Extrapolatie onderzoeksgegevens	42
2.9	Samenvatting en discussie	44
2.9.1	Samenvatting	44
2.9.2	Discussie	45

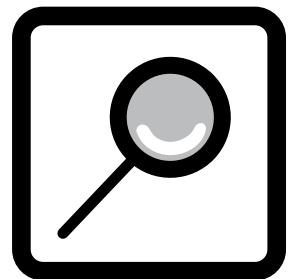
3	Mannen met homoseksuele contacten	50
3.1	Definitie	50
3.2	Werving van MSM	50
3.3	Kenmerken van de respondenten	51
3.4	Bekendheid met de campagne	54
3.4.2	Verschillen tussen druggebruikers die wel/niet bekend zijn met de campagne	55
3.4.3	Verklaring van de bekendheid met de campagne	59
3.5	Vaccinatie	60
3.5.1	Verschillen tussen druggebruikers die zich wel versus niet laten vaccineren	61
3.5.2	Het verklaren van de participatiegraad	65
3.5.3	Wat zijn redenen voor non-participatie?	66
3.6	Compliance	67
3.6.1	Verschillen tussen de compliance-groep en de non-compliance-groep	67
3.6.2	Het verklaren van de (non)compliance	71
3.6.3	Wat zijn redenen voor non-compliance?	71
3.7	Intentie	72
3.8	Omvangschatting	72
3.8.1	Literatuuronderzoek	72
3.8.2	Extrapolatie onderzoeksgegevens	73
3.9	Samenvatting en discussie	75
3.9.1	Samenvatting	75
3.9.2	Discussie	76
4	Prostituees	80
4.1	Definitie	80
4.2	Werving van prostituees	80
4.3	Kenmerken van de respondenten	81
4.4	Bekendheid met de campagne	84
4.4.2	Verschillen tussen prostituees die wel/niet bekend zijn met de campagne	85
4.4.3	Verklaring van de bekendheid met de campagne	89
4.5	Vaccinatie	90
4.5.1	Verschillen tussen prostituees die zich wel versus niet laten vaccineren	91
4.5.2	Het verklaren van de participatiegraad	95
4.5.3	Wat zijn redenen voor non-participatie?	96

4 Prostituees (vervolg)	
4.6 Compliance	97
4.6.1 Verschillen tussen de compliance-groep en de non-compliance-groep	98
4.6.2 Het verklaren van de (non)compliance	101
4.6.3 Wat zijn redenen voor non-compliance?	102
4.7 Intentie	102
4.8 Omvangschatting	103
4.8.1 Literatuuronderzoek	103
4.8.2 Extrapolatie onderzoeksgegevens	103
4.9 Samenvatting en discussie	105
4.9.1 Samenvatting	105
4.9.2 Discussie	107
5 Aanbevelingen	110
Referenties	116
Bijlage	119

hoofdstuk 1

inleiding

Inleiding



Hoofdstuk 1

Inleiding en onderzoeksopzet

Het Ministerie van VWS heeft op grond van het proefproject Haalbaarheid Vaccinatie Risicogroepen Hepatitis B, dat werd uitgevoerd van 1998-2000, besloten tot collectieve preventie van hepatitis B via gratis vaccinatie aan de 'klassieke' risicogroepen. Dit nieuwe project is gestart in januari 2002 en zou voortduren tot medio 2006. De daadwerkelijke uitvoering, dat wil zeggen de outreachende benadering en het zetten van de vaccinaties, is begonnen vanaf november 2002. Inmiddels is bekend dat het project wordt gecontinueerd en zal worden ondergebracht bij het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM. Op het moment van het schrijven van deze rapportage evalueert men de aard en intensiteit van de voortzetting van de campagne. Welke risicogroep moet op welke manier aandacht krijgen? De resultaten uit de onderhavige rapportage kunnen bijdragen aan beslissingen hierover.

Onder 'klassieke' risicogroepen wordt binnen de campagne verstaan: mannen met homoseksuele contacten (inclusief biseksuelen), druggebruikers, en heteroseksuelen met wisselende seksuele contacten. De laatste groep is opgesplitst in drie subgroepen: a) heteroseksuelen die zich melden met een soa-hulpvraag en van een (huis)arts of sociaal verpleegkundige het advies krijgen tot soa-onderzoek; b) prostituees; en c) prostituanten. Dit onderzoek is in het kader van deze gratis hepatitis B vaccinatiecampagne uitgevoerd onder druggebruikers, homoseksuele en biseksuele mannen, en prostituees, met als doel het bereik van de campagne in beeld te brengen. Per doelgroep komt aan het licht welk percentage de campagne kent, welk percentage zich binnen het kader van de campagne heeft laten vaccineren, en welke factoren de bekendheid met de campagne, de vaccinatiegraad, evenals de compliance met het vaccinatieschema verklaren.

1.1 Vraagstelling

Per doelgroep (druggebruikers, prostituees en mannen met homoseksuele contacten) worden de volgende vragen beantwoord:

1. Hoeveel personen uit de doelgroepen zijn op de hoogte van en/of zijn uitgenodigd voor deelname aan het gratis hepatitis B vaccinatieprogramma, en wat zijn de kenmerken van deze personen?
2. Hoeveel personen uit de doelgroepen zijn op de hoogte van en/of zijn uitgenodigd voor deelname aan de gratis hepatitis B vaccinatieprogramma, maar nemen uiteindelijk geen deel aan een gesprek en de 1^e vaccinatie, en wat zijn de kenmerken van deze personen? In hoeverre zijn zij van plan om deel te nemen aan het gratis vaccinatieprogramma?
3. Hoeveel personen uit de doelgroepen die voor een gesprek en 1^e vaccinatie geweest zijn, en voor een 2^e en 3^e vaccinatie in aanmerking komen, ontvangen uiteindelijk wel of geen volledige vaccinatie, en wat zijn de kenmerken van deze personen?
4. Wat zijn redenen voor non-participatie als men bekend is met het vaccinatieprogramma, en wat zijn redenen voor non-compliance als men een 1^e dan wel 2^e vaccinatie heeft ontvangen?
5. Wat is de omvang van de doelgroepen in de regio's?

Hieronder wordt eerst de methode van het onderzoek besproken. De hoofdstukken 2, 3 en 4 gaan achtereenvolgens in op de bevindingen onder druggebruikers, mannen met homoseksuele contacten en prostituees.

1.2 Methode

Om het bereik van de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne te meten zijn aan de hand van semi-gestructureerde vragenlijsten interviews afgenomen bij druggebruikers, mannen met homoseksuele contacten (MSM) en prostituees, in drie verschillende regio's in Nederland: Rotterdam, Utrecht en Zuid-Limburg. Per regio is op basis van de "ethnografic mapping" methode per doelgroep een 'steekproefkader' samengesteld. Dat wil zeggen dat in dit onderzoek op basis van interviews met sleutelcontactpersonen en observaties een steekproefkader van de doelgroepen in kaart is gebracht. Dit steekproefkader betreft alle vindplaatsen van leden uit de doelgroep in de betreffende regio, evenals een inschatting van de aantallen leden en subpopulaties van de doelgroep die de betreffende vindplaatsen bezoeken. Per vindplaats werd op die manier het aantal te werven deelnemers voor het onderzoek vast gesteld. Per regio zijn voor elke doelgroep ongeveer 100 deelnemers geworven. Meer informatie hierover is te vinden in paragraaf 1.2.3 Wervingsmethode.

De interviews vonden plaats op locatie. In de interviews werd onder andere ingegaan op sociaal-demografische variabelen, risicogedrag ten aanzien van hepatitis B, bekendheid met de campagne, hepatitis B vaccinatie, en variabelen die de intentie tot vaccinatie kunnen verklaren. In de volgende paragrafen wordt de procedure van het onderzoek in detail beschreven.

1.2.1 Selectie onderzoeksregio's

In de selectieprocedure van de onderzoeksregio's is rekening gehouden met 1) geografische ligging, 2) urbanisatiegraad, 3) de geschatte omvang van de doelgroep(en), 4) de kenmerken van de doelgroepen, 5) basis- versus outreach ("extra") aanbod, 6) looptijd van het aanbod, en 7) deelname aan het proefproject. Een aantal van deze selectiecriteria worden hieronder toegelicht. Ad 5) Vanaf 2002 wordt in heel Nederland de vaccinatie tegen hepatitis B gratis aangeboden aan de bovenstaande doelgroepen (het zogenaamde basisaanbod). Een aantal GGD-regio's krijgt extra geld om in hun regio extra activiteiten te organiseren om het bereik in hun regio te vergroten (zogenaamde outreach aanbod). Ad 7) Van 1998 tot 2000 heeft in een aantal regio's een proefproject plaatsgevonden. Doel van dit proefproject was om te beoordelen in hoeverre druggebruikers, mannen met homoseksuele contacten en heteroseksuelen met wisselende seksuele contacten (waaronder prostituees en hun klanten) met het aanbieden van gratis vaccinatie tegen hepatitis B en extra inspanningen bereikt konden worden. Uiteindelijk is de keuze gevallen op de outreach GGD-regio's Rotterdam, Utrecht en Oostelijk Zuid-Limburg/Westelijke mijnstreek. Om voldoende respondenten te werven onder mannen met homoseksuele contacten en prostituees is ervoor gekozen om voor deze twee doelgroepen heel Zuid-Limburg in het onderzoek te betrekken. Met betrekking tot de keuze van onderzoeksregio's dient nog opgemerkt te worden dat we hebben gekozen voor regio's die outreach-activiteiten aanbieden aan alle drie de doelgroepen. Dit is niet noodzakelijk het geval, want niet alle regio's die extra activiteiten aanbieden, doen dit voor alle doelgroepen. Het uitgangspunt was dat er per doelgroep 3 regio's onderzocht werden; dit hoefden dus niet dezelfde regio's te zijn per doelgroep. Gezien de organisatorische inspanningen is er naar gestreefd het aantal regio's beperkt te houden.

1.2.2 Periode van dataverzameling

De dataverzameling voor het onderzoek is van start gegaan nadat de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne 2 jaar liep in de betrokken regio's. Het bereik van de campagne waarover in dit verslag gerapporteerd wordt betreft dus het bereik na een minimale duur van de campagne van 2 jaar. De data voor de druggebruikers (inclusief het samenstellen van de etnographic map) zijn verzameld tussen februari en december 2005, voor de prostituees tussen september 2004 en februari 2006, en voor de MSM tussen augustus 2004 en mei 2006. Om praktische redenen heeft de dataverzameling steeds per regio plaatsgevonden. Gestart werd met de regio Rotterdam, daarna volgde Utrecht en als laatste Zuid-Limburg. De duur van de campagne verschilt dus per doelgroep en per regio, afhankelijk van het moment dat de dataverzameling plaatsvond. Zie Tabel 1. In de analyses wordt hiervoor gecontroleerd.

Tabel 1: De periode van dataverzameling (interviews)

	Rotterdam	Utrecht	Zuid-Limburg
Druggebruikers	Februari t/m April en Oktober 2005	Mei t/m September 2005	Oktober t/m December 2005
MSM	Augustus t/m Oktober 2004	Mei t/m November 2005	Oktober 2005 t/m Mei 2006
Prostituees	September 2004 t/m Maart 2005 en Juli 2005	Mei t/m Juli 2005 en November 2005	September 2005 t/m Februari 2006

1.2.3 Wervingsmethode

Onze wervingsprocedure was gebaseerd op “ethnographic mapping” en “targeted sampling” (Watters & Biernacki, 1989). Om tot een ethnographic map te komen werden er als stap 1 interviews gehouden met sleutelfiguren zoals veldwerkers, onderzoekers die bekend zijn met de onderzoeksgroep, hulpverlenend personeel van de verslavingszorg en/of maatschappelijke opvang, politie, GGD-medewerkers en leden van de doelgroepen zelf, met het doel om het steekproefkader vast te stellen. Nadat de ‘vindplaatsen’ op die manier in kaart waren gebracht, werden (indien mogelijk) op deze gebieden en plaatsen verschillende bezoeken afgelegd op verschillende tijdstippen (stap 2). Met behulp van de interviews met sleutelfiguren en de bezoeken aan de vindplaatsen werd het aantal leden van de doelgroep per vindplaats in kaart gebracht (stap 3). Dit gebeurde apart in elk van de drie regio’s. Er werd rekening gehouden met het aantal, de frequentie van de bezoeken en de sociaal-demografische kenmerken van de leden van de doelgroep die deze plaatsen bezochten. Nadat we voldoende informatie hadden over de sub-populaties op elke locatie werd het aantal te werven respondenten per locatie en sub-populatie vastgesteld (targeted sampling).

Op basis van deze etnografische kaart van elke regio werden respondenten geworven op verschillende plaatsen. Voor druggebruikers gebeurde dat bijvoorbeeld op straat, bij instellingen van de verslavingszorg, methadonprogramma’s, bij de maatschappelijke opvang en via thuiszorginstellingen. MSM werden geworven op cruisingplaatsen, zoals in parken en bossen, en homohorecagelegenheden, zoals homodisco’s en homocafés, seksbioscopen, homosauna’s, en via verschillende verenigingen. Tot slot vond de werving van prostituees plaats op straat, via ramen, clubs, privé-huizen, massagesalons, animeerbars, bemiddelingsbureaus, en advertenties op internet en in dagbladen. Om iedereen de kans te geven om deel te nemen aan het onderzoek, zijn verschillende technieken toegepast om de wervingsprocedure van respondenten te randomiseren. Er is bijvoorbeeld per locatie op verschillende tijdstippen geworven. Ook is geprobeerd om iedere derde persoon te laten deelnemen aan het onderzoek. Omdat er aan iedere deelnemende druggebruiker 5 euro werd uitgereikt na deelname, werd dit soms lastig. Op een moment dat er door druggebruikers ‘gevraagd’ werd om mee te doen aan het onderzoek werd er een loting toegepast waarbij aan alle aanwezige potentiële respondenten werd gevraagd om deel te nemen aan de loting. Om dubbele interviews te voorkomen is er in elke regio met een vast duo interviewers gewerkt. Met het doel de respons te verhogen kregen druggebruikers 5 Euro, MSM een cd-hoesje en prostituees een manicuresetje als dank voor deelname aan het onderzoek. Van personen die deelname aan het onderzoek weigerden is de leeftijd genoteerd (jonger of ouder dan 30 jaar) plus de etnische achtergrond. Er is gevraagd naar de reden waarom zij niet wilden meedoen aan het onderzoek. Tot slot is gevraagd of zij bekend waren met de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne en of zij gevaccineerd waren tegen hepatitis B. Zodoende kan in beeld worden gebracht in hoeverre niet-deelnemers afwijken van deelnemers en of er sprake is van selectiebias in het onderzoek.

1.2.4 Aanpak interviews

Voordat de interviews plaatsvonden, werden respondenten kort geïnformeerd over de vragen die zij konden verwachten, de tijd die het hen zou kosten, en werd gevraagd of zij daar problemen mee hadden. Er werd benadrukt dat zij niet verplicht waren om te antwoorden als zij dat niet wilden.

Om de betrouwbaarheid van de interviews te vergroten werd op een rustige plaats geïnterviewd, bij voorkeur in een aparte ruimte, maar in ieder geval aan een aparte tafel. De interviews duurden ongeveer 45 minuten.

1.2.5 Inhoud interviews

De interviews zijn uitgevoerd met behulp van een speciaal hiervoor ontwikkelde semi-gestructureerde vragenlijst. De volgende variabelen zijn daarin opgenomen:

Sociaal-demografische gegevens

Verschillende sociaal-demografische gegevens zijn verzameld, zoals: geslacht, etniciteit (geboorteland van de respondent zelf en van beide ouders), hoogst afgeronde opleiding, leefsituatie in de afgelopen 6 maanden, woonsituatie in de afgelopen 6 maanden en geboorteejaar.

Bekendheid met de vaccinatiecampagne

Bekendheid met de campagne werd gemeten door aan respondenten te vragen of ze van de mogelijkheid hadden gehoord dat bepaalde bevolkingsgroepen zoals “mensen die drugs gebruiken” (doelgroep druggebruikers), c.q. “mannen die seks hebben met mannen” (doelgroep MSM), c.q. “mensen met wisselende seksuele contacten (zoals prostituees)” (doelgroep prostituees), zich gratis tegen hepatitis B konden laten vaccineren. Ook werd nagevraagd hoe en wanneer zij daarvan op de hoogte waren gesteld. Respondenten konden aangeven op welke verschillende manieren zij op de hoogte waren geraakt van de campagne.

Vaccinatie en compliance

Nagevraagd werd of de respondenten wel of niet gevaccineerd zijn tegen hepatitis B, het aantal injecties dat zij gehad hebben, de locatie waar de eerste vaccinatie is gezet, en hoe lang geleden de eerste vaccinatie werd gezet. Aan respondenten die nog niet gevaccineerd waren is gevraagd in hoeverre zij van plan waren om zich in de komende 30 dagen te laten vaccineren tegen hepatitis B. Om immuniteit te meten, is gevraagd of respondenten ooit zijn getest op hepatitis B, of ze ooit geïnfecteerd zijn met hepatitis B virus, en of ze daarbij klachten en/of symptomen hebben ervaren.

Non-participatie

Aan respondenten die wel bekend waren met de campagne, maar niet gevaccineerd zijn, is gevraagd naar de redenen voor non-participatie. Dit betrof een open vraag zonder voorgestructureerde antwoord categorieën.

Risicogedrag

Omdat hepatitis B onder andere overgedragen kan worden via bloed en onveilig seksueel contact, zijn verschillende gedragsvariabelen die betrekking hebben op druggebruik en veilig seksueel contact gemeten.

Druggebruik

Aan alle drie de doelgroepen zijn vragen over (ooit) druggebruik gesteld¹, maar bij de doelgroep drug-

¹ Naar de gegevens over druggebruik bij de MSM en prostituees is gevraagd om te kijken of er een overlap is tussen de doelgroepen; deze cijfers staan niet in deze rapportage vermeld.

gebruikers is op dit thema specifiek ingegaan. Aan deze laatste doelgroep is gevraagd welke soort drugs men gebruikte in de maand voorafgaand aan het interview, en op hoeveel dagen per maand dat gebruik plaatsvond. De vraag werd herhaald voor druggebruik in de afgelopen 6 maanden. De antwoord categorieën bij deze vraag waren: nooit, minder dan een keer per maand, een paar keer per maand, een paar keer per week en (bijna) dagelijks. Ook werd aan de doelgroep druggebruikers de leeftijd gevraagd waarop de respondent voor het eerst regelmatig harddrugs ging gebruiken. Tot slot werd gevraagd naar injecterend druggebruik (ooit drugs geïnjecteerd, gespoten met gebruikte spuit of naald van een ander).

Seksueel risicogedrag

Omdat hepatitis B ook overdraagbaar is via seksueel contact is daarnaast gevraagd naar seks met vaste en/of losse partners in de 6 maanden voorafgaand aan het interview. Hierbij werd ook gevraagd naar condoomgebruik en of respondenten ooit een soa (seksueel overdraagbare aandoening) hebben opgelopen. Tot slot is gevraagd naar het betaald zijn en betaald hebben voor seks in de 6 maanden voorafgaand aan het interview. Voor prostituees werd in het interview vervolgens verder ingegaan op (risicovolle) seks met klanten.

Vindplaatsen

Aan het eind van het interview is gevraagd naar het bezoek aan de zogenaamde 'vindplaatsen' in de betreffende regio's. Voor druggebruikers zijn dit de bezoeken aan de dagopvang, nachtopvang, gebruiksruimten en methadonposten in de afgelopen maand, alsmede de frequentie van dit bezoek in de afgelopen 6 maanden. Ook werd gevraagd of respondenten in de 6 maanden voorafgaand aan het interview in de gevangenis hadden gezeten, en of zij deel hadden genomen aan het methadonprogramma. Voor homoseksuelen is gevraagd of en hoe vaak ze op de verschillende ontmoetingsplaatsen (homocafés, homodisco's, homofeesten, cruisinggebieden, homosauuna's, seksbioscopen en bijeenkomsten van verenigingen) zijn geweest, in de afgelopen 6 maanden. Aan prostituees is gevraagd op welke plekken zij gewerkt hebben in de afgelopen 6 maanden (onder andere straat, raam, clubs).

Cognitieve variabelen

Voorts zijn er verschillende cognitieve variabelen gemeten die zijn gebaseerd op de "Theory of planned behavior" (Ajzen, 1991) en het "Health belief model" (Rosenstock, 1965, 1974). Doel hiervan is zicht te krijgen op de variabelen die de motivatie voor vaccinatie kunnen verklaren. Deze bevindingen worden niet hier gerapporteerd, maar zullen door middel van een factsheet bekend worden gemaakt en daarnaast worden ingediend bij internationale wetenschappelijke tijdschriften.

1.2.6 Statistische analyses

Associaties tussen sociaal-demografische en gedragsvariabelen (zoals druggebruik, seksuele activiteiten en vindplaatsgegevens); en bekendheid met de campagne, vaccinatie, compliance en intentie om zich te laten vaccineren zijn onderzocht door middel van univariate analyses (Chi-kwadraat toets en de Student's t-toets). De Chi-kwadraat toets kan alleen worden berekend indien er voldoende gevulde cellen zijn. Dit is het geval indien 20% of minder van de verwachte celfrequenties (de verdeling van de waarnemingen over de cellen op basis van toeval) tussen 1 en 5 ligt (De Vocht, 2006). De verbanden die significant blijken

zijn vervolgens geïncludeerd in logistische regressie-analyses met bekendheid, participatie, compliance als afhankelijke variabelen. Het significantieniveau werd gesteld op een p-waarde van 0.05. In stap 1 van de regressie-analyse werd daarbij gecontroleerd voor de verschillen in de regio's (waaronder de verschillen in duur en intensiteit van de campagne tussen de regio's). De reden hiervoor is dat de campagne in één regio (Zuid-Limburg) een langere looptijd heeft, omdat deze regio aan het proefproject (1998-2000) heeft deelgenomen. Ondanks dat de campagne in alle drie de regio's een outreachend karakter heeft, kan er daarnaast sprake zijn van onderlinge verschillen in de intensiteit van de campagne.

1.2.7 Omvangschatting

Bij het maken van de omvangschattingen van de doelgroepen in de regio's, de laatste onderzoeksvraag binnen dit onderzoek naar het bereik van de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne, is gebruik gemaakt van de 'multiplier-methode' (De Graaf et al., 2000; EMCDDA, 2000, Smit & Toet, 2001). Met behulp van de multiplier methode wordt de omvangschatting gebaseerd op enerzijds het "vindplaats"-onderzoek onder de drie doelgroepen (druggebruikers, prostituees en MSM), immers door de interviews wordt de verhouding van de deelnemers t.o.v. de niet-deelnemers bekend, en anderzijds op het absolute aantal bereikte personen dat bekend is uit de projectregistratie van de GGD in de betreffende GGD regio's (extrapolatie van gegevens). Op basis hiervan kan de absolute omvang (binnen statistische betrouwbaarheidsmarges) van de doelgroep worden berekend. Deze methode lijkt op de 'Capture-recapture' methode die vaak gebruikt wordt om de omvang van verborgen populaties te schatten. Een multiplier-methode is echter meer geschikt voor de huidige omvangschatting omdat het vindplaatsonderzoek een kortere (en dus niet dezelfde) periode bestrijkt dan het registratiesysteem van de hepatitis B vaccinatiecampagne (Smit & Toet, 2001). In de afzonderlijke hoofdstukken over druggebruikers, MSM en prostituees, zal steeds per doelgroep de omvang in elke regio geschat worden.

De schatting o.b.v. de multipliemethode betreft een extrapolatie van het aantal hepatitis B gevaccineerden uit het registratiesysteem. Bij de interpretatie van deze schatting moet rekening gehouden worden met het feit dat we geen cijfers hebben over de uitstroom uit de doelgroep in de regio's. De betrouwbaarheid van de gepresenteerde schattingen wordt daarmee beperkt.

De schatting is als volgt in een formule weer te geven:

$$\text{est}(N) = A/B$$

$\text{est}(N)$ = schatting van de omvang van de betreffende doelgroep

A = aantal hepatitis B gevaccineerden

B = ratio hepatitis B gevaccineerden

Deze berekening geldt per doelgroep, per regio.

Om deze berekening uit te voeren hebben we de volgende gegevens nodig per regio:

A = het aantal geregistreerde eerste vaccinaties binnen de huidige campagne.

B = het aantal respondenten uit de steekproef die een eerste vaccinatie heeft gehad in het kader van de

huidige vaccinatiecampagne (dus korter dan drie jaar geleden hun eerste vaccinatie ontvingen), gedeeld door het aantal respondenten in de steekproef.

Ad A) Om de omvang van de doelgroepen in de regio's door middel van extrapolatie van gegevens uit dit onderzoek te kunnen schatten, is het nodig om te weten wat het totale aantal eerste vaccinaties is per doelgroep per regio. Omdat de looptijd van de huidige campagne minder dan drie jaar bedroeg op het moment van interviewen, hebben wij een selectie gemaakt van diegenen die binnen deze drie jaar hun eerste vaccinatie hebben ontvangen. Respondenten die aan hebben gegeven dat ze langer dan drie jaar geleden hun eerste vaccinatie hebben ontvangen, tellen dus niet mee in de berekeningen. Wanneer we een periode langer dan 3 jaar zouden aanhouden, dan kunnen er ook personen in de berekening worden geïncludeerd die bijvoorbeeld in het proefproject zijn gevaccineerd. Omdat deze personen echter niet in het registratiesysteem van de GGD vermeld staan, zouden foutieve omvangsschattingen het resultaat zijn. De registratiegegevens van de GGD hebben immers alleen betrekking op de huidige vaccinatiecampagne.

Ad B) Omdat respondenten tijdens de interviewperiode (die bij de doelgroep prostituees soms maanden duurde) de kans hadden om gevaccineerd te worden, is ervoor gekozen om het aantal geregistreerde eerste vaccinaties die tijdens de interviewperiode werden toegediend met een factor 0.5 te vermenigvuldigen. Wanneer we alleen zouden kiezen voor het aantal eerste vaccinaties tot aan de start van onze dataverzameling, dan is het mogelijk dat we een onderschatting krijgen van het aantal personen in de regio's. Er zijn er ook respondenten die aan hebben gegeven dat ze niet bekend zijn met de campagne, maar die wel gevaccineerd blijken in het kader van de campagne. Dit betreft bijvoorbeeld druggebruikers die in de gevangenis gevaccineerd zijn. Deze personen zijn ook opgeteld bij het totaal aantal eerste vaccinaties dat naar voren kwam uit onze zelfgerapporteerde gegevens.

1.3 Opbrengst en beperkingen

Dit onderzoek levert inzicht in wie er precies bereikt worden door de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne. Omdat het onderzoek slechts in drie regio's is verricht, zijn de bevindingen niet zonder meer generaliseerbaar naar andere regio's. De (outreaching) aanpak van de GGD kan verschillen in andere dan de hier beschreven regio's. Bovendien kan ook de samenstelling van de doelgroepen in andere regio's verschillen van de hier onderzochte regio's.

Ook binnen de regio's gelden de resultaten alleen voor de groepen die op de onderzochte vindplaatsen komen. Dit betekent voor druggebruikers dat dit niet alle druggebruikers betreft, maar de gemarginaliseerde groep onder de druggebruikers, namelijk de groep die bij de hulpverlening bekend is en/of veelal dakloos is. Voor MSM is dit de groep die in de uitgaans- en ontmoetingswereld van het homocircuit te vinden is, en voor prostituees betreft het de groep die zich in het openbaar beschikbaar stelt als prostituee. De gebruikte wervingsmethode heeft als voordeel dat moeilijk bereikbare groepen geïnterviewd kunnen worden, maar heeft als nadeel dat de groepen die het vaakst op een bepaalde plek komen, ook meer kans

hebben om deel te nemen aan het onderzoek. We hebben geprobeerd dit nadeel te beperken door de wervingsplekken meerdere keren te bezoeken gedurende het onderzoek.

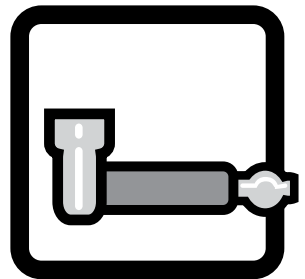
Voorts moet bij de interpretatie van de gegevens rekening gehouden worden met het feit dat vragen over seks en drugs zich voor sommige mensen in de taboesfeer bevinden. Juist voor sommige prostituees bleken vragen over (veilig) vrijen erg gevoelig te liggen. Door zoveel mogelijk in aparte ruimtes te interviewen en de anonimiteit te waarborgen probeerden we sociaal wenselijke antwoorden te ondervangen. Eveneens om die reden zijn alleen niet herleidbare persoonsgegevens nagevraagd bij de deelnemers. Tenslotte is van belang dat het onderzoek gebaseerd is op cross-sectionele data. Het is dus niet mogelijk om met behulp van onze data causale verbanden weer te geven tussen de verschillende variabelen.

Daarnaast zijn er ook een aantal beperkingen met betrekking tot de omvangsschattingen van de groepen druggebruikers, prostituees en homomannen in de drie regio's. Deze worden per doelgroep in de afzonderlijke hoofdstukken behandeld. Voor de interpretatie van de bevindingen in dit onderzoek is het van belang rekening te houden met deze onzekerheden over de omvang van de doelgroepen.

gebruikers

hoofdstuk 2

Druggebruikers



Hoofdstuk 2

Druggebruikers

2.1 Definitie

Druggebruikers zijn in dit onderzoek gedefinieerd als langdurige gebruikers van harddrugs (heroïne, cocaïne, speed en/of methadon), uitgezonderd recreatieve gebruikers die alleen partydrugs zoals ecstasy gebruikten.

2.2 Wervingsplekken per regio

Zoals beschreven in hoofdstuk 1, is op basis van gesprekken met sleutelfiguren een etnografische kaart gemaakt van alle locaties in Rotterdam, Utrecht en Oostelijk Zuid-Limburg (Oostelijk Zuid-Limburg)/Westelijke Mijnstreek waar druggebruikers zich bevinden. Ook is bij het maken van deze kaart bekeken hoeveel druggebruikers de verschillende locaties bezoeken, en hoe vaak ze dat naar schatting doen. Op basis daarvan is vastgesteld hoeveel gebruikers er ten behoeve van het onderzoek per locatie geworven moesten worden. Tabel 2 laat zien hoeveel druggebruikers er per type locatie in de verschillende regio's werden geworven. Op deze locaties zijn 373 personen aangesproken en in totaal namen 309 druggebruikers deel aan dit onderzoek (responsratio: 83%). In alle drie de regio's was de responsratio ongeveer gelijk. De respons was het hoogst bij de nachtopvang (100%) en het laagst bij de methadonposten (72%). Er zijn geen significante verschillen tussen de deelnemers en niet-deelnemers wat betreft hun leeftijd (N=353) of Nederlandse herkomst (n=354). De belangrijkste reden om deelname te weigeren was: "geen tijd". In totaal hebben 64 personen niet deelgenomen aan het onderzoek. Er is geprobeerd om van deze personen informatie te verkrijgen over hun bekendheid met de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne en hun vaccinatiegraad, maar deze gegevens zijn niet volledig genoeg om er uitspraken over te kunnen doen.

Tabel 2: Wervingsplekken per regio²

	Rotterdam	Utrecht	OZL	Totaal
Dagopvang	31	X	4	36
Dagopvang en gebruikersruimte	16	X	X	16
Nachtopvang	4	4	X	8
Dag en nachtopvang	X	X	X	16
Gebruikersruimte	10	X	X	38
Dag-, nachtopvang en gebruikersruimte	19	28	16	19
Methadonprogramma/bus	10	-	55	65
Werkproject	-	-	5	5
Woonproject	12	20	7	27
Straat	-	39	5	44
Anders	1	12	9	33
Totaal	103	105	101	309

De werving week op sommige plekken af van de ideale situatie. Omdat daarvoor geen toestemming werd verleend door de directie, was het in Utrecht niet mogelijk om druggebruikers te werven voor de interviews bij het methadonprogramma.

2.3 Kenmerken van de druggebruikers

Sociaal-demografische gegevens

In Tabel 3 staan de belangrijkste sociaal-demografische kenmerken van de groep druggebruikers die in het onderzoek is opgenomen. De totale steekproef (n=309) bestaat voor het grootste deel uit mannen (78%). De gemiddelde leeftijd van de druggebruikers is 42 jaar. De meesten hebben in de afgelopen 6 maanden alleen geleefd (65%) zonder partner, vrienden of familie. Zestien procent leefde wel met een partner. Bijna de helft van de druggebruikers woonde op straat of in de daklozenopvang, een vijfde (23%) woonde op kamers, en 24% woonde in een huis (eigendom of gehuurd). Vierendertig procent was niet religieus. Anderen waren Katholiek (30%), Protestant (13%), Islamitisch (10%) of hadden een andere levensovertuiging (13%). De druggebruikers bleken laag geschoold te zijn, met meer dan een derde deel dat alleen de basisschool had afgemaakt, of helemaal geen opleiding had genoten. De meeste druggebruikers waren in Nederland geboren. Andere geboortelanden waren: Suriname (15%), Marokko (7%), de Nederlandse Antillen en Aruba (6%), en verschillende landen binnen Europa (6%). Wanneer we alleen rekening houden met het geboorteland van de ouders, dan is 47% autochtone Nederlander.

² Er is in de tabel onderscheid gemaakt tussen dagopvang, nachtopvang of beide, met en zonder een gebruikersruimte.

Dit omwille van het type druggebruiker dat op deze locaties komt. Wanneer een X in de tabel staat, dan is deze wervingsplek niet aanwezig in de regio.

Tabel 3: Percentage druggebruikers dat specifieke sociaal-demografische kenmerken heeft

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (N=309)
Geslacht Mannen	78
Leefsituatie Met partner	16
Woonsituatie Dakloos	43
Religie Niet religieus	34
Educatie <=Basis school	36
Etniciteit Nederlands	47
Leeftijd (t-toets)	41.68 (SD 7.43)

Druggebruik

De kenmerken van het druggebruik en drugsgerelateerde (risico)factoren voor hepatitis B worden beschreven in Tabel 4. De helft van de druggebruikers gaf aan (bijna) dagelijks heroïne te gebruiken, en 41% gebruikte (bijna) dagelijks base coke/crack. Voor 30% van de gebruikers was heroïne hun 'eerste' of 'belangrijkste' middel, gevolgd door base coke/crack met 29%. Vijfenvoertig procent van de druggebruikers had ooit drugs geïnjecteerd, maar recent injecteren (in de afgelopen 6 maanden) werd slechts door 20% gerapporteerd. In Rotterdam was 38% ooit en 19% op dit moment injecterend druggebruiker, in Utrecht injecteerde 30% ooit en 14% op dit moment drugs en in Oostelijk Zuid-Limburg was 67% ooit en 28% huidig injecterend druggebruiker. Drieënveertig procent van de druggebruikers die aangaven dat ze ooit drugs hadden geïnjecteerd hadden wel eens gespoten met een gebruikte spuit of naald van een ander en 49% had een door een ander gebruikt watje, filter, lepel, spoelwater of andere attributen geleend.

Tabel 4: Druggebruik

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (SD) (N=307)
Heroïne gebruik Dagelijks	50
Base coke/crack gebruik Dagelijks	41
Intraveneus druggebruik Ooit	45
Naalden gedeeld ^a Ooit	43
Leeftijd start druggebruik (t-toets)	21.4 (6.9)

^a Percentage van de groep die intraveneus druggebruik rapporteerde (n=136).

Seksueel (risico)gedrag

De respondenten hebben verschillende vragen beantwoord over seksueel (risico)gedrag, zoals het hebben van een vaste partner, het hebben van losse partners, en het gebruik van condooms. De belangrijkste resultaten staan in Tabel 5. Vooral tijdens neuken met de vaste partner was condoomgebruik laag: van de druggebruikers die in de afgelopen 6 maanden met hun vaste partner hadden geneukt (n= 94), had 90% inconsistent condooms gebruikt, waarvan 76% nooit een condoom had gebruikt. Tijdens neuken met losse partners werden er wel vaker condooms gebruikt, maar niet consistent: 49% gebruikte altijd condooms met losse partners, en 51% gebruikte inconsistent condooms, waarvan 29% nooit in de afgelopen 6 maanden. Een tiende is betaald voor seks (in de vorm van geld of drugs).

Tabel 5: Seksueel (risico)gedrag van druggebruikers³

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (SD) (N=306)
Vaste sekspartner	31
Geneukt ^a	86
Inconsistent condoomgebruik ^b	90
Losse sekspartner(s)	30
Geneukt ^c	91
Inconsistent condoomgebruik ^d	51
Aantal losse partners ^e	2.81 (2.76)
Betaald zijn voor seks	10
Betaald hebben voor seks	5
Ooit een SOA ^f	37

^a Percentage van de groep die een vaste sekspartner heeft in de afgelopen 6 maanden (n=109)

^b Percentage van de groep die geneukt heeft met een vaste sekspartner in de afgelopen 6 maanden (n=94)

^c Percentage van de groep die een of meer losse sekspartners heeft in de afgelopen 6 maanden (n=91)

^d Percentage van de groep die een of meer losse sekspartners heeft in de afgelopen 6 maanden (n=83)

^e Percentage van de groep die een of meer losse sekspartners heeft in de afgelopen 6 maanden (n=91)

^f Op basis van zelf-rapportage. De afzonderlijke SOA staan vermeld in Bijlage 2

Locaties

In Tabel 6 staat aangegeven welk percentage van de druggebruikers de afgelopen maand een nacht in de nachtopvang heeft doorgebracht, welk percentage in de afgelopen maand een keer bij de dagopvang is geweest, hoeveel druggebruikers staan geregistreerd bij een gebruikruimte, en hoeveel methadon hebben gebruikt via een methadonprogramma. Tweeëndertig procent van de druggebruikers had in de 6 maanden voorafgaand aan het interview in de gevangenis gezeten.

³ In Bijlage 1 staan de percentages vermeld van druggebruikers die alleen een vaste, alleen een losse, beide of geen seks-partners hadden

Tabel 6: Locaties/vindplaatsen die druggebruikers bezoeken

Kenmerken	Percentages (N=308)
Dagopvang Bezocht	38
Nachtopvang Bezocht	31
Gebruiksruimte Bezocht	40
Methadonprogramma Ja	63
Gevangenschap Ja	32

2.4 Bekendheid met de campagne

In deze paragraaf staat de volgende vraag centraal:

Hoeveel personen uit de doelgroep zijn op de hoogte van en/of zijn uitgenodigd voor deelname aan het project, en wat zijn de kenmerken van deze personen?

In totaal is 63% (n=194) van de druggebruikers in deze steekproef (n=309) bekend met de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne. De meesten van hen (58%) hebben gehoord van de campagne via verslavingszorg-instellingen. Ongeveer 16% was via de GGD op de hoogte gesteld, 12% had een flyer/informatiebrochure gezien, 10% was via vrienden en/of andere druggebruikers op de hoogte, en 9% was bekend geraakt via een poster. Respondenten konden in de onderzochte outreachregio's op meerdere manieren bekend worden met de campagne, en konden dus meerdere antwoorden tegelijk geven op deze vraag. De percentages tellen dus niet op tot 100% (zie Tabel 7).

Tabel 7: Manieren waarop druggebruikers bekend zijn geworden met de campagne

	Percentages (N=194)
Verslavingszorg	58
Voorlichters GGD	16
Flyer/informatiebrochure	12
Vrienden en/of andere gebruikers	10
Poster	9

De bekendheid met de campagne was het hoogst in regio Rotterdam (70%) en Utrecht (67%), en het minst hoog in Oostelijk Zuid-Limburg (52%). Deze verschillen in bekendheid tussen de regio's waren significant (Chi-square (2)= 8,40 p= 0.02).

2.4.1 Verschillen tussen druggebruikers die wel/niet bekend zijn met de campagne

In de vorige paragraaf stond beschreven welk deel van de druggebruikers bekend was met de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne. In deze paragraaf komen de verschillen aan de orde tussen druggebruikers die wel en zij die niet bekend zijn met de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne. Het gaat hierbij om sociaal-demografische factoren, risicofactoren (drugs en seks gerelateerd), en locaties die ze bezoeken. Deze verschillen zijn eerst univariaat getoetst met behulp van t-toetsen en Chi-kwadraat-toetsen. Vervolgens zijn de variabelen die significant verschilden opgenomen in een logistische regressie-analyse (paragraaf 2.4.2), aan de hand waarvan getoetst is wat de bijdrage is van deze variabelen in het verklaren van de bekendheid met de campagne.

Sociaal-demografische gegevens

In Tabel 8 is te zien dat het percentage druggebruikers van allochtone herkomst dat de campagne kent hoger is dan dat van de druggebruikers van autochtone herkomst. Ook van de druggebruikers die dakloos waren in de afgelopen 6 maanden is een hoger percentage bekend met de campagne dan van de druggebruikers die niet dakloos waren. Bij de overige variabelen vinden we geen significante verschillen in bekendheid met de campagne.

Tabel 8: Percentages en gemiddelde scores (SD) van druggebruikers die wel/niet bekend zijn met de campagne, voor sociaal-demografische factoren

Kenmerken		Percentages/Gemiddelde scores (SD)			
	n	Bekend	Onbekend	Chi-kwadraat/T	P-waarde
Geslacht					
Mannen	241	61	39	0.88	0.35
Vrouwen	68	68	32		
Leefsituatie					
Met partner	48	71	29	1.62	0.20
Zonder partner	260	61	39		
Woonsituatie					
Dakloos	134	69	31	4.44	0.04
Niet dakloos	175	58	42		
Religie					
Religieus	204	63	37	0.05	0.82
Niet religieus	105	62	38		
Educatie					
<=Basis school	110	61	39	0.23	0.64
> Basisschool	198	64	36		
Etniciteit					
Nederlands	144	55	45	7.04	0.008
Anders	164	70	31		
Leeftijd (t-toets)	309	41.75 (7.36)	41.57 (7.56)	-2.39	0.84

Druggebruik

Druggebruikers die bekend zijn met de campagne zijn op iets latere leeftijd begonnen met regelmatig harddruggebruik dan druggebruikers die niet bekend zijn met de campagne. Bij de overige kenmerken van het druggebruik in Tabel 9 vinden we geen significante verschillen in bekendheid met de campagne.

Tabel 9: Percentages van druggebruikers die bekend/onbekend zijn met de campagne, voor risicofactoren gerelateerd aan druggebruik

Kenmerken	n	Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
		Bekend	Onbekend		
Heroïne gebruik					
Dagelijks	153	65	35	0.90	0.34
< Dagelijks	153	60	40		
Base coke/crack gebruik					
Dagelijks	125	66	34	1.21	0.27
< Dagelijks	181	60	40		
Intraveneus druggebruik					
Ooit	137	59	41	1.48	0.22
Nooit	170	66	34		
Naalden gedeeld					
Ooit	58	57	43	0.16	0.69
Nooit	78	60	40		
Leeftijd start druggebruik (t-toets)	306	22.10 (7.2)	20.16 (6.3)	-2.39	0.02

Seksueel (risico)gedrag

De percentages druggebruikers die bekend zijn met de campagne, verschillen niet tussen groepen die bepaalde seksuele risicogedragingen wel of niet vertonen. Voor een aantal variabelen kunnen we het significantieniveau niet berekenen, omdat er te weinig cases zijn (Tabel 10).

Tabel 10: Percentages en gemiddelde scores (SD) van druggebruikers die wel/niet bekend zijn met de campagne, voor seksueel (risico)gedrag in afgelopen 6 maanden

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
	n	Bekend	Onbekend	
Vaste sekspartner				
Ja	96	57	43	1.72
Nee	212	65	35	
Geneukt				
Ja	94	57	43	-
Nee	1	0	100	
Condoomgebruik				
Inconsistent	85	59	41	-
Altijd	9	44	56	
Losse sekspartner(s)				
Ja	91	62	39	0.10
Nee	216	63	37	
Geneukt				
Ja	83	59	41	-
Nee	8	88	13	
Condoomgebruik				
Inconsistent	42	55	45	0.64
Altijd	41	63	37	
Aantal losse partners				
Gemiddelde	83	2.78 (2.18)	2.86 (3.50)	0.13
Betaald zijn voor seks				
Ja	30	67	33	0.19
Nee	262	63	37	
Betaald hebben voor seks				
Ja	16	62	38	0.00
Nee	289	63	37	
SOA				
Ooit	115	61	39	0.25
Nooit	193	64	36	

Locaties/vindplaatsgegevens

In de onderstaande tabel (Tabel 11) staan de verschillende 'vindplaatsen' aangegeven waar druggebruikers komen. Significante verschillen in bekendheid met de campagne bestaan voor diegenen die geregistreerd stonden voor een gebruikruimte (een hoger percentage is bekend met de campagne), evenals voor diegenen die in de afgelopen maand één of meerdere keren in de nachtopvang hebben geslapen (eveneens een hoger percentage is bekend met de campagne). Bekendheid met de campagne verschilde niet significant tussen druggebruikers die wel/niet in afgelopen maand de dagopvang hebben bezocht en druggebruikers die wel/niet in de afgelopen 6 maanden gevangenis hebben gezeten. Ook het bezoek aan het methadon-programma maakte geen significant verschil uit. Aanvullende analyses laten zien dat diegenen die de nachtopvang en gebruikruimten in de afgelopen 6 maanden vaker bezocht hebben, ook vaker bekend zijn

met de campagne (frequentie bezoek nachtopvang: $t = -2.53$, $df = 263.36$, $p = 0.012$, two-tailed; frequentie bezoek gebruikersruimte: $t = -3.88$, $df = 262.92$, $p = 0.000$, two-tailed).

Tabel 11: Vindplaatsen van druggebruikers die bekend/onbekend zijn met de vaccinatiecampagne

Kenmerken		Percentages			
	n	Bekend	Onbekend	Chi-kwadraat	P-waarde
Dagopvang					
Ja	118	66	34	0.97	0.33
Nee	190	61	39		
Nachtopvang					
Ja	94	71	29	4.29	0.04
Nee	214	59	41		
Gebruikersruimte					
Ja	122	71	29	5.29	0.02
Nee	186	58	42		
Methadonprogramma					
Ja	190	64	36	0.63	0.43
Nee	114	60	40		
Gevangenis					
Ja	99	67	33	0.94	0.33
Nee	210	61	39		

2.4.2 Verklaring van de bekendheid met de campagne

In de vorige paragraaf bleek dat druggebruikers die de campagne kennen op sommige punten significant verschillen van hen die de campagne niet kennen. De vraag is welke van deze variabelen het beste de bekendheid met de campagne verklaren. Daartoe zijn de variabelen waarin in de univariate toetsen in de vorige paragraaf significante verschillen bleken in bekendheid met de campagne geïnccludeerd in een logistische regressie-analyse met bekendheid als afhankelijke variabele. In stap 1 van deze regressie-analyse werd daarbij gecontroleerd voor de regio (waaronder de verschillen in duur en intensiteit van de campagne tussen de regio's), voor uitleg zie paragraaf 1.2.6. In stap 2 werden etniciteit en dakloosheid in de analyse opgenomen, in stap 3 de leeftijd waarop voor het eerst regelmatig harddrugs werd gebruikt, in stap 4 de frequentie van het bezoeken van gebruikersruimte en nachtopvang in de afgelopen 6 maanden. Uit de regressie-analyse, zie Tabel 12, blijkt dat wanneer al deze variabelen in de analyse zijn opgenomen, er slechts één variabele overblijft die bekendheid met de campagne significant voorspelt: de frequentie van het bezoek aan de gebruikersruimte in de afgelopen 6 maanden. Druggebruikers die vaker gebruikersruimten bezoeken zijn vaker op de hoogte van de campagne. In totaal voorspellen de variabelen 11 procent van de variantie⁴.

⁴ N=298. Nagelkerke R-square= 0.03 voor stap 1, $p=0.02$; Nagelkerke R-square= 0.07 voor stap 2, $p=0.02$; Nagelkerke R-square= 0.08 voor stap 3, $p=0.09$; Nagelkerke R-square= 0.11 voor stap 4, $p=0.03$

Tabel 12: Samenvatting van de logistische regressie-analyse voor de verklaring van de bekendheid met de campagne

		OR	Wald test	P-waarde	95% CI
Stap 1	Regio		7.42	0.03	
Stap 2	Regio		3.87	0.15	
	Etniciteit	1.75	5.12	0.02	(1.08-2.85)
	Woonsituatie	1.48	2.29	0.13	(0.89-2.45)
Stap 3	Regio		3.33	0.19	
	Etniciteit	1.65	4.00	0.046	(1.01-2.70)
	Woonsituatie	1.46	2.1	0.15	(0.88-2.43)
	Leeftijd start druggebruik	1.03	2.7	0.10	(0.99-1.07)
Stap 4	Regio		2.30	0.32	
	Etniciteit	1.46	2.19	0.14	(0.88-2.43)
	Woonsituatie	0.80	0.34	0.62	(0.38-1.69)
	Leeftijd start druggebruik	1.03	2.44	0.11	(0.99-1.07)
	Gebruiksruimte freq afgelopen 6 mnd	1.17	5.75	0.02	(1.03-1.33)
	Nachtopvang freq afgelopen 6 mnd	1.11	1.58	0.21	(0.94-1.31)

2.5 Vaccinatie

In deze paragraaf staat centraal hoeveel mensen zich in het kader van de gratis hepatitis B vaccinatie-campagne hebben laten vaccineren, wat de verschillen zijn tussen de groepen die dat wel en niet hebben gedaan, en wat redenen zijn voor non-participatie.

In onze steekproef (n=309) was 72% ooit op hepatitis B getest, en 2% weet dat niet. Van degenen die ooit getest waren was de zelfgerapporteerde prevalentie van hepatitis B 29%. Van alle druggebruikers (ook diegenen die nooit getest waren) gaf 21% aan ooit geïnfecteerd te zijn met hepatitis B (met n=289⁵). Van alle respondenten had 14% klachten en symptomen ervaren als gevolg van de infectie met het hepatitis B virus. Het aantal ooit geïnfecteerde druggebruikers verschilde significant als volgt tussen de steden: 19% in Rotterdam, 11% in Utrecht, 37% in Oostelijk Zuid-Limburg (Chi-square(2) = 20.0, p=0.000). In de drie regio's gezamenlijk bleek 44% van de druggebruikers tegen hepatitis B gevaccineerd. In Tabel 13 wordt de vaccinatiegraad 'Tegen hepatitis B' plus de vaccinatiegraad 'Tegen hepatitis A en B' weergegeven. Bij de percentages zijn we uitgegaan van minimaal 1 vaccinatie(of meer) tegen hepatitis B. Deze vaccinatiegraad is daarom niet gelijk aan de immunisatiegraad.

⁵ N=289, 15 respondenten wisten het niet of ze ooit geïnfecteerd waren en 5 missing

Tabel 13: Vaccinatiegraad tegen hepatitis B (n= 309), inclusief diegenen die niet i.k.v. de campagne zijn gevaccineerd

Vaccinatie	Percentages
Tegen hepatitis A	3
Tegen hepatitis B	29
Tegen hepatitis A en B	15
Weet niet/Weet niet tegen welke	5
Geen vaccinatie	48

In Rotterdam was de vaccinatiegraad 57%, in Utrecht 45% en in Oostelijk Zuid-Limburg 36%, deze verschillen in vaccinatiegraad tussen de regio's zijn significant (Chi-square (2)=8.9, $p=0.01$).

Van de respondenten die zeker wisten dat ze tegen hepatitis B waren gevaccineerd ($n=135$) gaf 84% aan dat ze in het kader van de vaccinatiecampagne waren gevaccineerd. Naar verwachting ligt het eigenlijke percentage dat in de campagne is gevaccineerd iets hoger, namelijk op 91%. Een aantal ($n=8$) van de respondenten bleek aan de hand van de antwoorden op de vervolgvragen namelijk wel in het kader van de campagne te zijn gevaccineerd, maar hadden dat zelf niet door omdat ze in de gevangenis ($n=7$), of bij het methadonprogramma ($n=1$) waren gevaccineerd. Op deze locaties wordt door de GGD echter gevaccineerd in het kader van de campagne. Van de personen die tegen hepatitis B gevaccineerd waren, bleek 13% geïnfecteerd met het virus waardoor verdere vaccinaties overbodig waren. De meerderheid van de respondenten (79%) had hun eerste vaccinatie op een outreachlocatie ontvangen, zoals bij een verslavingszorg-instelling en/of de maatschappelijke opvang. Acht procent was gevaccineerd op de GGD, en 13% op een andere locatie, zoals in de gevangenis. Bijna alle druggebruikers (96%) hadden de eerste vaccinatie binnen de onderzoeksregio's (Rotterdam, Utrecht en Oostelijk Zuid-Limburg) gekregen.

2.5.1 Verschillen tussen druggebruikers die zich wel versus niet laten vaccineren

In deze paragraaf komen binnen de groep druggebruikers die op de hoogte is van de vaccinatiecampagne, de verschillen aan de orde tussen de gebruikers die zich wel versus niet hebben laten vaccineren. Omdat personen die reeds geïnfecteerd zijn zich niet hoeven te laten vaccineren zijn zij niet meegenomen in de onderstaande analyses. Druggebruikers zijn met elkaar vergeleken qua sociaal-demografische gegevens, risicogedrag (druggerelateerd en seksueel gerelateerd), locaties die ze bezoeken en de manier waarop ze bekend zijn geworden met de campagne.

Sociaal-demografische variabelen

Middels chi-kwadraat toetsen en een t-toets is nagegaan of verschillen in sociaal-demografische variabelen samenhangen met de vaccinatiegraad. Binnen de groep die bekend is met de campagne laat een hoger percentage van de vrouwen (81%) dan van de mannen (59%) zich vaccineren. De overige sociaal-demografische variabelen, zie Tabel 14, lieten geen verschillen zien in vaccinatiegraad.

Tabel 14: Percentages en gemiddelde scores (SD) voor sociaal-demografische factoren van druggebruikers die wel/niet gevaccineerd zijn

Kenmerken	n	Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
		Gevaccineerd	Ongevaccineerd		
Geslacht					
Mannen	109	59	41	5.01	0.03
Vrouwen	31	81	19		
Leefsituatie					
Met partner	23	61	39	0.07	0.79
Zonder partner	116	64	36		
Woonsituatie					
Dakloos	71	62	38	0.16	0.69
Niet dakloos	69	65	35		
Religie					
Religieus	92	63	37	0.03	0.86
Niet religieus	48	65	35		
Educatie					
<=Basis school	50	68	32	0.66	0.42
> Basisschool	90	61	39		
Etniciteit					
Nederlands	54	67	33	0.36	0.55
Anders	86	62	38		
Leeftijd (t-toets)	140	41.13 (7.50)	42.51 (6.56)	-1.12	0.27

Druggebruik

De gevaccineerde druggebruikers begonnen gemiddeld op een jongere leeftijd met regelmatig druggebruik dan druggebruikers die zich niet lieten vaccineren, maar dit verschil is marginaal significant. Gevaccineerde druggebruikers verschillen op de overige kenmerken niet significant van ongevaccineerde druggebruikers.

Tabel 15: Percentages van drugsrisicofactoren voor degenen die gevaccineerd/ongevaccineerd zijn

Kenmerken	n	Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
		Gevaccineerd	Ongevaccineerd		
Heroïne gebruik					
Dagelijks	75	67	33	0.79	0.37
< Dagelijks	64	59	41		
base coke/crack gebruik					
Dagelijks	66	61	39	0.40	0.53
< Dagelijks	73	66	34		
Intraveneus druggebruik					
Ooit	44	68	32	0.66	0.42
Nooit	95	61	39		
Naalden gedeeld					
Ooit	12	75	25	-	-
Nooit	31	68	32		
Leeftijd start druggebruik (t-toets)	138	21.86 (7.91)	24.14 (6.53)	1.74	0.09

Seksueel (risico)gedrag

De vaccinatiegraad verschilt niet tussen groepen die verschillende seksuele risicogedragingen vertonen (Tabel 16).

Tabel 16: Percentages en gemiddelde scores (SD) van seksueel (risico)gedrag in de afgelopen 6 maanden van diegenen die wel/niet gevaccineerd zijn

Kenmerken		Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
		Gevaccineerd	Ongevaccineerd		
	n				
Vaste sekspartner					
Ja	43	72	28	2.07	0.15
Nee	96	59	41		
Geneukt					
Ja	42	71	29	-	-
Nee	0				
Condoomgebruik					
Inconsistent	38	68	32	-	-
Altijd	4	100	0		
Losse sekspartner(s)					
Ja	42	64	36	0.03	0.88
Nee	97	63	37		
Geneukt					
Ja	37	62	38	-	-
Nee	5	80	20		
Condoomgebruik					
Inconsistent	16	63	37	0.00	0.97
Altijd	21	62	38		
Aantal losse partners (t-toets)	42	2.81 (1.96)	2.52 (2.20)	-0.43	0.67
Betaald zijn voor seks					
Ja	17	77	23	1.49	0.22
Nee	116	61	39		
Betaald hebben voor seks					
Ja	9	56	44	-	-
Nee	129	64	36		
SOA					
Ooit	47	64	36	0.01	0.93
Nooit	92	63	37		

Locatie/vindplaatsgegevens

Bekeken is vervolgens of de vaccinatiegraad samenhangt met de locaties die druggebruikers bezoeken. Er geen significante verschillen gevonden in vaccinatiegraad tussen groepen druggebruikers die wel of niet bepaalde locaties bezoeken (Tabel 17). Het lijkt wel zo te zijn dat het percentage gevaccineerden hoger is onder de druggebruikers die de gebruiksuimtes niet bezoeken dan onder hen die dat wel doen, maar deze verschillen zijn niet significant.

Tabel 17: Vindplaatsen van druggebruikers die gevaccineerd/ongevaccineerd zijn ikv de vaccinatiecampagne

Kenmerken	n	Percentages		Chi-kwadraat	P-waarde
		Gevaccineerd	Ongevaccineerd		
Dagopvang					
Ja	59	68	32	0.89	0.35
Nee	80	60	40		
Nachtopvang					
Ja	49	63	37	0.00	0.99
Nee	90	63	37		
Gebruiksuimte					
Ja	70	57	43	2.31	0.13
Nee	69	63	37		
Methadonprogramma					
Ja	80	64	36	0.04	0.84
Nee	58	62	38		
Gevangenis					
Ja	53	59	41	0.95	0.33
Nee	87	67	33		

Manier van bekend worden met de campagne

In paragraaf 2.4 was te zien hoeveel druggebruikers door middel van posters, flyers, vrienden en/of andere druggebruikers en via de verslavingszorg/maatschappelijke opvang bekend waren geworden met de hepatitis B vaccinatiecampagne. De vaccinatiegraad blijkt hoger onder druggebruikers die via de verslavingszorg bekend zijn geworden met de campagne, dan onder druggebruikers die op een andere manier op de hoogte zijn gesteld. Wanneer men via een flyer of via vrienden bekend is geworden met de campagne is de vaccinatiegraad juist lager dan wanneer men niet langs die weg de campagne heeft leren kennen.

Tabel 18: Percentages voor de manieren waarop druggebruikers bekend zijn geworden met de campagne van diegenen die wel/niet gevaccineerd zijn⁶

Kenmerken		Percentages			
	n	Gevaccineerd	Ongevaccineerd	Chi-kwadraat	P-waarde
Verslavingszorg					
Ja	81	72	28	5.36	0.02
Nee	59 ^a	53	47		
Voorlichters GGD					
Ja	26	58	42	0.48	0.49
Nee	114	65	35		
Flyer/informatiebrochure					
Ja	20	30	70	11.36	0.00
Nee	120	69	31		
Poster					
Ja	12	50	50	-	-
Nee	128	65	35		
Vrienden en/of andere gebruikers					
Ja	14	29	71	8.23	0.00
Nee	126	68	32		

2.5.2 Het verklaren van de participatiegraad

Om te onderzoeken welke variabelen het meest voorspellend zijn voor de participatiegraad van druggebruikers die bekend zijn met de campagne, zijn de variabelen die in de univariate analyses in de bovenstaande paragrafen significant van elkaar verschillen opgenomen in een logistische regressie-analyse waarin wel versus niet laten vaccineren werd opgenomen als afhankelijke variabele. Wederom werd daarbij gecontroleerd voor de verschillen tussen regio's. Ook is gecontroleerd voor de samenhang tussen de variabelen. De correlatie mag namelijk niet te hoog zijn.

Uit de regressie-analyse (zie Tabel 19) blijkt dat manier waarop druggebruikers bekend worden met de campagne de belangrijkste verklarende factor is van de vaccinatiegraad. Bekend worden met de campagne via een flyer of via vrienden laat een negatief verband zien met de vaccinatiegraad⁷.

⁶ Respondenten konden meerdere antwoorden geven op de vraag op welke manieren ze bekend waren geraakt met de hepatitis B vaccinatiecampagne. De antwoordcategorieën sluiten elkaar niet uit.

⁷ N=140 Nagelkerke R-square= 0.05 voor stap 1, p=0.06; Nagelkerke R-square= 0.10 voor stap 2, p=0.03; Nagelkerke R-square= 0.20 voor stap 3, p=0.007

Tabel 19: Samenvatting van de logistische regressie-analyse voor de verklaring van de participatiegraad

		OR	Wald test	P-waarde	95% CI
Stap 1	Regio		5.45	0.07	
Stap 2	Regio		4.88	0.09	
	Geslacht	2.82	4.27	0.039	(1.06-7.54)
Stap 3	Regio		3.17	0.21	
	Geslacht	1.82	1.32	0.25	(0.65-5.07)
	Bekend via verslavingszorg	1.28	0.34	0.56	(0.56-2.92)
	Bekend via flyer	0.27	5.53	0.019	(0.09-0.80)
	Bekend via vrienden en/of andere gebruikers	0.30	2.90	0.089	(0.08-1.20)

2.5.3 Wat zijn redenen voor non-participatie?

Een groep druggebruikers die wel bekend is met de vaccinatiecampagne en niet geïnfecteerd is met hepatitis B - en dus in aanmerking komt voor vaccinatie -, heeft ervoor gekozen om zich niet te laten vaccineren (n=51, 16.5% van de totale steekproef). We hebben gezien dat deze groep verschilt van de groep die zich wel heeft laten vaccineren op de volgende punten: een hoger percentage van deze groep is man, een lager percentage is bekend geworden met de campagne via de verslavingszorg, en een hoger percentage is bekend geworden via een flyer en vrienden en/of andere gebruikers. Naast deze kwantitatieve analyses hebben we ook aan de druggebruikers zelf gevraagd waarom ze zich niet lieten vaccineren. Een van de belangrijkste redenen waarom druggebruikers zich niet laten vaccineren tegen hepatitis B, terwijl zij wel van het bestaan van de vaccinatiecampagne op de hoogte zijn, is dat zij in hun dagelijks leven simpelweg niet aan hepatitis B of aan een vaccinatie denken (n=11). Een andere belangrijke reden waarom zij zich niet laten vaccineren is dat zij denken geen risico op infectie met het hepatitis B virus te hebben (n=11).

Voorbeelden van uitspraken non-participatie:

“Omdat ik heel supervoorzichtig ben, spuit niet, niet roekeloos met seks, als ik ‘t doe, dan doe ik het veilig.”

Of “Hoefst niet, ik gebruik schone spuiten, is niet nodig.”

De vaccinatie komt (op het moment dat het hen wordt aangeboden) ongelegen uit (n=7), of ze hebben geen tijd (n=3) om zich te laten vaccineren. Sommigen zijn bang voor naalden (n=7). Andere druggebruikers zeggen weinig kennis te hebben over de ziekte (n=4) en/of over de vaccinatieprocedure (n=5). Zij weten bijvoorbeeld niet waar ze zich kunnen laten vaccineren. Ook komt het voor dat gebruikers niet geconfronteerd willen worden met ziektes en alles wat daarmee te maken heeft (n=3). Sommigen (n=2) wilden niet dat vreemde stoffen zoals virussen in hun lichaam gespoten zouden worden. Tot slot was er een aantal gebruikers (n=3) dat (nog) op een afspraak wachtte om gevaccineerd te worden.

2.6 Compliance

Van de druggebruikers die bekend waren met de campagne, en rapporteerden dat ze zich hebben laten vaccineren en niet immuun waren (n=60), heeft in totaal 67% (n=40) drie of meer vaccinaties gehad, 22% (n=13) heeft er twee ontvangen en 12% (n=7) slechts één. Deze percentages zijn gebaseerd op de groep respondenten die langer dan 6 maanden voordat het interview werd afgenomen hun eerste vaccinatie hadden ontvangen. Zij hebben op dat moment de kans gehad om zich volledig te laten vaccineren. Negenenvijftig personen binnen onze steekproef gaven aan dat zij volledig gevaccineerd waren, waarvan er 5 waren gevaccineerd buiten het kader van de campagne. Vierenvijftig personen waren gevaccineerd binnen het kader van de vaccinatiecampagne, maar in Tabel 19 staan er maar 40 volledig gevaccineerde personen vermeld. Dit verschil van 14 (54-40=14) volledig gevaccineerde personen binnen het kader van de campagne is als volgt te verklaren: 4 druggebruikers gaven aan dat zij niet bekend waren met de campagne, maar aan de hand van de vervolgvragen bleek dat ze toch volledig gevaccineerd waren. De overige tien gaven aan ook volledig gevaccineerd te zijn, terwijl zij aan hadden gegeven dat ze minder dan zes maanden voordat het interview plaatsvond hun eerste vaccinatie hadden gehad. Wellicht was hun eerste vaccinatie iets langer dan zes maanden geleden, maar dachten zij zelf dat het korter geleden was. Het daadwerkelijke percentage druggebruikers dat volledig gevaccineerd is, ligt daarom iets hoger dan staat aangegeven in de onderstaande tabel. Om druggebruikers die nog met hun vaccinatiereeks bezig zijn (< 6 maanden geleden eerste vaccinatie) uit te sluiten van de analyses over de non-compliance hebben we de keuze gemaakt om ons voor de verdere analyses tot de groep te beperken die langer dan 6 maanden geleden de eerste vaccinatie heeft gehad. In Tabel 20 worden de absolute aantallen en de percentages druggebruikers weergegeven die 1,2 of 3 vaccinaties hebben gehad, uitgesplitst naar regio.

Tabel 20: Aantal druggebruikers per onderzoeksregio, dat 1, 2 of 3 vaccinaties heeft gehad (in absolute getallen en percentages)

Aantal vaccinaties	Rotterdam	Utrecht	OZL	Totaal
1	3 (12%)	3 (2%)	1 (6%)	7 (12%)
2	9 (35%)	4 (24%)	0	13 (22%)
3 of meer	14 (54%)	10 (59%)	16 (94%)	40 (67%)
Totaal	26	17	17	60

In Oostelijk Zuid-Limburg was het percentage druggebruikers dat de vaccinatiereeks volledig afmaakte aanzienlijk hoger dan in Rotterdam en Utrecht (namelijk 94% vs respectievelijk 54% en 59%, Chi-square(2)= 8.158, p= 0.02).

2.6.1 Verschillen tussen de compliance-groep en de non-compliance-groep

Sociaal-demografische gegevens

De compliance verschilt niet tussen groepen met verschillende sociaal-demografische factoren (Tabel 21). Mannen maken de vaccinatiereeks even vaak af als vrouwen, allochtonen even vaak als niet allochtonen. Ook voor de groepen die met versus zonder partner leven, dakloos versus niet-dakloos zijn of hoger versus lager zijn opgeleid, vonden we geen verschillen.

Tabel 21: Percentages en gemiddelde scores (SD) voor sociaal-demografische factoren van druggebruikers die wel/niet de vaccinatiereeks afmaken

Kenmerken		Percentages/Gemiddelde scores (SD)			
	n	3 of meer vaccinaties (compliance)	1 of 2 vaccinaties (geen compliance)	Chi-kwadraat/T	P-waarde
Geslacht					
Mannen	44	66	34	0.04	0.84
Vrouwen	16	69	31		
Leefsituatie					
Met partner	11	73	27	-	-
Zonder partner	49	65	35		
Woonsituatie					
Dakloos	24	58	42	1.25	0.26
Niet dakloos	36	72	28		
Religie					
Religieus	39	67	33	0.00	1.00
Niet religieus	21	67	33		
Educatie					
<=Basis school	20	60	40	0.60	0.44
> Basisschool	40	70	30		
Etniciteit					
Nederlands	27	70	30	0.30	0.58
Anders	33	64	36		
Leeftijd (t-toets)	60	41.17 (7.11)	42.70 (6.85)	-0.79	0.43

Druggebruik

Met betrekking tot de kenmerken van het druggebruik lijkt voorts dat van diegenen die ooit drugs gespoten hebben een hoger percentage de vaccinatieprocedure afmaakt, dan zij die niet gespoten hadden. Maar dit verschil is niet significant.

Tabel 22: Percentages van drugsrisicofactoren voor degenen die wel/niet de vaccinatiereeks afmaken

Kenmerken	n	Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
		3 of meer vaccinaties	1 of 2 vaccinaties		
Heroïne gebruik Dagelijks < Dagelijks	33 27	70 63	30 37	0.30	0.58
base coke/crack gebruik Dagelijks < Dagelijks	24 36	58 72	42 28	1.25	0.26
Intraveneus druggebruik Ooit Nooit	24 36	79 58	21 42	2.81	0.09
Naalden gedeeld Ooit Nooit	9 15	67 87	33 13	-	-
Leeftijd start druggebruik (t-toets)	60	20.35 (6.13)	21.75 (6.73)	0.81	0.42

Seksueel (risico)gedrag

Met betrekking tot seksueel (risico)gedrag van de druggebruikers vinden we wel verschillen tussen het percentage druggebruikers dat de vaccinatiereeks wel of niet afmaakt. De compliance was lager onder druggebruikers die rapporteerden dat ze ooit een SOA hadden opgelopen, vergeleken met druggebruikers die geen SOA hadden gerapporteerd (41% vs 83%.) De compliance was eveneens lager voor druggebruikers die seks hebben gehad met losse partners in de 6 maanden voorafgaand aan het interview, vergeleken met druggebruikers die geen losse sekspartners hadden (42% vs 78%). Wanneer door middel van partiële correlatie analyse wordt gecontroleerd voor seks met losse partners in de afgelopen 6 maanden, dan blijft de significante correlatie tussen ooit een SOA en compliance bestaan ($r=-.37$, $p=0.003$). Van de druggebruikers die een of meer losse sekspartner(s) hadden ($n=18$), had het deel dat de vaccinatiereeks afmaakte gemiddeld minder sekspartners in de 6 maanden voorafgaand aan het interview (gemiddeld aantal losse sekspartners 1.75 (SD=1.39) vs. 3.70 (SD=2.00) dan de druggebruikers die de vaccinatiereeks niet afmaakten). Voor een aantal variabelen kon geen Chi-kwadraat worden berekend vanwege onvoldoende gevulde cellen (Tabel 23).

Tabel 23: Percentages en gemiddelde scores (SD) van seksueel (risico) gedrag in de afgelopen 6 maanden van diegenen die wel/niet de vaccinatierreeks afmaken

Kenmerken		Percentages/Gemiddelde scores (SD)			
	n	3 of meer vaccinaties	1 of 2 vaccinaties	Chi-kwadraat/T	P-waarde
Vaste sekspartner					
Ja	23	74	26	0.88	0.35
Nee	37	62	38		
Geneukt					
Ja	23	74	26	-	-
Nee	0				
Condoomgebruik					
Inconsistent	21	76	248	-	-
Altijd	2	50	50		
Losse sekspartner(s)					
Ja	19	42	58	7.55	0.006
Nee	41	78	22		
Geneukt					
Ja	16	38	62	-	-
Nee	3	100	0		
Condoomgebruik					
Inconsistent	10	40	60	-	-
Altijd	6	33	67		
Aantal losse partners (t-toets)	18	1.75 (1.39)	3.70 (2.00)	2.34	0.03
Betaald zijn voor seks					
Ja	8	50	50	-	-
Nee	49	67	33		
Betaald hebben voor seks					
Ja	4	0	100	-	-
Nee	55	71	29		
SOA					
Ooit	24	42	58	11.25	0.001
Nooit	36	83	17		

Locaties/vindplaatsgegevens

Er bestaan geen verschillen in de compliancegraad voor de verschillende locaties waar druggebruikers de afgelopen periode al dan niet zijn geweest.

Tabel 24: Vindplaatsen van druggebruikers die wel/niet de vaccinatiereeks afmaken

Kenmerken		Percentages			
	n	3 of meer vaccinaties	1 of 2 vaccinaties	Chi-kwadraat	P-waarde
Dagopvang					
Ja	26	62	38	0.54	0.46
Nee	34	71	29		
Nachtopvang					
Ja	18	56	44	1.43	0.23
Nee	42	71	29		
Gebruiksruimte					
Ja	20	75	25	0.94	0.33
Nee	40	63	37		
Methadonprogramma					
Ja	39	72	28	1.46	0.23
Nee	18	56	44		
Gevangenis					
Ja	19	58	42	0.96	0.33
Nee	41	71	29		

Manieren van bekend worden met de campagne

Tot slot is onderzocht of de manier waarop de respondenten bekend zijn geworden met de campagne een verschil uitmaakt voor hun compliance. Omdat het aantal druggebruikers dat via voorlichters van de GGD, via een flyer, poster, via vrienden en/of ander gebruikers bekend is geworden met de campagne klein is, kunnen geen uitspraken worden gedaan over de significantie. Voor de druggebruikers die wel of niet via de verslavingszorg/maatschappelijke opvang op de hoogte waren gesteld van de mogelijkheid tot gratis vaccinatie was er geen verschil voor wat betreft hun compliance.

Tabel 25: De manieren waarop druggebruikers bekend zijn geworden met de campagne van degenen die wel/niet de vaccinatierreeks afmaken

Kenmerken	Percentages		Chi-kwadraat	P-waarde
	n	3 of meer vaccinaties	1 of 2 vaccinaties	
Verslavingszorg				
Ja	40	73	27	1.84
Nee	20	55	45	
Voorlichters GGD				
Ja	10	70	30	-
Nee	50	66	34	
Flyer/informatiebrochure				
Ja	3	33	67	-
Nee	57	68	32	
Poster				
Ja	3	0	100	-
Nee	57	70	30	
Vrienden en/of andere gebruikers				
Ja	3	67	33	-
Nee	57	67	33	

2.6.2 Het verklaren van de compliance

We hebben gezien dat de percentages druggebruikers die wel en zij die niet de vaccinatierreeks afmaakten significant verschilden voor een aantal kenmerken in de paragrafen hieraan voorafgaand. Van een deel van de variabelen konden we niet berekenen of er significante verschillen bestonden tussen druggebruikers die wel/niet de vaccinatierreeks afmaakten, omdat er onvoldoende respondenten in die analyses zijn. Wanneer de variabelen waar significante verschillen zijn gevonden worden geïnccludeerd in een logistische regressie-analyse met compliance versus noncompliance als afhankelijke variabele en als controlevariabele de regio, dan blijken de belangrijkste variabelen die de compliance verklaren: het oplopen van een soa en het wel of niet seks hebben met losse partners⁸. In totaal verklaren de in de analyse opgenomen variabelen 41% van de variantie⁹.

⁸ De variabele die het aantal losse sekspartners in de 6 maanden voorafgaand aan het interview meet, is niet in deze analyses meegenomen omdat deze variabele gevraagd werd in een subvraag waarop uitsluitend respondenten antwoordden die seks hebben gehad met losse partners. Dit waren er 18, waardoor de uiteindelijke logistische regressie-analyse ook slechts de selectie groep van 18 respondenten zou bevatten.

⁹ N=60 Nagelkerke R-square= 0.21 voor stap 1, p=0.007; Nagelkerke R-square= 0.41 voor stap 2, p=0.004.

Tabel 26: Samenvatting van de logistische regressie-analyse voor de verklaring van de compliance

		OR	Wald test	P-waarde	95% CI
Stap 1	Regio		5.68	0.058	
Stap 2	Regio		2.97	0.23	
	Losse sekspartners	0.24	4.30	0.038	(0.06-0.92)
	SOA	0.21	5.14	0.023	(0.06-0.81)

2.6.3 Wat zijn redenen voor non-compliance?

Wanneer druggebruikers aangaven dat ze de vaccinatierreeks niet hebben afgemaakt (n=23), werd gevraagd waarom niet. Zij noemden verschillende redenen. Zij hadden bijvoorbeeld een afspraak gemist, omdat ze op het moment dat de volgende vaccinatie toegediend zou worden in de gevangenis zaten (n=3). Zij gaven aan dat ze geen tijd hadden (n=4), voornamelijk omdat ze met drugs bezig waren. Ook was er miscommunicatie tussen druggebruikers en de betreffende instanties over het moment waarop de vervolgvaccinatie zou worden toegediend. Sommigen hadden verwacht dat ze vanuit de verslavingszorg en/of GGD opgeroepen zouden worden, maar dat was niet gebeurd (n=6). Bij sommige druggebruikers was er weinig kennis over de vaccinatieprocedure (n=5). Zij wisten bijvoorbeeld niet dat er drie vaccinaties nodig waren om volledig gevaccineerd te zijn. Laksheid (n=1) en "het niet nodig vinden" (n=1) werden ten slotte ook als reden genoemd.

2.7 Intentie

Aan druggebruikers die bekend waren met de campagne, maar zich desondanks niet lieten vaccineren is gevraagd in hoeverre zij van plan zijn om zich in de komende periode te laten vaccineren. De druggebruikers die reeds geïnfecteerd zijn, zijn niet in deze analyses meegenomen omdat vaccinatie voor hen overbodig is. In de onderstaande tabel zijn de percentages druggebruikers aangegeven die zeker niet tot zeker wel van plan zijn om zich de komende 30 dagen te laten vaccineren. Meer dan een derde (37%) is van plan om zich op de korte termijn te laten vaccineren (Tabel 27).

Tabel 27: Intentie: Ben je van plan om je de komende 30 dagen/6 maanden te laten vaccineren tegen hepatitis B? (N=47)

		% komende 30 dagen
Geen intentie	Zeker niet	30
	Waarschijnlijk niet	15
	Misschien	19
Wel intentie	Waarschijnlijk wel	26
	Zeker wel	11
	Gemiddelde intentie	2.72
	SD	1.41

In afzonderlijke artikelen zal gerapporteerd worden over de verschillen tussen druggebruikers die wel en die geen intentie hebben tot vaccinatie.

2.8 Omvangschatting

De laatste onderzoeksvraag is: “wat is de omvang van de doelgroep druggebruikers in de drie onderzoeks-regio's?” Eerst gaan we in op deze vraag aan de hand van een eerder door het IVO uitgevoerde literatuur-onderzoek. De tweede databron bestaat uit de multipliemethode: dat wil zeggen een extrapolatie van de onderzoeksgegevens uit ons eigen databestand en het registratiesysteem van GGD Nederland.

2.8.1 Literatuuronderzoek

In 2002 heeft het IVO een verkennende studie uitgevoerd, waarin werd onderzocht hoe groot de omvang was van de doelgroepen die centraal staan in de hepatitis B vaccinatiecampagne. Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van Nederlandse literatuur die vanaf 1990 is verschenen en van registratiegegevens van SOA-poliklinieken (Laluan & Van de Mheen, 2002). Uit de resultaten komt naar voren dat het aantal harddruggebruikers in Nederland op dat moment bestond uit ongeveer 27.000 opiaatgebruikers en 5.900 problematische cocaïnegebruikers (het daadwerkelijke aantal cocaïnegebruikers is overigens veel groter, wanneer niet alleen de problematische maar ook de recreatieve gebruikers worden meegenomen).

In een publicatie van Intraval uit 2004 is het aantal harddruggebruikers in Rotterdam geschat op ongeveer 5000 gebruikers. Het aandeel problematische gebruikers (gedefinieerd als (bijna) dagelijks gebruikers die daarnaast crimineel zijn, een psychiatrisch ziektebeeld hebben, overlast geven en/of op straat leven) wordt geschat op ongeveer 3000 gebruikers. Deze schattingen zijn verkregen op basis van de ‘capture-recapture’ methode, waarbij registratiegegevens van politie, verslavingszorg en maatschappelijke opvang zijn gecombineerd.

Het IVO heeft in 2000 in Utrecht onderzoek gedaan in het kader van de monitor alcohol en drugs. Een extrapolatie van hulpverleningsgegevens leverde een schatting van 570 harddruggebruikers op. Op basis van informatie van sleutelcontactpersonen en het drug monitoring systeem kwamen zij uit op 500 harddruggebruikers (De Graaf, Wildschut & Van de Mheen, 2000). Het drug monitoring systeem richtte zich voornamelijk op de gemarginaliseerde groep gebruikers, de zogenaamde ‘straatgroep’ in Utrecht, daarmee zal dit een beeld geven over het gemarginaliseerde deel van de harddruggebruikers en een onderschatting zijn van het totale aantal harddruggebruikers. Deze gegevens zijn echter verzameld voordat ‘de tunnel’ (een bekende verzamelplek van druggebruikers) werd gesloten. Volgens Lempens, Wildschut, Van der Most en Knibbe (2003) is er daarna sprake geweest van een geografische verschuiving, maar van een wegtrek uit Utrecht als gevolg van de tunnelsluiting was volgens de onderzoekers geen sprake.

Coumans, Neve en Van de Mheen (2002) hebben in het kader van Monitor alcohol en drugs de prevalentie van harddruggebruikers in Parkstad Limburg geschat op basis van verschillende schattingsmethoden. Zij kwamen uit op ongeveer 800 gemarginaliseerde bijna dagelijks gebruikers van opiaten en andere harddrugs.

2.8.2 Extrapolatie onderzoeksgegevens

Om een betrouwbare omvangschatting te kunnen geven is het belangrijk dat de populatie die de schatting betreft min of meer constant is (gesloten populatie). Uit de resultaten blijkt dat 96% van de groep gevaccineerde druggebruikers de eerste vaccinatie binnen de eigen onderzoeksregio (Rotterdam, Utrecht en Oostelijk Zuid-Limburg) had gekregen. Uit deze bevinding kan geconcludeerd worden dat binnen de gevaccineerde groep druggebruikers in de onderzoeksregio's weinig instroom is vanuit andere gebieden in Nederland. Over de uitstroom uit de doelgroep is vanuit ons onderzoek echter niets bekend. Wel blijkt dat een derde van de groep druggebruikers in de afgelopen 6 maanden in de gevangenis heeft gezeten. Omdat zij echter voorafgaand aan hun verblijf in de gevangenis, evenals daarna wel in aanraking gekomen kunnen zijn met de campagne, beschouwen we verblijf in de gevangenis niet als uitstroom.

Om de huidige omvang van de groep druggebruikers in de betreffende onderzoeksregio's te bepalen maken we gebruik van de zogenaamde 'Multiplier-methode' (zie voor uitleg paragraaf 1.2.7). De schatting betreft een extrapolatie van het aantal hepatitis B gevaccineerden uit het registratiesysteem. Bij de interpretatie van deze schatting moet rekening gehouden worden met het feit dat we geen cijfers hebben over de uitstroom uit de doelgroep in de regio's. De betrouwbaarheid van de hieronder gepresenteerde schatting wordt daarmee beperkt. Voor de formule waarmee de schatting wordt gemaakt, zie paragraaf 1.2.7.

De eerste drie rijen uit de onderstaande tabel (Tabel 28) bevatten gegevens uit het registratiesysteem van de vaccinatiecampaagne. Het totaal aantal eerste vaccinaties is van belang om de omvang te kunnen schatten met behulp van extrapolatie van de gegevens uit ons eigen onderzoek. In de vierde rij staan de aantallen druggebruikers uit onze steekproef die op basis van zelfrapportage in het kader van de huidige vaccinatiecampaagne hun eerste vaccinatie hebben gekregen, gedeeld door het aantal respondenten (de ratio). Er zijn ook druggebruikers die aan hebben gegeven dat ze niet bekend zijn met de campagne, maar die wel gevaccineerd blijken in het kader van de campagne (n=13). Dit betreft bijvoorbeeld druggebruikers die in de gevangenis gevaccineerd zijn. Zij zijn ook opgenomen in het totaal aantal eerste vaccinaties in de onderstaande tabel.

Tabel 28: Gegevens uit GGD registratiesysteem en huidige steekproef, ten behoeve van de omvangschatting druggebruikers

	Regio	Rotterdam	Utrecht	OZL
Registratie-systeem vaccinatie-campaagne GGD	Aantal 1e vaccinaties tot interviewperiode	923	145	100
	Aantal 1e vaccinaties tijdens interviewperiode	65	6	8
	A Totaal aantal 1e vacc	956	148	104
Steekproef	B Ratio	52/103=0,51	37/105=0,35	13/100=0,13
	Omvangschatting per regio	1873	423	800
	Omvangschattingen literatuur	3.000 (Biesma et al., 2004)	570 (De Graaf et al., 2000)	800 (Coumans et al., 2000)

Onze omvangschattingen van het aantal druggebruikers in Rotterdam en Utrecht vormen waarschijnlijk een onderschatting van de werkelijke omvang van de totale groep harddrugsverslaafden in deze regio's. Hieronder worden deze verschillen apart voor deze twee regio's besproken.

Uit een eerder uitgevoerd onderzoek naar de omvang van het aantal druggebruikers in Rotterdam (Biesma, Snippe & Bieleman, 2004) blijkt in 2003 een hogere schatting van het aantal problematische druggebruikers, namelijk 3000. Biesma et al. (2004) maakten hierbij gebruik van de “capture recapture methode”, die gebaseerd is op de analyse van de overlap tussen twee of meer steekproeven uit de te schatten populatie. Eén van de assumpties voor deze manier om de omvang van een populatie te schatten is dat de steekproeven onafhankelijk zijn. Wanneer twee steekproeven afhankelijk van elkaar zijn, dan kan de omvangschatting te hoog of te laag uitvallen (Buster & Van den Brink, 2002). Wanneer bijvoorbeeld individuen uit de eerste steekproef minder kans hebben om in de tweede steekproef te komen dan individuen die niet in de eerste steekproef zitten, dan wordt de overlap tussen de steekproeven te klein en de schatting van de totale populatie te hoog. Een van de beperkingen van de schatting van Biesma et al. (2004) is dat er (meerdere keren) slechts twee registraties aan elkaar gekoppeld worden, waardoor niet door middel van een loglineair model voor mogelijke afhankelijkheid tussen de registraties gecorrigeerd kan worden. De verschillen tussen de omvangschatting in Rotterdam in het huidige onderzoek en de omvangschatting van Biesma et al. (2004) kan daarnaast voor een deel mogelijk verklaard worden door het beleid dat door de gemeente Rotterdam vanaf 2003 wordt gevoerd. Er is in deze gemeente de laatste jaren sprake geweest van een toegenomen repressief beleid, en daarmee een sterk toegenomen politieoptreden. In Rotterdam is een groep druggebruikers die zorg mijdt en daarnaast veel overlast veroorzaakt. Voor deze groep verslaafde zorgmijders heeft de gemeente Rotterdam in 2003 het initiatief genomen voor een persoonsgebonden aanpak, de PGA 700 (GGD Rotterdam e.o., 2003). Volgens Vogelzang, Van der Poel en Van de Mheen (2006) zijn in de drie jaar dat de PGA-aanpak van kracht is in totaal 955 verslaafden in een traject geplaatst, waarvan 165 personen in traject 1 (Strafrechtelijke Opvang Verslaafden: SOV Dwang), 233 personen in traject 2 (Gevangenisstraf deel onvoorwaardelijk, deel voorwaardelijk met transmurale zorg), en 209 personen in traject 3 (SOV Dwang). Verschillende veldwerkers in Rotterdam meldden dat de straatgroep veel kleiner is geworden, en minder zichtbaar. “We weten niet waar ze zijn” was begin 2005 een veelgehoorde kreet in Rotterdam. Of de omvang van het aantal problematische druggebruikers in Rotterdam is gedaald is niet met zekerheid te zeggen. In ieder geval zijn deze gebruikers minder zichtbaar geworden. Hierdoor zijn in het onderhavige onderzoek waarschijnlijk alleen de meest zichtbare gebruikers geïnterviewd, namelijk de groep die banden heeft met de hulpverlening. Wel is getracht de totale groep respondenten zo verspreid mogelijk over deze hulpverleningsinstellingen en drugslocaties te verdelen en in de juiste verhoudingen naar aantallen bezoekers. In Rotterdam is door middel van aanvullende snowball-sampling geprobeerd om een groep te pakken te krijgen die niet in het hulpverleningscircuit zit. Helaas heeft deze methode bijna geen nieuwe respondenten opgeleverd.

De Graaf, Wildschut en Van de Mheen (2000) hebben voor hun omvangschatting in Utrecht dezelfde extrapolatiemethode gebruikt die ook in het huidige onderzoek is toegepast. De omvangschatting uit 2000 is een extrapolatie van de gegevens van de hulpverlening (Centrum Maliebaan) en het percentage dat naar voren kwam uit de survey dat contact heeft gehad met de hulpverlening (Centrum Maliebaan). Wanneer deze methode wordt toegepast is het belangrijk dat de beide doelgroepdefinities op elkaar aansluiten. De steekproef van de survey (DMS) bestaat voornamelijk uit gemarginaliseerde gebruikers die op straat leven. Of alle personen die contact hebben gehad met Centrum Maliebaan dit ook zijn, kunnen we niet uit de gegevens van dit onderzoek afleiden. Methadon wordt namelijk ook verstrekt aan personen die niet op

straat leven. Wanneer de twee populatiebeschrijvingen niet precies dezelfde zijn, dan kan er in dit geval sprake zijn van een overschatting van de populatie gemarginaliseerde gebruikers in Utrecht in 2000. De Graaf et al. kwamen in 2000 uit op een hogere omvangsschatting dan het huidige onderzoek. Mogelijk is er sprake van een onderschatting van het aantal druggebruikers in die hier gepresenteerde omvangsschatting. Deze is mogelijk het gevolg van het feit dat bij de methadonverstrekking geen druggebruikers zijn geïnterviewd. Daar werd helaas geen toestemming voor verleend. Mogelijk heeft dit tot gevolg dat de 'centrumgroep' (de groep druggebruikers die zich ophoudt in het centrum van de stad Utrecht) oververtegenwoordigd is, en daardoor het bereik hoger, en de omvangsschatting lager uitvalt.

Wij verwachten dat het werkelijke bereik van de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne voor de totale groep druggebruikers in de onderzoeksregio's lager ligt dan de hier gepresenteerde cijfers, aangezien de groep die wij niet met het onderzoek kunnen bereiken waarschijnlijk ook niet wordt bereikt voor de vaccinatiecampagne; en dat de daadwerkelijke omvang dus hoger is dan de hier gepresenteerde schatting.

2.9 Samenvatting en discussie

2.9.1 Samenvatting

Samengevat laat dit onderzoek zien dat 63% van de druggebruikers in de onderzoeksregio's (steekproef N= 309) op de hoogte is van de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne. Een hoger percentage druggebruikers met een niet-Nederlandse etnische achtergrond blijkt op de hoogte van de campagne, in vergelijking met druggebruikers van autochtone herkomst. Een hoger percentage daklozen is bekend met de campagne in vergelijking met druggebruikers die wel over woonruimte beschikten. De leeftijd waarop voor het eerst regelmatig harddrugs werd gebruikt blijkt eveneens te verschillen: druggebruikers die bekend waren met de campagne, startten op een iets latere leeftijd met hun druggebruik. Significante verschillen bestaan ook voor diegenen die geregistreerd staan voor een gebruikruimte, en diegene die in de afgelopen maand een of meerdere keren in de nachtopvang hebben geslapen. Aanvullende analyses laten zien dat diegenen die de nachtopvang en gebruikruimten in de afgelopen 6 maanden vaker bezocht hebben, vaker bekend zijn met de campagne. De laatste (frequentie bezoek gebruikruimte) blijkt de belangrijkste factor in de verklaring van de bekendheid met de campagne in een logistische regressie-analyse.

Van alle respondenten is 44% gevaccineerd tegen hepatitis B. Dat wil zeggen dat ze minimaal hun eerste vaccinatie hebben gehad. Van de respondenten die zeker weten dat ze tegen hepatitis B zijn gevaccineerd (n=135) geeft 84% aan dat ze in het kader van de vaccinatiecampagne zijn gevaccineerd. Naar verwachting ligt het eigenlijke percentage dat in de campagne is gevaccineerd iets hoger, namelijk op 91%. Er zijn bijvoorbeeld druggebruikers die in de gevangenis gevaccineerd zijn die niet wisten dat dit in het kader van de campagne gebeurde. Resultaten tonen aan dat een hoger percentage vrouwen zich heeft laten vaccineren in vergelijking met mannen als zij op de hoogte zijn van de campagne. Van de druggebruikers die via de verslavingszorg gehoord hebben van de gratis vaccinatie blijkt een hoger percentage zich te laten vaccineren dan druggebruikers die op een andere manier van de mogelijkheid hebben gehoord. De belangrijkste factor die een verklaring biedt voor verschillen in vaccinatiegedrag in de regressie-analyse, blijkt het

bekend worden met de campagne via een flyer: een lager percentage druggebruikers die via een flyer op de hoogte is gesteld blijkt gevaccineerd te zijn, in vergelijking met druggebruikers die niet op deze manier bekend zijn geworden met de campagne. Een belangrijke reden waarom druggebruikers zich niet laten vaccineren tegen hepatitis B, terwijl zij wel van het bestaan van de vaccinatiecampagne op de hoogte zijn, is dat zij in hun dagelijks leven niet aan hepatitis B of aan een vaccinatie denken. Een andere belangrijke reden is dat zij denken geen risico te lopen op besmetting met het hepatitis B virus.

Van de groep druggebruikers die bekend is met de campagne, zich heeft laten vaccineren en aangaf niet eerder te zijn geïnfecteerd of gevaccineerd (immuun), heeft in totaal 67% aangegeven dat ze drie of meer vaccinaties hebben gehad, 22% heeft er twee ontvangen en 12% slechts een. Druggebruikers die niet volledig gevaccineerd zijn, blijken zich meer risicovol te gedragen op seksueel gebied. Een lager percentage van de druggebruikers die seks hebben gehad met losse partners in de afgelopen 6 maanden maakt de vaccinatiereeks af, dan van de druggebruikers die geen seks hebben gehad met losse partners. Van diegenen die seks hadden met losse partners blijkt vervolgens dat zij die de vaccinatiereeks niet afmaakten gemiddeld meer sekspartners hadden in de 6 maanden voorafgaand aan het interview. Hetzelfde bleek voor soa. Van de druggebruikers die ooit een soa hebben gehad bleek een lager percentage volledig gevaccineerd te zijn in vergelijking met druggebruikers die nooit een soa hebben opgelopen. Uit de regressie-analyse blijkt dat de belangrijkste verklaring voor het wel of niet afmaken van de vaccinatiereeks het ooit oplopen van een soa is. Met betrekking tot druggebruik blijkt dat zij die ooit drugs geïnjecteerd hebben vaker hun vaccinatieprocedure afmaken, dan zij die dat niet deden. De compliance verschilt niet tussen druggebruikers die via de verslavingszorg bekend zijn geworden met de campagne en zij die op een andere manier bekend zijn geworden met de campagne. Redenen waarom druggebruikers de vaccinatiereeks niet afmaken zijn het missen van een afspraak doordat ze met drugs bezig waren, of omdat ze in de gevangenis zaten. Ook rapporteren druggebruikers miscommunicatie tussen hen en de betreffende instanties over het moment waarop de vervolgvaccinatie zou worden toegediend.

Van de druggebruikers die wel bekend zijn met de campagne en niet niet immuun of drager zijn, zegt meer dan een derde (37%) van plan te zijn om zich in de nabije toekomst (de komende 30 dagen) te laten vaccineren.

De omvang van het aantal druggebruikers in de drie onderzoeksregio's die geschat is met behulp van de multiplier-methode betreft voor Rotterdam bijna 1900 druggebruikers, voor Utrecht meer dan 400 druggebruikers en voor Oostelijk Zuid-Limburg/Westelijke mijnstreek 800 druggebruikers. In Rotterdam en Utrecht zijn de omvangschattingen echter waarschijnlijk onderschattingen.

2.9.2 Discussie

De bekendheid met de campagne is in Oostelijk Zuid-Limburg beduidend lager dan in de andere twee regio's (52% in Oostelijk Zuid-Limburg versus 70% in Rotterdam en 67% in Utrecht). In Oostelijk Zuid-Limburg is het aantal druggebruikers dat ooit gespoten heeft hoger dan in de andere twee regio's, namelijk 67% t.o.v. 38% in Rotterdam en 30% in Utrecht. Dit kan verklaren waarom er in Oostelijk Zuid-Limburg veel meer doorgemaakte infecties zijn gerapporteerd aan de interviewer. Het hoge aantal doorgemaakte infecties kan

op zijn beurt weer het lagere bereik in bekendheid met de campagne in Oostelijk Zuid-Limburg verklaren. De bekendheid met de campagne kan door het hoge aantal ooit geïnfecteerden lager uitvallen, immers als hulpverleners al weten dat een bepaalde druggebruiker hepatitis B heeft doorgemaakt, dan zal deze niet meer benaderd worden om deel te nemen aan het vaccinatieprogramma. In Oostelijk Zuid-Limburg wordt in verband met het hoge percentage doorgemaakte hepatitis B infecties eerst bloed afgenomen en later pas gevaccineerd. Dit wijkt dus af van de campagne-richtlijnen. De lagere bekendheid met de campagne in Oostelijk Zuid-Limburg kan op zijn beurt weer de lagere vaccinatiegraad in deze regio bepalen, immers: hoe minder personen bekend zijn met de campagne, hoe minder personen er gevaccineerd zullen zijn. Het verdient aanbeveling samen met de regio's tot een verdieping te komen van deze bevindingen.

De resultaten onder de doelgroep druggebruikers lijken te wijzen in een bepaalde richting: hoe dichter men zich bij de hulpverlening bevindt, hoe groter de kans dat men de campagne kent en zich laat vaccineren. Uit de resultaten van de multivariate analyses blijkt namelijk dat de frequentie van het bezoek aan de gebruikersruimte de belangrijkste factor is voor de voorspelling van bekendheid met de campagne. De belangrijkste voorspeller van vaccinatie tegen hepatitis B is het bekend zijn geraakt met de campagne via de verslavingszorg. Bij beide zaken speelt contact met de hulpverlening een grote rol. Univariaat blijken er daarnaast meer factoren een rol te spelen in zowel de verklaring van bekendheid met de campagne als die van de vaccinatiegraad. Omdat deze factoren echter een samenhang vertonen met onder andere het bezoeken van de gebruikersruimte en/of met andere voorspellers, en met de afhankelijke variabele (confounding), dragen ze in de multivariate analyse niet meer apart bij aan de verklaring van bekendheid en vaccinatiegraad.

Een voorbeeld van dergelijke confounding is het volgende. Druggebruikers die dakloos zijn zullen naar verwachting vaker bij de hulpverlening komen. Om bij een gebruikersruimte ingeschreven te staan dien je bijvoorbeeld dakloos te zijn. Er bestaat dan ook een significante relatie tussen het bezoek aan de gebruikersruimte en dakloos zijn ($r=0.45$, $p<0.01$) en het bezoek aan de gebruikersruimte en etnische herkomst ($r=0.20$, $p<0.001$). Er bestaat ook een marginaal significante relatie tussen etnische herkomst en dakloos zijn ($r=0.1$, $p=0.08$). Alle drie deze variabelen voorspellen (univariaat) of druggebruikers bekend zijn met de campagne. In de multivariate analyse blijken ze echter niet alle drie significant bij te dragen aan de voorspelling van bekendheid met de campagne. Dit heeft te maken met zogenaamde versturende variabelen (confounding). Frequentie van het bezoek aan de gebruikersruimte blijft over als de enige voorspellende variabele van bekendheid met de campagne in de multivariate analyse. Deze variabele neemt het effect van de andere variabelen (dakloosheid en etnische herkomst) op bekendheid met de campagne weg vanwege hun onderlinge verbondenheid.

Een ander voorbeeld van confounding is het volgende. Univariaat blijkt een hoger percentage daklozen dan niet-daklozen bekend te zijn met de campagne. In de multivariate analyse is echter geen verband te zien tussen woonsituatie en bekendheid met de campagne. Het opnemen van de variabele "Regio" in deze multivariate analyse, neemt het verband tussen woonsituatie en bekendheid met de campagne weg (confounding). Dat is het gevolg van de verschillen in bekendheid met de campagne tussen de regio's: In Oostelijk Zuid-Limburg, waar minder druggebruikers aangaven dat ze bekend waren met de vaccinatie-

campagne, is een groter percentage druggebruikers dat **niet** dakloos is: 73% versus 46% in Rotterdam en 51% in Utrecht (Chi-square=17.61, $p=0.000$) (correlatie $r=-0.23$, $p=0.00$).

De bovenstaande verklaringen waarom de ene variabele wel en de andere geen effect heeft in de multivariate analyse, laat onverlet dat druggebruikers die dakloos zijn, en vaker gebruik maken van de hulpverlening beter bereikt worden door de campagne. Blijkbaar zijn druggebruikers die wel een woonplek hebben minder goed bereikbaar voor de campagne. Dit kan voor een deel verklaren waarom in Oostelijk Zuid-Limburg de bekendheid onder druggebruikers lager was dan in de andere onderzoeksregio's.

Druggebruikers die via de verslavingszorg gehoord hebben van de gratis vaccinatie blijken zich vaker te laten vaccineren dan druggebruikers die op een andere manier van de mogelijkheid hebben gehoord. Andersom vertoont de groep die via een flyer op de hoogte was gesteld een lagere participatiegraad. Deze resultaten zijn in overeenstemming met wat van **outreach**-activiteiten verwacht kan worden: de **outreach** benadering door middel van persoonlijk contact met iemand die ze kennen heeft waarschijnlijk een motiverendere werking dan enkel het lezen van een flyer.

Een belangrijke reden waarom druggebruikers zich niet laten vaccineren tegen hepatitis B, terwijl zij wel van het bestaan van de vaccinatiecampagne op de hoogte zijn, is dat zij in hun dagelijks leven niet aan hepatitis B of aan een vaccinatie denken. Deze reden kan wellicht geïnterpreteerd worden vanuit de soms redelijk chaotische leefwijze van druggebruikers. Onze resultaten ondersteunen het idee dat "convenience" een rol speelt bij de vraag of en waarom druggebruikers wel of niet deelnemen aan het vaccinatieprogramma (zie ook Ompad, 2004). Het is belangrijk om het druggebruikers zo gemakkelijk mogelijk te maken om zich te laten vaccineren. Als ze via een flyer worden bereikt, blijkt dit geen voldoende motivatie voor vaccinatie. Onze bevindingen in vorig onderzoek onder druggebruikers die zich lieten vaccineren in het proefproject van de hepatitis B campagne (Baars, ingediend) wijzen erop dat eigen effectiviteit (de mate waarin het individu zichzelf in staat acht om het gewenste gedrag uit te voeren) een rol speelt bij het wel of niet verkrijgen van een vaccinatie.

Een compliancepercentage van 67% volledig gevaccineerden is niet hoog in vergelijking met de groep homoseksuele mannen (zie verderop in hoofdstuk 3 over mannen met homoseksuele contacten), maar niet laag in vergelijking met andere studies onder druggebruikers (27-90 procent: Altice et al., 2005; Baars et al., submitted; Budd et al., 2004; McGregor et al., 2003; Ompad et al., 2004; Lum et al., 2003; Des Jarlais et al., 2001; Van Steenberghe, 2002; Van Houdt et al., 2006). Ook in sommige van deze studies betreft het een campagne met een outreachend karakter en wordt het grootste deel van de vaccinaties op locatie toegediend. Eveneens wordt in de meeste studies net als hier geen geldelijke beloning aangeboden voor deelname aan de campagne. Wright et al. (2002) bevelen het gebruik van verkorte vaccinatieschema's (0, 7 en 21 dagen) aan om de compliance onder de doelgroep dakloze druggebruikers te vergroten.

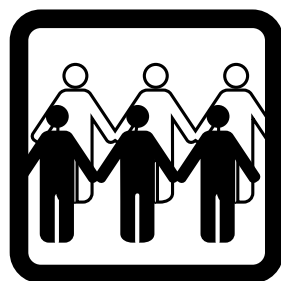
Uit de registratiegegevens die zijn bijgehouden door de GGD'en in het kader van de vaccinatiecampagne blijkt net als uit onze gegevens dat de compliance hoger is in Oostelijk Zuid-Limburg dan in Rotterdam en Utrecht (gegevens registratiesysteem, 2005). De regio blijkt in hoge mate de compliancegraad te verklaren

(Nagelkerke R-square ongeveer 20% toen voor de variabele regio werd gecontroleerd in de regressie-analyse). Dit kan te maken hebben met de duur van de campagne (immers Oostelijk Zuid-Limburg heeft ook deelgenomen aan het proef-project), en met de intensiteit van de campagne (mogelijk is in Oostelijk Zuid-Limburg meer gefocust op de compliance).

De omvang van het aantal druggebruikers in de drie onderzoeksregio's die geschat is met behulp van de multiplier-methode betreft voor de regio's Rotterdam en Utrecht mogelijk onderschattingen. Wanneer de daadwerkelijke omvang van de doelgroep druggebruikers in deze twee regio's groter is dan hier geschat, betekent dat dat het bereik van de campagne - dat wil zeggen zowel de bekendheid met de campagne als de vaccinatiegraad - lager is dan in dit hoofdstuk werd gerapporteerd.

hoofdstuk 3

Mannen met homoseksuele contacten



Hoofdstuk 3

Mannen met homoseksuele contacten

3.1 Definitie

Homoseksuele en biseksuele mannen zijn gedefinieerd als mannen die seks hebben met mannen, of dit zouden willen hebben (voelen zich seksueel aangetrokken tot mannen). We korten dit vanaf hier af als MSM.

3.2 Werving

De werving van MSM heeft plaatsgevonden aan de hand van een etnografische kaart die door middel van informatie van sleutelcontactpersonen en observaties tot stand is gekomen. Ook hebben deze sleutelcontactpersonen geholpen bij het maken van inschattingen omtrent aantal bezoekers per locatie. Op basis daarvan is besloten hoeveel bezoekers er per locatie in elke regio geworven moesten worden. Tabel 29 geeft een overzicht van de vindplaatsen waar is geworven in de onderzoeksregio's. In de meeste gevallen is er per vindplaats op meerdere locaties geworven. In totaal zijn er 320 mannen geïnterviewd (responsratio: 66%). De respons was in Maastricht (70%) hoger dan in Utrecht (64%) en Rotterdam (63%) (niet significant). Werving bij diverse verenigingen, zoals een sportvereniging of jongerenvereniging, gaf de hoogste respons (88%), gevolgd door werving in homocafés en homosauna's (70%), op homofeesten (65%), in homodisco's (55%) en op cruisinggebieden (53%). Niet-deelnemers waren over het algemeen iets jonger (marginaal significant) en iets vaker autochtone Nederlander dan deelnemers (niet significant). De belangrijkste reden waarom de aangesproken mannen deelname aan het onderzoek weigerden was dat zij geen zin hadden om geïnterviewd te worden. Sommigen gaven aan geen homo maar hetero te zijn ($n=13$)¹⁰. In totaal hebben 167 personen geweigerd om deel te nemen aan het onderzoek. Van bijna de helft ($N=76$; 45%) is bekend dat 78% op de hoogte was van de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne. Van een derde van de niet-deelnemers ($N=57$; 34%) rapporteerde 60% tegen hepatitis B gevaccineerd te zijn (geen significante verschillen met deelnemers).

¹⁰ Deze personen maken wel deel uit van de nonrespons in dit onderzoek vanwege mogelijke taboe.

Tabel 29: Vindplaatsen waar de groep MSM is geworven per regio¹¹

Plek/stad	Rotterdam	Utrecht	Zuid-Limburg	Totaal
Homocafés	36	19	1	56
Homodisco's	17	13	-	30
Homofeesten	-	35	74	109
Cruisinggebieden	18	17	9	44
Homosauna's	10	X	14	24
Seksbioscoop	-	4	-	4
Homosportverenigingen	11	16	X	27
COC	5	3	8	16
Kringen	2	1	3	6
Jongeren vereniging	4	X	X	4
Totaal	103	108	109	320

3.3 Kenmerken respondenten

Sociaal-demografische gegevens

Tabel 30 geeft een overzicht weer van de sociaal-demografische gegevens van de in dit onderzoek betrokken MSM. Van de totale steekproef MSM is de gemiddelde leeftijd 37 jaar. De meeste MSM hebben in de afgelopen 6 maanden alleen gewoond (48%) zonder partner, kinderen, vrienden of familie. Iets meer dan de helft is hoog opgeleid (53%), 35% is gemiddeld opgeleid, en 12% is laag opgeleid. De meerderheid heeft een baan, ofwel in loondienst (62%), freelance (11%), of in een familiebedrijf (1%). Ongeveer 17% is scholier of student. Veertig procent is gelovig. De meeste MSM zijn van Nederlands afkomst, dat wil zeggen dat zij en hun beide ouders in Nederland zijn geboren. Ongeveer een derde (33%) van de MSM woont in een andere regio dan de regio waar ze geworven zijn voor dit onderzoek.

Tabel 30: Percentages en gemiddelde scores (SD) voor sociaal-demografische factoren van homomannen die wel/niet bekend zijn met de campagne

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (SD) (N=320)
Woonsituatie: alleen	48
Voornaamste bezigheid: werkend	74
Religie: religieus	40
Educatie: laag	12
Etniciteit: Nederlands	80
Leeftijd: (t-toets)	35.54 (11.84)

¹¹ X betekent dat de betreffende plek in de regio niet aanwezig was.

Seksueel (risico)gedrag

Om de seksuele voorkeur van de MSM te achterhalen is gevraagd tot wie de mannen zich het meeste aangetrokken voelen, en hoe zij zichzelf het beste kunnen omschrijven. De meeste mannen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek voelen zich alleen aangetrokken tot mannen (78%), 14% valt meer op mannen dan op vrouwen, 7% valt evenveel op mannen als op vrouwen, en 2% voelt zich meer seksueel aangetrokken tot vrouwen dan tot mannen. Ruim de meerderheid (76%) beschrijft zichzelf als homo, 10% als meer homo dan hetero, 7% als biseksueel, en 3% als meer hetero dan homo, 3% als anders (zij wensen zich bijvoorbeeld niet in een hokje te plaatsen).

De respondenten hebben verschillende vragen beantwoord over seksueel (risico)gedrag, zoals het hebben van een vaste mannelijke sekspartner, het hebben van losse sekspartners, en het gebruik van condooms. De belangrijkste resultaten staan in Tabel 30. Van de respondenten die op het moment van interviewen een vaste partner hadden, heeft 44% receptieve anale seks gehad (laten neuken) met de vaste partner. Het condoomgebruik daarbij was laag: 73% gebruikte inconsistent een condoom, waarvan 58% nooit een condoom gebruikte in de afgelopen 6 maanden. Vierenvijftig procent heeft insertieve anale seks gehad met zijn vaste partner (had de vaste partner geneukt). Condoomgebruik daarbij was voor 69% inconsistent, waarvan 51% nooit. Tijdens receptieve anale seks met losse partners werden er vaker condooms gebruikt: 51% gebruikte inconsistent condooms, waarvan 29% nooit in de afgelopen 6 maanden.

Omdat hepatitis B ook overdraagbaar is via orale seks is dat aan bod gekomen tijdens de interviews. Negenenzeventig procent had in de 6 maanden voorafgaand aan het interview losse partners gepijpt. Zes procent gebruikte daarbij altijd een condoom. Het grootste deel (80%) gebruikte daarbij nooit een condoom. Bij het laten neuken door losse partners ($n=71/33\%$) gebruikte 11% nooit een condoom, 70% deed dit wel altijd met condooms. Bijna de helft (49%) had in de 6 maanden voorafgaand aan het interview één of meer losse partners geneukt, waarvan 81% altijd een condoom gebruikte, en 9% nooit. Gemiddeld hebben de mannen die seks hadden met losse mannelijke partners, met ongeveer 9 verschillende mannen seks gehad in de 6 maanden voorafgaand aan het interview ($SD=12.83$). Wanneer we het aantal losse sekspartners over de gehele steekproef bekijken, dan is er een gemiddelde van ongeveer 6 verschillende losse mannelijke sekspartners in de 6 maanden voorafgaand aan het interview ($SD=11.28$). Bijna de helft van de mannen (48%) heeft ooit een geslachtsziekte opgelopen. Betaalde seks kwam weinig voor: in de 6 maanden voorafgaand aan het interview had 2% iemand betaald voor seks en 1% werd betaald voor seks (Tabel 31).

Tabel 31: Percentages en gemiddelde scores (SD) van seksueel (risico) gedrag¹²

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (SD) (N=320)
Seksueel aangetrokken Meer tot mannen, alleen tot mannen ("homoseksueel")	92
Seksuele identiteit Meer homo dan hetero, homo ("homoseksueel")	90
Vaste sekspartner	42
Anale seks (receptief) ^a	44
Inconsistent condoomgebruik ^b	73
Anale seks (insertief) ^c	54
Inconsistent condoomgebruik ^d	69
Losse sekspartner(s)	67
Anale seks (receptief) ^e	33
Inconsistent condoomgebruik ^f	30
Anale seks (insertief) ^g	49
Inconsistent condoomgebruik ^h	19
Orale seks (actief) ⁱ	79
Inconsistent condoomgebruik ^j	94
Aantal losse partners ^k (t-toets)	8.95 (12.83)
Seks met vrouwelijke partners	10
Ooit een SOA ^l	48

^a Van de groep MSM die op dit moment een vaste sekspartner heeft (n=134)

^b Van de groep MSM die receptieve anale seks heeft gehad met een vaste sekspartner (n=134)

^c Van de groep MSM die een vaste sekspartner heeft (n=134)

^d Van de groep MSM die insertieve anale seks heeft gehad met een vaste sekspartner (n=71)

^e Van de groep MSM met een of meer losse sekspartners in de afgelopen 6 maanden (n=213)

^f Van de groep MSM die receptieve anale seks heeft gehad met losse sekspartners (n=71)

^g Van de groep MSM met een of meer losse sekspartners in de afgelopen 6 maanden (n=213)

^h Van de groep MSM die receptieve anale seks heeft gehad met losse sekspartners (n=104)

ⁱ Van de groep MSM met een of meer losse sekspartners in de afgelopen 6 maanden (n=213)

^j Van de groep MSM die orale seks heeft gehad met losse partners (n=167)

^k Van de groep MSM met een of meer losse sekspartners in de afgelopen 6 maanden (n=213)

^l Op basis van zelf-rapportage. De afzonderlijke SOA staan vermeld in Bijlage 2

¹² In Bijlage 1 staan de percentages vermeld van MSM die alleen een vaste, alleen een losse, beide of geen sekspartners hadden

Druggebruik

Omdat het injecteren van bepaalde middelen een besmettingsgevaar kan opleveren met het hepatitis B virus, is gevraagd of de MSM ooit harddrugs hebben gebruikt (heroïne, cocaïne, speed). Zestien procent antwoordde daarop bevestigend. Slechts 2 respondenten hebben ooit harddrugs gespoten, waarvan één met een gedeelde naald. Omdat anabolen ook ingespoten kunnen worden is naar het gebruik van dit middel ook gevraagd. Vijf respondenten (2%) geven aan dat ze dit middel ooit gebruikt hebben, waarvan 3 het ingespoten hadden. Zij hadden hun naald niet gedeeld met anderen.

Vindplaatsgegevens

In Tabel 32 staat aangegeven welk percentage van de MSM de afgelopen 6 maanden op verschillende 'vindplaatsen' binnen de onderzoeksregio's is geweest. Van deze plekken was de homohoreca het meest populair: 72% ging wel eens naar het homocafé, 58% naar de homodisco, en 55% ging naar een of meer homofeesten. Vindplaatsen waar ook seksuele activiteiten konden plaatsvinden, werden ook bezocht: cruisinggebieden (24%), seksbioscoop (8%), en seksclub (2%). Daarnaast waren sommigen betrokken bij een vereniging: 14% was bij activiteiten van het COC geweest, 10% was lid van een homosportvereniging en 4% was lid van de kringen. Het internetbezoek aan gaysites valt buiten de regio's, maar is wel in de onderstaande tabel genoemd omdat het om zo'n hoog percentage mannen gaat (74%) die deze sites wel eens bezochten.

Tabel 32: Vindplaatsen/locaties waar MSM samenkomen

Kenmerken	Percentages (N=320)
Internet bezoek	74
Homocafe	72
Homodisco	58
Homofeesten	55
Homosauna	25
Cruisinggebieden	24
COC-activiteiten	14
Homosportvereniging	10
Seksbioscoop	8
Kringen	4

3.4 Bekendheid met de campagne

In deze paragraaf komt de bekendheid met de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne aan bod.

Daarbij staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

Hoeveel personen uit de doelgroep zijn op de hoogte van en/of zijn uitgenodigd voor deelname aan het project, en wat zijn de kenmerken van deze personen?

Uit onze resultaten blijkt dat in totaal 74% van de MSM (n=320) bekend is met het feit dat zij in aanmerking komen voor een gratis hepatitis B vaccinatie. Ongeveer 24% is via voorlichters van de GGD op de hoogte gesteld, 9% is aangesproken tijdens een vaccinatie-actie, 32% heeft een flyer/informatiebrochure gezien, 18% een advertentie (zoals in de gaykrant, coc-blad), 24% is via vrienden en/of kennissen op de hoogte, 19% is bekend geraakt via een poster, 13% via de soa-polikliniek of GGD, 10% via een internetsite, en 3% via de huisarts. Respondenten konden op meerdere manieren bekend worden met de campagne, en konden dus meerdere antwoorden tegelijk geven op deze vraag. De percentages tellen dus niet op tot 100%.

Tabel 33: Manieren waarop MSM bekend zijn geworden met de campagne

	Percentages (N=236)
Voorlichters GGD	24
Tijdens een vaccinatieactie	9
Flyer/informatiebrochure	32
Poster	19
Advertentie	18
Vrienden en/of kennissen	24
Soapolikliniek of GGD	13
Internetsite	10
Huisarts	3

De bekendheid met de campagne is het hoogst in Utrecht (79%), maar verschilt niet significant tussen de regio's (in Rotterdam is 69% bekend, in Zuid-Limburg is 74% bekend) (Chi-square(2)=2.616, p=0.27).

3.4.1 Verschillen tussen MSM die wel/niet bekend zijn met de campagne

In deze paragraaf komen verschillen aan de orde tussen MSM met bepaalde kenmerken en de percentages daarvan die wel versus niet bekend zijn met de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne. Het gaat hierbij om sociaal-demografische factoren, risicofactoren, en vindplaatsgegevens. Deze verschillen zijn eerst univariaat getoetst met behulp van t-toetsen en Chi kwadraat-toetsen, vervolgens zijn de variabelen waar de bekendheid met de campagne significant verschilt opgenomen in een logistische regressie-analyse (paragraaf 3.4.3).

Sociaal-demografische gegevens

In Tabel 34 is te zien dat de leeftijd significant verschilt tussen de groep die wel versus niet bekend is met de campagne. De percentages MSM die bekend zijn met de campagne nagenoeg gelijk zijn voor de overige verschillende sociaal-demografische groepen. Evenveel mannen die alleen wonen versus niet alleen wonen zijn bijvoorbeeld bekend met de campagne. Ook groepen die wel versus niet werken, en laag versus hoog opgeleid zijn laten geen verschillen zien.

Tabel 34: Percentages en gemiddelde scores (SD) voor sociaal-demografische factoren van MSM die wel/niet bekend zijn met de campagne

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (SD)				
	n	Bekend	Onbekend	Chi-kwadraat	
Woonsituatie					
Alleen	154	76	24	0.57	0.45
Niet alleen	166	72	28		
Voornaamste bezigheid					
Werkend	235	74	26	0.06	0.80
Niet werkend	84	75	25		
Religie					
Religieus	129	73	27	0.16	0.69
Niet religieus	191	75	25		
Educatie					
Laag	38	66	34	1.47	0.23
Midden en hoog	280	75	25		
Etniciteit					
Nederlands	256	74	26	0.04	0.85
Anders	63	73	27		
Leeftijd (t-toets)	317	34.51 (12.64)	38.43 (12.64)	2.62	0.009

Seksueel (risico)gedrag

Om na te gaan of er verschillen zijn in seksueel (risico)gedrag tussen MSM die wel en die niet bekend zijn met de campagne, zijn in onderstaande tabel de belangrijkste variabelen opgenomen (Tabel 35). Een hoger percentage van de mannen die aangeven zich homoseksueel, of meer homo dan hetero te voelen is ervan op de hoogte dat zij zich gratis tegen hepatitis B kunnen laten vaccineren, vergeleken met de mannen die biseksueel of meer hetero dan homo voelen. Hetzelfde geldt voor de mannen die zich meer aangetrokken voelen tot mannen dan tot vrouwen: ook van hen is een hoger percentage bekend met de campagne vergeleken met de mannen die zich evenveel of meer tot vrouwen aangetrokken voelen. Van de mannen die in de 6 maanden voorafgaand aan het interview seks hebben gehad met vrouwelijke partners (losse en/of vaste) was een lager percentage op de hoogte van de gratis hepatitis B vaccinatie, in vergelijking met de mannen die geen seks hebben gehad met vrouwen. Onder de mannen met losse sekspartners blijkt dat een hoger percentage bekend is van diegenen die receptieve anale seks hebben gehad, vergeleken met mannen die geen receptieve anale seks hebben gehad. Bij de overige variabelen zijn geen significante verschillen in bekendheid met de campagne. Voor een aantal variabelen kunnen geen Chi-kwadraten worden berekend omdat er te weinig cases zijn.

Tabel 35: Percentages en gemiddelde scores (SD) van seksueel (risico)gedrag in de afgelopen 6 maanden van diegenen die wel/niet bekend zijn met de campagne

Kenmerken		Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
		Bekend	Onbekend		
Seksueel aangetrokken					
Meer tot mannen, alleen tot mannen	293	77	23	13.47	0.00
Evenveel en meer tot vrouwen dan tot mannen	27	44	56		
Seksuele identiteit					
Meer homo dan hetero, homo	277	78	22	14.25	0.00
Biseksueel, meer hetero dan homo	32	47	53		
Vaste sekspartner					
Ja	134	78	22	1.39	0.24
Nee	184	72	28		
Anale seks (receptief)					
Ja	59	81	19	0.85	0.36
Nee	75	75	25		
Condoomgebruik					
Inconsistent	43	84	16	-	-
Altijd	16	75	25		
Anale seks (insertief)					
Ja	72	76	24	0.13	0.71
Nee	62	79	21		
Condoomgebruik					
Inconsistent	49	78	22	0.19	0.66
Altijd	22	73	27		
Losse sekspartner(s)					
Ja	213	75	25	0.43	0.51
Nee	106	72	28		
Anale seks (receptief)					
Ja	71	86	14	6.64	0.01
Nee	142	70	30		
Condoomgebruik					
Inconsistent	21	91	9	-	-
Altijd	50	84	16		
Anale seks (insertief)					
Ja	104	77	23	0.50	0.48
Nee	110	73	27		
Condoomgebruik					
Inconsistent	20	80	20	-	-
Altijd	84	76	24		
Orale seks (actief)					
Ja	168	78	22	3.48	0.06
Nee	45	64	36		
Condoomgebruik					
Inconsistent	157	78	22	-	-
Altijd	10	80	20		
Aantal losse partners (t-toets)	8.95 (12.83)	9.08 (12.75)	8.58 (13.18)	-2.43	0.81

Tabel 35: (vervolg)

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
	n	Bekend	Onbekend	
Seks met vrouwelijke partners				
Ja	30	53	47	7.55
Nee	284	76	24	
SOA				1.38
Ooit	154	77	23	
Nooit	165	71	29	

Locaties/vindplaatsgegevens

In de onderstaande tabel (Tabel 36) staan de verschillende 'vindplaatsen' aangegeven waarvan MSM gerapporteerd hebben dat ze er in de afgelopen 6 maanden wel of niet naar toe zijn geweest. Van de MSM die in de onderzoeksregio's naar een homocafe, homodisco of homofeesten zijn geweest, is een hoger percentage op de hoogte van de campagne, vergeleken met mannen die daar niet zijn geweest. Van de MSM die naar cruisinggebieden, zoals parkeerplaatsen en duinen, zijn geweest is een lager percentage bekend met de campagne vergeleken met mannen die niet op deze plekken zijn geweest.

Tabel 36: Het percentage MSM dat naar locaties gaat waar MSM samenkomen en die bekend/onbekend zijn met de vaccinatiecampagne

Kenmerken	Percentages		Chi-kwadraat	P-waarde
	n	Bekend	Onbekend	
Homocafé				10.79
Ja	229	79	21	
Nee	90	61	39	0.00
Homodisco				
Ja	184	79	21	5.25
Nee	135	67	33	
Homofeesten				4.41
Ja	172	79	21	
Nee	144	68	32	0.04
Cruisinggebieden				
Ja	77	60	40	10.83
Nee	243	79	21	
Homosauna				1.11
Ja	80	79	21	
Nee	239	73	27	0.29
Seksbioscoop				
Ja	25	60	40	2.79
Nee	295	75	25	
Homosportvereniging				0.31
Ja	32	78	22	
Nee	288	74	26	0.58
COC-activiteiten				
Ja	45	76	24	0.04
Nee	274	74	26	
Gaysites op internet				2.54
Ja	237	76	24	
Nee	83	68	32	0.11

3.4.2 Verklaring van de bekendheid met de campagne

De variabelen waarin de groep die bekend is met de campagne volgens de univariate toetsen verschilt van de groep die niet bekend is met de campagne, zijn geïncordeerd in een logistische regressie-analyse waarin bekendheid met de campagne is opgenomen als afhankelijke variabele. Daarbij is voor regio gecontroleerd in stap 1. Leeftijd is geïncordeerd in stap 2. In stap 3 is seksuele voorkeur geïncordeerd.¹³ Ten slotte zijn de vindplaatsen in stap 4 van de regressie-analyse opgenomen: het bezoek aan homofeesten en de homohorecagelegenheden. Om inhoudelijke redenen is gekozen om het bezoek aan het homocafé en de homodisco tot één variabele samen te voegen: bezoek aan de homohoreca gelegenheden. Dit zijn vaste locaties waar een homobar en/of bardancing/homodisco's gevestigd is in tegenstelling tot de homosfeesten die niet per definitie op dezelfde locatie worden gehouden. De homocafes en homodisco's worden voor een deel door hetzelfde publiek bezocht ($r=0.56$, $p=0.000$).

Uit de multivariate regressie-analyse blijkt dat de seksuele voorkeur en het bezoek aan de homohorecagelegenheden de belangrijkste voorspellers zijn van de bekendheid met de hepatitis B vaccinatiecampagne onder MSM. In totaal verklaart dit model 14 procent van de variantie¹⁴.

Tabel 37: Samenvatting van de logistische regressie-analyse voor de verklaring van de bekendheid met de campagne

		OR	Wald test	P-waarde	95% CI
Stap 1	Regio		3.45	0.18	
Stap 2	Regio		3.00	0.22	
	Leeftijd	0.97	6.86	0.009	(0.95-0.99)
Stap 3	Regio		1.75	0.42	
	Leeftijd	0.97	5.28	0.02	(0.95-0.996)
	Seksuele voorkeur	3.79	9.44	0.002	(1.62-8.87)
Stap 4	Regio		2.01	0.37	
	Leeftijd	0.98	1.85	0.17	(0.96-1.01)
	Seksuele voorkeur	2.85	5.33	0.02	(1.17-6.95)
	Homohoreca	2.62	8.43	0.004	(1.37-5.01)
	Homofeesten	0.80	2.58	0.50	(0.42-1.53)
	Cruisinggebieden	0.59	2.58	0.11	(0.31-1.12)

¹³ Om inhoudelijke redenen is gekozen om alleen de variabele seksuele voorkeur in de multivariate regressie-analyse op te nemen. De drie variabelen: Seksuele identiteit (in hoeverre mannen zich homoseksueel voelen of heteroseksueel), seksuele voorkeur (in hoeverre mannen zich seksueel aangetrokken voelen tot mannen of tot vrouwen) en het wel of geen seks hebben met vrouwen meten in feite alle drie in hoeverre mannen "homoseksueel" zijn of "biseksueel". Er is bijvoorbeeld een hoge correlatie tussen seksuele voorkeur en seksuele identiteit (Pearson $r=0.76$, $p=0.000$), een correlatie tussen seks met vrouwelijke partners en seksuele voorkeur (Pearson $R=-0.43$, $p=0.000$) en een correlatie tussen seksuele identiteit en het wel of geen seks hebben met vrouwen (-0.34 , $p=0.000$).

¹⁴ $N=309$ Nagelkerke R-square= 0.02 voor stap 1, $p=0.18$; Nagelkerke R-square= 0.05 voor stap 2, $p=0.008$; Nagelkerke R-square= 0.09, $p=0.002$ voor stap 3, Nagelkerke R-square= 0.14 voor stap 4, $p=0.007$.

3.5 Vaccinatie

Deze paragraaf staat in het teken van de participatie aan de campagne. Aan de orde komt hoeveel mannen zich in het kader van de campagne hebben laten vaccineren, wat de verschillen zijn tussen mannen die dat wel en niet deden en welke redenen zij rapporteren om zich niet te laten vaccineren.

In onze steekproef was de zelfgerapporteerde prevalentie van hepatitis B 8%¹⁵. Vijfenzestig procent was wel eens op hepatitis B getest (van N=212¹⁶). Als we de mannen die zich ooit hebben laten testen als uitgangspunt nemen, dan is 10.4% (van n=135) ooit geïnfecteerd. Van de respondenten die ooit besmet zijn, heeft iets meer dan de helft (53%) klachten en symptomen ervaren als gevolg van de infectie met het hepatitis B virus. Het aantal ooit geïnfecteerde MSM verschilt als volgt tussen de steden: 11% in Rotterdam, 9% in Utrecht, 6% in ZZL (Chi-square(2) = 1.91, p=0.38). In totaal was 50% tegen hepatitis B gevaccineerd. (Tabel 38: de vaccinatiegraad 'Tegen hepatitis B' plus de vaccinatiegraad 'Tegen hepatitis A en B'). Dit percentage houdt in: 1 of meer vaccinaties tegen hepatitis B, en verschilt daarom van de immunisatie-grad.

Tabel 38: Vaccinatiegraad tegen hepatitis B (N= 320), inclusief diegenen die niet in het kader van de campagne zijn gevaccineerd

Vaccinatie	Percentages
Tegen hepatitis A	11
Tegen hepatitis B	23
Tegen hepatitis A en B	27
Weet niet/Weet niet tegen welke	4
Geen vaccinatie	36

In Rotterdam was de vaccinatiegraad 33%, in Utrecht 60% en in Zuid-Limburg 61% (Chi-square (2)=21.24, p=0.000). Van de respondenten die zeker weten dat ze tegen hepatitis B zijn gevaccineerd (n=159) geeft 55% aan dat ze in het kader van de vaccinatiecampagne zijn gevaccineerd. Van de 233 respondenten die bekend zijn met de campagne, zijn er 87 in het kader van de campagne gevaccineerd.

De meerderheid van de respondenten (61%) heeft hun eerste vaccinatie op de GGD ontvangen.

Zesenzestig procent van de gevaccineerde MSM heeft de eerste vaccinatie in een van de huidige onderzoeksregio's (Rotterdam, Utrecht en Zuid-Limburg) ontvangen¹⁷.

Van degenen die buiten de campagne zijn gevaccineerd, blijkt 39% gevaccineerd te zijn omdat zij een baan hadden in de gezondheidszorg, en 17% voor een reis naar het buitenland. Van de personen die

¹⁵ N=317, 1 respondent wist dit niet en bij 2 respondenten is de vraag niet beantwoord.

¹⁶ De vraag of MSM ooit getest zijn op hepatitis B is in een later stadium aan het interview toegevoegd. Daarom zijn de gegevens over de Rotterdamse populatie beperkt.

¹⁷ N=80

tegen hepatitis B gevaccineerd zijn, blijkt 6% geïnfecteerd met het virus waardoor verdere vaccinaties overbodig waren.

3.5.1 Verschillen tussen MSM die zich wel versus niet laten vaccineren

In deze paragraaf komen de verschillen aan de orde tussen MSM die op de hoogte zijn van de vaccinatie-campagne, en zich vervolgens wel versus niet laten vaccineren. Omdat personen die reeds geïnfecteerd zijn zich niet hoeven te laten vaccineren zijn zij niet meegenomen in de onderstaande analyses. De groep die overblijft bestaat uit n=148 respondenten, waarvan ruim de helft (54%) is gevaccineerd. Deze mannen zijn met elkaar vergeleken qua sociaal-demografische gegevens, seksueel (risico)gedrag, locaties/vindplaatsen en de manier waarop ze bekend zijn geworden met de campagne.

Sociaal-demografische gegevens

De variabelen die in Tabel 39 staan aangegeven zijn univariaat getoetst voor verschillen in vaccinatiegraad. De percentages MSM die zich hebben laten vaccineren verschillen niet tussen groepen met verschillende sociaal-demografische factoren.

Tabel 39: Percentages en gemiddelde scores (SD) voor sociaal-demografische factoren van MSM die wel/niet gevaccineerd zijn

Kenmerken	n	Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
		Gevaccineerd	Ongevaccineerd		
Woonsituatie					
Alleen	68	59	41	1.50	0.22
Niet alleen	80	49	51		
Voornaamste bezigheid					
Werkend	106	58	42	2.61	0.11
Niet werkend	42	43	57		
Religie					
Religieus	58	46	54	1.79	0.18
Niet religieus	90	58	42		
Educatie					
Laag	20	45	55	0.60	0.44
Midden en hoog	127	54	46		
Etniciteit					
Nederlands	122	56	44	1.55	0.21
Anders	26	42	58		
Leeftijd (t-toets)	147	33.53 (10.15)	33.17 (11.29)	-0.20	0.84

Seksueel (risico)gedrag

Hoewel er geen significante verschillen zijn tussen de seksuele voorkeur van MSM en hun participatie-grad, lijken er wel verschillen te bestaan in vaccinatiegraad tussen de mannen die seks hadden gehad met vrouwen (losse vrouwelijke sekspartners en/of vaste vrouwelijke sekspartner) en de mannen die geen seks hebben gehad met partners van het vrouwelijke geslacht in de afgelopen 6 maanden. Van de eerste groep

is 89% gevaccineerd versus 52% van de groep die niet met vrouwen seks heeft gehad. Helaas waren er te weinig gevulde cellen om dit verband met zekerheid vast te stellen met behulp van een Chikwadrattoets. Er lijkt ook een positief verband te bestaan tussen het hebben van een of meer mannelijke losse partners en vaccinatiegraad: een hoger percentage mannen die losse mannelijke sekspartners hebben was gevaccineerd: 60% versus 40% van de mannen die geen seks hadden met losse sekspartners. Tussen de groep die insertieve anale seks heeft met deze losse partners en de groep die dat niet heeft verschilt het percentage mannen dat zich heeft laten vaccineren marginaal significant. Voor condoomgebruik zijn er te weinig cases om verschillen te kunnen toetsen. Er zijn geen significante verschillen in de participatiegraad tussen de groepen die wel versus geen seks met vaste partners hebben gehad, zie Tabel 40.

Tabel 40: Percentages en gemiddelde scores (SD) van seksueel (risico)gedrag in de afgelopen 6 maanden van diegene die wel/niet gevaccineerd zijn

Kenmerken		Percentages/Gemiddelde scores (SD)			
	n	Gevaccineerd	Ongevaccineerd	Chi-kwadraat/T	P-waarde
Seksueel aangetrokken Meer tot mannen, alleen tot mannen Evenveel en meer tot vrouwen dan tot mannen	137 11	54 46	46 54	0.30	0.58
Seksuele identiteit Meer homo dan hetero, homo Biseksueel, meer hetero dan homo	134 9	55 44	45 56	-	-
Vaste sekspartner Ja Nee	67 80	54 53	46 47	0.02	0.88
Anale seks (receptief) Ja Nee	30 37	60 49	40 51	0.86	0.35
Condoomgebruik Inconsistent Altijd	21 9	67 44	33 56	-	-
Anale seks (insertief) Ja Nee	34 33	47 61	53 39	1.24	0.27
Condoomgebruik Inconsistent Altijd	24 10	46 50	54 50	-	-
Losse sekspartner(s) Ja Nee	99 48	60 40	40 60	5.20	0.02
Anale seks (receptief) Ja Nee	35 64	66 55	34 45	1.13	0.29

Tabel 40: (vervolg)

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
	n	Gevaccineerd	Ongevaccineerd	
Condoomgebruik				
Inconsistent	11	64	36	-
Altijd	24	67	33	-
Anale seks (insertief)				
Ja	54	67	33	3.20
Nee	45	49	51	0.07
Condoomgebruik				
Inconsistent	13	69	31	-
Altijd	41	66	34	-
Orale seks (actief)				
Ja	77	60	40	0.42
Nee	23	52	48	0.52
Condoomgebruik				
Inconsistent	73	62	38	-
Altijd	3	33	67	-
Aantal losse partners (t-toets)	98	10.22 (13.17)	6.50 (9.78)	-1.52
Seks met vrouwelijke partners				
Ja	9	89	11	-
Nee	136	52	48	-
SOA				
Ooit	67	60	40	1.97
Nooit	81	48	52	0.16

Locaties/vindplaatsgegevens

Het bezoek aan locaties zoals homocafés, homodisco's of cruisinggebieden in de afgelopen 6 maanden, laat geen (significant) verschil zien in de participatiegraad van MSM. Er is onderzocht welke sites mannen die op internet gaysites bezoeken zoal bekijken en of er een verschil is tussen deze mannen in hun vaccinatiegedrag. Hoewel het wel of niet bekijken van gaysites op internet geen significant verschil oplevert, blijkt het percentage mannen dat op internet gaysites heeft bekeken, en vervolgens de gaysites gaydar.nl en chatboy.nl bezochten wel significant hoger te zijn onder de gevaccineerde mannen (Gaydar.nl: 67.3% van de mannen die deze site had bezocht liet zich vaccineren vs 47.5% van de mannen die deze site niet hadden bezocht liet zich vaccineren, Chi-square (1)= 4.59, p=0.032; Chatboy.nl: 73.8% van de mannen die deze site had bezocht liet zich vaccineren vs 46.6% die deze site niet had bezocht liet zich vaccineren, Chi-square (1)= 8.05, p=0.005). Deze sites zijn meer op seks gericht dan internetsites als homo.nl en gay.nl. Voor mannen die gaysites bekeken zoals homo.nl en gay.nl zijn er geen significante verschillen in de vaccinatiegraad.

Tabel 41: Het percentage MSM dat naar locaties gaat waar MSM samenkomen en die wel/niet gevaccineerd zijn

Kenmerken	n	Percentages		Chi-kwadraat	P-waarde
		Gevaccineerd	Ongevaccineerd		
Homocafe					
Ja	113	52	48	0.46	0.50
Nee	34	59	41		
Homodisco					
Ja	92	49	51	2.31	0.13
Nee	55	62	38		
Homofeesten					
Ja	89	58	42	2.29	0.13
Nee	57	46	54		
Cruisinggebieden					
Ja	22	55	45	0.01	0.91
Nee	126	53	47		
Homosauna					
Ja	41	61	39	1.32	0.25
Nee	107	51	49		
Seksbioscoop					
Ja	5	80	20	-	-
Nee	143	52	478		
Homosportvereniging					
Ja	15	47	53	0.30	0.58
Nee	133	54	46		
COC-activiteiten					
Ja	24	38	62	2.90	0.09
Nee	124	57	43		
Gaysites op internet					
Ja	116	57	43	2.67	0.10
Nee	32	41	59		

Manier van bekend worden met de campagne

In paragraaf 3.4.1 was te zien hoeveel MSM door middel van posters, flyers, voorlichters van de GGD, vrienden en/of kennissen en andere manieren op de hoogte waren van de mogelijkheid om zich gratis te laten vaccineren tegen hepatitis B. Er bestaat een negatief verband tussen het op de hoogte gesteld worden door middel van een poster en de vaccinatiegraad. Van de mannen die via voorlichters van de GGD op de hoogte waren gesteld, liet een hoger percentage zich vaccineren (67%) versus de mannen die niet op deze manier bekend waren geworden met de campagne (49%). Omgekeerd liet een lager percentage van de mannen die via een poster van de campagne hadden gehoord zich vaccineren (35%) dan mannen die niet op deze manier van de campagne hadden gehoord (57%). Voor de overige manieren van bekend worden was er geen significant verschil in participatiegraad.

Tabel 42: Percentages van de manieren waarop MSM bekend zijn met de campagne van diegene die wel/niet gevaccineerd zijn

Kenmerken		Percentages			
	n	Gevaccineerd	Ongevaccineerd	Chi-kwadraat	P-waarde
Voorlichters GGD					
Ja	39	67	33	3.76	0.05
Nee	109	49	51		
Tijdens een vaccinatie-actie					
Ja	13	69	31	1.44	0.23
Nee	135	52	48		
Flyer/informatiebrochure					
Ja	54	48	52	0.94	0.33
Nee	94	56	44		
Poster					
Ja	23	35	65	3.78	0.05
Nee	125	57	43		
Advertentie					
Ja	25	56	44	0.08	0.77
Nee	123	53	47		
Vrienden en/of kennissen					
Ja	34	59	41	0.73	0.47
Nee	114	52	48		
Soa-polikliniek of GGD					
Ja	17	71	29	2.29	0.13
Nee	131	51	49		
Internetsite					
Ja	16	50	50	0.08	0.77
Nee	132	54	46		

3.5.2 Het verklaren van de participatiegraad

Om te onderzoeken welke variabelen het meest voorspellend zijn voor de vaccinatiegraad van MSM die bekend zijn met de campagne, zijn de variabelen die in de vorige paragrafen significant van elkaar verschilden opgenomen in een logistische regressie-analyse waarin wel versus niet laten vaccineren werd opgenomen als afhankelijke variabele. Daarbij is gecontroleerd voor de regio waarin de campagne heeft plaatsgevonden. Het bezoek aan chatboy.nl en gaydar.nl is niet in de analyse opgenomen, omdat deze vragen slechts door een deel van de totale steekproef zijn beantwoord, namelijk zij die op internet gaysites bezochten.

Uit de regressie-analyse blijkt dat naast de regio, het wel of niet hebben van losse mannelijke sekspartners de belangrijkste factor is die verklaart of mannen zich wel of niet laten vaccineren. Daarnaast wordt de participatie van homomannen verklaard door het bekend zijn met de campagne via voorlichters van de GGD. In totaal wordt 23% van de variantie door dit model verklaard¹⁸.

¹⁸ N=147 Nagelkerke R-square= 0.13 voor stap 1, p=0.001; Nagelkerke R-square= 0.18 voor stap 2, p=0.008; Nagelkerke R-square= 0.23 voor stap 3, p=0.048.

Tabel 43: Samenvatting van de logistische regressie-analyse voor de verklaring van de participatiegraad

		OR	Wald test	P-waarde	95% CI
Stap 1	Regio		13.45	0.001	
Stap 2	Regio		14.78	0.001	
	Losse sekspartners	2.72	6.68	0.010	(1.27-5.79)
Stap 3	Regio		13.54	0.001	
	Losse sekspartners	3.01	7.61	0.006	(1.38-6.58)
	Bekend via een poster	0.94	0.01	0.913	(0.32-2.77)
	Bekend via voorlichters van de GGD	2.86	5.41	0.020	(1.18-6.93)

3.5.3 Wat zijn redenen voor non-participatie?

Een groep MSM die wel bekend is met de vaccinatiecampagne en niet geïnfecteerd is met hepatitis B - en dus in aanmerking komt voor vaccinatie -, heeft ervoor gekozen om zich niet te laten vaccineren (n=69, 21.6% van de totale steekproef). We hebben gezien dat deze groep verschilt van de groep die zich wel liet vaccineren op de volgende punten: de regio waarin zij zijn geworven, het hebben van een of meer losse sekspartners en de manier waarop zij bekend zijn geworden met de campagne (via posters en/of GGD-voorlichters). Naast deze kwantitatieve analyses hebben we ook aan de groep MSM gevraagd waarom ze zich niet lieten vaccineren. De antwoorden zijn gecodeerd en vervolgens toegekend aan bepaalde categorieën. Het was mogelijk om uitgebreide antwoorden in meer dan één categorie in te delen.

De belangrijkste reden waarom MSM zich niet lieten vaccineren tegen hepatitis B, terwijl zij wel van het bestaan van de vaccinatiecampagne op de hoogte waren, was dat zij vonden dat zij geen risico liepen op besmetting met het hepatitis B virus (n=33).

Voorbeelden van uitspraken:

“De noodzaak is er nu nog niet. Pas als seksuele leven op gang komt wel.”

“Ik heb een vaste partner, die vertrouw ik, en ik doe het veilig.”

Een ander deel had nog geen tijd gehad, of het was er nog niet van gekomen (n=21), gemakzucht speelde ook een belangrijke rol (n=10).

Voorbeelden van uitspraken:

“Geen tijd, want werkzaam 6 dagen in de horeca en met school bezig, eindexamen.”

“Het is er nog niet van gekomen en op een feest gevaccineerd worden lijkt mij niet leuk.”

Sommigen (n=9) hadden er nog niet over nagedacht of bij stil gestaan, wisten niet wat de vaccinatie-procedure of wat hepatitis B inhield (n=3), of waren bang voor naalden (n=2). Overige redenen (n=7) waren o.a. geloofsovertuiging.

3.6 Compliance

Van de MSM die bekend zijn met de campagne, en rapporteerden dat ze zich hebben laten vaccineren en niet immuun of drager zijn (n=61), heeft in totaal 84% drie of meer vaccinaties gehad, 15% heeft er twee ontvangen en 2% slechts een. Deze percentages zijn gebaseerd op de groep respondenten die langer dan 6 maanden voordat het interview werd afgenomen hun eerste vaccinatie hadden ontvangen. Zij hebben op dat moment de kans gehad om zich volledig te laten vaccineren.

Tabel 44: Aantal vaccinaties tot nu toe (in hele aantallen)

	Rotterdam	Utrecht	Zuid-Limburg	Totaal
1	0	0	1 (4%)	1 (2%)
2	0	5 (20%)	4 (15%)	9 (15%)
3 of meer	10 (100%)	20 (80%)	21 (81%)	51 (84%)
Totaal	10	25	26	61

Het percentage mannen dat de vaccinatiereeks afmaakt, verschilt niet significant tussen de drie regio's.

3.6.1 Verschillen tussen de compliance-groep en de non-compliance-groep

Op dezelfde manier als in paragraaf 3.5.1 bij MSM die zich wel of niet hebben laten vaccineren, zijn de sociaal-demografische variabelen, seksueel (risico)gedrag, vindplaatsgegevens en de manier waarop MSM bekend zijn geworden met de campagne univariaat getoetst op verschillen in percentages MSM die wel of niet de vaccinatiereeks afmaken. Omdat bijna de helft (45%) van de groep tegen hepatitis B gevaccineerde MSM buiten het kader van de campagne is gevaccineerd en slechts een klein deel dat binnen de campagne is gevaccineerd de vaccinatiereeks niet afmaakt (16%), zijn er in de onderstaande analyses over de verschillen tussen MSM die de vaccinatiereeks wel of niet afmaken weinig cases van de groep die de vaccinatiereeks niet afmaakt. Daarom kan voor het grootste deel van de kenmerken het significantieniveau niet worden berekend¹⁹.

Sociaal-demografische gegevens

Het percentage MSM van allochtone afkomst (één of beide ouders uit het buitenland afkomstig) dat de vaccinatiereeks afmaakt (60%) lijkt lager, vergeleken met het percentage autochtonen (88%) dat de reeks afmaakt, maar de celfrequentie is daar minder dan 5 en dit verband kan daardoor niet statistisch worden vastgesteld. Hetzelfde geldt voor het opleidingsniveau van de mannen: een kleiner percentage lager opgeleiden lijkt volledig gevaccineerd te zijn vergeleken met de hogere opleidingsniveaus. Drie van de 6 MSM die lager opgeleid waren maakten de vaccinatiereeks af. De leeftijd verschilt niet significant tussen de mannen die de vaccinatiereeks wel versus niet afmaken.

¹⁹ Bij de kenmerken waarvoor het significantieniveau vanwege onvoldoende gevulde cellen niet kon worden berekend staat een streepje (-) in de kolom.

Tabel 45: Percentages en gemiddelde scores (SD) voor sociaal-demografische factoren van MSM die wel/niet de vaccinatierreeks afmaken

Kenmerken		Percentages/Gemiddelde scores (SD)			
	n	3 of meer vaccinaties	1 of 2 vaccinaties	Chi-kwadraat/T	P-waarde
Woonsituatie					
Alleen	33	82	18	-	-
Niet alleen	28	86	14		
Voornaamste bezigheid					
Werkend	49	84	16	-	-
Niet werkend	12	83	17		
Religie					
Religieus	23	83	17	-	-
Niet religieus	38	84	16		
Educatie					
Laag	6	50	50	-	-
Midden en hoog	54	87	13		
Etniciteit					
Nederlands	51	88	12	-	-
Anders	10	60	40		
Leeftijd (t-toets)	60	35.94 (9.52)	30.70 (10.07)	-1.46	0.15

Seksueel (risico)gedrag

Er blijken geen significante verschillen te bestaan in het aantal losse partners en compliance. Omdat bij de variabelen: receptieve en insertieve anale seks bij de vaste en de losse partners het percentage van de verwachte celfrequenties tussen 1 en 5 hoger was dan 20% kon geen Chi-kwadraattoets worden toegepast (zie Tabel 46). Hetzelfde geldt overigens voor de vindplaatsgegevens, internetbezoek, en de manier waarop de respondenten bekend zijn geworden met de campagne (zie achtereenvolgens de tabellen 46 en 47).

Tabel 46: Percentages en gemiddelde scores (SD) van seksueel (risico)gedrag in de afgelopen 6 maanden van diegene die wel/niet de vaccinatierreeks afmaken

Kenmerken		Percentages/Gemiddelde scores (SD)			
	n	3 of meer vaccinaties	1 of 2 vaccinaties	Chi-kwadraat/T	P-waarde
Seksueel aangetrokken					
Meer tot mannen, alleen tot mannen	56	86	14	-	-
Evenveel en meer tot vrouwen dan tot mannen	5	60	40		
Seksuele identiteit					
Meer homo dan hetero, homo	56	86	14.3	-	-
Biseksueel, meer hetero dan homo	3	67	33.3		
Vaste sekspartner					
Ja	31	87	12.9	-	-
Nee	30	80	20.0		

Tabel 46: (vervolg)

Kenmerken		Percentages/Gemiddelde scores (SD)			
	n	3 of meer vaccinaties	1 of 2 vaccinaties	Chi-kwadraat/T	P-waarde
Anale seks (receptief)					
Ja	15	87	13	-	-
Nee	16	88	12		
Condoomgebruik					
Inconsistent	13	85	15	-	-
Altijd	2	100	0		
Anale seks (insertief)					
Ja	14	79	21	-	-
Nee	17	94	6		
Condoomgebruik					
Inconsistent	10	80	20	-	-
Altijd	4	75	25		
Losse sekspartner(s)					
Ja	44	80	20	-	-
Nee	16	94	6		
Anale seks (receptief)					
Ja	19	74	26	-	-
Nee	24	83	17		
Condoom gebruik					
Inconsistent	5	40	60	-	-
Altijd	14	86	14		
Anale seks (insertief)					
Ja	29	76	24	-	-
Nee	14	86	14		
Condoomgebruik					
Inconsistent	5	60	40	-	-
Altijd	24	79	21		
Orale seks (actief)					
Ja	34	82	18	-	-
Nee	9	67	33		
Condoomgebruik					
Inconsistent	34	82	18	-	-
Altijd	0				
Aantal losse partners (t-toets)	43	8.68 (8.26)	12.56 (15.89)	1.01	0.32
Seks met vrouwelijke partners					
Ja	6	83	17	-	-
Nee	55	84	16		
SOA					
Ooit	31	84	16	-	-
Nooit	30	83	17		

Locaties/vindplaatsen

Tabel 47: Het percentage MSM dat naar locaties gaat waar MSM samenkomen en die wel/niet de vaccinatierreeks afmaken

Kenmerken		Percentages			
	n	3 of meer vaccinaties	1 of 2 vaccinaties	Chi-kwadraat	P-waarde
Homocafe					
Ja	45	86	14	-	-
Nee	16	75	25		
Homodisco					
Ja	33	91	9	-	-
Nee	28	75	25		
Homofeesten					
Ja	39	80	20	-	-
Nee	21	91	9		
Cruisinggebieden					
Ja	12	83	17	-	-
Nee	49	84	16		
Homosauna					
Ja	20	95	5	-	-
Nee	41	78	22		
Seksbioscoop					
Ja	4	75	25	-	-
Nee	57	84	16		
Homosportvereniging					
Ja	7	86	14	-	-
Nee	54	83	17		
COC-activiteiten					
Ja	6	100	0	-	-
Nee	55	82	18		
Gaysites op internet					
Ja	51	80	20	-	-
Nee	10	100	0		

Manier van bekend worden

Van de MSM die een flyer hebben gelezen over de campagne maakt een hoger percentage de vaccintierreeks af dan van diegenen die geen flyer hebben gelezen. Echter 25% van de cellen hebben een verwachte waarde van minder dan 5, en dus kan dit verband niet getoetst worden. Van de mannen die via vrienden en/of kennissen op de hoogte waren gesteld over de mogelijkheid om zich gratis te laten vaccineren maakt een lager percentage de vaccinatieprocedure af dan mannen die niet op deze manier bekend waren geworden met de campagne. Ook deze variabele had te weinig gevulde cellen om een verband vast te kunnen stellen.

Tabel 48: Percentages van de manieren waarop MSM bekend zijn met de campagne van diegene die wel/niet de vaccinatierreeks afmaken

Kenmerken	Percentages		Chi-kwadraat	P-waarde
	n	3 of meer vaccinaties	1 of 2 vaccinaties	
Voorlichters GGD				
Ja	22	82	18	-
Nee	39	85	15	-
Tijdens een vaccinatie-actie				
Ja	4	75	25	-
Nee	57	84	16	-
Flyer/informatiebrochure				
Ja	22	96	4	-
Nee	39	77	23	-
Poster				
Ja	6	100	0	-
Nee	55	82	18	-
Advertentie				
Ja	10	100	0	-
Nee	51	80	20	-
Vrienden en/of kennissen				
Ja	13	62	38	-
Nee	48	90	10	-
Soa-polikliniek of GGD				
Ja	7	86	14	-
Nee	54	83	17	-
Internetsite				
Ja	6	83	17	-
Nee	55	84	16	-

3.6.2 Het verklaren van de compliance

Omdat er te weinig gevulde cellen zijn konden de meeste univariate analyses voor compliance niet worden uitgevoerd. Van de variabelen die wel getoetst konden worden zijn geen significante verschillen gevonden tussen MSM die wel en zij die niet de vaccinatierreeks afmaken. Daarom is geen logistische regressie-analyse uitgevoerd aan de hand waarvan de compliance verklaard kan worden.

3.6.3 Wat zijn redenen voor non-compliance?

We hebben gezien dat er weinig MSM zijn die de vaccinatierreeks niet afmaken. Dit heeft als gevolg dat er weinig respondenten betrokken zijn in de analyses over noncompliance. Er zijn geen verschillen gevonden tussen mannen die wel en mannen die niet de vaccinatierreeks afmaken. Redenen waarom mannen de vaccinatierreeks niet afmaken hebben te maken met het gebrek aan kennis over de vaccinatieprocedure (n=4), en het later bellen voor een afspraak (moest na 6 maanden bellen, n=1), zie de volgende voorbeelden:

Voorbeelden van uitspraken:

“Weet het niet. Dacht dat ik vanzelf een oproep voor 3e injectie zou krijgen, die heb ik nooit gehad.”

“Weet niet waar de GGD hier zit. (woon hier nu een jaar).”

“Ik wist niet dat er nog twee vaccinaties volgen.”

3.7 Intentie

Aan MSM die bekend zijn met de campagne en die noch gevaccineerd, noch geïnficeerd zijn, maar zich desondanks niet hebben laten vaccineren, is gevraagd in hoeverre zij van plan zijn om dat in de komende periode wel te doen. In Tabel 49 staan de scores op intentie aangegeven voor de komende 30 dagen. Drieëntwintig procent is van plan om zich op de korte termijn te laten vaccineren.

Tabel 49: Intentie: Ben je van plan om je de komende 30 dagen te laten vaccineren tegen hepatitis B? (N=69)

		% komende 30 dagen
Geen intentie	Zeker niet	36
	Waarschijnlijk niet	29
	Misschien	13
Wel intentie	Waarschijnlijk wel	13
	Zeker wel	10
	Gemiddelde	2.33
	SD	1.35

In volgende artikelen zal gerapporteerd worden over de verschillen tussen MSM die wel en zij die niet de intentie hebben om zich in de toekomst te laten vaccineren.

3.8 Omvangschatting

De laatste onderzoeksvraag is: “Wat is de omvang van de doelgroep MSM in de drie onderzoeksregio's”. De omvang van de groep MSM in Nederland is eerder onderzocht in een door het IVO uitgevoerde literatuuronderzoek (Laluan & Van de Mheen, 2002). Om de recente omvang van het aantal MSM in de drie regio's te schatten, wordt gebruik gemaakt van de multipliemethode: dat wil zeggen een extrapolatie van de onderzoeksgegevens uit ons eigen databestand en het registratiesysteem van de GGDNL.

3.8.1 Literatuuronderzoek

In 2002 heeft het IVO verkennende literatuurstudie uitgevoerd waarin de omvang van de groep MSM centraal stond. Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van Nederlandse literatuur die vanaf 1990 was verschenen, evenals van registratiegegevens van SOA-poliklinieken (Laluan & Van de Mheen, 2002).

Het aantal homoseksuele mannen in Nederland wordt daarin geschat op 240.000 - 300.000. Ten behoeve van de hepatitis B vaccinatiecampagne zijn schattingen gemaakt van de populatie MSM in de GGD regio's (Gegevens projectplan GGD hepatitis B vaccinatiecampagne, 2002). Aan de hand van het aantal op dat moment in Utrecht levende mannen tussen de 18 en 65 jaar (100.000) en het percentage van 4% homoseksuelen (Van Zessen & Sandfort, 1991) is in de stad Utrecht de populatie MSM geschat op 2300 tot 4000. Het aantal MSM wordt in Rotterdam en omstreken wordt op dezelfde manier geschat op 13.586. Voor de regio Zuid-Limburg zijn er geen schattingen bekend van het aantal MSM in de regio. Volgens het laatste onderzoek naar seksualiteit in Nederland is ongeveer 4% van de mannen homoseksueel. Daarnaast geeft 6% van de mannen aan dat ze zich aangetrokken voelen tot seksegenoten, dat ze (minstens één keer) seks hebben gehad met een man en dat ze zichzelf benoemen als homo/biseksueel. (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006).

Voor de regio Zuid-Limburg zijn geen eerdere omvangschattingen van het aantal homoseksuele mannen bekend. Op dezelfde manier als in Rotterdam en Utrecht is met behulp van CBS-gegevens (2001) over het aantal mannen tussen de 15 en 64 jaar dat woonachtig is in de stadsgewesten Heerlen, Geleen-Sittard en Maastricht en de cijfers van Van Zessen en Sandfort (1991) geprobeerd de homoseksuele bevolking in de Zuid-Limburgse onderzoeksregio te schatten. De stadsgewesten bestaan uit een centrale gemeente (de centrale stad) en een aantal nabijgelegen gemeenten (de ommelanden). Het stadsgewest Heerlen bijvoorbeeld bestaat uit de gemeenten Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Brunssum, Onderbanken, Nuth, Simpelveld en Voerendaal. De omvang van het aantal mannen tussen de 15 en 64 jaar is 93.000 in stadsgewest Heerlen, 53.000 in stadsgewest Geleen-Sittard en 61.000 in stadsgewest Maastricht. In totaal zijn er 207.000 mannen tussen de 15 en 64 jaar. Met een percentage van 4% homoseksuele mannen zouden er in 2001 ongeveer 8.280 homoseksuele mannen in de onderzochte regio's wonen. Om de schattingen vergelijkbaar te houden is gekozen om de CBS-gegevens van 2001 aan te houden. De gegevens van het CBS uit 2006 laten zien dat het aantal in deze stadsgewesten woonachtige mannen tussen de 15 en 64 jaar met 3.000 is gedaald ten opzichte van 2001. Een beperking van de omvangschattingen die op deze manier verkregen zijn, is dat een landelijk percentage van de homoseksuele mannelijke bevolking wordt toegepast op een regionale/stedelijke bevolking. Het landelijke cijfer hoeft niet representatief te zijn voor de betreffende regio's. Het is bijvoorbeeld bekend dat in Amsterdam relatief gezien veel homoseksuele mannen wonen.

3.8.2 Extrapolatie onderzoeksgegevens

Om de huidige omvang van de groep MSM in de onderzoeksregio's te bepalen maken we gebruik van de zogenaamde 'Multiplier-methode'. Deze schatting is een extrapolatie van het aantal hepatitis B gevaccineerden uit het registratiesysteem. Daarbij moet rekening gehouden worden met het feit dat de schattingen in de publicaties die beschreven zijn in de vorige paragraaf uitgaan van het totaal aantal mannen dat in de regio's woont. Binnen het onderhavige onderzoek is uitsluitend op de 'vindplaatsen' geïnterviewd, hetgeen betekent dat de omvangschattingen die op basis daarvan gemaakt worden, niet representatief zijn voor de totale populatie MSM. In dit onderzoek gaan de omvangschattingen over het aantal mannen dat de vindplaatsen bezoekt, dus met andere woorden de omvang van het aantal mannen dat via de vindplaatsen bereikt kan worden.

Ongeveer een derde (33%) van de MSM uit onze steekproef (N=320) woont in een andere regio dan de regio waar ze geworven zijn voor dit onderzoek. Ook de plaats waar MSM hun eerste vaccinatie in het kader van de campagne hebben ontvangen is niet dezelfde als de regio waar ze geworven zijn. Zesenzestig procent van de gevaccineerde MSM heeft de eerste vaccinatie in een van de huidige onderzoeksregio's (Rotterdam, Utrecht en Zuid-Limburg) ontvangen. Vierendertig procent van onze onderzoeksgroep dus niet. We hebben net als bij de druggebruikers geen gegevens over de uitstroom van de groep MSM naar andere regio's.

Bij de omvangschattingen van de populatie MSM op de vindplaatsen kan sprake zijn van een overschatting van het werkelijke aantal MSM op deze vindplaatsen. Immers in het bestand van het registratiesysteem van de vaccinatiecampagne zijn alle homomannen betrokken die zich aldaar hebben laten vaccineren, ook zij die bijvoorbeeld via het internet of via vrienden van de campagne hebben gehoord, en die wij niet via het vindplaatsonderzoek hebben kunnen bereiken. Omdat uit de registratiegegevens van de GGD niet duidelijk is wie waar bereikt is, is het lastig om de cijfers te interpreteren en om uitspraken te doen over de werkelijke omvang van de populaties MSM. Voor de totale groep MSM (dus niet alleen de groep die op de vindplaatsen komt) is de omvangschatting gezien de methode van onderzoek een onderschatting. Mogelijk is het bereik van de campagne, dat wil zeggen de bekendheid met de campagne en de vaccinatiegraad onder MSM, dus lager dan de resultaten van het huidige onderzoek aangeven.

Gezien bovenstaande factoren is het niet goed mogelijk om op basis van de huidige onderzoeksgegevens betrouwbare omvangschattingen van de groep MSM te doen. Ter illustratie geven wij hieronder de omvangschattingen in de verschillende regio's weer, die dus met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden:

De formule aan de hand waarvan de schattingen gemaakt worden staat gepresenteerd in paragraaf 2.8.2. De eerste drie rijen uit de onderstaande tabel (Tabel 49) bevatten gegevens uit het registratiesysteem van de vaccinatiecampagne. Het totaal aantal eerste vaccinaties is van belang om de omvang te kunnen schatten met behulp van extrapolatie van de gegevens uit ons eigen onderzoek. In de vierde rij staat het aantal MSM dat in het kader van de huidige vaccinatiecampagne is gevaccineerd. Omdat de looptijd van de huidige campagne minder dan drie jaar bedroeg op het moment van interviewen, hebben wij een selectie gemaakt van diegenen die binnen deze drie jaar hun eerste vaccinatie hebben ontvangen. MSM die aan hadden gegeven dat ze langer dan drie jaar geleden hun eerste vaccinatie hadden ontvangen, tellen dus niet mee in de onderstaande berekeningen. Wanneer we een periode langer dan 3 jaar zouden aanhouden, dan kunnen er ook MSM in de tabel komen die bijvoorbeeld in het proefproject zijn gevaccineerd. Omdat deze echter niet in het registratiesysteem van de vaccinatiecampagne vermeld staan, zouden foutieve omvangschattingen het resultaat zijn. De registratiegegevens van de GGD hebben immers alleen betrekking op de huidige vaccinatiecampagne. Net zoals bij de andere twee onderzoeksgroepen in deze rapportage (druggebruikers en prostituees) is voor de berekening van de omvangschatting de helft van het aantal eerste vaccinaties tijdens de interviewperiode genomen. De reden hiervoor is dat MSM ook tijdens onze interviewperiode zijn gevaccineerd. Wanneer we alleen zouden kiezen voor de vaccinaties tot en met de start van onze dataverzameling, dan is het mogelijk dat we een onderschatting krijgen van het aantal MSM in de regio's.

Tabel 50: Gegevens uit GGD registratiesysteem en huidige steekproef, ten behoeve van de omvangsschatting MSM

	Stad	Rotterdam	Utrecht	Zuid-Limburg
Registratie-systeem vaccinatie-campagne GGD	Aantal vaccinaties tot interviewperiode	561	392	195+213=408
	Aantal vaccinaties tijdens interviewperiode	47	73	24+30=54
	A Totaal aantal 1e vacc	584.5	428.5	435
Steekproef	B Ratio	13/103= 0.126	28/108=0.259	26/109=0.239
	Omvangsschatting per regio	4638	1654	1820
	Omvangsschattingen literatuur	13586 (schatting GGD)	2300 tot 4000 (schatting GGD)	8.280 (schatting o.b.v. berekening Van Zessen en Sandfort (1991) en CBS-gegevens)

3.9 Samenvatting en discussie

3.9.1 Samenvatting

Dit onderzoek laat zien dat 74% van de MSM in de onderzoeksregio's (steekproef N= 319) op de hoogte is van het feit dat zij in aanmerking komen om zich gratis tegen hepatitis B te laten vaccineren. Mannen die bekend zijn met de campagne zijn gemiddeld drie jaar jonger dan mannen die niet bekend zijn met de campagne. Een hoger percentage van de mannen die aangaven dat zij zichzelf als homoseksueel, en als meer homo dan hetero zagen, is bekend met de campagne (78%) in vergelijking met biseksuelen (47%). Hetzelfde geldt voor mannen die zich meer tot mannen aangetrokken voelen: van hen is 77% bekend met de campagne vergeleken met mannen die evenveel of meer op vrouwen vallen (44%). Ook van mannen die in de 6 maanden voorafgaand aan het interview seks hadden gehad met een vrouw blijkt een lager percentage op de hoogte te zijn van de mogelijkheid tot vaccineren. Een hoger percentage mannen die de homohoreca (zoals homocafe's, homodisco's) en homofeesten bezoeken, is op de hoogte van de campagne vergeleken met mannen die deze gelegenheden niet bezoeken. Omgekeerd is een lager percentage van de mannen die cruisinggebieden bezoekt op de hoogte van de campagne vergeleken met mannen die hier niet komen. Het wel of niet bezoeken van de homohoreca gelegenheden bleek de belangrijkste voorspeller van de bekendheid met de vaccinatiecampagne naast de seksuele voorkeur van mannen (het al dan niet biseksueel zijn) significant bij aan het verklaren van de bekendheid met de campagne.

In onze steekproef is de zelfgerapporteerde prevalentie van hepatitis B 8%. Wanneer we alleen uitgaan van de mannen die zich ooit hebben laten testen, dan is 10% ooit besmet geweest met het hepatitis B virus. Van alle respondenten is 50% gevaccineerd tegen hepatitis B en 4% weet dat niet. Er is een verschil in vaccinatiegraad tussen de regio's: in Rotterdam was de vaccinatiegraad 33%, in Utrecht 60% en in Zuid-Limburg 61%. Er bestaat een positief verband tussen de vaccinatiegraad en het hebben van losse partners: een hoger percentage mannen die seks heeft gehad met losse partners is gevaccineerd (60%)

in vergelijking met mannen die geen seks hebben gehad met losse partners (40%). Van de mannen die seks hebben gehad met losse mannelijke partners blijkt dat de gevaccineerde mannen gemiddeld significant meer verschillende losse sekspartners hadden (10 partners) dan de mannen die niet gevaccineerd waren (7 partners). Van de MSM die op internet gaydar.nl en chatboy.nl bezoeken blijkt een significant hoger percentage gevaccineerd te zijn in vergelijking met mannen die andere gaysites bezoeken op internet. Een lager percentage van de mannen die via een poster bekend zijn geworden met de campagne laat zich vaccineren vergeleken met de mannen die op een andere manier bekend zijn geworden met de campagne. De belangrijkste voorspeller naast het wel of niet hebben van losse sekspartners bleek het bekend worden met de campagne via voorlichters van de GGD. Een hoger percentage mannen die bekend is met de campagne via voorlichters van de GGD laat zich vaccineren in vergelijking met mannen die op een ander manier bekend zijn geworden met de campagne.

Een groot deel van de groep MSM maakt de vaccinatiereeks, bestaande uit drie vaccinaties in een half jaar tijd, af (84%). Er zijn daarbij geen verschillen tussen de drie regio's. Door het kleine aantal mannen dat de vaccinatiereeks niet afmaakt, kunnen weinig variabelen worden getoetst op hun samenhang met compliance. Redenen waarom mannen de vaccinatiereeks niet afmaken, hebben te maken met het gebrek aan kennis die zij over de vaccinatieprocedure hebben, bijvoorbeeld uit hoeveel vaccinaties de vaccinatiereeks tegen hepatitis B bestaat.

Van de MSM die wel bekend zijn met de campagne, maar nog niet immuun zijn, is 36% van plan om zich op de korte termijn (komende 30 dagen) te laten vaccineren.

De omvang van de groep MSM in de drie onderzoeksregio's die geschat is met behulp van de multiplier-methode is voor Rotterdam bijna 4650 MSM, voor Utrecht ongeveer 1650 MSM en voor Zuid-Limburg meer dan 1800 MSM. Deze aantallen zijn beduidend lager dan het totale aantal MSM dat op basis van de CBS gegevens woonachtig zou zijn in deze regio's (resp. 13.586, 2300-4.000 en 8.280). Dit verschil wordt mogelijk verklaard doordat in het huidige onderzoek alleen MSM zijn geïnterviewd die zich ophouden in het homocircuit (dat wil zeggen op de vindplaatsen zoals die zijn vastgesteld middels de etnografic mapping methode). De omvangschatting moet derhalve met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

3.9.2 Discussie

Uit de resultaten van de multivariate analyses blijkt dat biseksuele mannen minder goed bereikt worden door de vaccinatiecampagne dan homoseksuele mannen. Een lager percentage biseksuelen is op de hoogte van de campagne, vergeleken met homoseksuelen. Daarnaast is het bezoek aan homohoreca zoals homocafe's en homodisco's een significante voorspeller van de bekendheid met de vaccinatiecampagne. Deze uitgaansgelegenheden worden relatief minder vaak door biseksuelen bezocht. Dit blijkt uit de negatieve relatie tussen het bezoek aan de homohoreca en biseksualiteit ($r=-0.25$, $p=0.00$). Uit de resultaten van de univariate analyse blijkt dat een lager percentage van de mannen die cruisinggebieden bezoeken op de hoogte is van de campagne, vergeleken met mannen die hier niet komen. Op deze plekken komen relatief gezien juist veel biseksuele mannen (de samenhang tussen het bezoeken van cruisinggebieden en biseksualiteit is $r=0.12$, $p=0.03$).

Het wel of niet bezoeken van cruisinggebieden en de gemiddelde leeftijd van mannen blijken multivariaat geen significante voorspellende factoren te zijn voor de bekendheid met de vaccinatiecampagne. Dit komt door de onderlinge samenhang tussen deze variabelen ($r = 0.36$, $p = 0.00$). Het effect van de ene variabele wordt beïnvloed door de andere variabele en andersom. Mannen die niet bekend zijn met de campagne zijn gemiddeld ouder dan mannen die wel bekend zijn met de campagne. Het effect van het bezoeken van cruisinggebieden valt weg omdat de mannen die deze locaties bezoeken gemiddeld ouder zijn, dan de mannen die deze locaties niet bezoeken. Aandacht voor de campagne op cruisinggebieden blijft belangrijk omdat daar de oudere doelgroep komt en relatief meer biseksuelen, de groepen die minder bekend zijn met de vaccinatiecampagne.

In onze steekproef ($n = 317$) is de zelfgerapporteerde prevalentie van hepatitis B 8%. Dit is 1% lager dan de zelf-gerapporteerde prevalentie in het monitoronderzoek (Schorer, 2006). Van alle respondenten is 50% gevaccineerd tegen hepatitis B en 4% weet dat niet. Het percentage gevaccineerden is ongeveer gelijk aan de bevindingen uit het monitoronderzoek (Schorer, 2003): van diegenen die niet geïnfecteerd waren was daarin 48% van de MSM gevaccineerd tegen hepatitis B, en 9% wist dat niet. We vergelijken onze resultaten ook met het monitoronderzoek uit 2003 omdat tijdens dit monitoronderzoek de respondenten op vergelijkbare plekken zijn geworven (de zogenaamde “vindplaatsen”) in tegenstelling tot het monitoronderzoek uit 2006 dat online plaatsvond.

Tussen de regio's bestaat een verschil in vaccinatiegraad. In Rotterdam is de vaccinatiegraad lager (33%) dan in Utrecht (60%) en in Zuid-Limburg (61%). De lagere vaccinatiegraad in Rotterdam is voor een deel te verklaren doordat in deze regio minder mannen bekend zijn met de vaccinatiecampagne. De lagere bekendheid met de campagne wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt doordat de regio Rotterdam en omstreken een groot gebied betreft met vele cruisinggebieden (zoals de Trimbaan in Barendrecht, het Kralingse bos, het Museumpark etc.). In Utrecht zijn bijvoorbeeld weinig cruisinggebieden in de regio, waardoor er ook minder respondenten op deze plekken zijn geïnterviewd. In Zuid-Limburg is dit ook het geval. In deze regio werd bijvoorbeeld een groot cruisinggebied gesloten voordat de dataverzameling plaatsvond. De lagere vaccinatiegraad onder MSM in Rotterdam kan gedeeltelijk worden verklaard doordat er in deze regio meer personen aangeven dat ze ooit geïnfecteerd zijn geweest dan in andere regio's (niet significant).

Van de MSM die op internet gaydar.nl en chatboy.nl bezochten blijkt een significant hoger percentage gevaccineerd te zijn in vergelijking met mannen die andere gaysites bezochten op internet. Voor het bezoeken van homo.nl en gay.nl zijn er geen verschillen tussen MSM die wel en die niet participeerden in de vaccinatiecampagne. De eerste twee sites zijn meer op seks georiënteerd, en worden nogal eens gebruikt voor het maken van seksafspraken. Deze resultaten zijn in overeenstemming met het gevonden resultaat dat een hoger percentage mannen die één of meer losse partners hebben gevaccineerd is, in vergelijking met mannen die geen seks hebben gehad met losse partners. Mannen die meer risico lopen omdat ze meer sekspartners hebben zijn dus vaker gevaccineerd.

Een hoog percentage MSM maakt de vaccinatiereeks af (84%). Dit is in overeenstemming met de resultaten van het proefproject, waarin resp 74% van de MSM de vaccinatiereeks afmaakte in de interventieregio's en 79% in de controleregio's (Van Steenbergen, 2002). Uit de resultaten van het onderzoek dat is uitgevoerd door Schorer bleek dat van de gevaccineerde en vatbare MSM, 21% de vaccinatiereeks (nog) niet had afgemaakt (Schorer, 2006). Het percentage dat de Schorer had berekend gaat over alle gevaccineerde MSM, dus ook over degenen die buiten de campagne gevaccineerd zijn.

Ten aanzien van de hier gepresenteerde omvangsschatting van het aantal MSM in de drie regio's bestaan enkele onzekerheden. Gezien de methode van onderzoek betreft het mogelijk een onderschatting van het totale aantal MSM. Mogelijk is het bereik van de campagne, dat wil zeggen de bekendheid met de campagne en de vaccinatiegraad onder MSM, dus lager dan de resultaten van het huidige onderzoek aangeven.

prostituees

hoofdstuk 4

Prostituees



Hoofdstuk 4

Prostituees

4.1 Definitie

Prostituees zijn in dit onderzoek gedefinieerd als vrouwen die werkzaam zijn in de seksbranche. In totaal namen 259 prostituees deel aan dit onderzoek.

4.2 Wervingsplekken per regio

Zoals beschreven in hoofdstuk 1, is op basis van gesprekken met sleutelfiguren een 'etnografische' kaart gemaakt van alle locaties in Rotterdam, Utrecht en Zuid-Limburg waar prostituees zich bevinden. Ook is bekeken hoeveel prostituees de verschillende locaties bezoeken, en hoe vaak ze dat naar schatting doen. Op basis daarvan is vastgesteld hoeveel prostituees er ten behoeve van het onderzoek per locatie geworven moesten worden. Tabel 51 laat zien hoeveel prostituees er per type locatie in de verschillende regio's werden geworven. De interviews met de escorts en de thuiswerksters werden telefonisch afgenomen. Zij zijn gerekruteerd via advertenties in huis aan huisbladen en advertenties op internetpagina's. De overige prostituees werden benaderd voor de interviews op locatie. De respons op deze locaties was 64% (N=377). De respons was in Utrecht (48%) lager dan in Rotterdam (79%) en Zuid-Limburg (86%) (Chi-kwadraat= 44.90, $p=0.00$). In de privé-huizen was de respons het hoogst (90%), gevolgd door de clubs (78%), massagesalons (63%), animeerbars (57%), raamprostitutie (50%) en de tippelzones (46%). Op de tippelzone in Utrecht waren prostituees minder bereid om persoonlijke gegevens te verstrekken. Veel raamprostituees hadden het te druk met hun werkzaamheden. Dit bleek dan ook de belangrijkste reden waarom prostituees niet deelnamen aan het onderzoek. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen deelnemers en niet deelnemers wat betreft leeftijd ($n=363$) of Nederlandse herkomst ($n=354$). In totaal hebben 136 prostituees deelname aan het onderzoek geweigerd. Van 96 niet-deelnemers was 76% op de hoogte van de campagne, en 72% gaf aan tegen hepatitis B gevaccineerd te zijn (geen significante verschillen met deelnemers).

De dataverzameling van de doelgroep prostituees had een langere looptijd dan bij de andere twee doelgroepen (zie Tabel 1). De reden hiervoor is dat het interviewen van prostituees tijdsintensiever was dan het interviewen van de andere twee doelgroepen. De vragenlijst was uitgebreider dan die van de mannen met homoseksuele contacten, er werden meer vragen gesteld over seksueel gedrag (met klanten). Sommige interviews werden in een vreemde taal (Duits, Engels, Frans of Spaans) afgenomen en soms werden interviews onderbroken omdat er klanten waren. Daarnaast was evenals bij sommige vindplekken voor druggebruikers en mannen met homoseksuele contacten op veel plekken toestemming vereist van de gastvrouw of exploitant om te mogen interviewen. In Zuid-Limburg bleek geen geschikte sfeer te zijn onder de bordeelhouders, evenals onder de vrouwen die daar werken. Ze waren erg bang en argwanend omdat de belastingdienst en de politie ook geregeld aan de deur komen. Hierdoor hebben we geen toestemming gekregen om op bepaalde plaatsen te interviewen, en is het aantal interviews beperkt tot 62.

Tabel 51: Wervingsplekken per regio²⁰

	Rotterdam	Utrecht	Zuid-Limburg	Totaal
Privehuis	26	11	23	61
Club	37	4	19	60
Escort	6	4	2	12
Tippelzone	7	12	8	24
Raam	x	68	x	68
Thuis	3	3	3	9
Massagesalon	5	-	7	12
Animeerbaar	8	x	x	8
Seksshop (met prostituees)	3	x	-	3
	95	102	62	259

4.3 Kenmerken van de prostituees

Sociaal-demografische gegevens

In Tabel 52 staan de belangrijkste sociaal-demografische kenmerken van de groep prostituees die in het onderzoek is opgenomen. Van de totale steekproef (n=259) heeft een derde (31%) in de afgelopen 6 maanden alleen geleefd zonder partner, vrienden of familie. Achtenvijftig procent woonde met partner en/of kinderen. Het grootste deel van de prostituees (79%) woonde in een huis dat zij gekocht of gehuurd hadden. Anderen woonden bijvoorbeeld op kamers (12%). Drieënzestig procent was gelovig. Iets meer dan de helft (54%) van de prostituees bleek laag geschoold te zijn, waaronder 24% alleen de basisschool

²⁰ x = niet in regio aanwezig

heeft afgemaakt of helemaal geen opleiding heeft afgerond. Veertien procent is hoger opgeleid, en 32% is middelbaar opgeleid. Veertig procent is in Nederland geboren. Anderen zijn in een andere land binnen Europa (23%), in Zuid-Amerika (20%), in Suriname en/of Nederlandse Antillen (2.7%) of in een ander continent (13%) geboren. Wanneer we alleen rekening houden met het geboorteland van de ouders (een van beide ouders in het buitenland geboren), dan is 70% allochtoon.

Tabel 52: Percentage prostituees met specifieke sociaal-demografische kenmerken.

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (SD) (N=259)
Leefsituatie Alleen	31
Woonstuaie Woonhuis	79
Religie Religieus	63
Educatie Laag	54
Etniciteit Nederlands	70
Leeftijd (t-toets)	33.89 (9.01)

Seksueel (risico)gedrag

De respondenten hebben verschillende vragen beantwoord over seksueel (risico)gedrag, zoals het hebben van een vaste partner, het hebben van losse partners, seks met klanten en het gebruik van condooms. De belangrijkste resultaten staan in Tabel 52. Vooral tijdens neuken met de vaste partner is condoomgebruik laag: van de prostituees die in de afgelopen 6 maanden met hun vaste partner hebben geneukt (n= 94), heeft 90% inconsistent condooms gebruikt, waarvan 76% nooit. Tijdens neuken met losse partners (geen commerciële sekspartners) worden er wel vaker condooms gebruikt, maar niet consistent: 49% gebruikt altijd condooms met losse partners, en 51% gebruikt inconsistent condooms, waarvan 29% nooit in de afgelopen 6 maanden. Tijdens neuken met klanten (commerciële sekspartners) geeft bijna iedere prostituee aan dat ze altijd een condoom heeft gebruikt, en bij orale seks bij klanten geeft 80% aan dat ze altijd een condoom heeft gebruikt. Bij zesentwintig procent van de vrouwen is wel eens een condoom gescheurd tijdens het neuken met klanten. Eenendertig procent van de prostituees heeft meer dan 200 verschillende klanten gehad (hoge klantfrequentie) in de afgelopen 6 maanden.

Tabel 53: Seksueel (risico)gedrag van prostituees²¹

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (SD) (N=259)
Vaste sekspartner	36
Geneukt ^a	100
Inconsistent condoomgebruik ^b	83
Losse sekspartner(s)	25
Geneukt ^c	97
Inconsistent condoomgebruik ^d	47
Aantal losse partners ^e (t-toets)	2.68 (5.28)
Neuken klanten	91
Inconsistent condoomgebruik ^f	2
Pijpen klanten	6
Inconsistent condoomgebruik ^g	20
Condoom gescheurd ^h	26
Hoge klantfrequentie	31
Ooit een SOA ⁱ	35

^a Van de groep prostituees die een vaste sekspartner heeft in de afgelopen 6 maanden (n=168)

^b Van de groep prostituees die geneukt heeft met een vaste sekspartner in de afgelopen 6 maanden (n=168)

^c Van de groep prostituees die losse sekspartners heeft in de afgelopen 6 maanden (n=61); N.B. dit zijn geen commerciële sekspartners.

Van de groep prostituees die geneukt heeft met klanten in de afgelopen 6 maanden (n=234)

^d Van de groep prostituees die geneukt heeft met losse sekspartners in de afgelopen 6 maanden (n=59)

^e Van de groep prostituees die losse sekspartners heeft in de afgelopen 6 maanden (n=61); N.B. dit zijn geen commerciële sekspartners.

^f Van de groep prostituees die geneukt heeft met klanten in de afgelopen 6 maanden (n=234)

^g Van de groep prostituees die orale seks heeft gehad met klanten in de afgelopen 6 maanden (n=235)

^h Gegevens gaan over Utrecht en Zuid-Limburg en gedeeltelijk over Rotterdam (niet aan iedereen gevraagd). Aantal dat deze vraag wel heeft beantwoord: 179.

ⁱ Op basis van zelf-rapportage. De afzonderlijke SOA staan vermeld in Bijlage 1

Locaties

In Tabel 54 staat aangegeven welk percentage van de prostituees in de afgelopen maand in een van de onderstaande prostitutiesegmenten heeft gewerkt. Deze tabel wijkt iets af van Tabel 51 (de wervingsplekken) omdat sommige prostituees op meerdere plekken werken. Het grootste deel werkte in clubs en privé-huizen. Prostituees die in privé-huizen, clubs, op de tippelzone, in massagesalons, in seksshops en achter het raam werken zijn in principe meer zichtbaar dan vrouwen die als escort, thuis of in het animeercircuit werken. Op de tippelzones in Rotterdam en Utrecht mochten bijvoorbeeld geen nieuwe

²¹ In Bijlage 1 staan de percentages vermeld van prostituees die alleen een vaste, alleen een losse, beide of geen sekspartners hadden buiten de commerciële sekspartners om.

prostituees meer werken en daarom was iedereen bekend bij de hulpverlenende instanties. Animeerbars worden gedoogd, maar “officieel” vindt er geen prostitutie plaats, waardoor dit een schemerig circuit is. Van escorts en thuiswerkers is bekend dat ze hun klanten rekruteren via advertenties in dagbladen, op internet en/of via een tussenpersoon. Hierdoor zijn ze zelf minder zichtbaar. Negenentachtig procent van onze steekproef werkt in het “zichtbare” deel van de prostitutie. De overige 11% werkt alleen op een plek binnen het “minder zichtbare” deel van de prostitutiesector. Twintig procent van de prostituees is minder dan een jaar geleden begonnen met hun prostitutiewerk. Een kwart (25%) werkt minder dan 5 maanden in de huidige regio en 40% werkt er langer dan twee jaar. Een kwart van de prostituees (24%) werkt korter dan 3 maanden op de huidige werkplek en 30% werkt er twee jaar of langer.

Tabel 54: Locaties/vindplaatsen waar prostituees werken

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (SD)
Prostitutiesegment zichtbaar	89
Club	23
Privehuis	22
Raam	27
Tippelzone	11
Escort	7
Thuis	5
Animeerbar	4
In andere regio's werkzaam	6
Duur werkzaam in het vak (in mnd) ^a	66.71 (70.79)
Duur werkzaam op werkplek (in mnd)	25.85 (40.83)
Duur werkzaam in regio (in mnd)	39.79 (56.60)

^a Gegevens gaan over Utrecht en Zuid-Limburg en slechts gedeeltelijk over Rotterdam (In Rotterdam is deze vraag niet aan iedereen gesteld). Aantal prostituees dat deze vraag wel heeft beantwoord: 183.

4.4 Bekendheid met de campagne

In deze paragraaf staat de volgende vraag centraal:

Hoeveel personen uit de doelgroep zijn op de hoogte van en/of zijn uitgenodigd voor deelname aan het project, en wat zijn de kenmerken van deze personen?

In totaal is 79% van de prostituees in deze steekproef (n=259) bekend met de gratis hepatitis B vaccinatie-campagne. De meesten van hen (53%) hebben gehoord van de campagne via voorlichters van de GGD. Achttien procent was via vrienden en/of andere prostituees of collega's op de hoogte. Ongeveer 12% was via een afspraak op de soapkliniek en/of de GGD op de hoogte gesteld, 14% was via een hulp-

verleningsinstelling (zoals de HAP-bus op de tippelzone in Utrecht) op de hoogte, 8% had een flyer/informatiebrochure gezien en 4% was bekend geraakt via een poster. Slechts 1% heeft via een internet-site van de campagne gehoord. Respondenten konden op meerdere manieren bekend worden met de campagne, en konden dus meerdere antwoorden tegelijk geven op deze vraag. De percentages tellen dus niet op tot 100% (zie Tabel 55).

Tabel 55: Manieren waarop prostituees bekend zijn geworden met de campagne

	Percentages (N=205)
Voorlichters GGD	54
Vrienden en/of collega's	18
Hulpverlening	14
Soapolikliniek/GGD	12
Flyer/informatiebrochure	8
Poster	4
Internetsite	1

Onder de doelgroep prostituees waren er geen significante verschillen in bekendheid met de campagne in de verschillende onderzoeksregio's: de bekendheid met de campagne was in alle drie de regio's ongeveer gelijk: Rotterdam (76%) en Utrecht (80%), en Zuid-Limburg (82%) (Chi-square (2)= 1.11 p= 0.58).

4.4.1 Verschillen tussen prostituees die wel/niet bekend zijn met de campagne

In de vorige paragraaf is beschreven welk deel van de prostituees bekend is met de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne. In deze paragraaf komen de verschillen aan de orde tussen prostituees die wel en zij die niet bekend zijn met de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne. Het gaat hierbij om sociaal-demografische factoren, risicofactoren (seks gerelateerd), locaties waar prostituees werkzaam zijn, en gegevens over hun mobiliteit. Deze verschillen zijn eerst univariaat getoetst met behulp van t-toetsen en Chi-kwadraat-toetsen. Vervolgens zijn de variabelen die significant verschillen opgenomen in een logistische regressie-analyse (paragraaf 4.4.2), aan de hand waarvan getoetst is wat de bijdrage is van deze variabelen in het verklaren van de bekendheid met de campagne.

Sociaal-demografische gegevens

In Tabel 56 is te zien dat prostituees die de campagne kennen gemiddeld 4 jaar ouder zijn dan prostituees die niet bekend zijn met de campagne. Bij de overige variabelen vinden we geen significante verschillen in bekendheid met de campagne.

Tabel 56: Percentages en gemiddelde scores (SD) van prostituees die wel/niet bekend zijn met de campagne, voor sociaal-demografische factoren

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
	n	Bekend	Onbekend	
Leefsituatie				
Alleen	81	80	20	0.10
Niet alleen	177	79	21	
Woonsituatie				
Woonhuis	54	80	10	0.01
Anders	205	79	21	
Religie				
Religieus	162	80	20	0.06
Niet religieus	97	78	22	
Educatie				
Laag	130	79	21	0.15
Midden en hoog	110	76	24	
Etniciteit				
Nederlands	77	74	26	1.58
Anders	179	81	19	
Leeftijd (t-toets)	252	34.70 (8.80)	30.89 (9.22)	-2.79
				0.006

Seksueel (risico)gedrag

Van de prostituees die meer verschillende klanten (>200) hadden in de afgelopen 6 maanden is een hoger percentage bereikt door de campagne, dan zij die minder verschillende klanten (<=200) hadden in de afgelopen 6 maanden. Van de prostituees die hebben aangegeven dat in de afgelopen 6 maanden wel eens een condoom is gescheurd, is een lager percentage bekend met de campagne (Tabel 57). Bij sommige analyses blijkt de n van een groep te klein, bijvoorbeeld de groep die niet met klanten heeft geneukt. Vandaar dat de Chi-kwadraat en de P-waarde bij deze variabelen niet in de tabel zijn ingevuld.

Tabel 57: Percentages en gemiddelde scores (SD) van prostituees die wel/niet bekend zijn met de campagne, voor seksueel (risico)gedrag in afgelopen 6 maanden.

Kenmerken	n	Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
		Bekend	Onbekend		
Vaste sekspartner					
Ja	168	81	19	0.66	0.42
Nee	90	77	23		
Geneukt					
Ja	168	81	19	-	-
Nee	0				
Condoomgebruik					
Inconsistent	139	81	19	0.04	0.85
Altijd	28	82	18		
Losse sekspartner(s)					
Ja	61	74	26	1.26	0.26
Nee	185	81	19		
Geneukt					
Ja	59	73	27	-	-
Nee	6	100	0		
Condoom gebruik					
Inconsistent	27	63	37	2.26	0.13
Altijd	31	81	19		
Aantal losse partners (t-toets)	61	3.01 (6.08)	1.75 (1.24)	-0.82	0.42
Neuken klanten					
Ja	234	79	21	-	-
Nee	22	86	14		
Condoomgebruik					
Inconsistent	5	80	20	-	-
Altijd	229	79	21		
Pijpen klanten					
Ja	235	79	21	-	-
Nee	15	93	7		
Condoomgebruik					
Inconsistent	46	83	17	0.52	0.47
Altijd	189	78	22		
Condoom gescheurd					
Ja	46	67	33	7.46	0.006
Nee	133	86	14		
Klantfrequentie					
Hoo	70	89	11	6.28	0.01
Laag	156	74	26		
SOA					
Ooit	90	83	17	1.38	0.24
Nooit	166	77	23		

Locaties/vindplaatsgegevens

In de onderstaande tabel (Tabel 58) staan de verschillende segmenten waar prostituees werkzaam zijn vermeld. Een hoger percentage van de prostituees die alleen in het “zichtbare” deel werken, is op de hoogte van de campagne in vergelijking met prostituees die alleen in het “minder zichtbare” deel werken. Er is ook voor de afzonderlijke segmenten onderzocht of er verschillen zijn in bekendheid met de campagne. Van de prostituees die in de escortbranche werken, is een lager percentage (59%) bekend met de campagne vergeleken met prostituees die in andere branches werken (80%). Dit lijkt ook te gelden voor de animeerbars (55% vs 80% bekend) en de thuiswerkster (67 vs 80% bekend). Omdat een klein deel van de prostituees in deze branche werkt (n=17 voor escorts, n=12 voor thuiswerksters, n=11 voor animeermeisjes), kan het significantieniveau niet worden getoetst. Van de prostituees die achter het raam staan is juist een hoger percentage bekend met de campagne, vergeleken met de groep prostituees die in een ander segment van de seksbranche werkt. De bekendheid met de campagne verschilt niet voor prostituees die in de overige segmenten van de seksbranche werken. Prostituees die bekend zijn met de campagne zitten gemiddeld langer “in het vak”. Zij die bekend zijn met de campagne werken gemiddeld langer in de regio en langer op de werkplek waar ze op dit moment werkzaam zijn.

Tabel 58: Vindplaatsen van prostituees die bekend/onbekend zijn met de vaccinatiecampagne

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
	n	Bekend	Onbekend	
Prostitutiesegment				
Zichtbaar	223	81	19	4.32
Minder zichtbaar	28	64	34	
Club				0.06
Ja	60	80	20	
Nee	196	79	21	0.81
Privehuis				1.14
Ja	58	74	26	
Nee	201	81	19	0.29
Raam				4.85
Ja	69	88	12	
Nee	186	76	24	0.03
Tippelzone				0.73
Ja	27	85	15	
Nee	228	78	22	0.39
Escort				-
Ja	17	59	41	
Nee	138	80	20	-
Thuis				-
Ja	12	67	33	
Nee	240	80	20	-
Massagesalon				-
Ja	12	75	25	
Nee	243	79	21	-
Animeerbaar				-
Ja	11	55	45	
Nee	244	80	20	-

Tabel 58: (vervolg)

Kenmerken	Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
	n	Bekend	Onbekend	
In andere regio's werkzaam				
Ja	15	87	13	-
Nee	230	88	12	-
Duur werkzaam in het vak (in mnd)	183	75.50 (73.39)	28.20 (41.79)	-5.06
Duur werkzaam in regio (in mnd)	242	45.48 (60.28)	18.50 (32.34)	-4.29
Duur werkzaam op werkplek (in mnd)	239	29.06 (43.98)	13.70 (22.08)	-3.44
				0.02

4.4.2 Verklaring van de bekendheid met de campagne

De variabelen waarin in de univariate toetsen in de vorige paragraaf significante verschillen bleken in bekendheid met de campagne, zijn geïnccludeerd in een logistische regressie-analyse met bekendheid als afhankelijke variabele. In stap 1 van deze regressie-analyse wordt gecontroleerd voor verschillen in duur en intensiteit van de campagne tussen de regio's. In stap 2 is leeftijd in de analyse opgenomen, in stap 3 de gegevens over seksueel (risico) gedrag, namelijk het wel of niet gescheurd zijn van een condoom en de klantfrequentie, in stap 4 het werkzaam zijn achter het raam (dat onderdeel vormt van de zichtbare versus onzichtbare prostitutie) en de duur dat prostituees in het vak zitten en op de huidige werkplek werken, in stap 5. De correlatie tussen de duur dat prostituees werkzaam zijn in het vak, in de regio en op de huidige werkplek is hoog. Tussen de duur dat prostituees werkzaam zijn in het vak en de duur dat zij werkzaam zijn in de regio is de correlatie 0.74 ($p=0.000$). De correlatie tussen de duur dat prostituees werkzaam zijn in het vak en de duur dat zij werkzaam zijn op de huidige werkplek is 0.60 (Pearson r , $p=0.000$). Tot slot is de correlatie tussen de duur dat zij werkzaam zijn in de regio en de duur dat zij werkzaam zijn op huidige werkplek 0.73 ($p=0.000$). Daarom is de keuze gemaakt om de duur dat prostituees werkzaam zijn in de regio niet in de regressie-analyses te betrekken.

Uit de regressie-analyse, zie Tabel 59, blijkt dat prostituees die achter het raam werken meer dan 5 keer ($OR=5.43$) zoveel kans hebben om bekend te zijn met de campagne, vergeleken met de groep die elders werkt. Verder spelen het seksueel risicogedrag, namelijk het wel of niet scheuren van condooms, en de duur dat de prostituees in het vak zitten een rol in de verklaring waarom prostituees wel of niet bekend zijn met de campagne. Prostituees die in de afgelopen 6 maanden wel eens hebben meegemaakt dat een condoom tijdens het neuken met klanten is gescheurd hebben minder kans om bekend te zijn met de campagne, en zij die langer in het vak zitten hebben iets meer kans om bekend te zijn met de campagne. In totaal verklaart dit model 34% van de variantie²².

²² De N is kleiner bij deze analyse ($N=139$) omdat de variabelen 'het wel of niet gescheurd zijn van een condoom', en 'de duur dat prostituees in het vak werkzaam zijn' niet aan alle respondenten is gevraagd. Deze variabelen bleken wel univariaat verschillend voor de bekendheid met de campagne en daarom is besloten deze wel in de analyses te betrekken. Nagelkerke R-square=0.01 voor stap 1, $p=0.81$; Nagelkerke R-square= 0.03 voor stap 2, $p=0.13$; Nagelkerke R-square= 0.17 voor stap 3, $p=0.00$; Nagelkerke R-square= 0.21 voor stap 4, $p=0.05$; Nagelkerke R-square= 0.34 voor stap 5, $p=0.00$.

Tabel 59: Samenvatting van de logistische regressie-analyse voor de verklaring van de bekendheid met de campagne

		OR	Wald test	P-waarde	95% CI
Stap 1	Regio		0.42	0.81	
Stap 2	Regio		0.83	0.66	
	Leeftijd	1.04	2.14	0.14	0.99-1.09
Stap 3	Regio		0.90	0.64	
	Leeftijd	1.04	2.14	0.14	0.99-1.10
	Gescheurd condoom	0.31	6.87	0.01	0.13-0.74
	Klantfrequentie	3.19	4.33	0.04	1.07-9.50
Stap 4	Regio		2.66	0.27	
	Leeftijd	1.04	1.63	0.20	0.98-1.10
	Gescheurd condoom	0.34	5.63	0.02	0.14-0.83
	Klantfrequentie	2.39	2.25	0.13	0.77-7.48
	Raam	3.35	3.70	0.05	0.98-11.46
Stap 5	Regio		3.74	0.15	
	Leeftijd	1.00	0.01	0.92	0.95-1.06
	Gescheurd condoom	0.28	6.32	0.01	0.11-0.76
	Klantfrequentie	1.19	0.07	0.79	0.33-4.36
	Raam	5.43	5.38	0.02	1.30-22.66
	Duur vak (in mnd)	1.02	7.32	0.01	1.01-1.04
	Duur werkplek (in mnd)	0.99	0.37	0.54	0.97-1.02

4.5 Vaccinatie

In deze paragraaf staat centraal hoeveel mensen zich in het kader van de gratis hepatitis B vaccinatie-campagne hebben laten vaccineren, wat de verschillen zijn tussen de groepen die dat wel en niet hebben gedaan, en wat redenen zijn voor non-participatie.

Aan 190 prostituees²³ is gevraagd of zij zich wel eens hebben laten testen op hepatitis B. Daarvan is 78% (N=149) ooit op hepatitis B getest. Van degenen die ooit getest zijn, is de zelfgerapporteerde prevalentie van hepatitis B 7%. Van alle prostituees (ook diegenen die hebben aangegeven niet getest te zijn) geeft 4% aan ooit geïnfecteerd te zijn met hepatitis B. Van de 11 respondenten die ooit besmet zijn met hepatitis B hebben er 6 klachten en symptomen ervaren als gevolg van de infectie met het hepatitis B virus. In de

²³ De vraag of prostituees ooit getest zijn op hepatitis B is tijdens de dataverzamelingsperiode in Rotterdam toegevoegd aan de vragenlijst, daarom zijn de gegevens slechts gedeeltelijk beschikbaar voor de steekproef uit Rotterdam (N=190).

drie regio's gezamenlijk blijkt 63% van de prostituees tegen hepatitis B gevaccineerd. In Tabel 60 staat de vaccinatiegraad 'Tegen hepatitis B' plus de vaccinatiegraad 'Tegen hepatitis A en B'. Bij de percentages zijn we uitgegaan van minimaal 1 vaccinatie (of meer) tegen hepatitis B. Deze vaccinatiegraad is daarom niet gelijk aan de immunisatie-graad.

Tabel 60: Vaccinatiegraad tegen hepatitis B (N=259), inclusief diegenen die niet ikv de campagne zijn gevaccineerd.

Vaccinatie	Percentages
Tegen hepatitis A	3
Tegen hepatitis B	51
Tegen hepatitis A en B	12
Weet niet/Weet niet tegen welke	1
Geen vaccinatie	34

De vaccinatiegraad in Rotterdam is 53%, in Utrecht 66% en in Zuid-Limburg 75%. Deze verschillen in vaccinatiegraad tussen de regio's zijn significant (Chi-square (2)=8.92, $p=0.01$). Van de respondenten die tegen hepatitis B zijn gevaccineerd ($n=163$) geeft 84% aan dat ze in het kader van de gratis vaccinatie-campagne zijn gevaccineerd. Naar verwachting ligt het eigenlijke percentage dat in het kader van de campagne is gevaccineerd iets lager, namelijk op 82%. Eén respondent blijkt aan de hand van de antwoorden op de vervolgvragen namelijk wel in het kader van de campagne te zijn gevaccineerd terwijl ze dacht van niet; en 5 respondenten blijken niet in het kader van de campagne te zijn gevaccineerd terwijl zij dat zelf wel dachten (zij zijn in het buitenland gevaccineerd). Van de 132 personen die tegen hepatitis B gevaccineerd zijn in het kader van de campagne, is de meerderheid van de respondenten op de werkplek (64%), bij de GGD (30%), op een andere plek (6%), zoals de soa-polikliniek en/of huisarts gevaccineerd. Een kwart (27%) heeft buiten de drie onderzoeksregio's (Rotterdam, Utrecht en Zuid-Limburg) hun eerste vaccinatie ontvangen.

4.5.1 Verschillen tussen prostituees die zich wel versus niet laten vaccineren

In deze paragraaf komen binnen de groep prostituees die op de hoogte is van de vaccinatiecampagne, de verschillen aan de orde tussen de prostituees die zich wel versus niet hebben laten vaccineren. Omdat personen die reeds geïnfecteerd zijn zich niet hoeven te laten vaccineren zijn deze niet meegenomen in de onderstaande analyses. Prostituees zijn met elkaar vergeleken qua sociaal-demografische gegevens, seksueel (risico)gedrag, locaties waar ze werken en de manier waarop ze bekend zijn geworden met de campagne. Uiteindelijk gaan de analyses over 167 respondenten die op de hoogte zijn van de campagne en niet eerder gevaccineerd of geïnfecteerd zijn.

Sociaal-demografische gegevens

Middels chi-kwadraat toetsen en een t-toets is nagegaan of verschillen in sociaal-demografische variabelen samenhangen met de vaccinatiegraad. Gevaccineerde prostituees bleken gemiddeld iets ouder te zijn dan niet-gevaccineerde prostituees. Van de gelovige prostituees was een hoger percentage gevaccineerd dan onder de niet gelovigen. De overige sociaal-demografische variabelen laten geen verschillen zien in vaccinatiegraad (Tabel 61).

Tabel 61: Percentages en gemiddelde scores (SD) voor sociaal-demografische factoren van prostituees die wel/niet gevaccineerd zijn

Kenmerken		Percentages/Gemiddelde scores (SD)			
	n	Gevaccineerd	Ongevaccineerd	Chi-kwadraat/T	P-waarde
Leefsituatie					
Alleen	49	67	33	1.15	0.28
Niet alleen	118	75	25		
Woonsituatie					
Woonhuis	135	70	30	2.58	0.11
Anders	32	84	16		
Religie					
Religieus	103	79	21	4.26	0.04
Niet religieus	64	64	36		
Educatie					
Laag	81	74	26	0.02	0.88
Midden en hoog	74	73	27		
Etniciteit					
Nederlands	47	72	28	0.00	0.97
Anders	117	73	27		
Leeftijd (t-toets)					
Gemiddelde	160	35 (8)	32 (10)	-2.16	0.03

Seksueel (risico)gedrag

Een hoger percentage prostituees dat wel eens heeft meegemaakt dat een condoom scheurde tijdens seks met klanten is gevaccineerd, in vergelijking met het percentage prostituees dat dit niet heeft meegemaakt in de afgelopen 6 maanden. Er bestaat een positief verband tussen het aantal verschillende personen waarmee prostituees in de afgelopen 6 maanden betaalde seks hebben gehad en de vaccinatiegraad (Tabel 62).

Tabel 62: Percentages en gemiddelde scores (SD) van seksueel (risico)gedrag in de afgelopen 6 maanden van diegenen die wel/niet gevaccineerd zijn

Kenmerken		Percentages/Gemiddelde scores (SD)			
	n	Gevaccineerd	Ongevaccineerd	Chi-kwadraat/T	P-waarde
Vaste sekspartner					
Ja	109	75	25	0.76	0.39
Nee	58	69	31		
Geneukt					
Ja	109	75	25	-	-
Nee					
Condoomgebruik					
Inconsistent	89	75	25	-	-
Altijd	19	79	21		
Losse sekspartner(s)					
Ja	36	75	25	0.05	0.83
Nee	123	73	27		
Geneukt					
Ja	35	74	26	-	-
Nee	1	100	0		
Condoomgebruik					
Inconsistent	13	92	8	-	-
Altijd	21	62	38		
Aantal losse partners (t-toets)	26	2.28 (2.39)	6.89 (12.75)	1.08	0.31
Neuken klanten					
Ja	151	73	27	0.00	0.97
Nee	15	73	27		
Condoom gebruik					
Inconsistent	4	100	0	-	-
Altijd	147	72	28		
Pijpen klanten					
Ja	151	73	27	-	-
Nee	12	75	25		
Condoom gebruik					
Inconsistent	31	74	26	0.04	0.85
Altijd	120	73	27		
Condoom gescheurd					
Ja	27	93	7	4.66	0.03
Nee	88	73	27		
Klantfrequentie					
Hoog	53	83	17	4.70	0.03
Laag	92	66	34		
SOA					
Ooit	60	70	30	0.40	0.53
Nooit	106	75	25		

Locatie/vindplaatsgegevens

Bekeken is vervolgens of de vaccinatiegraad samenhangt met de locaties waar de prostituees werken en hun mobiliteit. De vaccinatiegraad lijkt hoger onder de prostituees die achter het raam werken vergeleken met prostituees die daar niet werken. Dit verschil is echter niet significant. De duur dat prostituees op hun huidige werkplek werken, blijkt wel samen te hangen met de vaccinatiegraad: de gemiddelde duur is korter voor prostituees die niet gevaccineerd zijn, in vergelijking met prostituees die wel zijn gevaccineerd (Tabel 63).

Tabel 63: Vindplaatsen van prostituees die gevaccineerd/ongevaccineerd zijn ikv de vaccinatiecampagne

Kenmerken	n	Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
		Gevaccineerd	Ongevaccineerd		
Club					
Ja	38	71	29	0.13	0.72
Nee	127	74	26		
Privehuis					
Ja	36	75	25	0.09	0.77
Nee	131	73	27		
Raam					
Ja	49	84	16	3.54	0.06
Nee	115	70	30		
Tippelzone					
Ja	16	75	25	-	-
Nee	148	73	28		
Escort					
Ja	10	30	70	-	-
Nee	154	76	24		
Thuis					
Ja	8	50	50	-	-
Nee	154	75	25		
Massagesalon					
Ja	8	88	12	-	-
Nee	156	72	28		
Animeerbaar					
Ja	6	50	50	-	-
Nee	158	74	26		
Prostitutiesegment					
Zichtbaar	145	77	23	-	-
Minder zichtbaar	16	44	55		
In andere regio's werkzaam					
Ja	12	75	25	-	-
Nee	148	75	25		
Duur werkzaam in het vak (in mnd)	117	80 (74)	59 (74)	-1.32	0.19
Duur werkzaam in regio (in mnd)	157	46 (59)	34 (55)	-1.17	0.24
Duur werkzaam op werkplek (in mnd)	153	34 (51)	16 (22)	-2.92	0.00

Manier van bekend worden met de campagne

In paragraaf 4.4 was te zien hoeveel prostituees door middel van posters, flyers, vrienden en/of collega's, via voorlichters van de GGD, de verslavingszorg/maatschappelijke opvang bekend zijn geworden met de hepatitis B vaccinatiecampagne. De vaccinatiegraad blijkt hoger onder prostituees die via voorlichters van de GGD bekend zijn geworden met de campagne, dan onder prostituees die op een andere manier op de hoogte zijn gesteld.

Tabel 64: Percentages voor de manieren waarop prostituees bekend zijn met de campagne

Kenmerken	Percentages				Chi-kwadraat	P-waarde
	n	Gevaccineerd	Ongevaccineerd			
Voorlichters GGD						
Ja	90	84	16		13.28	0.00
Nee	76	59	41			
Flyer/informatiebrochure						
Ja	14	71	29		-	-
Nee	152	73	27			
Poster						
Ja	6	33	67		-	-
Nee	160	74	26			
Vrienden en/of kennissen						
Ja	12	33	67		-	-
Nee	154	76	24			

4.5.2 Het verklaren van de vaccinatiegraad

Om te onderzoeken welke variabelen het meest verklarend zijn voor de participatiegraad van prostituees die bekend zijn met de campagne, zijn de variabelen waarbij de vaccinatiegraad in de univariate analyses in de bovenstaande paragrafen significant verschilt, opgenomen in een logistische regressie-analyse waarin wel versus niet laten vaccineren werd opgenomen als afhankelijke variabele. Wederom is daarbij gecontroleerd voor de verschillen tussen regio's.

Uit de regressie-analyse (zie Tabel 65) blijkt dat de vaccinatiegraad onder prostituees het beste verklaard wordt door het wel of niet bekend zijn met de campagne via outreachactiviteiten die door voorlichters van de GGD worden verzorgd.²⁴ Deze variabele heeft de grootste voorspellende waarde voor de vaccinatiegraad. Daarnaast dragen het aantal klanten dat de prostituee rapporteert evenals de tijd die men op dezelfde werkplek werkt marginaal significant bij aan het verklaren van de vaccinatiegraad.

²⁴ N=86. Omdat de variabele: het wel of niet gescheurd zijn van een condoom niet aan alle respondenten is gevraagd is de N van de regressie-analyse kleiner. Deze variabele bleek wel univariaat verschillend voor de vaccinatiegraad en daarom is besloten deze wel in de analyses te betrekken. Nagelkerke R-square=0.09 voor stap 1, p=0.07; Nagelkerke R-square=0.14 voor stap 2, p=0.25; Nagelkerke R-square= 0.26 voor stap 3, p=0.02; Nagelkerke R-square=0.32 voor stap 4, p=0.06; Nagelkerke R-square= 0.47 voor stap 5, p=0.00.

Tabel 65: Samenvatting van de logistische regressie-analyse voor de verklaring van de participatiegraad

		OR	Wald test	P-waarde	95% CI
Stap 1	Regio		3.93	0.14	
Stap 2	Regio		2.16	0.34	
	Leeftijd	1.06	2.36	0.12	0.99-1.13
	Gelovig	1.18	0.09	0.76	0.40-3.54
Stap 3	Regio		3.15	0.21	
	Leeftijd	1.07	2.70	0.10	0.99-1.15
	Gelovig	1.25	0.15	0.70	0.39-4.00
	Gescheurd condoom	4.26	2.80	0.09	0.78-23.30
	Klantfrequentie	4.93	5.48	0.02	1.30-18.76
Stap 4	Regio		3.54	0.17	
	Leeftijd	1.05	1.40	0.24	0.97-1.13
	Gelovig	1.23	0.12	0.73	0.38-4.02
	Gescheurd condoom	3.37	1.91	0.17	0.60-18.87
	Klantfrequentie	4.06	3.94	0.05	1.02-16.18
	Duur werkplek (mnd)	1.03	2.51	0.11	0.99-1.08
Stap 5	Regio		5.32	0.07	
	Leeftijd	1.07	2.62	0.11	0.99-1.17
	Gelovig	1.55	0.44	0.51	0.43-5.68
	Gescheurd condoom	3.21	1.49	0.22	0.49-20.96
	Klantfrequentie	3.67	2.83	0.09	0.80-16.69
	Duur werkplek (mnd)	1.04	2.80	0.09	0.99-1.08
	Bekend via voorlichters van de GGD	12.04	8.88	0.00	2.34-61.85

4.5.3 Wat zijn redenen voor non-participatie?

Een groep prostituees die wel bekend is met de vaccinatiecampagne en niet geïnfecteerd is met hepatitis B - dus in aanmerking komt voor vaccinatie -, heeft ervoor gekozen om zich niet te laten vaccineren (n=45). We hebben gezien dat deze groep verschilt van de groep die zich wel heeft laten vaccineren op de volgende punten: de gemiddelde leeftijd van deze groep is lager, een lager percentage is gelovig, een lager percentage heeft te maken gehad met condooms die zijn gescheurd tijdens het neuken met klanten, de klantfrequentie is lager, de groep werkt korter op de huidige werkplek, en een lager percentage is bekend geworden met de campagne via outreachactiviteiten. Naast deze kwantitatieve analyses hebben we ook aan de prostituees zelf gevraagd waarom ze zich niet lieten vaccineren. Een van de belangrijkste redenen

waarom prostituees zich niet laten vaccineren tegen hepatitis B, terwijl zij wel van het bestaan van de vaccinatiecampagne op de hoogte zijn, is dat zij geen tijd hebben om zich te laten vaccineren. Het komt hen niet uit wanneer zij naar de GGD moeten voor een afspraak (n=9). Een andere reden waarom zij zich niet laten vaccineren, is dat zij denken geen risico op infectie met het hepatitis B virus te hebben (n=7). Zes personen zijn bang om geprikt te worden. Andere prostituees zijn pas sinds kort (weer) aan het werk (n=4), geven aan dat ze te laks zijn (n=4), of hebben er niet aan gedacht om zich te laten vaccineren (n=4).

Voorbeelden van uitspraken:

“Ik heb geen tijd, moet veel werken en het past niet in mijn schema.”

“Ik was 14 jaar getrouwd, sinds 7 maanden gescheiden en ben nog maar sinds 3 dagen aan het werk in de prostitutie.”

Drie prostituees geven aan dat ze te weinig kennis hebben over wat hepatitis B precies inhoudt, hoe ze gevaccineerd kunnen worden en of er bijwerkingen bestaan. Tot slot geeft één prostituee aan dat ze zwanger is geweest en dacht dat ze daarom niet gevaccineerd kon worden vanwege de bijwerkingen.

4.6 Compliance

Van de prostituees die bekend zijn met de campagne, zich hebben laten vaccineren en niet immuun zijn (n=93), rapporteerde in totaal 79% (n=73) dat ze drie of meer vaccinaties hebben gehad, 16% (n=15) heeft er twee ontvangen en 5% (n=5) slechts één. Deze percentages zijn gebaseerd op de groep respondenten die langer dan 6 maanden voordat het interview werd afgenomen hun eerste vaccinatie hadden ontvangen. Zij hebben op dat moment de kans gehad om zich volledig te laten vaccineren. Het totale aantal volledig gevaccineerde personen binnen onze steekproef was in totaal 100 personen, waarvan 79 personen waren gevaccineerd in het kader van de vaccinatiecampagne. Dit verschil van 6 (79-73=6) volledig gevaccineerde personen binnen het kader van de campagne is als volgt te verklaren: 1 prostituee gaf aan dat zij niet bekend was met de campagne, maar bleek toch volledig gevaccineerd. De overige drie bleken ook volledig gevaccineerd, terwijl zij aan hadden gegeven dat ze minder dan zes maanden voordat het interview plaatsvond hun eerste vaccinatie hadden gehad. Wellicht was hun eerste vaccinatie iets langer dan zes maanden geleden, maar dachten zij zelf dat het korter geleden was. Tot slot gaf een prostituee aan dat ze wel in het kader van de campagne een vaccinatie had ontvangen, maar tevens in haar thuisland al volledig was gevaccineerd. Vijf anderen gaven aan dat ze in Nederland maar één vaccinatie hadden gekregen. Zij bleken immuun bij de bloedtest die onderdeel vormde van de eerste vaccinatie in de vaccinatiecampagne, waarschijnlijk omdat ze in hun thuisland al volledig waren gevaccineerd (deze prostituees hadden niet aangegeven dat ze ooit geïnfecteerd waren). Het daadwerkelijke percentage prostituees dat volledig gevaccineerd is ligt daarom hoger dan staat aangegeven in de onderstaande tabel. Om prostituees die nog met hun vaccinatie reeks bezig zijn (< 6 maanden geleden eerste vaccinatie) uit te sluiten van de analyses over de non-compliance is de keuze gemaakt om voor de verdere analyses de groep te beperken tot zij die langer dan 6 maanden geleden de eerste vaccinatie hebben gehad. Zoals te zien is in Tabel 66 verschilt de compliancegraad niet tussen de regio's. In de tabel staan de absolute aantallen plus het percentage van de prostituees die 1, 2 of 3 vaccinaties hebben gehad, uitgesplitst naar regio.

Tabel 66: Aantal prostituees per onderzoeksregio, dat 1, 2 of 3 vaccinaties heeft gehad (in absolute getallen en percentages)

Aantal vaccinaties	Rotterdam	Utrecht	Zuid-Limburg	Totaal
1	2 (7%)	1 (3%)	2 (9%)	5 (5%)
2	5 (16%)	8 (20%)	2 (9%)	15 (16%)
3 of meer	24 (77%)	31 (77%)	18 (82%)	73 (79%)
Totaal	31	40	22	93

4.6.1 Verschillen tussen de compliance-groep en de non-compliance-groep

Sociaal-demografische gegevens

Wederom speelt de leeftijd van de prostituees een rol. De groep die de vaccinatiereeks afmaakt is gemiddeld ouder dan de groep die de vaccinatiereeks niet afmaakt. Van de groep prostituees die over een eigen huis (gekoofd en/of gehuurd) beschikken, maakt een hoger percentage de vaccinatiereeks af dan van de groep die over een andere woonruimte beschikt (bijvoorbeeld op kamers). Doordat er onvoldoende gevulde cellen waren kon niet worden berekend of dit verschil op toeval berustte of niet.

Tabel 67: Percentages en gemiddelde scores (SD) voor sociaal-demografische factoren van prostituees die wel/niet de vaccinatiereeks afmaken

Kenmerken		Percentages/Gemiddelde scores (SD)			
	n	3 of meer vaccinaties (compliance)	1 of 2 vaccinaties (geen compliance)	Chi-kwadraat/T	P-waarde
Leefsituatie					
Alleen	28	75	25	0.29	0.59
Niet alleen	65	80	20		
Woonsituatie					
Woonhuis	74	85	15	-	-
Anders	19	53	47		
Religie					
Religieus	58	78	22	0.08	0.78
Niet religieus	35	80	20		
Educatie					
Laag	47	72	28	2.03	0.15
Midden en hoog	40	85	15		
Etniciteit					
Nederlands	27	70	30	1.31	0.25
Anders	64	81	19		
Leeftijd (t-toets)	90	37 (8)	33 (9)	-2.06	0.04

Seksueel (risico)gedrag

Met betrekking tot seksueel (risico)gedrag van de prostituees vinden we ook verschillen tussen het percentage prostituees dat de vaccinatiereeks wel of niet afmaakt. Een lager percentage van de prostituees die losse sekspartners hebben (naast een eventuele vaste partner en klanten), is volledig gevaccineerd, vergeleken met de prostituees die geen losse sekspartners hebben. De compliance lijkt eveneens lager voor prostituees

die ooit een SOA hebben opgelopen, maar dit verschil is niet significant. Voor een aantal variabelen kan geen Chi-kwadraat worden berekend vanwege onvoldoende gevulde cellen.

Tabel 68: Percentages en gemiddelde scores (SD) van seksueel (risico) gedrag in de afgelopen 6 maanden van diegenen die wel/niet de vaccinatiereeks afmaken

Kenmerken		Percentages/Gemiddelde scores (SD)			
	n	3 of meer vaccinaties	1 of 2 vaccinaties	Chi-kwadraat/T	P-waarde
Vaste sekspartner					
Ja	61	84	16	2.74	0.10
Nee	32	69	31		
Geneukt					
Ja	61	84	16	-	-
Nee					
Condoomgebruik					
Inconsistent	49	86	14	-	-
Altijd	12	75	25		
Losse sekspartner(s)					
Ja	23	57	43	8.08	0.00
Nee	67	85	15		
Geneukt					
Ja	23	57	43	-	-
Nee					
Condoomgebruik					
Inconsistent	9	56	44	-	-
Altijd	13	54	45		
Aantal losse partners (t-toets)	23	1.65 (0.94)	2.00 (2.00)	0.55	0.59
Neuken klanten					
Ja	83	77	23	-	-
Nee	9	89	11		
Condoomgebruik					
Inconsistent	2	100	0	-	-
Altijd	81	77	23		
Pijpen klanten					
Ja	84	77	23	-	-
Nee	7	86	14		
Condoomgebruik					
Inconsistent	18	72	28	-	-
Altijd	66	79	21		
Condoom gescheurd					
Ja	19	74	26	-	-
Nee	48	77	23		
Klantfrequentie					
Hoog	37	78	22	0.00	0.97
Laag	47	79	21		
SOA					
Ooit	36	69	31	2.85	0.09
Nooi	57	84	16		

Locaties/vindplaatsgegevens

Het lijkt erop dat een lager percentage prostituees dat alleen in het minder zichtbare circuit werkzaam is, de vaccinatierreeks afmaakt in vergelijking met vrouwen die in de overige segmenten werken. Gezien de lage n kunnen deze verschillen helaas niet getoetst worden.

Er bestaan geen verschillen in de compliancegraad voor de verschillende afzonderlijke werkplekken van prostituees. Vanwege onvoldoende gevulde cellen kan voor een aantal werkplekken niet berekend worden of de verschillen in de percentages tussen prostituees die de vaccinatierreeks wel of niet afmaken op toeval berusten of niet.

Tabel 69: Vindplaatsen van prostituees die wel/niet de vaccinatierreeks afmaken

Kenmerken	n	Percentages/Gemiddelde scores (SD)		Chi-kwadraat/T	P-waarde
		3 of meer vaccinaties	1 of 2 vaccinaties		
Club					
Ja	24	75	25	0.20	0.65
Nee	68	79	21		
Privehuis					
Ja	17	88	12	1.17	0.28
Nee	76	76	24		
Raam					
Ja	31	77	23	0.02	0.89
Nee	61	79	21		
Tippelzone					
Ja	9	78	22	-	-
Nee	82	78	22		
Escort					
Ja	3	67	33	-	-
Nee	88	78	22		
Thuis					
Ja	3	100	0	-	-
Nee	88	77	23		
Massagesalon					
Ja	6	83	17	0.11	0.75
Nee	85	78	22		
Animeerbaar					
Ja	2	50	50	-	-
Nee	89	79	21		
Prostitutiesegment					
Zichtbaar	5	79	21	-	-
Minder zichtbaar	85	60	40		
Ook in andere regio's werkzaam in prostitutie					
Ja	7	100	0	-	-
Nee	85	77	23		
Duur werkzaam in het vak (in mnd)	68	95.90 (76.52)	70.13 (83.33)	-1.15	0.25
Duur werkzaam op werkplek (in mnd)	85	43.15 (59.42)	26.16 (42.72)	-1.16	0.25
Duur werkzaam in regio (in mnd)	86	57.77 (69.27)	38.26 (44.08)	-1.16	0.25

Manieren van bekend worden met de campagne

Tot slot is onderzocht of de manier waarop de respondenten bekend zijn geworden met de campagne een verschil uitmaakt voor hun compliance. Er is geen verband gevonden tussen het bekend worden via voorlichters van de GGD en de compliance onder prostituees. Van de prostituees die via vrienden en/of collega's op de hoogte zijn van de campagne lijkt een hoger percentage de vaccinatiereeks af te maken. Dit verband kon niet statistisch worden vastgesteld.

Tabel 70: De manieren waarop prostituees bekend zijn met de campagne van degenen die wel/niet de vaccinatiereeks afmaken

Kenmerken			Percentages		Chi-kwadraat	P-waarde
	n		3 of meer vaccinaties	1 of 2 vaccinaties		
Voorlichters GGD						
Ja	57		79	21	0.04	0.84
Nee	35		77	23		
Flyer/informatiebrochure						
Ja	7		57	43	-	-
Nee	85		80	20		
Poster						
Ja	2		50	50	-	-
Nee	90		79	21		
Vrienden en/of collega's						
Ja	12		100	0	-	-
Nee	80		75	25		

4.6.2 Het verklaren van de compliance

Uit de resultaten blijkt dat prostituees die de vaccinatiereeks afmaken gemiddeld iets ouder zijn. Ook bestaat er een negatief verband tussen compliance en het hebben van losse partners. Een lager percentage van de prostituees die losse sekspartners hebben (naast een eventuele vaste partner en klanten), is volledig gevaccineerd, vergeleken met de prostituees die geen losse sekspartners hebben. Wanneer we deze variabelen includeren in een logistische regressie-analyse met compliance versus noncompliance als afhankelijke variabele en als controlevariabelen de regio, dan blijkt de belangrijkste variabele die de compliance verklaart het wel of niet hebben van losse partners. In totaal verklaren de in de analyse opgenomen variabelen 15% van de variantie²⁵.

²⁵ N=88 Nagelkerke R-square=0.00 voor stap 1, p=0.95; Nagelkerke R-square= 0.07 voor stap 2, p=0.05; Nagelkerke R-square=0.15 voor stap 3, p=0.02.

Tabel 71: Samenvatting van de logistische regressie-analyse voor de verklaring van de compliance

		OR	Wald test	P-waarde	95% CI
Stap 1	Regio		0.11	0.95	
Stap 2	Regio		0.14	0.93	
	Leeftijd	1.07	3.69	0.06	0.01-1.15
Stap 3	Regio		0.34	0.85	
	Leeftijd	1.05	2.09	0.15	0.98-1.13
	Losse sekspartners	0.27	5.26	0.02	0.09-0.83

4.6.3 Wat zijn redenen voor non-compliance?

Wanneer prostituees aangaven dat ze de vaccinatiereeks niet hebben afgemaakt (n=20) werd gevraagd waarom niet. Zij noemden verschillende redenen. Zij hadden bijvoorbeeld een afspraak gemist (n=7), omdat ze op het moment dat de volgende vaccinatie toegediend zou worden op vakantie waren of inmiddels ergens anders werkten. Twee prostituees zijn vergeten om de vaccinatie te halen en drie geven als reden op dat het kwam door gemakszucht dat ze de vervolgvaccinatie nog niet gehaald hebben. Sommigen (n=2) zeggen niet van een derde vaccinatie af te weten. Eén persoon geeft aan dat ze geen tijd had om gevaccineerd te worden, voornamelijk omdat ze overdag slaapt en 's nachts werkt en daardoor niet tijdens de reguliere openingstijden van de GGD gevaccineerd kon worden. Tot slot is er iemand die nog wacht op de verpleegkundigen van de GGD omdat die een maand later langs zouden komen.

4.7 Intentie

Aan prostituees die bekend zijn met de campagne, maar zich desondanks niet lieten vaccineren is gevraagd in hoeverre zij van plan zijn om zich in de komende periode te laten vaccineren. De prostituees die reeds geïnfecteerd zijn, zijn niet in deze analyses meegenomen omdat vaccinatie voor hen overbodig is. In de onderstaande tabel zijn de percentages prostituees aangegeven die zeker niet tot zeker wel van plan zijn om zich de komende 30 dagen te laten vaccineren. Negenenveertig procent van de prostituees geeft aan zich op de korte termijn te willen laten vaccineren (Tabel 72).

Tabel 72: Intentie: Ben je van plan om je de komende 30 dagen te laten vaccineren tegen hepatitis B? (N=45)

		% komende 30 dagen
Geen intentie	Zeker niet	22
	Waarschijnlijk niet	13
	Misschien	16
Wel intentie	Waarschijnlijk wel	29
	Zeker wel	20
	Gemiddelde intentie	3.11
	SD	1.46

4.8 Omvangschatting

De laatste onderzoeksvraag is: “wat is de omvang van de doelgroep prostituees in de drie onderzoeks-regio's?” Eerst gaan we in op deze vraag aan de hand van gegevens uit de literatuur. De tweede databron bestaat uit de multipliemethode: dat wil zeggen een extrapolatie van de onderzoeksgegevens uit ons eigen databestand en het registratiesysteem van GGD Nederland.

4.8.1 Literatuuronderzoek

Uit de literatuurstudie van Lalan en Van de Mheen (2002) kwam naar voren dat het aantal prostituees in Nederland wordt geschat op 25.000 (waarvan maximaal 10% mannelijke prostituees en 10% aan harddrugs verslaafde prostituees). Van der Helm en Van Mens (1999) hebben onderzoek gedaan naar de mobiliteit van prostituees. Zij kwamen tot een omvangschatting van maximaal 25.000 prostituees die op jaarbasis in Nederland werken. Van de vrouwelijke bevolking in Nederland heeft 3.2% wel eens betaald gekregen voor seks (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). Bij 85% vond dit langer dan een jaar geleden plaats. Bij 1.7% van de Nederlandse vrouwelijke bevolking heeft dit meer dan eens plaatsgevonden, hetgeen een indicatie is voor sekswerk. Goderie en Boutellier (2006) schatten aan de hand van informatie over het aantal vergunde bedrijven, interviews en observaties het aantal legaal werkende prostituees in Rotterdam op 400 per dag. Rekening houdend met het de mobiliteit van prostituees en prostituees die parttime werken, kwamen zij uit op 2200 prostituees per jaar. Zij verwachten dat de omvang van de illegale prostitutiesector op zijn minst even groot is (450 personen per dag). Medewerkers van de GGD Rotterdam en omstreken hebben het aantal prostituees dat per dag in Rotterdam in clubs, privehuizen, bordelen en escortbureau's werkt op 1500 geschat (Gegevens projectplan GGD hepatitis B vaccinatiecampagne, 2002). Op de tippelzone (die inmiddels is gesloten) zouden zo'n 100 tot 120 vrouwen per dag werkzaam zijn. Op jaarbasis zouden dit er 3.400 zijn (300 in clubs etc, en 400 op de tippelzone). In Utrecht werd op dezelfde manier het aantal prostituees geschat op 900 op jaarbasis (Gegevens projectplan GGD hepatitis B vaccinatiecampagne, 2002). De medewerkers van GGD Zuid-Limburg schatten het aantal prostituees in Oostelijk Zuid-limburg en de Westelijke Mijnstreek op circa 280 (Gegevens projectplan GGD hepatitis B vaccinatiecampagne, 2002). Over het aantal prostituees in Zuidelijk Zuid-Limburg zijn geen gegevens beschikbaar uit de literatuur.

4.8.2 Extrapolatie onderzoeksgegevens

Om te bekijken of de omvangschatting betrouwbaar kan worden uitgevoerd via de zogenaamde 'Multipliemethode' (zie voor uitleg paragraaf 1.2.7; de schatting betreft een extrapolatie van het aantal hepatitis B gevaccineerden uit het registratiesysteem) zijn vragen over mobiliteit in het onderzoek opgenomen. Zoals uit onze resultaten blijkt, is de groep prostituees zeer mobiel. Twintig procent van de prostituees is minder dan een jaar geleden met het vak begonnen. Informatie over de uitstroom van prostituees is met dit onderzoek niet verzameld, omdat zich geen voormalige prostituees in de onderzoeksgroep bevonden. Wat betekent deze nieuwe aanwas van prostituees voor de omvangschatting? Er zullen in verhouding meer prostituees gevaccineerd zijn in het registratiesysteem van de vaccinatiecampagne (zij die vanaf 2002 in de prostitutie werkten) dan in onze steekproef (huidige prostituees). Ook is er sprake van mobiliteit tussen de regio's: een kwart van de prostituees werkt minder dan 5 maanden in de huidige regio. Een kwart (27%)

heeft buiten de drie GGD regio's (Rotterdam, Utrecht en Zuid-Limburg) hun eerste vaccinatie ontvangen. Het is de vraag of ook precies een kwart van de prostituees die in de onderzoeksregio's zijn gevaccineerd uitstroomt naar andere regio's.

De omvang van de groep prostituees in de drie onderzoeksregio's die geschat is met behulp van de multipliemethode betreft voor Rotterdam ongeveer 1000 prostituees, voor Utrecht bijna 800 prostituees en voor Zuid-Limburg 650 prostituees. De omvangschattingen zijn op dezelfde manier berekend als voor de doelgroepen MSM en druggebruikers, zie voor de formule paragraaf 1.2.7.

De eerste drie rijen uit de onderstaande tabel (Tabel 73) bevatten gegevens uit het registratiesysteem van de GGD. Het totaal aantal eerste vaccinaties is van belang om de omvang te kunnen schatten met behulp van extrapolatie van de gegevens uit ons eigen onderzoek. In de vierde rij staat het aantal prostituees dat in het kader van de huidige vaccinatiecampagne is gevaccineerd. Omdat de looptijd van de huidige campagne minder dan drie jaar bedroeg op het moment van interviewen, hebben wij een selectie gemaakt van diegenen die binnen deze drie jaar hun eerste vaccinatie hebben ontvangen. Prostituees die aan hebben gegeven dat ze langer dan drie jaar geleden hun eerste vaccinatie hebben ontvangen, tellen dus niet mee in de onderstaande berekeningen. Wanneer we een periode langer dan 3 jaar zouden aanhouden, dan kunnen er ook prostituees in de tabel komen die bijvoorbeeld in het proefproject zijn gevaccineerd. Omdat deze echter niet in het registratiesysteem van de GGD vermeld staan, zouden foutieve omvangschattingen het resultaat zijn. De registratiegegevens van de GGD hebben immers alleen betrekking op de huidige vaccinatiecampagne. Net zoals bij de andere twee onderzoeksgroepen in deze rapportage (druggebruikers en MSM) is voor de berekening van de omvangschatting de helft van het aantal eerste vaccinaties tijdens de interviewperiode genomen. De reden hiervoor is dat prostituees ook tijdens onze interviewperiode zijn gevaccineerd. Wanneer we alleen zouden kiezen voor de vaccinaties tot aan de start van onze dataverzameling, dan is het mogelijk dat we een onderschatting krijgen van het aantal prostituees in de regio's.

Tabel 73: Gegevens uit GGD registratiesysteem en huidige steekproef, ten behoeve van de omvangschatting prostituees

	Regio	Rotterdam	Utrecht	Zuid-Limburg
Registratiesysteem vaccinatiecampagne GGD	GGD Aantal vaccinaties tot interviewperiode	403	321	228
	Aantal vaccinaties tot halverwege interviewperiode	68	23	11
	A Totaal aantal 1e vacc	437	333	234
Steekproef	B Ratio	43/95=0,45	43/102=0,42	22/62=0,36
	Omvangschatting per regio	971	793	650
	Omvangschattingen literatuur	1600 per dag, 3400 op jaarbasis (GGD, 2002) Legaal: 400 personen per dag, 2200 personen per jaar, Illegaal: 450 personen per dag (Goderie en Boutellier, 2006).	900 op jaarbasis (GGD, 2002)	280 in OZL, in ZZL=NB (GGD, 2002)

Wat betekenen deze cijfers? De omvangschattingen zouden een weergave moeten zijn van het aantal prostituees dat tijdens onze dataverzamelingsperiode in de prostitutie werkt. Immers: in dit onderzoek werd op meerdere dagen op meerdere plekken geworven, en het bereik geeft weer hoeveel prostituees op dat moment bekend zijn met de campagne en/of gevaccineerd zijn. De cijfers van de GGD-registratie betreffen echter alle gevaccineerde prostituees vanaf 2002. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de mobiliteit onder prostituees erg hoog is: een kwart van de prostituees werkt korter dan 3 maanden in de huidige regio en 20% is minder dan een jaar geleden met het vak begonnen. We hebben geen gegevens over de uitstroom van het aantal prostituees, maar deze uitstroom zal ongeveer dezelfde omvang hebben als de instroom, indien het aantal prostitutieplekken gelijk is gebleven. De cijfers van de GGD (vanaf 2002) betreffen dus ook prostituees die uitgestroomd zijn uit de regio. Dat betekent dat de hier gepresenteerde omvangschatting mogelijk juist een overschatting laat zien ten opzichte van het werkelijke aantal op dit moment in de regio aanwezige prostituees. Ook hier dus dienen de omvangschattingen voorzichtig te worden geïnterpreteerd.

De schattingen van medewerkers van de GGD waren hoger dan de hier gepresenteerde cijfers. De schatting van Goderie en Boutellier (2006) van het gemiddeld aantal werkende legale prostituees per dag is echter lager dan de hier gepresenteerde schatting van de Rotterdamse populatie prostituees. Vanzelfsprekend zijn er meer prostituees bijvoorbeeld per week aan het werk in Rotterdam als het gaat om individuele personen dan de door Goderie en Boutellier gepresenteerde gemiddelde cijfers per dag. In het door hen geschatte jaarcijfer van 2200 prostituees in Rotterdam is wel rekening gehouden met het gegeven dat niet iedere prostituee fulltime werkt en met het grote verloop in de prostitutiesector. De schatting van het aantal prostituees dat werkzaam is in de illegale sector is (ook volgens de auteurs zelf) minder betrouwbaar, omdat het gaat om een aanname van het aantal in de regio werkzame illegale prostituees. Zoals vermeld is de door ons gemaakte omvangschatting door de hoge mobiliteit onder prostituees moeilijk interpreteerbaar. De hoge mobiliteit maakt het moeilijk om de omvang van deze doelgroep te schatten. Een gesloten populatie (waarbij dus sprake is van geen tot heel geringe mobiliteit) is één van de voorwaarden voor het doen van omvangschattingen zoals bij het gebruik van bijvoorbeeld de capture-recapture methode (Buster & Van den Brink, 2002).

4.9 Samenvatting en discussie

4.9.1 Samenvatting

Samengevat laat dit onderzoek zien dat 79% van de prostituees in de onderzoeksregio's (steekproef N= 259) op de hoogte is van de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne. Prostituees die bekend zijn met de campagne blijken een hogere gemiddelde leeftijd te hebben in vergelijking met prostituees die niet bekend zijn met de campagne. Een hoger percentage prostituees met een hoge klantfrequentie (>200 verschillende klanten in de afgelopen 6 maanden) blijkt bekend te zijn met de campagne, in vergelijking met prostituees met een lage klantfrequentie (<=200 verschillende klanten in de afgelopen 6 maanden). Een lager percentage prostituees waarbij wel eens een condoom is gescheurd tijdens seks met klanten in de afgelopen 6 maanden, is bekend met de campagne in vergelijking met prostituees waarbij geen condooms

zijn gescheurd. Er bestaat een positief verband tussen het werken achter een raam en de bekendheid met de campagne. Ook blijkt een lager percentage van de prostituees die slechts werkzaam zijn in de minder zichtbare segmenten van de prostitutie (zoals in escort, thuis of in een animeerbaar) bekend met de campagne, in vergelijking met prostituees die in de overige segmenten werken. Significante verschillen bestaan ook voor de duur dat prostituees werkzaam zijn in de seksbranche, de duur dat zij werkzaam zijn in de regio, en de duur dat zij werkzaam zijn op de huidige werkplek. De duur dat prostituees in het vak zitten, of zij wel of niet hebben meegemaakt dat een condoom scheurde tijdens seks met klanten, en of zij wel of niet achter het raam werken blijken de belangrijkste factoren in de verklaring van de bekendheid met de campagne in een logistische regressie-analyse.

Van alle respondenten is 63% gevaccineerd tegen hepatitis B. Dat wil zeggen dat ze minimaal hun eerste vaccinatie hebben gehad. Van deze respondenten (n=163) is naar verwachting 82% in het kader van de campagne gevaccineerd. Resultaten tonen aan dat de gemiddelde leeftijd van gevaccineerde prostituees hoger is dan de gemiddelde leeftijd van ongevaccineerde prostituees. Verder is een hoger percentage gelovige prostituees gevaccineerd in vergelijking met prostituees die niet gelovig zijn. Een hoger percentage prostituees waarbij wel eens een condoom is gescheurd tijdens seks met klanten in de afgelopen 6 maanden heeft zich laten vaccineren vergeleken met prostituees waarbij dat niet is gebeurd. Van de prostituees met een hoge klantfrequentie is een hoger percentage gevaccineerd vergeleken met prostituees met een lage klantfrequentie. Gevaccineerde prostituees werken gemiddeld langer op de huidige werkplek dan niet gevaccineerde prostituees. Tenslotte is er een positief verband gevonden tussen bekendheid met de campagne via voorlichters van de GGD en de vaccinatiegraad. Het bekend worden met de campagne via voorlichters van de GGD bleek de belangrijkste factor die een verklaring biedt voor verschillen in vaccinatiegedrag in de regressie-analyse. Een belangrijke reden waarom prostituees zich volgens eigen zeggen niet laten vaccineren tegen hepatitis B, terwijl zij wel van het bestaan van de vaccinatiecampagne op de hoogte zijn, is dat zij geen tijd hebben om zich te laten vaccineren.

Van de groep prostituees die bekend is met de campagne, zich heeft laten vaccineren en niet immuun is, heeft in totaal 79% drie of meer vaccinaties gehad, 16% heeft er twee ontvangen en 5% slechts een. Prostituees die de vaccinatiereeks afmaken zijn gemiddeld iets ouder dan prostituees die de vaccinatiereeks niet afmaken. Ook bestaat er een negatief verband tussen compliance en het wel of niet hebben van losse sekspartners. Een hoger percentage vrouwen dat seks heeft gehad met losse sekspartners, maakt de vaccinatiereeks niet af in vergelijking met vrouwen die geen seks hebben gehad met losse sekspartners. Uit de regressie-analyse blijkt dat de belangrijkste verklaring voor (non)compliance het wel of niet hebben van losse sekspartners is. De compliance verschilt niet tussen prostituees die wel of niet via **outreach** activiteiten bekend zijn geworden met de campagne. De belangrijkste reden die prostituees zelf noemen voor het niet afmaken van de vaccinatiereeks is het missen van een afspraak. Zij waren afwezig op het moment dat de verpleegkundigen van de GGD langskwamen op de werkplek.

Van de prostituees die wel bekend zijn met de campagne, maar nog niet immuun (n = 45), is 64% van plan om zich in de komende 30 dagen te laten vaccineren.

De omvang van de drie onderzoeksregio's die geschat is met behulp van de multiplier-methode betreft voor Rotterdam bijna 1000 prostituees, voor Utrecht bijna 800 prostituees en voor Zuid-Limburg 650 prostituees. Deze gegevens betreffen de aantallen prostituees die werkzaam zijn in de regio's ten tijde van de dataverzameling en dienen daarom voorzichtig geïnterpreteerd te worden. Het betreffen mogelijk overschattingen van de omvang wanneer deze geïnterpreteerd worden als de aantallen prostituees die werkzaam zijn op een bepaald moment, gezien de hoge mobiliteit van de prostituees.

4.9.2 Discussie

De bekendheid met de campagne onder de prostituees is hoog (79%). De bekendheid met de campagne was in alle drie de regio's ongeveer gelijk: Rotterdam (76%) en Utrecht (80%), en Zuid-Limburg (82%) (Chi-square (2)= 1.11 $p= 0.58$). In Zuid-Limburg werd door sommige bordeelhouders geen toestemming verleend om te mogen interviewen. Mogelijk heeft dit tot een iets hogere schatting van het bereik geleid.

De resultaten onder de doelgroep prostituees lijken te wijzen in een bepaalde richting: hoe korter de prostituees in het vak zitten, hoe kleiner de kans dat zij de campagne kennen. Dit lijkt logisch. Uit de resultaten van de multivariate analyses blijkt dat de duur dat zij in het vak zitten een belangrijke factor is voor de voorspelling van bekendheid met de campagne. Univariaat blijken er daarnaast meer factoren een rol te spelen in de verklaring van bekendheid met de campagne. Omdat deze factoren echter een samenhang vertonen met onder andere de duur dat zij in het vak zitten en/of met andere voorspellers, en met de afhankelijke variabele (confounding), dragen ze in de multivariate analyse niet meer apart bij aan de verklaring van bekendheid. De leeftijd van de prostituees hangt samen met de duur dat zij in het vak zitten ($r=0.28$, $p<0.001$) en op de huidige werkplek werkzaam zijn ($r=0.31$, $p<0.001$). Alle drie deze variabelen voorspellen (univariaat) of prostituees bekend zijn met de campagne. In de multivariate analyse blijken ze echter niet alle drie significant bij te dragen aan de voorspelling van deze bekendheid. Dit heeft te maken met zogenaamde versturende variabelen (confounding). De duur dat prostituees in het vak werken blijft over als voorspellende variabele van bekendheid met de campagne in de multivariate analyse. Deze variabele neemt het effect van de andere variabelen (leeftijd en duur werkzaam op de huidige werkplek) op bekendheid met de campagne weg vanwege hun onderlinge verbondenheid. Dit alles neemt niet weg dat jongere prostituees minder goed bereikt worden door de campagne. Het blijft dus belangrijk om jongere prostituees te benaderen voor de campagne en om rekening te houden met de mobiliteit van de prostituees.

Het grootste deel van de prostituees is bekend geworden met de campagne via voorlichters van de GGD. Deze **outreach** activiteiten blijken beter de vaccinatiegraad te verklaren dan de overige factoren die in dit kader zijn onderzocht, zoals bijvoorbeeld het seksueel risicogedrag van prostituees.

De bekendheid met de campagne is het hoogst onder vrouwen die achter het raam werken. Een kanttekening hierbij is dat de helft van de aangesproken prostituees die achter het raam werken deelname aan het onderzoek hebben geweigerd. De resultaten van het nonresponsonderzoek geven echter geen aanwijzingen voor een selectie-effect, immers niet deelnemers zijn even vaak op de hoogte van de campagne als deelnemers en zijn even vaak gevaccineerd. Er zijn geen verschillen gevonden wat betreft hun etnische achtergrond of leeftijd.

Omdat er sprake is van cross-sectionele data is het lastig om uitspraken te doen over oorzaak en gevolg. Er blijkt een verband te bestaan tussen bekend zijn met de campagne via GGD-voorlichters en de vaccinatiegraad. Het is goed voorstelbaar dat een hoger percentage prostituees dat bekend is geworden met de campagne via medewerkers of voorlichters van de GGD ook gevaccineerd is, immers dit zijn vaak dezelfde personen die ook vaccineren op locatie. Deze vaccinaties vinden in de outreachregio's grotendeels op prostitutielocaties plaats. Omgekeerd is het ook mogelijk dat prostituees die zich hebben laten vaccineren zich beter de personen van de GGD kunnen herinneren die langs zijn geweest om ze te vaccineren.

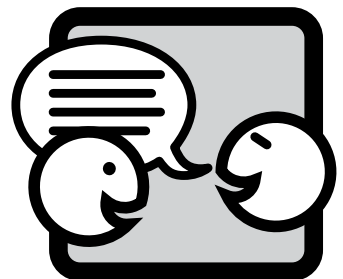
Er is zowel een relatie tussen het scheuren van condooms (tijdens seks met klanten) met de bekendheid met de vaccinatiecampagne, als met de vaccinatiegraad. Dit laatste verband is logisch te verklaren: zij die meer risico lopen op besmetting met het hepatitis B virus doordat condooms zijn gescheurd zullen eerder zijn geneigd om zich te laten vaccineren. Het eerste verband is minder helder. Een lager percentage prostituees waarbij wel eens een condoom is gescheurd tijdens seks met klanten in de afgelopen 6 maanden is bekend met de campagne, in vergelijking met prostituees waarbij geen condooms zijn gescheurd. Misschien hangt dit samen met de voorlichting die GGD-medewerkers geven aan prostituees. Prostituees die niet bereikt zijn door de campagne, zijn waarschijnlijk ook niet bereikt door GGD-medewerkers over soa-voorlichting en het deskundig gebruik van condooms, want het zijn vaak dezelfde voorlichters die voorlichting geven over hepatitis B en de vaccinatie daartegen.

Uit de multivariate regressie analyse blijkt dat de belangrijkste verklaring voor (non)compliance het hebben van losse (niet commerciële) sekspartners is. Er bestaat een samenhang tussen de leeftijd van de prostituees en het wel of niet hebben van losse (niet commerciële) sekspartners ($r=-0.21$, $p=0.047$). Jongere prostituees hebben vaker één of meer losse sekspartners. Hierdoor kan het hebben van losse sekspartners als confounder optreden in de relatie tussen leeftijd en compliance en blijkt leeftijd in de multivariate analyse dus niet significant bij te dragen aan de voorspelling van het wel of niet afmaken van de vaccinatierreeks. Er is namelijk multivariaat geen significant verband tussen de leeftijd van de prostituees en het wel of niet afmaken van de vaccinatierreeks. Dit neemt niet weg dat jongeren de vaccinatierreeks minder vaak afmaken. Zowel bij jongere prostituees als prostituees die losse sekspartners hebben, verdient het verhogen van de compliance aandacht.

aanbeveling

hoofdstuk 5

Aanbevelingen



Hoofdstuk 5

Aanbevelingen

In Tabel 74 wordt een overzicht gegeven van belangrijke bevindingen uit dit onderzoek.

Tabel 74: Samenvatting van de bekendheid met de vaccinatiecampagne, vaccinatiegraad, compliance, intentie en infectiegraad op basis van zelfrapportage per doelgroep.

	Druggebruikers	MSM	Prostituees
Bekend ^a	63% (N=309)	74% (N=320)	79% (N=259)
Gevaccineerd (minimaal 1 vaccinatie) ^b	44% (N=309)	50% (N=320)	63% (N=259)
Compliance ^c	67% (N=60)	84% (N=61)	79% (N=93)
Intentie ^d	37% (N=47)	23% (N=69)	49% (N=45)
(ooit) geïnfecteerd ^e	21% (N=289)	8% (N=320)	4% (N=259)

^a Bekendheid van alle personen uit de steekproef
^b Vaccinatiegraad van alle personen uit de steekproef
^c Compliance (afmaken van de vaccinatiereeks: 3 of meer vaccinaties) onder de selecte groep personen die bekend zijn met de vaccinatiecampagne, die langer dan 6 maanden geleden een eerste vaccinatie hebben gehad, maar die niet immuun of drager zijn.
^d Intentie om zich binnen 30 dagen te laten vaccineren van de selecte groep personen uit de steekproef die bekend zijn met de vaccinatiecampagne, die niet immuun of drager zijn van het hepatitis B virus.
^e Percentage (ooit) geïnfecteerd van alle personen uit de steekproef

Bekendheid met de vaccinatiecampagne

Van de druggebruikers is 63% bekend met de campagne. Bij MSM en prostituees is de bekendheid met de campagne iets hoger: resp. 74% versus 79%. Bekendheid van de campagne blijkt groter bij druggebruikers die geregistreerd staan bij een gebruikruimte en/of slapen in de nachtopvang. Bekendheid blijkt ook samen te hangen met de frequentie waarmee druggebruikers deze locaties bezoeken. Het lijkt erop dat de meest gemarginaliseerde groep binnen de groep druggebruikers bereikt wordt door de campagne. Immers: de

groep die naar gebruiksruidten en de nachtopvang gaat, beschikt vaak niet over woonruimte. Zij zijn dan ook het meest zichtbaar voor hulpverleners en zullen het meest persoonlijk contact met hen hebben. Persoonlijk contact is de belangrijkste manier om druggebruikers in te lichten over de mogelijkheid tot vaccineren. Het lijkt lastiger om binnen de gemarginaliseerde groep druggebruikers de groep te bereiken die minder gemarginaliseerd is, maar wel risicogedrag vertoont. Uit de resultaten blijkt dat het percentage dat bekend is met de campagne nagenoeg gelijk is (64% bekend vs 60% bekend) onder de druggebruikers die wel of niet naar het methadonprogramma gaan. Juist via een methadonprogramma zijn druggebruikers vaak goed te bereiken, omdat ze afhankelijk van hun programma één, drie of vijf keer per week op vaste tijden hun methadon op komen halen. Hier komt ook de iets minder gemarginaliseerde groep die maar één keer per week methadon op komt halen. Methadonprogramma's zijn dus een goede manier om druggebruikers te bereiken voor een vaccinatie.

Onder MSM worden biseksuelen in de campagne niet zo goed bereikt als homoseksuele mannen: een lager percentage biseksuele mannen is op de hoogte van de campagne in vergelijking met homoseksuele mannen. In de homohoreca (homocafe's, homodisco's en homofeesten) is de campagne goed geïmplementeerd. Dit is te zien aan het significante verschil in bekendheid met de campagne tussen mannen die deze plekken wel en zij die deze plekken niet bezoeken. Extra aandachtsgebieden zijn de cruisinggebieden, zoals parken, parkeerplaatsen, bossen en duinen. Een lager percentage van de mannen die op deze plekken komen, blijkt bekend met de campagne in vergelijking met mannen die niet op deze plekken komen. Omdat deze gebieden soms lastig te bereiken zijn, en de frequentie van bezoeken van MSM wisselend zijn en afhankelijk van het weer, is informatie verstrekken over hepatitis B en vaccinatie op deze locaties lastiger dan op vaste locaties zoals de homohoreca. Toch blijkt hier een potentiële groep te zijn die zich wil laten vaccineren. Op deze plekken komt naast de homoseksuele man ook een ander type MSM, namelijk ook mannen die biseksueel zijn en die verder niet naar homohoreca gelegenheden gaan. Dit is ook gebleken uit onze observaties en uit de gesprekken met sleutelcontactpersonen. Hieruit blijkt eveneens dat de groep biseksuelen ook te bereiken is in de homosuuna's en seksbioscopen.

Onder prostituees worden de vrouwen die achter het raam werken het best bereikt door de campagne. Het grotere bereik wordt mogelijk verklaard doordat bij sommige plekken voor raamprostitutie meer opbrengst is voor GGD-medewerkers. Op bijvoorbeeld het Zandpad (locatie voor raamprostitutie) in Utrecht werken veel prostituees op één locatie (met meerdere shifts). Hier zijn dus veel meer prostituees op één dag benaderbaar dan in verschillende kleine clubs in Zuid-Limburg. In principe zijn prostituees die achter het raam werken net zo zichtbaar voor GGD-medewerkers als prostituees die in een club werken, maar door tussenkomst van bijvoorbeeld een bordeelhouder kan het in sommige gevallen moeilijker zijn om vrouwen die in clubs werken te benaderen. Prostituees die in de escort, thuis of in het animeercircuit werken worden minder goed bereikt door de campagne. Zij zijn dan ook minder zichtbaar. De eerste twee groepen hebben een andere manier om hun klanten te werven (via advertenties/06/tussenpersonen). Omdat persoonlijk contact bij deze subgroep erg moeilijk te bereiken is, kunnen deze prostituees bereikt worden door advertenties af te speuren in dagbladen en/of op internet (voor zover dit nog niet gebeurt). Slechts 1% van de prostituees heeft via een internetsite over de hepatitis B vaccinatie gehoord. Dit kan ofwel betekenen dat prostituees erg weinig op internet kijken (maar dit is niet onderzocht) ofwel dat de informatievoorziening over de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne op internet specifiek voor prostituees beter kan worden benut. De informatie over de gratis hepatitis B vaccinatie kan aangeboden worden via

banners op internetsites waar prostituees zich aanbieden en die vervolgens leiden naar een specifieke site over hepatitis B vaccinatie voor prostituees, zoals homohep.nl bestaat voor de MSM. Op dit moment vindt de informatievoorziening aan prostituees via internet plaats via de site www.indeprostitutie.nl. Mogelijk kan de toeleiding naar deze website geoptimaliseerd worden en de informatie over de gratis hepatitis B vaccinatiecampagne meer zichtbaar gemaakt worden op de site. De prostituees die in het animeercircuit werken blijven moeilijk bereikbaar. Zij zijn moeilijk aanspreekbaar omdat zij zichzelf niet als prostituee beschouwen. Het vertrouwen winnen van de eigenaren en de vrouwen die daar werken is daarom belangrijk. Prostituees die minder lang in het vak zitten zijn minder vaak bekend met de campagne. Dat lijkt logisch, maar omdat deze groep nog weinig ervaring heeft met klanten is het juist van belang dat zij gevaccineerd worden.

Vaccinatie

Onder MSM lijkt de groep die vanwege hun seksuele gedrag het meeste risico loopt, goed bereikt door de campagne. De bevinding dat mannen die op internet gaysites als gaydar.nl en chatboy.nl bezoeken (gaysites die op seks/seksafspraken georiënteerd zijn), vaker tegen hepatitis B gevaccineerd zijn dan MSM die andere gaysites bezoeken sluit hier bij aan. Er is sprake van een restgroep van niet gevaccineerde mannen die wel bekend zijn met de campagne, maar zich niet willen laten vaccineren omdat ze vinden dat ze geen risico lopen op besmetting met het hepatitis B virus. Ongeveer de helft van de niet gevaccineerde mannen geeft dit als reden voor nonparticipatie aan. De groep die niet gevaccineerd is, loopt in principe ook minder risico qua seksueel gedrag in vergelijking met de groep die gevaccineerd is (onder de groep niet gevaccineerde mannen is een significant lager percentage mannen dat seks heeft gehad met losse partners, vergeleken met mannen die wel gevaccineerd zijn; wanneer zij seks hebben met losse partners dan zijn dit er gemiddeld minder (6.5 partners) dan de groep die wel gevaccineerd is (10.2 partners), hoewel dit laatste verschil niet significant is. Echter, over gedrag van de eventuele vaste partner met andere losse sekspartners is niets bekend. Daarom is het toch zinvol om ook deze groep mannen ertoe aan te zetten zich te laten vaccineren. Wellicht helpt de scenario-benadering zoals die op dit moment al op [homohep](http://homohep.nl) wordt toegepast, om de risicoinschatting van deze groep mannen te bevorderen. Uit onze resultaten blijkt dat prostituees die door de hepatitis B vaccinatiecampagne bereikt worden gemiddeld ouder zijn dan prostituees die niet bereikt worden: er is een leeftijdsverschil van gemiddeld 4 jaar onder de vrouwen die bekend zijn met de campagne, vergeleken met zij die niet bekend zijn. Ook was er een verschil onder de prostituees die wel of niet gevaccineerd zijn: zij die wel gevaccineerd zijn, zijn gemiddeld 3 jaar ouder dan zij die niet gevaccineerd zijn. Het vaccineren van de jongere prostituees verdient dan ook aandacht. Voor alle drie de doelgroepen bestaat er een positief verband tussen outreachactiviteiten en de vaccinatiegraad. Onder druggebruikers is er een positief verband tussen het bekend worden met de campagne via de verslavingszorg en de vaccinatiegraad. En onder prostituees blijkt het bekend worden met de campagne via voorlichters van de GGD de belangrijkste verklarende factor van de vaccinatiegraad. Onder MSM is het bekend worden via voorlichters van de GGD de belangrijkste factor, naast het wel of niet hebben van losse mannelijke sekspartners. Outreachactiviteiten lijken een belangrijke bijdrage te leveren aan de vaccinatiegraad onder deze doelgroepen en het advies is dan ook om deze activiteiten voort te zetten. Omdat **convience** een rol lijkt te spelen is het advies om het druggebruikers toch vooral zo gemakkelijk mogelijk te maken om zich te laten vaccineren. Onder deze doelgroep blijkt het bekend worden met de gratis vaccinatie via de verslavingszorg en/of maatschappelijke opvang, veel effectiever te zijn dan het uitdelen van flyers/

informatiebrochures. Persoonlijk contact verdient daarom de voorkeur. Indien flyers of informatiebrochures worden verspreid kan dit het beste vanuit het oogpunt van informatievoorziening plaatsvinden, maar niet met het oog op het wervende karakter ervan.

Compliance

De compliance onder druggebruikers was laag (67% volledig gevaccineerd) in vergelijking met MSM (84% volledig gevaccineerd) en prostituees (79% volledig gevaccineerd).

Van de groep druggebruikers die meer risicovol seksueel gedrag vertoont (de groep die een of meer losse sekspartners had, die met meerdere losse partners seks had, en/of die ooit een SOA heeft opgelopen), maakt een lager percentage de vaccinatiereeks af in vergelijking met druggebruikers die minder seksueel risicovolle gedragingen vertonen. Gelet op de seksueel risicovolle gedragingen van juist diegenen die de vaccinatiereeks niet afmaken, is er een extra groot belang om hen volledig te vaccineren. Uit de redenen voor non-compliance onder druggebruikers blijkt dat een betere communicatie gewenst is tussen druggebruikers en hulpverleners, bijvoorbeeld over het moment waarop de volgende vaccinatie wordt toegediend en over inhoudelijke informatie over de vaccinatieprocedure. Sommige druggebruikers dachten namelijk dat ze vanuit de GGD of de verslavingszorg opgeroepen zouden worden voor de volgende vaccinatie, maar dat was niet gebeurd. Wanneer medewerkers van de GGD speciaal naar de maatschappelijke opvang moeten om daar druggebruikers te vaccineren, zal naar verwachting de kans klein zijn dat zij op dat moment alle personen treffen die zij wensen te treffen voor hun vervolgvaccinatie. Verpleegkundigen die in dienst zijn van deze instellingen zelf hebben meer kans om iedereen te treffen, omdat zij daar vaker aanwezig zijn en zijn dus minder afhankelijk van een bepaald moment. Hierdoor kunnen zij een groter bereik realiseren. Wanneer dit niet mogelijk is, kan vaccinatie vanuit de GGD gecombineerd worden met veldwerk. Omdat een derde van de druggebruikers aangeeft dat hij of zij in de afgelopen 6 maanden in de gevangenis heeft gezeten is dit een belangrijke vindplaats voor druggebruikers. Delinquenten die voor langere tijd vastzitten kunnen alle drie de vaccinaties in de gevangenis krijgen. Het komt echter voor dat delinquenten uit de gevangenis worden ontslagen terwijl zij hun vaccinatiereeks nog niet hebben voltooid.

De compliancegraad onder MSM kan wellicht nog worden verhoogd wanneer de informatieoverdracht over de procedure van de vaccinatie wordt verbeterd. Juist daarover blijken nog wel eens misverstanden te bestaan. Wordt je opgeroepen voor die vaccinatie? Uit hoeveel vaccinaties bestaat de reeks eigenlijk? Net zoals bij druggebruikers heeft onder prostituees de groep die de vaccinatiereeks niet afmaakt een hoger percentage een of meer losse (niet commerciële) sekspartners, vergeleken met de groep die de vaccinatiereeks wel afmaakt. De groep die de vaccinatiereeks niet afmaakt, vertoont in dit opzicht dus meer risicovol gedrag. Zij zijn ook iets jonger dan de groep die wel volledig is gevaccineerd. Het missen van een afspraak is een belangrijke reden waarom zij de vaccinatiereeks niet afmaken. Hier speelt de mobiliteit van prostituees een rol. Omdat prostituees als belangrijkste reden voor nonparticipatie aangeven dat ze een afspraak hadden gemist om zich te laten vaccineren, is het vanwege deze mobiliteit van belang dat ze ervan op de hoogte zijn dat zij ook op een andere GGD terecht kunnen om hun vaccinatiereeks voort te zetten.

Kortom, per doelgroep kunnen een aantal aspecten worden aangepakt met het doel de bekendheid met de campagne, de vaccinatiegraad en de compliance te optimaliseren. Zie achtereenvolgens de tabellen 75, 76 en 77. De aanbevelingen in deze tabellen zijn gebaseerd op zowel de bevindingen uit de univariate

analyses²⁶, de bevindingen uit de multivariate analyses, de kwalitatieve gegevens uit deze studie en informatie uit wetenschappelijke artikelen.

Tabel 75: Wenselijke acties per doelgroep ter bevordering van de bekendheid met de campagne.

Doelgroep	Bevordering bekendheid met de campagne
Druggebruikers	Hulpverlening benutten, met name instellingen waar druggebruikers regelmatig terugkeren. Persoonlijk contact met een bekend iemand is belangrijk om de bekendheid met de vaccinatiecampagne en de vaccinatiegraad te verhogen.
MSM	Extra aandacht voor de groep biseksuelen. Cruisinggebieden bezoeken en banners op internetsites voor MSM intensiveren om bereik onder biseksuelen te vergroten. Homosauna's en seksbioscopen bezoeken.
Prostituees	Startende en jongere prostituees beter proberen te bereiken. Aandacht voor de frequentie en verschillende tijden dat de vrouwen werkzaam zijn. Extra aandacht voor escort. Door het internet en advertenties te scannen. SMS-project van Soa-AIDS Nederland hiervoor benutten. De groep prostituees die wel eens onveilige seks heeft doordat een condoom was gescheurd is minder vaak bekend met de campagne. Aandacht voor deze groep is van belang.

Tabel 76: Wenselijke acties per doelgroep ter bevordering van de vaccinatiegraad

Doelgroep	Verhogen vaccinatiegraad hepatitis B
Druggebruikers	Maak het voor druggebruikers zo gemakkelijk mogelijk om ze te laten vaccineren. In het dagelijks leven denken zij niet aan een hepatitis B vaccinatie. Samenwerking met de hulpverlening is belangrijk in verband met het persoonlijk contact. Een derde van de druggebruikers heeft in de gevangenis gezeten. Dit is een belangrijke vaccinatielocatie, zeker wanneer delinquenten er voor een langere tijd zitten (langer dan een half jaar).
MSM	Bewustmaking van het seksueel risico op besmetting met het hepatitis B virus dat sommige mannen via de (vaste)partner lopen. Mogelijk draagt scenario-benadering op homohep.nl hiertoe bij. Persoonlijk contact (GGD-medewerkers) intensiveren.
Prostituees	Persoonlijk contact (van GGD-medewerkers) intensiveren. Prostituees werken soms op verschillende tijden en kunnen daardoor een afspraak missen. Vrouwen met een lagere klantfrequentie zijn minder vaak gevaccineerd. Probeer rekening te houden met verschillende shifts. Proberen vaker op verschillende tijden de locaties te bezoeken. Risicoinschatting met behulp van test laten maken (scenario-benadering).

²⁶ De aanbevelingen die gebaseerd zijn op de univariate analyses, maar variabelen betreffen die in de multivariate analyses niet significant bijdroegen aan de verklaring van bekendheid met de campagne, vaccinatiegraad of compliance worden in de tabellen aangegeven met een *.

Tabel 77: Wenselijke acties per doelgroep ter bevordering van de compliance van hepatitis B vaccinatie

Doelgroep	Verbeteren compliance hepatitis B vaccinatie
Druggebruikers	Benadrukken dat de vaccinatiereeks overal in Nederland gratis voltooid kan worden. Benadrukken dat het altijd zinvol is om de vaccinatiereeks nog af te maken ondanks het missen van een afspraak. Vanwege meer risicovol seksueel gedrag aandacht voor de groep die de vaccinatiereeks niet afmaakt. Mogelijkheden benutten vaccinatie door instellingen/hulpverlening; dicht op de doelgroep en persoonlijk contact. Bijvoorbeeld het inschakelen van "straatdokters". Justitiële inrichtingen ook inzetten voor vervolgvaccinaties. Communicatie vanuit hulpverlening richting justitiële inrichtingen en omgekeerd indien mogelijk verbeteren. Algemeen: communicatie over vervolgvaccinaties met de cliënten verbeteren. De noodzaak uitleggen van volledige vaccinatie.
MSM	Benadrukken dat de vaccinatiereeks overal in Nederland gratis voltooid kan worden. Benadrukken dat het altijd zinvol is om de vaccinatiereeks nog af te maken ondanks het missen van een afspraak. Informatieoverdracht vaccinatieprocedure verbeteren.
Prostituees	Benadrukken dat de vaccinatiereeks overal in Nederland gratis voltooid kan worden. Benadrukken dat het altijd zinvol is om de vaccinatiereeks nog af te maken ondanks het missen van een afspraak. De groep prostituees die een of meer losse (niet commerciële) sekspartners heeft maakt de vaccinatiereeks minder vaak af en loopt dus buiten het werk om in principe meer risico. Dit zijn vaak de jongere prostituees. Het is daarom belangrijk dat zij de vaccinatiereeks wel afmaken.

Referenties

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50:179-211.

Altice, F.L., Bruce, R.D., Walton, M.R. & Buitrago, M.I. (2005). Adherence to hepatitis B virus vaccination at syringe exchange sites. *Journal of Urban Health* 82(1):151-161.

Baars, J., Boon, B., De Wit, J., Schutten, M., Van Steenberghe, J., Garretsen, H. & Van de Mheen, D. (2007). Drug users' participation in a free hepatitis B vaccination program: demographic, behavioral and social-cognitive determinants. Submitted.

Backmund, M., Meyer, K., Schuetz, C. & Reimer, J. (2006). Factors associated with exposure to hepatitis B virus in injecting drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 84(2):154-159.

Bakker, F. & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Rutgers Nisso Groep. RNG-studies nr. 9. Delft: Eburon.

Biesma, S., Snippe, J. & Bieleman, B. (2004). Aard, omvang en mobiliteit van problematische harddrug-gebruikers in Rotterdam. Rotterdam: Intraval.

Budd, J., Robertson, R. & Elton, R. (2004). Hepatitis B vaccination and injecting drug users *British Journal of General Practice* 54:444-447.

Buster, M.C.A. & Van den Brink, W. (2002). Het schatten van deels verborgen populaties: heroïne verslaafden in Amsterdam. *Dwalingen in de methodologie. Een bundel artikelen uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. p. 87-90. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde. Amsterdam.

Coumans, M., Neve, R. & Van de Mheen, H. (2000). Het proces van marginalisering en verharding in de drugsscene van Parkstad Limburg. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO), MAD-publicatie 7.

De Graaf, I., Wildschut, J. & Van de Mheen, H. (2000). Utrechtse druggebruikers: een jachtig bestaan. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO), MAD-publicatie 6.

De Vocht, A. (2006). *Basishandboek SPSS 14 voor windows*. Utrecht: Bijleveld press.

Des Jarlais, D.C., Fisher, D.G., Newman, J.C., Trubatch, B.N., Yancovitz, M., Paone, D. & Perlman, D. (2001). Providing hepatitis B vaccination to injection drug users: referral to health clinics vs on-site vaccination at a syringe exchange program. *American Journal of Public Health* 91(11):1791-1792.

GGD Rotterdam e.o. (2003). Notitie Gevangen in Zorg. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o..

GGD Rotterdam e.o. (2002). Regionaal projectplan voor extra aanbod. Project landelijke implementatie vaccinatie voor risicogroepen hepatitis B. Interne publicatie. GGD Rotterdam e.o..

GG&GD Utrecht (2002). Regionaal projectplan voor extra aanbod. Project landelijke implementatie voor risicogroepen hepatitis B. Interne publicatie. GG&GD Utrecht.

GGD Oostelijk Zuid-Limburg (2002). Regionaal projectplan voor extra aanbod. Project landelijke implementatie vaccinatie voor risicogroepen hepatitis B. Interne publicatie. GGD Oostelijk Zuid-Limburg.

Goderie, M. & Boutellier, H. (2006). Prostitutie in Rotterdam. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Hospers, H.J., Dorfler, T.T. & Zuilhof, W. (2006). Schorer Monitor 2006. Amsterdam: Schorer.

Laluan, E., & Van de Mheen, D. (2002). Klassieke risicogroepen hepatitis B. Rotterdam: IVO.

Lempens, A., Wildschut, J., Van der Most, D. & Knibbe, R. (2003). Na de tunnelsluiting. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO), MAD-publicatie 22.

Lum, P.J., Ochoa, K.C., Hahn, J.A., Page Shafer, K., Evans, J.L., & Moss, A.R. (2003). Hepatitis B virus immunization among young injection drug users in San Francisco, Calif: the UFO Study. *American Journal of Public Health* 93(6):919-923.

McGregor, J., Marks, P.J., Hayward, A., Bell, Y. & Slack, R.C.B. (2003). Factors influencing hepatitis B vaccine uptake in injecting drug users. *Journal of Public Health* 25(2):165-170.

Ompad, D.C., Galea, S., Wu, Y., Fuller, C.M., Latka, M., Koblin, B. & Vlahov, D. (2004). Acceptance and completion of hepatitis B vaccination among drug users in New York City. *Communicable Disease and Public Health* 7(4):294-300.

Rosenstock, I.M. (1965). Why people use health services. *Milbank Quarterly* 44:94-127.

Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 2:1-8.

Smit, F. & Toet, J. (2001). National prevalence estimates of problematic drug use in the Netherlands, 1999. Utrecht: Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

Van der Helm, T. & Van Mensch, L. (1999). Mobiliteit in de Nederlandse prostitutie. Een inventarisatie uitgevoerd in het kader van Europap 1998 -1999. Utrecht: Europap.

Van Houdt, R., Sonder, G.J.B., Dukers, N.H.T.M., Bovee, L.P.M.J., Van den Hoek, A., Coutinho, R.A. & Bruisten, S.M. (2007). Impact of a targeted hepatitis B vaccination program in Amsterdam, The Netherlands. *Vaccine* 25(14):2698-2705.

Van Steenberghe, J.E. (2002). Results of an enhanced-outreach programme of hepatitis B vaccination in the Netherlands (1998-2000) among men who have sex with men, hard drug users, sex workers and heterosexual persons with multiple partners. *Journal of Hepatology* 37(4):507-513.

Van Zessen, G. & Sandfort, TGM. (1991). *Seksualiteit in Nederland*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Vogelzang, A., Van der Poel, A. & Van de Mheen, D. (2006). *Bemoeizorgprogramma's in Rotterdam vergeleken*. Rotterdam: IVO.

Watters, J.K. & Biernacki, P. (1989). Targeted sampling: Options for the study of hidden populations. *Social Problems* 36:416-430.

Wright, N.M.J., Campbell, T.L. & Tompkins, C.N.E. (2002). Comparison of conventional and accelerated hepatitis B immunisation schedules for homeless drug users. *Communicable Disease and Public Health* 5(4):324-326.

Bijlage 1

Percentages van de doelgroepen druggebruikers, MSM en prostituees die alleen een vaste, alleen een losse, beide of geen sekspartners hadden²⁷.

	Druggebruikers ^a (n=307)	MSM (n=318)	Prostituees (n=246)
Alleen vaste sekspartner	26% (n=80)	22% (n=69)	54% (n=133)
Alleen losse sekspartner(s)	24% (n=75)	46% (n=147)	13% (n=32)
Zowel vaste als losse sekspartners	5% (n=16)	20% (n=65)	12% (n=29)
Geen vaste of losse sekspartners	44% (n=136)	12% (n=37)	21% (n=52)

^a Wanneer we de commerciële sekspartners van druggebruikers ook meeberekenen dan zijn de percentages druggebruikers die wel of geen sekspartners hebben gehad als volgt: alleen vaste sekspartner: 23% (n=67), alleen losse sekspartner: 21% (n=60), alleen commerciële sekspartners 3% (N=9), vaste, losse en/of commerciële sekspartners: 12% (n=35), geen sekspartners: 41% (n=121). (let op, n=292).

²⁷ Voor druggebruikers en prostituees zijn de cijfers over de vaste sekspartner gebaseerd op de vaste sekspartner in de afgelopen 6 maanden. Bij MSM zijn de cijfers over de vaste sekspartner gebaseerd op de vaste mannelijke sekspartner op dit moment. De cijfers over losse sekspartner(s) gaan over losse sekspartner(s) in de afgelopen 6 maanden (bij MSM alleen over mannelijke sekspartners). Bij prostituees en druggebruikers gaat deze tabel over de niet-commerciële sekspartners.

Bijlage 2

Zelfrapportage verschillende SOA per doelgroep (in procenten)

	Totaal (n)	één of meer SOA gerapporteerd	Chlamydia	Syfilis	Gonorroe	Genitale herpes	Genitale wratten	Schaamluis (platjes)	LGV (lymfogranuloma venerium)	Hepatitis A ^a	Anders
Druggebruikers	308	37%	8.1	5.2	18.8	4.2	4.9	18.9	n.v.t.	n.v.t.	1.3
MSM	311	49%	8.4	5.5	14.1	3.9	8.0	34.7	0.3	2.3	2.6
Prostituees ^b	256	35%	18.8	2.7	5.9	4.3	6.6	6.6	n.v.t.	0.8	2.3

^a Hepatitis A kan behalve door verontreinigd water en slechte sanitaire voorzieningen ook overgedragen worden door seksueel contact, met name door anale seks. Daarom is deze ziekte ook in dit schema weergegeven voor MSM en prostituees. Voor druggebruikers is het aannemelijk dat zij de ziekte door ongunstige sanitaire voorzieningen hebben opgelopen en daarom is de ziekte voor hen niet als SOA geïnterpreteerd.

^b Sommige vrouwen (n=9) hadden aangegeven dat ze een andere soa hadden, namelijk Candida. Omdat Candida geen geslachtsziekte is, zijn deze respondenten niet meegeteld in de categorie SOA Anders.



IVO

Heemraadssingel 194

3021 DM Rotterdam

T 010 425 33 66

F 010 276 39 88

Secretariaat@ivo.nl

www.ivo.nl