

# Effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers

Karolien van Nunen  
Charlotte Gryseels  
Guido Van Hal

Met steun van de  
Vlaamse overheid



Departement Welzijn,  
Volksgezondheid & Gezin  
Samen bouwen aan betel d en zorg

 **Universiteit  
Antwerpen**

---

**EFFECTONDERZOEK NAAR PREVENTIE BIJ SEKSWERKERS**

---

**KAROLIEN VAN NUNEN  
CHARLOTTE GRYSEELS  
GUIDO VAN HAL**



Vlaamse overheid



Departement Welzijn,  
Volksgezondheid & Gezin  
Samen bouwen aan beleid en zorg

## Voorwoord

In opdracht van het Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Gemeenschap, heeft de onderzoeksgroep Medische Sociologie en Gezondheidsbeleid van de Universiteit Antwerpen een effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers uitgevoerd. Sekswerkers zijn een groep die op diverse vlakken kwetsbaar is. Het stigma dat vanuit de maatschappij op deze groep wordt gekleefd, leidt vaak tot schaamte en het daaraan gekoppelde verborgen houden van het beroep, wat maakt dat sekswerkers dikwijls een dubbelleven moeten leiden. Daarnaast lopen sekswerkers door de uitoefening van hun beroep bepaalde gezondheidsrisico's, met op de eerste plaats seksueel overdraagbare infecties. Het zou dan misschien ook te verwachten zijn dat de sekswerkers als interessant onderzoeksthema al veel wetenschappelijk onderzoek in België hebben opgeleverd. Niets is echter minder waar. Doordat er vaak laatdunkend wordt gedaan over het oudste beroep ter wereld én door de moeilijke bereikbaarheid voor wetenschappelijk onderzoek van sekswerkers, is er niet ontzettend veel over dit thema gepubliceerd. Het is dan ook opvallend dat er recent in ons land twee grote onderzoeken hebben plaatsgevonden. Het Federaal Wetenschapsbeleid liet een onderzoek uitvoeren rond 'Middelengebruik onder sekswerkers in België' en in de publicatie die u nu in de hand hebt, kan u het resultaat lezen van het effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers in Vlaanderen.

De opdracht van onderhavig onderzoek bestond er vooral in om de effectiviteit van de werking na te gaan van de organisaties Ghapro en Pasop, die zich in de provincies Antwerpen en Oost- en West-Vlaanderen bekommeren om de gezondheid –in de ruime betekenis van het woord- van de sekswerkers. Daarnaast moest het onderzoek een antwoord trachten te vinden op de vraag of in de provincies Limburg en Vlaams-Brabant ook een nood bestaat aan zulke organisaties. In totaal werden er in het onderzoek bijna 300 sekswerkers bevraagd. De onderzoeksters Karolien en Charlotte hebben zich hiervoor veel moeite, geduld, durf en reistijd moeten getroosten. Het resultaat mag er echter zijn. Het rapport dat u nu in handen hebt, bevat een schat aan gegevens over sekswerk en sekswerkers in Vlaanderen. Het is een actueel en omvattend document over de situatie binnen de verschillende sectoren van het sekswerk. De lezer zal gedetailleerde informatie vinden die is uitgesplitst naar leeftijd, aantal jaren dat de sekswerker al actief is, land van herkomst, sector waarin men werkt,... Daarnaast wordt het rapport echter ook doorweven met 'intermezzo's' die interessante achtergrondinformatie opleveren. Specifieke termen en jargon worden verklaard of de lezer wordt verwezen naar een verklarende bron. Daarom durf ik te stellen dat dit rapport zeer nuttig is voor de mensen werkzaam op het thema van sekswerk maar evenzeer voor geïnteresseerde leken.

Dat het onderzoek tot een goed einde is gebracht, is te danken aan een samengaan van factoren. De gedrevenheid van de onderzoeksters, de substantiële en immer positieve ondersteuning door het Begeleidingscomité, de vlotte samenwerking met Ghapro en Pasop en de bereidheid van de honderden sekswerkers om mee te werken, vormden een winnende combinatie.

Ik wil iedereen alvast veel leesplezier wensen met het voorliggende rapport en hoop dat de resultaten het beleid zullen kunnen inspireren bij het nemen van evenwichtige, op onderzoek gebaseerde beslissingen.

Prof. dr. Guido Van Hal

Promotor Effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers

Wilrijk, maart 2012.

## **Dankwoord**

Onze dank gaat uit naar de leden van het begeleidingscomité voor hun constructieve bijdrage aan het onderzoek: Fred Deven en Veronique Vandezande (departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Afdeling Kenniscentrum), Ruud Mak en Mieke Mievis (laatstgenoemde werd vanaf 1 november 2011 vervangen door Joelle Konings) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Team Preventie), Sofie De Smet (departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Afdeling Beleidsontwikkeling), Sandra Van den Eynde (Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid SENSOA), Tine Cornelissen (vzw Ghapro) en Martine Claeysens (vzw Pasop).

Verder betuigen wij graag onze dank aan alle medewerkers van Ghapro en Pasop voor het motiveren van ongeveer 150 sekswerkers om deel te nemen aan het onderzoek en om tijd te maken om via een uitgebreid interview hun kennis en inzichten te delen. Ook Sensoa vermelden we graag voor het verstrekken van gratis condooms die werden uitgedeeld aan de respondenten.

Onze bijzondere waardering gaat ten slotte uit naar alle vrouwen en mannen die bereid waren om tijd vrij te maken en deel te nemen aan dit onderzoek.

## Inhoudstafel

<b>Voorwoord</b> .....	1
<b>Dankwoord</b> .....	3
<b>Inhoudstafel</b> .....	4
<b>Lijst van gebruikte afkortingen</b> .....	10
<b>Lijst van figuren en tabellen</b> .....	11
<b>Hoofdstuk 1. Doelstellingen en opzet van de studie</b> .....	17
1. Situering.....	17
2. Doelstellingen en onderzoeksvragen.....	20
3. Onderzoekopzet en -methoden.....	21
3.1. De literatuurstudie.....	22
3.2. Kwalitatief luik: de diepte-interviews bij de medewerkers van Ghapro en Pasop.....	22
3.2.1. Inclusiecriteria.....	22
3.2.2. Informed consent.....	22
3.2.3. Dataverzameling.....	23
3.2.4. Dataverwerking.....	24
3.3. Kwantitatief luik: de survey bij de sekswerkers.....	24
3.3.1. De interventiegroep.....	24
3.3.1.1. Inclusiecriteria.....	24
3.3.1.2. Rekrutering.....	25
3.3.1.3. Analyse van de medische dossiers van de sekswerkers.....	25
3.3.1.4. Bijkomende data.....	26
3.3.2. De controlegroep.....	26
3.3.2.1. Inclusiecriteria.....	26
3.3.2.2. Rekrutering.....	27
3.3.2.3. Bijkomende data.....	29
3.3.3. Privacycommissie en Ethisch Comité.....	29
3.3.4. Instrument.....	30
3.3.5. Dataverzameling.....	32
3.3.6. Dataverwerking.....	35
3.4. Overzicht van de dataverzameling.....	36
3.5. Opmerkingen in verband met de representativiteit van de studie.....	36
<b>Hoofdstuk 2. De literatuurstudie</b> .....	38
1. De maatschappelijke positie van de sekswerker door de eeuwen heen.....	38
2. Sekswerkers als epidemiologische risicogroep.....	40
3. Risico's van het sekswerk.....	42
3.1. Seksueel overdraagbare infecties als risico.....	44
3.1.1. Transmissie, symptomen en behandelingen van SOI's.....	44
3.1.1.1. Bacteriële SOI's.....	44
3.1.1.2. Virale SOI's.....	45

3.1.1.3. Parasitaire SOI's	46
3.1.1.4. Andere	46
3.1.2. Handelingen en veilige technieken om SOI's te vermijden	46
3.1.3. De prevalentie van SOI's	47
3.1.3.1. Europa	47
3.1.3.2. België	48
3.1.3.3. SOI-prevalentie onder sekswerkers	49
3.2. Ongewenste zwangerschap als risico	52
3.3. Geweld als risico	54
3.4. Emotionele problemen als risico	56
4. Condoomgebruik	58
4.1. Condoomgebruik met klanten	58
4.2. Condoomgebruik in het privéleven	62
5. Interventies bij sekswerkers	63
5.1. De nood aan hulpverlening	63
5.2. Barrières tot de hulpverlening	64
5.3. Toegepaste interventies	65
5.4. Europese visie op preventieprogramma's	70
5.5. België	72
6. Legale kwesties	75
6.1. De Belgische wetgeving	75
6.1.1. Strafrechtelijke verbodsbepalingen	75
6.1.2. Gemeentelijke reglementeringen en gedoogbeleid	76
6.2. Nederland: een case-study	77
<b>Hoofdstuk 3. Ghapro en Pasop: jaarverslagen en diepte-interviews</b>	<b>79</b>
1. De jaarrapporten en evaluatieverslagen van Ghapro en Pasop	79
1.1. De werking van Ghapro en Pasop	79
1.2. Pasop	80
1.3. Ghapro (medische hulpverlening)	83
1.4. Besluit	86
2. De psychosociale hulpverlening van Ghapro: Connecta	87
2.1. Algemene gegevens van de Connecta-cliënten	88
2.2. Soorten hulpvragen volgens nationaliteit, sector en leeftijd	90
2.3. De doorverwijzingen en begeleidingen naar andere organisaties door Connecta	94
3. De kwalitatieve diepte-interviews met de medewerkers van Ghapro en Pasop	96
3.1. De respondenten	96
3.2. Bespreking resultaten	97
3.2.1. Perceptie prostitutie	98
3.2.1.1. Patronen	98
3.2.1.2. Risicogedrag	99
3.2.1.3. Sociaal statuut	100
3.2.1.4. Stigma	101

3.2.1.5. Veranderingen in de sector.....	101
3.2.2. Perceptie eigen rol binnen de organisatie.....	102
3.2.2.1. Beweegredenen.....	102
3.2.2.2. Praktische uitvoering van het werk.....	102
3.2.2.3. Contact met de doelgroep.....	103
3.2.2.4. Feedback van de doelgroep.....	104
3.2.2.5. Machteloosheid.....	105
3.2.2.6. Begeleiding en verwerking.....	105
3.2.3. Perceptie werking van de organisatie.....	105
3.2.3.1. Bereik doelgroep.....	105
3.2.3.2. Samenwerking met andere instanties.....	106
3.2.3.3. Positieve aspecten van de werking van de organisatie.....	107
3.2.3.4. Knelpunten van de werking.....	108
3.2.3.5. Voorstellen voor verbetering.....	109
3.2.4. Conclusie.....	110
<b>Hoofdstuk 4. Kwantitatief onderzoek bij sekswerkers in Vlaanderen.....</b>	<b>112</b>
1. Het verloop en de resultaten van het veldwerk.....	112
1.1. Het verloop van het veldwerk: controlegroepen Limburg en Vlaams-Brabant.....	112
1.1.1. Geïnteresseerde werkplekken in Limburg en Vlaams-Brabant.....	113
1.1.2. Niet geïnteresseerde werkplekken in Limburg en Vlaams-Brabant.....	114
1.1.3. Overige bezochte werkplekken in Limburg en Vlaams-Brabant.....	115
1.1.4. Overzicht van de geïnteresseerde, niet geïnteresseerde en de overige bezochte werkplekken in Limburg en Vlaams-Brabant.....	116
1.2. Het verloop van het veldwerk: interventiegroep Ghapro en Pasop.....	117
1.2.1. Interventiegroep Ghapro.....	118
1.2.1.1. Respons.....	118
1.2.1.2. Non respons.....	119
1.2.2. Interventiegroep Pasop.....	119
1.2.2.1. Respons.....	119
1.2.2.2. Non respons.....	120
1.2.3. Overzicht respons en non respons bij de interventiegroepen Ghapro en Pasop.....	121
1.3. De resultaten van het veldwerk.....	121
1.3.1. Aantal respondenten.....	121
1.3.2. Taal waarin de vragenlijsten zijn ingevuld.....	122
1.3.3. De hoofdsector van de respondenten.....	123
2. Socio-demografische kenmerken van de respondenten.....	127
2.1. Geslacht.....	127
2.2. Geboorteland en nationaliteit.....	128
2.2.1. Geboorteland.....	128
2.2.2. Aantal jaren in België.....	129
2.2.3. Belgische identiteitskaart of verblijfsvergunning.....	130
2.3. Leeftijd.....	131



2.4.	Woonplaats.....	132
2.5.	Gezinssituatie.....	133
2.5.1.	Aantal kinderen.....	133
2.5.2.	Vaste partner.....	134
2.6.	Woonsituatie.....	134
2.7.	Opleidingsniveau.....	135
2.8.	Inkomsten en financiële situatie.....	136
2.8.1.	Aantal bronnen van inkomsten.....	136
2.8.2.	Belangrijkste bron van inkomsten.....	137
2.8.3.	Perceptie van de huidige financiële situatie.....	138
3.	Het werk in de sekswerksector.....	140
3.1.	Ervaring als sekswerker.....	140
3.1.1.	Leeftijd waarop men startte met sekswerk.....	140
3.1.2.	Aantal jaren werkzaam als sekswerker.....	142
3.2.	Sectoren en regio's waarin de sekswerkers nu werkzaam zijn.....	144
3.2.1.	Sectoren.....	144
3.2.2.	Regio's.....	145
3.3.	Woon- en werkregio.....	146
3.4.	Het mobiele karakter van het sekswerk.....	148
3.4.1.	Onafgebroken als sekswerker gewerkt.....	148
3.4.2.	Ooit in een andere regio en/of sector gewerkt.....	148
3.5.	Arbeidsregime.....	149
3.5.1.	Dag- en nachtwerk.....	149
3.5.2.	Aantal werkdagen en –nachten per week.....	151
3.5.3.	Aantal uren werk per werkdag/werknacht.....	151
3.5.4.	Aantal uren werk per week.....	152
3.6.	Arbeidsomstandigheden.....	153
3.6.1.	Aantal klanten.....	153
3.6.2.	Keuze van klanten.....	155
3.6.3.	Weigering van klanten.....	156
4.	Handelingen en ervaringen op het werk.....	158
4.1.	De diensten die worden verleend.....	158
4.2.	Handelingen voorafgaand aan seks met een klant.....	159
4.3.	Condoomgebruik.....	160
4.3.1.	Handelingen waarbij al dan niet een condoom wordt gebruikt.....	160
4.3.2.	Redenen condoomgebruik.....	163
4.3.3.	Problemen bij condoomgebruik: handelingen en incidentie.....	164
4.3.4.	Vraag naar onveilige seks door de klanten: handelingen en incidentie.....	166
4.3.5.	Onveilige seks: handelingen en incidentie.....	169
4.3.5.1.	Vaginale en anale seks.....	169
4.3.5.2.	Orale seks.....	170
4.3.5.3.	Situaties waarin het gebeurt dat geen condoom wordt gebruikt.....	173
4.4.	Gebruik van handschoenen en beflapje.....	175

4.4.1. Beflapje.....	175
4.4.2. Handschoenen.....	175
4.5. Gebruik van glijmiddel.....	176
5. De gezondheidstoestand van de respondenten.....	180
5.1. De algemene gezondheid.....	180
5.2. Beïnvloeding van het werk op de gezondheid.....	181
5.3. Risico's verbonden aan het beroep.....	183
6. Gebruik van en nood aan medische en sociale hulpverlening.....	187
6.1. Huisarts en gynaecoloog.....	188
6.1.1. Huisarts.....	188
6.1.2. Gynaecoloog.....	189
6.1.3. Huisarts en/of gynaecoloog op de hoogte van het sekswerkberoep.....	191
6.2. SOI-testen, uitstrijkjes en vaccinaties tegen Hepatitis B.....	192
6.2.1. SOI-testen.....	192
6.2.2. Uitstrijkjes.....	194
6.2.2.1. Gegevens door de respondenten gerapporteerd.....	194
6.2.2.2. Gegevens uit de medische dossiers van de respondenten uit de interventiegroepen.....	196
6.2.3. Vaccinaties tegen Hepatitis B.....	197
6.2.3.1. Gegevens door de respondenten gerapporteerd.....	197
6.2.3.2. Gegevens uit de medische dossiers van de respondenten uit de interventiegroepen.....	199
6.3. Medische hulpverlening.....	200
6.3.1. Waar kan men terecht voor medische hulp.....	200
6.3.2. Nood aan medische hulp het laatste jaar.....	201
6.3.3. Nood aan medische onderzoeken bij sekswerkers.....	202
6.4. Sociale hulpverlening.....	203
6.4.1. Waar kan men terecht voor sociale hulp.....	203
6.4.2. Nood aan sociale hulp het laatste jaar.....	204
6.5. Nut van specifieke hulpverlening voor sekswerkers volgens de controlegroepen.....	205
6.6. Gebruik van de hulpverlening die wordt aangeboden door Ghapro en Pasop.....	206
6.6.1. Kennis van de hulp die Ghapro en Pasop bieden.....	206
6.6.2. Problemen waarvoor men wel/niet bij Ghapro of Pasop terecht kan en niet/wel bij een gewone dokter.....	207
6.6.2.1. Problemen waarvoor men wel bij Ghapro of Pasop terecht kan en niet bij een gewone dokter.....	207
6.6.2.2. Problemen waarvoor men niet bij Ghapro of Pasop terecht kan en wel bij een gewone dokter.....	208
6.6.3. Gebruik van de diensten die Ghapro en Pasop aanbieden.....	209
6.6.3.1. Gegevens door de respondenten gerapporteerd.....	209
6.6.3.2. Gegevens uit de medische dossiers van de respondenten uit de interventiegroepen.....	213
6.6.4. Nieuwe kennis, vaardigheden en handelingen aangeleerd door Ghapro of	

Pasop.....	214
7. Persoonlijke ervaringen van de respondenten.....	219
7.1. Seks in het privéleven.....	219
7.2. Gebruik van anticonceptie.....	221
7.3. Zwangerschappen en zwangerschapsonderbrekingen.....	223
7.4. Handelingen bij vaginale of anale klachten.....	224
7.5. SOI-verleden.....	225
7.5.1. Gegevens door de respondenten gerapporteerd.....	225
7.5.2. Gegevens uit de medische dossiers van de respondenten uit de interventiegroepen.....	228
8. Enkele bemerkingen van de respondenten.....	231
 <b>Hoofdstuk 5. Conclusie</b> .....	 236
1. Verloop van het onderzoek.....	236
2. Beperkingen van het onderzoek.....	237
3. Conclusies van het onderzoek.....	238
3.1. Doelstelling 1: De werking van Ghapro en Pasop evalueren.....	238
3.2. Doelstelling 2: Acties die ondernomen kunnen worden om het gebrek aan preventie bij sekswerkers in Limburg en Vlaams-Brabant te ondervangen.....	248
4. Aanbevelingen m.b.t. de preventieve werking rond beroepsspecifieke gezondheidsrisico's voor sekswerkers.....	250
 <b>Bibliografie</b> .....	 254

## Lijst van gebruikte afkortingen

BMHK	Baarmoederhalskanker
CAW	Centrum algemeen welzijnswerk
CEV	Centrum voor de Evaluatie van Vaccinaties
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
GVO	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Humaan Papillomavirus
ITG	Instituut voor Tropische Geneeskunde
LVG	Lymfgranulomavenereum
MSM	Mannen die seks hebben met mannen
SM	Sadomasochistische seks
SOI	Seksueel overdraagbare infectie
SW	Sekswerker(s)
UA	Universiteit Antwerpen

## Lijst van figuren en tabellen

Figuur 4.1.	Alle actieve sekswerkers per sector, die in 2010 door Ghapro werden bezocht of in het gezondheidscentrum kwamen, nieuw en follow-up.....	124
Tabel 1.1.	Overzicht van de dataverzameling.....	36
Tabel 2.1.	Handelingen en veilige technieken om SOI's te vermijden.....	47
Tabel 3.1.	Aantal SOI-onderzoeken uitgevoerd door Pasop en het resultaat (2005-2010).....	82
Tabel 3.2.	Gegevens over hepatitis B vaccinaties bij Pasop (2008-2010).....	83
Tabel 3.3.	HIV – Aantal onderzoeken uitgevoerd door Ghapro en het resultaat (2005-2010).....	84
Tabel 3.4.	Aantal SOI-onderzoeken uitgevoerd door Ghapro en het resultaat (2005-2010).....	85
Tabel 3.5.	Aantal vaccinaties tegen hepatitis B gegeven door Ghapro (2005-2010).....	86
Tabel 3.6.	Nationaliteiten van de Connecta-cliënten.....	89
Tabel 3.7.	Sectoren van de Connecta-cliënten.....	89
Tabel 3.8.	Leeftijden van de Connecta-cliënten.....	89
Tabel 3.9.	Aard van de Connecta-cliënten.....	90
Tabel 3.10.	Soorten hulpvragen volgens nationaliteit.....	91
Tabel 3.11.	Soorten hulpvragen volgens sector.....	93
Tabel 3.12.	Soorten hulpvragen volgens leeftijd.....	94
Tabel 3.13.	Aantal doorverwijzingen en begeleidingen naar andere organisaties door Connecta in 2010.....	95
Tabel 3.14.	Kenmerken van de medewerkers van Ghapro.....	97
Tabel 3.15.	Kenmerken van de medewerkers van Pasop.....	97
Tabel 3.16.	Financiering van Ghapro en Pasop (2010).....	108
Tabel 4.1.	Hoofdeigenschappen van het sekswerk in Limburg en Vlaams-Brabant.....	113
Tabel 4.2.	Overzicht werkplekken in Limburg en Vlaams-Brabant.....	117
Tabel 4.3.	Overzicht respons en non respons bij de interventiegroepen Ghapro en Pasop.....	121
Tabel 4.4.	Aantal vragenlijsten opgenomen in de analyse.....	122
Tabel 4.5.	Taal waarin de vragenlijst zijn ingevuld.....	123
Tabel 4.6.	Hoofdsector van de respondenten.....	123
Tabel 4.7.	Verdeling naar aard van werkplaats van de personen die werden bereikt door Pasop in 2010.....	124
Tabel 4.8.	Geslacht van de respondenten.....	128
Tabel 4.9.	Geboorteland van de respondenten.....	129
Tabel 4.10.	Geboorteland van de respondenten volgens hoofdsector.....	129
Tabel 4.11.	Respondenten die niet in België zijn geboren en het aantal jaren dat ze hier reeds in wonen.....	130
Tabel 4.12.	Respondenten niet in België geboren en die al dan niet beschikken over een Belgische identiteitskaart/verblijfsvergunning.....	130
Tabel 4.13.	Leeftijd van de respondenten.....	131
Tabel 4.14.	Leeftijd van de respondenten volgens herkomst.....	132
Tabel 4.15.	Woonplaats van de respondenten.....	133
Tabel 4.16.	Aantal kinderen van de respondenten.....	133

Tabel 4.17.	Sekswerker heeft vaste partner.....	134
Tabel 4.18.	Woonsituatie van de respondenten.....	135
Tabel 4.19.	Leeftijd tot welke de respondenten naar school zijn gegaan.....	136
Tabel 4.20.	Bronnen van inkomsten van de respondenten.....	137
Tabel 4.21.	Belangrijkste bron van inkomsten.....	138
Tabel 4.22.	Perceptie van de huidige financiële situatie.....	139
Tabel 4.23.	Leeftijd waarop men is gestart met het sekswerk.....	141
Tabel 4.24.	Leeftijd waarop men is gestart met het sekswerk volgens herkomst.....	142
Tabel 4.25.	Hoelang zijn de respondenten al werkzaam als sekswerker.....	143
Tabel 4.26.	Hoelang zijn de respondenten al werkzaam als sekswerker volgens sector.....	143
Tabel 4.27.	Hoelang zijn de respondenten al werkzaam als sekswerker volgens herkomst.....	144
Tabel 4.28.	Aantal sectoren waarin de sekswerkers werkzaam zijn.....	145
Tabel 4.29.	Aantal regio's waarin de sekswerkers werkzaam zijn.....	145
Tabel 4.30.	Regio's waarin de sekswerkers werkzaam zijn.....	146
Tabel 4.31.	Sekswerkers die niet in dezelfde regio werken als waar ze wonen.....	147
Tabel 4.32.	Sekswerkers die niet in dezelfde regio werken als waar ze wonen volgens hoofdsector.....	147
Tabel 4.33.	Sekswerkers die niet in dezelfde regio werken als waar ze wonen volgens herkomst.....	147
Tabel 4.34.	Sekswerkers die sinds de start met het sekswerk onafgebroken als sekswerker hebben gewerkt.....	148
Tabel 4.35.	Sekswerkers die sinds de start met het sekswerk onafgebroken als sekswerker hebben gewerkt volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker.....	148
Tabel 4.36.	Mobiliteit binnen de sekswerkindustrie.....	149
Tabel 4.37.	Mobiliteit binnen de sekswerkindustrie volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker.....	149
Tabel 4.38.	Dagwerk en/of nachtwerk.....	150
Tabel 4.39.	Dag- of nachtwerk volgens hoofdsector.....	150
Tabel 4.40.	Dag- of nachtwerk volgens herkomst.....	150
Tabel 4.41.	Dag- of nachtwerk volgens leeftijd.....	151
Tabel 4.42.	Aantal werkdagen/nachten in één week.....	151
Tabel 4.43.	Aantal uren werk per werkdag/nacht.....	152
Tabel 4.44.	Aantal uren werk per week.....	152
Tabel 4.45.	Aantal uren werk per week volgens hoofdsector.....	153
Tabel 4.46.	Aantal uren werk per week volgens herkomst.....	153
Tabel 4.47.	Aantal uren werk per week volgens leeftijd.....	153
Tabel 4.48.	Aantal klanten per werkdag/werknacht.....	154
Tabel 4.49.	Aantal klanten per werkdag/werknacht volgens hoofdsector.....	154
Tabel 4.50.	Aantal klanten per werkdag/werknacht volgens herkomst.....	154
Tabel 4.51.	Aantal klanten per werkdag/werknacht volgens leeftijd.....	155
Tabel 4.52.	Zijn de sekswerkers vrij in de keuze van hun klanten.....	155
Tabel 4.53.	Zijn de sekswerkers vrij in de keuze van hun klanten volgens hoofdsector.....	155
Tabel 4.54.	Zijn de sekswerkers vrij in de keuze van hun klanten volgens herkomst.....	155

Tabel 4.55.	Reden waarom klanten worden geweigerd.....	156
Tabel 4.56.	Diensten waarmee de sekswerkers instemmen als de klant dit vraagt.....	159
Tabel 4.57.	Zijn er dingen waarop de sekswerkers letten of die ze doen voorafgaand aan seks met een klant, en zo ja waarop letten ze of wat doen ze.....	160
Tabel 4.58.	Condoomgebruik bij bepaalde handelingen.....	161
Tabel 4.59.	Sekswerkers die handbevrediging/orale seks geven zonder condoom volgens hoofdsector.....	162
Tabel 4.60.	Sekswerkers die handbevrediging/orale seks geven zonder condoom volgens herkomst.....	163
Tabel 4.61.	Sekswerkers die handbevrediging/orale seks geven zonder condoom volgens leeftijd.....	163
Tabel 4.62.	Sekswerkers die handbevrediging/orale seks geven zonder condoom volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerkers.....	163
Tabel 4.63.	Reden waarom de sekswerkers een condoom gebruiken.....	163
Tabel 4.64.	Handelingen bij problemen met het gebruik van condooms.....	165
Tabel 4.65.	Aantal sekswerkers dat het laatste jaar problemen heeft gehad met het gebruik van condooms.....	166
Tabel 4.66.	Aantal dat de laatste drie maanden klanten heeft gehad die hebben gevraagd om geen condoom te gebruiken.....	167
Tabel 4.67.	Handelingen die worden gedaan wanneer de klant geen condoom wilt gebruiken.....	168
Tabel 4.68.	Sekswerkers die uitleggen wat de risico's zijn wanneer klanten seks vragen zonder condoom volgens hoofdsector.....	168
Tabel 4.69.	Sekswerkers die uitleggen wat de risico's zijn wanneer klanten seks vragen zonder condoom volgens herkomst.....	169
Tabel 4.70.	Sekswerkers die uitleggen wat de risico's zijn wanneer klanten seks vragen zonder condoom volgens leeftijd.....	169
Tabel 4.71.	Sekswerkers die uitleggen wat de risico's zijn wanneer klanten seks vragen zonder condoom volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker.....	169
Tabel 4.72.	Aantal sekswerkers dat het laatste jaar vaginale of anale seks heeft gehad zonder condoom.....	169
Tabel 4.73.	Handelingen die de sekswerkers (zouden) doen wanneer ze orale seks zonder condoom aan een klant hebben verleend.....	171
Tabel 4.74.	Aantal sekswerkers dat het laatste jaar orale seks zonder condoom heeft verleend.....	171
Tabel 4.75.	Aantal sekswerkers dat het laatste jaar orale seks zonder condoom heeft verleend volgens hoofdsector.....	172
Tabel 4.76.	Aantal sekswerkers dat het laatste jaar orale seks zonder condoom heeft verleend volgens herkomst.....	172
Tabel 4.77.	Aantal sekswerkers dat het laatste jaar orale seks zonder condoom heeft verleend volgens leeftijd.....	172
Tabel 4.78.	Aantal sekswerkers dat het laatste jaar orale seks zonder condoom heeft verleend volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker.....	172
Tabel 4.79.	Handelingen die de sekswerkers (zouden) doen wanneer ze een klant orale seks hebben gegeven zonder condoom.....	172

Tabel 4.80.	Situaties waarin het gebeurt dat geen condoom wordt gebruikt.....	174
Tabel 4.81.	Gebruik van handschoenen.....	176
Tabel 4.82.	Gebruik van glijmiddel.....	177
Tabel 4.83.	Soort glijmiddel.....	178
Tabel 4.84.	De gezondheidstoestand van de respondenten.....	181
Tabel 4.85.	De gezondheidstoestand van de respondenten vergeleken met een jaar geleden....	181
Tabel 4.86.	Respondenten die aangeven dat het werk hun gezondheid beïnvloedt.....	181
Tabel 4.87.	Respondenten die aangeven dat het werk hun gezondheid beïnvloedt volgens hoofdsector.....	182
Tabel 4.88.	Respondenten die aangeven dat het werk hun gezondheid beïnvloedt volgens herkomst.....	182
Tabel 4.89.	Manieren waarop het werk de gezondheid beïnvloedt.....	183
Tabel 4.90.	Risico's verbonden aan het beroep.....	184
Tabel 4.91.	Grootste risico verbonden aan het beroep.....	185
Tabel 4.92.	Vaste huisarts.....	188
Tabel 4.93.	Vaste huisarts volgens herkomst.....	188
Tabel 4.94.	Vaste huisarts op de hoogte van het beroep volgens hoofdsector.....	189
Tabel 4.95.	Vaste huisarts op de hoogte van het beroep volgens herkomst.....	189
Tabel 4.96.	Vaste huisarts op de hoogte van het beroep volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker.....	189
Tabel 4.97.	Gynaecoloog.....	189
Tabel 4.98.	Gynaecoloog volgens herkomst.....	190
Tabel 4.99.	Gynaecoloog op de hoogte van het beroep volgens hoofdsector.....	190
Tabel 4.100.	Gynaecoloog op de hoogte van het beroep volgens herkomst.....	190
Tabel 4.101.	Gynaecoloog op de hoogte van het beroep volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker.....	190
Tabel 4.102.	Respondent heeft vaste huisarts en/of gynaecoloog die op de hoogte is van het beroep.....	191
Tabel 4.103.	Respondent heeft vaste huisarts en/of gynaecoloog die op de hoogte is van het beroep volgens hoofdsector.....	191
Tabel 4.104.	Respondent heeft vaste huisarts en/of gynaecoloog die op de hoogte is van het beroep volgens herkomst.....	191
Tabel 4.105.	Respondent heeft vaste huisarts en/of gynaecoloog die op de hoogte is van het beroep volgens leeftijd.....	192
Tabel 4.106.	Respondent heeft vaste huisarts en/of gynaecoloog die op het hoogte is van het beroep volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker.....	192
Tabel 4.107.	Laatste twaalf maanden getest op SOI's.....	193
Tabel 4.108.	Respondent is de laatste twaalf maanden getest SOI's volgens hoofdsector.....	193
Tabel 4.109.	Respondent is de laatste twaalf maanden getest op SOI's volgens herkomst.....	193
Tabel 4.110.	Laatste twaalf maanden uitstrijkje.....	195
Tabel 4.111.	Respondent heeft de laatste twaalf maanden een uitstrijkje laten nemen volgens hoofdsector.....	195



Tabel 4.112.	Respondent heeft de laatste twaalf maanden een uitstrijkje laten nemen volgens herkomst.....	195
Tabel 4.113.	Respondent heeft de laatste twaalf maanden een uitstrijkje laten nemen volgens leeftijd.....	195
Tabel 4.114.	Respondent heeft de laatste twaalf maanden een uitstrijkje laten nemen volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker.....	196
Tabel 4.115.	Uitslagen uitstrijkjes (interventiegroep Ghapro).....	196
Tabel 4.116.	Uitslagen HPV-test (interventiegroep Ghapro).....	196
Tabel 4.117.	Uitslagen uitstrijkjes (interventiegroep Pasop).....	197
Tabel 4.118.	Vaccinatie tegen hepatitis B.....	198
Tabel 4.119.	Ooit gevaccineerd tegen hepatitis B volgens hoofdsector.....	198
Tabel 4.120.	Ooit gevaccineerd tegen hepatitis B volgens herkomst.....	198
Tabel 4.121.	Ooit gevaccineerd tegen hepatitis B volgens leeftijd.....	199
Tabel 4.122.	Ooit gevaccineerd tegen hepatitis B volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker.....	199
Tabel 4.123.	Vaccinaties tegen hepatitis B (interventiegroep Ghapro).....	199
Tabel 4.124.	Vaccinaties tegen hepatitis B (interventiegroep Pasop).....	200
Tabel 4.125.	Waar kunnen de sekswerkers terecht voor medische hulp?.....	201
Tabel 4.126.	Nood aan medische hulp het laatste jaar.....	202
Tabel 4.127.	Nood aan medische onderzoeken bij mensen die werken in de sekswerksector.....	202
Tabel 4.128.	Waar kunnen de sekswerkers terecht voor sociale hulp?.....	203
Tabel 4.129.	Nood aan sociale hulp het laatste jaar.....	205
Tabel 4.130.	Nut van gratis en anonieme hulpverlening volgens de controlegroepen.....	205
Tabel 4.131.	Waarvoor kan men terecht bij Ghapro en Pasop volgens de respondenten.....	206
Tabel 4.132.	Gezondheidsproblemen waarvoor men wel/niet bij Ghapro of Pasop terecht kan en niet/wel bij een gewone dokter.....	209
Tabel 4.133.	Diensten waarvan de respondenten gebruik maakten tijdens het eerste contact met Ghapro en Pasop.....	211
Tabel 4.134.	Diensten waarvan de respondenten gebruik maakten tijdens volgende contacten met Ghapro of Pasop.....	212
Tabel 4.135.	Aard van de contacten (interventiegroep Ghapro).....	213
Tabel 4.136.	Aard van de contacten (interventiegroep Ghapro).....	214
Tabel 4.137.	Nieuwe kennis opgedaan of vaardigheden aangeleerd door contact met Ghapro en Pasop.....	215
Tabel 4.138.	Handelingen tijdens het werken veranderd door contact met Ghapro of Pasop.....	216
Tabel 4.139.	Aantal sekspartners in het privéleven de voorbije drie maanden.....	219
Tabel 4.140.	Aantal sekspartners in het privéleven de voorbije drie maanden volgens hoofdsector.....	220
Tabel 4.141.	Aantal sekspartners in het privéleven de voorbije drie maanden volgens het al dan niet hebben van een vaste partner.....	220
Tabel 4.142.	Respondenten die in het privéleven een condoom gebruiken.....	220
Tabel 4.143.	Respondenten die in het privéleven een condoom gebruiken volgens het aantal sekspartners in het privéleven de voorbije drie maanden.....	221

---

Tabel 4.144.	Gebruik van anticonceptie.....	221
Tabel 4.145.	Gebruik van anticonceptie volgens hoofdsector.....	222
Tabel 4.146.	Gebruik van anticonceptie volgens leeftijd.....	222
Tabel 4.147.	Problemen met het gebruik van anticonceptie.....	222
Tabel 4.148.	Zwangerschappen.....	223
Tabel 4.149.	Aantal zwangerschapsonderbrekingen.....	224
Tabel 4.150.	Ooit al zwangerschapsonderbreking gehad volgens hoofdsector.....	224
Tabel 4.151.	Ooit al zwangerschapsonderbreking gehad volgens herkomst.....	224
Tabel 4.152.	Handelingen bij vaginale of anale klachten.....	225
Tabel 4.153.	Blijven de respondenten werken bij vaginale of anale klachten.....	225
Tabel 4.154.	SOI-verleden van de respondenten.....	226
Tabel 4.155.	Ooit al SOI gehad volgens hoofdsector.....	227
Tabel 4.156.	Ooit al SOI gehad volgens herkomst.....	227
Tabel 4.157.	Ooit al SOI gehad volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker.....	227
Tabel 4.158.	Behandeling van de SOI's.....	227
Tabel 4.159.	SOI's bij de respondenten uit de interventiegroepen sinds het eerste contact met Ghapro of Pasop.....	228
Tabel 4.160.	Uitslagen van de afgenomen testen (interventiegroep Ghapro).....	229
Tabel 4.161.	Uitslagen van de afgenomen hepatitis B-testen (interventiegroep Ghapro).....	229
Tabel 4.162.	Uitslagen van de afgenomen testen (interventiegroep Pasop).....	229

# Hoofdstuk 1.

## Doelstellingen en opzet van de studie

In het eerste hoofdstuk wordt het onderwerp van de studie besproken en de probleemstelling gekaderd. Verder worden de doelstellingen van het onderzoek met de bijhorende onderzoeksvragen uiteengezet, alsook de opzet en de methodologie van de studie. Hoofdstuk twee omvat de resultaten van de literatuurstudie. In het derde hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de jaarrapporten van Ghapro en Pasop en worden de resultaten van de diepte-interviews met de medewerkers van de organisaties weergegeven. Hoofdstuk vier omvat de resultaten van de kwantitatieve survey bij de sekswerkers (SW), aangevuld met enkele gegevens uit de medische dossiers van de sekswerkers waarover Ghapro en Pasop beschikken. Afsluitend worden in hoofdstuk vijf de meest belangrijke resultaten van het onderzoek besproken en gekaderd in de literatuur.

### 1. Situering

De term ‘sekswerk’ werd geïntroduceerd in de loop van de jaren 80 als omschrijving voor alle vormen van commerciële seksuele dienstverlening. Deze term benadrukt ook het kader waarin we prostitutie moeten begrijpen, namelijk als een werkvorm in plaats van een vorm van afwijkend gedrag of een vorm van vrouwelijke onderdrukking. De recente focus op ‘werk’ neemt de aandacht weg van de morele omkadering en richt zich terug op de verschillende vormen van werk die er bestaan in de seksindustrie (Weitzer, 2007). Elke vorm van sekswerk brengt dan ook verschillende omstandigheden en beroepsgebonden risico’s met zich mee. In tegenstelling tot de term prostitutie, houdt ‘sekswerk’ dus ook diensten in die minder met fysiek contact te maken hebben en meer met de seksueel getinte inhoud van de transactie. Zo kunnen onder andere telefoonseks, pornografie, paaldansen en burlesque shows binnen de seksindustrie omschreven worden als ‘sekswerk’. Prostitutie houdt echter een meer fysieke seksuele dienstverlening in, waardoor er bepaalde gezondheidsrisico’s aan verbonden zijn. In deze studie volgen we deze engere definitie, waar we uitgaan van sekswerk als het uitwisselen van *fysieke seksuele contacten* tegen geld (of andere middelen). De specifieke gezondheidsrisico’s waar prostituees aan worden blootgesteld en die we in dit rapport zullen bespreken zijn seksueel overdraagbare infecties (SOI’s), geweld, ongewenste zwangerschap, en psychologische en/of emotionele problemen. Hoewel vele onderzoekers aangeven dat door de controle die prostituees kunnen uitoefenen over gezondheidsrisico’s zij niet meer dan de gewone bevolking ziektedragers en/of -verspreiders zijn, gaan we er in deze studie van uit dat we sekswerkers toch als risicogroep kunnen beschouwen door het hoge aantal en de frequentie van de seksuele contacten die ze ondernemen. Door de beroepsmatige risico’s en de stigmatisering die sekswerkers ondervinden in de maatschappij, is er nood aan een specifieke medische en sociale hulpverlening voor deze groep. Onderzoekers berichten sinds het begin van het aids-tijdperk dan ook over de interventies en preventieprogramma’s die er internationaal voor deze groep werden ontwikkeld. Uit deze internationale publicaties kunnen we ook opmaken dat elke onderzoeker, elk programma en elke overheid een verschillend

onderscheid maakt tussen de soorten sekswerk die er bestaan. We kunnen met zekerheid stellen dat sekswerkers een heterogene groep zijn: niet alleen zijn er verschillen te bemerken op vlak van sociale status, economische omstandigheden, leeftijd, geslacht en nationaliteit, er zijn ook grote verschillen te zien tussen de verschillende sectoren en de mate van formaliteit van het sekswerk. Niet iedereen die sekswerk verricht beschouwt zichzelf als een professionele prostituee, en niet iedereen die zich binnen de professionele seksindustrie bevindt verleent dezelfde soort diensten. In elke sector zijn er dan weer bepaalde patronen te bemerken op vlak van status, nationaliteit, werkomstandigheden en risico's. Onderaan de ladder lijken volgens de internationale literatuur de straatsekswerkers te staan, die het meest kwetsbaar zijn voor geweld en andere gezondheidsrisico's door hun lage socio-economische status en hoog risico op druggebruik. De *binnenshuiswerkende* prostituees staan hoger in de hiërarchie maar ook hier bestaan er verschillen. Raamprostitutie bijvoorbeeld krijgt geen hoge sociale status toegeschreven; er wordt veelal op neergekeken door vrouwen die werken in bars, privés of escortbedrijven.

Elke specifieke interventie die wordt georganiseerd, baseert zich dus op een bepaalde vorm van prostitutie, op een bepaald risico dat wordt gelopen, op bepaalde socio-economische omstandigheden of op bepaalde migratiestromen die een invloed kunnen hebben op het lokaal prostitutielandschap. In de literatuurstudie zullen enkele van deze interventies beschreven worden; in de rest van het rapport beschrijven we wat het effect van dergelijke interventies en preventieprogramma's is in Vlaanderen. De twee organisaties die in Vlaanderen instaan voor preventieve en curatieve hulpverlening voor sekswerkers zijn Ghapro en Pasop.

**Ghapro vzw** of voluit 'gezondheidszorg en hulpverlening aan prostituees' verleent gratis en anoniem hulp aan vrouwen en mannen die werkzaam zijn in de prostitutie in de provincie Antwerpen. Sekswerkers kunnen er terecht voor medische onderzoeken, informatie en behandelingen bij eventuele seksueel overdraagbare infecties. Connecta is de naam van het team binnen Ghapro dat zich bezighoudt met alle sociale beroepsgebonden vragen ([www.ghapro.be](http://www.ghapro.be)).

**Pasop vzw** is er voor vrouwen en mannen die werken in de prostitutie in Oost- en West-Vlaanderen. Zij kunnen gratis en anoniem bij de vzw terecht voor beroepsgebonden hulpverlening op medisch, psychosociaal, administratief en juridisch vlak ([www.pasop.info](http://www.pasop.info))

Dit onderzoek kadert binnen de ambitie van de Vlaamse Overheid om **via effectonderzoek het preventie- en hulpverleningsaanbod in Vlaanderen kwalitatiever en doelgerichter te maken**. Binnen het Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin groeit het belang dat men hecht aan een effectieve en efficiënte hulpverlening. Binnen dit kader loopt het **Actieplan Kennisdeling Efficiënte en Effectieve Praktijken**, waarin deze studie zich situeert. De resultaten van de studie kunnen aanleiding geven tot het optimaliseren van de

werking en/of tot het verspreiden van *good practices* binnen het preventiewerk naar sekswerkers toe.

Vooraleer we kunnen overgaan op de omkadering en het effect van deze specifieke dienstverlening, dienen we eerst de verschillende sectoren en vormen van prostitutie te bespreken die in dit onderzoek werden opgenomen. Deze omkadering is meteen ook een uiteenzetting van het prostitutielandschap in Vlaanderen.

- (a) *Straatsekswerk*: men probeert klanten aan te trekken op straat of andere publieke plaatsen zoals openbare cafés. De diensten worden dan verder aangeboden bij de klant thuis, in de auto, in het openbaar of in een hotel.
- (b) *Raamprostitutie*: de sekswerker zit achter een raam en is zichtbaar voor de klanten. Wanneer een klant een prostituee uitkiest, worden de diensten verleend in een afgezonderde ruimte achter het raam. Deze ramen worden door de prostituee gehuurd en zijn er op gericht om zoveel mogelijk klanten te kunnen bedienen met overwegend kortstondige diensten.
- (c) *Barprostitutie*: in eerste instantie wordt er drank geserveerd en worden contacten gelegd met potentiële klanten in de bar. Er is dan een mogelijkheid om seksuele diensten te verlenen in aparte ruimtes binnen de bar.
- (d) *Privéhuizen*: dit is geen zichtbare vorm van prostitutie. Er is een huis of appartement voorzien waar vrouwen hun diensten aanbieden. De klant kan hier binnenkomen en een vrouw uitkiezen om mee naar een kamer te nemen waar de diensten worden verleend. In privéhuizen is er vaak een manager of ‘madam’ aanwezig die instaat voor de ontvangst, de bediening van de drank en het ronselen van de klanten. Ook zijn er vaak eigenaars die een dergelijk huis uitbaten en naar wie de inkomsten gaan. De sekswerkers krijgen dan een percentage van de inkomsten van het privéhuis.
- (e) *Massagesalons*: de omkadering in massagesalons is meestal dezelfde als die in een privéhuis, maar in de eerste plaats worden hier erotische massages gegeven aan klanten (*body-to-body* massages). Vaak kan op vraag verder gegaan worden in de seksuele dienstverlening.
- (f) *Escortsector*: dit zijn meestal vrouwen of mannen die seksuele diensten aanbieden op verplaatsing. Dit gebeurt zowel via agentschappen als door individuele dienstverlening. De klant bepaalt in overleg met de sekswerker waar de afspraak plaatsvindt, en afspraken zijn gewoonlijk van langere duur dan bij de andere sectoren in de seksindustrie.

De huidige studie richt zich op deze vormen van prostitutie in Vlaanderen. Er moet echter vermeld worden dat de doelgroep van deze studie per definitie moeilijk te bereiken is door het stigma en de illegaliteit die het beroep omsluiert. Niet alleen zijn er binnen deze verschillende sectoren vrouwen en mannen die ‘verborgen’ blijven voor onderzoekers en hulpverleners, maar er zijn waarschijnlijk ook hele populaties onbereikte sekswerkers in sectoren waar men het bestaan niet van weet. De totale populatie sekswerkers in Vlaanderen inschatten is dus een onmogelijke taak en dit houdt in dat we geen representatieve steekproef kunnen bieden. We probeerden in dit onderzoek dan ook een maximum aan variatie te

bereiken op vlak van sector, geografie, nationaliteit en leeftijd om de validiteit van de resultaten te verzekeren.

## **2. Doelstellingen en onderzoeksvragen**

Deze studie is opgezet om een zicht te krijgen op het effect van preventie bij sekswerkers. De specifieke doelstelling van dit project is tweezijdig. Ten eerste heeft dit onderzoek als doel de werking van Ghapro en Pasop te evalueren. Ghapro en Pasop zijn vzw's die instaan voor de medische en sociale hulpverlening aan sekswerkers in respectievelijk Antwerpen en Oost- en West-Vlaanderen. We onderzochten de effecten van de interventies van beide organisaties op de kennis, de houdingen en het gedrag van sekswerkers in verband met veilige seks, seksueel overdraagbare infecties en bestaande hulpverlening. Ten tweede werd nagegaan welke acties kunnen worden ondernomen om het gebrek aan preventie bij sekswerkers in Limburg en Vlaams-Brabant te ondervangen, aangezien in deze provincies geen organisaties bestaan zoals Ghapro en Pasop. De twee doelstellingen zijn nauw met elkaar verbonden. Zo gebeurde de evaluatie van Ghapro en Pasop met de groep sekswerkers uit Limburg en Vlaams-Brabant als referentie.

Om de eerste doelstelling te bereiken (de werking van Ghapro en Pasop evalueren), trachtten we een antwoord te vinden op de volgende onderzoeksvragen:

- (1) In hoeverre zijn sekswerkers die in contact staan met Ghapro of Pasop beter geïnformeerd over beroepsspecifieke gezondheidsrisico's (zoals het vermijden van seksueel overdraagbare infecties) en over de bestaande hulpverlening dan sekswerkers die hier niet mee in contact staan?
- (2) In hoeverre passen sekswerkers die in contact staan met Ghapro of Pasop betere praktijken toe met betrekking tot beroepsspecifieke gezondheidsrisico's tegenover sekswerkers die hier niet mee in contact staan?
- (3) In hoeverre gebruiken sekswerkers die in contact staan met Ghapro of Pasop de bestaande hulpverlening in hogere mate dan zij die niet met de organisaties in contact staan en in hoeverre communiceren zij al dan niet open over hun beroep en de daaraan verbonden risico's?
- (4) In hoeverre hebben sekswerkers die in contact staan met Ghapro of Pasop een andere houding tegenover veilig vrijen en seksueel overdraagbare infecties dan sekswerkers die hier niet mee in contact staan?
- (5) In hoeverre kunnen we verschillende gezondheidsuitkomsten met betrekking tot beroepsgelateerde risico's vaststellen bij sekswerkers die al dan niet in contact staan met Ghapro of Pasop?
- (6) Hoeveel sekswerkers bereiken Ghapro en Pasop in vergelijking met het aantal sekswerkers werkzaam in de regio's van Ghapro en Pasop?

Om de tweede doelstelling te vervullen (welke acties kunnen worden ondernomen om het gebrek aan preventie bij sekswerkers in Limburg en Vlaams-Brabant te ondervangen), zochten we antwoorden op de volgende onderzoeksvragen:

- (7) Hoe ziet de samenstelling van de groep sekswerkers in Limburg en Vlaams-Brabant eruit en welk soort sekswerk overheerst in deze regio's?
- (8) In hoeverre verschillen het sekswerk en de eigenschappen van de sekswerkers in de groep die werkzaam is in Limburg en Vlaams-Brabant van de groep werkzaam in de andere regio's in Vlaanderen?

### **3. Onderzoeksopzet en -methoden**

Om aan de onderzoeksvragen van dit onderzoek tegemoet te komen, is gekozen voor een *mixed-methods design* waarbij we kwantitatief onderzoek combineren met kwalitatief onderzoek. In dit project ligt de nadruk wel op het kwantitatieve onderzoek, maar aangezien dit enkel berust op *self-reporting* dataverzamelingstechnieken, trachtten we de data te versterken en eventuele *bias* te verminderen door de survey te trianguleren met andere onderzoekstechnieken (diepte-interviews, analyse medische dossiers, observatie en tekstanalyse). Het trianguleren van onderzoeksmethoden versterkt immers de interne validiteit van de data.

In dit onderzoek onderscheiden we drie luiken, die in wat volgt een voor een zullen toegelicht worden:

- (a) *De literatuurstudie*: we verzamelden en analyseerden internationale publicaties over sekswerk om een duidelijk begrip te krijgen van het fenomeen prostitutie. We spitsten ons vooral toe op studies over de beroepsgerelateerde gezondheidsrisico's en op interventies en preventie bij sekswerkers.
- (b) *De diepte-interviews*: in dit kwalitatieve luik werden de medewerkers van de organisaties Ghapro en Pasop bevestigd aan de hand van een semi-gestructureerd *face-to-face* interview over de werking van de organisaties en hun ervaringen met de doelgroep.
- (c) *De survey*: in dit kwantitatieve luik werden sekswerkers aan de hand van een zelf in te vullen gestructureerde vragenlijst bevestigd in verband met risicogedrag, kennis en bestaande hulpverlening.

De dataverzameling gebeurde bij drie groepen:

- (a) De medewerkers van Ghapro en Pasop aan de hand van diepte-interviews.
- (b) Sekswerkers die in contact staan met Ghapro of Pasop (de interventiegroep) aan de hand van een vragenlijst en een analyse van hun medische dossiers.
- (c) Sekswerkers die niet in contact staan met een organisatie zoals Ghapro of Pasop (de controlegroep) aan de hand van een vragenlijst.

In wat volgt zullen de onderzoeksmethoden verder worden uiteengezet.

### **3.1. De literatuurstudie**

In eerste instantie is een literatuurstudie uitgevoerd, waarvan de resultaten terug te vinden zijn in het tweede hoofdstuk.

Deze literatuurstudie houdt een analyse in van (inter)nationale publicaties in PubMed, CSA's Illumina, Social Web, Sociological Abstracts, Web of Science, EBSCO, ScienceDirect, en Web of Knowledge. Aan de hand van volgende zoektermen werden de meest relevante artikels geselecteerd: *sexwork\** OR *prostitut\** in combinatie met *health* OR *prevention* OR *intervention*. Bij de gevonden artikels werden eveneens de *related articles* bekeken en werd aan de hand van de referenties nagegaan of zo nog bijkomende relevante artikels geselecteerd konden worden. We besloten enkel artikels te includeren met een publicatiedatum na 1990, aangezien oudere publicaties hoofdzakelijk in het pre-aids tijdperk plaatsvonden en derhalve niet vergelijkbaar zijn met of relevant zijn voor de huidige situatie. Ook werd de zogenaamde *grijze literatuur* mee opgenomen, zoals onderzoeksrapporten en jaarverslagen. Deze documenten werden ons bezorgd via het prostitutiebeleid van Antwerpen en werden gevonden op het internet.

We analyseerden eveneens de evaluatieverslagen en de jaarrapporten van Ghapro en Pasop. Deze bespreking is terug te vinden in het eerste deel van hoofdstuk drie.

### **3.2. Kwalitatief luik: de diepte-interviews bij de medewerkers van Ghapro en Pasop**

#### ***3.2.1. Inclusiecriteria***

Om een eerste aanzet voor het onderzoek te geven is een kwalitatieve bevraging in de vorm van diepte-interviews gebeurd bij de medewerkers van Ghapro en Pasop. Voorwaarde was dat deze medewerkers effectief met de doelgroep in contact komen. De administratieve medewerker die Ghapro in dienst heeft en de leden van de bestuursraden werden derhalve niet geïnterviewd. De geïnterviewde medewerkers zijn dus zowel de artsen en verpleegkundigen als de sociaal assistenten en outreachers. Aangezien een relatief klein aantal medewerkers werkzaam is bij beide organisaties, werd als doel vooropgesteld om al deze medewerkers te interviewen.

#### ***3.2.2. Informed consent***

Hoewel de medewerkers actief betrokken waren bij het hele onderzoek en a priori dus hun medewerking verleenden aan alle aspecten van het onderzoek, werkten we op basis van een mondelinge informed consent. Niet alle medewerkers waren op voorhand even goed op de hoogte van de doelstellingen van het onderzoek en de vertrouwelijkheid van het interview. Bijgevolg werden aan de start van het interview altijd de doelstellingen van het onderzoek uitgelegd, alsook gevraagd of het interview mocht opgenomen worden. Alle waarborgen inzake vertrouwelijkheid werden besproken.



### 3.2.3. *Dataverzameling*

Door middel van deze diepte-interviews is getracht een inzicht te krijgen in de werking van beide organisaties, de sterktes ervan te formuleren en eventuele knelpunten aan te halen.

Voor de diepte-interviews is vertrokken vanuit een begeleidend script waarbij, afhankelijk van de gegeven antwoorden, op sommige aspecten dieper werd ingegaan. In dit script waren er drie grote pijlers: (a) de perceptie van prostitutie in het algemeen, (b) de perceptie van hun eigen rol binnen de organisatie, en (c) de perceptie van de rol van de organisatie.

Bij de perceptie van de prostitutie in het algemeen (a) werd gepeild naar:

- (1) De beweegredenen om met een dergelijke doelgroep te werken
- (2) De mate waarin de doelgroep als een risicogroep wordt beschouwd
- (3) De risico's die de sekswerkers volgens hen lopen
- (4) Terugkerende problemen bij specifieke groepen
- (5) Het contact met specifieke groepen (sectoren, nationaliteiten, eigenaars, klanten,...)
- (6) De perceptie van het nationaal en lokaal prostitutiebeleid
- (7) De perceptie van het sociaal statuut

Rond het tweede thema, de perceptie van de eigen rol binnen de organisaties (b), includeerden we vragen rond:

- (1) Jobomschrijving
- (2) Praktische uitvoering van het werk
- (3) Problemen bij het uitvoeren van het werk
- (4) Persoonlijk contact met de doelgroep
- (5) Machteloosheid
- (6) Scheiding werk en privé
- (7) Begeleiding
- (8) Feedback van de doelgroep

Rond het derde thema, perceptie van de werking van organisatie (c), werden vragen gesteld over:

- (1) Algemeen bereik van de doelgroep en het effect van de organisatie
- (2) Positieve aspecten van de werking
- (3) Negatieve aspecten van de werking
- (4) Feedback van de doelgroep
- (5) Voorstellen voor verbetering

Alle diepte-interviews gebeurden *face-to-face* en zonder derden erbij, zodat de respondenten vrijuit kon praten.

### **3.2.4. Dataverwerking**

Vervolgens werden de interviews letterlijk getranscribeerd. De transcripten werden verwerkt in het software programma NVivo (versie 9). Aan de hand van de drie grote thema's werden de teksten eerst in drie grote lijnen gecodeerd. Nadien werd per thema een codeerschema ontwikkeld: (a) de perceptie van prostitutie in het algemeen: patronen in de doelgroep, risicogedrag, veranderingen in de sector, sociaal statuut en stigma, (b) de perceptie van hun eigen rol binnen de organisatie: begeleiding, beweegredenen, contact doelgroep, feedback doelgroep, machteloosheid en praktische uitvoering werk en (c) de perceptie van de rol van de organisatie: bereik doelgroep, knelpunten werking, positieve aspecten, voorstellen verbetering, samenwerking andere organisaties en vorming.

### **3.3. Kwantitatief luik: de survey bij de sekswerkers**

Eerst dienen we te vermelden dat er bij de kwantitatieve survey onderscheid is gemaakt tussen een interventiegroep en een controlegroep. De interventiegroep bestaat uit de sekswerkers die reeds langere tijd in contact staan met Ghapro of Pasop. De controlegroep omvat sekswerkers die niet in contact staan met een organisatie als Ghapro of Pasop.

De inclusiecriteria en de rekrutering zullen per groep apart besproken worden. De ethiek, het instrument, de dataverzameling en de dataverwerking zullen daarna in het geheel beschreven worden.

#### **3.3.1. De interventiegroep**

Bij de interventiegroep werd een vragenlijst afgenomen en een analyse uitgevoerd op hun medische dossiers. In wat volgt worden voor deze interventiegroep de inclusiecriteria, de rekrutering en de analyse van de medische dossiers besproken.

##### **3.3.1.1. Inclusiecriteria**

De interventiegroep bestaat uit sekswerkers die reeds langere tijd in contact staan met Ghapro of Pasop. Een langere tijd houdt in:

- (a) Dat de sekswerkers minstens twee jaar van de hulpverlening gebruik maken. Dit moeten geen twee opeenvolgende jaren zijn, maar er mag wel maar maximaal vier jaar tussen de contacten zitten.
- (b) Dat er op regelmatige basis contactmomenten plaatsvinden. Dit wil zeggen minstens twee keer per jaar.

Er moeten dus minstens vier contacten geweest zijn tussen de sekswerker en Ghapro of Pasop. Zo wordt er verzekerd dat er voldoende informatie geregistreerd staat in het persoonlijk dossier van de sekswerker.

### 3.3.1.2. Rekrutering

De respondenten van de interventiegroep werden door de medewerkers van Ghapro en Pasop door middel van *purposive sampling* geselecteerd. Hierbij wordt de steekproef gekozen op basis van bepaalde kenmerken (de inclusiecriteria) waaraan de respondenten moeten voldoen.

De medewerkers van Ghapro en Pasop vroegen, indien de sekswerkers aan de inclusiecriteria voldeden, of ze interesse hadden om mee te werken aan het onderzoek. Wanneer de sekswerkers akkoord gingen met het invullen van de vragenlijst en het opvragen van hun medisch dossier, werden de contactgegevens (telefoonnummer en/of adres van de werkplek en/of sekswerker) doorgegeven aan de onderzoeksters. Aan de hand van deze contactgegevens werd vervolgens een afspraak gemaakt met de sekswerker voor het afnemen van een vragenlijst. Wanneer de vragenlijst op de werkplek werd afgenomen, en er andere sekswerkers aanwezig waren, werd ook aan deze sekswerkers gevraagd of ze aan de inclusiecriteria voldeden en wilden meewerken aan het onderzoek. Eveneens werden de consultaties van Ghapro en Pasop regelmatig bijgewoond, om zo extra respondenten uit de interventiegroep te rekruteren.

Om het onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te maken, moet het aantal respondenten zo hoog mogelijk liggen. Voor de interventiegroep werd een aantal van 150 sekswerkers als doel vooropgesteld: 75 sekswerkers die in contact staan met Ghapro en 75 sekswerkers die in contact staan met Pasop. Dit cijfer werd bij de aanvang van het onderzoek als haalbaar gezien aangezien uit de jaarrapporten blijkt dat de organisaties met voldoende sekswerkers in contact komen die aan de criteria voor de interventiegroep voldoen.

### 3.3.1.3. Analyse van de medische dossiers van de sekswerkers

Bij elke respondent uit de interventiegroep werd dus een vragenlijst afgenomen. Naast deze vragenlijst, werd ook hun persoonlijk en anoniem medisch dossier opgevraagd bij Ghapro of Pasop. Elk contact wordt immers door de organisaties geregistreerd. Zo kon dus voor elke sekswerker uit de interventiegroep een medisch dossier worden opgevraagd dat verschillende gegevens bevat over de sekswerker sinds de eerste keer dat er met Ghapro of Pasop een contact was. Deze medische dossiers werden aan de hand van de werknaam, de geboortedatum en het persoonlijke identificatienummer dat aan elke sekswerker door Ghapro en Pasop wordt toegekend, gekoppeld aan de afgenomen vragenlijsten.

De manier waarop Ghapro en Pasop deze medische dossiers bijhouden verschilt per organisatie. Pasop registreert alle gegevens in *Access* en leverde de medische dossiers aan in *Excel*. Ghapro registreert de gegevens sinds begin 2007 in het programma *SoSoeMe*. Voordien was er een eigen gemaakt registratiesysteem in *FileMaker Pro*. Doordat bij Ghapro twee verschillende registratiesystemen zijn gebruikt, is per sekswerker die in contact staat met Ghapro een apart bestand opgemaakt in *Excel* waarin alle gegevens die beschikbaar zijn over een bepaalde sekswerker gebundeld werden.

De dossiers bestaan vooral uit informatie over het aantal en de soorten contacten die de respondent had met de organisaties, de afgenomen testen, de uitslagen en de vaccinatiegeschiedenis. Net zoals de manier waarop de gegevens worden geregistreerd verschilt tussen de organisaties, is ook het soort van gegevens die worden geregistreerd niet volledig gelijklopend. Hier zal in het deel resultaten verder op worden ingegaan.

Het voordeel van de analyse van deze medische dossiers is dat het de interne validiteit van de data versterkt. Zo wordt de door de respondenten gerapporteerde informatie uit de vragenlijsten getrianguleerd met informatie uit de medische dossiers die niet door de respondenten zelf zijn gerapporteerd, maar door de medewerkers van Ghapro en Pasop.

Aangezien Ghapro over een apart sociaal luik beschikt, Connecta, en omdat Connecta de gegevens per sekswerker apart registreert (dus los van het medische dossier), is ook een analyse gebeurd van de gegevens die terug te vinden zijn in deze sociale dossiers. Aangezien relatief weinig sekswerkers die in contact staan met Ghapro ook een sociaal dossier bij Connecta hebben, is gekozen voor een analyse van *alle* sociale gegevens van Connecta. Wanneer enkel een analyse zou gebeuren van de sociale dossiers van de sekswerkers die in contact staan met Ghapro en waarbij er voor dit onderzoek een vragenlijst is afgenomen, zouden we beschikken over te weinig sociale gegevens en zou een analyse hiervan een vertekend beeld geven. Deze analyse wordt besproken in het derde hoofdstuk bij de bespreking van de jaarrapporten en evaluatieverslagen van de organisaties.

#### *3.3.1.4. Bijkomende data*

Naast de gegevens uit de vragenlijsten en de medische dossiers, werd ook bijkomende data verzameld aan de hand van *fieldnotes*. Deze houden observaties op de werkplekken en in de wachtkamers van Ghapro en Pasop in, en ook de informele conversaties met de sekswerkers. Deze *fieldnotes* worden niet als aparte analyse in het rapport opgenomen, maar dienen enkel als aanvullende informatie om de resultaten van de kwantitatieve bevraging van de sekswerkers te kaderen.

### **3.3.2. De controlegroep**

Bij de sekswerkers die behoren tot de controlegroep is eveneens een vragenlijst afgenomen. Hieronder worden de inclusiecriteria en de rekrutering van de controlegroep besproken.

#### *3.3.2.1. Inclusiecriteria*

De enige voorwaarde waaraan de sekswerkers uit de controlegroep moeten voldoen is dat ze niet in contact staan met hulpverleningsorganisaties zoals Ghapro of Pasop. De eerste vraag bij het rekruteren van deze sekswerkers was dan ook: *'Ben je ooit al in contact gekomen met*

*hulpverleningsorganisaties specifiek voor mensen die werken in de erotische sector? Organisaties zoals Ghapro, Pasop of Espace P<sup>1</sup>?*

### 3.3.2.2. Rekrutering

Aangezien Ghapro werkzaam is in de provincie Antwerpen en Pasop in de provincies Oost- en West-Vlaanderen, zijn de sekswerkers voor de controlegroep gezocht in de twee andere provincies in Vlaanderen: Limburg en Vlaams-Brabant. Dit zijn namelijk de enige twee regio's in Vlaanderen waar geen enkele organisatie interventies uitvoert met betrekking tot preventieve acties specifiek voor mensen die werken in de erotische sector. Ook werd er gekozen om deze sekswerkers te zoeken in andere regio's dan waar Ghapro en Pasop werkzaam zijn, aangezien zij reeds een groot aantal sekswerkers in hun eigen regio bereiken. De sekswerkers die ze niet bereiken, zijn sekswerkers die geen interesse hebben voor een specifiek hulpaanbod zoals Ghapro en Pasop dit aanbiedt, en het is dan ook onwaarschijnlijk dat deze sekswerkers mee zouden willen werken aan het onderzoek. Ook is de kans reëel dat deze sekswerkers, indien ze nog niet in direct contact met één van de twee vzw's hebben gestaan, ze wel reeds indirect contact hadden, bijvoorbeeld via collega's die hierover vertellen.

Er werd wel niet strikt vastgehouden aan de regio's waar de sekswerkers werkzaam zijn. Het inclusie criterium was immers niet dat ze werkzaam moesten zijn in Limburg of Vlaams-Brabant, maar dat ze nog nooit in contact hadden gestaan met Ghapro of Pasop (of een soortgelijke organisatie). Zo zijn escortes zeer moeilijk te rekruteren aan de hand van de regio waar ze werken, aangezien ze meestal over een zeer uitgebreid gebied werkzaam zijn.

Ook zijn de vrouwen opgenomen niets intiem doen (dit wil zeggen geen vaginale, anale of orale seks), maar wel bijvoorbeeld erotische massages geven (*body-to-body*), zoenen met de klant en de klanten met de hand bevredigen of zich laten bevredigen met de hand. Ook deze zijn geïnccludeerd in het onderzoek, aangezien ook Ghapro en Pasop met dergelijke werkplekken in contact staan omdat enerzijds de diensten die ze verlenen ook risico's inhouden en anderzijds omdat er vaak in vraag gesteld kan worden of ze effectief nooit vaginale, anale of orale seks verlenen aan klanten.

Voor het veldwerk in Limburg en Vlaams-Brabant zijn we vertrokken vanuit een lijst met adressen en telefoonnummers die Pasop heeft opgesteld aan de hand van advertenties die terug te vinden zijn op het internet. De eerste afspraken voor het afnemen van vragenlijsten zijn telefonisch gemaakt, maar van deze werkwijze is snel afgestapt. Over de telefoon kan men immers veel sneller en gemakkelijker zeggen dat er geen interesse is om mee te werken. Daardoor is er meestal gekozen voor een meer persoonlijke aanpak, waar de onderzoeksters steeds naar de werkplekken zelf reden om vervolgens aan te bellen en de uitleg over het onderzoek te doen. Dat deze aanpak efficiënter is dan eerst telefonisch afspraken te maken, is

---

<sup>1</sup> Espace P is een organisatie met een gelijkaardige werking als die van Ghapro en Pasop. Hun werkgebied is Brussel en Wallonië.

ook vastgesteld door het feit dat de onderzoeksters op een tweetal werkplekken vragenlijsten hebben kunnen afnemen nadat gewoon werd aangebeld, terwijl de uitleg ervoor ook al via de telefoon werd gedaan, maar toen werd geen interesse getoond in het onderzoek.

Het nadeel van de meer persoonlijke aanpak van het zoeken van respondenten is de tijd dat dit in beslag neemt. Door het mobiele karakter van de prostitutie zijn werkplekken die op het internet terug te vinden zijn soms niet meer actief en ook zijn de openingstijden op het internet vaak niet accuraat, waardoor de onderzoeksters vaak voor gesloten deuren stonden. Door de verschillende openingstijden die de verschillende sekswerksectoren hanteren, was het ook noodzakelijk om dagtoeren en avond-/nachttoeren te houden. De dagtoeren begonnen ongeveer om tien uur 's morgens en hielden vooral de privéhuizen en massagesalons in. De avond-/nachttoeren startten om ongeveer zes uur 's avonds en hiermee doelden we voornamelijk op de bars en clubs.

Aangezien escortes meestal geen vaste werkplek hebben (of toch geen werkplek waarvan het adres uitdrukkelijk op het internet vermeld staat), was het bij deze groep sekswerkers wel noodzakelijk om eerst telefonisch een afspraak te maken. Met deze respondenten werd dan afgesproken in bijvoorbeeld het hotel waar ze een kamer huurden om te werken of gewoon bij hen thuis.

Naast de lijst met contactgegevens die door Pasop was opgesteld, is ook gebruik gemaakt van bijkomende advertenties die gedurende de hele veldwerkperiode werden gezocht op het internet. Deze bijkomende contactgegevens werden voornamelijk gevonden op [www.topescort4u.be](http://www.topescort4u.be), [www.afspraakje4u.com](http://www.afspraakje4u.com), [www.afspraakjes.net](http://www.afspraakjes.net), [www.afspraakjes.be](http://www.afspraakjes.be), [www.provla.com](http://www.provla.com), [www.hookers.nl](http://www.hookers.nl), [www.schatjes.net](http://www.schatjes.net) en [www.redlights.be](http://www.redlights.be).

Ook werden bijkomend de werkplekken bezocht die gewoon visueel zichtbaar waren in de straat. We denken dan vooral aan huizen met de typerende rode of blauwe lichten, de grote huisnummers en camera's aan de voordeur.

Om de respondenten uit de controlegroep te rekruteren werd dus gebruikt gemaakt van een zogenaamde *convenience sample*, waarbij de steekproef is geselecteerd omwille van de beschikbaarheid voor de onderzoekers (dus de contactgegevens die te vinden zijn op het internet en de prostitutie die zichtbaar is in het straatbeeld). Ook werd gebruik gemaakt van *snowball sampling*, waarbij mogelijke respondenten aangebracht worden door de reeds deelnemende respondenten. Zo werd aan de respondenten die werken in de escortsector gevraagd of ze telefoonnummers hadden van collega's waarvan ze dachten dat deze misschien ook interesse zouden kunnen hebben om mee te werken, en aan de vrouwen werkzaam in de andere sectoren of ze nog weet hadden van andere sekswerkzaken in de buurt. Vaak gaf dit een overlap met de contactgegevens die reeds op het internet gevonden waren.

Bij contacten met de sekswerkers uit de controlegroep werd ook steeds benadrukt dat hun medewerking ook voor hen voordelen kan opleveren. Wanneer dit onderzoek de effectiviteit

van de werking van Ghapro en Pasop kan aantonen, wordt het nut van een uitbreiding naar Limburg en Vlaams-Brabant immers onderstreept. Wanneer de sekswerkers geen interesse toonden voor het onderzoek, werd toch steeds een folder (cfr. infra) achtergelaten, samen met de contactgegevens van de onderzoeksters zodat ze steeds konden bellen wanneer ze toch zouden willen meewerken. Ook werd bij de sekswerkers die geen interesse toonden voor een eventuele uitbreiding van Ghapro en Pasop naar hun regio, benadrukt dat hun bijdrage tot het onderzoek wel relevant was en werden ze alsnog verzocht om de enquête in te vullen.

Voor de controlegroep werd, net zoals voor de interventiegroep, getracht een aantal van 150 respondenten te bereiken. Ondanks het feit dat het om een doelgroep gaat die zeer moeilijk is te bereiken, werden deze aantallen bij de start van het onderzoek als realistisch gezien omwille van de grootte van het gebied waaruit de controlegroep gerekruteerd zou worden.

### 3.3.2.3. *Bijkomende data*

Ook werd bij de controlegroep bijkomende data verzameld aan de hand van *fieldnotes*. Deze omvatten observaties op de werkplekken en informele conversaties met de sekswerkers. De observatie van voornamelijk de website [www hookers.nl](http://www hookers.nl) leverde eveneens bijkomende informatie op voor het onderzoek. Op deze website kunnen de klanten van sekswerkers een recensie achterlaten over een bepaalde sekswerker die ze hebben bezocht. De voordelen van deze website zijn de prominente positie ervan en het feit dat de berichten bijna nooit worden gecensureerd (Adriaenssens & Hendrickx, 2012). Wanneer sekswerkers bij bepaalde handelingen geen condoom gebruiken, wordt hier dan ook openlijk over gerapporteerd. De *fieldnotes* worden ook hier niet als aparte analyse in het rapport opgenomen, maar dienen eerder als aanvullende informatie om de resultaten van de kwantitatieve bevraging van de sekswerkers te kaderen.

### 3.3.3. *Privacycommissie en Ethisch Comité*

Op 2 mei 2011 werd door de commissie medische ethiek UA het project ‘Effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers’ goedgekeurd. Wel werd de voorwaarde gesteld dat bij de vragenlijst een *informed consent* en een informatieformulier voor de deelnemer bijgevoegd moesten worden (cfr. infra).

Eveneens was een aangifte bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (de privacycommissie) nodig. Aangezien de gegevens uit de medische dossiers van Ghapro en Pasop worden gekoppeld aan de vragenlijsten van de sekswerkers uit de interventiegroep, en omdat deze koppeling gebeurt aan de hand van de werknaam en de geboortedatum van de sekswerker, was dit proces niet volledig anoniem en moest een aangifte gedaan worden. Deze aangifte werd gepubliceerd in het openbaar register van de Commissie op 7 juli 2011.

### 3.3.4. *Instrument*

Zoals hierboven aangehaald, werd een vragenlijst afgenomen zowel bij de interventie- als bij de controlegroep.

We stelden een vragenlijst op voor de controlegroep en de interventiegroep op basis van de internationale literatuur en richtlijnen. Het deel van de vragenlijst dat peilt naar de algemene achtergrondvragen en de werkervaring en werkomstandigheden, is gebaseerd op de vragenlijst die werd gebruikt voor de DRUSEB-studie (Decorte et al, 2011). De vragenlijsten die werden opgesteld voor de controlegroep en de interventiegroep zijn identiek op twee onderdelen na. Bij de controlegroep bestaat er een onderdeel waar er wordt gevraagd naar de houding ten opzichte van het oprichten van specifieke gezondheidsorganisaties in hun regio, en bij de interventiegroep bestaat dit onderdeel uit vragen die gaan over hun perceptie, het gebruik en de evaluatie van Ghapro en Pasop. In het deel over de dataverzameling (cfr. infra) wordt hier verder op ingegaan.

De eerste versie van de vragenlijsten werd besproken met de medewerkers van Ghapro en nadien met de medewerkers van Pasop. Vervolgens werd de vragenlijst getest bij vier sekswerkers (drie raamsekswerkers uit Antwerpen en een privésekswerker uit Gent). Er werden bij deze testronde geen grote problemen ondervonden: enkele zinnen en woorden bleken niet duidelijk voor iedereen en werden aangepast (bijvoorbeeld ‘relationele problemen’ werd veranderd naar ‘relatieproblemen’).

Na het advies van het Ethisch Comité (cfr. supra) werd ook een informatieformulier en een *informed consent* opgesteld op basis van de standaarddocumenten die het Comité aanbiedt. Het taalgebruik in de formulieren werd vereenvoudigd om zeker te stellen dat iedere respondent de uitleg kon begrijpen. Het informatieformulier beschrijft de studie en de rechten van de respondent. Door middel van het *informed consent* werd door de respondenten schriftelijk instemming gegeven voor hun deelname aan het onderzoek. Hoewel het Ethische Comité een schriftelijke *informed consent* eiste in plaats van de mondelinge *informed consent* die initieel werd voorgesteld door de onderzoekers, wilden we de anonimiteit toch garanderen door dit document te baseren op een werknaam en niet op de echte naam van de respondent.

De opgestelde vragenlijsten, het informatieformulier en het *informed consent* werden vervolgens doorgestuurd naar de leden van het begeleidingscomité. Aan de hand van hun uitgebreide suggesties en opmerkingen, werden deze documenten verder aangepast.

Aangezien het grote aantal migranten onder de sekswerkers werden alle documenten opgesteld in het Nederlands en door Linguapolis<sup>2</sup> verder vertaald naar het Engels en Frans. Doordat de onderzoekers mogelijke respondenten enkel konden aanpreken in het Nederlands, Engels of Frans, werd initieel enkel voor deze vertalingen gekozen. Na de eerste dagen veldwerk in Limburg bleek echter nood te zijn aan een Poolse vertaling. Deze sekswerkers

---

<sup>2</sup> De vertaaldienst van de Universiteit Antwerpen.

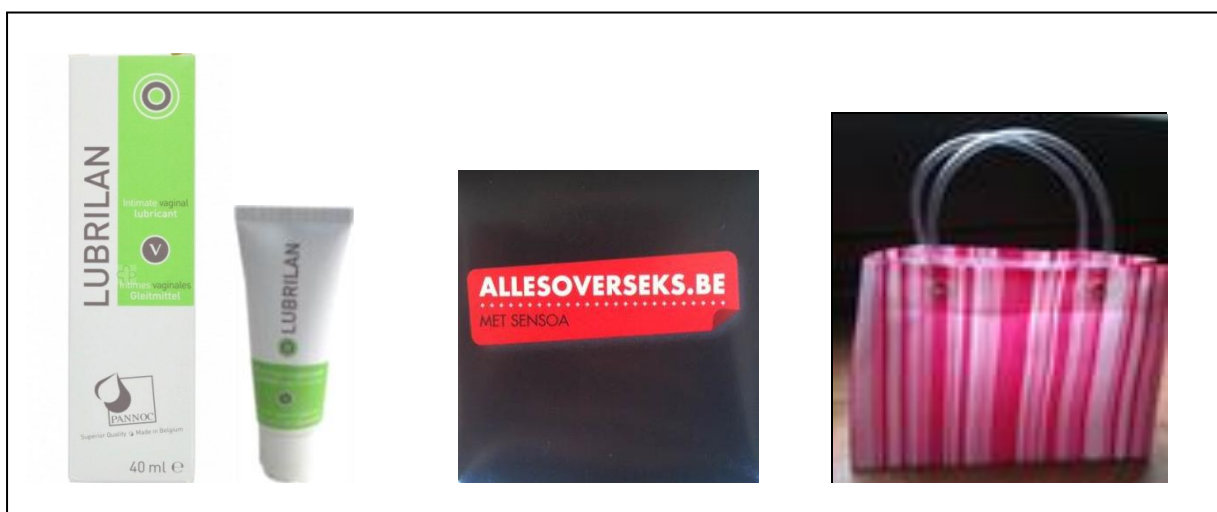


spraken voldoende Engels om het doel van het onderzoek te begrijpen, maar niet voldoende Engels om de vragenlijst in te vullen.

De vertalingen verliepen echter niet zonder problemen. De teksten werden initieel vrij formeel vertaald, hoewel de opdracht was om een gelijkaardige stijl te hanteren als bij de Nederlandse vragenlijst. Waar we woorden zoals ‘pijpen’ en ‘beffen’ hadden gebruikt in de Nederlandse versie om de vragen zo toegankelijk mogelijk te maken voor de respondenten, vertaalde Linguapolis dit met woorden als ‘fellatio’ en ‘cunnilingus’, begrippen waar de gemiddelde sekswerker weinig aansluiting bij vindt. Uiteindelijk hebben we zelf de Engelse en Franse versies aangepast naar een meer toegankelijke taal; de Poolse documenten werden door Linguapolis meer toegankelijk gemaakt.

De vragenlijst werd individueel door de sekswerker ingevuld. De respondent kon zelf kiezen of zij/hij hulp wenste van de onderzoeker. Bij respondenten die moeite hadden met de taal, niet konden lezen of schrijven, of geen zin hadden om de vragenlijst zelf in te vullen, werd de vragenlijst ingevuld samen met de onderzoeker.

Na het invullen van de vragenlijst kregen alle respondenten een kleine attentie voor de deelname en de respondenten uit de controlegroep een bijkomend informatiepakket. De *goodiebag* bestond uit vier condooms, een tube glijmiddel en het informatieformulier. De controlegroep kreeg ook een folder met een korte voorstelling van de werking van de organisaties Ghapro en Pasop (beschikbaar in het Nederlands, Engels en Frans), alsook het paarse *safesex* boekje (GVO-materiaal<sup>3</sup> dat is uitgegeven door Ghapro in samenwerking met Pasop en Espace P). De condooms werden gratis aangevraagd via Sensoa en het glijmiddel werd aangekocht aan inkoopprijs via Ghapro en Pasop. De *safesex* boekjes werden bezorgd door Ghapro en Pasop in drie verschillende talen (Nederlands, Engels en Frans).



<sup>3</sup> GVO staat voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

### 3.3.5. *Dataverzameling*

Om het effect van de interventies van Ghapro en Pasop na te gaan, zijn bij de controlegroep en bij de interventiegroep gelijkaardige gegevens verzameld. Hieruit zijn de verschillen en de gelijkenissen tussen de beide groepen afgeleid waardoor het effect van de preventieve maatregelen van de beide organisaties kan worden geëvalueerd.

In wat volgt wordt voor de twee doelstellingen van de studie, met de bijhorende acht onderzoeksvragen, weergegeven welke gegevens telkens werden verzameld voor de sekswerkers uit de interventiegroep en de sekswerkers uit de controlegroep.

Om de **eerste doelstelling** te bereiken, namelijk de werking van Ghapro en Pasop evalueren, is getracht een antwoord te vinden op volgende zes onderzoeksvragen:

Onderzoeksvraag 1: In hoeverre zijn sekswerkers die in contact staan met Ghapro of Pasop beter geïnformeerd over beroepsspecifieke gezondheidsrisico's (zoals het vermijden van seksueel overdraagbare infecties) en over de bestaande hulpverlening dan sekswerkers die hier niet mee in contact staan?

Volgende gegevens met betrekking tot deze onderzoeksvraag zijn verzameld:

- (a) Weten de sekswerkers wat de beste manieren zijn om SOI's te vermijden?
- (b) In welke mate schatten ze correct het gevaar in van SOI's?
- (c) Weten ze voor welke medische dienstverlening (zowel preventieve seksuele gezondheidszorg als de behandeling van seksueel gerelateerde gezondheidsproblemen) ze bij Ghapro en Pasop terecht kunnen?
- (d) Weten ze voor welke sociale ondersteuning (zoals financiële zorgen, geen ziekteverzekering, sociale onzekerheid, relationele problemen en huisvestingsproblemen) ze bij Ghapro en Pasop terecht kunnen?
- (e) Welke kennis is aangeleerd en welke handelingen zijn veranderd door het contact met Ghapro of Pasop?

Deze gegevens zijn allemaal nagegaan bij de interventiegroep. Variabelen (c), (d) en (e) zijn niet bij de controlegroep bevraagd, aangezien ze Ghapro en Pasop niet kennen.

Onderzoeksvraag 2: In hoeverre passen sekswerkers die in contact staan met Ghapro of Pasop betere praktijken toe met betrekking tot beroepsspecifieke gezondheidsrisico's tegenover sekswerkers die hier niet mee in contact staan?

Volgende gegevens zijn met betrekking tot deze onderzoeksvraag verzameld:

- (a) Condoomgebruik bij de sekswerkers?
- (b) Gebruik van glijmiddel?
- (c) Welke anticonceptiemiddelen gebruiken de sekswerkers?
- (d) Hanteren ze de juiste strategie bij een klapcondoom?

- (e) Laten de vrouwelijke sekswerkers al dan niet jaarlijks een gynaecologisch onderzoek doen (bij Ghapro/Pasop of elders)?
- (f) Hoe vaak laten de sekswerkers zich screenen op SOI's en baarmoederhalskanker (bij Ghapro/Pasop of elders)?
- (g) Laten ze zich vaccineren tegen hepatitis B (bij Ghapro/Pasop of elders)?
- (h) De drop out bij de Hepatitis B vaccinatie

Variabelen (a) tot en met (g) zijn nagegaan bij de interventie- en de controlegroep. Indien er bepaalde onderzoeken zijn uitgevoerd, kunnen variabelen (e), (f) en (g) bij de controlegroep enkel elders plaatsgevonden hebben. Variabele (h) is enkel bij sekswerkers uit de interventiegroep nagegaan.

*Onderzoeksvraag 3:* In hoeverre gebruiken sekswerkers die in contact staan met Ghapro of Pasop de bestaande hulpverlening in hogere mate dan zij die niet met de organisaties in contact staan en in hoeverre communiceren zij al dan niet open over hun beroep en de daaraan verbonden risico's?

Volgende gegevens zijn met betrekking tot deze onderzoeksvraag verzameld:

- (a) In welke mate wordt er door de sekswerkers gebruik gemaakt van het reguliere hulpverleningsaanbod? Voor welke problemen kunnen ze hier naar eigen zeggen gemakkelijker of moeilijker terecht?
- (b) Evolueert de aard van de contacten (medische en/of sociale dienstverlening) tussen Ghapro/Pasop en de sekswerker?
- (c) Wanneer sekswerkers met het reguliere hulpverleningsaanbod in contact komen, in welke mate kunnen zij dan hun beroepspecifieke risico's bespreken met de dienstverleners?

Variabelen (a) en (c) zijn zowel bij de interventie- als bij de controlegroep nagegaan. De andere variabele is enkel bekeken voor sekswerkers uit de interventiegroepen.

*Onderzoeksvraag 4:* In hoeverre hebben sekswerkers die in contact staan met Ghapro of Pasop een andere houding tegenover veilig vrijen en seksueel overdraagbare infecties dan sekswerkers die hier niet mee in contact staan?

Volgende gegevens zijn met betrekking tot deze onderzoeksvraag verzameld:

- (a) Hoe staan de sekswerkers tegenover het regelmatig testen van SOI's en tegenover vaccinaties? Achten zij dit nodig?
- (b) Hoe staan ze tegenover het condoomgebruik? Vinden ze dat er in bepaalde gevallen van veilige seks mag worden afgeweken (vb. bij een vaste klant)?

Beide variabelen zijn zowel voor de interventie- als voor de controlegroep bekeken.

Onderzoeksvraag 5: In hoeverre kunnen we verschillende gezondheidsuitkomsten met betrekking tot beroepsgerelateerde risico's vaststellen bij sekswerkers die al dan niet in contact staan met Ghapro of Pasop?

Volgende gegevens zijn met betrekking tot deze onderzoeksvraag verzameld:

- (a) Het aantal ongewenste zwangerschappen bij de sekswerkers
- (b) Het aantal SOI's dat bij de sekswerkers wordt vastgesteld en de aard ervan

Beide variabelen zijn nagegaan bij zowel de interventie- als de controlegroep. Variabele (b) is voor de interventiegroep meer uitgebreid bekeken aan de hand van de gegevens hierover die terug te vinden zijn in de medische dossiers die door Ghapro en Pasop worden bijgehouden per sekswerker.

Onderzoeksvraag 6: Hoeveel sekswerkers bereiken Ghapro en Pasop in vergelijking met het aantal sekswerkers werkzaam in de regio's van Ghapro en Pasop?

Een goede maat om de effectiviteit van de beide organisaties te bepalen, is het in kaart brengen van het aantal sekswerkers dat door Ghapro en Pasop wordt bereikt. In de teller komt het aantal sekswerkers dat in een referentiejaar door Ghapro en Pasop is bereikt. In de noemer staat het aantal sekswerkers dat in datzelfde jaar werkzaam is geweest in dezelfde regio waar Ghapro en Pasop werkzaam zijn.

De gegevens in de teller kunnen worden verkregen aan de hand van de registratie van de dossiers van de sekswerkers door Ghapro en Pasop. De gegevens van het meest recente jaar zullen gebruikt worden.

De gegevens nodig om de noemer op te stellen zijn echter veel minder gemakkelijk te bepalen, aangezien het om een zeer moeilijk te bereiken en vaak verborgen doelgroep gaat. Eveneens zijn er in het sekswerk veel zwarte circuits waar geen data over bestaan. Initieel wilden we een 'vork' opstellen met een minimum- en een maximumnoemer, waar de proportie bereikte sekswerkers dan waarschijnlijk zal tussenliggen. Het bleek echter onmogelijk om te berekenen hoeveel sekswerkers er werkzaam zijn in een bepaalde regio: niet alleen kregen we geen toegang toe of bestonden er geen concrete cijfers over prostitutie in Antwerpen en Gent, ook was het veldwerk die een dergelijke schatting vereist niet uit te voeren binnen het tijds kader van het onderzoek.

Om de **tweede doelstelling** te beantwoorden, namelijk welke acties ondernomen kunnen worden om het gebrek aan preventie bij sekswerkers in Limburg en Vlaams-Brabant te ondervangen, zochten we antwoorden op de laatste twee onderzoeksvragen met bijhorende variabelen:

Onderzoeksvraag 7: Hoe ziet de samenstelling van de groep sekswerkers in Limburg en Vlaams-Brabant eruit en welk soort sekswerk overheerst in deze regio's?

In de vragenlijsten die zijn voorgelegd aan de sekswerkers uit de controlegroep, zijn ook een reeks algemene gegevens bevraagd. Deze gegevens houden zowel persoonlijke kenmerken in (leeftijd, geslacht, nationaliteit, opleidingsniveau, enzovoort) als kenmerken over het sekswerk dat ze verrichten (in welke buurt zijn ze vooral werkzaam, welk soort sekswerk verrichten ze, is sekswerk al dan niet hun hoofdberoep, enzovoort). Hiermee is getracht het sekswerk in Limburg en Vlaams-Brabant zo goed mogelijk in kaart te brengen en wordt een antwoord geformuleerd op de zevende onderzoeksvraag.

Onderzoeksvraag 8: In hoeverre verschillen het sekswerk en de eigenschappen van de sekswerkers in de groep die werkzaam is in Limburg en Vlaams-Brabant van de groep werkzaam in de andere regio's in Vlaanderen?

Om de achtste onderzoeksvraag te beantwoorden, is na de 'mapping' van Limburg en Vlaams-Brabant (zie onderzoeksvraag 7) een vergelijking gemaakt van de kenmerken van het sekswerk en de sekswerkers in deze regio's met de kenmerken van het sekswerk en sekswerkers werkzaam in andere regio's in Vlaanderen.

### 3.3.6. Dataverwerking

Om de analyse van de kwantitatieve bevraging bij de interventie- en de controlegroep mogelijk te maken, werden de data van alle vragenlijsten ingevoerd in SPSS (versie 18). De antwoorden die door de respondenten werden gegeven op de open vragen, werden door twee onderzoekers afzonderlijk in categorieën onderverdeeld, waarna er over de discrepanties in de categorieën en onderverdelingen werd gediscussieerd. Na het invoeren van alle gegevens werd de dataset *gecleand*. Hierbij is de datamatrix gecontroleerd op mogelijke tikfouten en codeerfouten. Ook zijn enkele vragenlijsten die niet bruikbaar leken verwijderd uit het bestand.

Bij de bivariate analyse is telkens gebruikt gemaakt van de Chikwadraattoets om na te gaan of er tussen twee variabelen een statistisch significant verband bestaat. Hierbij moet opgemerkt worden dat er vaak geen Chikwadraat berekend is kunnen worden omdat de aantallen in de cellen te klein waren (d.w.z. een *observed count*  $\leq 10$  of een *expected count*  $\leq 5$ ). Wanneer het verschil tussen meerdere rekenkundige gemiddelden wordt bekeken, is een One Way ANOVA (of variantieanalyse) gebruikt. Telkens werd een significantieniveau kleiner dan 0,05 als betrouwbaar beschouwd.

Alle gegevens zijn telkens geanalyseerd voor de vier groepen apart (interventiegroep Ghapro - interventiegroep Pasop - controlegroep Limburg - controlegroep Vlaams-Brabant). Bij de analyse van de gegevens is telkens rekening gehouden met bepaalde kenmerken van de respondenten: er werd gekeken naar de leeftijd en het geboorteland van de sekswerkers, de sector waarin ze werkzaam zijn en het aantal jaren ze reeds als sekswerker werken.

De gegevens uit de sociale dossiers werden door Connecta en de gegevens uit de medische dossiers werden door Ghapro en Pasop aangeleverd in een Excel-formaat. De data uit deze medische en sociale dossiers werd voor de analyse in SPSS 18 geïmporteerd en geanalyseerd.

### 3.4. Overzicht van de dataverzameling

Tabel 1.1. Overzicht van de dataverzameling

Dataverzameling bij	Instrument	Beoogd aantal
Medewerkers Ghapro/Pasop	Kwalitatief: diepte-interviews	Alle medewerkers (n=12)
Interventiegroep	Kwantitatief: vragenlijst + analyse medische dossiers (Kwalitatief: observatie werkplekken en wachtkamers, informele gesprekken met SW)	150 SW: 75 die in contact staan met Ghapro en 75 die in contact staan met Pasop
Controlegroep	Kwantitatief: vragenlijst (Kwalitatief: observatie werkplekken, informele gesprekken met SW, www hookers.nl)	150 SW: 75 uit Limburg en 75 uit Vlaams-Brabant

### 3.5. Opmerkingen in verband met de representativiteit van de studie

Bij de doelgroep voor deze studie is het, zoals reeds vermeld, niet mogelijk om een *random sample* te verkrijgen, waardoor de representativiteit van de steekproef in vraag kan worden gesteld. De illegaliteit en stigmatisering van sekswerk leiden ertoe dat we enkel steekproeftechnieken zoals *convenience sampling* of *snowball sampling* kunnen gebruiken. De populatie sekswerkers is echter heel divers; de verschillende sectoren brengen verschillende omstandigheden met zich mee waardoor onderzoek bij één of verschillende vormen van sekswerk nooit representatief kan zijn voor het totale aantal van commerciële seksvormen die er bestaan binnen een bepaald gebied. Zo zal er verder gelezen kunnen worden dat we in het huidig onderzoek weinig respondenten uit het straatsekswerk, en geen respondenten uit de verborgen<sup>4</sup>, onzichtbare prostitutie hebben kunnen bevragen.

Verder bestaan er natuurlijk ook andere vormen van *bias* die de resultaten uit ons onderzoek vertekenen. Hoewel we als onderzoekers proberen objectief te zijn en trachten de ‘waarheid’ te achterhalen door een afstand te behouden met het bestudeerde fenomeen, is dit onmogelijk wanneer men interageert met respondenten in een bepaalde sociale situatie. We krijgen ook te maken met sociale wenselijkheid wanneer respondenten graag ‘juist’ willen antwoorden. Het is verder niet ondenkbaar dat mensen die behandeld worden als onderzoeksobjecten af en toe eens liegen en spelen met de onderzoeker om een gevoel van controle te behouden over de situatie. Sociaal wenselijke antwoorden geven of liegen kan men ook beschouwen als een manier om om te gaan met de hiërarchie die inherent is aan een dergelijke onderzoeksrelatie.

<sup>4</sup> *Verborgene prostitutie* houdt de clandestiene prostitutie in die amper adverteert. Ook bestaat er *verdoken prostitutie*, wat duidt op prostitutie die plaatsvindt in of via organisaties die zich niet als dusdanig bekendmaken (bijvoorbeeld massagesalons). Uit deze verdoken prostitutie zijn wel respondenten gerekruteerd.

We moeten ook bewust zijn van onze eigen positie als onderzoeker. Als twee blanke meisjes uit de middenklasse zich als onderzoekers voorstellen bij mensen van een andere achtergrond, zoals Nigeriaanse vluchtelingen of Thaise masseuses, moeten we er bij stilstaan dat dit verschil implicaties heeft voor de relatie tussen onderzoeker en respondent, en bijgevolg ook voor de verzamelde data. Als onderzoekers moesten we met deze hiërarchie in het achterhoofd toegang vinden tot deze groep, wat niet evident was aangezien we niet direct iets te bieden hadden. Onze link met de gezondheidshuizen was onze enige ingangspoort; het effectieve gezondheidsaanbod leveren konden we echter niet. In een artikel beschrijft Augustin (2004) een gelijkaardige situatie aan de hand van een quote van een Nigeriaanse sekswerker in Spanje: ‘I don’t understand what they’re doing, they don’t have anything to offer. The others that come are doctors, they give us medicine, examinations. But these want to talk, and I don’t have any reason to talk to them.’ Ook al zeg je dat alle informatie anoniem en confidencieel behandeld wordt, mensen willen niet altijd praten over gevoelige onderwerpen zoals seksuele handelingen, vervalste verblijfsdocumenten of belastingsomzeiling. Doordat men dergelijke geheimen prijsgeeft, staat men een vorm van controle af en geeft men de onderzoeker de macht om een beeld te creëren dat men misschien niet de wereld in wilt sturen. We moeten in het achterhoofd houden dat de gevoelige aard van de vragen er voor gezorgd kan hebben dat veel respondenten niet eerlijk hebben durven antwoorden. Anderzijds dienen we ook even stil te staan bij de moed die de respondenten hebben getoond om de vragenlijst toch in te vullen.

Als onderzoekers probeerden we de invloed van deze verschillende vormen van bias op onze data te verminderen door zo veel mogelijk te letten op onze houding in ons contact met respondenten. We veroordeelden niet, veronderstelden nooit de situatie van een sekswerker te kennen en probeerden ten allen tijde de afstand tussen onderzoeker en respondent te verkleinen door een informele omgang. We probeerden het gevoel te geven dat ze als medemens gerespecteerd werden en benadrukten het belang van hun mening binnen dit onderzoek. Door deze niet-veroordelende houding en vriendelijke omgang bereikten we toch veel vrouwen van verschillende leeftijden, verschillende sectoren, verschillende gebieden en verschillende nationaliteiten. De gemoedelijkheid van en de variatie binnen de contacten hebben ervoor gezorgd dat we zowel de *response bias* als de *sampling bias* inherent aan dergelijk onderzoek hebben kunnen verminderen.

## Hoofdstuk 2. De literatuurstudie

In dit hoofdstuk presenteren we de bevindingen uit de internationale literatuur over gezondheid bij sekswerkers. De geselecteerde publicaties hebben enerzijds betrekking op landen uit Europa, Noord- en Zuid-Amerika, Afrika en Azië en anderzijds op verschillende gezondheidsaspecten (ziekte, geweld en stigma) en preventiemaatregelen (condoomgebruik, toegepaste interventies, psychologische en emotionele strategieën). De meeste publicaties tonen een enorme verscheidenheid aan socio-culturele context, economische omstandigheden, onderzoeksvragen en gezondheidsuitkomsten. We zijn derhalve niet in staat om deze gegevens objectief te vergelijken met de gegevens uit ons onderzoek in Vlaanderen. Ze schetsen echter wel een duidelijk beeld van de verschillende soorten werkomstandigheden, economische factoren, socioculturele contexten, interventies en preventiemaatregelen die invloed hebben op sekswerkers en hun gezondheid.

Na een korte bespreking van de maatschappelijke positie van prostitutie in onze regio de laatste eeuwen, beschrijven we hoe sekswerkers naar een epidemiologische risicogroep voor infectieziekten evolueerden. Dan bespreken we de effectieve gezondheidsrisico's bij sekswerk en de perceptie van risico's door sekswerkers, de prevalentie van infectieziekten en andere gezondheidsproblemen, de nood aan specifieke hulpverlening en de effectiviteit van preventieprogramma's. We sluiten af met een bespreking van legale kwesties rond prostitutie in België.

### **1. De maatschappelijke positie van sekswerkers door de eeuwen heen**

Met het ontstaan van de moderne geneeskunde in de 18<sup>e</sup> eeuw ontwikkelde zich een wetenschappelijk paradigma waarin 'ziekte' als een objectief waarneembare materie werd beschouwd en bijgevolg onderscheiden kon worden van gezonde materie. Door ziekte te bekijken als een waarneembare substantie, maakte men gemakkelijker onderscheid tussen een 'gezonde mens' en een 'ongezonde mens'. Dit onderscheid evolueerde verder tot een onderscheid tussen bevolkingsgroepen, namelijk tussen 'gezonde' en 'ongezonde' populaties. Bijgevolg ontstond er een verschil tussen 'risicopopulaties' voor infectieziekten en de algemene bevolking. Om de transmissie van besmettelijke ziekten tegen te gaan, werden onder andere prostituees als bevolkingsgroep geviseerd. Doordat prostituees als ziekteverspreiders werden beschouwd, diende men aparte sociale controle uit te voeren op deze groep. Prostituees werden zo naar de rand van de maatschappij geduwd, waardoor ze juist kwetsbaarder werden voor ziektes en het risico dat ze ziektes doorgaven werd verhoogd (Day & Ward, 1997). Day en Ward stellen dus dat het de sociale exclusie van de prostituee is, gebaseerd op het idee van de 'volksgezondheid', dat ervoor heeft gezorgd dat prostituees effectief een risicopopulatie voor infectieziekten werden.



Het idee van de prostituee als haard van besmettelijke ziekten kwam niet enkel voor in de periode dat de wetenschappelijke geneeskunde ontstond, maar werd doorheen de eeuwen reeds waargenomen. van Doorninck en Jongedijk (1997) beschrijven hoe prostitutie in de Nederlanden door de eeuwen heen evolueerde. Vanaf de 16<sup>e</sup> eeuw werd onder de invloed van het protestants beleid seksualiteit buiten het huwelijk als zonde en als misdrijf beschouwd. In de 17<sup>e</sup> eeuwse literatuur worden jonge mannen reeds gewaarschuwd voor het bordeelbezoek en het gevaar op syfilisbesmetting dat daarmee gepaard ging. Moraalschrijvers behoedden de mannen voor de gevaren van 'Hoere' en 'Hoere-waardinnen' met populaire gedichtjes als 'Al heeft een hoer een schoon gezicht, 't Is een lanteerne zonder licht' (Jacob Cats in van Doorninck & Jongedijk, 1997). Door de strenge idealen van de groeiende burgerij in de 18<sup>e</sup> eeuw, kwam er een rigide onderscheid tussen de burgerlijke, niet-werkende en van nature kuis vrouw en de werkende, publieke volkswrouw met een ingeboren neiging tot prostitutie. Seksuele onthouding voor de man werd echter als ongezond beschouwd, waardoor prostitutie als een noodzakelijk kwaad toch bestaansrecht had. De vrouwen die zich moesten opofferen om de kuisheid van de burgerlijke vrouw te bewaren, werden wel bijzonder negatief afgeschilderd als marginale en zondige mensen. Ook het gewone volk trachtte dichter bij de burgerijklasse te komen en als deugdelijk te worden beschouwd door zich te onderscheiden van 'de prostituee', waardoor deze groep vrouwen zelfs binnen de eigen volksklasse werd gemarginaliseerd. Door de abolitionistische reactie in de 19<sup>e</sup> eeuw, waarbij prostitutie werd gezien als een vorm van slavernij en bijgevolg moest uitgeroeid worden, werden zowel prostituees als prostituanten in een kwaad daglicht gesteld en eiste de maatschappelijke moraal zedelijkheid van zowel man als vrouw. Er evolueerde een geloof dat meerdere seksuele contacten niet alleen tot een slechte gezondheid konden leiden, maar ook tot krankzinnigheid. Toch werd erkend dat prostitutie beter geregulariseerd kon worden doordat het nog steeds als een noodzakelijk kwaad werd gezien. Om de verspreiding van geslachtsziekten tegen te gaan en openbare rust te verzekeren, werden prostituees door een wetsartikel in 1887 door de gemeenten verplicht om zich te laten controleren, met het oog op een verbod op prostitutie indien een geslachtsziekte werd vastgesteld (van Loon, 2008). De prostituee werd in deze periode dus niet alleen als een ziekelijk en verderfelijk persoon geïdentificeerd, maar ook als verspreider van ziekten in de algemene bevolking.

Tijdens deze periode ontstond er echter ook een reactie uit de socialistische kringen, die de prostituee niet beschouwde als een verachtelijk wezen maar als een slachtoffer van de omstandigheden die werden gecreëerd door armoede, of als slachtoffer van de eerste vormen van mensenhandel, namelijk slavenhandel. De maatschappelijke toestand van arbeidersgezinnen lag aan de grondslag van de prostitutie en de arbeidersklasse riep op deze te verbeteren vooraleer de prostituee moralistisch en maatschappelijk te veroordelen. Hoewel zedelijkheid nog steeds hoog in het vaandel werd gedragen, werd in de loop van de 20<sup>ste</sup> eeuw de prostituee dus meer en meer als slachtoffer beschouwd. Tot de jaren 60 de vrouw seksueel bevrijdde en taboes werden doorbroken. De komst van de pil betekende de mogelijkheid om seksueel actief te zijn en van seks te genieten zonder ongewenst zwanger te worden. Hoewel er werd geloofd dat deze seksuele bevrijding prostitutie overbodig zou maken, werd er juist een toename vastgesteld. Prostitutie werd zichtbaar in de maatschappij omdat er openlijker

over seks gepraat kon worden. Deze zichtbaarheid zorgde ervoor dat er een groter aanbod kwam. De economische vooruitgang en de seksuele revolutie zorgden niet alleen voor een groter aanbod maar ook voor de commercialisering van de prostitutie. De historisch heimelijke branche groeide tot een economische sector waar gigantische bedragen in omgaan (van Doorninck & Jongedijk, 1997).

van Doorninck en Jongedijk halen vervolgens een groot verschil aan tussen de huidige en de oude perceptie van de prostituee, namelijk dat vroegere percepties altijd werden bepaald door de rest van de maatschappij. Sinds de jaren 80 komen prostituees echter op voor zichzelf en proberen ze zelf een stem te ontwikkelen in de maatschappij. Belangenverenigingen en gezondheidsorganisaties proberen een betere sociale positie te verdedigen voor mensen in de prostitutie en het stigma dat persisteert in de maatschappij aan te pakken (van Doorninck & Jongedijk, 1997; van Loon, 2008).

Op vlak van onderzoek naar prostitutie vond er ook een belangrijke shift plaats aan het begin van het aids-tijdperk. De epidemie hernieuwde enerzijds de wetenschappelijk interesse in de wereld van de sekswerkers, anderzijds zorgde het voor een heropleving van het eeuwenoude model van de prostituee als drager en verspreider van ziekten. In wat volgt bespreken we hoe dit model epidemiologisch verantwoord werd en hoe deze rationalisatie niet altijd beantwoordde aan de realiteit.

## **2. Sekswerkers als epidemiologische risicogroep**

Schiller et al (1994) beschreven dat hoewel HIV-infectie al werd vastgesteld in verschillende lagen van de bevolking vóór de jaren 90, er sindsdien een publieke perceptie is ontstaan dat HIV-infectie kan gelokaliseerd worden in specifieke subgroepen van de bevolking. Voor de algemene bevolking was het een geruststellend idee dat een dodelijke en tot de verbeelding sprekende ziekte zich bevond bij ‘de ander’, en niet bij de directe medemens. Het idee dat enkel bepaalde groepen risico liepen voor HIV-infectie ontwikkelde zich uiteindelijk tot het epidemiologisch concept ‘risicogroepen’. Dit construct zorgde ervoor dat men HIV en ook andere infectieziekten begon te zien als kenmerken van aparte subpopulaties, waardoor de algemene bevolking gevrijwaard bleef. De vorming van deze specifieke subgroepen vond niet alleen plaats binnen de eigen samenleving, maar ook op internationaal en cultureel niveau. Aids kwam zagezegd enkel voor in andere landen, en mocht het toch voorkomen in eigen land, dan viseerde men de homoman of de druggebruiker. Deze perceptie zorgde er intussen voor dat de effectieve HIV-transmissie in de ‘normale’ populatie lange tijd over het hoofd werd gezien. Er werd sterk geconcentreerd op het risicovol seksueel gedrag van mannen die seks hebben met mannen (MSM), injecterende druggebruikers en uiteindelijk ook op Sub-Saharaanse Afrikaanse migranten. Men probeerde een specifieke eigenschap te identificeren waardoor men de algemene bevolking kon onderscheiden van een risicopopulatie. Deze perceptie werd uiteindelijk ‘wetenschappelijkt’ in het concept van de epidemiologische risicogroep, en bracht een ‘wetenschappelijk verantwoord’ stigma met zich mee voor deze bevolkingsgroepen (Schiller et al, 1994).

Uiteindelijk werden sekswerkers naast homoseksuele mannen en injecterende druggebruikers bij de risicogroep voor HIV-transmissie gevoegd (Day et al, 1988). De term risicogroep evolueerde verder naar *coregroup* (kerngroep) en in de epidemiologie kregen sekswerkers veel aandacht voor de rol die ze leken te hebben in de globale transmissie van HIV. De perceptie dat men een *coregroup* kan identificeren aan de hand van een enkele risicobepalende eigenschap, werd verder ontwikkeld en verwetenschappelijkt. Men ontwikkelde vele interventies die deze groep zouden kunnen bereiken op basis van de eigenschap die de groep zogezegd homogeen maakte. Parker (2006) stelde echter een probleem vast: om sekswerkers als risicogroep of *coregroup* te kunnen omschrijven, moet men er van uitgaan dat zij een homogene groep vormen met een duidelijke sociale identiteit. Dit is echter niet het geval, zoals ook in de rest van dit rapport duidelijk zal worden gemaakt.

Fichtenberg en Ellen (2003) bemerken nog een probleem met het epidemiologisch construct van *coregroups* waar vele HIV-interventies op werden gebaseerd. Om leden van een *coregroup* te kunnen rekruteren voor interventies, moet men zich de vraag stellen of deze mensen doorheen de tijd risicogedrag blijven vertonen of blijven vastzitten in risicoberoepen. Hun studie toont aan dat het risicogedrag van kerngroepleden niet stabiel blijft door de tijd heen; hoewel in het begin van hun onderzoek 15% van de respondenten werd geïdentificeerd als behorende tot een kerngroep, bleef er enkele jaren later slechts 0,5% van die effectieve kerngroep over. Gelijkaardig kan men stellen dat in de prostitutiesector de mensen enorm mobiel zijn en vaak uit het beroep stappen of zich verplaatsen naar een andere sector. Er is dus een vloeibare kern waar constant nieuwe mensen instappen en mensen weer uitstappen.

Volgens Wolffers en van Beelen (2003) kunnen we ook vaststellen dat er een bepaalde maatschappelijke perceptie onderliggend is aan deze evolutie en bij sekswerkerinterventies in het algemeen. Sekswerkers worden in de internationale literatuur vaak beschouwd als een 'gevaar' voor de maatschappij doordat zij een risicogroep voor HIV-transmissie zouden zijn. Wolffers en van Beelen stellen dat deze perceptie deel is van een 'patriarchale houding' die in de Westerse maatschappij heerst om 'mannen te beschermen tegen HIV', in plaats van de kwetsbaarheid van deze vrouwen in vraag te stellen.

Er werd door verschillende sociale wetenschappers uiteindelijk gewezen op de nood aan een paradigmaverandering (Parker, 2006; Schiller, 1994). In plaats van veronderstelde homogene populaties te viseren, stelde men voor om te kijken naar individueel risicogedrag. Een cultuur of een andere sociale groep aanzien als geleider voor risicogedrag kon men niet langer als ethisch beschouwen. Volgens deze auteurs was er meer nood aan onderzoek dat de focus legt op hoe individueel risicogedrag wordt gevormd door een bepaalde sociaaleconomische context. In recenter onderzoek is er inderdaad een evolutie te bemerken naar een nieuw concept van risico, namelijk als een interactie van bepaalde contextuele factoren, zoals gender, economische afhankelijkheid en toegang tot gezondheidszorg, die allemaal het individueel risicogedrag beïnvloeden. HIV-preventie past zich ook steeds meer aan door niet alleen een focus te leggen op bijvoorbeeld individueel condoomgebruik, maar op structurele omgevingsfactoren (Shannon et al, 2009; Parker et al, 1998). De bedoeling is om op deze manier

een omgeving te creëren op micro- en macroniveau waar de kans op individueel risicogedrag wordt verkleind. Hedendaags prostitutie-onderzoek zal dus rekening moeten houden met het nationaal en lokaal beleid, de werkomgeving, de economische omstandigheden, de toegang tot gezondheidszorg en de lokale cultuur om degelijke preventiecampagnes op te zetten die het effectief risicogedrag van een prostituee kunnen beïnvloeden (Parker et al, 1998).

We kunnen uit de beschrijving van deze evolutie concluderen dat sekswerkers viseren als homogene risicogroep voor de verspreiding van SOI's naar de algemene bevolking niet altijd correct is. In de meeste landen werd immers nooit wetenschappelijk de SOI-transmissie vastgesteld van sekswerker tot klant en van klant tot privépartner (Day et al, 1988; Waddell, 1996). Hier moet bij vermeld worden dat in sommige ontwikkelingslanden sekswerk wel werd vastgesteld als voornaamste overdrachtsvorm van SOI's (Ghimire et al, 2011; Coté et al, 2004; Asamaoh-Adu et al, 2001).

Niettemin zijn er uiteraard wel risico's verbonden aan het sekswerk. Gezondheidsrisico's zijn niet de enige risico's die verbonden zijn aan het beroep; in het volgende deel zal dan ook dieper ingegaan worden op de verschillende soorten risico's die sekswerkers lopen.

### **3. Risico's van het sekswerk**

Vooreerst moeten we het begrip 'risico' verder definiëren. Woordenboek Van Dale beschrijft de term risico als 'het gevaar van schade of verlies'. Schade en verlies kunnen verschillende betekenissen hebben in verschillende contexten. Internationale publicaties richten zich voornamelijk op medische schade, hoewel er een verscheidenheid is in de risico's die sekswerkers lopen. De fysieke gezondheid van sekswerkers wordt dan vooral bepaald door het aantal seksuele contacten die ze hebben, of het aantal klanten. De veronderstelling is dat hoe meer seksuele contacten men heeft binnen een bepaalde termijn, hoe hoger de incidentie van SOI's en hoe meer andere medische gezondheidsrisico's men loopt. Deze veronderstelling verklaart nogmaals het concept 'risicogroep', aangezien dit zou moeten betekenen dat sekswerkers een onwerkelijk grote rol spelen bij het overdragen van seksueel overdraagbare infecties.

De professionele risico's die sekswerkers lopen worden door verschillende factoren beïnvloed. Enerzijds heeft elke sector een specifieke setting en bijgevolg een concrete situatie waarin de seksuele uitwisselingen plaatsvinden. Anderzijds is er de sociaaleconomische context waarin de sekswerker zich bevindt, waarin gegevens zoals leeftijd, nationaliteit en onderwijs belangrijke factoren zijn. De reeds vermelde studies die vaststellen dat sekswerk de voornaamste overdrachtsvorm van SOI's is in een bepaald land (Ghimire et al, 2011; Coté et al, 2004; Asamaoh-Adu et al, 2001) houden bij deze perceptie echter niet altijd rekening met de sociaaleconomische context van een individu. De relatieve welvaart van een sekswerker kan meer invloed hebben op de gezondheid dan het feit dat men tot deze bepaalde epidemiologische risicogroep hoort. Lage inkomsten uit het sekswerk in combinatie met een hoog aantal klanten kan het risico op SOI's vergroten. Sommige sekswerkers zijn door hun

sociaaleconomische positie in de maatschappij niet in staat om over de prijs of over hun veiligheid te onderhandelen (bijvoorbeeld migranten, oudere of net zeer jonge sekswerkers). Als hun cliënteel veelal in een gelijkaardige context leeft, dan verkleint de mogelijkheid om meer geld te vragen, bepaalde eisen te stellen, of zelfs condooms te kopen (bijvoorbeeld in ontwikkelingslanden).

In nog een andere positie verkeren de gedwongen sekswerkers, die niet altijd in staat zijn zelf hun cliënteel te kiezen of het aantal klanten te controleren. Grote aantallen bedienen is niet ongewoon aangezien pooiers hun winsten willen vergroten. Niet alleen moeten velen een percentage van hun geld afstaan en er zijn ook veel verplichte kosten die een pooier opeist, zoals de huur van een locatie of terugbetaling van de reis die hen tot de prostitutie heeft gebracht. Doordat deze kosten betaald moeten worden, zijn gedwongen prostituees vaak verplicht om lange uren te kloppen en veel klanten te bedienen, wat een negatieve impact op hun gezondheid zal hebben en een andere risicocontext creëert dan voor sekswerkers die in een zelfstandige en vrije omgeving opereren (Decorte et al, 2011).

Naast medische risico's zoals het oplopen en overdragen van SOI's door het relatief hoge aantal sekspartners en de onmogelijkheid om zelf te onderhandelen over condoomgebruik, dragen ook de sociale en economische risico's verbonden aan het beroep bij tot het algemeen welzijn van sekswerkers. Sanders (2004) beseftte dat sekswerkers zelf het beste kunnen aangeven wat de risico's van het beroep precies zijn. De risico's die zij zelf aangeven zullen volgens Sanders risico's zijn die het meeste invloed hebben op hun psychosociaal welzijn. Door middel van een etnografische studie bij vrouwen die werkzaam waren in verschillende sectoren binnen het sekswerk in het Verenigd Koninkrijk (sauna, privé, thuisontvangst of straat) werd een risicocontinuüm vastgelegd van groot naar klein. De risico's die als groot werden beschouwd, staan in relatie tot gevaren waar men weinig controle over dacht te hebben en die ergere gevolgen hadden voor het welzijn van de sekswerker. Kleine risico's kan men dan beschouwen als risico's waar men wel controle over had en die maar een kleine impact hadden op hun leven. Een dergelijke 'hiërarchie' wees uit dat de bevroegde sekswerkers meer angst hadden en last ondervonden van geweld of emotionele problemen dan effectieve medische problemen. Ze meenden een goede controle te kunnen behouden over gezondheidsrisico's zoals SOI's door hoog condoomgebruik en frequent contact met gezondheidszorg. Doordat condoomgebruik werd beschouwd als een individuele keuze en dus ook als een persoonlijke verantwoordelijkheid, lag de controle hierover bij henzelf. Andere risico's zoals geweld of emotionele problemen lagen dan weer buiten de sfeer van de persoonlijke verantwoordelijkheid.

Aan de hand van dit risicocontinuüm zullen we nu de verschillende risico's bespreken die sekswerkers menen te lopen: seksueel overdraagbare infecties, geweld en emotionele risico's. We voegen hier ook nog een extra risico aan toe, namelijk het risico op ongewenste zwangerschap.

### **3.1. Seksueel overdraagbare infecties als risico**

In wat volgt worden kort de transmissie, symptomen en behandelingen van de verschillende seksueel overdraagbare infecties omschreven. In het tweede onderdeel worden de verschillende soorten handelingen opgelijst die binnen het sekswerk uitgevoerd kunnen worden en de veilige technieken die bij elke handeling kunnen worden toegepast om SOI's te vermijden. Deze informatie is gebaseerd op het 'Safe-sex'-informatieboekje dat in 2009 door Ghapro werd uitgegeven in samenwerking met Pasop en Espace P. Daarna zullen we bespreken wat volgens de internationale literatuur de prevalentie van deze infecties is in Europa en België en onder sekswerkers.

#### ***3.1.1. Transmissie, symptomen en behandelingen van SOI's***

SOI's kunnen veroorzaakt worden door een bacterie, een virus of een parasiet. Hieronder zijn kort de verschillende SOI's besproken per groep.

##### *3.1.1.1. Bacteriële SOI's*

#### ***Chlamydia***

Deze ziekte wordt heel gemakkelijk overgedragen. Er zijn meerdere lichaamsplekken die besmet kunnen raken, namelijk de vagina, de anus, de keel en de mannelijke plasbuis. Als men niet tijdig behandelt loopt een vrouw risico op onvruchtbaarheid. Er zijn vaak echter geen duidelijke klachten, waardoor een vrouw meestal niet merkt dat ze een SOI heeft opgelopen. Soms zijn er wel klachten, zoals bloedverlies, jeuk, pijn in de onderbuik en slijmerige afscheiding. Deze SOI is gemakkelijk te behandelen met een antibioticakuur.

#### ***Gonorrhoe***

Zoals bij chlamydia kunnen ook vagina, anus, keel en plasbuis besmet worden met gonorrhoe en kan dit ook leiden tot onvruchtbaarheid bij de vrouw. Ook hier zijn er vaak geen duidelijke klachten. Vrouwen kunnen wel soms abnormale afscheiding hebben, pijn ervaren bij het plassen of buikpijn hebben. Klachten bij mannen zijn eveneens abnormale afscheiding en pijn bij het plassen. Deze SOI kan eveneens goed behandeld worden met een antibioticakuur.

#### ***Syfilis***

Deze ziekte komt minder vaak voor dan chlamydia en gonorrhoe. Besmetting kan plaatsvinden aan de binnenkant van de mond, vagina, penis of anus en op de huid rond de penis en schaamlippen. Deze ziekte kent drie stadia. Het kan tot drie maanden duren na de besmetting voor men klachten begint te hebben en men in stadium één belandt. Er ontstaan dan zweertjes op of rond de geslachtsdelen die vanzelf weer weggaan. De bacterie blijft echter wel aanwezig in het lichaam. In het tweede stadium kan men last hebben van een griepig gevoel, haaruitval en vlekjes op de huid. Deze klachten gaan ook vanzelf over. In het derde stadium kan er beschadiging van de organen optreden en wordt men ernstig ziek. Zonder behandeling

blijft men doorheen deze drie stadia ook besmettelijk voor anderen. Men kan syfilis behandelen met een antibioticakuur.

### 3.1.1.2. Virale SOI's

#### ***Hepatitis B***

Het virus bevindt zich in het bloed, sperma en vaginaal vocht en wordt gemakkelijk overgedragen. Men begint klachten te ondervinden twee tot zes maanden na de besmetting. Klachten kunnen bestaan uit griepigheid, vermoeidheid, lusteloosheid, misselijkheid, buikpijn, donkere urine en lichte ontlasting, gele verkleuring van het oogwit en de huid. Uiteindelijk veroorzaakt het virus een ontsteking van de lever. Het is mogelijk dat het virus niet verdwijnt en het levenslang aanwezig blijft, waardoor men anderen kan blijven infecteren. Bij deze groep mensen kan de lever ontstoken blijven, waardoor de kans op leverkanker toeneemt. Er is geen behandeling voor de acute vorm, behalve rust nemen. De klachten bij chronische hepatitis kunnen wel beperkt worden door medicijnen.

#### ***Herpes Genitales***

Herpes komt voor rond de vagina, penis of anus en veroorzaakt rode plekkjes en vochtblaasjes die veranderen in kleine wondjes die uiteindelijk uitdrogen en verkorsten. Het wondvocht van de blaasjes is het meest besmettelijk. Het kan verder koorts, hoofdpijn, spierpijn en een branderig of pijnlijk gevoel veroorzaken rond de geslachtsdelen. Hoewel de klachten na verloop van tijd verdwijnen, blijft het virus in het bloed aanwezig waardoor de ziekte terug kan opwakkeren bij verminderde weerstand. Men kan herpes niet behandelen, enkel een aanval verzachten met medicatie.

#### ***Genitale wratten***

Het humaan papilloma virus veroorzaakt wratjes in, op en rond de geslachtsdelen maar kan ook voorkomen op het slijmvlies of in de anus. De wratjes zijn niet altijd zichtbaar, maar kunnen wel jeuken of pijn veroorzaken bij seks. Ze kunnen behandeld worden met een zalf of door de wratten weg te branden, te vriezen of te snijden, maar ze kunnen wel blijven terugkomen. Het virus dat deze wratjes veroorzaakt bestaat uit verschillende typen, en de hoog-risico-typen kunnen aanleiding geven tot baarmoederhalskanker en anale kanker.

#### ***Humaan Immunodeficiëntie Virus (HIV)***

Dit virus veroorzaakt aids. Positief testen betekent echter niet dat men ook meteen ziek wordt. Het kan lang duren voor men enige klachten begint te ervaren, maar als de hoeveelheid virus uiteindelijk toeneemt, krijgt men klachten zoals moeheid, nachtzweeten, gewichtsverlies, koorts en diarree. Men heeft pas aids wanneer het immuunsysteem zodanig is aangetast dat men geen normale infecties meer kan bestrijden en hier dus ziek van wordt. In principe is dit een ongeneeslijke ziekte, maar HIV-remmers kunnen het virus afremmen zodat de hoeveelheid virus niet kan leiden tot aids. Een HIV-infectie is dus wel te behandelen en verbeterde medicijnen zorgen ervoor dat mensen een normaal leven kunnen leiden. Men moet echter wel altijd medicijnen blijven nemen op dagdagelijkse basis.

### 3.1.1.3. Parasitaire SOI's

#### ***Trichomonas***

Enkel vrouwen ervaren hier klachten van. Het zorgt voor een ontstoken vagina met slecht ruikende witte afscheiding. Men kan ook pijn ervaren bij het plassen. Het kan gemakkelijk behandeld worden met anti-parasitaire medicatie.

#### ***Schaamluizen***

Dit zijn luizen die op behaarde delen van het lichaam voorkomen (niet op het hoofdhaar). Ze leven meestal in schaamhaar doordat ze voornamelijk via seksueel contact worden overgebracht. Klachten zijn jeuk en een geïrriteerde huid. Het is echter makkelijk te behandelen met een lotion en het grondig wassen van kleren en beddengoed.

#### ***Schurft***

De schurftmijt graaft gangetjes in de huid en legt hier eitjes in. Dit kan hevige jeuk veroorzaken over heel het lichaam. Schurft moet behandeld worden door een crème over heel het lichaam te smeren, en men dient beddengoed en kleren grondig te wassen.

### 3.1.1.4. Andere

#### ***Bacteriële vaginose***

Dit is geen SOI maar komt wel vaak voor bij vrouwelijke sekswerkers door het veelvuldig wassen van de vagina met zeep, welke de zuurtegraad in de vagina uit evenwicht brengt. De bacterie *Gardnerella vaginalis* is de meeste bekende verwekker. Vrouwen kunnen last hebben van een zurig ruikende grijswitte afscheiding. Het kan goed behandeld worden met medicatie.

#### ***Candida***

Dit wordt veroorzaakt door een overmatige groei van gist. Men krijgt een infectie in de vagina die witte afscheiding veroorzaakt, alsook soms irritatie, branderigheid, roodheid en jeuk. Het kan behandeld worden met een crème of met tabletten.

### 3.1.2. Handelingen en veilige technieken om SOI's te vermijden

De volgende tabel (tabel 2.1) stelt de meest voorkomende handelingen voor die een sekswerker kan uitvoeren bij een klant. Bij elke handeling wordt er een techniek beschreven die men kan hanteren om SOI's te vermijden.



Tabel 2.1. Handelingen en veilige technieken om SOI's te vermijden

Handeling	Technieken om SOI's te vermijden
Vaginale seks	Met condoom en glijmiddel op waterbasis
Anale seks	Met condoom en glijmiddel op waterbasis
Pijpen	Met condoom
Beffen	Met beflapje of opengeknipt condoom
Aftrekken	Indien wondje op de hand, afdekken met pleister
Vingeren	Veilig
Anaal vingeren	Latex handschoen of condoom over vinger
Zoenen	Oppassen bij blaasjes en zweertjes rond de mond
Body-to-body massage	Veilig
Trio's en groepsseks	Bij wisselen van de partner elke keer een nieuw condoom gebruiken
Sadomasochistische seks (SM)	Steriel materiaal gebruiken, materiaal reinigen na elke klant met zeep en water, niet in contact komen met bloed of wondvocht
Scheren	Wegwerpmesjes gebruiken om weg te gooien na elke klant, niet in aanraking komen met bloed of wondvocht; indien wondjes, afdekken met pleister
Plasseks en poepseks	Er mag geen urine of uitwerpselen in neus, ogen, vagina, anus of mond komen
Vibrators/sekspeeltjes	Met condoom; speeltje reinigen na elke klant met zeep en water en laten drogen, daarna in een desinfecterende oplossing laten weken voor 5 minuten

### 3.1.3. De prevalentie van SOI's

#### 3.1.3.1. Europa

Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie (World Health Organisation, 2011) komen er wereldwijd elk jaar 448 miljoen nieuwe geneeslijke seksueel overdraagbare infecties bij. Bij dit aantal worden er geen HIV-infecties geteld. Vooral in ontwikkelingslanden blijven SOI's een van de hoofdoorzaken waarom mensen zich richten tot de gezondheidszorg. SOI's zijn dus nog altijd een volksgezondheidsprobleem.

Volgens de Europese Unie, ging men bij vrouwen tussen 2000 en 2007 van 14.483 naar 19.435 nieuwe **HIV-infecties**. In 2007 kwamen er in Europa in totaal 26.279 nieuwe HIV-infecties bij, met de hoogste concentraties in Estland, Portugal en Litouwen. Van deze nieuwe gevallen zijn er 33% vrouwen. Bij hen waren de voornaamste risico's voor HIV-besmetting risicovol seksueel contact en intraveneus druggebruik. De **syfilis** prevalentie is in Europa heel gevarieerd: in de Westerse landen werd een algemene daling waargenomen na 1996, maar wel met een stijging in specifieke steden bij MSM-populaties (mannen die seks hebben met mannen). In Centraal-Europa is de prevalentie relatief stabiel gebleven. Van alle syfilis-infecties, wordt 80% vastgesteld bij mannen. In enkele Oost-Europese landen wordt er echter een hogere prevalentie vastgesteld bij vrouwen, zoals in Estland, Letland en Slovaakse. Over het algemeen komt het in Europa echter vooral voor bij homoseksuele populaties. **Chlamydia**

infecties stegen in de periode 1998-2007 in heel Europa. Dit kan ook duiden op het feit dat er in veel landen screening voor chlamydia werd geïntroduceerd en er zo meer gevallen konden worden vastgesteld. Landen zoals Frankrijk en Zweden tonen hoge stijgingen van respectievelijk 144% en 210%. Uitzonderlijk daalde chlamydia dan weer in Estland en Letland met 37% en 48%. Van alle chlamydia-infecties in 2007 zijn 55% vrouw en worden vooral jongere bevolkingsgroepen (15-24 jaar) getroffen. Ook bij **gonorroe** infecties vindt men een stijging van 1998 tot 2007 in Europa, met als uitschieters Tsjechië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk. In Letland, Estland en Cyprus vonden dan weer enorme dalingen plaats. In 2007 werden 71% van de gonorroe infecties vastgesteld bij mannen (Thümmeler et al, 2009).

### 3.1.3.2. België

De cijfers die het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid Sensoa verzamelde over België werden uit drie verschillende SOI-surveillance-systemen gehaald: het vrijwillig peilnetwerk van medici<sup>5</sup>, het vrijwillig netwerk van laboratoria voor microbiologie<sup>6</sup> en de verplichte aangifte aan de dienst infectiebestrijding van de Gemeenschappen<sup>7</sup> (Sensoa, 2011b). Specifiek voor HIV-infectie bestaat er de nationale aangifte van HIV en aids, die gegevens verzamelt uit de negen aidsreferentiecentra in België. Sensoa wijst er wel op dat deze cijfers geen weergave zijn van de realiteit. De onderrapportage en het moeilijk verloop van de registratie zorgen ervoor dat de cijfers niet exact zijn en dus enkel dienen om trends bij kwetsbare groepen waar te nemen.

In België valt er zoals in de rest van Europa een sterke stijging waar te nemen in het aantal **chlamydia** gevallen, met in 2000 onder de 600 gevallen en in 2009 boven de 1600 gevallen. Deze stijging is vooral waar te nemen in Vlaanderen en bij vrouwen. Deze infectie komt verspreid voor in de algemene populatie en beperkt zich niet tot een bepaalde risicogroep zoals sekswerkers. Volgens Sensoa is chlamydia de meest voorkomende bacteriële SOI in de Westerse landen. De **gonorroe**-incidentie blijft sinds 2008 stabiel, maar kende voordien wel een duidelijke stijging bij vooral mannen. Een belangrijke opmerking hier is dat de bacterie die gonorroe veroorzaakt resistentie ontwikkelt tegen antibiotica. Er zijn niet veel alternatieve behandelingen, waardoor de controle op deze infectie in het gevaar dreigt te komen. De incidentie van **genitale wratten** is gedaald tussen 2005 en 2009 volgens de geregistreerde diagnoses. **Syfilis** kende een jaarlijkse stijging sinds 2002, en bereikte een hoogtepunt in 2008. De verplichte aangifte in Vlaanderen wijst ook op een stijging tussen 2008 en 2009, die zich voornamelijk voordoet bij mannen. Van de 65% SOI-patiënten van het peilnetwerk waarbij er informatie is over de serologische status van **Hepatitis B**, heeft 12% Hepatitis B, is 49% negatief en 38% gevaccineerd. De 12% positieven bestaan overwegend uit homo- en biseksuele mannen. Hoewel het om zeer kleine aantallen gaat, registreerde het peilnetwerk

<sup>5</sup> Dit netwerk bestaat uit 46 vrijwillige sites die informatie verzamelen over SOI-diagnoses, demografische factoren, risicofactoren, plaats van infectie, enzovoort.

<sup>6</sup> De peillaboratoria bestaan sinds 1983 (in 2009 was dit 69% van de erkende routinelabo's) en zij registreren chlamydia, gonorroe en syfilis met informatie over het geslacht, de leeftijd en de woonplaats van de patiënt.

<sup>7</sup> Verplicht aan te geven SOI's zijn gonorroe, syfilis en Hepatitis B. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid biedt hier gegevens over.

tussen 2005 en 2009 een daling in het aantal **herpesinfecties**. Er werden echter ook nieuwe SOI's vastgesteld die voordien niet of nauwelijks voorkwamen in België: **lymfogranulomavenereum** (LVG) neemt gestaag toe en dit vooral bij HIV-positieve homomannen sinds 2004. LGV kende ook een stijging in de andere Europese landen, waardoor er zeker aandacht op gevestigd dient te worden. Ook **Hepatitis C** werd in 2008 vastgesteld bij acht HIV-positieve homomannen.

De meerderheid van de SOI's komen voor in Vlaanderen, maar dit kan te maken hebben met een actieve registratie in Vlaanderen en een mogelijke onderregistratie in Wallonië. 74% van alle SOI-patiënten heeft de Belgische nationaliteit. De meeste vrouwelijke SOI-patiënten vindt men in de leeftijdscategorie 20-24 jaar (30%) en bij de mannen komen SOI's vooral voor in de leeftijdsgroep 25-34 jaar (34%). Bij vrouwen kwamen voornamelijk chlamydia (60%) en genitale wratten (16%) voor; bij mannen chlamydia (28%) en syfilis (17%).

Het peilnetwerk stelde verder vast dat van de 74% van de SOI-patiënten waar ze gegevens over hadden, 52% niet op consultatie kwam naar aanleiding van SOI-klachten. Veel infecties worden dus toevallig vastgesteld, aangezien er vaak geen directe klachten waarneembaar zijn. Ook opmerkelijk is dat 60% van alle mannelijke SOI-patiënten MSM zijn, dus mannen die seks hebben met mannen.

Op basis van deze gegevens stelt Sensoa drie risicogroepen voor: (a) jongeren en jongvolwassenen met heteroseksuele contacten, (b) mannen die seks hebben met mannen, en (c) HIV-positieve mannen die seks hebben met mannen. Sekswerkers zijn dus geen vastgestelde risicogroep, maar er zijn natuurlijk ook geen cijfers beschikbaar over het percentage sekswerkers onder deze geregistreerde gevallen (bij het peilnetwerk van klinici is wel bekend dat 18% van hun vrouwelijke patiënten aangeeft prostituee te zijn). Belangrijk voor het huidig rapport is dat Sensoa aangeeft dat het hebben van wisselende seksuele partners effectief de kans verhoogt op een SOI-infectie. Duidelijke cijfers over SOI-incidentie bij sekswerkers in België zijn er echter niet, behalve wat Ghapro, Pasop en Espace P registreren over hun cliënteel. We zullen in wat volgt de incidentie en/of prevalentie van SOI's bij sekswerkers bespreken zoals die wordt beschreven in een aantal internationale publicaties.

### 3.1.3.3. SOI-prevalentie onder sekswerkers

In wat volgt bespreken we verschillende studies die aantonen dat niet enkel het hebben van frequente en wisselende seksuele contacten bepalend is voor de SOI-prevalentie bij sekswerkers. Er wordt gewezen op een grote hoeveelheid factoren die invloed op de seksuele gezondheid van de prostituee kunnen hebben: leeftijd, werkomstandigheden, privéleven, de beschikbaarheid van medische hulpverlening en migratie zijn enkele voorbeelden van determinanten voor risicogedrag bij sekswerkers. Ook is er een verschil in SOI-prevalentie en/of incidentie bij groepen sekswerkers; het risicogedrag van de sekswerkerpopulatie is niet homogeen en kan sterk verschillen per sector. Zo is condoomgebruik bij druggebruikende

straatsekswerkers vaak niet te vergelijken met het condoomgebruik van bordeelsekswerkers of escortes. Ook jonge, nieuwe, en illegale sekswerkers vertonen volgens sommige studies meer risicogedrag.

Gezien de beperkte toegang tot gezondheidszorg voor illegalen wordt er in sommige landen bij buitenlandse sekswerkers een hogere SOI-prevalentie vastgesteld. Zo tonen verschillende publicaties aan dat er een relatie is tussen migratie en risicogedrag. Een studie van O'Connor et al (1996) stelde dat in Australië de prevalentie van SOI's veel lager lag bij lokale sekswerkers dan bij buitenlandse sekswerkers. De prevalentie van gonorrhoe (14%), chlamydia (15%), syfilis (10%) en herpes (5%) lagen significant hoger bij migranten-sekswerkers dan bij lokale sekswerkers. De auteurs veronderstellen dat de buitenlandse sekswerkers een niche invulden in de seksindustrie die sinds de *safe sex* campagnes van de jaren 80 niet meer door lokale sekswerkers werd aangeboden: de niche van seks zonder condoom. Bij een bevraging bleek effectief dat 92% van de lokale sekswerkers consistent condooms gebruikte bij commerciële seks, tegenover 21% van de buitenlandse sekswerkers. Belangrijk hier is dat de auteurs beseffen dat niet alleen condoomgebruik instaat voor de hoge SOI-prevalentie bij buitenlandse sekswerkers, maar ook de ontoegankelijkheid van het gezondheidssysteem voor niet-permanente inwoners. Hoewel er gratis seksuele gezondheidsdiensten bestaan, zijn de meeste buitenlandse sekswerkers vaak zo gemarginaliseerd en geïsoleerd dat ze zelfs geen toegang hebben tot informatie over bestaande diensten. Hun hoge mobiliteit (ze worden van plek tot plek gebracht om immigratiediensten te ontlopen) zorgt ervoor dat het moeilijk is hen te bereiken met GVO-materiaal of andere vormen van *health education*. De legalisering van de prostitutie heeft er in Sydney voor gezorgd dat Australische sekswerkers betere toegang hebben tot gezondheidszorg, maar heeft anderzijds het effect van de immigratiewetten op de marginalisatie van buitenlandse sekswerkers versterkt. Deze mobiele vrouwen zijn dan ook het meest kwetsbaar voor inconsistent of niet-gebruik van condooms en bijgevolg SOI's (O'Connor et al, 1996). Deze bevindingen worden ook bevestigd door een kwalitatieve studie bij 'madammen' in London, waar de eigenaressen van privéhuisen aangaven dat hoewel ze condoomgebruik promootten, migranten veel minder op de hoogte waren van *safe sex* gebruiken dan de lokale meisjes (Cooper et al, 2007). Zij geloofden ook dat, ondanks hun inspanningen om de meisjes te onderwijzen in *safe sex*, buitenlandse prostituees alles zouden doen om meer geld te kunnen verdienen. Deze 'paranoia', zoals de auteurs het stellen, zorgde er bij de madammen wel voor dat ze condoomgebruik bij deze buitenlandse meisjes extra benadrukten en hierdoor bepaalde veiligheidsmaatregelen standaardiseerden.

Een andere kwetsbare groep in de prostitutie zijn de straatsekswerkers (Morton et al, 1999). Ook deze groep van sekswerkers bevindt zich, net zoals de buitenlandse sekswerkers, in een zeer kwetsbare en gemarginaliseerde positie, aangezien zij vaak buiten de legaliseringswetten van de prostitutie vallen. Zo zijn in Australië bordeelsekswerkers bij wet verplicht om maandelijks onderzocht te worden, maar de vele risico's die straatsekswerkers lopen, zoals injecterend druggebruik, dakloosheid en psychiatrische problematiek, zorgen ervoor dat zij vaak buiten deze wetten vallen. 33% van deze sekswerkers rapporteerde ooit een SOI te hebben gehad, hoewel slechts 30% liet weten zich regelmatig te laten onderzoeken.

In het Verenigd Koninkrijk stellen Jeal & Salisbury (2004) ook vast dat de SOI-prevalentie veel hoger ligt bij straatsekswerkers dan onder de algemene bevolking. Van de bevroegde groep straatsekswerkers had de helft onveilige seks gehad de laatste week. Samen met hoog druggebruik zorgde dit voor grote gezondheidsrisico's. 61% rapporteerde ooit behandeld te zijn geweest voor een SOI, terwijl 46% niet gescreend werd op SOI's de laatste twaalf maanden. 20% zei zelfs nooit getest te zijn geweest op SOI's. Van diegenen die wel ooit behandeld werden voor een SOI, werd 19% behandeld voor chlamydia (ten opzichte van 3,1% van de algemene bevolking), 12% voor gonorrhoe (ten opzichte van 0,8% van de algemene bevolking), en 11% voor genitale wratten (ten opzichte van 1,3% van de algemene bevolking). Wat opviel was dat een betere kennis van de risico's hun risicogedrag niet veranderde. Externe factoren zoals druggebruik en socio-economische omstandigheden zorgden ervoor dat deze groep sekswerkers in slechte gezondheid bleef verkeren waarbij gedragsverandering bijna onmogelijk was.

In een Nederlandse survey bij straatsekswerkers en binnenhuiswerkende sekswerkers werd een vragenlijst afgenomen samen met een speekseltest (van Veen et al, 2010). Men vond met de speekseltest een relatief hoge HIV-prevalentie onder druggebruikende sekswerkers en transgender sekswerkers. De algemene HIV-prevalentie onder de bevroegde sekswerkers bedroeg 5,7%, ten opzichte van 18,8% onder de transgenders en 13,6% onder de druggebruikers, ondanks het hoog condoomgebruik. Klapcondoom en risicogedrag zoals anale seks kwamen meer voor bij deze specifieke sekswerkerpopulaties, alsook meer SOI-behandelingen. Wat zeer opmerkelijk is bij deze studie, is dat 74% van de HIV-positieven zich niet bewust was van hun HIV-infectie. Dit houdt gevaar in enerzijds voor de persoon zelf doordat er niet op tijd met behandeling gestart kan worden, en anderzijds zorgt een latere behandeling ook voor een langere infectieperiode wat klanten dan weer in gevaar kan brengen.

Ward & Day (2004) vertellen ons een meer positief verhaal, namelijk dat de algemene SOI-prevalentie bij sekswerkers in London erg is gedaald tussen 1985 en 2002. Vrouwen begonnen pas met het werk op een latere leeftijd, gebruikten veel vaker condooms en rapporteerden veel minder vaak al een SOI te hebben gehad aan het eind van de studie dan in het begin van de studie. Ook de acute SOI-prevalentie daalde van 25% naar 8%. Wat opmerkelijk is, is dat er wel een significante stijging plaatsvond van migrantensekswerkers (van 23% naar 63%), terwijl andere publicaties (cfr. supra) reeds uitwezen dat migrantensekswerkers meer risico liepen voor SOI's en lager condoomgebruik rapporteerden. Ook is het opmerkelijk dat in de algemene bevolking een enorme stijging van het aantal gonorrhoe- en chlamydia-infecties plaatsvond in de jaren 90, terwijl de acute SOI-prevalentie bij sekswerkers net daalde met bijna 70%. De onderzoekers stellen vast dat het condoomgebruik enorm is toegenomen en dat *safe sex* methoden volledig ingeburgerd zijn geraakt in de seksindustrie in London. Dit is volgens de auteurs deels te wijten aan een herstructurering van die industrie: een toestroom van nieuwe, buitenlandse werkers, meer binnenhuissekswerk, meer blootstelling aan outreach-projecten en een hogere gemiddelde leeftijd bij de aanvang van het sekswerk waren allemaal factoren die instonden voor deze herstructurering.

Veranderingen in de sekswerksector kunnen dus invloed hebben gehad op het verhoogd condoomgebruik (bij vaginale seks) dat volgens de auteurs voor de daling in SOI-prevalentie heeft gezorgd.

We kunnen concluderen dat de SOI-prevalentie erg kan verschillen naargelang de groep sekswerkers die ondervraagd of onderzocht wordt. Niet alleen onder groepen sekswerkers kunnen deze aantallen verschillen, maar ook tussen landen en/of werelddelen. De rijkdom van een land heeft zeker invloed op de prevalentie en transmissie van SOI's onder de gewone bevolking en ook op de specifieke context waarin prostitutie zich voordoet (Day & Ward, 1997).

In andere niet-Westerse delen van de wereld (voornamelijk Afrika) ligt de prevalentie van HIV veel hoger. In Accra, Ghana stelt een studie een HIV-prevalentie van 50% vast bij prostituees (Asamaoh-Adu et al, 2001). Bij een dergelijk hoge prevalentie stellen de auteurs dat sekswerkers wel degelijk een rol spelen in de verspreiding van ziektes naar de algemene bevolking. Deze studie stelde eveneens vast dat een groot deel van deze sekswerkers HIV opliep tijdens de eerste zes maanden dat ze met sekswerk begonnen. Gelijkaardige gegevens werden vastgesteld in andere delen van Afrika. Een HIV-infectieratio van 62% binnen de eerste zes maanden van het sekswerk werd vastgesteld bij vrouwen in Nairobi, Kenya (Simonsen et al, 1990). Bij prostituees in Abidjan, Ivoorkust stelde men zelfs bij 75% van de prostituees binnen het eerste jaar van hun werk een HIV-infectie vast (Ghys et al, 1995).

Ook in India wordt een hoge HIV- en SOI-prevalentie vastgesteld, zowel bij de algemene bevolking als bij de sekswerkers (Gutierrez et al, 2010). In Andhra Pradesh (een deelstaat van India) wordt de snelst groeiende HIV-prevalentie waargenomen van het land (momenteel 22,8%). Na het implementeren van een gerichte interventie, daalde de syfilis-prevalentie bij sekswerkers echter van 18% naar 10% en de herpes-prevalentie van 46% naar 33%.

### **3.2. Ongewenste zwangerschap als risico**

Hoewel Sanders (2004) dit niet bespreekt in het risicocontinuüm, hebben wij dit tijdens ons onderzoek wel beschouwd als een gezondheidsrisico. Sensoa heeft cijfers gepubliceerd over abortus in België en haalde deze cijfers uit negen opeenvolgende rapporten van de Nationale Evaluatiecommissie over zwangerschapsafbreking (Sensoa, 2011a).

In België is abortus legaal tot twaalf weken na de bevruchting. Tot zeven weken kan men de zwangerschap beëindigen met de abortuspil en tot twaalf weken met curettage. In 2009 werd in totaal bij 19.421 vrouwen die in België wonen een abortus uitgevoerd. Sinds het begin van de registratie van zwangerschapsafbrekingen in België in 1993 tot 2009 nam het aantal zwangerschapsafbrekingen toe met 44,1% (een stijging van 5.947 ingrepen). De abortusratio, dit is het aantal abortussen per 100 zwangerschappen, was 13,4% in 2007, wat een lichte stijging is ten opzichte van 2006. Deze aantallen lijken zeer groot, maar Sensoa bemerkt dat de registratie erg verbeterd is waardoor het aantal niet-geregistreerde ingrepen kleiner wordt.

Ze geven ook aan dat er minder drempels zijn voor vrouwen om een abortus te laten uitvoeren door onder andere de wettelijke omkadering en de terugbetaling van de abortusingreep door het RIZIV sinds 2002.

In verschillende landen werden er studies uitgevoerd die aantonen dat de prevalentie van abortussen tussen de 22% en de 60% ligt bij sekswerkers, en dat anticonceptiemethodes vaak niet gebruikt worden of gekend zijn. Binnen het domein van de beroepsmatige risico's maken sekswerkers zowel kans op SOI's als op ongewenste zwangerschap; deze problematiek zou derhalve evenredig aangepakt moeten worden in de hulpverlening voor prostituees (Todd et al, 2010; Khan et al, 2009; Tsakiridu, 2008).

Tsakiridu (2008) voerde in Spanje een studie uit rond abortus bij sekswerkers. Toen de abortusaantallen in Spanje de hoogte gingen, probeerden de onderzoekers aan de hand van een enquête de kennis van sekswerkers te meten over anticonceptie. Van de ondervraagden (n=212) bleek 37,6% ooit een abortus te hebben uitgevoerd. Hoewel 61,2% beweerde het gebruik van anticonceptie te kennen, bleek uiteindelijk maar 26,4% echte relevante kennis te hebben over anticonceptie. Uit de studie bleek dat hoe vaker een vrouw zwanger was geweest, hoe hoger het aantal abortussen ze had ondergaan. Ook significant was de relatie tussen het aantal abortussen en of de vrouw reeds kinderen had; hoe meer kinderen een vrouw heeft, hoe kleiner de kans dat ze een abortus had ondergaan.

In Madagaskar in Afrika stelden onderzoekers bij een groep sekswerkers (n=192) uit vier verschillende steden vast dat 52% al ongewenst zwanger was geweest en 45% reeds een abortus onderging, terwijl 38% tijdens de laatste seksuele handeling geen enkele vorm van anticonceptie gebruikte (Khan et al, 2009). Hoewel de meeste vrouwen (92%) wel ooit enige vorm van anticonceptie hadden gebruikt (inclusief traditionele methoden zoals de temperatuur- en kalendermethode), was dit gebruik zeer inconsistent. Statistisch relevante factoren die een invloed hadden op dit inconsistent gebruik waren kennis van anticonceptie en de graad van zelf-effectiviteit bij condoomgebruik. Omdat complicaties bij de zwangerschap en bij een geïnduceerde abortus veelvoorkomend zijn in ontwikkelingslanden zoals Madagaskar, duiden de auteurs op het belang van de aandacht voor anticonceptie bij het uitvoeren van preventiecampagnes rond SOI's.

Een studie van Feldblum et al (2007), die ook plaatsvond in Madagaskar, komt tot een gelijkaardige conclusie: door de hoge aantallen ongewenste zwangerschappen en laag en/of inconsistent anticonceptiegebruik, stellen de auteurs dat specifieke diensten voor sekswerkers zich ook dienen te richten op *family planning*. Effectief en consistent anticonceptiegebruik kwamen bij de respondenten maar bij 17% voor. 65% gebruikte in het begin van de studie effectieve voorbehoedsmiddelen, maar veranderde tegen het einde van de studie een of meerdere keren van methode of stopte compleet met het gebruik ervan. Ook opmerkelijk is dat meer dan een kwart van alle vrouwen in deze studie daadwerkelijk zwanger werd binnen de 18 maanden vanaf het begin van de studie. Ongeveer 51% van deze vrouwen bracht het kind ter wereld, 13% rapporteerde een spontane abortus, nog eens 13% rapporteerde een

geïnduceerde abortus, en van 23% ontbraken de resultaten van de zwangerschap. De auteurs merken op dat er in de algemene bevolking 180 geboortes per 1000 vrouwen per jaar voorkomen. Vergeleken met het grote aantal geboortes in dit land, is het aantal abortussen die de onderzoekers vaststellen bij sekswerkers relatief laag. Dit is echter deels te wijten aan het feit dat abortus illegaal is in Madagaskar en ze dus meestal niet geregistreerd worden. In deze studie kan men waarschijnlijk spreken van een grote onderrapportage van het aantal abortussen.

In Afghanistan, zoals in vele andere landen, is prostitutie illegaal en wordt ook seks buiten het huwelijk sociaal en cultureel niet getolereerd. De populatie sekswerkers is bijgevolg bang om beroep te doen op de officiële gezondheidszorg uit angst om aangegeven te worden. Dergelijke beperkingen tot de gezondheidszorg kunnen ervoor zorgen dat gebruik van anticonceptie laag is en het abortuscijfer hoog. Een onderzoek bij 520 sekswerkers in Afghanistan stelde bij 36,9% van de respondenten een vroegere ongewenste zwangerschap vast en bij 33,2% een abortus. Ook is er in settings waar abortus illegaal is of waar er door conservatieve, onderdrukkende omstandigheden laag anticonceptiegebruik wordt vastgesteld, meer risico op onveilige abortusmethoden. Dit kan bijdragen tot een hogere mortaliteit en morbiditeit onder sekswerkers (Todd et al, 2010).

### **3.3. Geweld als risico**

Bij het risicocontinuüm van Sanders (2004) werd geweld beschouwd als een groot risico bij sekswerk. Meerdere publicaties besteden aandacht aan geweld bij sekswerkers. Zo geeft een studie van Wahab (2005) aan dat tussen de 50% en de 100% van de sekswerkers slachtoffer wordt van fysiek en/of verbaal geweld. In de studie van Sanders (2004) ondervonden respondenten weinig controle over het fysiek geweld dat door anderen wordt uitgeoefend, zoals bij verkrachting of bij aanvallen. Men ontwikkelde hier wel controlestrategieën voor, zoals het opstellen van signalisatiesystemen voor gevaarlijke klanten, screening op basis van stereotypen, een beveiligingspersoon bijhebben of pretenderen bij te hebben en persoonlijke beschermingsmaatregelen zoals het gebruik van wapens.

Uit de meeste studies over sekswerkers blijkt dat angst voor geweld een grote zorg is bij deze populatie (Crago et al, 2010). Verbaal misbruik door klanten, politie of voorbijgangers, diefstal met geweld, verkrachting, en slagen en verwondingen door zowel klanten als politie worden vaak vermeld door sekswerkers, maar niet altijd even serieus genomen. Crago et al beschouwen geweld wel degelijk als een risico van het sekswerk, naast SOI's en emotionele problemen. Doordat prostitutie vaak in een illegaal circuit voorkomt, worden sekswerkers gedwongen om te werken in een omgeving waar geweld en misbruik eerder getolereerd worden. Eveneens maakt dat het moeilijk om aangifte te doen bij de politie, uit angst om in de problemen te komen met officiële instanties. Een enquête uit 2007 bij 238 sekswerkers in Oost-Europa en Centraal-Azië gaf aan dat 41,7% het laatste jaar te maken had met fysiek geweld en 36,5% met seksueel geweld (Crago et al, 2010). Dezelfde studie toonde eveneens een verband tussen geweld bij sekswerkers en politiecontroles, wat impliceert dat



politiegeweld een vaak voorkomend feit is bij repressieve acties in de prostitutiesector. Verder werd aangetoond dat politiegeweld aanleiding geeft tot algemeen geweld tegen sekswerkers, doordat een dergelijke behandeling sekswerkers verder in geïsoleerde illegale circuits duwt waar ze volledig worden afgesloten van de beschikbare hulpverlening.

Onderzoek wijst uit dat ook in Spanje sekswerkers in een moeilijk te bereiken circuit worden geduwd door de constante laster van de politie (Colectivo Hetaira, 2010). Hoewel prostitutie niet illegaal is in Spanje, zorgen beboeting en laster ervoor dat ze meer verdoken moeten werken. Het gaat zelfs zo ver dat de sekswerkersvereniging in Spanje het stadsbestuur of het lokale gemeentehuis de nieuwe 'pooier' noemt. Straatsekswerk wordt onmogelijk gemaakt, waardoor deze sector gedwongen wordt om over te schakelen naar de clubs waar er een ergere uitbuiting plaatsvindt buiten het oog van de bestaande hulpverlening.

In Liverpool begon een outreach-project voor straatsekswerkers een samenwerking met de lokale politie, welke voor een enorme toename van aangegeven geweldplegingen zorgde (Campbell & Stoops, 2010). Eerdere studies wezen al op een discrepantie tussen het aantal effectieve geweldplegingen en het aantal aangegeven geweldplegingen bij de politie, voornamelijk door een laag vertrouwen in en eerdere slechte ervaringen met de politie, alsook angst voor vergelding van de aanvallers en angst dat door aangifte hun werk publiek zou gemaakt worden. Sinds er een nieuw beleid is gekomen dat geweldpleging bij sekswerkers definieert als een *hate crime*, welke het idee ondersteunt dat geweld bij sekswerkers te wijten is aan discriminatie en vooroordelen, kreeg men een grotere respons en werden er meer middelen ingezet om dergelijke criminaliteit aan te pakken. Het belangrijkste aspect van deze vooruitgang is het uitbouwen van een vertrouwensband tussen de sekswerkers en de politie aan de hand van outreach-projecten en speciale bemiddelingspersonen. Het zijn echter niet alleen straatsekswerkers die last hebben van geweld; Platt et al (2011) stelden vast dat hoewel in vroegere studies werd aangegeven dat straatprostituees veel meer het slachtoffer werden van geweld, hun onderzoek bij binnenhuiswerkende prostituees in Vancouver even hoge aantallen geweldervaringen aangaf als bij straatprostituees.

In New York wordt er dan weer aangegeven dat sekswerkers vaak beter in staat zijn om geweld af te weren en veilige situaties te creëren dan de algemene bevolking (Baskin, 2010). Aan de hand van diepte-interviews bij een kleine sample binnenhuiswerkende sekswerkers, werd er nagegaan wat sekswerkers zelf ervaren als gevaar. Doordat ze strategisch kiezen welke houding te gebruiken bij klanten, creëren ze een gevoel van controle en dus veiligheid. Kalm blijven ten allen tijden totdat je een vluchtroute hebt, is een belangrijke strategie om geweld te vermijden, alsook niet tegen te strubbelen als geweld toch plaatsvindt zodat erger vermeden kan worden. De veiligheidsstrategie die het meest gebruikt werd tijdens deze studie is aan een vertrouwd persoon laten weten waar ze naar toe gaan met wie en wanneer ze terug zouden moeten zijn.

### 3.4. Emotionele problemen als risico

In de etnografische studie van Sanders (2004) ondervonden sekswerkers emotionele problemen als het grootste risico van sekswerk. Ze meenden het minste controle uit te kunnen oefenen over de emotionele zorgen, zoals het mentaal moeilijk kunnen omgaan met de verkoop van het eigen lichaam en het dubbelleven dat men vaak leidt door het werk verborgen te moeten houden voor vrienden en familie. Het hierdoor moeten hanteren van verschillende identiteiten kan psychologisch zeer zwaar worden en kan leiden tot weinig zelfvertrouwen of zelfs druggebruik als *coping* strategie. Deze problemen schemeren ook door in het privéleven en kunnen lang nadat er gestopt is met het werk de persoon nog blijven beïnvloeden.

Er zijn verschillende studies die aantonen dat sekswerkers meer psychologische problemen ondervinden dan de algemene bevolking. Angstgevoelens, depressie, posttraumatische stressstoornis en burn-out lijken allemaal vaker voor te komen bij sekswerkers (De Schampheliere, 1990; Chudakov et al, 2002). Hier moet wel bij bemerkt worden dat in de sectoren onderling ook nog verschillen voorkomen: straatsekswerkers zouden meer last hebben van psychologische problemen dan bijvoorbeeld escortes of bordeelsekswerkers. Vanwesenbeeck (2005) beschreef in haar studie over burn-outgevoelens bij sekswerkers dat dit vooral te wijten is aan de omstandigheden waarin het sekswerk wordt uitgevoerd, zoals het frequent voorkomen van geweld en druggebruik, en niet zozeer aan de psychologie van de persoon zelf. Dit wordt ook duidelijk uit een studie van Seib et al (2009), die aantonen dat de zelfgerapporteerde mentale gezondheid erg varieert tussen prostituees met verschillende kenmerken en uit verschillende sectoren. Illegale sekswerkers hebben bijvoorbeeld veel meer last van mentale problemen dan bordeel- en privésekswerkers, en lopen meer beroepsrisico's die kunnen leiden tot mentale problemen.

Sanders (2002) stelde dat het voor vrouwen in de seksindustrie noodzakelijk was om de betekenis van seks met klanten te onderscheiden van seks met privépartners om hun emotionele gezondheid onder controle te houden. Dit doen ze onder andere door verdedigingsmechanismen te ontwikkelen, *tools of the trade*, met de bedoeling om hun emotionele en psychologische gezondheid te waarborgen. Volgens Sanders (2002), die zich baseert op andere auteurs (Hochschild, 1979; Kempadoo & Doezema, 1999; Chapkis, 1997 in Sanders, 2002), betekent dit dat prostituees ook emotioneel werk verrichten om enerzijds gevoelens bij de klant op te wekken en anderzijds om controle te behouden over de eigen emoties. Vrouwen verrichtten emotioneel werk wanneer ze een verschil in betekenis tot stand proberen brengen tussen seks met klanten en seks met privépartners, wat elke keer opnieuw gebeurt bij een seksuele transactie. Emoties die verbonden waren aan sekswerk beschreef Sanders als 'steriel', ongevoelig en zonder enige associatie met intimiteit. Sekswerkers hanteren strategieën zoals condoomgebruik en andere fysieke barrières (sponsjes, beflapjes, glijmiddel), het verwijderen van enkel de meest noodzakelijke kledij, de positie van de vrouw tijdens de seks en het verbieden van handelingen die ze als te intiem ervaren om dit verschil in betekenis tot stand te brengen.

Abel (2011) beschrijft hoe het onderscheid tussen werkemoties en privé-emoties zich vertaalt in twee ontwikkelde identiteiten: de eigen identiteit en de werkidentiteit. Het ontwikkelen van deze twee identiteiten aan de hand van ‘*deepacting*’ beschouwt Abel als een strategie om een psychologische afstand te houden van het werk. *Deepacting* bestaat uit het actief oproepen of onderdrukken van bepaalde gevoelens om controle over een bepaalde rol te bewaren. Op het werk nemen ze een rol aan van de maatschappelijke ‘andere’, die ze tegenover hun identiteit stellen in hun privéleven, waar ze proberen zo normaal mogelijke waarden te hanteren om een niet-gestigmatiseerde positie in de maatschappij te verkrijgen. De noodzaak om deze strategie te hanteren, ligt volgens de auteur aan de stigmatisering die ze ondergaan in de maatschappij. Dit heeft een zware invloed op de mentale en emotionele gezondheid. De meesten van de ondervraagde sekswerkers in deze studie zagen zichzelf op het werk als een volledig andere persoon dan in de privésfeer. Zelfs routineuze handelingen waren volledig verschillend in de twee levensdomeinen; het waren zelfs deze routines die sekswerkers in staat stelden om in een andere identiteit te glijpen. Het onderhouden van twee identiteiten is echter zeer stresserend en leidt volgens de respondenten vaak tot emotionele uitputting. Aan de andere kant is het verschil tussen de twee identiteiten net hetgeen dat hen een strategie biedt om emotionele risico’s te verminderen. De klinische en afstandelijke werkidentiteit werd een symbool van de professionaliteit van de prostituee. Deze professionaliteitsethiek leek een fase van standaardisatie in te gaan sinds de decriminalisatie van de prostitutie in Nieuw-Zeeland sinds 2003. Binnenhuissekswerkers ontwikkelden aan de hand van de nieuwe legale wetten een soort bedrijfsethiek in hun relaties met klanten. Deze bedrijfsethiek legt de nadruk op de kwaliteit van de handelingen door middel van de professionele, hygiënische praktijken die zij gebruiken om zichzelf te beschermen. Zij die deze identiteit moeilijk konden ontwikkelen, liepen ook meer gezondheidsrisico’s. Dit werd vooral opgemerkt bij de meest kwetsbare groepen, zoals druggebruikende straatprostituees. In plaats van een identiteit te ontwikkelen als *coping* strategie, gebruikten zij drugs als *coping* mechanisme. Drugs brachten eveneens een persoonlijkheidsverandering met zich mee, die dan werd gebruikt om privé van de harde werkrealiteit te onderscheiden (Abel, 2011).

Zoals eerder vermeld, kan ook het stigma waaronder de sekswerkers lijden ontaarden in emotionele problemen. Volgens de bekende socioloog Erwin Goffman (1963) is stigma een sociale eigenschap waardoor een individu of een groep maatschappelijk uitgesloten wordt.

*‘An individual who might have been received easily in ordinary social intercourse possesses a trait that can obtrude itself upon attention and turn those of us whom he meets away from him, breaking the claim that his other attributes have on us. He possesses a stigma, an undesired differentness from what we had anticipated.’*  
(Goffman, 1963)

Deze vorm van ‘anders zijn’ kan een negatieve impact hebben op ons zelfbeeld en op onze identiteitsvorming, wat zich dan weer uit in onze sociale interactie met anderen. Hoe mensen met stigma omgaan heeft een aanzienlijke impact op hun gezondheid. Stigma omvat ook de angst om niet gerespecteerd te worden door de eigen acties en/of kenmerken. Dit leidt dan

weer tot onzekerheid in menselijk contact. Sekswerkers zijn een populatie die lijden onder dergelijk stigma. Aangezien hun acties de algemene norm niet volgen, worden deze personen niet altijd geaccepteerd in sociale situaties. Emotionele problemen ten gevolge van stigma worden vaak aangegeven als een probleem bij sekswerkers. Stigma zorgt er vaak voor dat sekswerkers niet altijd kunnen rekenen op een sociaal opvangsysteem, zoals gezondheidszorg, kinderopvang en sociale bijstand. Ook is dit stigma verantwoordelijk voor het reeds eerder vermelde geheimhouden van het beroep; door stigma zijn sekswerkers niet altijd in staat te vertellen over hun beroep aan naasten waardoor het netwerk van vrienden en familie niet altijd even consistent is. Door het verborgen houden van het beroep, tracht men de stempel van prostituee te ontlopen en zo ook het stigma dat hiermee gepaard gaat. Een dergelijke stempel kan er voor zorgen dat men geen toegang vindt tot de reguliere arbeidsmarkt wanneer men zou kiezen om uit het beroep te stappen (Bright & Shannon, 2008).

Goffman had het niet alleen over het individueel stigma, maar ook over ‘*sympathetic others*’: mensen die delen in het stigma van de ander. De problemen die een gestigmatiseerde groep ondergaan kunnen doorfilteren naar mensen in hun omgeving. In een recent artikel over dergelijk doorgefilterd stigma worden verschillende voorbeelden aangehaald: werknemers die verbonden waren aan gestigmatiseerde medewerkers werden ook vaak negatief beoordeeld. Fysieke nabijheid van een gestigmatiseerd individu bleek genoeg om een automatisch proces te starten in het brein van de toeschouwer: het negatieve beeld van de ene medewerker evolueerde automatisch naar een negatief beeld van de geassocieerde medewerker. De studie die dit voorbeeld beschreef, onderzocht de ervaringen van hulpverleners die in sekswerkerorganisaties werken. Het bleek dat deze hulpverleners door hun nauwe betrokkenheid met de doelgroep een gelijkaardige stigmatisering in de maatschappij ondervonden (Philips et al, 2011).

## **4. Condoomgebruik**

### **4.1. Condoomgebruik met klanten**

Sinds het begin van het aids-tijdperk is condoomgebruik enorm toegenomen, zowel bij de algemene populatie als bij de sekswerkerpopulatie. Het (mannelijk) condoom is dan ook de voornaamste en makkelijkste veiligheidsmaatregel om toe te passen ter preventie van seksueel overdraagbare infecties. De media die inspeelden op de aids-horrorverhalen in de jaren 80 hebben hier een belangrijke rol in gespeeld, en sinds de opkomst van deze ziekte zijn condooms niet meer weg te denken uit de seksindustrie. Een studie uit Australië stelde vast dat er effectief minder SOI's bij prostituees voorkwamen in 1991 dan in 1986 en dat dit gekoppeld kon worden aan verhoogd condoomgebruik (Perkins, 1991). In een studie in Nederland werd er bij straatsekswerkers en binnenhuissekswerkers ook consistent condoomgebruik vastgesteld: 82% van de bevroegde sekswerkers gebruikte op regelmatige basis een condoom (van Veen et al, 2010). De aandacht in de media en bij de gewone bevolking neemt echter gestaag af de laatste tijd en men zou kunnen vermoeden dat het condoomgebruik hierdoor vermindert.

Hoewel men condoomgebruik vaak beschouwt als een strategie om controle uit te oefenen over de medische risico's die men loopt door de frequente seksuele contacten, is ook hier een psychologische en emotionele component aan verbonden. Het condoomgebruik kan bijgevolg in verband worden gebracht met alle bovenstaande besproken risico's: als strategie ter preventie van SOI's en ongewenste zwangerschappen, en als strategie om een psychologische barrière staande te houden tussen verschillende identiteiten en de privé- en werksfeer (Sanders, 2004).

Veel studies tonen aan dat het condoom door sekswerkers gebruikt wordt als middel om privéseks van commerciële seks te onderscheiden (Day & Ward, 1990; Green & Goldberg, 1993; Waddell, 1996; Sanders, 2002; Abel, 2011). Sanders (2002) stelt dat door het condoomgebruik een zekere controle uitgeoefend kan worden over het commerciële aspect van de seksuele transactie. Het condoom vormt een symbolische barrière voor intimiteit door een effectieve fysieke barrière te vormen. Deze fysieke barrière vertaalt zich in een emotionele barrière die stand houdt zolang het condoom op zijn plaats blijft.

Cusick (1998) stelt in een etnografische studie bij prostituees in Glasgow echter vast dat dit zou betekenen dat men het condoom nodig heeft om een seksuele partner te categoriseren als privé of als commercieel. Men moet seksuele interactie echter begrijpen in de context van de sociale relaties waarin deze plaatsvindt. Seks wordt op verschillende manieren geïnterpreteerd aan de hand van de emoties en sociale relaties die eraan gekoppeld zijn; hierdoor wordt het mogelijk om bijvoorbeeld verkrachting van liefdevol vrijen te onderscheiden. Cusick bedoelt hiermee dat een condoom eerder een *eigenschap* is van het onderscheid tussen commerciële en privé seks dan een object dat op zichzelf symbolische betekenis draagt. Een seksuele daad wordt niet gecategoriseerd als commercieel enkel en alleen door de aanwezigheid van een condoom, maar is wel een belangrijke en geroutineerde eigenschap van commerciële seks.

Cusick onderzocht verder welke uitzonderingen er bestonden bij het condoomgebruik bij commerciële transacties en kwam uit op de volgende factoren die bijdroegen tot het niet-gebruik van condooms: (a) de 'speciale' vaste klant, (b) de romantische sprong, (c) de nood aan geld, (d) machteloosheid en (e) klapcondoom. Bij de speciale vast klant werd het niet-gebruik van condooms een symbool voor de overgang van een puur commerciële relatie naar een persoonlijke, intieme relatie waar de commerciële transactie substantieel verschilt van de meer routineuze transactie; uit eten gaan, de klant thuis ontvangen of een exclusieve relatie waar hij de enige klant is, maken hier deel van uit. Cusick zag dit niet-gebruik van condooms als een soort manipulatie van klanten, waar de sekswerkers wel degelijk controle over hebben. Door de associatie van commerciële seks met condooms, kan er een speciale dienst onder bepaalde voorwaarden gecreëerd worden. Condooms krijgen zo toch een symbolische waarde bij niet-gebruik, doordat afwezigheid van condooms in de transactie een indicator wordt voor de 'speciale' klant en een verzekering oplevert om er langdurig commercieel voordeel uit te halen. Het niet gebruiken van condooms kan ook een indicator zijn voor de evolutie van een commerciële relatie naar een romantische relatie, waarmee met de afwezigheid van het condoom wordt gezegd dat er een emotionele sprong is gemaakt naar de intentie van een niet-

commerciële relatie. Soms is er echter ook dringend nood aan geld, zeker bij druggebruikende straatprostituees (McKeganey & Barnard, 1992), maar ook bij hen die hun huur niet kunnen betalen bij de eigenaar van bijvoorbeeld een massagesalon of raam. Om nog winstgevend te kunnen zijn, is het derhalve soms nodig om de professionele standaard te verlagen. Machteloosheid werd ook aangegeven als indicator voor niet-condoomgebruik, waarbij prostituees door geweld of verkrachting niet de kans krijgen om over condoomgebruik te onderhandelen. Ook worden condooms soms gesaboteerd, waarbij klanten tijdens de daad het condoom proberen aftrekken. Strategieën om de klant op dit moment te overhalen dit niet te doen of de klant toch nog af te wijzen, bestaan voornamelijk uit het attenderen op de gevaren van HIV. De gevaren van HIV houden klanten echter niet tegen om condoomgebruik te weigeren; prostituees blijven verbaasd over de grote aantallen klanten die ‘zonder condoom’ blijven vragen. Ook kan het bij sekswerkers die altijd condooms gebruiken soms mislopen: het condoom kan breken, afglijden of lekken tijdens de seks. Dit technisch probleem wekte veel woede en walging op bij de prostituees in de studie in Glasgow, wat duidt op het belang van condoomgebruik bij het uitvoeren van hun werk. We kunnen hieruit concluderen dat het condoom een soort symbool is geworden van het sekswerk; het kunnen verkrijgen van deze professionele standaard heeft ervoor gezorgd dat de macht is verschoven naar de prostituee in de commerciële sekstransactie (Cusick, 1998). Baros (2006) toont aan dat het condoom niet alleen als symbool van commerciële seks dient, maar ook als symbool van professionele dienstverlening versus onprofessionele dienstverlening. In Belgrado worden sekswerkers die zonder condoom werken binnen de gemeenschap gestigmatiseerd door hun onprofessionaliteit. Het condoom wordt hier niet langer als een preventiemiddel gezien, maar als een symbool voor een professionele ethiek.

Wanneer we spreken over condoomgebruik om SOI-transmissie tegen te gaan, moeten we ook spreken over de percepties van klanten inzake SOI-transmissie en condoomgebruik. Leonard (1990) publiceerde een studie waarbij 50 klanten uit New Jersey werden bevraagd over handelingen en condoomgebruik bij sekswerkers ten einde de initiële data van de sekswerkers zelf te kunnen trianguleren en te valideren. De meerderheid van de klanten rapporteerde onveilige seks (vaginale, anale of orale seks) te hebben gehad met sekswerkers. Een strategie om SOI's te vermijden bestond uit het kiezen van een ‘schone’ prostituee, iemand die er dus verzorgd uitzag. Verzorging werd gerelateerd aan de perceptie van ziekte. Een andere strategie was het selecteren van ‘onervaren’ prostituees, of die vrouwen waarvan ze dachten dat ze nog niet veel klanten hadden gehad. Ook zij die eruit zagen alsof ze geen drugs gebruikten werden uit SOI veiligheidsmaatregelen eerder geselecteerd. De hoofdredenen voor het niet gebruiken van condooms was het verlies van gevoel en dus van het plezier van de transactie. Tijdens de condoomonderhandeling in het begin van de klant-prostituee interactie stelde de klant meestal dat hij geen condoom wilde gebruiken, waarna de sekswerker deze stelling aanvaardde. Dit gebeurde vaker bij orale seks dan bij vaginale seks, omdat de klant hier geen risico aan verbond. De perceptie van deze handeling als volledig risicovrij zorgde ervoor dat dit de meest geleverde dienst was in New Jersey. Dit onderzoek concludeerde in ieder geval dat klanten condoomgebruik bepaalden. Men moet echter rekening houden met het feit dat dit onderzoek werd uitgevoerd aan het begin van het aidstijdperk en de zelf-

effectiviteit voor condoomgebruik waarschijnlijk niet vergeleken kan worden met de huidige situatie.

Buiten Europa en Noord-Amerika neemt men vaak andere trends waar. In ontwikkelingslanden is condoomgebruik minder ingeburgerd bij de sekswerkers dan in Europa, wat ook leidt tot een hogere HIV-prevalentie en -transmissie. Dit kan enerzijds verklaard worden door culturele gebruiken, bijvoorbeeld in landen met een cultureel opgelegde passieve, ondergaande rol voor de vrouw. Het gebruiken van condooms kan hier duiden op promiscuïteit, wat kan leiden tot volledige sociale uitsluiting van de vrouw. De onderhandelingspositie van de vrouw wordt door de dreiging van geweld en exclusie weggenomen, en kan tot de acceptatie leiden van de risico's van seks zonder condoom. Anderzijds kunnen we dit verschil niet enkel toeschrijven aan culturele omstandigheden, aangezien de economische en politieke omstandigheden van veel vrouwen in ontwikkelingslanden hier een nog grotere rol kunnen spelen. Als men volledig van de volgende klant afhankelijk is voor de maaltijd van een kind, is men meestal niet in staat om eisen op te leggen aan de klant en dit potentieel inkomen te verliezen. Ook is het mogelijk dat klanten meer geld bieden in ruil voor onveilige seks. Financiële zorgen kunnen condoomgebruik bijgevolg zwaar onder druk zetten.

In Congo werd vastgesteld dat een problematische economische situatie kan leiden tot het aanbieden van diensten zonder condoom voor meer geld (Ntumbanzondo et al, 2006). Zeker bij prostituees die jonge kinderen hadden en die andere prostituees kenden die dezelfde diensten zonder condoom aanboden, leek deze relatie significant te zijn. Met een hoge prevalentie van HIV onder sekswerkers in Kinshasa, is het begrijpen van dergelijke patronen in condoomgebruik belangrijk en dient preventie zich op deze factoren te richten.

In Namibië stelde men ook vast dat financiële factoren een rol spelen bij de beslissing om condoomgebruik af te dwingen; een prostituee in geldnood zal eerder geneigd zijn om het risico te nemen (Fitzgerald-Husek et al, 2011). Een zeer belangrijk gegeven in deze studie was echter ook het soort man en de intentie van de vrouw: bij aantrekkelijke mannen of bij rijke mannen was er meer kans dat de prostituee probeerde een relatie aan te knopen en werd het voordelig om geen condoom te gebruiken. Zwanger worden van zo'n man werd gezien als een pluspunt. Economische onafhankelijkheid en *empowerment* zijn dus niet de enige zaken die meespelen in condoomgebruik bij Afrikaanse vrouwen. De zoektocht naar liefde speelde een belangrijke rol, en dit was afhankelijk van het type man en de omstandigheden van de interactie. De socio-economische status van de man speelde zeker ook een rol bij het willen krijgen van een kind; zelfs als de man geen relatie wilt met de vrouw, wordt haar sociale status toch verhoogd door het feit dat ze een kind draagt van een man met deze status.

In een studie door Ghimire et al (2011) in Nepal, waar aangetoond werd dat sekswerk een grote rol speelt in de transmissie van SOI's naar de algemene bevolking, werden lage zelf-effectiviteit en slechte onderhandelingscapaciteiten vermeld als indicatoren voor het niet-gebruik van condooms. Deze factoren moeten echter wel in de context van een zeer

patriarchale maatschappij geplaagd worden, waar er nog een groot taboe rond seks bestaat. Ongeacht de context geeft deze studie wel aan waar er eventuele problemen kunnen voorkomen met condoomgebruik: door stigma en geweld zijn sekswerkers niet in staat om condoomgebruik te onderhandelen, zeker in een maatschappij waar het kopen van condooms nog als schaamtelijk wordt ervaren. Het weigeren van de klant om condooms te gebruiken werd als hoofdreden opgegeven voor het niet-gebruik van condooms; angst om de klant te verliezen maakte dat sekswerkers condoomgebruik bijna nooit verder afdwongen. Condoomgebruik is dus ook hier volledig afhankelijk van de houding van de klant. Machteloosheid kan men als grote indicator beschouwen, zoals in Cusick's studie, samen met armoede (nood aan inkomen) (zie ook Ntumbanzondo et al, 2006). Een ander gegeven was politiecontrole: aangezien prostitutie illegaal is in Nepal, was het op zak hebben van condooms een aanduiding van prostitutie en een reden tot arrestatie. Dit zorgt ervoor dat het niet opportuun is voor een sekswerker om condooms bij te hebben, waardoor ze nog meer afhankelijk werden van de houding van de klant.

Ook in India werd vastgesteld dat er op vraag van de klant weinig condooms werden gebruikt bij commerciële seksuele transacties (Hosain & Chatterjee, 2005). Hoewel de sekswerkers op de hoogte waren van HIV-transmissie en condoomgebruik, waren ze bij vaste klanten vaak niet in staat om condoomgebruik af te dwingen doordat dit het gevoel en het plezier van de daad afremt. Bij nieuwe klanten werden de sekswerkers meer bedreven bevonden om het condoom af te dwingen, omdat net het toelaten van seks zonder condoom bij vaste klanten een intieme relatie afdwingt die hen financieel en emotioneel voordeel op kan leveren. Ook werden de meeste vaste klanten als 'schoon' en 'proper' beschouwd, wat werd gekoppeld aan een verlaagd risico op HIV en andere SOI's.

#### **4.2. Condoomgebruik in het privéleven**

Uit het voorgaande blijkt dat het condoom een symbool is voor commerciële seks en een scheidingslijn betekent tussen intimiteit en commercialiteit. Laag condoomgebruik bij privépartners van sekswerkers is dan ook over de hele wereld vastgesteld (Ntumbanzondo et al, 2006; Vanwesenbeeck, 2001).

In India beschrijft Jayasree (2009) hoe een condoom gebruiken in een privérelatie een daad van liefde zou omzetten naar een commerciële daad. Vaginale seks en liefde worden vaak gelijk gesteld, en het condoom ontdoet deze daad van het liefdesaspect. 'It is better to die than to sacrifice love', zegt een respondent uit Jayasree's studie. Ook Sanders (2002) stelde vast dat hoewel condoomgebruik een cruciale barrière betekende tussen werk en privé en bijgevolg een object was dat diende voor zowel de seksuele als emotionele gezondheid van de sekswerker, condoomgebruik in het privéleven net hierdoor een negatieve betekenis kreeg. Het condoom betekende een barrière om een seksuele transactie niet intiem te laten worden, wat juist wel de bedoeling was bij privéseks. Het niet-gebruik van condooms bij privépartners werd dus een symbool voor intimiteit, vertrouwen en de onderscheiding van commerciële seks. Door het emotionele werk dat ze verrichten om elke vorm van intimiteit uit de



transactionele seks te bannen, hebben ze extra nood aan de ervaring van intimiteit in hun privéleven.

Platt et al (2011) stellen eveneens vast bij prostituees die binnenshuis werken dat condoomgebruik bij niet-betalende seksuele partners laag was en bijgevolg een verhoogd risico inhield voor SOI's. Er werd dus een significant verband vastgesteld tussen het hebben van een privésekspartner en het risico op SOI's. Selectief condoomgebruik wordt ook geobserveerd in een kwalitatieve studie bij sekswerkers in Perth, Australië (Waddell, 1996). Het zijn volgens deze auteur niet de commerciële transacties die enerzijds risico's inhouden voor de sekswerker of die SOI-transmissie veroorzaken in de regio, maar de private seksuele contacten met niet-betalende partners. Sekswerkers hebben niet dezelfde soort controle over privéseks als bij commerciële seks omdat dit ook niet de bedoeling is. Bij privéseks dient liefde, intimiteit en verbintenis immers centraal te staan. Waddell concludeert dat condoomgebruik dus een culturele logica volgt die inherent is aan de sociale wereld waarin sekswerkers een onderscheid maken tussen commerciële en privéseks. Het risico voor sekswerkers ligt bij de partners die door onveilige seks infecties doorgeven.

Nog een studie uit 1991 in Australië stelde vast dat 40% van de prostituees die geïnfecteerd geraakten met een SOI werden besmet door klanten, en 52% werden besmet door hun vaste partners (Perkins, 1991). Deze cijfers corresponderen met het condoomgebruik van 98% op het werk, terwijl maar 43% condooms gebruikte in hun privéleven. Deze cijfers moeten echter met een korrel zout genomen worden, aangezien het bijna onmogelijk is om vast te stellen waar een infectie precies vandaan komt. Wat we wel kunnen concluderen uit deze studie is dat door het hoog condoomgebruik in de prostitutie en het laag condoomgebruik bij een vaste partner, sekswerkers meer risico lopen op SOI's in hun privéleven dan op het werk. Het idee van de prostituee als drager van ziekte is dus onterecht, en de auteurs concluderen dan ook dat er te weinig aandacht wordt besteed aan de rol van de man in ziekteverspreiding in de gemeenschap. Zowel klanten als mannelijke partners blijven condoomgebruik tegenwerken, en de dagelijkse strijd van de prostituee om dit af te dwingen is van cruciaal belang.

## **5. Interventies bij sekswerkers**

### **5.1. De nood aan hulpverlening**

Sekswerkers zijn maatschappelijk een verdoken groep die moeilijk te bereiken is voor de reguliere hulpverlening. Niet alleen zijn deze mensen meestal niet zichtbaar voor het oog van de hulpverlener, ze lopen zoals reeds eerder vermeld ook specifieke beroepsmatige risico's. Door deze risico's en hun kwetsbare positie in de maatschappij, hebben ze bepaalde behoeften waar op ingespeeld dient te worden.

Day & Ward (1997) stellen dat er verschillende manieren zijn om ziektebestrijding en preventie te organiseren. Enerzijds heb je *harm reduction* strategieën die proberen om het risicogedrag te verminderen door de omstandigheden die dit gedrag opwekken te beïnvloeden.

Anderzijds kan men vanuit een politieke invalshoek de transmissie van SOI's proberen te bestrijden (door bijvoorbeeld registratie, screening en behandelingen van prostituees verplicht te maken). Men kan volgens Day & Ward dus twee uitersten vaststellen: enerzijds het rechtssysteem dat sekswerkers straft, anderzijds het gezondheidssysteem dat beroepsrisico's probeert te verminderen en zorg aan te bieden. De perceptie van prostituees zelf vindt echter ergens in het midden plaats, aangezien velen vermoeden dat gezondheidsdiensten ook iets te maken hebben met het rechtssysteem. Vaak zijn ze bang om bij het één hulp te zoeken en hiervoor door het ander gestraft te worden. Bovendien wordt het verplicht registreren en testen van prostituees niet noodzakelijk gevolgd door een verminderde SOI-transmissie. Er wordt zelfs geopperd dat deze vorm van controle het probleem verergert door prostituees in een verder gemarginaliseerde positie te brengen onder het mom van de 'volksgezondheid'. Day en Ward stellen dat om effectieve preventiemaatregelen door te kunnen voeren, er een vertrouwensrelatie moet bestaan tussen de cliënt en hulpverlener. Bestrafing en repressie kunnen onmogelijk leiden tot effectieve preventie, in tegenstelling tot diensten die niet-veroordelende hulpverlening aanbieden op maat van de sekswerker zelf. Zo geven Platt et al (2011) in hun onderzoek aan dat contact met outreach-werkers zeker een rol speelt in het verminderen van SOI risico's bij sekswerkers. Er was een significante relatie bij binnenhuissekswerkers in London tussen contact met outreach-organisaties en een daling in SOI-prevalentie bij deze sekswerkers.

Bij een onderzoek van Jeal & Salisbury (2007) wordt er bij bordeel- en straatsekswerkers nagevraagd wat zij beschouwen als behoeften en noden. Hieruit werd duidelijk dat noden en behoeften gevarieerd kunnen zijn over de verschillende sectoren heen. De sociaal-economische positie van straatsekswerkers zorgt voor een behoefte aan een totale gezondheidshulpverlening die niet alleen gericht is op beroepsmatige risico's. Door de betere financiële omstandigheden van bordeelwerkers, hadden zij meer nood aan discretie en anonimiteit bij de gezondheidszorg dan aan diensten die voorzien in basislevensbehoeften. Waar alle vrouwen het echter wel over eens waren, was dat er specifieke dienstverlening moest worden voorzien in de buurt van de werkplek, dat er condooms beschikbaar zouden moeten zijn en dat ze geholpen zouden moeten worden door vrouwelijke dienstverleners. Deze studie en een studie in Washington (Valera et al, 2001) toonden ook aan dat er meer nood was aan counseling en sociale steun dan aan medische ondersteuning.

## **5.2. Barrières tot de hulpverlening**

Het reeds eerder aangehaalde stigma kan een barrière zijn tot het reguliere hulpverleningsaanbod: dit aanbod is niet vrij van de vooroordelen die de maatschappij heeft over sekswerkers, en vele sekswerkers zijn bang voor negatieve sociale reacties of moraalridders die hen uit het vak proberen te redden zonder dat zij zelf aangeven slachtoffer te zijn. De criminalisering van het beroep bemoeilijkt in hoge mate de toegang tot de beschikbare diensten. Ook hebben de werkomstandigheden een invloed op de toegang, zoals de werkuren die vaak niet conform zijn met de openingsuren van het reguliere aanbod. Vaak is er ook niet genoeg motivatie aanwezig om zelf op zoek te gaan naar een oplossing, en

anderzijds wordt vanuit het hulpverleningsaanbod meestal geen moeite gedaan om deze groep te bereiken met promotiemateriaal of specifieke openingsuren. Een van de grootste barrières is echter de afwezigheid van een sociaal statuut: sekswerkers zijn vaak niet in orde met de mutualiteit, de ziekteverzekering en andere administratieve vereisten die nodig zijn om te kunnen deelnemen aan het gezondheidsaanbod. Ook hebben buitenlandse sekswerkers vaak niet de nodige verblijfsdocumenten waardoor ze bang zijn aangegeven te worden op het moment dat ze hulp zoeken bij een reguliere instantie.

Wat er ook voor kan zorgen dat sekswerkers geen toegang vinden tot gezondheidsdiensten, is het feit dat zij ‘ziekte’ niet altijd als een prioriteit zien (Day en Ward, 1997). Er zijn zoveel andere, meer dringende risico’s verbonden aan het beroep, dat de angst voor SOI-transmissie slechts een secundaire zorg is. Het is daardoor nodig om gezondheidsdiensten aan te bieden binnen een veel breder programma dat rekening houdt met sociale, economische en cultureel gemedieerde invloeden op het sekswerk.

Bij een anonieme en gespecialiseerde dienst kunnen vrouwen, in tegenstelling tot bij de reguliere zorg, steun en toeverlaat krijgen in plaats van een moraliserende preek van een dokter of een afkeurende blik in de wachtzaal. Dergelijke intimiderende omgevingen zorgen ervoor dat sekswerkers negatieve verwachtingen koesteren inzake gezondheidszorg en hier liever geen toegang tot zoeken. Een omgeving waar confidentialiteit en begrip centraal staan en waar een aanknooppunt gegeven kan worden tot de rest van de samenleving zijn essentieel. Zonder veroordeling, want hulpverleners in deze branche zullen niet alleen maar te maken krijgen met perfecte ‘patiënten’: door de hoge mobiliteit en de soms harde omstandigheden waarin deze vrouwen werken, kan het zijn dat ze na contact terug door de mazen van het net glippen, of niet genoeg aandacht hebben voor hun eigen gezondheid om contact te onderhouden.

### **5.3. Toegepaste interventies**

Vooraleer we spreken van toegepaste interventies, moeten we bespreken waar deze interventies precies op toegepast worden. In de internationale literatuur wordt op dit vlak onderscheid gemaakt tussen de verschillende vormen van prostitutie en de verschillende gezondheidsuitkomsten die hieruit voortkomen. Dit betekent dat verschillende vormen van prostitutie en verschillende sociaal-economische omstandigheden om specifiek toegepaste interventies vragen. De brede waaier van soorten sekswerk (gaande van een erotische massage met ‘happy ending’ tot onveilige seks met meerdere klanten) heeft implicaties voor zowel het invoeren van algemene openbare gezondheidszorg als voor het invoeren van specifieke gezondheidsinterventies gericht op prostitutie (Harcourt & Donovan, 2005). In wat volgt worden enkele interventies en de factoren waarmee men rekening moet houden bij het ontwikkelen van toegepaste interventies besproken.

Veel programma’s die reeds werden geïmplementeerd om condoomgebruik te stimuleren en te verhogen baseren zich op het idee dat kennis gedrag kan veranderen. ‘*Behavior Change*

*Communication*', ofwel gedragsverandering communicatie programma's, zijn er op gericht om jonge vrouwen te onderwijzen en voor *empowerment* te zorgen inzake consistent condoomgebruik. Het idee is dat een *knowledge, attitude and behavior approach* zorgt voor de kennis dat condoomgebruik HIV-transmissie tegengaat, en dat deze kennis zou moeten leiden tot een positieve houding ten opzichte van condooms, wat dan weer het uiteindelijke gedrag zou moeten beïnvloeden (Coté et al, 2004; Ntumbanzondo et al, 2006). Een kwalitatieve studie die werd uitgevoerd in Namibië (Fitzgerald-Husek, 2011), wees er echter op dat onderwijs en een betere kennis van SOI-transmissie en -preventie niet noodzakelijk leidt tot gedragsverandering. Er zijn in elke culturele context immers verschillende factoren die meespelen bij veilige en onveilige seksuele interacties; gedragsverandering wordt door zoveel verschillende economische, sociale en culturele factoren beïnvloed dat men niet kan veronderstellen dat enkel kennis het beoogde effect zal hebben.

Een factor die men in beschouwing zou moeten nemen bij het ontwikkelen van een toegepaste interventie is het onderscheid tussen 'nieuwe' sekswerkers die net in het vak komen en ervaren sekswerkers (Asamaoh-Adu et al, 2001). Interventies moeten volgens deze auteurs gericht worden op deze nieuwe groep, aangezien uit hun studie blijkt dat er grote verschillen waren tussen de twee groepen op vlak van leeftijd, aantal klanten per dag, prijs, condoomgebruik en HIV-infectie. Volgens de auteurs hebben deze uitkomsten belangrijke implicaties voor preventieprogramma's. Nieuwe rekruten dienen dus zo snel mogelijk geïdentificeerd te worden, en dit gebeurt best aan de hand van *peer educators*. Als deze *peers* de nieuwe meisjes intensief zouden onderwijzen over de risico's van het vak, verwachten de auteurs een stijging in condoomgebruik.

Waar ook rekening mee dient gehouden te worden wanneer men preventieprogramma's ontwikkelt, is wie men precies definieert als sekswerker en wie niet. Fitzgerald-Husek et al (2011) stellen dat sekswerkers in Afrika geen homogene groep zijn. Hoewel HIV-programma's zich vaak toespitsen op formele sekswerkers, zijn er meer informele sekswerkers die zichzelf niet definiëren als prostituee maar evengoed aan commerciële seks doen wanneer de financiële nood hoog is. Commerciële seks wordt door een veel groter deel van de bevolking toegepast dan men denkt en verhoogt dus ook het risico op HIV-transmissie doorheen de algemene populatie. Interventies moeten rekening houden met het bereik van die sekswerkers die zich niet als dusdanig definiëren.

Ook menen sommige onderzoekers dat het noodzakelijk is om bij een preventieprogramma rekening te houden met het onderscheid tussen nationale en buitenlandse sekswerkers (O'Connor et al, 1996). Zoals reeds eerder vermeld hebben illegalen een meer beperkte toegang tot de gezondheidszorg. Door onder andere taalproblemen hebben deze gemarginaliseerde groepen vaak niet eens kennis van de publieke gezondheidszorg waar zij aanspraak op kunnen maken. Door hun mobiel karakter is het vaak ook moeilijk om deze groepen te bereiken met preventieboodschappen; ze worden vaak van bordeel tot bordeel gestuurd om immigratiediensten te ontlopen. Door hun constante mobiliteit kunnen ze ook geen steunnetwerken uitbouwen om hen op te vangen in moeilijke tijden.

Morton et al (1999) halen dan weer het belang aan van interventies die specifiek gericht zijn op een bepaalde sector. Zeker de straatsekswerkersector vraagt vaak een andere aanpak, aangezien het om een zeer aparte groep van sekswerkers gaat. Zoals reeds eerder vermeld vertoont deze groep verschillende risicofactoren voor SOI's (zoals injecterend druggebruik, dakloosheid en psychiatrische problematiek) en heeft deze groep ook vaak geen toegang tot de reguliere gezondheidszorg. Een specifieke interventie die Morton et al hebben toegepast voor deze groep prostituees is een zelf-toegediende methode voor SOI-screening. In een privéhotel in Melbourne in Australië werden er via een outreach-programma straatwerkers gerekruteerd die dan de mogelijkheid kregen om via een zelf ingebrachte tampon een staal af te geven. Participanten dienden zelf hun resultaten op te halen of hiervoor te bellen, en 87% van de participanten heeft dit ook effectief gedaan. Uit dit onderzoek bleek dat veel straatwerkers nooit of niet vaak werden gescreend op SOI's en dat deze groep ook de hoogste infectiewaarden had. Straatwerkers die de laatste drie maanden wel gescreend waren geweest, hadden geen infecties. Deze methode bleek aan te slaan bij deze specifieke groep en dit voornamelijk door de toegankelijke manier van staalafname op plekken en uren waar de straatprostituees werkten. Deze studie verduidelijkte ook weer dat het voor deze groep zeer moeilijk is om gewone afspraken bij dokters te maken en dat er effectief een specifieke interventie nodig is.

Ook Surratt & Inciardi (2010) toonden een effectieve interventie aan die specifiek was gericht op straatsekswerkers in de Verenigde Staten. De toegepaste HIV *risk reduction* interventie trachtte seksueel risicogedrag te verbeteren bij druggebruikende straatprostituees. De standaardinterventie (die bij alle sekswerkers werd toegepast) was gebaseerd op twee counseling sessies die voornamelijk waren gericht op HIV, hepatitis B en hepatitis C preventie, voordat er effectief op deze drie zaken werd getest. Voor de straatprostituees werd bijkomend een specifieke interventie ontwikkeld, waar er aan de hand van *peer delivery* dieper werd ingegaan op specifieke risico's zoals geweld en druggebruik. Ook deze interventie bestond uit twee counseling sessies, waarna de participant zelf kon kiezen om een HIV en hepatitis B en C test te ondergaan. Na de tweede counseling sessie (zes maanden na het begin van de interventie) vond men een significante daling in het risicogedrag, zoals het condoomgebruik bij orale seks, alsook in het druggebruik van de straatsekswerkers.

Ook in India stellen Laga et al (2010) een succesvol programma vast. Zij tonen aan dat sekswerkers actief betrekken bij de interventie en ze het programma zelf laten vormgeven en leiden, een positief effect kan hebben. Door hun actieve betrokkenheid begonnen de sekswerkers een gemeenschap te vormen die veel sterker stond in de maatschappij dan een individuele sekswerker. Doordat zij zelf aangaven waar de kliniek best geplaatst kon zijn en welke dokters best aangenomen konden worden, was het bereik van sekswerkers veel groter. Ze coördineerden zelf de outreach-activiteiten en zorgden zelf voor de kwaliteitsbewaking van het programma. Binnen de twee jaar werd 80% van de doelgroep bereikt met deze HIV-preventie interventie. Initiële resultaten van een effectonderzoek duiden op een vermindering in SOI-prevalentie in zowel de sekswerkerpopulatie als in de algemene bevolking.

Ook Sanders (2006) pleit voor het actief betrekken van sekswerkers bij preventieprogramma's. Zij presenteert de rol van sekswerkers echter vanuit een iets andere invalshoek: doordat ze emotionele steun verlenen aan hun klanten, vaak in de vorm van seksuele therapie, komt er binnen deze transactie veel seksuele gezondheidspromotie aan te pas. Als klanten ook als een moeilijk te bereiken risicogroep worden beschouwd, is de sekswerker zelf ideaal geplaatst om hier de rol van *health educator* op te nemen. Door hun informele relatie met klanten en de gezondheidsinformatie die sowieso wordt uitgewisseld tijdens de interactie, is het maar een kleine stap naar een officiële preventieboodschap. In deze Londense context, hebben sekswerkers veel kennis van veilige seksmethoden en hoe deze te erotiseren. Deze vaardigheden kunnen veel betekenen voor preventieprogramma's. Het zijn de vrouwen zelf die de constante vraag van klanten om geen condooms te gebruiken moeten afwenden met een preventieboodschap en ze hebben hiervoor strategieën ontwikkeld die een inherent deel zijn geworden van de commerciële sekstransactie. De auteur besluit dat de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen onderliggend is aan de constructie van de prostituee als risico-individu in plaats van de klant als risico-individu en dat dit nadelig is voor de verspreiding van de preventieboodschap. Men dient prostituees niet langer te beschouwen als onverantwoordelijke ziekteverspreiders, maar als verspreiders van de preventieboodschap. Het veranderen van de rol die sekswerkers vervullen in de maatschappij naar die van gezondheidspromotie, zou enerzijds het stigma omlaag kunnen brengen en anderzijds een positief effect hebben op de grote vraag naar niet-gebruik van condooms bij klanten.

Hierboven zijn verschillende factoren besproken waarmee men rekening kan houden bij het ontwikkelen van toegepaste interventies bij sekswerkers. Het directe effect van dergelijke preventieprogramma's vaststellen is echter zeer moeilijk. Zo bemerken Day & Ward (1997) dat het heel moeilijk is om het effect van een interventie te meten in isolatie van andere factoren die invloed kunnen hebben op een verminderde SOI-prevalentie. Zoals ook in ons huidig onderzoek duidelijk is geworden, is het niet gemakkelijk om zeker te zijn van zelfgerapporteerde antwoorden, of om relevante vergelijkingsgroepen te vinden. Het effect van een interventie kan een controlegroep reeds 'besmetten' door het introduceren van nieuwe gewoonten die zich een weg banen door verschillende netwerken (Day en Ward 1997; Asamoah-Adu et al, 1994; Moses et al, 1991).

Een studie van Ward & Day (2004) houdt rekening met deze andere factoren die een invloed kunnen hebben op een verminderde SOI-prevalentie en toont aan dat er tussen 1985 en 2002 wel degelijk een significante daling is van het aantal acute SOI's bij sekswerkers, terwijl er een stijging plaatsvond in de algemene bevolking. Hoewel er dus verscheidene factoren zijn die de auteurs aanhalen als een effect hebbende op het verhoogd condoomgebruik (veelal te maken met hervormingen in de sekswerkindustrie), geven ze ook aan dat het grootste deel van de sekswerkers dat in het begin naar het outreach-project voor sekswerkers kwam, tegen het einde van de jaren 90 ook nog kwam. Met deze studie werd aangetoond dat *safe sex*-methoden blijven gebruikt worden over de jaren heen, ondanks een snel veranderende sekswerkindustrie. Dit wordt verklaard door een netwerk van outreach-projecten die instaan

voor de gezondheidszorg van prostituees en verschillende managers achter de prostitutie die deze initiatieven blijven steunen.

Men moet er echter rekening mee houden dat er ook externe factoren zijn die een preventieprogramma negatief kunnen beïnvloeden. Dit heeft dan vooral te maken met een nationaal beleid dat het bereik van de sekswerkers in de weg staat, of met wetten die deze groep verder stigmatiseren en isoleren. Biradavolu et al (2009) beschreven hoe in Frankrijk in 2003 een wet werd goedgekeurd waardoor actieve en passieve klantenwerving op straat wordt beboet met 3750 euro en twee maanden cel. Veel prostituees worden hiermee lastig gevallen en zelfs door de politie opgesloten, waardoor ze verder de marginaliteit worden ingeduwd en in geïsoleerde, gevaarlijke omstandigheden belanden. In combinatie met een verstrengde wet voor het verkrijgen van verblijfsdocumenten, worden gemarginaliseerde groepen zoals migranten en sekswerkers verder gestigmatiseerd door de algemene bevolking. Ook al wordt er gratis gezondheidszorg voorzien voor de minderbedeelden en de illegalen, weerhouden discriminatie en stigma mensen ervan om hier gebruik van te maken. De reguliere gezondheidszorg staat bekend om een slechte behandeling van deze gestigmatiseerde mensen en een duidelijke voorkeursbehandeling voor de algemene bevolking. Om dit probleem op te vangen in Frankrijk gaat de organisatie *Cabiria* dan ook altijd mee met de sekswerker naar zulke afspraken om erge discriminatie te voorkomen. Dit soort interventies lijkt het ergste stigma tegen sekswerkers te voorkomen, waardoor sekswerkers vlotter toegang krijgen tot de gezondheidszorg waar ze recht op hebben.

Ook het invoeren van een verplicht programma kan negatieve gevolgen hebben. Zo overwoog men in Amerika om sekswerkers te verplichten om SOI-testen te ondergaan. De veronderstelling dat prostituees ziekteverspreiders zijn en dus gecontroleerd moeten worden om verspreiding in de algemene populatie tegen te gaan, werd hiermee dus algemeen aanvaard, hoewel het *Center for Disease Control* duidelijk besloot dat '*risk factors for aids in female prostitutes may be similar to those in other women living in these geographic areas*'. Verplicht testen zou dus niks opleveren op vlak van preventie. Het kan er echter wel voor zorgen dat de doelgroep zich afkeert van de medische zorg die hen door dergelijke verplichting stigmatiseert. Eveneens kunnen zulke testen een vals gevoel van veiligheid creëren. Ook wordt gesteld dat de mannelijke klanten van sekswerkers verplichten tot een SOI-test meer zou opleveren wanneer men als doel preventie heeft (Monet, 2004).

Ook andere studies tonen aan dat het verplicht testen van sekswerkers niet de gewenste resultaten zou opleveren (Wolffers & van Beelen, 2003; Day & Ward, 1997). Wolffers & van Beelen (2003) stellen zelfs dat dit tegen de mensenrechten zou ingaan. Deze auteurs stellen ook dat gespecialiseerde SOI-klinieken specifiek voor sekswerkers alleen maar kunnen leiden tot meer stigmatisering van de sekswerker. Dit zou sekswerkers zichtbaar maken voor de maatschappij en de politie de mogelijkheid geven om hen op te sporen. Zulke uitspraken zijn vooral relevant voor landen die strenge, criminaliserende wetten hanteren tegen prostitutie. Uit bovenstaande bespreking blijkt echter dat specifieke interventies wel degelijk vruchten kunnen afwerpen.

Een studie die door Sirotnin et al (2010) werd uitgevoerd in Mexico, levert dan weer resultaten die aantonen dat de officiële registratie van prostituees leidt tot een verhoogd condoomgebruik. De registratie van de prostituees ging wel samen met een gedragsinterventie om condoomgebruik te promoten. Hoewel er geen significante verschillen waren in HIV-prevalentie onder geregistreerde en niet-geregistreerde sekswerkers, kon men wel vaststellen dat geregistreerde sekswerkers meer kans hadden om al getest te zijn voor HIV, minder kans hadden om geen condooms te gebruiken en minder kans hadden om positief te testen op een SOI-test. Hoewel sekswerkers die zich wel geregistreerd hadden gemiddeld een hogere prijs konden vragen voor hun diensten, was er een aanzienlijke kost gekoppeld aan deze registratie. De auteurs vermoedden dat deze kost sekswerkers kan weerhouden om zich te laten registreren, wat er voor zorgt dat de interventie de meest kwetsbare prostituees niet bereikt. Verder kon men geen vergunning verkrijgen om te werken als men positief testte op een SOI, waardoor zij die misschien het meeste hulp nodig hadden geen toegang vonden tot de hulpverlening gekoppeld aan de registratie. Dit zorgde echter ook voor een hoog condoomgebruik bij de geregistreerde sekswerkers, aangezien de perceptie van risicogedrag gekoppeld werd aan het potentieel verlies van een vergunning. Er wordt dan ook voorgesteld om, indien een land kiest voor registratie, men de kost best laag houdt en gratis SOI-testen voorziet voor deze populatie.

Hoewel al deze studies een positief of negatief effect van een interventie proberen aantonen, of weergeven welke factoren een positieve of negatieve invloed kunnen hebben op een interventie, blijft het zoals eerder reeds vermeld heel moeilijk om het effect van een interventie te meten. Het effect van een interventie kan enkel echt gemeten worden als men de prevalentie onder een bepaalde populatie weet en zowel pre- als postinterventie onderzoek kan uitvoeren. Het is echter onmogelijk om een zicht te krijgen op de volledige populatie sekswerkers binnen een gemeenschap.

#### **5.4. Europese visie op preventieprogramma's**

Onderzoek in Europa heeft reeds uitgewezen dat SOI-prevalentie onder sekswerkers laag is en condoomgebruik hoog. Zo beschrijven Ward & Mak (2002) hoe een Europese enquête uit 1990 *slechts* een HIV-prevalentie van 1,5% bij vrouwelijke sekswerkers vond (bij druggebruikende vrouwelijke sekswerkers lag dit cijfer wel hoger). Toch blijven SOI's een beroepsrisico voor sekswerkers. Om de gezondheid van sekswerkers te promoten, werd bijgevolg EUROPAP opgericht: een Europees Netwerk voor HIV- en SOI-preventie in prostitutie. Dit netwerk beoogt vooral ervaringen in preventieprogramma's en interventies te delen onder elkaar, zodat er een soort *best practice* model kan opgestart worden waar landen die dergelijke initiatieven willen opstarten gebruik van kunnen maken. EUROPAP werkt reeds samen met 18 landen en 400 verschillende projecten voor prostituees.

Mak (1997) heeft de mogelijkheden voor preventieprojecten in Europa besproken. Er kwamen drie soorten interventies naar boven: (a) verplichte screening en registratie van prostituees vastgelegd in de wet, (b) specifieke en laagdrempelige dienstverlening voor sekswerkers en



(c) het actief betrekken van sekswerkers in projecten als *health promoters*. Het eerste model komt voor in Griekenland en werd in Duitsland toegepast tot 2002. Zoals bij de toegepaste interventies reeds werd besproken, wordt het gros van de prostituees op deze manier niet bereikt. De tweede mogelijkheid komt volgens Mak veel meer voor in Europa. Nederland is hier het bekendste voorbeeld van. De derde strategie, gebaseerd op *peer based* interventies komt niet vaak voor in Europa, en als ze voorkomt is het meestal als onderdeel van de tweede strategie. In veel landen zijn er echter geen gerichte interventies of hulpverlening te vinden.

Het is echter niet mogelijk om één model te ontwikkelen waarop alle interventies zich moeten baseren, aangezien de situatie in elk land anders is. Een initiatief was echter wel nodig. Hierdoor heeft EUROPAP *evidence based* richtlijnen uitgewerkt waar landen, die zich willen engageren om specifieke diensten voor sekswerkers te voorzien, gebruik van kunnen maken (Mak, 1996).

Wanneer we kijken naar de wetten en reglementeringen inzake prostitutie in Europa wordt er door EUROPAP **afgeraden** om:

- (a) Beleidslijnen te hanteren die de toegang tot gezondheidsdiensten en sociale diensten voor prostituees verhinderen, alsook die ervoor zorgen dat sekswerkers geen of weinig controle hebben over hun eigen werkomgeving
- (b) Verplichte testen en verplichte registratie van sekswerkers door te voeren, aangezien dit een hindernis vormt voor de vrijwillige toegang tot de gezondheidszorg
- (c) Sekswerkers die HIV-geïnfecteerd zijn te verbieden om hun beroep verder uit te oefenen, aangezien dit hen verder in een geïsoleerde en moeilijk te bereiken positie kan duwen
- (d) Door bepaalde reglementeringen onveilige werkomstandigheden te creëren voor tippelen
- (e) Leven van prostitutieopbrengsten te verbieden, wat eveneens kan leiden tot onveilige werkomstandigheden
- (f) Lokale reglementeringen toe te staan die onveilige werkomstandigheden creëren
- (g) Repressieve wetten toe te passen die injectieprogramma's voor druggebruikers verhinderen
- (h) Illegale prostituees de toegang tot de gezondheidszorg te verbieden

Om de medische en sociale voorzieningen voor prostituees te optimaliseren, geeft EUROPAP de volgende **richtlijnen**:

- (a) HIV-besmetting op zich is in Europa vrij laag bij niet-druggebruikende sekswerkers, dus men kan zich beter toespitsen op specifieke risicofactoren die bijdragen tot onveilige seks bij verschillende groepen
- (b) Reguliere gezondheidsdiensten bereiken sekswerkers meestal niet omdat ze niet zijn toegespitst op hun specifieke noden en behoeften
- (c) Specifieke medische hulpverlening is aangewezen, maar moet aan een paar belangrijke eisen voldoen:
  - Er moet een pilootfase voorafgaan aan nieuwe projecten om na te gaan hoe het project best georganiseerd kan worden in de lokale context
  - Continuïteit van de financiering moet verzekerd zijn

- De sekswerkers zelf moeten betrokken worden als gezondheidspromotors
- De hulpverleners moeten specifieke vaardigheden ontwikkelen in relatie tot de specifieke omstandigheden van de doelgroep
- De hulpverleners moeten een onbevooroordeelde attitude hebben om mee te werken aan een dergelijk project
- Alle medewerkers, ook de *peer educators*, moeten gepast betaald worden
- Er moet een geschikte locatie gevonden worden die goed bereikbaar is voor alle prostituees
- Er moet aan outreach gedaan worden, dus de hulpverleners moeten naar de sekswerkers zelf gaan met hun aanbod
- Er moet hoogwaardig materiaal beschikbaar zijn om een kwalitatief aanbod te garanderen
- Geschikt GVO-materiaal moet beschikbaar zijn
- Men mag niet enkel vanuit een HIV-preventie perspectief opereren, de brede problematiek die de sekswerker omringt moet geadresseerd worden wat ook inhoudt dat men aandacht moet hebben voor alle vormen van sekswerk en voor alle soorten sekswerkers, alsook voor andere mensen die betrokken zijn bij het sekswerk
- De anonimiteit en confidentialiteit moet worden gegarandeerd
- De diensten moeten gratis worden verleend
- Er moet samenwerking zijn met andere diensten zodat een vlotte doorverwijzing mogelijk is

In Europa heeft het prostitutielandschap echter een enorme verandering ondergaan door de mobiliteit; de toestroom van vrouwen uit de Oost-Europese landen heeft de prostitutiesector veranderd. In 2002 beweerde Brussa (2003) dat 30% à 40% van de sekswerkers in EU-landen van Oost-Europese afkomst was. Ward & Day (2004) rapporteren een stijging in migranten-sekswerkers van 25% in 1985 naar 56% in 2002. In sommige van de thuislanden worden sekswerkers gecriminaliseerd, en in bijna alle landen gemarginaliseerd. De sociale exclusie van migranten-sekswerkers verergert de situatie; hun relatief kortstondige verblijfplaatsen en hoge mobiliteit maken het moeilijk om hen te bereiken met een gezondheidsaanbod of een preventieboodschap. Daarom komen we niet alleen toe met SOI- en HIV-preventie, maar is er duidelijk ook nood aan sociale en juridische ondersteuning. Holistische programma's die ingaan op de totale gezondheid van de sekswerker zullen de meest effectieve manier blijken om sekswerkers te bereiken. TAMPEP is een Europees netwerk dat specifiek instaat voor HIV- en SOI-preventie bij migranten-sekswerkers. In samenwerking met EUROPAP werd er, naast de algemene richtlijnen voor hulpverleners, een handleiding (*Hustling for Health*) gemaakt met advies om gezondheidspromotie en hulpverlening te optimaliseren in de groep van migranten-sekswerkers.

## 5.5. België

In België bestaat er openbare en private gezondheidszorg en wordt de toegang tot deze zorg ondersteund door een sociaal zekerheidssysteem. Het toetreden tot het sociale

zekerheidssysteem aan de hand van een individuele verzekering is cruciaal om toegang tot de zorg te verkrijgen, aangezien het merendeel van de kosten van de gezondheidszorg hierdoor worden opgevangen. Deze gezondheidszorgverzekering is nauw verbonden met het sociaal statuut van een persoon, dat dan weer verbonden is aan de werkomstandigheden en het loon van de persoon. Dit systeem zorgt ervoor dat er categorieën van werkers ontstaan die toegang hebben tot het verzekeringssysteem. Sekswerkers vallen echter buiten deze categorie door het gebrek aan een statuut voor het beroep. Initiatieven voor het oprichten van specifieke interventies gericht op deze doelgroep bleken dus noodzakelijk.

Volgens van Loon (2008) waren vanaf de jaren 60 in België Centra voor Geboorteregeling en Seksuele Opvoeding verantwoordelijk voor het verlenen van medische hulp aan prostituees. Wouters (2003) legt uit hoe daarna verschillende initiatieven gericht op prostitutie in België tot stand kwamen. De eerste programma's kwamen vanuit een Katholieke invalshoek en waren erop gericht om sekswerkers uit de prostitutie te helpen en daarmee prostitutie resoluut te bestrijden (zie ook van Loon, 2008). *Vinova*, opgericht in 1958, probeerde vrouwen materiële, professionele en persoonlijke ondersteuning te bieden waardoor ze de mogelijkheid kregen om uit de prostitutie te stappen. Het Brusselse *Mouvement le Nid*, opgericht in 1980, wilde de prostitutie afschaffen door met vrijwilligers prostituees te begeleiden. Sinds het aids-tijdperk, werd de aanpak echter veranderd. De bedoeling was niet langer om prostitutie af te schaffen. Er vond tegelijkertijd ook een emancipatie plaats van sekswerkers in Europa die zelf opstonden voor hun rechten. Vanuit deze optiek ontstonden Payoke, Pasop, Espace P en Ghapro. *Payoke* werd in 1988 opgericht in Antwerpen ter verdediging van de rechten van prostituees en de verbetering van de toegang tot de hulpverlening. Deze organisatie transformeerde in 2002 echter naar een organisatie die enkel instaat voor slachtoffers van mensenhandel. *Espace P* startte in 1988 in Wallonië en Brussel en was voornamelijk gefocust op de preventie van de transmissie van SOI's en HIV in de prostitutie. Met deze organisatie begon dus het idee van preventie bij prostituees, weliswaar rekening houdend met de brede waaier aan factoren die hier invloed op hadden. In Oost- en West-Vlaanderen ontstond *Pasop* in 1990, dat ook effectief deze brede waaier trachtte op te nemen in zijn dienstverlening. De holistische benadering van *Pasop*, dat dus op medisch maar ook op sociaal en legaal vlak hulp bood aan prostituees, werd ook overgenomen door *Ghapro*, dat in 2002 opgericht werd in Antwerpen vanuit de Universiteit Antwerpen. Wouters bespreekt eveneens hoe het ontstaan van deze initiatieven bij beleidsmakers allerhande de aandacht heeft gevestigd op de specifieke prostitutieproblematiek. Er worden sindsdien fondsen vrijgemaakt om deze en andere organisaties te ondersteunen, en de aandacht hiervoor werd ook omgezet tot een aantal wetsvoorstellen die trachtten de criminaliserende wetgeving rond prostitutie te veranderen.

In Vlaanderen zijn het dus Ghapro en Pasop die instaan voor de hulpverlening aan prostituees, en het zijn hun interventies die we in dit rapport trachten te evalueren. Aan de hand van wetenschappelijke publicaties trachten deze organisaties ook zelf aan te tonen dat hun werking een plaats heeft binnen het gezondheidsaanbod in België.

Zo werd bijvoorbeeld onderzoek gedaan in Antwerpen om na te gaan welke de voornaamste gezondheidsproblemen en SOI's waren die bij sekswerkers voorkwamen (Wouters et al, 2002). Hieruit bleek dat bij 34,1% van de geteste vrouwen een vroegere hepatitis B-infectie werd vastgesteld. Om deze problematiek tegen te gaan, werd een Hepatitis B-vaccinatie programma geïmplementeerd bij sekswerkers, wat uiteindelijk tot het begin van Ghapro leidde. Door actieve outreach, bestaande uit mondelinge en schriftelijke informatie-overdracht, werden sekswerkers in de regio ingelicht over het programma. Sekswerkers kregen de mogelijkheid om zich dan anoniem en gratis te laten testen op hepatitis B, maar ook op andere SOI's, en ze konden ook een uitstrijkje voor de vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker laten afnemen. Diegenen die seronegatief testten voor hepatitis B kregen de keuze om zich te laten inenten door middel van 3 dosissen volgens het 0-1-6 maanden programma. Uiteindelijk namen 120 sekswerkers deel aan het preventieproject, waarvan 116 sekswerkers werden gescreend op SOI's. Van deze sekswerkers testten 22,5% positief voor vroegere hepatitis B infectie, 5% was reeds gevaccineerd en 3,5% bleek HBsAG-positief (wat wil zeggen dat men drager is van het virus). 68% testte negatief voor alle Hepatitis B-merkers. 86% van alle personen die niet immuun waren kregen effectief een eerste vaccin toegediend. 87% van diegenen die nood hadden aan het tweede vaccin, ontvingen ook dit. 72,5% kwam voor de derde inenting. Deze goede follow-up betekent een goed contact met de doelgroep. Specifieke laagdrempelige projecten zoals deze bewijzen hiermee noodzakelijk te zijn om enerzijds gezondheidsvoorlichting en anderzijds vaccinaties te voorzien, aangezien veel sekswerkers aangaven niet bij hun huisarts of andere reguliere gezondheidszorg terecht te kunnen.

Ook in Gent bij Pasop bleek dit project succes te kennen (Mak et al, 2003). De auteurs beweren dat de vaccinatiestatus van sekswerkers de effectiviteit weerspiegelt van de reguliere gezondheidszorg om te voldoen aan de behoeften van deze doelgroep. Ook hier werd het project begonnen met de verspreiding van informatie door outreachers. Van 1992 tot 2000 werden er 1096 sekswerkers bereikt door Pasop, waarvan 11,9% Hepatitis B hadden en 0,6% HBsAG positief testten. 7% bleek reeds gevaccineerd te zijn. Ook deze studie toonde aan dat de reguliere diensten niet slagen in het vaccineren van sekswerkers. Enerzijds komt dit doordat een groot deel van de sekswerkers geen ziekteverzekering had, vaak omdat ze illegaal verbleven in het land. Anderzijds is, zoals reeds eerder vermeld, de gezondheidszorg in België niet op die manier georganiseerd dat sekswerkers hier toegang tot kunnen vinden: incompatibele werkuren, de hoge mobiliteit van het werk, en stigmatisering door hulpverleners zorgen ervoor dat sekswerkers hier meestal wegblijven. De meeste sekswerkers vertellen niet wat ze doen aan hun huisarts en hierdoor blijkt anonieme, laagdrempelige en outreach gezondheidszorg noodzakelijk om de internationale richtlijnen voor hepatitis B vaccinatie bij sekswerkers te halen.

## 6. Legale kwesties

Er zijn verschillende soorten beleid mogelijk rond prostitutie en derhalve ook aanwezig in de wereld. Een land kan kiezen voor (a) een *criminaliserend beleid*, waar de prostituee en/of de klant strafbaar worden gesteld, (b) een *prohibitionistisch beleid*, waar alle vormen van prostitutie illegaal zijn, (c) een *abolitionistisch beleid*, waar sekswerk op zich wordt toegestaan maar niet de gerelateerde activiteiten zoals exploitatie of het houden van een huis van prostitutie, of (d) een *regulariserend beleid* of legalisering, waar er geen verbod is op prostitutie maar wel bepaalde regels worden opgelegd om prostitutie te kunnen controleren.

### 6.1. De Belgische wetgeving

Wanneer we het prostitutiebeleid in België bekijken, kunnen we dit onderbrengen in de abolitionistische strekking: een ‘grijze zone’ waar prostituees niet strafbaar zijn maar alle gerelateerde praktijken wel. België balanceert tussen de strafrechtelijke verbodsbepalingen, een gedoogbeleid en de gemeentelijke reglementeringen.

#### 6.1.1. *Strafrechtelijke verbodsbepalingen*

Sedert de jaren 1950 voert België een abolitionistisch beleid inzake prostitutie. De wettelijke bepalingen zijn conform de ratificatie van de overeenkomst ter bestrijding van de handel in mensen en van de exploitatie van de prostitutie van anderen. Dit werd op 21 maart 1950 ondertekend in New York en geïmplementeerd in de Belgische wetgeving in 1965. Hierdoor werden alle voorgaande regels en wetgevingen rond prostitutie afgeschaft. Volgens de huidige Belgische wetgeving is prostitutie op zich dus niet strafbaar. Wat wel strafbaar is, zijn de volgende zaken:

- (a) *Het aanwerven, meenemen, wegbrengen of bij zich houden van een persoon met het oog op het plegen van ontucht of prostitutie*
- (b) *Een huis van ontucht of prostitutie houden*
- (c) *Kamers of enige andere ruimte verkopen, verhuren of ter beschikking stellen met het oog op prostitutie met de bedoeling een *abnormaal profijt* te realiseren*
- (d) *Hij die, op welke manier ook, eens anders ontucht of prostitutie *exploiteert**

Ook *poging tot* deze vier zaken is strafbaar, en de straffen worden verdubbeld indien het om een minderjarige gaat. Ook hij die ontucht of *prostitutie van een minderjarige bijwoont*, wordt gestraft met gevangenisstraf en een geldboete. Straffen worden verzwaard indien de dader (a) gebruik maakt van listige kunstgrepen, geweld, bedreigingen of enige andere vorm van dwang en (b) misbruik maakt van de bijzonder kwetsbare positie waarin een persoon verkeert ten gevolge van een onwettige of precaire administratieve toestand of ten gevolge van zwangerschap, ziekte dan wel een lichamelijk of een geestelijk gebrek of onvolwaardigheid (Stevens, 2002).

Prostitutie wordt dus wel in een strafrechtelijk kader geplaatst. Volgens Wouters (2003) zorgt dit ervoor dat veel vrouwen die in de prostitutie werken zich officieel inschrijven als dienststers in bars of als masseuses, wat een barrière betekent voor hun toegang tot de gezondheidszorg die ze eigenlijk nodig hebben als sekswerker. De wet vormt ook een dubbelzinnig kader waar verschillende interpretaties mogelijk zijn, zowel theoretisch als in de praktijk. Naast de federale wetgeving zijn er dus ook gemeentelijke reglementeringen nodig om deze dubbelzinnigheden in een duidelijk beleid om te zetten.

### ***6.1.2. Gemeentelijke reglementeringen en gedoogbeleid***

Aangezien op federaal of gemeenschapsniveau geen duidelijke of ondubbelzinnige richtlijnen bestaan waar een gemeente zich op kan beroepen om een prostitutiebeleid uit te werken, is elke gemeente of stad in principe op zichzelf aangewezen. Gemeenten zijn in staat om verordeningen uit te vaardigen om de openbare zedelijkheid en rust te verzekeren en met politiestrafen te bestraffen, maar elke gemeente moet dus zelf beslissen op basis van de lokale context hoe het omgaat met enerzijds sekswerk en anderzijds de maatschappelijke overlast die het kan veroorzaken.

In veel steden en gemeenten is er echter geen duidelijk uitgewerkt of geïntegreerd prostitutiebeleid, zodat de situatie voor de prostituee nog onzekerder wordt. De Stad Antwerpen heeft als een van de weinige steden wel een duidelijke visie ontwikkeld en legde dit vast in een beleidsplan. Gebaseerd op de gezondheidskansen van prostituees, het tegengaan van maatschappelijke overlast, en de bewaking van een evenwichtig en coherent prostitutiebeleid, probeert men prostitutie beheersbaar en controleerbaar te maken. Ook hebben gemeenten de mogelijkheid om belastingen te heffen op prostitutie, zoals in Sint-Truiden het geval is. Dit beleid wordt toegepast door lokale politiediensten.

Zulke reglementeringen (het toestaan van bordelen in prostitutiezones en het heffen van belastingen op prostitutie) zijn strikt genomen onwettelijk, maar worden toegestaan in een gedoogbeleid. Dit gedoogbeleid kan echter snel veranderd worden als er klachten komen van buurtbewoners. Dit gebeurde in 1992 in Antwerpen in de Atheneum-wijk, waar overlast en de prijsstijging in immobiëlen ervoor zorgden dat de straatprostituees die in deze wijk werkten verplicht werden om binnenshuis te blijven. Deze klachten van overlast vertaalden zich in 2002 uiteindelijk in een verbod op prostitutie in de hele stationsbuurt en het overbrengen van alle prostitutie naar een gedoogzone in het Schipperskwartier. Het is dus duidelijk dat, naast een federaal beleid, het gemeentelijk beleid erg veel invloed kan hebben op de omstandigheden waarin een prostituee moet werken, en, als afgeleide, dus ook op haar gezondheid. Het eerder vermelde Antwerps prostitutiebeleid staat, op basis van de verordeningen en de administratieve sancties die een gemeente mag uitvoeren, raamprostitutie enkel toe in drie straten in het Schipperskwartier. De eigenaars van de panden worden gedoogd mits een geschiktheidsverklaring van het pand (wat in feite wettelijk niet toegestaan is). Dit ruimtelijk locatiebeleid heeft een invloed op de prostituees, aangezien de vele prostituees die vroeger verspreid waren over zeventien straten teruggedrongen zijn tot drie

straten. Men kan zich bijgevolg afvragen waarnaar de overgebleven prostituees zijn verdrongen. In het verslag van de Antwerpse Gemeenteraad in 2008 wordt er echter een daling waargenomen van de prostitutiegerelateerde overlast en beweert men geen verschuiving van de prostitutieactiviteiten te zien naar andere buurten. Dit kan echter ook duiden op een verschuiving naar meer verdoken en verborgen vormen van prostitutie.

Volgens Sroka (2003) zou een reglementering

*‘de prostituee bescherming moeten bieden, de rechtsonzekerheid wegnemen, de veiligheid garanderen, en de prostitutie vrijwaren van allerlei vormen van randfenomenen zoals mensenhandel en uitbuiting. De wetgeving moet de werkomstandigheden en de levenscondities verbeteren en anderzijds een scherp prohibitief beleid kunnen voeren tegen elke vorm van uitbuiting, excessen en sociale overtredingen.’*

Prostituees voeren zelf ook meer actie de laatste jaren om toch enige sociale bescherming te kunnen verkrijgen. Om dit te bewerkstelligen is er nood aan een sociaal statuut dat het beroep erkent en bepaalde arbeidsvoorwaarden met zich meebrengt. In de wetsvoorstellen die de laatste jaren hieromtrent werden ingediend, maakt men een onderscheid tussen de ‘zelfstandige’ prostituee en de prostituee ‘in dienstverband’. De keuze moet volgens voorstanders aan de prostituee zelf zijn, maar beide vormen moeten mogelijk zijn om sekswerkers sociale bescherming te kunnen bieden. Volgens Sroka (2003) kunnen deze mogelijkheden voor prostituees de illegale circuits binnen de sector verminderen.

Het regeerakkoord van 2003 beschreef een verbetering van het lot van de prostituee met de volgende uitspraak: ‘Aan de sociale en juridische onzekerheid van de prostituees zal een einde worden gemaakt’. Hier kwam volgens Gert Vermeulen<sup>8</sup> in een interview met de *Gazet van Antwerpen* echter niks van terecht door tegenstand in de Senaat en in enkele partijen die tegen de opheffing zijn van het bordeelverbod. De wet op mensenhandel uit 2005 stelt verder dat men strafrechtelijk ook van mensenhandel mag spreken als er geen vormen van dwang mee gemoeid zijn, waardoor prostitutie nog moeilijker in een wettelijk kader onder te brengen valt (*Gazet van Antwerpen*, 13/03/2008).

## **6.2. Nederland: een case-study**

Afsluitend wordt kort het prostitutiebeleid in Nederland besproken. In oktober 2000 werd prostitutie gelegaliseerd in Nederland. Het uitbaten van een bordeel en het uitvoeren van sekswerk wordt er nu dus beschouwd als een legale economische activiteit. Het doel van de overheid was om op deze manier meer controle te kunnen uitvoeren over prostitutiepraktijken, alsook om de praktijken van minderjarige en/of gedwongen sekswerkers te kunnen bevechten. Men kan alleen een licentie krijgen voor een bordeel als men beantwoordt aan de volgende

---

<sup>8</sup> Gert Vermeulen is professor in strafrecht aan de Universiteit Gent en auteur van het bekende naslagwerk ‘Betaalseksrecht: naar regulering of legalisering van niet-problematische prostitutie?’.

voorwaarden: de grootte mag de buurt niet verstoren en er moeten minimale veiligheids- en hygiënemaatregelen zijn (Brussa, 2003).

Het werd duidelijk dat door de veelvuldige politiecontroles om de vergunningen te controleren, de controle op niet-vergunde, exploitatieve prostitutie verminderde. Dit verslechtert de situatie van de meest kwetsbare prostituees, die verder geïsoleerd worden door de consequente onzichtbaarheid. De veelvuldige controles bij vergunde bedrijven zorgt er ook voor dat eigenaars deze druk niet meer aankunnen of willen en op zoek gaan naar minder gecontroleerde, niet-vergunde situaties. Het was verder de bedoeling om met de wetwijziging de positie van prostituees te beschermen en de machtsverhoudingen in de sector te verbeteren, maar ook hierin is men niet volledig geslaagd. Er heerst verwarring over hoe de regelgeving nu precies in elkaar zit op vlak van arbeidsverhoudingen tussen exploitanten en prostituees, waardoor de rechtspositie van een prostituee uiteindelijk niet verbeterd is (Daalder, 2007). De relatie tussen de bordeeleigenaar en de sekswerker werd in deze legalisering niet duidelijk gedefinieerd, waardoor de bordeeleigenaars meer macht kunnen uitoefenen op de vrouwen dan initieel gepland werd. Als werkgever wordt de bordeelhouder verplicht om in orde te zijn met alle regelgevingen inzake hygiëne en gezondheid van zijn werknemers. Hij kan met andere woorden de dames verplichten om SOI-inspectie te ondergaan. Dit betekent dan ook dat de sekswerker de regelgevingen als werknemer moet ondergaan, wat de vrijheid inperkt om het beroep uit te oefenen zoals men het zelf nodig acht. Registratie zorgt onder meer ook voor een stempel in de maatschappij, en dus verregaande consequenties voor het sociale leven. Daarbij is registratie zonder werkvergunning onmogelijk. Een aanvraag voor een werkvergunning in de prostitutie is dus moeilijk voor buitenlandse sekswerkers, waardoor migranten verder geïsoleerd geraken en vatbaarder zijn voor uitbuiting. Illegalen (wat nog altijd de meerderheid van de prostituees is in Nederland) die sekswerk uitvoeren horen juist beschermd te worden door een dergelijke wet, maar vallen dus uit de boot en zullen verder in de illegaliteit gedwongen worden waar ze nog moeilijker te bereiken zijn. Georganiseerde misdaadcircuits zijn dan geneigd om deze illegalen verder op te vangen, hoewel het doel van deze wet net is om prostitutie uit de illegaliteit te halen (Daalder, 2007; Brussa, 2003). Men wilde met de nieuwe wet ook mensenhandel tegengaan. Het zijn echter vooral illegale sekswerkers die via mensenhandel het land zijn binnen gekomen, en zij zouden dus beschermd moeten kunnen worden als slachtoffers van mensenhandel. Het nieuwe statuut levert echter geen sociaal integratieproces op, en zal dus geen motivatie betekenen voor deze vrouwen om hun pooier aan te geven (Daalder, 2007; Brussa, 2003).



## **Hoofdstuk 3.**

### **Ghapro en Pasop: jaarverslagen en diepte-interviews**

In dit hoofdstuk worden enkele resultaten van Ghapro en Pasop besproken zoals die werden weergegeven in hun jaarrapporten en evaluatieverslagen. Kort overlopen we waar Ghapro en Pasop respectievelijk voor staan en welke diensten ze verlenen, om dan verder te bekijken welke en hoeveel sekswerkers ze hebben bereikt, welke testen werden uitgevoerd en wat de prevalentie is van SOI's onder de cliënten van deze organisaties. Aangezien Ghapro beschikt over een apart luik (Connecta) dat de psychosociale hulpverlening behandelt, wordt hier in het tweede deel iets dieper op ingegaan. Ook Pasop behandelt sociale vragen van sekswerkers, maar hiervan zijn geen gegevens beschikbaar in jaarrapporten of evaluatieverslagen, dus deze kunnen hier niet besproken worden. In het derde deel worden de resultaten van de kwalitatieve diepte-interviews besproken, waar we zullen toelichten wat de medewerkers van de organisaties zelf aangeven als sterktes en zwaktes van de werking.

#### **1. De jaarrapporten en evaluatieverslagen van Ghapro en Pasop**

##### **1.1. De werking van Ghapro en Pasop**

In de literatuurstudie werd reeds de oprichting en het nut van de organisaties aangehaald. In dit deel willen we kort de werking van Ghapro en Pasop uiteenzetten, waarna we verder gaan met het bespreken van hun jaarrapporten en evaluatieverslagen.

Ghapro en Pasop gaan beiden uit van het feit dat sekswerkers specifieke beroepsrisico's lopen. Niet alleen hebben ze meer kans op SOI's door veelvuldige seksuele contacten, ook abortus, geweld en druggebruik zijn veel voorkomende problemen in de prostitutie. Een team van dokters en verpleegkundigen staat in voor bloedtesten, vaccinaties en gynaecologische onderzoeken. De organisaties bestaan omdat ze geloven dat sekswerkers specifieke noden en behoeften hebben die niet altijd ingevuld kunnen worden door de reguliere gezondheidszorg, enerzijds door de specifieke werkomstandigheden, anderzijds door het stigma dat ook van de reguliere hulpverleners uitkomt waardoor sekswerkers niet altijd durven vertellen wat ze doen. De grootste troeven van de organisaties zijn het feit dat ze volledig **anoniem** en **gratis** werken; de sekswerkers hoeven nooit hun echte naam te geven, en hoeven nooit te betalen voor de consultaties, testen en onderzoeken.

De organisaties vervullen hun taken enerzijds op locatie, dus op de werkplekken van de sekswerkers zelf. Deze outreach heeft als doel (a) het aanbod presenteren aan nieuwe werkplaatsen en gekende contacten onderhouden, (b) het aanbod blijven presenteren op reeds gekende werkplaatsen en (c) contacten leggen tijdens de consultaties en stimuleren van mond-tot-mond reclame. De laagdrempeligheid van outreach is volgens de organisaties noodzakelijk om sekswerkers te kunnen bereiken. Anderzijds kunnen de sekswerkers ook op consultatie komen tijdens de spreekuren in de inloopcentra. Het inloopcentrum van Ghapro is gelegen in

het Schipperskwartier in Antwerpen en dat van Pasop is gelegen in het Glazen Straatje in Gent. Beide centra zijn gelegen in het midden van buurten met prostitutie-activiteit.

Niet enkel houden de organisaties zich bezig met het aanbieden van medische hulpverlening, ook menen de organisaties dat de moeilijkheden die de sekswerkers ondervinden in de reguliere gezondheidszorg zich doortrekken naar de reguliere psychosociale hulpverlening. Bij beide organisaties kunnen de sekswerkers dus ook terecht met problemen van psychosociale aard, zoals huisvesting, juridische kwesties, financiële zorgen en psychologische problemen. Ook voorzien de organisaties begeleiding voor sekswerkers die uit het vak willen stappen met heroriëntering naar ander werk. De vzw Ghapro heeft binnen de organisatie in 2007 een apart sociaal luik opgericht: Connecta.

Vooraleer we overgaan tot de bespreking van de jaarrapporten en evaluatieverslagen, moet opgemerkt worden dat beide organisaties op een verschillende manier gegevens weergeven in de jaarrapporten en evaluatieverslagen. Ook worden binnen de organisaties zelf niet elk jaar dezelfde gegevens weergegeven en wordt soms weinig informatie over de jaarlijkse werking gerapporteerd. Administratie is uiteraard niet de hoofdprioriteit van de organisaties, maar toch moet men rekening houden met het feit dat een degelijke registratie nodig is om de jaarlijkse werking op een *evidence based* manier te kunnen evalueren en indien nodig aan te passen. Zeker wanneer een uitbreiding van de werking naar heel Vlaanderen op het punt staat.

## 1.2. Pasop

Het werkingsgebied van Pasop betreft zoals eerder reeds vermeld heel de provincies Oost- en West-Vlaanderen. Met behulp van subsidies van de stad Gent en Brugge, de provincies Oost- en West-Vlaanderen en de Vlaamse gemeenschap, proberen ze zoveel mogelijk sekswerkers in dit gebied te bereiken. In 2010 registreerde Pasop 2810 contacten met 909 verschillende personen, waarvan 32% uit de barsector kwam, 30% uit de ramen, 32% uit de privé (sauna/massage inclusief) en 6% escortes. In 2009 had Pasop 2902 contacten met 813 verschillende personen, waarvan 28% uit de barsector, 29% uit de ramen, 36% uit de privé (sauna/massage inclusief) en 7% escortes. De sectoren waarmee de medewerkers van Pasop in contact komen blijven dus ongeveer stabiel. 43% van de bereikte personen in 2010 was Belg, 35% kwam uit andere Europese landen en 13% uit Afrika. In 2009 was 51% Belg, 30% van andere Europese origine en 12% Afrikaans<sup>9</sup>. Dit duidt op een stijging van het aantal buitenlandse sekswerkers ten opzichte van de Belgische prostituees. Van alle contacten in 2010 gebeurde 68% door outreach, dus op de werkplek van de sekswerkers zelf, en 19% in het inloopcentrum tijdens de open consultatie-uren. 11% gebeurde telefonisch en 2% op een andere locatie. Bij 3,1% van alle contacten (dit komt neer op 88 keer) moest er doorverwezen worden naar andere instanties. In 2009 gebeurde 63% van de contacten op de werkplaats van de sekswerker en 21% op Pasop. 15% gebeurde telefonisch en 1% op een andere locatie. Bij 3,4% van de contacten vond een doorverwijzing plaats (wat neerkomt op 98 contacten). De manier waarop Pasop contact heeft met cliënten blijft dus relatief stabiel.

---

<sup>9</sup> Van enkele sekswerkers is de nationaliteit niet bekend of geregistreerd.

Pasop had met 437 nieuwe personen contact in 2010, ten opzichte van 472 reeds gekende contacten. In 2009 waren 369 personen nieuw voor Pasop, tegenover 444 reeds gekende personen. Dit duidt op de relevantie van een dergelijke organisatie, aangezien steeds meer mensen hun weg vinden naar deze aangepaste hulpverlening. Van de in totaal 909 geziene personen in 2010, was 41% werkzaam in West-Vlaanderen, 20% in Oost-Vlaanderen, 13% in de stad Gent en 26% in de prostitutiebuurt rond het inloopcentrum van Pasop. In 2009 was 37% werkzaam in West-Vlaanderen, 23% in Oost-Vlaanderen, 12% in de stad Gent en 27% in de buurt van Pasop. In 2010 bevond 78% van deze personen zich in de leeftijdscategorie 20-40 jaar; in 2009 was dit 80%. Pasop geeft ook mee in zowel het jaarrapport van 2009 als in dat van 2010, dat ongeveer 85% van de ondervraagde personen aangeeft niet terecht te kunnen bij de reguliere gezondheidszorg.

Bemerkt moet worden dat Pasop aangeeft financieel niet rond te komen met de middelen. Zo was in 2009 met 111 gekende werkplaatsen geen contact omdat de vrouwen Pasop zelf niet contacteerden en omdat het team de tijd niet had om er op eigen initiatief langs te gaan.

Tijdens de medische consultaties wordt er enerzijds getest op SOI's en wordt er anderzijds advies gegeven. Dit advies heeft dan vooral betrekking op anticonceptie. In 2010 gaf 32% van de gekende personen aan geen anticonceptie te gebruiken. Van diegenen die wel anticonceptie gebruiken (68%), gebruiken de meesten de pil (61%), met op de tweede plaats het spiraaltje (14%). Gegevens over het aantal ongewenste zwangerschappen en/of doorverwijzingen naar abortuscentra worden niet vermeld in de evaluatieverslagen.

In onderstaande tabellen geven we de prevalentie van SOI's weer bij de cliënten van Pasop sinds 2005. Deze cijfers berusten op het aantal testen die Pasop per jaar uitvoert. Op HIV, syfilis en hepatitis B wordt getest via een bloedafname, chlamydia en gonorrhoe worden opgespoord via een urinestaal of vaginale swab<sup>10</sup>. Over Candida en gardnerella geeft Pasop ook cijfers weer in hun jaarrapporten en evaluatieverslagen. Deze worden hier niet besproken omdat het geen SOI's zijn.

Uit tabel 3.1 kunnen we afleiden dat er geen relevante stijgingen van SOI-gevallen te bemerken zijn sinds 2005. De seksueel overdraagbare infectie die het meest voorkomt is chlamydia. Deze SOI komt, zoals uit de literatuurstudie blijkt, ook het meeste voor bij de algemene bevolking. Wel verontrustend is het hoge percentage afwijkende uitstrijkjes<sup>11</sup> dat over de jaren blijft stijgen. Pasop speelt hier dus een belangrijke rol ter preventie van baarmoederhalskanker. Ook belangrijk om te vermelden is dat in 2010 slechts 26% (n=276) van de bevraagde nieuwe cliënten aangeeft jaarlijks een SOI-onderzoek te doen, terwijl 78% (n=295) van de reeds gekende cliënten zegt dit jaarlijks te doen.

---

<sup>10</sup> Bij een vaginale swab wordt een wattenstaafje in de vagina ingebracht en langs de vaginawand bewogen om zo cellen voor onderzoek af te nemen.

<sup>11</sup> Een uitstrijkje, of PAP-test, is een onderzoek om baarmoederhalskanker en voorstadia daarvan zo vroeg mogelijk op te sporen.

Tabel 3.1. Aantal SOI-onderzoeken uitgevoerd door Pasop en het resultaat (2005-2010)

<b>HIV</b>	Aantal testen	Aantal positief	<b>Chlamydia</b>	Aantal testen	Aantal positief
2005	399	0.2% (n=1)	2005	466	5.8% (n=27)
2006	409	0% (n=0)	2006	491	7.2% (n=36)
2007	368	0.3% (n=1)	2007	456	7.9% (n=36)
2008	421	0.2% (n=1)	2008	489	8.0% (n=39)
2009	472	0% (n=0)	2009	568	12.5% (n=71)
2010	527	0% (n=0)	2010	588	6.0% (n=35)

<b>Gonorroë</b>	Aantal testen	Aantal positief	<b>Syfilis</b>	Aantal testen	Aantal positief
2005	230	0% (n=0)	2005	396	0.3% (n=1)
2006	289	2.1% (n=6)	2006	410	0.5% (n=2)
2007	287	0.7% (n=2)	2007	371	0% (n=0)
2008	346	0.6% (n=2)	2008	419	0.7% (n=3)
2009	420	0.9% (n=4)	2009	478	1.9% (n=9)
2010	428	1.2% (n=5)	2010	531	0.6% (n=3)

<b>PAP</b>	Aantal uitstrijkjes	Aantal afwijkend	<b>Hep B</b>	Aantal testen	Aantal positief
2005	206	35.9% (n=74)	2005	214	0.9% (n=2)
2006	209	38.3% (n=80)	2006	205	0% (n=0)
2007	206	31.1% (n=64)	2007	179	0.6% (n=1)
2008	247	25.5% (n=63)	2008	206	0.5% (n=1)
2009	298	20.4% (n=61)	2009	235	0.9% (n=2)
2010	320	25.3% (n=81)	2010	241	0.8% (n=2)

In tabel 3.2 wordt er informatie weergegeven over de hepatitis B vaccinaties die in 2008, 2009 en 2010 werden gegeven door Pasop. Eerst wordt gekeken naar het aantal sekswerkers waarbij bloed werd genomen voor de hepatitis B vaccinatie. Vervolgens wordt het aantal van deze personen gegeven dat effectief in aanmerking komt voor de vaccinatie. Bij de overigen was er natuurlijke immuniteit, of ze waren reeds gevaccineerd. In de volgende drie kolommen worden de aantallen gegeven van de personen die in aanmerking komen voor vaccinatie en in het betreffende jaar hun eerste, tweede en derde vaccin kregen. Vervolgens wordt het aantal gegeven van de personen die reeds begonnen waren met het vaccinatieschema, en dit in het betreffende jaar hebben voortgezet. Men kan hieruit uiteraard het succes van het vaccinatieprogramma niet afleiden, gezien bij een aantal kandidaten het vaccinatieschema nog moet opgestart worden en een aantal anderen het schema nog moet voltooien. In de laatste kolom wordt het totale aantal vaccins weergegeven dat werd toegediend. Dit cijfer is enkel bekend voor 2010.

Tabel 3.2. Gegevens over hepatitis B vaccinaties bij Pasop (2008-2010)

	Aantal bloedafname	Kandidaten voor vaccinatie	1 <sup>ste</sup> vaccin	2 <sup>de</sup> vaccin	3 <sup>de</sup> vaccin	Voortgezette vaccinaties	Toegediende vaccins
2008	186	113	72	43	17	57	-
2009	182	124	76	51	18	76	-
2010	210	118	60	40	11	86	261

### 1.3. Ghapro (medische hulpverlening)

Het werkingsgebied van Ghapro omvat heel de provincie Antwerpen. In 2009 bereikte Ghapro door zijn locatie in het Schipperskwartier het meeste raamprostituees (42,9%) en privéhuizen (33,2%) en het minste bar (7,9%) en escorte (2,6%). In 2010 vindt er een lichte daling plaats bij de raambezoeken (41,3%) ten voordele van de escortesector (3,2%) en de bars (9,6%), maar deze verschillen zijn bijna verwaarloosbaar. Het totaal van de medische contacten was 3522 in 2009 met 1138 verschillende personen (waarvan 488 nieuwe personen) en 3350 contacten in 2010 met 1079 verschillende personen (waarvan 438 nieuwe personen). Het overgrote deel van deze personen kwam uit België (28,6% in 2009 en 29,7% in 2010) en de Europese Unie (39,8% en 40,8% in 2010). In 2010 werd 42% van de sekswerkers bereikt via outreach, 42% ging naar de consultaties en 15% werd zowel op de consultaties als via outreach gezien. Van alle sekswerkers die door Ghapro in 2009 werden gezien, bedroeg de gemiddelde leeftijd 31,1 jaar en in 2010 bedroeg de gemiddelde leeftijd 31,3 jaar. In totaal was in 2010 70,5% van de sekswerkers die door Ghapro werden gezien, werkzaam in de stad Antwerpen en haar districten. 22,3% werkt in de rest van de provincie Antwerpen. Een restgroep, waarvan de sekswerkers steeds op consultatie kwamen in het gezondheidshuis, is werkzaam in een andere provincie dan Antwerpen (3,5%), heeft geen vaste werklocatie, bijvoorbeeld escort (3,2%), of is werkzaam in het buitenland (0,4%).

We bemerken dat Ghapro in het laatste jaarrapport, net zoals Pasop, aangeeft dat het potentieel van de te bezoeken werkplaatsen nog steeds groter is dan wat het team met de huidige mensen kan realiseren.

Bij iedere consultatie wordt er gepeild naar het gebruik van anticonceptie en wordt er hierover informatie gegeven. In totaal werd er in 2010 372 keer advies gegeven tijdens de consultaties, maar ook tijdens de outreach wordt hier tijd voor gemaakt. Er werd 37 keer doorverwezen door Ghapro naar een abortuscentrum, wat toch duidt op de nood om informatie over anticonceptie te blijven geven. Bij de 584 sekswerkers die ze hebben kunnen bevragen over anticonceptiegebruik, bleek 3,6% geen enkele vorm van anticonceptie te gebruiken. Bij diegenen die wel anticonceptie gebruikten, bleek de pil nog altijd het meest populair te zijn met 42,6%. 12,7% gebruikte enkel een condoom als anticonceptie, en 9,6% gebruikte het spiraal.

In wat volgt geven we een evolutie van de SOI-testen weer van 2005 tot en met 2010. Ghapro heeft echter niet elk jaar op dezelfde manier geregistreerd, en geeft dus ook niet altijd

dezelfde cijfers mee in hun jaarrapport. Dit maakt het moeilijk om een evolutie vast te stellen of om vergelijkingen te doen. Uit de tabellen die volgen kan men per jaar zien welke cijfers zijn meegegeven.

In tabel 3.3, die informatie weergeeft over HIV, zijn de aantallen zo klein dat we hier niet echt van dalingen of stijgingen kunnen spreken. Wel dient bemerkt te worden dat bijna alle HIV-geïnfecteerden mannelijke sekswerkers waren, wat duidt op een hoger risico voor HIV onder de MSM-populatie sekswerkers.

Tabel 3.3. HIV - Aantal onderzoeken uitgevoerd door Ghapro en het resultaat (2005-2010)

<b>HIV</b>	Aantal SW getest	Aantal nieuwe SW getest	Aantal testen	Positieve testen	Positieve testen (%)	Prevalentie (%)
2005	-	425	-	4	-	-
2006	1055	446	1055	2	-	-
2007	-	-	988	1	0.1%	-
2008	-	-	1016	3	0.3%	0.4%
2009	866	-	-	5	-	0.6%
2010	860	-	1019	2	0.2%	0.2%

Tabel 3.4 geeft de gegevens over de chlamydia-, gonorrhoe-, syfilis- en PAP-onderzoeken weer. Opgemerkt moet worden dat bij de PAP-gegevens het aantal uitstrijkjes dat werd herhaald na 6 maanden (wegens een afwijkend resultaat van een vorig uitstrijkje), niet die sekswerkers bevatten die omwille van te sterk afwijkende resultaten ineens werden doorverwezen naar een gynaecoloog. Ook de sekswerkers bij wie de termijn van zes maanden nog niet was verlopen, zijn niet in deze cijfers vervat.

In het algemeen kunnen we, net zoals bij Pasop, geen grote veranderingen vaststellen in de prevalentie van de SOI's sinds 2005. Voornamelijk de stijging van chlamydia valt op. Deze stijging vinden we, zoals uit de literatuurstudie blijkt, ook terug in de algemene bevolking.

Tabel 3.4. Aantal SOI-onderzoeken uitgevoerd door Ghapro en het resultaat (2005-2010)

<b>Chlamydia</b>	Aantal SW getest	Aantal testen	Positieve testen	Positieve testen (%)	Prevalentie (%)
2005	850	-	57	-	-
2006	-	1137	60	5.3%	-
2007	-	1043	35	3.3%	-
2008	-	1072	50	4.6%	6.3%
2009	849	-	53	-	6.2%
2010	837	1054	63	5.9%	7.5%

<b>Gonorroë</b>	Aantal SW getest	Aantal testen	Positieve testen	Positieve testen (%)	Prevalentie (%)
2005	850	-	7	-	-
2006	-	1134	11	1.0%	-
2007	-	978	9	0.9%	-
2008	-	1059	15	1.4%	1.2%
2009	849	-	53	-	1.7%
2010	837	1055	11	1.0%	1.3%

<b>Syfilis</b>	Aantal SW getest	Aantal testen	Positieve testen	Positieve testen (%)	Prevalentie (%)
2005	426	-	4	-	-
2006	-	1060	7	-	-
2007	-	1007	3	0.3%	-
2008	-	1019	7	0.7%	0.8%
2009	868	-	14	-	1.6%
2010	868	1030	2	0.2%	0.2%

<b>PAP</b>	Aantal uitstrijkjes	Aantal afwijkend	Aantal afwijkend (%)	Aantal herhaald na 6 maand (na afwijkend resultaat)
2005	480	91	18.9%	-
2006	557	142	25.5%	-
2007	429	-	-	-
2008	663	-	-	-
2009	473	-	-	18
2010	454	-	-	12

Onderstaande tabel (tabel 3.5) geeft de vaccinaties tegen hepatitis B weer. Opgemerkt moet worden dat het aantal personen diegenen zijn die het vaccinatieprogramma zijn begonnen; dit betekent niet dat al deze personen het programma hebben afgemaakt.

Tabel 3.5. Aantal vaccinaties tegen hepatitis B gegeven door Ghapro (2005-2010)

Vaccinatie hepatitis B	Aantal personen	Aantal vaccins
2005	185	339
2006	146	257
2007	283	-
2008	256	407
2009	263	450
2010	245	450

#### 1.4. Besluit

Uit de jaarrapporten en evaluatieverslagen blijkt dat er elk jaar nog steeds zeer veel sekswerkers voor het eerst in contact komen met Ghapro of Pasop. Zo waren tijdens 2009 en 2010 ongeveer 50% van de sekswerkers die in contact staan met Pasop en 40% van de sekswerkers die in contact staan met Ghapro, sekswerkers die de organisaties voor het eerst zagen. Het hoge aantal nieuwe sekswerkers dat jaarlijks met de organisaties in contact komt te staan, duidt op het succes van en de nood aan een specifiek aanbod. Steeds meer nieuwe mensen vinden aansluiting bij hun hulpverlening, en ook de reeds gekende mensen blijven komen. Dit kan enerzijds duiden op grote lichteningen nieuwelingen in het vak en de enorme mobiliteit waarmee de sekswerkindustrie gepaard gaat, en anderzijds op de nood die er heerst voor de specifieke begeleiding die Ghapro en Pasop bieden.

Wanneer we de cijfers bekijken die weergeven of de sekswerkers via outreach worden bereikt, of dat ze worden gezien tijdens de consultaties in de inloopcentra, merken we dat de cijfers duiden op het belang van het tweeledig aanbod van de organisaties. Bij Pasop wordt het grootste deel bereikt via outreach, en bij Ghapro zijn de aantallen die worden gezien via outreach en via consultatie ongeveer gelijk verdeeld. Enerzijds bestaat er een groep sekswerkers die niet in staat is om naar de consultaties te komen wegens afstand of werkuren en die niet bereikt zou worden zonder outreach. Anderzijds is er ook een groep die liever niet op de werkplaats onderzocht wordt of geen vaste werkplaats heeft, waardoor het nodig is om ook consultatie-uren te voorzien.

In het algemeen kunnen we bij zowel Ghapro als bij Pasop geen grote veranderingen vaststellen in de prevalentie van de SOI's sinds 2005. Dat er relatief weinig SOI's voorkomen in deze populatie, of toch geen percentages die veel hoger liggen dan bij de algemene bevolking zoals blijkt uit de literatuurstudie, kan betekenen dat de preventieve acties en onderzoeken die de organisaties ondernemen vruchten afwerpen. Anderzijds kan dit ook betekenen dat veilige seks reeds een standaard is binnen de prostitutie, maar zelfs dan blijft het nodig om ervoor te zorgen dat deze standaard niet verzwakt.

Ook merken we op dat het hoge aantal doorverwijzingen bij Ghapro naar abortuscentra en het hoge aantal sekswerkers bij Pasop dat geen anticonceptie gebruikt, duidt op de noodzaak om



sekswerkers te informeren over het gebruik enerzijds en het consistent gebruik anderzijds van anticonceptie.

Afsluitend bemerken we dat beide organisaties aangeven over onvoldoende middelen en mensen te beschikken om het potentieel aantal sekswerkers te bereiken en te bezoeken.

## **2. De psychosociale hulpverlening van Ghapro: Connecta**

In wat volgt bespreken we de frequentie en de aard van de contacten die Connecta in 2010 onderhield met haar cliënten. Zoals reeds vermeld bij de onderzoeksopzet, zijn de Connecta-gegevens niet gekoppeld aan de vragenlijsten die zijn afgenomen bij de respondenten uit de interventiegroep Ghapro, maar is een analyse uitgevoerd op *alle* Connecta-gegevens van 2010. Dit zorgt voor een groter aantal dossiers en bijgevolg voor meer interessante resultaten dan wanneer we enkel de respondenten waarbij in het kader van dit onderzoek een vragenlijst is afgenomen en ook een dossier bij Connecta hebben, includeren in deze analyse.

De registratie van de data gebeurt door het sociaal team. Ook de medewerkers die niet specifiek werken binnen het sociaal team registreren de data wanneer ze geconfronteerd worden met sociale vragen. In theorie gebeurt deze registratie direct na elk contact, maar dit kan soms later gebeuren. De categorieën die worden gebruikt om de hulpvragen in onder te verdelen, werden opgesteld vanuit het Minimumformat. Dit Minimumformat werd opgesteld in opdracht van de Stad Antwerpen zodat de verschillende organisaties die werken met sekswerkers hetzelfde zouden registreren. De detailrubrieken zijn al groeiend opgesteld; items en organisaties die frequent worden gebruikt staan er standaard in, maar het kan zijn dat gedurende het jaar er een nieuw item of organisatie wordt toegevoegd. Alle gegevens worden ingevoerd in een databank die is opgesteld in Filemaker Pro.

De onderstaande gegevens zijn het resultaat van eigen uitgevoerde analyses op het volledige Connecta-bestand van 2010 dat door de organisatie werd aangeleverd. Enkele van deze gegevens komen ook voor in het jaarrapport van de organisatie, maar wanneer men deze gegevens uit de jaarrapporten vergelijkt met de onderstaande gegevens, kan bemerkt worden dat deze niet altijd 100% overeenkomen. Een verklaring voor de soms kleine verschillen kan zijn dat de database door het sociaal team altijd nog wat aangepast wordt (bijvoorbeeld het samennemen van sommige items vanwege de kleine aantallen en aanvulling van registratiegegevens)

Belangrijk om eerst te vermelden, is dat Ghapro gesubsidieerd wordt door de stad Antwerpen om de werking van Connecta te kunnen verwezenlijken. Dit houdt bijgevolg in dat enkel de psychosociale hulpverlening aan cliënten uit de stad Antwerpen gesubsidieerd wordt en er dus geen hulpverlening aangeboden kan worden aan sekswerkers in de ruimere provincie.

## 2.1. Algemene gegevens van de Connecta-cliënten

Wanneer we het aantal contacten bekijken, stellen we vast dat er elk jaar meer en meer cliënten zich aanbieden bij Connecta. In 2010 legden 131 nieuwe sekswerkers contact met de psychosociale hulpverleners van Ghapro en werden verdere contacten onderhouden met 122 reeds gekende cliënten. In totaal had Connecta met deze 253 cliënten 2882 contacten in 2010. Van deze contacten gebeurden er 1479 persoonlijk. De overige contacten gebeurden telefonisch of per e-mail. Het is belangrijk om bij het bekijken van deze aantallen te onthouden dat dit bijna uitsluitend om cliënten binnen de stad gaat. Uit gesprekken met de hulpverleners van Connecta (cfr. infra) blijkt dit te zorgen voor problemen: ook worden er sociaal-problematische situaties opgemerkt bij de medische cliënten in de provincie, maar de subsidiëring is hier niet voor voorzien.

In wat volgt zal de aard van de contacten met Connecta in relatie tot de nationaliteit, sector en leeftijd van de cliënten in 2010 besproken worden. Voor meer informatie over de locaties van de contacten, de manier waarop contact werd gelegd, de verdelingen onder nieuwe en reeds gekende sekswerkers en organisaties waar Connecta naar doorverwees, verwijzen we naar het jaarrapport 2010 van Ghapro.

Connecta behandelt verschillende soorten hulpvragen en elke hulpvraag kan worden onderverdeeld in een bepaalde categorie. In de loop van dit hoofdstuk zullen we enkel deze hoofdcategorieën in beschouwing nemen ten einde een voldoende groot aantal cliënten te behouden per categorie. We kunnen spreken van volgende categorieën:

- (a) **Financiële zaken** (leefloon, pensioen, schulden,...)
- (b) **Tewerkstelling** (werkomstandigheden,...)
- (c) **Emotionele zaken** (psychologische zaken, seksuele geaardheid, zwangerschapswens, abortus,...)
- (d) **Juridische zaken**
- (e) **Verblijfsdocumenten**
- (f) **Relationele problemen** (met kinderen, familie, partner,...)
- (g) **Algemene gezondheidsvragen**
- (h) **Huisvesting**
- (i) **Administratie** (belastingen, kinderbijslag, studietoelage, verzekeringen,...)
- (j) **Opleiding** (Nederlandse les, bedrijfsbeheer,...)
- (k) **Sociaal statuut** (zelfstandigenstatuut, mutualiteit,...)
- (l) **Geweld** (familiaal, privé, werk,...)
- (m) **Middelengebruik**
- (n) **Andere** (hulpverlening sekswerkers, inburgering, info Connecta, mensenhandel, pooierschap, stopvraag,...)

In wat volgt worden enkele algemene kenmerken van de Connecta-cliënten besproken: de nationaliteiten, de sectoren waarin de cliënten werkzaam zijn, de leeftijden en de aard van de contacten die plaatsvonden.

Van de 253 cliënten die Connecta in 2010 begeleidde, was een derde van Belgische nationaliteit. Sekswerkers uit Oost-Europa en West-Europa omvatte beiden ongeveer 20% van het cliënteel van Connecta (tabel 3.6).

Tabel 3.6. Nationaliteiten van de Connecta-cliënten

	Aantal (n=253)	Percentage
Belgisch	84	33.2%
Oost-Europees	56	22.1%
West-Europees	49	19.4%
Latijns-Amerikaans	29	11.5%
Afrikaans	19	7.5%
Aziatisch	8	3.2%
Noord-Amerikaans	2	0.8%
Onbekend	6	2.4%

Tabel 3.7 geeft weer in welke sectoren de cliënten van Connecta werkzaam zijn. Aangezien Connecta enkel sekswerkers uit de stad Antwerpen begeleidt, en het merendeel van de sekswerkers in de stad Antwerpen werkzaam is in de raamprostitutie, is het ook niet verwonderlijk dat meer dan 60% van de sekswerkers die in contact staan met Connecta raamsekswerkers zijn.

Tabel 3.7. Sectoren van de Connecta-cliënten

	Aantal (n=253)	Percentage
Raam	155	61.3%
Privé	45	17.8%
Straat	15	5.9%
Escort	12	4.7%
Bar/club	11	4.3%
Massage	7	2.8%
Thuisontvangst	4	1.6%
Onbekend	4	1.6%

De leeftijdscategorieën van de cliënten zijn weergegeven in tabel 3.8. Het merendeel van de cliënten waarvan de leeftijd is geweten (van 66 Connecta-cliënten ontbreken deze gegevens), is tussen 20 en 39 jaar oud. Een kleine minderheid is jonger dan 20 jaar of ouder dan 49 jaar.

Tabel 3.8. Leeftijden van de Connecta-cliënten

	Aantal (n=187)	Percentage
≤19 jaar	3	1.6%
20-29 jaar	69	36.9%
30-39 jaar	64	34.2%
40-49 jaar	39	20.9%
≥50 jaar	12	6.4%

In 2010 had Connecta in totaal 2882 contacten verdeeld over de 253 verschillende sekswerkers die in dat jaar beroep hebben gedaan op Connecta. Dit aantal loopt van minimum 1 contact tot maximum 96 contacten per persoon. Tabel 3.9 geeft de aard van deze verschillende contacten weer. Per contact is het mogelijk dat verschillende zaken aan bod komen. De zaken waar sekswerkers op sociaal vlak het vaakst hulp om vroegen houden verband met financiële problemen, tewerkstelling, emotionele problemen, juridische problemen en verblijfsdocumenten. Men moet er wel rekening mee houden dat het aantal contacten rond verblijfsdocumenten voornamelijk bij de buitenlandse sekswerkers voorkwam. Dit cijfer ligt dus vrij hoog als men rekening houdt met het feit dat ongeveer een derde van de Connecta-cliënten de Belgische nationaliteit heeft.

Tabel 3.9. Aard van de Connecta-contacten (\*) (†)

	Aantal contacten (n=2866)	Percentage
Financiële zaken	1069	37.3%
Tewerkstelling	1056	36.8%
Emotionele zaken	1034	36.1%
Juridisch	1024	35.7%
Verblijfsdocumenten	900	31.4%
Relaties	808	28.2%
Gezondheid algemeen	547	19.1%
Huisvesting	548	19.1%
Administratie	488	17.0%
Opleiding	452	15.8%
Sociaal statuut	448	15.6%
Geweld	165	5.8%
Andere	93	3.2%
Middelengebruik	48	1.7%

(\*) Van 16 contacten ontbreken deze gegevens

(†) Per contact kunnen meerdere hulpvragen aan bod komen

## 2.2. Soorten hulpvragen volgens nationaliteit, sector en leeftijd

In wat volgt zullen we bekijken wat de relatie is tussen de verschillende soorten hulpvragen en de nationaliteit, de sector en leeftijd van de cliënten. Omdat het vaak om zeer kleine aantallen gaat, zal bij deze verbanden geen statistische significantie worden weergegeven.

In de kruistabellen die volgen, gaat het telkens over het aantal sekswerkers dat in 2010 *minstens één keer* voor de betreffende hulpvraag in contact stond met Connecta.

Er dient opgepast te worden met de interpretatie van onderstaande twee tabellen (tabel 3.10 en 3.11). De nationaliteiten zijn immers zeer ongelijk verdeeld: zo zijn er slechts twee sekswerkers met de Noord-Amerikaanse nationaliteit en acht sekswerkers met de Aziatische nationaliteit. De bespreking van deze tabellen zal bijgevolg geen rekening houden met deze enkele Noord-Amerikaanse en Aziatische nationaliteiten.

Uit tabel 3.10 kunnen we afleiden dat bij alle buitenlandse sekswerkers (behalve de West-Europese) de helft of meer dan de helft minstens één keer in 2010 in contact stond met Connecta voor een hulpvraag over verblijfsdocumenten.

Verder valt het op dat de Belgische vrouwen vooral hulp nodig hebben met financiële problemen, emotionele problemen, relatieproblemen en hun tewerkstelling. Bij Oost-Europese cliënten zien we vooral veel vragen rond verblijfsdocumenten, tewerkstelling, opleiding en het sociaal statuut en bij West-Europese cliënten vragen rond tewerkstelling, financiële en juridische zaken, en verblijfsdocumenten. Bij de Latijns-Amerikaanse vrouwen zien we vooral veel vragen rond tewerkstelling, verblijfsdocumenten en opleiding. Bij Afrikaanse vrouwen valt het op dat ze zeer vaak voor hulp met juridische en financiële problemen in contact stonden met Connecta.

Tabel 3.10. Soorten hulpvragen volgens nationaliteit

	Belgisch (n=84)	Oost-Europees (n=56)	West-Europees (n=49)	Latijns-Am. (n=29)	Afrikaans (n=19)	Aziatisch (n=8)	Noord-Am. (n=2)
Financiële zaken	60.7% (n=51)	23.2% (n=13)	49.0% (n=24)	41.4% (n=12)	68.4% (n=13)	75.0% (n=6)	100% (n=2)
Tewerkstelling	51.2% (n=43)	44.6% (n=25)	49.0% (n=24)	55.2% (n=16)	47.4% (n=9)	75.0% (n=6)	0% (n=0)
Emotionele zaken	59.5% (n=50)	33.9% (n=19)	40.8% (n=20)	27.6% (n=8)	57.9% (n=11)	62.5% (n=5)	0% (n=0)
Juridisch	47.6% (n=40)	28.6% (n=16)	44.9% (n=22)	44.8% (n=13)	84.2% (n=16)	62.5% (n=5)	0% (n=0)
Verblijfsdocumenten	22.6% (n=19)	50.0% (n=28)	44.9% (n=22)	55.2% (n=16)	57.9% (n=11)	50.0% (n=4)	0% (n=0)
Relaties	53.6% (n=45)	28.6% (n=16)	42.9% (n=21)	31.0% (n=9)	57.9% (n=11)	50.0% (n=4)	0% (n=0)
Gezondheid algemeen	48.8% (n=41)	35.7% (n=20)	40.8% (n=20)	31.0% (n=9)	47.4% (n=9)	62.5% (n=5)	0% (n=0)
Huisvesting	35.7% (n=30)	21.4% (n=12)	34.7% (n=17)	20.7% (n=6)	47.4% (n=9)	37.5% (n=3)	0% (n=0)
Administratie	40.5% (n=34)	17.9% (n=10)	34.7% (n=17)	44.8% (n=13)	47.4% (n=9)	50.0% (n=4)	100% (n=2)
Opleiding	20.2% (n=17)	44.6% (n=25)	36.7% (n=18)	51.7% (n=15)	47.4% (n=9)	62.5% (n=5)	0% (n=0)
Sociaal statuut	38.1% (n=32)	41.1% (n=23)	40.8% (n=20)	44.8% (n=13)	42.1% (n=8)	62.5% (n=5)	50% (n=1)
Geweld	14.3% (n=12)	14.3% (n=8)	12.2% (n=6)	13.8% (n=4)	15.8% (n=3)	50.0% (n=4)	0% (n=0)
Andere	23.8% (n=20)	23.2% (n=13)	22.4% (n=11)	31.0% (n=9)	15.8% (n=3)	37.5% (n=3)	0% (n=0)
Middelengebruik	10.7% (n=9)	1.8% (n=1)	8.2% (n=4)	3.4% (n=1)	5.3% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)

Bij de categorie ‘andere’ hulpvragen, werden ook die contacten opgenomen die te maken hadden met mensenhandel, pooierschap en stopvragen. Het gaat hier om relatief kleine aantallen, maar toch leek het ons nuttig om ook deze cijfers apart mee te geven.

In 2010 stonden in totaal negen sekswerkers minstens één keer met Connecta in contact voor hulp in verband met mensenhandel (drie hiervan hadden de Belgische, vier de Oost-Europese, één de Afrikaanse en één de Aziatische nationaliteit) en drie voor hulp in verband met pooierschap (twee hiervan hadden de Oost-Europese en één de Aziatische nationaliteit). Deze aantallen zijn dus relatief klein, maar opgemerkt moet worden dat het niet evident is voor vrouwen die geconfronteerd worden met mensenhandel of pooierschap om hulp te (kunnen) zoeken. Dat deze sekswerkers in zeer moeilijke omstandigheden toch de toegang tot hulpverlening vonden, is dus een positieve zaak.

Wel zijn er relatief veel sekswerkers die in contact kwamen met Connecta omdat ze aangaven dat ze graag van job zouden willen veranderen. In totaal kwamen 33 verschillende sekswerkers in 2010 in contact met Connecta voor een stopvraag. Hiervan hebben er elf de Belgische, zeven de Oost-Europese, zes de West-Europese, zes de Latijns-Amerikaanse, twee de Aziatische en één de Afrikaanse nationaliteit. Naast deze begeleidingen, werden er nog 44 personen verder begeleid en opgevolgd die reeds vóór 2010 een stopvraag hadden gesteld. In totaal werden in 2010 dus 77 personen begeleid rond professionele heroriëntering.

Deze cijfers geven echter niet weer hoeveel cliënten er effectief in zijn geslaagd om te stoppen met het sekswerk. Uit het jaarrapport van Ghapro blijkt dat er in 2010 29 cliënten die in begeleiding waren voor een stopvraag, effectief hun activiteiten als sekswerker hebben gestopt. Dit is een groot aantal, zeker als men bedenkt dat een dergelijke heroriëntering niet evident is. Sekswerkers ondervinden immers veel moeilijkheden bij deze overschakeling. Hulpverleners van Connecta geven in het jaarrapport aan dat de meeste sekswerkers een lage opleiding hebben genoten, waardoor overschakelen naar ander werk een verlies van inkomen kan betekenen. De maatschappelijke stigmatisering van het beroep zorgt er ook voor dat sekswerkers deze werkperiode niet in hun Curriculum Vitae kunnen opnemen, waardoor het voor een toekomstige werkgever lijkt alsof ze niets gedaan hebben. Voor de buitenlandse sekswerkers blijkt deze overschakeling extra moeilijk, aangezien ze vaak problemen hebben met verblijfsdocumenten en arbeidskaarten. Van de 29 sekswerkers die in 2010 uit het vak zijn gestapt, vonden er 19 ander werk en verkregen er 10 een vervangingsinkomen. Diegenen die ander werk vonden, kwamen voornamelijk terecht in de horeca en in schoonmaakbedrijven.

Tabel 3.11 geeft vervolgens weer of er een verband bestaat tussen het soort hulpvragen waarvoor de sekswerkers in contact staan met Connecta en de sector waarin deze vrouwen werkzaam zijn. Ook hier moet opgepast worden met de interpretatie: zo is de overgrote meerderheid van de Connecta-cliënten werkzaam in de raamsector en de privésector. De andere sectoren zijn slechts marginaal vertegenwoordigd in het Connecta-cliënteel. Dit vloeit natuurlijk voort uit het feit dat Connecta enkel wordt gesubsidieerd om mensen uit de stad Antwerpen te begeleiden, waar vooral raam en privé voorkomen als vormen van prostitutie (cfr. supra).

Wanneer we de hulpvragen per sector bekijken, merken we een zeer verdeelde problematiek op binnen elke sector. Zo zijn er bij de raamsekswerkers en de privésekswerkers niet echt uitschieters in de soorten hulpvragen. Ondanks de kleine aantallen sekswerkers in de overige sectoren, merken we bij de straatsekswerkers vooral hulpvragen rond verblijfsdocumenten en juridische zaken, bij de escortes vragen rond tewerkstelling, in de bars/clubs vooral financiële en emotionele problemen, in de massagesector eveneens emotionele problemen en in de thuisontvangst veel vragen rond financiën en administratie.

Tabel 3.11. Soorten hulpvragen volgens sector

	Raam (n=155)	Privé (n=45)	Straat (n=15)	Escort (n=12)	Bar/club (n=11)	Massage (n=7)	Thuis- ontvangst (n=4)
Financiële zaken	39.4% (n=61)	53.3% (n=24)	57.1% (n=8)	66.7% (n=8)	90.9% (n=10)	71.4% (n=5)	75.0% (n=3)
Tewerkstelling	45.2% (n=70)	53.3% (n=24)	21.4% (n=3)	91.7% (n=11)	63.6% (n=7)	71.4% (n=5)	25.0% (n=1)
Emotionele zaken	34.8% (n=54)	66.7% (n=30)	35.7% (n=5)	66.7% (n=8)	81.8% (n=9)	85.7% (n=6)	25.0% (n=1)
Juridisch	36.1% (n=56)	62.2% (n=28)	64.3% (n=9)	58.3% (n=7)	63.6% (n=7)	57.1% (n=4)	25.0% (n=1)
Verblijfsdocumenten	41.3% (n=64)	28.9% (n=13)	71.4% (n=10)	41.7% (n=5)	45.5% (n=5)	28.6% (n=2)	0% (n=0)
Relaties	34.8% (n=54)	64.4% (n=29)	28.6% (n=4)	50.0% (n=6)	72.7% (n=8)	57.1% (n=4)	25.0% (n=1)
Gezondheid algemeen	36.8% (n=57)	53.3% (n=24)	28.6% (n=4)	50.0% (n=6)	63.6% (n=7)	71.4% (n=5)	25.0% (n=1)
Huisvesting	26.5% (n=41)	26.7% (n=12)	42.9% (n=6)	50.0% (n=6)	72.7% (n=8)	28.6% (n=2)	25.0% (n=1)
Administratie	32.9% (n=51)	26.7% (n=12)	42.9% (n=6)	50.0% (n=6)	45.5% (n=5)	42.9% (n=3)	75.0% (n=3)
Opleiding	37.4% (n=58)	28.9% (n=13)	42.9% (n=6)	50.0% (n=6)	27.3% (n=3)	42.9% (n=3)	0% (n=0)
Sociaal statuut	41.3% (n=64)	44.4% (n=20)	20% (n=3)	58.3% (n=7)	36.4% (n=4)	28.6% (n=2)	25.0% (n=1)
Geweld	11.6% (n=18)	26.7% (n=12)	7.1% (n=1)	8.3% (n=1)	9.1% (n=1)	28.6% (n=2)	25.0% (n=1)
Andere	21.9% (n=34)	22.2% (n=10)	14.3% (n=2)	41.7% (n=5)	45.5% (n=5)	42.9% (n=3)	0% (n=0)
Middelengebruik	5.2% (n=8)	8.9% (n=4)	0% (n=0)	16.7% (n=2)	9.1% (n=1)	14.3% (n=1)	0% (n=0)

We kunnen ook gaan kijken wat de verdeling van de hulpvragen is per leeftijdscategorie. Aangezien, zoals hierboven vermeld, van 66 Connecta-cliënten geen leeftijd is gekend, zijn er in tabel 3.12 slechts 187 van de 253 Connecta-cliënten opgenomen. Gezien de relatief kleine aantallen in de jongste en de oudste leeftijdscategorie, zullen deze bij de volgende bespreking niet worden geïncludeerd. Uit de tabel kunnen we afleiden dat er bepaalde evoluties zijn naargelang het cliënteel ouder wordt: zo ziet men minder vragen rond verblijfsdocumenten, emotionele problemen en geweld bij oudere sekswerkers, wat kan wijzen op een verhoogde zelfeffectiviteit naarmate men ouder wordt. Deze oudere dames zitten ook vaak langer in het vak, wat eveneens kan bijdragen tot een verhoogde zelfeffectiviteit. Ook zijn er minder vragen rond huisvesting, opleiding en middelengebruik bij de oudere sekswerkers. Oudere sekswerkers hebben dan weer meer vragen over financiën, tewerkstelling en relaties.

Tabel 3.12. Soorten hulpvragen volgens leeftijd

	≤19 jaar (n=3)	20-29 jaar (n=69)	30-39 jaar (n=64)	40-49 jaar (n=39)	≥50 jaar (n=12)
Financiële zaken	66.7% (n=2)	55.9% (n=38)	59.4% (n=38)	59.0% (n=23)	83.3% (n=10)
Tewerkstelling	66.7% (n=2)	60.3% (n=41)	51.6% (n=33)	66.7% (n=26)	50.0% (n=6)
Emotionele zaken	66.7% (n=2)	60.3% (n=41)	51.6% (n=33)	48.7% (n=19)	58.3% (n=7)
Juridisch	66.7% (n=2)	50.0% (n=34)	54.7% (n=35)	53.8% (n=21)	58.3% (n=7)
Verblijfsdocumenten	66.7% (n=2)	55.9% (n=38)	46.9% (n=30)	25.6% (n=10)	50.0% (n=6)
Relaties	66.7% (n=2)	52.9% (n=36)	48.4% (n=31)	61.5% (n=24)	41.7% (n=5)
Gezondheid algemeen	100% (n=3)	47.1% (n=32)	50.0% (n=32)	48.7% (n=19)	50.0% (n=6)
Huisvesting	66.7% (n=2)	38.2% (n=26)	35.9% (n=23)	30.8% (n=12)	66.7% (n=8)
Administratie	33.3% (n=1)	36.8% (n=25)	39.1% (n=25)	41.0% (n=16)	66.7% (n=8)
Opleiding	66.7% (n=2)	44.1% (n=30)	35.9% (n=23)	33.3% (n=13)	33.3% (n=4)
Sociaal statuut	66.7% (n=2)	43.5% (n=30)	43.8% (n=28)	38.5% (n=15)	66.7% (n=8)
Geweld	66.7% (n=2)	20.6% (n=14)	15.6% (n=10)	15.4% (n=6)	8.3% (n=1)
Andere	66.7% (n=2)	27.9% (n=19)	32.8% (n=21)	15.4% (n=6)	33.3% (n=4)
Middelengebruik	33.3% (n=1)	11.8% (n=8)	6.3% (n=4)	7.7% (n=3)	0% (n=0)

### 2.3. De doorverwijzingen en begeleidingen naar andere organisaties door Connecta

In totaal werd er door Connecta in 2010 696 keer doorverwezen naar een niet-medische organisatie. De medische doorverwijzingen door Connecta worden hier niet vermeld, aangezien deze steeds worden gedaan in direct overleg met de dokters van Ghapro en omdat er ook medische doorverwijzingen gebeuren enkel door de dokters van Ghapro. Enkel de medische doorverwijzingen van Connecta weergeven zou bijgevolg een vertekend beeld geven. Bij de 696 niet-medische doorverwijzingen gebeurde het 163 keer dat de sekswerker persoonlijk werd begeleid naar de betreffende instelling of organisatie door de sociaal verpleegkundige, sociaal assistente of outreacher. In de overige gevallen vond geen persoonlijke begeleiding plaats.

Tabel 3.13 geeft het totaal aantal doorverwijzingen en begeleidingen naar andere organisaties in 2010 weer, opgedeeld in volgende categorieën:

- (a) **Tewerkstelling** (VDAB, interimkantoor,...)
- (b) **Juridische zaken** (advocaat, bureau juridische bijstand, notaris,...)
- (c) **Financiële zaken** (OCMW, boekhouder, financiële instellingen,...)
- (d) **Opleiding – studie** (Huis van het Nederlands, Elcker-ik centrum,...)
- (e) **Emotionele zaken** (psycholoog, zelfmoordlijn,...)
- (f) **Sociaal statuut** (mutualiteit, sociaal verzekeringsfonds,...)
- (g) **Verblijfsdocumenten** (districtshuis vreemdelingenzaken, bevolkingsdienst,...)
- (h) **Huisvesting** (huurdersbond, immobiliënkantoor,...)
- (i) **Politie** (voor algemene zaken, de cel prostitutie, zedenpolitie,...)
- (j) **Hulpverlening allerlei** (woonbegeleiding, holebibeweging,...)
- (k) **Administratie** (kinderbijslagfondsen, OCMW,...)



- (l) **Geweld** (OCMW dienst intrafamiliaal geweld, politie dienst nazorg intrafamiliaal geweld,...)
- (m) **Relationele zaken – problemen met kinderen** (opvoedingswinkel, Kind en Gezin,...)
- (n) **Middelengebruik** (CGG Vagga / Alttox, Free Clinic,...)
- (o) **Opvang** (CAW,...)
- (p) **Mensenhandel** (Payoke,...)
- (q) **Hulpverlening sekswerkers** (Espace P,...)
- (r) **Inburgering** (onthaalbureau Pina,...)

We merken dat er voornamelijk voor problemen in verband met tewerkstelling, juridische zaken en financiële zaken wordt doorverwezen naar andere instanties en organisaties. De begeleidingen naar andere organisaties gebeuren vooral bij problemen met financiële zaken, verblijfsdocumenten en juridische zaken.

Tabel 3.13. Aantal doorverwijzingen en begeleidingen naar andere organisaties door Connecta in 2010

	Aantal doorverwijzingen (n=696)	Percentage doorverwijzingen	Aantal begeleidingen (n=163)	Percentage begeleidingen
Tewerkstelling	108	15.5%	14	8.6%
Juridische zaken	92	13.2%	22	13.5%
Financiële zaken	88	12.6%	28	17.2%
Opleiding - studie	84	11.9%	8	4.9%
Emotionele zaken	50	7.2%	2	1.2%
Sociaal statuut	50	7.2%	14	8.6%
Verblijfsdocumenten	47	6.8%	23	14.1%
Huisvesting	42	6.0%	15	9.2%
Politie	32	4.6%	8	4.9%
Hulpverlening allerlei	27	3.9%	5	3.1%
Administratie	19	2.7%	17	10.4%
Geweld	16	2.3%	2	1.2%
Relationele zaken - problemen met kinderen	14	2.0%	-	-
Middelengebruik	10	1.4%	2	1.2%
Opvang	7	1.0%	-	-
Mensenhandel	6	0.9%	2	1.2%
Hulpverlening sekswerkers	3	0.4%	-	-
Inburgering	1	0.1%	1	0.6%

De 696 doorverwijzingen naar andere organisaties gebeurden bij 125 verschillende sekswerkers. Deze hadden minimum 1 en maximum 35 doorverwijzingen. Van deze 125 sekswerkers had 32,8% (n=41) de Belgische nationaliteit, 19,2% (n=24) van deze sekswerkers was Oost-Europees, 20,8% (n=26) West-Europees, 12,8% (n=16) Latijns-Amerikaans, 8,8% (n=11) Afrikaans en 4,8% (n=6) Aziatisch. Van één sekswerker (0,8%) was de nationaliteit onbekend.

Wanneer we de sectoren van de doorverwezen sekswerkers bekijken, merken we dat ongeveer de helft (53,6%; n=67) werkzaam was in de raamsector. 25,6% (n=32) werkte in de privé, 8,8% (n=11) was escorte, 6,4% (n=8) werkte in een bar/club en 4,8% (n=6) was straatsekswerker. Van één doorverwezen sekswerker (0,8%) was de sector niet bekend.

De leeftijdscategorieën van de 125 verschillende doorverwezen sekswerkers zijn als volgt verdeeld: 0,8% (n=1) is jonger dan 20 jaar, 32,0% (n=40) heeft een leeftijd tussen 20 en 29 jaar, 32,0% (n=40) heeft een leeftijd tussen 30 en 39 jaar, 16,0% (n=20) heeft een leeftijd tussen 40 en 49 jaar en 4,8% (n=6) is 50 jaar of ouder. Van 18 sekswerkers (n=14,4%) is de leeftijd niet gekend.

De 163 begeleidingen naar andere organisaties gebeurden bij 56 verschillende sekswerkers. Deze hadden minimum 1 begeleiding en maximum 14 begeleidingen. Van de 56 begeleide sekswerkers was 32,1% (n=18) Belgisch, 14,3% (n=8) Oost-Europees, 14,3% (n=8) West-Europees, 17,9% (n=10) Latijns-Amerikaans, 12,5% (n=7) Afrikaans en 8,9% (n=5) Aziatisch.

De sectoren van de begeleide sekswerkers zijn als volgt verdeeld: iets meer dan de helft (55,4%; n=31) was werkzaam in de raamsector, 17,9% (n=10) werkte in de privé, 10,7% (n=6) was escorte, 8,9% (n=5) werkte in een bar/club en 7,1% (n=4) was straatsekswerker.

Wanneer we de leeftijdscategorieën van de 56 begeleide sekswerkers bekijken, stellen we vast dat 3,6% (n=2) jonger is dan 20 jaar, 44,6% (n=25) heeft een leeftijd tussen 20 en 29 jaar, 23,2% (n=13) heeft een leeftijd tussen 30 en 39 jaar, 14,3% (n=8) heeft een leeftijd tussen 40 en 49 jaar en 8,9% (n=5) is 50 jaar of ouder. Van 3 sekswerkers (n=5,4%) is de leeftijd niet gekend.

### **3. De kwalitatieve diepte-interviews met de medewerkers van Ghapro en Pasop**

#### **3.1. Respondenten**

In totaal werd bij twaalf medewerkers een diepte-interview afgenomen: zes medewerkers van Ghapro en zes van Pasop<sup>12</sup>. Zoals reeds vermeld in de onderzoeksopzet, zijn enkel die medewerkers bevraagd die effectief met de doelgroep in contact komen. De interviews werden soms verstoord door de aanwezigheid van collega's of telefoontjes, aangezien de

---

<sup>12</sup> Opgemerkt moet dat tijdens dit onderzoek zowel bij Ghapro als Pasop nieuwe mensen in dienst werden genomen. Aangezien de diepte-interviews reeds afgelopen waren bij het in dienst treden van deze medewerkers, is bij deze personen geen interview afgenomen. Deze nieuw aangeworven mensen waren artsen en verpleegkundigen. Ook was bij Ghapro van september 2011 tot eind december 2011 een preventiemedewerker in dienst. De algemene kerntaak van deze preventiemedewerker omvat het ontwikkelen van preventieprocedures en -materialen. Ook omvat de taak de verpleegkundige en de outreacher informeren en ondersteunen bij hun preventiegerelateerde taken of gezondheidsvoorlichting.

interviews plaatsvonden tijdens de werkuren, waarbij de opname kortstondig even werd stopgezet. Alle interviews duurden tussen de 45 minuten en de 2 uur en 30 minuten.

Om een beeld te krijgen van de medewerkers van Ghapro en Pasop, geven we eerst hun functie bij de organisatie weer, het aantal jaar dat ze reeds in dienst zijn bij Ghapro of Pasop en hun geslacht (tabel 3.14 en 3.15).

Tabel 3.14. Kenmerken van de medewerkers van Ghapro

<b>GHAPRO</b>	Functie	Reeds in dienst	Geslacht
Respondent 1	Coördinator/sociaal verpleegkundige	9 jaar	V
Respondent 2	Arts	3 jaar	V
Respondent 3	Arts	5 jaar	V
Respondent 4	Outreach	8 jaar	V
Respondent 5	Sociaal verpleegkundige	6 jaar	V
Respondent 6	Psychosociale hulpverlener	4 jaar	V

Tabel 3.15. Kenmerken van de medewerkers van Pasop

<b>PASOP</b>	Functie	Reeds in dienst	Geslacht
Respondent 1	Coördinator/verpleegkundige	19 jaar	V
Respondent 2	Arts	12 jaar	V
Respondent 3	Arts	7 jaar	M
Respondent 4	Sociaal verpleegkundige	1 jaar	V
Respondent 5	Sociaal assistent	8 jaar	V
Respondent 6	Psychosociale hulpverlener	13 jaar	V

### 3.2. Bespreking resultaten

Alvorens te starten met het bespreken van de resultaten van de diepte-interviews, is het belangrijk om bij de interpretatie van deze gegevens steeds in het achterhoofd te houden dat het gaat om de **percepties** van de medewerkers. Men moet rekening houden met het feit dat de mogelijkheid bestaat dat bepaalde uitspraken niet altijd stroken met de realiteit en niet gelden als een officieel standpunt van de respectievelijke organisatie.

In dezelfde lijn geldt dat niet alle percepties die besproken worden voorkomen bij alle medewerkers. Er komen zowel uitspraken voor die slechts van één individu komen, alsook patronen die werden vastgesteld bij alle medewerkers. De respondenten zelf waren er zich tijdens het interview van bewust dat ze hun eigen percepties mochten delen om de onderzoekers een inzicht te geven in de werking en de doelstellingen van de organisatie. Verschillende medewerkers hebben er tijdens het interview dan ook op gewezen dat sommige

uitspraken niet wetenschappelijk ondersteund kunnen worden en dat ze enkel betrekking hebben op een eigen perceptie van de situatie.

Zoals eerder besproken werden de interviews gecodeerd in drie grote thema's: (a) de perceptie van de prostitutie, (b) de perceptie van de eigen rol binnen de organisatie, en (c) de perceptie van de werking van de organisatie. Elk van deze drie thema's heeft een specifiek codeerschema. In wat volgt zullen we de resultaten van de kwalitatieve analyse bespreken per hoofdthema en gerelateerd codeerschema.

### ***3.2.1. Perceptie prostitutie***

Hoewel de organisaties geen belangenverenigingen zijn, hebben de medewerkers uiteraard wel een bepaalde houding ten opzichte van het fenomeen prostitutie. Dit kan invloed hebben op de manier waarop ze omgaan met de doelgroep en de effectieve zorg die ze verlenen.

#### *3.2.1.1. Patronen*

De meeste medewerkers stellen vast dat er bepaalde patronen te herkennen zijn in de doelgroep op vlak van nationaliteit, sector en leeftijd. Enkele hulpverleners gaven aan dat er een zeer goed contact bestaat met Afrikaanse vrouwen; door een vaak zware achtergrond en uitgebreide sociale problematiek toont deze groep veel dankbaarheid ten opzichte van de gratis en niet-veroordelende hulpverlening die ze ontvangen. Deze groep heeft wel degelijk nood aan begeleiding, aangezien er hier een specifieke problematiek bestaat omtrent verblijfsdocumenten, anticonceptiekennis en bijgeloof over allerlei middeltjes. De Vlaamse vrouwen vertonen meestal een andere problematiek: door financiële omstandigheden, vaak veroorzaakt door een scheiding, dienen vaak oudere vrouwen zich te wenden tot de meer onzichtbare prostitutie om hun gezin te blijven ondersteunen. Door de wens naar anonimiteit in een bekend gebied, bevinden deze vrouwen zich meestal in de privésector. Contacten met deze sekswerkers vonden vele medewerkers zeer moeilijk doordat deze vrouwen vaak een vergelijkbare achtergrond vertoonden als henzelf; het zorgde voor het besef dat iedereen door bepaalde omstandigheden zodanig in de problemen kan komen dat prostitutie de enige uitweg wordt. Bij de Oost-Europese vrouwen vond men dan weer een zeer bewuste houding ten opzichte van wat ze doen: deze vrouwen weten meestal perfect waarom ze naar België komen. Dit neemt niet weg dat ze meestal uit financiële noodzaak deze weg inslaan. Door deze geldnood nemen sommige medewerkers een hoger aantal onveilige seksuele contacten waar in deze groep. De Oost-Europese sekswerkers zijn ook meestal jonge meisjes met weinig onderhandelingscapaciteiten en een hoge nood aan de preventieboodschap die de organisaties leveren.

Er werden ook patronen opgemerkt die te maken hadden met de sector. In Antwerpen vond men vooral in de raamprostitutie het gevaar op mensenhandel, pooiers en loverboys. Door de grote *turnover* en de constante mobiliteit is deze raamprostitutiebuurt dan ook veranderd van een samenhangende gemeenschap naar een commercieel gerichte transactiezone. Ook in Gent

merkte men op dat de raambuurt heel internationaal, mobiel en commercieel gericht is. Dit zorgt voor meer afstandelijke commerciële contacten, wat volgens een medewerker wel voor een hoger condoomgebruik zorgt; de grote hoeveelheid van dergelijke afstandelijke contacten zorgt ervoor dat een raamprostitutiee het zich niet kan permitteren om geen condoom te gebruiken. Verder stellen beide organisaties vast dat escortes heel moeilijk te bereiken zijn: ze hebben vaak geen vaste werkplaats of opereren van thuis uit, waardoor het moeilijk is om deze groep via outreach te bereiken. Door de vaak langere afspraken met klanten, is er meer kans dat er een soort intieme relatie ontstaat waar condoomgebruik niet langer gepast is. Ook bij barmeisjes stelt men vast dat er een zekere kwetsbaarheid aanwezig is, maar dan door het overmatig alcoholgebruik.

Verder haalden enkele medewerkers aan dat het moeilijk is om mannelijke prostituees in het Stadspark van Antwerpen te bereiken. Bij de vrouwelijke prostituees wordt door de meeste medewerkers vooral veel risicogedrag vastgesteld bij de jonge meisjes. Door een gebrek aan kennis en zelfeffectiviteit, durft deze groep vaak minder eisen te stellen en lopen ze derhalve meer risico op SOI's en geweld. De oudere vrouwen in de prostitutie zijn meestal wel goed ingelicht en stellen hogere eisen, mede doordat ze minder commercieel gericht zijn en hun beroep eerder beschouwen als sociale dienstverlening. Echter, door het wegvallen van een ooit samenhangende gemeenschap, bieden deze oudere vrouwen geen opvang- en educatienetwerk meer voor de jongere meisjes. Dit gebrek dient opgevangen te worden door de organisaties.

#### 3.2.1.2. *Risicogedrag*

Aangezien uit de internationale literatuur blijkt dat het viseren van sekswerkers als dragers van HIV en SOI's niet altijd even correct is, vroegen we bij de medewerkers van de organisaties na wat hun perceptie is omtrent het effectieve risicogedrag van sekswerkers. Over het algemeen kan men stellen dat de medewerkers van de organisaties ervan uit gaan dat sekswerkers effectief een risicopopulatie vormen door het hoge aantal seksuele contacten die ze ondergaan, gecombineerd met het risico op klapcondoom. Dit impliceert ook dat de organisaties aangeven dat het condoomgebruik heel hoog ligt, en dat sekswerkers relatief veel controle uitoefenen over de gezondheidsrisico's van het vak. Toch bemerken enkele medewerkers dat onveilige handelingen aan het toenemen zijn in de seksindustrie. Enkelen menen dat dit te wijten is aan de afnemende aandacht in de maatschappij voor HIV. De horrorverhalen die de media in het begin van de epidemie rapporteerden zijn niet meer alomtegenwoordig in het publieke discours, wat ervoor zorgt dat er minder aandacht is voor de nood aan veilige seks. Hier dienen de organisaties dan ook in het verhaal te stappen en te zorgen dat de preventieboodschap niet verdwijnt.

Bijna alle medewerkers stellen ook vast dat het risicogedrag zich eerder voordoet bij orale seks dan bij vaginale seks. Hoewel orale seks minder risico's inhoudt, zijn er toch nog altijd gevaren aan verbonden. Hier bestaat echter nog altijd weinig kennis over bij de doelgroep. Dit valt te zien aan het feit dat het merendeel van de sekswerkers nog altijd orale seks verleent

zonder condoom. Anderzijds bemerkt men ook dat de druk op de markt heel hoog is, aangezien men minder cliënteel aantrekt als men enkel veilige orale seks aanbiedt. Hieraan verbonden is de algemene stijgende druk op de markt om meer diensten aan te bieden zonder bescherming: door de financiële crisis lijkt het alsof de geldnood ook bij sekswerkers hoog is, waardoor ze menen genoodzaakt te worden om onveilige diensten aan te bieden aan hogere prijzen.

Verschillende hulpverleners spraken ook van een gebrek aan kennis en een slordigheid in het gebruik van anticonceptie. Er is duidelijk nood aan meer informatie rond verschillende soorten anticonceptie, gezien het grote aantal doorverwijzingen naar abortuscentra. Enkelen merken op dat abortus als anticonceptie niet ongebruikelijk is bij sommige prostituees. Verder duidde een hulpverlener op de lichamelijke bijwerkingen die anticonceptie kan veroorzaken, welke ook vaak een invloed hebben op het uiterlijk van de vrouw (bijvoorbeeld gewicht bijkomen). Aangezien het uiterlijk een belangrijke factor is bij de verkoop van seksuele diensten, kan ook dit eventueel leiden tot inconsequent anticonceptiegebruik.

Nog een risico dat door vele medewerkers werd aangehaald is de ‘vaste klant’. Door de symbolische verandering naar een meer intieme relatie, schat de sekswerker de risico’s veel lager in en zal ze eerder toestaan om aan deze klanten een onveilige dienst te verlenen. Zoals reeds eerder aangehaald ziet men dit ook veelal bij escortes, die langere contacten hebben met klanten waardoor er meer kans is op een evolutie naar een intieme relatie.

De meeste medewerkers van de organisaties stellen ook vast dat het laag condoomgebruik in het privéleven een indicator kan zijn voor eventuele SOI-transmissie. Om een privérelatie van een werkrelatie te kunnen onderscheiden, wordt het condoom als soort symbool gebruikt. Meestal wordt er met de privépartner dus geen condoom gebruikt, net om deze relatie als privé te kunnen duiden. Wanneer een sekswerker een SOI oploopt en beweert altijd een condoom te gebruiken met klanten, vermoeden enkele hulpverleners dat de kans groot is dat ze dit van de privépartner overkrijgt.

De psychologische risico’s zijn volgens de medewerkers ook niet te onderschatten. Zeker bij jonge meisjes stelt men een lage assertiviteit vast, waardoor de zelfeffectiviteit om condoomgebruik af te dwingen verkleint en het risico op stress toeneemt. De stress van het leiden van een dubbelleven door de stigmatisering van het beroep in de maatschappij, wordt eveneens door bijna alle medewerkers aangehaald als een grote last voor de sekswerker.

### *3.2.1.3. Sociaal statuut*

In het interview werd ook besproken welke mening de medewerkers hebben over het al dan niet invoeren van een sociaal statuut voor de sekswerker. Zo probeerden we te achterhalen wat de houding van de medewerker is ten opzichte van prostitutie en hoe dergelijke politieke kwesties een eventuele invloed kunnen hebben op de werking van hun organisatie.

Over het algemeen werd het bestaan van een sociaal statuut voor de prostituee als positief beschouwd. Opmerkelijk was wel dat bij Ghapro alle medewerkers hiermee akkoord gingen, maar bij Pasop er toch enkele hulpverleners tegen gekant waren. Door de ‘grijze zone’ in het beleid zijn er nu geen duidelijke richtlijnen. Prostituees kunnen zich niet inschrijven, wat het ook onmogelijk maakt om in orde te zijn met de mutualiteit. Verder bemerkt men dat er nood is aan sociale zekerheid voor deze vrouwen, omdat het gebrek daaraan ruimte maakt voor nadelige en onbetrouwbare arbeidscontracten binnen de horecawetgeving. Er komen bij Ghapro dan ook veel hulpvragen hieromtrent binnen, maar door de onduidelijkheid van het beleid kan hier weinig duidelijke begeleiding rond gegeven worden. De medewerkers van Ghapro wijzen op de nood aan een keuze, namelijk de keuze voor een vrouw om zich in te schrijven als prostituee of niet. Hier sluit Pasop zich deels bij aan: het verplichten van een sekswerker om zich een sociaal statuut toe te eigenen, zou een eeuwige stempel betekenen voor de vrouw waardoor ze de stigmatisering in de maatschappij niet kan ontlopen. Dit zou volgens enkele medewerkers van Pasop betekenen dat vrouwen die dit niet wensen te doen, verder onderduiken in de illegaliteit waar ze onbereikbaar worden voor outreach-activiteiten.

#### *3.2.1.4. Stigma*

Alle medewerkers zijn het erover eens dat het taboe op sekswerk en de stigmatisering binnen de maatschappij een zware psychologische last veroorzaken voor de vrouwen in het vak. Enerzijds zorgt dit ervoor dat ze genoodzaakt worden om een dubbelleven te leiden omdat niemand in hun directe omgeving weet mag hebben van hun werk, en anderzijds zorgt dit voor een vorm van sociale exclusie waar men niet de kans krijgt om gebruik te maken van de beschikbare diensten van de overheid, zoals gezondheidszorg en sociale hulpverlening. Het stigma dat aanwezig is binnen de verschillende instanties die instaan voor sociale hulpverlening, wordt door sommige medewerkers ook aangegeven als een struikelblok bij doorverwijzingen. Door veelvuldig contact en uitleg bij andere instanties zoals het OCMW of justitie, proberen de organisaties wel het stigma te doorbreken.

#### *3.2.1.5. Veranderingen in de sector*

De grootste verandering in de Vlaamse prostitutie die door bijna alle medewerkers werd aangegeven, was het verdwijnen van een gemeenschap. Door de verbondenheid die men voelde omwille van het gedeelde stigma, was er vroeger een sociale cohesie te bemerken in de prostitutiewijken. Met de opkomst van het internet en de gsm en de grote migratiestromen, stelt men vast dat er een individualisering is opgetreden binnen de prostitutie. Men stelt dan ook een stijging van de meer individuele werkvormen vast zoals privé en thuisontvangst. Het internet zorgt volgens een medewerker ook voor een constante blootstelling bij de algemene bevolking aan porno en extreme fantasieën, die dan verder door de klant worden doorgerekend bij het contact met de sekswerker. De verwachting van de klant dat de prostituee deze zaken zal uitvoeren zorgt er ook voor dat prostituees met minder respect behandeld worden dan vroeger. ‘Klanten willen alles voor niks’. Het internet biedt volgens

een andere medewerker dan ook de mogelijkheid om gemakkelijk aan onbetaalde seksuele contacten te komen, wat nog meer financiële druk legt op de commerciële seksmarkt.

Ook de populatie zelf is veranderd: vroeger werden er meer West-Europese vrouwen gezien (Franse, Nederlandse, Duitse) terwijl die nu vervangen worden door Oost-Europese vrouwen (Poolse, Bulgaarse, Roemeense). Door de grote verscheidenheid aan talen en de hoge mobiliteit, wordt het steeds moeilijker om een vlot contact met deze vrouwen te onderhouden. Zoals eerder reeds vermeld, stellen de meeste medewerkers vast dat de effecten van de financiële crisis ook in de sekswerksector te voelen zijn. Er wordt door de vrouwen geklaagd over een daling in prijzen en over het toenemen van diensten die zonder condoom worden aangeboden wegens de hogere inkomsten die dit oplevert. De bars beginnen ook langzaam hun deuren te sluiten; er werd aangegeven dat er veel minder zwart geld in omloop is om te spenderen en dat de verstrengde alcoholcontroles op de baan hier verder een effect op kunnen hebben.

### ***3.2.2. Perceptie eigen rol binnen de organisatie***

#### *3.2.2.1. Beweegredenen*

Over het algemeen waren de meeste medewerkers reeds aangetrokken tot een hulpbehoevende doelgroep voordat ze startten met dit werk. Er was een algemene tendens te bemerken om de ‘zwakkeren’ in de maatschappij te willen helpen en diegenen die uit de boot vallen terug aan boord te willen hijsen. Aangezien de specifieke doelgroep van sekswerkers veel hulp blijkt nodig te hebben, leverde dit bij alle medewerkers een gevoel van voldoening op om deze hulp te kunnen bieden. De doelgroep werd dan ook vaak omschreven als een ‘dankbare’ doelgroep: de hulpverlening die ze bieden is noodzakelijk omdat ze niet bij de reguliere geneeskundige diensten terecht kunnen. Bij een medewerker bood het opstarten van een dergelijke organisatie ook de kans om te beginnen met pionierswerk. In de begindagen was hulpverlening in de prostitutie een onbekend terrein en dit leverde de mogelijkheid om binnen een kleinschalige structuur de eerste stappen te kunnen zetten naar het begin van de specifieke hulpverlening voor prostituees. Alle medewerkers ondersteunen de doelstellingen van hun organisatie en willen er dan ook voor zorgen dat prostituees meer gerespecteerd worden door enerzijds zichzelf en anderzijds door de maatschappij.

#### *3.2.2.2. Praktische uitvoering van het werk*

Wat de meeste medewerkers aanhalen als een belangrijk deel van hun werk is de duale hulpverlening. Enerzijds voorzien ze open consultaties in de gebouwen van de organisaties zelf, en anderzijds gaan ze via outreach zelf de baan op om hun aanbod naar de doelgroep te brengen. Outreach zorgt wel voor zeer variërende omstandigheden: de medische teams van de organisaties berichtten over de creativiteit die men aan de dag moet leggen om gynaecologische onderzoeken uit te voeren op locatie. Tijdens outreach, maar ook tijdens de consultaties, rapporteert het medisch personeel veel tijd te spenderen aan ondersteunende



gesprekken en het verlenen van advies. Deze zaken zijn essentieel om de vertrouwensband op te bouwen die nodig is om blijvende toegang te verkrijgen bij de doelgroep. Dit wordt ook bevorderd door ten allen tijde de uitslagen van de testen persoonlijk te communiceren. Er wordt eveneens veel tijd gespendeerd aan het vinden van nieuwe werkplekken en het voorstellen van de werking. Hier komen veel telefoongesprekken aan te pas, rondrijden en aanbellen, folders uitdelen en vooral blijven terugkomen als de boodschap niet van de eerste keer aanslaat.

Enkele mensen van het sociale team bemerken dat een groot deel van hun werk bestaat uit het zoeken van een gepaste begeleiding. Er is immers een brede waaier aan complexe problematieken die aan bod komen tijdens de begeleidingen en men moet op zoek naar een antwoord in een groot informatienetwerk. Ook gaan de sociale begeleiders vaak mee naar een bepaalde doorverwijzing ter ondersteuning van de sekswerker.

Op beleidsvlak dienen er ook enkele taken uitgevoerd te worden die niet altijd gemakkelijk te combineren zijn met het terreinwerk, zoals het dagelijks bestuur van de organisatie, een beleidsplan uitwerken, blijvend op zoek gaan naar financieringsbronnen, voordrachten geven en studenten begeleiden.

#### *3.2.2.3. Contact met de doelgroep*

Het contact met de doelgroep verloopt bij alle medewerkers zeer laagdrempelig en niet-veroordelend. De hulpverleners zijn ook meestal vrouwen, wat toch voor een meer ontspannen houding lijkt te zorgen bij zowel de hulpverlener als de sekswerker. De enige mannelijke hulpverlener die in dienst is rapporteert dan ook een fundamenteel ander contact met de doelgroep. Dit contact kent namelijk veel grenzen en verloopt altijd zeer voorzichtig. De mannelijke hulpverlener stelt dat er in zijn positie altijd gevaar is voor chantage en geeft aan dat hij een discrete, neutrale houding moet aannemen om dergelijke toestanden te vermijden.

De vrouwelijke medewerkers duiden eerder op de noodzaak van de reeds vermelde niet-veroordelende houding; de eerste reacties bij de doelgroep zijn vaak testend en argwanend en dienen verbeterd te worden door herhaaldelijk en vertrouwelijk contact. Dit contact hoeft echter niet altijd zachtaardig te zijn; soms testten de sekswerkers ook de assertiviteit van de hulpverlener door wilde verhalen te vertellen en te zien hoe ze reageren. Het is dan ook noodzakelijk om de vrouwen zowel verbaal als non-verbaal (fysiek contact zoals een schouderklopje) te laten merken dat ze als medemens gerespecteerd worden. Om toegang te blijven krijgen tot deze doelgroep, dient men echter ook een goed contact te onderhouden met de eigenaars, de gerantes en verantwoordelijken van de bars, clubs en privéhuizen. Dit contact wordt meestal niet als aangenaam ervaren, aangezien deze mensen andere prioriteiten hebben dan de hulpverleners.

Ook belangrijk voor de vertrouwensband tussen de hulpverlener en de doelgroep is het informeel contact. Tijdens de outreach-contacten wordt er meestal wel tijd gemaakt om een koffie te drinken en een informele babbel te slaan. Het contact met de doelgroep vereist dan ook een grote flexibiliteit bij de hulpverlener, die zich niet alleen dient aan te passen aan fysieke omstandigheden maar ook aan de gemoedelijkheid op de werkplek.

Zoals reeds eerder vermeld, omschrijven de meeste medewerkers een ‘moeilijk’ contact, wanneer ze geconfronteerd worden met mensen die in de prostitutie zijn beland maar een zelfde achtergrond vertonen. Vooral de Vlaamse vrouwen die uit financiële noodzaak in het beroep belanden worden hier vaak vermeld. Ook de jonge meisjes die in het vak stappen zijn vaak moeilijk om mee om te gaan: enkele medewerkers berichtten dat hun eigen kinderen bijna dezelfde leeftijd bereiken en dat het hierdoor psychologisch steeds moeilijker wordt om bij deze groep neutraal advies te verlenen.

#### *3.2.2.4. Feedback van de doelgroep*

Over het algemeen kunnen we stellen dat alle hulpverleners bijna uitsluitend positieve feedback ontvangen van hun cliënten. Negatieve feedback is een uitzondering, en als dit gebeurt is dit meestal omwille van aspecten van de werking waar de medewerkers geen controle over hebben.

Hoewel de appreciatie niet altijd verbaal geuit wordt door de sekswerkers, zijn er andere factoren die duiden op positieve feedback. Zo gebeuren veel doorverwijzingen naar Ghapro en Pasop door sekswerkers zelf, en vaak moeten ze hun werking niet meer uitleggen op nieuwe plekken omdat ze er al van hebben gehoord. Dergelijke mond-tot-mondreclame kan alleen maar betekenen dat de bereikte sekswerkers tevreden zijn over de organisaties. Ook het feit dat de organisaties mogen blijven terugkomen op de werkplekken duidt op een zekere tevredenheid. Verder wordt er verbaal dankbaarheid getoond voor de gratis diensten, de flexibiliteit die ze aan de dag leggen tijdens outreach-activiteiten, de niet-veroordelende houding van de hulpverleners en het feit dat ze bij hen eerlijk kunnen zijn over hun werk.

De negatieve feedback die de organisaties ontvangen gaat dus veelal over zaken waar de medewerkers geen controle over hebben. Het gebeurt al eens dat een cliënt een slechte uitslag van een test krijgt en niet in staat is om hier mee om te gaan. De schuld wordt dan al eens bij de organisaties gelegd. Ook wordt soms de toegang geblokkeerd door eigenaars van bars of privéhuizen die vinden dat ze te veel informatie verspreiden onder de meisjes: door bijvoorbeeld te wijzen op de risico's van orale seks zonder condoom, vreest de eigenaar een verlies van inkomsten wanneer de meisjes dit advies beginnen toe te passen. Sommige eigenaars eisen bovendien de testresultaten te zien van de vrouwen, wat voor de organisaties uitgesloten is tenzij de vrouw hier zelf voor kiest. Door het grote aantal werkplekken die bediend moeten worden op een relatief korte tijd, gebeurt het ook al eens dat men een bepaalde werkplek overslaat, wat af en toe een kwade telefoon oplevert.

### 3.2.2.5. *Machteloosheid*

Gevoelens van machteloosheid komen bij de medewerkers vooral voor bij contacten met zeer jonge meisjes die net in het vak zijn gestapt; gezien de niet-veroordelende houding die de organisaties dienen aan te nemen is het niet hun taak om deze meisjes uit het vak te begeleiden, tenzij ze hier zelf om vragen. Ook zijn er niet altijd genoeg middelen om elke vrouw die het nodig heeft actief te blijven opvolgen op het vlak van sociale problemen, wat voor gevoelens van frustratie en machteloosheid kan zorgen. Bij vermoedens van mensenhandel of pooierschap is het ook vaak moeilijk in te schatten wat men kan doen om de waarheid te achterhalen of hoe men begeleiding kan bieden, wat men eveneens kan beschouwen als machteloosheid ten opzichte van de situatie. Ook situaties waarin men alles doet om een cliënt hulp te bieden, maar waar men zich niet aan de afspraken houdt of waar een vrouw toch blijft teruggaan naar een misbruikende man of een loverboy, kunnen leiden tot gefrustreerde gevoelens. Verder vermelden in dit kader verscheidene werknemers de moeizame strijd tegen de stigmatisering van de sekswerker in de maatschappij.

### 3.2.2.6. *Begeleiding en verwerking*

Enkel voor het sociaal luik van Ghapro, Connecta, bestaat er officiële supervisie. Dit wordt als zeer positief en noodzakelijk beschouwd, maar niet altijd voldoende om de zware problematieken waar ze mee te maken krijgen te ondersteunen.

Bij beide organisaties worden problemen, moeilijke situaties, en vraagstukken altijd in team besproken. Op de baan tijdens outreach-activiteiten zijn de hulpverleners ook altijd met twee en kunnen ze ervaringen bespreken met elkaar of ventileren over moeilijke situaties. Zo wordt onderling tussen de werknemers zowel formele als informele ondersteuning geboden.

Door enkele medewerkers wordt er echter aangegeven dat de mensen die een dergelijke job willen uitvoeren meestal ‘geboren hulpverleners’ zijn. Door te kiezen voor dit werk, geeft men aan evenwichtig te zijn en heeft men geleerd om te gaan met de situaties die zich voordoen. Omgaan met moeilijke situaties en afstand leren nemen maken dan deel uit van de professionaliteit van de hulpverlener.

## 3.2.3. *Perceptie werking van de organisatie*

### 3.2.3.1. *Bereik doelgroep*

De volgende uitspraak vat samen wat de meeste medewerkers dachten over het bereik van de doelgroep van de organisatie:

*‘Wat voor ons altijd een frustratie geweest is in het werk, is dat wij eigenlijk zien dat er veel meer werk ligt dan wat we aankunnen, dan wat we krijgen van middelen,*

*personeel,... We zouden eigenlijk nog meer plekken willen bereiken, en sommige toeren sneller willen kunnen doen.'*

Er wordt met andere woorden vastgesteld dat ondanks een groot bereik, toch niet iedereen kan worden opgenomen in het aanbod door een gebrek aan middelen. Dit gaat niet over verdoken prostitutie, maar over werkplekken waar het bestaan van geweten is. Beide organisaties geven zoals eerder reeds vermeld ook aan dat er geen goed bereik is van escortes door hun mobiele en individuele werkkarakter. Enkele clubs en privés ontzeggen de toegang vanuit het management. Verder zijn er nog circuits van informele prostitutie, waar men moeilijk aansluiting vindt met een 'werkgerelateerd' zorgaanbod. Men vindt verder totaal geen aansluiting bij vrouwen die beweren gebruik te maken van de reguliere gezondheidszorg, bij verdoken prostitutie, en bij vermoedens van mensenhandel.

Het feit dat volgens de organisaties de meeste sekswerkers worden bereikt, is te danken aan de mond-tot-mond reclame onder de sekswerkers en door een goede voorstelling van de werking van de organisaties waar de anonimiteit wordt benadrukt.

### 3.2.3.2. *Samenwerking met andere instanties*

De algemene tendens binnen de organisaties is om de stigmatiserende houding bij andere hulpverleningsinstanties te verminderen zodat een vlottere en betere doorverwijzing mogelijk is. Deze doorverwijzing zal echter altijd op vraag en in samenspraak met de cliënt zijn, en het beroep zal enkel vrijgegeven worden indien de cliënt hierom vraagt.

Binnen instanties waar de organisaties mee samenwerken, zoals huisartsenpraktijken, gynaecologen, het OCMW en advocatenpraktijken, worden personen uitgezocht die *open-minded* zijn en kunnen omgaan met het sekswerkersberoep zonder een stigmatiserende houding aan te nemen. Na verloop van tijd weten de hulpverleners wie ze binnen een organisatie best contacteren en wie best niet.

Met de politie vermelden beide organisaties een goede samenwerking te hebben met voldoende overleg, maar er wordt eveneens op de noodzaak gewezen om geen openlijke samenwerking aan te gaan. De vertrouwensband met de doelgroep zou hier namelijk door geschonden kunnen worden; het is dus van essentieel belang dat de doelgroep de organisatie nooit associeert met de politie. Enkel extreem problematische gevallen, zoals prostitutie bij minderjarigen, zullen worden doorgegeven aan de politie, en ook enkel na een kritische bespreking in team.

Een enkele medewerker vermeldde nog een moeilijke samenwerking met de pers: journalisten zijn meestal uit op het schetsen van een negatief beeld van de prostitutie en interpreteren bepaalde informatie die wordt gegeven fout. Ook bellen ze vaak met ongepaste vragen, wat zeer stresserend is.

In verband met de sociale hulpvragen bij beide organisaties, waarvoor de meeste doorverwijzingen gebeuren, geeft men aan dat er veel nood is aan het uitbouwen van netwerken en het maken en onderhouden van goede contacten binnen het breder sociaal hulpverleningsaanbod. Dit is niet altijd gemakkelijk, aangezien door de complexe materie waar de sociale hulpverleners mee in contact komen, het niet altijd duidelijk is met welke organisaties moet worden samengewerkt.

#### *3.2.3.3. Positieve aspecten van de werking van de organisaties*

Het meest positieve aspect van de werking dat naar boven kwam bij de interviews was de reeds eerder aangehaalde niet-veroordelende houding van de hulpverleners ten opzichte van de doelgroep. Het is deze houding die ervoor zorgt dat ze na al die jaren een vlotte toegang blijven hebben tot de verschillende werkplekken en dat er zoveel doorverwijzingen komen van prostituees zelf. Ook de outreach-activiteiten worden door alle medewerkers als een positief en essentieel onderdeel van de werking beschouwd. Men gaat er van uit dat het brengen van het aanbod naar de prostituee zelf, ervoor zorgt dat er zoveel gebruik wordt gemaakt van de hulpverlening. De hulp die wordt geboden is vaak een 'laatste strohalp' voor vrouwen die nergens anders meer terecht kunnen. Men verleent dus hulp aan zeer kwetsbare personen die in de maatschappij genegeerd en weggestoken worden. Men zorgt voor ondersteuning waar er echt ondersteuning nodig is, waardoor men nuttig werk levert.

De hulpverlening focust ook op verschillende aspecten: van het bevorderen van de assertiviteit en controle over het eigen lichaam bij jonge meisjes tot het begeleiden van een ingewikkelde sociale multiproblematiek bij een buitenlandse sekswerker. Tijdens de contacten met de doelgroep wordt er ook veel flexibiliteit getoond vanwege het hulpverleningsteam, en de gemoedelijke en informele contacten die dit oplevert, worden door de meeste medewerkers beschouwd als een zeer positief aspect van de organisatie.

Het feit dat ze gratis kunnen werken zorgt er vooral voor dat ze onafhankelijk kunnen blijven werken van eigenaars of managers van bijvoorbeeld bars of privéhuizen.

Bijna alle medewerkers geven ook aan in een goed team te zitten, waar de hechte samenwerking ervoor zorgt dat ze goed functioneren binnen de organisatie. Ondanks de vele verschillende meningen vindt er altijd overleg plaats en kan men vraagstukken in groep bespreken.

Het blijven uitvoeren van wetenschappelijk werk en het omgeven worden door een universitair kader werden door een medewerker van Ghapro ook als positieve elementen aangehaald. Zo krijgt Ghapro, vanuit het Centrum voor de Evaluatie van Vaccinaties (CEV) van de Universiteit Antwerpen, ondersteuning bij het schrijven van wetenschappelijke medische artikels. Ook wordt er jaarlijks een overleg gehouden om het medisch aanbod te overlopen en eventueel aan te passen (bijvoorbeeld extra testen). Kleine vragen rond een

bepaalde casus (bijvoorbeeld vaccinatieschema) kunnen ook gebeuren in overleg met het CEV.

#### 3.2.3.4. *Knelpunten van de werking*

Alle medewerkers van beide organisaties bemerken dat er een gebrek is aan tijd, middelen en mensen om alle werkplekken die gekend zijn te bereiken en om iedereen die er nood aan heeft actieve begeleiding te bieden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat beide organisaties worden gefinancierd door de Vlaamse Gemeenschap en dat ze de overige financiering uit andere bronnen halen. Er zijn echter grote verschillen tussen de organisaties in dit financieringskader. In de volgende tabel worden de subsidies weergegeven die de organisaties hebben ontvangen in 2010.

Tabel 3.16. Financiering van Ghapro en Pasop (2010)

	Vlaamse Gemeenschap	Provincie Oost-VI	Provincie West-VI	Stad Gent	Stad Brugge	Stad Antwerpen	TOTAAL
Ghapro	€90.175	-	-	-	-	€325.929	€416.104
Pasop	€143.980	€10.000	€9.000	€51.955	€2.500	-	€217.435

Hoewel Ghapro over het algemeen meer subsidies ontvangt, dient de subsidie die ze ontvangen van de Stad Antwerpen enkel voor de sekswerkers die zich daadwerkelijk in de stad bevinden. Zo kan de hulp die verleend wordt aan sekswerkers in de provincie Antwerpen, niet van dit budget betaald worden. De subsidie van de stad Antwerpen wordt, zoals reeds vermeld, ook gebruikt voor de werking van het sociaal luik van Ghapro, Connecta, wat verklaart waarom er geen sociale hulpverlening kan geboden worden aan sekswerkers buiten de stad. De percepties van de medewerkers over het gebrek aan middelen moeten dus benaderd worden met dit financieringskader in het achterhoofd.

Beide organisaties merken op dat er niet genoeg middelen zijn om een actieve sociale hulpverlening aan te bieden; voor Ghapro gaat dit dan specifiek over vrouwen uit de provincie. Ook als er duidelijk nood is aan begeleiding, is men niet in staat om een persoon actief op te volgen door gebrek aan tijd en middelen. Als men wel begeleiding biedt, is er verder soms geen duidelijke afbakening van hoe ver een begeleiding precies kan gaan. De hulpverleners krijgen te maken met zeer complexe materies waar niet altijd kant-en-klare oplossingen voor zijn. Er bestaan ook geen duidelijke richtlijnen, een beslissingskader of een beslissingsstructuur waarbinnen de sociale hulpverleners kunnen handelen. Enkele medewerkers besluiten dat er nood is aan een professionalisering en een uitbreiding van het sociale luik. Deze opmerking komt dan ook voort uit de toenemende vraag naar sociale begeleiding bij de doelgroep. Bij Ghapro is dit voornamelijk een probleem bij vrouwen uit de provincie; bij Pasop bemerken enkelen dat er geen tijd of middelen zijn om vrouwen in het algemeen actief te begeleiden, bijvoorbeeld bij heroriëntering naar ander werk wanneer men aangeeft uit het vak te willen stappen.

Door het tijdsgebrek geven enkele medewerkers aan dat hun functie te veelomvattend is geworden en dat ze te veel taken op zich moeten nemen. Hierdoor groeit ook de nood aan bijscholing en specifieke vormingen, maar ook hier zijn geen tijd en middelen voor.

Op organisatorisch vlak geeft men ook enkele knelpunten aan: beide coördinatoren bemerken dat het zeer tijdsintensief is om subsidies te blijven zoeken om de werking te kunnen garanderen. Hoewel ze ook dankbaarheid tonen dat er aan de hand van de bestaande subsidies vanuit het beleid aandacht wordt besteed aan een gemarginaliseerde groep in de maatschappij, blijft de constante zoektocht naar financiering toch een stresserende taak. Een enkele medewerker gaf ook aan dat de onzekerheid van verdere subsidiëring werkonzekerheid betekent.

Vervolgens geeft vooral Ghapro aan dat er op beleidsvlak ook knelpunten zijn: aangezien de organisaties bestaan uit hulpverleners en terreinwerkers, is er niemand die voldoende opgeleid is om een beleidsfunctie uit te voeren. Dit gaat dan vooral over iemand die moet instaan voor het uitdenken van een strategie, het personeel ondersteunen en het coördineren van de financiering. De dagdagelijkse werking coördineren in combinatie met het uitvoeren van terreinwerk is momenteel te veeleisend.

Beide organisaties geven ook aan dat er een probleem is met de locatie waarin ze werken: bij Ghapro is er meer nood aan consultatieruimtes door de sterke en snelle groei van Connecta met de bijhorende sociale raadplegingen; bij Pasop geeft men aan dat er naast plaatsgebrek nood is aan een opfrissing van het gebouw. Dit laatste is ondertussen gebeurd.

#### *3.2.3.5. Voorstellen voor verbetering*

De voorstellen voor verbetering van de organisaties zijn nauw verbonden aan de knelpunten die eerder werden besproken. Doordat een gebrek aan geld en tijd een van de grootste knelpunten is bij de organisaties, stellen de meeste medewerkers voor om meer tijd en geld vrij te maken om het bereik in de provincies te vergroten. Ook zou er meer op het tempo van de cliënt kunnen worden gewerkt in plaats van alles zeer snel te moeten doen.

Een medewerker stelde voor om tijd vrij te maken door het toersysteem in de provincie efficiënter te maken door een hiërarchie van bezoeken op te stellen. Zo wordt, op basis van hoe lang het is geleden dat het medisch team er is geweest, op voorhand een planning gemaakt van de werkplekken die op een bepaalde dag bezocht moeten worden. Voorgesteld werd om deze planning te moeten kunnen wijzigen wanneer bijvoorbeeld ergens anders dringend een resultaat meegedeeld moet worden.

Bij Ghapro werd er verder voorgesteld om een voorraad noodmedicatie in huis te halen om heel arme sekswerkers of sekswerkers in nood toch op weg te helpen.

Op sociaal vlak stelde iemand voor om een sociaal-crisismanager aan te nemen die direct kan komen als er zich tijdens outreach-activiteiten een crisis voordoet. Op deze manier kunnen de meest acute gevallen toch al actief sociaal begeleid worden. Gelijkaardig werd ook door enkele medewerkers meegegeven dat het positief zou zijn mocht er een soort opvangplaats kunnen voorzien worden voor vrouwen in nood. Als er zich een crisissituatie voordoet, is er vaak nood aan een plek om even tot rust te komen. Om de sociale begeleiding nog verder te verbeteren, stelde men ook voor om meer vormingen te volgen rond specifieke sociale problematieken zoals intrafamiliaal geweld en zelfmoord. Ook stelde een medewerker van Pasop voor om een extra fulltime medewerker te voorzien ter uitbreiding van het sociaal luik: iemand die zowel de tijdsintensieve administratie kan doen als een systeem kan uitwerken voor heroriëntering en een betere samenwerking kan uitbouwen met andere sociale hulpverleningsinstanties.

Naast de voorstellen om meer tijd te besteden aan het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal, was er een specifiek voorstel om meer pictografisch materiaal te ontwikkelen voor mensen die niet kunnen lezen. Verder werd ook voorgesteld om het materiaal dat al bestaat, te vertalen naar meer talen aangezien er steeds meer nationaliteiten aanwezig zijn in de prostitutiebuurten.

Op het vlak van bereik stelde men voor om meer online hulpverlening te bieden. Hier zit veel potentieel in aangezien de seksindustrie zich meer naar het internet heeft verplaatst.

Verder werd er bij Ghapro aangegeven dat de initiatieven die in het verleden werden georganiseerd om meer aansluiting bij de maatschappij te vinden, zoals Nederlandse les, een cursus zelfverdediging en kerstfeestjes, als positief werden onthaald en dat hier meer initiatieven rond zouden moeten komen.

Niet onbelangrijk is dat een medewerker van Ghapro aangaf dat meer uniformiteit met Pasop een betere werking voor beiden zou kunnen opleveren en een verdere professionalisering van de hulpverlening in gang zou kunnen zetten. Momenteel werken de organisaties met eigen medische patiëntenbestanden. Dit heeft als nadeel dat wanneer een sekswerker bijvoorbeeld van Gent naar Antwerpen verhuist, de respectievelijke organisatie niet aan de gegevens kan. Het dossier kan wel via e-mail worden opgevraagd, maar dit is niet onmiddellijk beschikbaar. Eén gemeenschappelijk medisch patiëntenbestand zou veel efficiënter zijn. Eenzelfde databestand heeft ook als voordeel dat er op dezelfde manier zal worden geregistreerd en dat telkens dezelfde gegevens worden geregistreerd. Resultaten in jaarverslagen en evaluatieverslagen kunnen zo meer uniform worden weergegeven.

#### **3.2.4. Conclusie**

We kunnen concluderen dat, hoewel er geen volledige uniformiteit is tussen Ghapro en Pasop, beide organisaties wel vergelijkbare ideologieën, activiteiten en doelstellingen hanteren ter ondersteuning van hun werking.



In beide organisaties komen gelijkaardige percepties voor over prostitutie en hulpverlening:

- Beide organisaties trekken naar eigen zeggen ‘geboren hulpverleners’ aan die de zwakkeren in de maatschappij willen helpen.
- Beide organisaties stellen gelijkaardige patronen vast in bepaalde groepen: hoger risicogedrag bij jonge meisjes, moeilijk bereik van escorts, schrijnende situaties bij Vlaamse vrouwen in privés.
- Beide organisaties stellen veranderingen vast in de sector: de invloed van de financiële crisis, een toename van onveilige seks, een toename en een individualisering van het aanbod door het internet en een grote internationale toestroom van vooral Oost-Europeanen.
- Beide organisaties stellen vast dat stigmatisering van sekswerkers nog altijd sterk aanwezig is in de maatschappij en een zware psychologische last betekent. Ze willen graag bijdragen aan een vermindering van de stigmatisering van de prostituee in de maatschappij.
- Beide organisaties zijn overtuigd van de noodzaak van hun specifiek aanbod door de stigmatisering en de sociale exclusie van de doelgroep in het regulier aanbod. Samen met de omringende sociale omstandigheden waarin een sekswerker verkeert, leidt de sociale exclusie van een prostituee tot de nood aan actieve begeleiding vanuit de organisaties.
- Beide organisaties zijn overtuigd van de noodzaak om hun diensten naar de doelgroep zelf te brengen op een niet-veroordelende manier: outreach is een essentieel onderdeel van hun werking.
- Beide organisaties zijn overtuigd dat hun preventieboodschap risicogedrag van sekswerkers beïnvloedt, zeker in tijden waarin onveilige seks lijkt toe te nemen.
- Beide organisaties hebben sterke teams die elkaar onderling ondersteunen en de werking optimaliseren.

In beide organisaties komen echter ook gelijkaardige problemen voor:

- Een gebrek aan tijd, middelen en personeel wordt door iedereen van de organisaties als een tekortkoming beschouwd. Dit gegeven moet men echter wel bekijken vanuit een bredere nationale problematiek waar bijna elke organisatie nood heeft aan meer middelen en personeel, maar waar de meesten moeten werken met wat ze hebben. Beide organisaties hebben aangetoond dat ze, ondanks de stress die hierbij komt kijken, hun werking willen blijven verbeteren en er ook alles aan willen doen om dit waar te maken met de middelen die ze hebben. Dat de organisaties sommige werplekken niet of niet regelmatig kunnen bezoeken, wijst er echter op dat ze dit ondanks hun pogingen niet altijd kunnen waarmaken. Ook geven de meeste personeelsleden aan overbelast te zijn wegens een te uitgebreid takenpakket.
- In het verlengde van het vorige komen gevoelens van frustratie vaak voor bij de werknemers omdat ze hun aanbod niet aan iedereen kunnen bieden.
- Er is een nood aan professionalisering en omkadering van het sociaal luik.
- Er is nood aan het stellen van duidelijke grenzen van de hulpverlening.

## **Hoofdstuk 4.**

### **Kwantitatief onderzoek bij sekswerkers in Vlaanderen**

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op het kwantitatief onderzoek dat is uitgevoerd bij de sekswerkers. De resultaten van de afgenomen vragenlijsten zullen besproken worden per bevraagde groep: (a) de interventiegroep Ghapro, (b) de interventiegroep Pasop, (c) de controlegroep Limburg, en (d) de controlegroep Vlaams-Brabant.

Naast de opdeling volgens bevraagde groep, zullen sommige variabelen ook bekeken worden volgens sector, geboorteland, leeftijd en het aantal jaren ervaring als sekswerker. Voor welke variabelen dit bekeken zal worden, zal telkens in de inleiding van een nieuw deel worden vermeld.

#### **1. Het verloop en de resultaten van het veldwerk**

In dit deel bespreken we eerst het verloop van het veldwerk in Limburg en Vlaams-Brabant. We bekijken de werkplekken die geïnteresseerd waren om mee te werken aan het onderzoek en de plekken die geen interesse hadden. Opgemerkt moet worden, zoals in de onderzoeksopzet en -methodologie reeds werd uiteengezet, dat deze werkplekken gerekruteerd werden uit een zogenaamde *convenience sample* waarbij de steekproef is geselecteerd omwille van de beschikbaarheid voor de onderzoekers (dus de contactgegevens die te vinden zijn op het internet en het sekswerk dat zichtbaar is in het straatbeeld). Het verborgen sekswerk, dat beschouwd kan worden als echt clandestien en dat zeer moeilijk te vinden is omdat hierbij amper wordt geadverteerd, kon niet worden bereikt. Vervolgens bekijken we de respons en de non-respons tijdens het veldwerk bij de interventiegroepen (de sekswerkers die reeds in contact staan met Ghapro of Pasop).

##### **1.1. Het verloop van het veldwerk: controlegroepen Limburg en Vlaams-Brabant**

Er werd getracht een evenredige verdeling van de verschillende sectoren in Limburg en Vlaams-Brabant te verkrijgen in de steekproef van het onderzoek. Zoals reeds werd vermeld in het eerste hoofdstuk, was dit echter niet evident. In tabel 4.1 worden de hoofdeigenschappen weergegeven van het gevonden sekswerk in Limburg en Vlaams-Brabant. Opgemerkt moet worden dat de sekswerkers uit de sectoren die vooral te vinden zijn in Limburg en Vlaams-Brabant, niet noodzakelijk het grootste deel uitmaken van onze steekproef in dit onderzoek. Hieronder worden de redenen gegeven waarom sekswerkers uit bepaalde sectoren al dan niet representatief vertegenwoordigd zijn.

Tabel 4.1. Hoofdeigenschappen van het sekswerk in Limburg en Vlaams-Brabant

	<b>Limburg</b>	<b>Vlaams-Brabant</b>
<b>Sectoren</b>	Privéhuizen Rendez-vous hotels	Thaise massagesalons Bars/clubs Rendez-vous hotels
<b>Taal</b>	Nederlandstalig	Franstalig
<b>Nationaliteiten</b>	Overwegend West-Europees (Belgisch, Nederlands) en Oost-Europees	Grote verscheidenheid nationaliteiten: Aziatisch, Zuid-Amerikaans, Afrikaans, Oost-Europees

### *1.1.1. Geïnteresseerde werkplekken in Limburg en Vlaams-Brabant*

In totaal zijn in Limburg op drieëntwintig werkplekken vragenlijsten afgenomen: in acht privéhuizen, acht massagesalons (waarvan er drie geen intiem doen<sup>13</sup>) en zeven bars/clubs. In Vlaams-Brabant zijn op twaalf werkplekken vragenlijsten afgenomen: in drie privéhuizen, vier bars/clubs, twee massagesalons (beide Thais) die wel intiem doen en drie massagesalons die geen intiem doen (waarvan er bij twee enkel Thaise vrouwen werken en bij één enkel Belgische). In drie bars/clubs in Vlaams-Brabant wensten de vrouwen wel deel te nemen, maar hadden ze geen tijd om de vragenlijsten in te vullen voor het afronden van het onderzoek.

Uiteraard wensten niet steeds alle vrouwen werkzaam op één bepaalde werkplek deel te nemen of konden ze niet omdat ze het Nederlands, Frans, Engels of Pools onvoldoende machtig waren om de vragenlijst in te vullen. Ook waren er soms vrouwen op een geïnteresseerde werkplek die reeds contact hadden met Ghapro, Pasop of Espace P en daarom niet in aanmerking kwamen voor het onderzoek.

Niet alle vragenlijsten zijn ter plekke afgenomen. Meestal waren niet alle sekswerkers aanwezig of hadden ze op dat moment geen tijd om de vragenlijst in te vullen. De vragenlijsten werden dan achtergelaten en er werd een datum afgesproken om de ingevulde vragenlijsten te komen ophalen.

De geïnteresseerde werkplekken in Limburg werden in totaal 85 keer bezocht en de geïnteresseerde werkplekken in Vlaams-Brabant werden in totaal 51 keer bezocht. Voor verschillende redenen moest er meestal meer dan één keer naar een bepaalde werkplek gegaan worden: de werkplek was soms gesloten, de baas of bazin was er niet en de sekswerkers hadden eerst graag van hen de toestemming gekregen om mee te werken, een datum was afgesproken om de ingevulde vragenlijsten op te halen maar de respondenten waren het vergeten, enzovoort.

De vragenlijsten bij de twee escortes uit Limburg werden één keer bij de respondent thuis en één keer in een hotelkamer afgenomen. De vragenlijsten bij de escortes uit Vlaams-Brabant

<sup>13</sup> Zoals reeds eerder vermeld zijn dit sekswerkers die geen vaginale, anale of orale seks als diensten verlenen. Wel geven ze bijvoorbeeld erotische massages (*body-to-body*), zoenen ze met de klant of bevredigen ze de klant met de hand.

werden telkens bij hen thuis afgenomen. Één sekswerker uit Vlaams-Brabant vond het te moeilijk om af te spreken en heeft de vragenlijst via de computer ingevuld en elektronisch doorgestuurd.

### *1.1.2. Niet geïnteresseerde werkplekken in Limburg en Vlaams-Brabant*

In vijftien zaken in Limburg hebben de onderzoeksters de uitleg gedaan over het onderzoek, maar was er geen interesse. Het ging om negen privéhuizen, één massagesalon en vijf bars/clubs. Op vijf werkplekken hebben we niet met de sekswerkers zelf gesproken, maar gaf de bazin (drie) of baas (twee) van de zaak aan niet te willen meewerken. Eenmaal toonde een bazin en tweemaal toonde een baas wel interesse, maar waren het de vrouwen die niet wilden meewerken. In één zaak waren enkel de vrouwen zelf aanwezig, maar gaven ze aan sowieso niet te willen meewerken, ook al zou de baas akkoord gaan. Bij zes werkplekken was het niet duidelijk of het iemand in dienst of de bazin was die geen interesse toonde voor het onderzoek.

In Vlaams-Brabant werd in twintig zaken het onderzoek voorgesteld, maar was er geen interesse. Het ging om drie privéhuizen, acht bars/clubs en vier Thaise massagesalons. Op drie werkplekken hebben we niet met sekswerkers gesproken, maar gaf de bazin (één) of baas (twee) van de zaak aan niet te willen meewerken. Eenmaal toonde een bazin en driemaal toonde een baas wel interesse, maar waren het de vrouwen die niet wilden meewerken. In één zaak was de baas bereid om mee te werken, maar gaf de gerante aan dit niet te willen. In drie zaken waren enkel de vrouwen zelf aanwezig, maar gaven ze aan sowieso niet te willen meewerken, ook al zou de baas of bazin akkoord gaan. Op vier plaatsen waren de sekswerkers zeer enthousiast over het onderzoek en wensten ze graag mee te werken, maar achteraf bleek dat ze van hun baas (één) of bazin (drie) niet de toestemming kregen om mee te werken. Bij vijf werkplekken was het niet duidelijk of het iemand in dienst of de bazin was die geen interesse toonde voor het onderzoek.

Opgemerkt moet worden dat de vrouwen niet steeds persoonlijk konden/mochten worden aangesproken en dat soms de uitleg werd gedaan aan één of twee sekswerkers waarna deze aangaven niet te wensen mee te werken. Het is dus mogelijk dat er (andere) vrouwen werkten die misschien wel interesse hadden voor het onderzoek, maar in deze context niet bereikt werden.

Als redenen voor niet medewerking werd enkele keren aangehaald dat ze geen tijd hadden ‘voor dat soort zaken’, maar meestal werd als argument gegeven dat de vrouwen reeds een vaste huisarts hadden en dat ze daarom hulpverlening specifiek voor mensen die werken in de erotische sector niet nodig vonden. Door de eigenaars werd soms aangehaald dat ze reeds in contact stonden met een arbeidsgeneeskundige dienst. Op enkele werkplekken werd aangegeven dat ze het niet zagen zitten om de vragenlijst in te vullen wegens te persoonlijke vragen of wegens angst voor controle, maar dat ze wel interesse hadden voor de medische hulpverlening. Één bazin gaf aan niet te geloven dat een gratis en anonieme hulpverlening

zoals Ghapro en Pasop deze aanbieden bestond en zag de onderzoeksters daarom aan als personen die iets kwamen controleren. Enkele vrouwen maakten ook de bedenking of alles wel hygiënisch kon gebeuren aangezien Ghapro en Pasop de onderzoeken uitvoeren op de werkplek.

De niet geïnteresseerde werkplekken in Limburg werden in totaal 31 keer bezocht. De niet geïnteresseerde werkplekken in Vlaams-Brabant werden in totaal 48 keer bezocht. Ook hier moest er wegens verschillende redenen soms meer dan één keer naar een werkplek worden gegaan: de werkplek was soms gesloten, de persoon om toestemming te vragen voor het onderzoek was niet aanwezig, er werden vragenlijsten afgegeven en een datum afgesproken om ze te komen ophalen maar ze wensten uiteindelijk toch niet deel te nemen, enzovoort.

Vijf escortes werkzaam in Limburg en zes escortes werkzaam in Vlaams-Brabant waaraan telefonisch de uitleg over het onderzoek werd gedaan, waren ook niet geïnteresseerd om mee te werken. Ook hier werd meestal aangehaald dat ze zich al laten testen bij hun huisarts en bijgevolg het nut niet inzagen van een vragenlijst in te vullen. Twee escortes uit Vlaams-Brabant waarmee de onderzoeksters een afspraak hadden, hebben deze afspraak uiteindelijk afgebeeld en gaven aan toch niet te willen meewerken.

### ***1.1.3. Overige bezochte werkplekken in Limburg en Vlaams-Brabant***

In wat volgt wordt overlopen welke werkplekken in Limburg en Vlaams-Brabant werden bezocht, maar waar het onderzoek niet kon worden uitgelegd of die niet in aanmerking kwamen voor het onderzoek.

*Limburg.* Op drie werkplekken (alle drie Thaise massagesalons) was er een te moeilijke communicatie. De vrouwen die er werkten spraken geen Nederlands, Engels of Frans dus kon het onderzoek niet uitgelegd worden. Vierentwintig werkplekken waren op het moment van het onderzoek niet meer actief. Twee hiervan gingen op korte termijn wel terug open en waren geïnteresseerd in de hulpverlening die Ghapro en Pasop aanbieden. Zes werkplekken kwamen niet in aanmerking omdat er enkel kamers werden verhuurd, of waren parenclubs waar geen personeel in dienst was. Vier bars beweerden enkel mee te drinken met klanten; ook hier waren volgens de eigenaars geen dames in dienst die seksuele diensten verleenden aan klanten. Eén massagesalon beweerde niets intiem of erotisch te doen, maar was op internet wel duidelijk terug te vinden bij recensies over seksueel verleende diensten. Vier werkplekken in Limburg werden verschillende malen en op verschillende tijdstippen bezocht, maar waren nooit open. Op één werkplek werden de onderzoeksters niet binnengelaten.

*Vlaams-Brabant.* Op drie werkplekken was er een te moeilijke communicatie: bij twee Thaise massagesalons en één bar/club spraken de vrouwen geen Nederlands, Engels of Frans en kon het onderzoek niet uitgelegd worden. Eenentwintig werkplekken waren op het moment van het onderzoek niet meer actief en één massagesalon ging op korte termijn sluiten waardoor de baas het niet nuttig vond om nog mee te werken. Tien werkplekken kwamen niet in

aanmerking: er werden enkel kamers verhuurd, het waren parenclubs, swingerclubs of *boys clubs* waar geen personeel in dienst was, of het waren stripclubs waar geen seksuele diensten werden verleend. Vier bars beweerden enkel mee te drinken met klanten; ook hier beweerde men geen dames in dienst te hebben die seksuele diensten verleenden aan klanten. Vier Thaise massagesalons beweerden niets intiem of erotisch te doen. Nadat deze werden opgezocht op [www.hookers.nl](http://www.hookers.nl), bleek echter hier wel seksuele diensten verleend werden of erotische massages gegeven werden. In één bar/club hadden de onderzoeksters met een dame die er werkzaam was gesproken die aangaf geïnteresseerd te zijn voor het onderzoek, maar wilde dat er eerst toestemming werd gevraagd aan haar bazin. Wanneer een week later met de bazin werd gesproken, beweerde deze echter dat er niets intiem of erotisch werd gedaan. Het feit dat de vrouw die er werkte wel wou meewerken, en het feit dat wanneer de onderzoeksters in gesprek waren met de bazin er een klant met een vrouw naar boven ging, geeft aan dat er wel degelijk seksuele diensten worden verleend. Vier werkplekken in Vlaams-Brabant zijn verschillende malen en op verschillende tijdstippen bezocht geweest, maar waren nooit open. Op één werkplek werden de onderzoeksters niet binnengelaten. Drie werkplekken werden regelmatig bezocht door Ghapro of Pasop en kwamen dus niet in aanmerking voor het onderzoek.

In totaal werden deze werkplekken in Limburg 56 keer bezocht en in Vlaams-Brabant 87 keer: ze waren vaak niet open, ze hadden geen tijd, er werd een afspraak gemaakt om eens terug te komen maar bleken uiteindelijk enkel mee te drinken, enzovoort.

Ook werd er voor het bereiken van escortes werkzaam in Limburg en Vlaams-Brabant een lijst met telefoonnummers van escortes opgebeld. Bij veel van deze nummers kregen de onderzoeksters te horen dat het telefoonnummer was afgesloten of werd er steeds rechtstreeks doorverbonden naar de voicemail. Van deze vrouwen is dus niet geweten of ze nog steeds werkzaam zijn, of dat ze (tijdelijk) niet meer actief zijn.

De bars al dan niet in combinatie met raamprostitutie op de Luikersteenweg in Sint-Truiden (Limburg), beter gekend als de Chaussée d'amour, kwamen niet in aanmerking voor het onderzoek. Deze werkplekken worden immers bezocht door Espace P.

#### ***1.1.4. Overzicht van de geïnteresseerde, niet geïnteresseerde en de overige bezochte werkplekken in Limburg en Vlaams-Brabant***

Tabel 4.2 geeft een overzicht van de geïnteresseerde, de niet geïnteresseerde en de overige bezochte werkplekken in Limburg en Vlaams-Brabant.

Tabel 4.2. Overzicht werkplekken in Limburg en Vlaams-Brabant

	Limburg	Vlaams-Brabant
<b>Geïnteresseerde werkplekken</b>		
Vragenlijsten afgenomen op hoeveel werkplekken en bij hoeveel escortes	23 werkplekken - 8 privéhuizen - 8 massagesalons (waarvan 3 geen intiem) - 7 bars/clubs + 2 escortes	12 werkplekken - 3 privéhuizen - 5 massagesalons (waarvan 3 geen intiem) - 4 bars/clubs + 3 escortes
Redenen waarom vrouwen op een bepaalde werkplek wel interesse hadden, maar niet deelnamen		- Geen tijd - Taal niet voldoende machtig om vragenlijst in te vullen - Reeds contact met Ghapro, Pasop of Espace P
<b>Niet geïnteresseerde werkplekken</b>		
Aantal niet geïnteresseerde werkplekken en escortes	15 werkplekken - 9 privéhuizen - 1 massagesalon - 5 bars/clubs + 5 escortes	20 werkplekken - 3 privéhuizen - 9 massagesalons - 8 bars/clubs + 8 escortes
Wie toonde geen interesse en wie wel	- 5 keer bazin/baas niet (SW onbekend) - 3 keer SW niet, bazin/baas wel - 1 keer SW niet (baas/bazin onbekend) - 6 keer niet duidelijk (SW of bazin)	- 3 keer bazin/baas niet (SW onbekend) - 4 keer SW niet, bazin/baas wel - 1 keer gerante niet, bazin/baas wel - 3 keer SW niet (baas/bazin onbekend) - 4 keer SW wel, bazin/baas niet - 5 keer niet duidelijk (SW of bazin)
Redenen die werden gegeven waarom ze geen interesse hadden		- Geen tijd 'voor dat soort zaken' - Vrouwen hebben vaste huisarts - Reeds in contact met arbeidsgeneeskundige dienst - Te persoonlijke vragen - Angst voor controle
<b>Overige bezochte werkplekken</b>		
Aantal werkplekken en reden waarom niet opgenomen in het onderzoek	- 3 waar onderzoek niet kon worden uitgelegd wegens taalprobleem - 24 niet meer actief - 11 niet in aanmerking omdat er geen personeel in dienst was dat seksuele diensten verleent - 4 verschillende keren op verschillende tijdstippen bezocht, maar nooit open - 1 waar de onderzoeksters niet werden binnengelaten - De werkplekken op de Chaussée d'Amour: al bezocht door Espace P	- 3 waar onderzoek niet kon worden uitgelegd wegens taalprobleem - 22 niet meer actief - 19 niet in aanmerking omdat er geen personeel in dienst was dat seksuele diensten verleent - 4 verschillende keren op verschillende tijdstippen bezocht, maar nooit open - 1 waar de onderzoeksters niet werden binnengelaten - 3 werkplekken die regelmatig door Ghapro of Pasop worden bezocht

## 1.2. Het verloop van het veldwerk: interventiegroep Ghapro en Pasop

Zoals reeds in de methodologie is uiteengezet, werden de mogelijke respondenten voor de interventiegroep eerst gecontacteerd door een medewerker van Ghapro of Pasop met de vraag of ze wilden meewerken aan het onderzoek. Dit gebeurde (a) tijdens open consultaties in het inloopcentrum, (b) tijdens outreach-contacten in de stedelijke prostitutiebuurten en in de provincies en (c) telefonisch. Vervolgens gaven Ghapro en Pasop de contactgegevens van de sekswerkers door aan de onderzoeksters, waarna deze verder contact opnamen met de mogelijke respondenten om een afspraak te maken. Ook was tijdens enkele open consultaties

een onderzoekster aanwezig op het inloopcentrum van Ghapro of Pasop. Wanneer een sekswerker interesse had om mee te werken aan het onderzoek, werd deze na de medische consultatie doorverwezen naar een aparte ruimte om de vragenlijst in te vullen samen met de onderzoekster.

### *1.2.1. Interventiegroep Ghapro*

In totaal werden door de medewerkers van Ghapro 99 cliënten gevonden die interesse hadden om mee te werken aan het onderzoek. Deze werden voornamelijk gerekruteerd doordat de medewerkers van Ghapro individuele sekswerkers aanspraken tijdens de consultaties of tijdens de outreach-activiteiten.

#### *1.2.1.1. Respons*

In totaal hebben 28 sekswerkers de vragenlijst ingevuld tijdens de open consultaties van Ghapro, waarbij de sekswerkers na hun medische consultatie in het inloopcentrum werden doorverwezen naar een onderzoekster om de vragenlijst in te vullen. In totaal werden zeventien consultaties bijgewoond om de 28 vragenlijsten te verkrijgen.

Tijdens de nachtelijke medische rondes van Ghapro bij de ramen in het Schipperskwartier werden er elf respondenten gerekruteerd. Wanneer een sekswerker wenste mee te werken, werd door de outreacher van Ghapro een onderzoekster onmiddellijk telefonisch gecontacteerd om ter plaatse te komen voor de vragenlijst. De onderzoekster ging dan het raam binnen na de afronding van het medisch onderzoek.

Bij 35 sekswerkers die door Ghapro werden gecontacteerd om mee te werken aan het onderzoek (tijdens outreach, open consultatie of telefonisch) werd de vragenlijst op de werkplek zelf afgenomen. Dit gebeurde nadat de medewerkers van Ghapro de contactgegevens van de geïnteresseerde sekswerkers aan de onderzoeksters hadden doorgegeven, waarna er een afspraak met deze vrouwen werd gemaakt. Tijdens deze bezoeken aan de werkplekken werden er verder drie vrouwen die voldeden aan de inclusiecriteria en die ermee instemden om de vragenlijst in te vullen, gerekruteerd door de onderzoekster. Eén respondent wilde het liefst op Ghapro afspreken om de vragenlijst in te vullen, en één respondent nodigde de onderzoekster bij haar thuis uit.

In totaal werden dus 79 vragenlijsten afgenomen bij sekswerkers die in contact staan met Ghapro. Hiervan werden er twee niet opgenomen in de analyse: één respondent was nog niet lang genoeg in contact met Ghapro en één respondent was niet terug te vinden in het databestand van Ghapro.

Hoewel de mogelijke respondenten werden aangebracht door de medewerkers van Ghapro, verliepen deze contacten niet altijd even vlot. Bij de respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld, waren er soms verschillende telefonische en/of fysieke contacten nodig om de



respondent te overtuigen mee te werken aan het onderzoek of de vragenlijst volledig in te vullen. Door de variërende werkuren waren respondenten ook vaak niet telefonisch bereikbaar, waardoor er meerdere pogingen nodig waren op verschillende tijdstippen om de mogelijke respondent aan de lijn te krijgen.

#### *1.2.1.2. Non respons*

Acht van de potentiële respondenten die Ghapro doorgaf konden uiteindelijk niet bereikt worden nadat ze herhaaldelijk werden getelefoneerd of werden opgezocht op de werkplek. Vier potentiële respondenten werden niet gecontacteerd omdat het einde van het veldwerk reeds in zicht was of omdat de locatie van de werkplek moeilijk bereikt kon worden. Twee respondenten wilden wel meewerken aan het onderzoek, maar waren niet in staat om de vragenlijst in te vullen wegens taalproblemen. Nog twee respondenten wilden oorspronkelijk wel meewerken, maar werden afgeschrikt door de omvang en/of de aard van de vragenlijst en weigerden daarom verdere medewerking. Bij vijf respondenten werd telefonisch een afspraak gemaakt voor het invullen van de vragenlijst, maar kwam er uiteindelijk niemand opdagen op het afgesproken tijdstip of was er niemand aanwezig op de afgesproken locatie. Na telefonisch contact bleek dan dat de respondenten de afspraak vergeten waren of dat er iets was tussengekomen. Met twee van deze respondenten werd dan nog verschillende keren afgesproken, maar ook bij deze afspraken kwam de respondent niet opdagen of stond de onderzoekster steeds voor gesloten deuren. Vervolgens waren er twee respondenten die telefonisch gecontacteerd werden en interesse toonden voor het onderzoek, maar wegens tijdsgebrek verkozen de onderzoekster zelf terug te contacteren op een moment dat hen beter uitkwam, wat echter nooit gebeurde.

In totaal waren er dus 20 potentiële respondenten waarvan Ghapro de contactgegevens had doorgegeven maar die de vragenlijst niet hebben ingevuld.

#### *1.2.2. Interventiegroep Pasop*

De contactgegevens die door Pasop werden aangebracht, waren gegevens van zowel werkplekken als van individuele sekswerkers. De medewerkers van Pasop contacteerden voornamelijk de werkplekken telefonisch om te vragen of er interesse was om mee te werken aan het onderzoek. Per werkplek werd dan door Pasop de manager of eigenaar om toestemming gevraagd, en werd er een lijst meegegeven aan de onderzoeksters met de potentiële respondenten van die werkplek en hun contactgegevens. Ook werden er individuele sekswerkers telefonisch gecontacteerd en werden sekswerkers aangesproken op de open consultaties of tijdens outreach-activiteiten.

##### *1.2.2.1. Respons*

Er werden bij 48 respondenten vragenlijsten afgenomen op de werkplek. De onderzoekster contacteerde eerst de werkplek of de sekswerker telefonisch, waarna een afspraak werd

gemaakt. Aangezien Pasop meestal per werkplek contactgegevens doorgaf, werd er vaak tijdens de afspraak zelf gekeken welke sekswerkers van die werkplek voldeden aan de inclusiecriteria en interesse hadden om de vragenlijst in te vullen.

Twaalf vragenlijsten werden ingevuld tijdens de open consultaties van Pasop. Enerzijds werden geïnteresseerde sekswerkers na de medische consultatie in het inloopcentrum doorverwezen naar een onderzoekster om de vragenlijst ter plekke in te vullen en anderzijds werden na de consultatie-uren werkplekken doorgegeven die zich rond het inloopcentrum bevonden en waarvan de outreacher had vernomen dat de sekswerker interesse had voor het onderzoek. In totaal werden er acht open consultaties van Pasop bijgewoond.

Gezien de grote geografische afstand tussen sommige werkplekken, is er voor gekozen om enkele vragenlijsten per post of e-mail door te sturen. Zo werden vier sekswerkers eerst telefonisch gecontacteerd om het onderzoek uit te leggen, waarna er werd afgesproken om de vragenlijst per post of e-mail verder af te handelen.

Aangezien tegen het einde van de onderzoeksperiode het beoogde aantal respondenten uit de interventiegroep Pasop nog niet in zicht was, is er voor gekozen om enkele vragenlijsten achter te laten op het inloopcentrum van Pasop, waar de vragenlijsten door geïnteresseerde cliënten werden ingevuld en werden afgegeven op momenten dat de onderzoekster niet aanwezig was. Dit leverde veertien extra vragenlijsten op.

In totaal werden dus 78 vragenlijsten afgenomen bij sekswerkers die in contact staan met Pasop. Hiervan werden er drie niet opgenomen in de analyse: twee waren nog niet lang genoeg in contact met Pasop en één respondent was nog nooit bij Pasop geweest.

Ook hier verliepen de contacten met de sekswerkers niet steeds even vlot en moesten de respondenten meestal meerdere keren telefonisch worden gecontacteerd of worden opgezocht op de werkplek vooraleer de vragenlijst werd ingevuld. Aangezien meestal de contactgegevens van de werkplekken werden doorgegeven, en niet de contactgegevens van de individuele sekswerkers, zorgde dit er vaak voor dat bij een afspraak op een bepaalde werkplek niet steeds alle potentiële respondenten van een werkplek beschikbaar of aanwezig waren. Ook dit zorgde ervoor dat sommige werkplekken verschillende keren bezocht moesten worden.

#### *1.2.2.2. Non respons*

Zes van de potentiële respondenten die werden aangegeven door Pasop konden niet bereikt worden. Dit kwam voornamelijk voor bij de raamsekswerkers, waar de vrouwen vaak klanten hadden en er zich nooit een vrij moment voordeed om het onderzoek uit te leggen. Drie respondenten werden niet gecontacteerd omdat de afstand tot de werkplek te groot was of er taalproblemen waren en vier doorgegeven respondenten bleken toch niet te voldoen aan de inclusiecriteria voor het onderzoek. Zes respondenten wensten de vragenlijst niet langer in te

vullen omdat er te persoonlijke vragen instonden. Ook werden er zeven vragenlijsten afgegeven aan potentiële respondenten of op werkplekken waar de sekswerkers niet aanwezig waren, maar deze werden nooit ingevuld.

### 1.2.3. *Overzicht respons en non respons bij de interventiegroepen Ghapro en Pasop*

Tabel 4.3 geeft een overzicht van de respons en de non respons bij de interventiegroepen Ghapro en Pasop.

Tabel 4.3. Overzicht respons en non respons bij de interventiegroepen Ghapro en Pasop

	Ghapro	Pasop
Aantal SW initieel geïnteresseerd	99 sekswerkers	Niet te bepalen (werkplekken en/of individuele sekswerkers werden doorgegeven)
Aantal SW vragenlijst ingevuld	79 sekswerkers - 29 in het inloopcentrum (28 na de open consultaties en 1 na afspraak) - 11 tijdens de nachtelijke medische ronde in het schipperskwartier - 38 afgenomen op de werkplek van de respondenten - 1 bij de respondent thuis	78 sekswerkers - 12 na open consultaties in het inloopcentrum of in de nabije omgeving van het inloopcentrum - 48 afgenomen op de werkplek van de respondenten - 4 per post of per e-mail - 14 afgegeven door de sekswerkers aan een medewerker van Pasop
Aantal vragenlijsten opgenomen in analyse	77 vragenlijsten	75 vragenlijsten
Motieven voor non respons van respondenten die door de organisaties werden opgegeven	- 8 niet bereikt ondanks herhaaldelijk telefoneren of opzoeken op de werkplek - 4 einde veldwerk in zicht of werkplek moeilijk bereikbaar - 2 taalproblemen - 2 afgeschrikt door omvang of aard van de vragenlijst - 2 herhaaldelijk afwezig op afgesproken tijdstip en locatie - 2 tijdsgebrek	- 6 konden niet bereikt worden - 3 waarbij de afstand tot de werkplek te groot was of taalproblemen - 4 bleken niet te voldoen aan de inclusiecriteria voor het onderzoek - 6 vonden de vragen te persoonlijk - 7 vragenlijsten werden afgegeven maar nooit ingevuld

## 1.3. De resultaten van het veldwerk

### 1.3.1. *Aantal respondenten*

In totaal werden bij de controlegroep Limburg 73 vragenlijsten en bij de controlegroep Vlaams-Brabant 50 vragenlijsten afgenomen. Twee vragenlijsten van de controlegroep Vlaams-Brabant werden niet opgenomen in de analyse: één vragenlijst vertoonde teveel *missing values* en één respondent had regelmatig contact met Pasop. Dat brengt het totaal aantal vragenlijsten die voor de beide controlegroepen zijn opgenomen in de analyse op 121.

Hierbij moet opgemerkt worden dat het moeilijk is om de respondenten uit de controlegroep die werkzaam zijn als escorte aan een bepaalde regio toe te kennen. Deze sekswerkers hebben immers vaak een zeer groot werkgebied. De toekenning aan de groep Limburg of Vlaams-

Brabant is bijgevolg gebeurd op basis van waar ze het meeste werkzaam zijn, of voor welke regio ze het meeste adverteren.

Bij de interventiegroep Ghapro werden in totaal 79 vragenlijsten afgenomen, waarvan er 77 werden opgenomen in de analyse. Bij de interventiegroep Pasop konden 75 van 78 afgenomen vragenlijsten worden opgenomen in de analyse. Voor de interventiegroepen werden dus in totaal 152 vragenlijsten opgenomen in de analyse.

Gedurende de hele veldwerkperiode werden bij 280 sekswerkers vragenlijsten afgenomen en werden er 273 opgenomen in de analyse van dit onderzoek (tabel 4.4).

Tabel 4.4. Aantal vragenlijsten opgenomen in de analyse

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	Controlegroep Limburg	Controlegroep Vlaams-Brabant	TOTAAL
Aantal	77	75	73	48	273

### ***1.3.2. Taal waarin de vragenlijsten zijn ingevuld***

In totaal werd 69,2% van de vragenlijsten ingevuld in het Nederlands, 18,0% in het Engels, 8,8% in het Frans en 4,0% in het Pools (tabel 4.5). De Engelse vertaling van de vragenlijst is het meest gebruikt bij de interventiegroep Ghapro, de Franse vertaling bij de controlegroep Vlaams-Brabant en de Poolse vertaling bij de controlegroep Limburg. Ook een Spaanse en een Duitse vertaling van de vragenlijst was nuttig geweest: in Vlaams-Brabant kwamen de onderzoeksters regelmatig met Spaanstalige, en in Limburg met Duitstalige sekswerkers in contact. Ondanks het overwicht van de Thaise massagesalons in Vlaams-Brabant, had een Thaise vertaling dan weer niet nuttig geweest. Naast het taalprobleem wekten deze vrouwen eveneens de indruk dat ze veel minder dan anderen openlijk durfden of wilden spreken over hun werk.

Sekswerkers die geen Nederlands, Engels of Frans spraken waren veel moeilijker te bereiken en maakten geen groot aantal van de respondenten uit. In zowel de interventie- als de controlegroep kwamen we regelmatig in contact met sekswerkers die bijvoorbeeld enkel Spaans of Bulgaars spraken en waarbij we het onderzoek niet voldoende konden uitleggen om hen uit te nodigen deel te nemen aan de vragenlijst. Bij andere sekswerkers waren de paar woorden Engels of Frans die ze spraken wel voldoende om de uitleg over het onderzoek te begrijpen, maar bleek de vragenlijst zelf te moeilijk om te lezen en in te vullen.

Tabel 4.5. Taal waarin de vragenlijsten zijn ingevuld

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=73)	Controlegroep Vlaams- Brabant (n=48)	TOTAAL (n=273)
Nederlands	61.0% (n=47)	80.0% (n=60)	75.3% (n=55)	56.3% (n=27)	69.2% (n=189)
Engels	32.5% (n=25)	8.0% (n=6)	8.2% (n=6)	25.0% (n=12)	18.0% (n=49)
Frans	5.2% (n=4)	12.0% (n=9)	2.8% (n=2)	18.7% (n=9)	8.8% (n=24)
Pools	1.3% (n=1)	0% (n=0)	13.7% (n=10)	0% (n=0)	4.0% (n=11)

### 1.3.3. De hoofdsector van de respondenten

In tabel 4.6 wordt de hoofdsector van alle respondenten weergegeven. Als hoofdsector beschouwen we (a) de sector die bij de interventiegroepen door Ghapro of Pasop werd vermeld wanneer de contactgegevens van de potentiële respondenten werden doorgegeven (bijvoorbeeld ‘vrouw uit raam’) of de sector die door de onderzoeksters werd vastgesteld bij een bezoek aan de werkplek wanneer geen sector werd vermeld bij de contactgegevens en (b) bij de controlegroepen waar de vragenlijst is afgenomen (bijvoorbeeld aangebeld bij een bar/club, afspraak gemaakt met escorte). Sommige van deze sekswerkers zijn werkzaam in meerdere sectoren, maar dit komt verder aan bod.

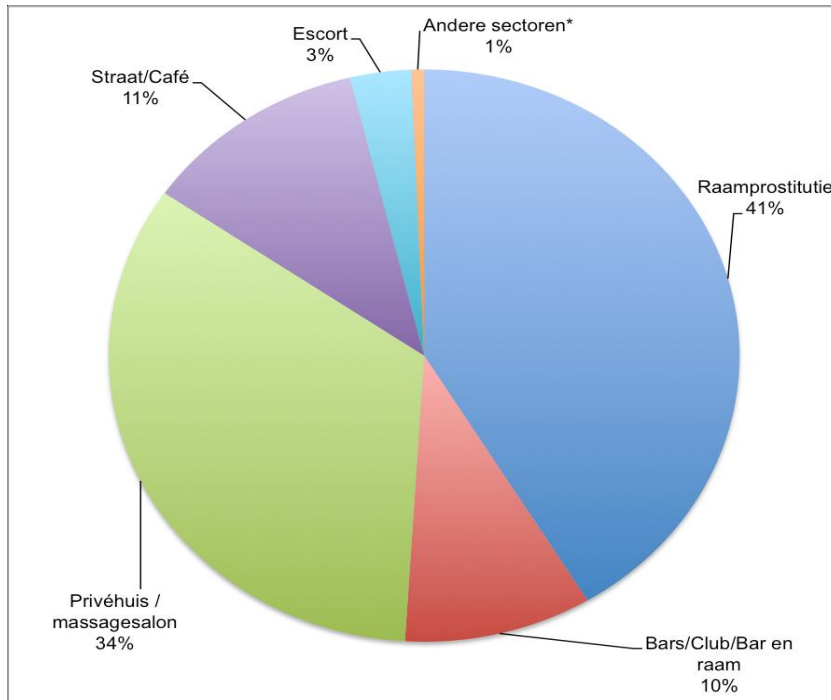
Tabel 4.6. Hoofdsector van de respondenten

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=73)	Controlegroep Vlaams- Brabant (n=48)	TOTAAL (n=273)
Straat	3.9% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.1% (n=3)
Raam	46.7% (n=36)	26.7% (n=20)	0% (n=0)	0% (n=0)	20.5% (n=56)
Bar/club + raam	0% (n=0)	2.7% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.7% (n=2)
Bar/club	5.2% (n=4)	5.3% (n=4)	30.1% (n=22)	33.3% (n=16)	17.6% (n=48)
Privéhuys	31.2% (n=24)	40.0% (n=30)	23.3% (n=17)	25.0% (n=12)	30.0% (n=82)
Escort	10.4% (n=8)	14.7% (n=11)	2.7% (n=2)	6.3% (n=3)	8.4% (n=23)
Massagesalon	1.3% (n=1)	10.7% (n=8)	28.8% (n=21)	8.3% (n=4)	12.5% (n=34)
Massagesalon, geen intiem	1.3% (n=1)	0% (n=0)	15.1% (n=11)	27.1% (n=13)	9.2% (n=25)

Wanneer we de interventiegroep Ghapro bekijken, kunnen we vaststellen dat de sectoren van de respondenten die door Ghapro zijn aangebracht voor het onderzoek ongeveer gelijklopen met de sectoren van alle sekswerkers die de organisatie ziet (zie figuur 4.1, afkomstig uit het jaarverslag 2010 van Ghapro). De straatsekswerkers en de sekswerkers werkzaam in een bar/club (+ raam) zijn ondervertegenwoordigd en de escortsector is oververtegenwoordigd in dit onderzoek. Het grootste deel van sekswerkers waarmee Ghapro in contact komt, namelijk raamprostitutie en privéhuys/massagesalon, maakt echter ook in dit onderzoek het grootste deel uit van de respondenten.

Figuur. 4.1.

*Alle actieve sekswerkers per sector, die in 2010 door Ghapro werden bezocht of in het gezondheidscentrum kwamen, nieuw en follow-up (N=1079)*



De gegevens die terug te vinden zijn in het evaluatieverslag 2010 van Pasop, tonen dat de raamsekswerkers in onze studie ongeveer een even groot aandeel uitmaken van de sekswerkers als diegene die Pasop jaarlijks ziet (zie tabel 4.7, afkomstig uit het evaluatieverslag 2010 van Pasop). Sekswerkers werkzaam in bars werden door Pasop in 2010 echter het meeste gezien, terwijl deze sekswerkers in ons onderzoek de kleinste groep zijn. Dit heeft tot gevolg dat de overige sectoren, namelijk privé, sauna/massagesalon en escort oververtegenwoordigd zijn in deze studie.

Tabel 4.7.

*Verdeling naar aard van werkplaats van de personen die werden bereikt door Pasop in 2010 (N=908)*

	Absoluut aantal	Percentage
Bar	289	32
Raam	270	30
Escort	52	6
Privé	249	27
Sauna/ massagesalon	46	5
Park	1	0

Wanneer we de respondenten uit de controlegroep bekijken, merken we dat geen hiervan werkzaam zijn als straatsekswerker of in de sector raam of bar/club + raam. Straatsekswerk werd door de onderzoeksters niet gevonden, evenmin als raamsekswerk. In Vlaams-Brabant is er wel sprake van bar/club + raamsekswerk, maar deze werplekken worden bezocht door

Espace P, en voldoen bijgevolg niet aan de inclusiecriteria voor het onderzoek. Verder stellen we vast dat de (Thaise) massagesalons ondervertegenwoordigd zijn, net zoals de escortes. Deze laatste groep sekswerkers is veel minder toegankelijk (ze zijn niet zichtbaar, enkel op het internet) en het is vaak moeilijk om ermee af te spreken. Zo moet bijvoorbeeld vaak in een café afgesproken worden omdat, in tegenstelling tot een massagesalon of een club, de vragenlijst bij escortes meestal niet kan worden afgenomen op de werkplek. Ook de (Thaise) massagesalons zijn ondervertegenwoordigd. Dit heeft als reden dat er bij deze groep vaak een taalprobleem was, of er werd beweerd dat er niets erotisch werd gedaan. Van de Thaise massagesalons die wel meegewerkt hebben, hadden de onderzoeksters ook vaak de indruk dat er niet volledig eerlijk werd toegegeven welke handelingen ze al dan niet uitvoeren. Heel vaak werd beweerd dat er naast body-to-body massage en handbevrediging niets anders werd gedaan. Zoals hierboven reeds werd vermeld, was dit niet steeds geloofwaardig.

In wat volgt zullen de respondenten met als hoofdsector privéhuis en massagesalon (die wel intiem doen) onder één noemer genomen worden, namelijk 'privé'. De grens tussen een privéhuis en een massagesalon is immers vaak moeilijk te trekken. Zo geven sommige vrouwen die op dezelfde plaats werken aan dat ze in een privéhuis werken, terwijl anderen op dezelfde werkplek aangeven in een massagesalon te werken.

## ***Conclusie van het verloop en de resultaten van het veldwerk***

### ***Een moeilijk te bereiken doelgroep***

We kunnen concluderen dat de veldwerkperiode een zeer intensieve periode is geweest door het moeilijke bereik van de doelgroep. Niet enkel hanteren de verschillende sectoren andere openingsuren, ook worden de openingsuren vaak niet consistent nageleefd, waardoor de kans groot is dat men voor gesloten deuren staat. Gemaakte afspraken werden regelmatig niet nageleefd en ook het mobiele karakter van het sekswerk maakte het veldwerk niet makkelijk; veel plekken die nog op internet te vinden zijn waren recent gesloten of inactief geworden. Ook zijn de sekswerkers zelf zeer mobiel: vrouwen veranderen regelmatig van werkplek en veel buitenlandse vrouwen werken soms voor een bepaalde periode in België als sekswerker, waarna ze enkele weken terugkeren naar hun thuisland. De werkuren zijn eveneens flexibel en variabel: zo zal bijvoorbeeld een bar/club-sekswerker die tot in de vroege uurtjes heeft moeten werken en meedrinken met klanten soms de volgende dag niet op het werk opdagen. Al deze factoren maken het moeilijk om sommige vrouwen te pakken te krijgen of er afspraken mee te maken. Het internationale karakter van het sekswerk leverde ook soms problemen op: de vele nationaliteiten en talen maakten het niet altijd mogelijk om het onderzoek uit te leggen of de vragenlijst te laten invullen.

Het was verder duidelijk dat de sekswerkers soms een zekere angst voor controle hadden en zich daarom niet steeds volledig eerlijk opstelden tegenover de onderzoeksters. Zo werd vaak gezegd dat de vrouwen niets intiem deden: enkel kussen en/of *body-to-body* massage

en/of handbevrediging. In dezelfde lijn werd ook soms beweerd dat er enkel werd meegedronken met de klanten; de dames zijn ‘gezelschapsdames’ en gaan niet verder dan een hand vasthouden of een kusje op de kaak. Van de meeste van deze werkplekken werden echter recensies op het internet gevonden waaruit bleek dat er wel degelijk meer werd gedaan (www hookers.nl). Ook kon soms getwijfeld worden aan de paren- en homoclubs en zaken waar enkel kamers werden verhuurd en waar werd gesteld dat er geen personeel in dienst was. De combinatie van angst voor controle, de persoonlijke aard van de vragen, en de onbekendheid van de twee onderzoeksters zorgden ervoor dat sekswerkers vaak niet volledig eerlijk konden/durfdent antwoorden. Er kon door de onderzoeksters ook niets worden aangeboden aan de sekswerkers; er werd enkel informatie van en over hen gevraagd.

### ***Voornaamste redenen waarom niet werd meegewerkt aan het onderzoek***

Bij de controlegroep werd het meest aangehaald dat de vrouwen zich reeds lieten testen bij hun huisarts of gynaecoloog. Als tegenargumenten haalden de onderzoeksters dan steeds aan dat de testen en onderzoeken die Ghapro en Pasop uitvoeren volledig gratis en anoniem zijn. Ook bieden deze organisaties een hulpverlening die specifiek gericht is op mensen die werken in de sekswerksector, zodat zeker alle nodige testen uitgevoerd worden. Deze argumenten overtuigden regelmatig de vrouwen om toch mee te werken aan het onderzoek. Wanneer dit onderzoek de effectiviteit van de werking van Ghapro en Pasop kan aantonen, wordt het nut van een uitbreiding naar Limburg en Vlaams-Brabant immers onderstreept. De bazinnen/bazen/ eigenaars/managers/... haalden dan weer enkele keren aan dat ze reeds met een arbeidsgeneeskundige dienst in contact stonden. Ook hier werden bovenvermelde tegenargumenten aangehaald. Bij de controlegroep was er soms ook achterdocht ten opzichte van de organisaties: ze geloofden niet dat alles volledig anoniem en gratis is. Wanneer geen interesse werd getoond in het onderzoek, werd steeds een informatiefolder over de organisaties achtergelaten. Naast een beschrijving van de organisaties, stond hier ook de link naar de websites van de organisaties op vermeld zodat de sekswerkers indien gewenst meer informatie konden opzoeken. Er werd vaak een telefoonnummer van de onderzoeksters achtergelaten, zodat de potentiële respondenten konden bellen wanneer ze zich bedachten en toch mee wilden werken. Zo is in Vlaams-Brabant in een bar de uitleg over het onderzoek aan twee vrouwen gedaan en was één dame niet gediend met de aanwezigheid van de onderzoeksters; ze beweerde enkel mee te drinken. Toch werd een informatiefolder en telefoonnummer achtergelaten en kregen de onderzoeksters de volgende dag telefoon dat ze alles rustig hadden gelezen en nu wel interesse hadden. Doordat de sekswerkers meestal werden opgezocht tijdens hun werkuren kregen de onderzoeksters niet steeds de tijd om de volledige uitleg te doen. Ook konden/mochten de vrouwen niet steeds persoonlijk worden aangesproken en werd soms de uitleg gedaan aan één of twee sekswerkers waarna deze aangaven niet te wensen mee te werken. Het is dus mogelijk dat er (andere) vrouwen werken die misschien wel interesse hadden voor het onderzoek, maar niet bereikt werden.



Bij zowel de interventie- als de controlegroep bestond, zoals hierboven reeds aangehaald, soms een zekere angst voor controle omdat er veel persoonlijke vragen in de vragenlijsten stonden. Zo werd bijvoorbeeld gepeild naar het aantal bronnen waaruit ze inkomsten halen en het aantal dagen en uren dat ze werken. Steeds werd benadrukt dat de vragenlijst volledig anoniem verwerkt zou worden: de vrouwen moesten nergens hun echte naam vermelden, en de vragenlijsten werden enkel gekoppeld aan een regio of organisatie (Limburg - Vlaams-Brabant of Ghapro - Pasop).

### ***Het enthousiasme van de sekswerkers***

Ondanks de moeilijkheid om de sekswerkers te bereiken en de redenen die werden aangehaald om niet mee te werken aan het onderzoek, dient toch benadrukt te worden dat veel sekswerkers wel bereikt werden. Door een niet-veroordelende houding en te wijzen op het belang van hun mening, kon toch toegang gevonden worden tot de doelgroep. Zeker het aantal bevroegde sekswerkers uit de controlegroep mag worden onderstreept. Voor deze sekswerkers, die nog nooit in contact stonden met een hulpverlening specifiek gericht op mensen uit de sekswerksector en voor wie de onderzoeksters volledig onbekend waren, was het niet steeds evident om de zeer persoonlijke vragenlijst in te vullen. Toch waren de meeste sekswerkers uit de controlegroep blij dat er in positieve zin aandacht aan hen werd geschonken en dat er mensen interesse toonden in hun mening. De meeste sekswerkers uit de interventiegroepen waren dan weer blij dat ze eens iets terug konden doen voor Ghapro of Pasop.

## **2. Socio-demografische kenmerken van de respondenten**

In dit deel worden enkele algemene kenmerken besproken van de sekswerkers uit de steekproef van het onderzoek: het geslacht, het geboorteland en de nationaliteit, de leeftijd, de woonplaats, de gezinssituatie (het aantal kinderen en het al dan niet hebben van een partner), de woonsituatie, het opleidingsniveau en de inkomsten en de financiële situatie. Telkens zullen deze kenmerken worden weergegeven per groep; dus voor de interventiegroep Ghapro, de interventiegroep Pasop, de controlegroep Limburg en de controlegroep Vlaams-Brabant.

Ook wordt de herkomst weergegeven per hoofdsector waarin de respondenten werkzaam zijn, en wordt de leeftijd van de respondenten gegeven volgens herkomst en hoofdsector. De gezinssituatie, de woonsituatie, het opleidingsniveau en de inkomsten en de financiële situatie wordt ook bekeken volgens de hoofdsector, de herkomst en de leeftijd van de respondenten.

### **2.1. Geslacht**

In totaal is bij elf mannen een vragenlijst afgenomen: zes bij de interventiegroep Ghapro, drie bij de interventiegroep Pasop en twee bij de controlegroep Vlaams-Brabant (tabel 4.8).

Drie van de zes mannen uit de interventiegroep Ghapro zijn transgender<sup>14</sup>, waarvan één travestiet<sup>15</sup>. Twee van de zes mannen zijn werkzaam in het homomilieu en één man verleent diensten zowel aan mannen als vrouwen. Uit de interventiegroep Pasop verlenen twee van de drie mannen enkel hun diensten aan mannen, en één enkel aan vrouwen. De twee mannen uit de controlegroep Vlaams-Brabant verlenen hun diensten enkel aan vrouwen. Eén man werkt op straat of op andere publieke plaatsen, drie mannen zijn werkzaam als raamsekswerker en de overige zeven mannen zijn escorts.

In het rapport wordt gemakkelijkschalve vaak gesproken over ‘de vrouwen’, maar hiertoe behoren dus ook de enkele bevraagde mannen.

Tabel 4.8. Geslacht van de respondenten

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=73)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=48)	TOTAAL (n=273)
Vrouw	92.2% (n=71)	96.0% (n=72)	100% (n=73)	95.8% (n=46)	96.0% (n=262)
Man	7.8% (n=6)	4.0% (n=3)	0% (n=0)	4.2% (n=2)	4.0% (n=11)

## 2.2. Geboorteland en nationaliteit

Wanneer we naar het geboorteland en de nationaliteit van de vrouwen kijken, wordt eerst een onderscheid gemaakt tussen de vrouwen die (a) in België zijn geboren en (b) diegenen die in een ander land geboren zijn (tabel 4.9). Vervolgens wordt, van diegenen die niet in België geboren zijn, gekeken naar hoelang ze hier al zijn (tabel 4.11), en of ze over een Belgische identiteitskaart of een verblijfsvergunning beschikken (tabel 4.12).

### 2.2.1. Geboorteland

In totaal zijn de respondenten in 33 verschillende landen geboren. Deze zijn onderverdeeld in deelgebieden: België, West-Europa (België niet inbegrepen), Oost-Europa, Afrika, Azië en Latijns-Amerika<sup>16</sup>. De categorie ‘West-Europa’ omvat respondenten geboren in Nederland, Frankrijk, Duitsland, Italië, Spanje, Portugal en het Verenigd Koninkrijk. Onder ‘Oost-Europa’ vallen de sekswerkers geboren in Rusland, Litouwen, Kosovo, Polen, Oekraïne, Tsjechië, Roemenië, Moldavië, Albanië, Bulgarije en Griekenland. De categorie ‘Afrika’ omvat vrouwen geboren in Nigeria, Rwanda, Congo, Liberia en Marokko, ‘Azië’ de vrouwen uit Thailand, India en China, en ‘Latijns-Amerika’ de sekswerkers geboren in de Dominicaanse Republiek, Argentinië, Brazilië, Ecuador, Suriname en Colombia.

Van alle respondenten is juist de helft in België geboren. In de interventiegroep Ghapro is 54,0% geboren in een ander land, in de interventiegroep Pasop is dit 23,3%. Voor de

<sup>14</sup> Een transgender is een persoon die door het leven gaat als iemand van het andere dan het biologische geslacht.

<sup>15</sup> Een travestiet is een persoon die gekleed gaat als iemand van de andere sekse dan men zelf is.

<sup>16</sup> Deze onderverdeling is gebaseerd op de vierde editie van de landennomenclatuur GEOBEL (2011), FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie.

controlegroepen Limburg en Vlaams-Brabant zijn respectievelijk 62,0% en 67,4% geboren in een ander land dan België (tabel 4.9).

In de interventiegroep Ghapro zien we, naast de Belgische vrouwen, eveneens een groot aandeel van Oost-Europese vrouwen (32,9%). Ook in de controlegroep Limburg vormen de Oost-Europese vrouwen een grote groep (29,6%). In de interventiegroep Pasop vormen de West-Europese vrouwen de tweede grootste groep (12,3%) en in de controlegroep Vlaams-Brabant vinden we, naast de Belgische vrouwen, ook een grote groep Aziatische vrouwen (26,1%). De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.9. Geboorteland van de respondenten (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=73)	Controlegroep Limburg (n=71)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=46)	TOTAAL (n=266)
België	46.0% (n=35)	76.7% (n=56)	38.0% (n=27)	32.6% (n=15)	50.0% (n=133)
Land in West-Europa	9.2% (n=7)	12.3% (n=9)	15.5% (n=11)	13.0% (n=6)	12.4% (n=33)
Land in Oost-Europa	32.9% (n=25)	8.2% (n=6)	29.6% (n=21)	13.0% (n=6)	21.8% (n=58)
Land in Afrika	5.3% (n=4)	1.4% (n=1)	5.6% (n=4)	10.9% (n=5)	5.3% (n=14)
Land in Azië	1.3% (n=1)	1.4% (n=1)	4.2% (n=3)	26.1% (n=12)	6.4% (n=17)
Land in Latijns-Amerika	5.3% (n=4)	0% (n=0)	7.0% (n=5)	4.3% (n=2)	4.1% (n=11)

(\*) Van 7 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.10 toont de verschillen in geboorteland tussen de verschillende hoofdsectoren van de respondenten. We merken dat bij het meer zichtbare sekswerk (het raamsekswerk) *slechts* 18,5% van de sekswerkers in België is geboren. Bij het minder zichtbare sekswerk, en dan vooral het privésekswerk en het escortwerk, is het grootste deel van de vrouwen geboren in België. Bij de privés die geen intieme diensten verlenen, is het grootste deel geboren in Azië. In de bars/clubs merken we een grotere variatie in de geboortelands van de respondenten. Ook hier zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.10. Geboorteland van de respondenten volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=3)	Raam (n=54)	Bar/club (n=45)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=114)	Privé geen intiem (n=24)	Escort (n=24)
België	33.3% (n=1)	18.5% (n=10)	35.6% (n=16)	0% (n=0)	66.7% (n=76)	33.3% (n=8)	91.7% (n=22)
Land in West-Europa	0% (n=0)	22.2% (n=12)	13.3% (n=6)	50.0% (n=1)	8.8% (n=10)	12.5% (n=3)	4.2% (n=1)
Land in Oost-Europa	0% (n=0)	50.0% (n=27)	28.9% (n=13)	50.0% (n=1)	12.3% (n=14)	8.3% (n=2)	4.2% (n=1)
Land in Afrika	66.7% (n=2)	1.9% (n=1)	13.3% (n=6)	0% (n=0)	3.5% (n=4)	4.2% (n=1)	0% (n=0)
Land in Azië	0% (n=0)	1.9% (n=1)	2.2% (n=1)	0% (n=0)	4.4% (n=5)	41.7% (n=10)	0% (n=0)
Land in Latijns-Amerika	0% (n=0)	5.6% (n=3)	6.7% (n=3)	0% (n=0)	4.4% (n=5)	0% (n=0)	0% (n=0)

(\*) Van 3 respondenten ontbreken deze gegevens

### 2.2.2. Aantal jaren in België

Vervolgens is aan de respondenten die niet in België zijn geboren, gevraagd hoelang ze hier reeds wonen (minder dan een jaar, tussen één en vijf jaar, tussen zes en tien jaar, en meer dan

tien jaar). Sommigen geven ook aan niet in België te wonen, maar in Nederland of Duitsland (tabel 4.11).

In de interventiegroep Ghapro en de controlegroep Vlaams-Brabant is het grootste deel van de vrouwen die niet in België zijn geboren, al één tot vijf jaar in België (respectievelijk 58,5% en 38,7%). Bij de interventiegroep Pasop woont de grootste groep niet in België geboren vrouwen hier al meer dan 10 jaar (43,8%) en bij de controlegroep Limburg is dit minder dan één jaar (23,7%). De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.11. Respondenten die niet in België zijn geboren en het aantal jaren dat ze hier reeds in wonen (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=41)	Interventiegroep Pasop (n=16)	Controlegroep Limburg (n=38)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=31)	TOTAAL (n=126)
< 1 jaar	2.4% (n=1)	0% (n=0)	23.7% (n=9)	9.7% (n=3)	10.3% (n=13)
1-5 jaar	58.5% (n=24)	12.5% (n=2)	18.4% (n=7)	38.7% (n=12)	35.7% (n=45)
6-10 jaar	14.6% (n=6)	37.5% (n=6)	21.1% (n=8)	12.9% (n=4)	19.1% (n=24)
> 10 jaar	19.5% (n=8)	43.8% (n=7)	18.4% (n=7)	32.2% (n=10)	25.4% (n=32)
Woont niet in België	4.9% (n=2)	6.2% (n=1)	18.4% (n=7)	6.5% (n=2)	9.5% (n=12)

(\*) Van 7 respondenten ontbreken deze gegevens

### 2.2.3. Belgische identiteitskaart of verblijfsvergunning

Vervolgens werd aan de groep die niet in België geboren is, gevraagd of ze al dan niet beschikken over een Belgische identiteitskaart (ID) of een verblijfsvergunning. Diegenen die niet in België wonen, zijn als aparte categorie opgenomen, omdat zij enkel werken in België (tabel 4.12).

Van de interventiegroep Ghapro beschikken de meesten die niet in België zijn geboren niet over een Belgische identiteitskaart of verblijfsvergunning. Bij de overige groepen beschikken de meeste van deze vrouwen wél over een Belgische identiteitskaart of verblijfsvergunning. Ook hier zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Twee van de respondenten uit de controlegroep Limburg die niet in België zijn geboren en niet over een Belgische identiteitskaart of verblijfsvergunning beschikken, geven wel aan dat hun dossier in behandeling is in Brussel.

Tabel 4.12. Respondenten niet in België geboren en die al dan niet beschikken over een Belgische identiteitskaart/verblijfsvergunning (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=41)	Interventiegroep Pasop (n=16)	Controlegroep Limburg (n=38)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=30)	TOTAAL (n=125)
Geen ID/verblijfsvergunning	56.1% (n=23)	12.5% (n=2)	31.6% (n=12)	10.0% (n=3)	32.0% (n=40)
Wel ID/verblijfsvergunning	39.0% (n=16)	87.5% (n=14)	50.0% (n=19)	83.3% (n=25)	59.2% (n=78)
Respondent woont niet in België	4.9% (n=2)	0% (n=0)	18.4% (n=7)	6.7% (n=2)	8.8% (n=12)

(\*) Van 8 respondenten ontbreken deze gegevens

### 2.3. Leeftijd

In onderstaande tabel (tabel 4.13) wordt per groep de gemiddelde leeftijd en de leeftijd van de jongste en de oudste respondent gegeven, alsook het percentage van de respondenten dat zich in elke leeftijdscategorie bevindt: (a) jonger dan 20 jaar, (b) tussen 20 en 29 jaar, (c) tussen 30 en 39 jaar, (d) tussen 40 en 49 jaar, en (e) de vrouwen ouder dan 50 jaar.

Gezien de inclusiecriteria voor het onderzoek zal voor de respondenten uit de beide interventiegroepen de minimumleeftijd hoger zijn dan twintig jaar; de organisaties moesten immers al minimum twee jaar met de sekswerkers in contact staan. Wanneer we de cijfers bekijken die terug te vinden zijn in de jaarverslagen van de organisaties, merken we dat de gemiddelde leeftijd van alle cliënten die zij in 2010 zagen iets lager ligt dan de gemiddelde leeftijd van de respondenten bevroegd in het kader van dit onderzoek. De gemiddelde leeftijd van alle cliënten die Ghapro in 2010 zag bedraagt 31,3 jaar en bij Pasop is deze gemiddelde leeftijd 31,0 jaar.

De gemiddelde leeftijd in elke groep schommelt ongeveer tussen 33 en 35 jaar. Van alle respondenten samen bedraagt de gemiddelde leeftijd 34,0 jaar. Er is geen significant verschil tussen de gemiddelde leeftijd in de vier groepen ( $F=0,83$ ;  $df=3$ ;  $p=0,478$ ). Bij de interventiegroep Ghapro en de controlegroep Limburg heeft de grootste groep respondenten een leeftijd tussen 20 en 29 jaar, en bij de interventiegroep Pasop en de controlegroep Vlaams-Brabant heeft de grootste groep sekswerkers een leeftijd tussen 30 en 39 jaar. De aantallen in de leeftijdscategorieën zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.13. Leeftijd van de respondenten (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=72)	Controlegroep Limburg (n=69)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=47)	TOTAAL (n=264)
Gemiddelde leeftijd	33.5 jaar	35.2 jaar	33.1 jaar	34.2 jaar	34.0 jaar
Jongste respondent	22 jaar	22 jaar	18 jaar	22 jaar	18 jaar
Oudste respondent	68 jaar	53 jaar	51 jaar	54 jaar	68 jaar
<b>Leeftijdscategorieën</b>					
≤ 19 jaar	0% (n=0)	0% (n=0)	1.4% (n=1)	0% (n=0)	0.4% (n=1)
20-29 jaar	42.1% (n=32)	25.0% (n=18)	40.6% (n=28)	34.0% (n=16)	35.6% (n=94)
30-39 jaar	35.5% (n=27)	44.4% (n=32)	37.7% (n=26)	38.3% (n=18)	39.0% (n=103)
40-49 jaar	19.8% (n=15)	25.0% (n=18)	17.4% (n=12)	21.3% (n=10)	20.8% (n=55)
≥ 50 jaar	2.6% (n=2)	5.6% (n=4)	2.9% (n=2)	6.4% (n=3)	4.2% (n=11)

(\*) Van 9 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer we de leeftijd bekijken volgens de hoofdsectoren waarin de respondenten werkzaam zijn, levert dit geen noemenswaardige verschillen op. Wel interessant is om de leeftijd van de respondenten te bekijken volgens herkomst (tabel 4.14). Zo merken we dat de Belgische en West-Europese vrouwen vooral een leeftijd tussen 30 en 39 jaar hebben, en dat de Oost-Europese sekswerkers vooral jongere vrouwen zijn (tussen 20 en 29 jaar). De aantallen in de

leeftijdscategorieën zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn. De gemiddelde leeftijd bij de Oost-Europese vrouwen ligt ook lager dan bij de anderen. De verschillen in de gemiddelde leeftijden volgens de verschillende herkomst zijn statistisch significant ( $F=5,33$ ;  $df=5$ ;  $p<0,001$ ).

Tabel 4.14. Leeftijd van de respondenten volgens herkomst (\*)

	België (n=130)	Land in West- Europa (n=31)	Land in Oost- Europa (n=58)	Land in Afrika (n=12)	Land in Azië (n=17)	Land in Latijns- Amerika (n=11)
Gemiddelde leeftijd	35.2 jaar	33.3 jaar	29.8 jaar	33.3 jaar	37.8 jaar	39.6 jaar
Jongste respondent	20 jaar	23 jaar	18 jaar	22 jaar	24 jaar	26 jaar
Oudste respondent	68 jaar	47 jaar	54 jaar	54 jaar	51 jaar	54 jaar
<b>Leeftijdscategorieën</b>						
≤ 19 jaar	0% (n=0)	0% (n=0)	1.7% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
20-29 jaar	28.5% (n=37)	38.7% (n=12)	62.1% (n=36)	41.7% (n=5)	11.8% (n=2)	9.1% (n=1)
30-39 jaar	41.5% (n=54)	41.9% (n=13)	25.9% (n=15)	41.7% (n=5)	41.2% (n=7)	54.5% (n=6)
40-49 jaar	26.2% (n=34)	19.4% (n=6)	6.9% (n=4)	8.3% (n=1)	41.2% (n=7)	18.2% (n=2)
≥ 50 jaar	3.8% (n=5)	0% (n=0)	3.4% (n=2)	8.3% (n=1)	5.9% (n=1)	18.2% (n=2)

(\*) Van 14 respondenten ontbreken deze gegevens

## 2.4. Woonplaats

Aan de respondenten werd gevraagd in welke stad of gemeente ze momenteel hun woonplaats hebben. Deze antwoorden werden onderverdeeld in de vijf provincies van Vlaanderen (Antwerpen, Oost-Vlaanderen, West-Vlaanderen, Limburg en Vlaams-Brabant), Nederland en Duitsland, en Brussel en Wallonië.

Uit tabel 4.15 kunnen we afleiden dat de meeste respondenten van de interventiegroep Ghapro ook wonen in het werkgebied van Ghapro, namelijk de provincie Antwerpen (88,2%) en dat de meeste respondenten van de interventiegroep Pasop ook wonen in het werkgebied van Pasop, namelijk de provincies Oost- en West-Vlaanderen (85,9%). Ook woonde het grootste deel van de respondenten die werden gerekruteerd in Limburg in dit gebied (71,0%). Van de respondenten gerekruteerd in Vlaams-Brabant woonde 35,6% in dit gebied. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.15. Woonplaats van de respondenten (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=71)	Controlegroep Limburg (n=62)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=45)	TOTAAL (n=254)
Antwerpen	88.2% (n=67)	11.3% (n=8)	12.9% (n=8)	22.2% (n=10)	36.6% (n=93)
Oost-Vlaanderen	2.6% (n=2)	62.0% (n=44)	0% (n=0)	8.9% (n=4)	19.7% (n=50)
West-Vlaanderen	0% (n=0)	23.9% (n=17)	0% (n=0)	0% (n=0)	6.7% (n=17)
Limburg	0% (n=0)	0% (n=0)	71.0% (n=44)	11.1% (n=5)	19.3% (n=49)
Vlaams-Brabant	5.3% (n=4)	0% (n=0)	1.6% (n=1)	35.6% (n=16)	8.3% (n=21)
Nederland/Duitsland	2.6% (n=2)	1.4% (n=1)	11.3% (n=7)	4.4% (n=2)	4.7% (n=12)
Brussel/Wallonië	1.3% (n=1)	1.4% (n=1)	3.2% (n=2)	17.7% (n=8)	4.7% (n=12)

(\*) Van 19 respondenten ontbreken deze gegevens

## 2.5. Gezinsituatie

### 2.5.1. Aantal kinderen

Van alle respondenten heeft 45,0% geen kinderen. Alle respondenten samen hebben gemiddeld 0,9 kinderen. Onderstaande tabel (tabel 4.16) geeft het aantal kinderen weer, opgesplitst per bevraagde groep. We merken dat bij de interventiegroep Pasop de meeste sekswerkers één kind hebben, en dat in de overige drie groepen het grootste aandeel van de vrouwen geen kinderen heeft. De sekswerkers met twee of meer kinderen omvatten in elke groep ongeveer een vierde tot een vijfde van de respondenten. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.16. Aantal kinderen van de respondenten (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=74)	Controlegroep Limburg (n=73)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=48)	TOTAAL (n=271)
Geen kinderen	56.6% (n=43)	35.1% (n=26)	43.8% (n=32)	43.8% (n=21)	45.0% (n=122)
Één kind	21.1% (n=16)	41.9% (n=31)	35.6% (n=26)	29.2% (n=14)	32.1% (n=87)
Twee kinderen	6.6% (n=5)	18.9% (n=14)	12.3% (n=9)	16.7% (n=8)	13.3% (n=36)
Drie kinderen	10.5% (n=8)	4.1% (n=3)	4.1% (n=3)	6.3% (n=3)	6.3% (n=17)
Vier of vijf kinderen	5.2% (n=4)	0% (n=0)	4.1% (n=3)	4.2% (n=2)	3.4% (n=9)

(\*) Van 2 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer we het aantal kinderen bekijken volgens de hoofdsectoren waarin de respondenten werkzaam zijn, levert dit geen noemenswaardige verschillen op. Wanneer het aantal kinderen bekeken wordt volgens de leeftijd van de respondenten, kunnen we concluderen dat de jongere respondenten minder kinderen hebben en de oudere respondenten meer kinderen: 74,7% (n=71/95) van de respondenten jonger dan 30 jaar heeft geen kinderen tegenover 28,4% (n=48/169) van de respondenten van 30 jaar of ouder. Deze verschillen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=50,88$ ;  $\text{df}=1$ ;  $p<0,001$ ). Het aantal kinderen bekeken volgens herkomst van de respondenten toont dat de Oost-Europese vrouwen vaker geen kinderen hebben, wat waarschijnlijk te verklaren is doordat deze vrouwen het jongst zijn. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de herkomst statistisch significant zijn.

### 2.5.2. Vaste partner

Tabel 4.17 geeft weer hoeveel van de respondenten een vaste partner heeft. Dit aantal is het laagste in de interventiegroep Pasop (53,3%) en het hoogste in de controlegroep Vlaams-Brabant (64,6%). Van de hele steekproef heeft 57,9% een vaste partner. Deze verschillen zijn niet statistisch significant ( $\chi^2=1,57$ ;  $df=3$ ;  $p=0,666$ ).

Tabel 4.17. Sekswerker heeft vaste partner

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=73)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=48)	TOTAAL (n=273)
Ja	57.1% (n=44)	53.3% (n=40)	58.9% (n=43)	64.6% (n=31)	57.9% (n=158)

Wanneer het al dan niet hebben van een vaste partner wordt bekeken volgens hoofdsector, merken we dat de escortes vaker een vaste partner hebben: 70,8% (n=17/24) van de escortes heeft een vaste partner tegenover 55,4% (n=31/56) van de raamsekswerkers, 52,2% van de bar/club-sekswerkers (n=24/46) en 58,1% van de privésekswerkers (n=68/117). Het al dan niet hebben van een partner volgens herkomst toont dat de Oost-Europese vrouwen minder een vaste partner hebben: 59,4% (n=79/133) van de Belgische vrouwen en 63,6% (n=21/33) van de West-Europese vrouwen heeft een vaste partner tegenover 46,6% (n=27/58) van de Oost-Europese vrouwen. Ook hier zijn bij beide verbanden de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn. Wanneer we het al dan niet hebben van een vaste partner bekijken volgens de leeftijd van de respondenten, levert dit geen noemenswaardige verschillen op.

### 2.6. Woonsituatie

Onderstaande tabel (tabel 4.18) geeft de woonsituatie weer van de sekswerkers: alleen, zonder partner met kinderen, met partner en kinderen, met partner zonder kinderen, bij ouders of familie, met vrienden of collega's, of een wisselende leefsituatie of een verblijfplaats in hotels. Geen van de respondenten was dakloos of woonde in een opvangcentrum. Opgemerkt moet worden dat sommige vrouwen, vooral bar/club-sekswerkers, aangaven dat ze wel een vaste verblijfplaats hebben, maar dat ze regelmatig op hun werkplek blijven slapen wanneer ze tijdens het werken teveel hadden gedronken of wanneer de laatste klant pas zeer laat was doorgedaan.

Bij de interventiegroep Ghapro en de beide controlegroepen woont steeds het grootste aandeel van de respondenten alleen. Bij de interventiegroep Pasop wonen de meeste samen met hun partner en zonder kinderen. Opvallend is het hoge aantal sekswerkers dat samen woont met hun kind(eren) maar zonder partner: dit gaat van bijna één op tien in de interventiegroep Ghapro tot bijna één op vier in de interventiegroep Pasop. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.



Tabel 4.18. Woonsituatie van de respondenten (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=70)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=47)	TOTAAL (n=269)
Alleen	40.3% (n=31)	21.3% (n=16)	30.0% (n=21)	25.5% (n=12)	29.7% (n=80)
Zonder partner met kinderen	9.1% (n=7)	24.0% (n=18)	12.9% (n=9)	17.0% (n=8)	15.6% (n=42)
Met partner en kinderen	23.4% (n=18)	20.0% (n=15)	17.1% (n=12)	17.0% (n=8)	19.7% (n=53)
Met partner zonder kinderen	22.1% (n=17)	25.3% (n=19)	18.6% (n=13)	23.4% (n=11)	22.3% (n=60)
Bij ouders of familie	1.3% (n=1)	4.0% (n=3)	11.4% (n=8)	4.3% (n=2)	5.2% (n=14)
Met of bij vrienden of collega's	3.9% (n=3)	4.0% (n=3)	5.7% (n=4)	10.6% (n=5)	5.6% (n=15)
Wisselende leefsituatie of hotel	0% (n=0)	1.3% (n=1)	4.3% (n=3)	2.1% (n=1)	1.9% (n=5)

(\*) Van 4 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer we de woonsituatie bekijken volgens de hoofdsector, de leeftijd en de herkomst van de respondenten, levert dit geen noemenswaardige verschillen op.

## 2.7. Opleidingsniveau

Wegens de grote verscheidenheid aan herkomst en nationaliteit onder sekswerkers, en de verschillende onderwijssystemen in verschillende landen, is het moeilijk om het opleidingsniveau in kaart te brengen. Om toch een idee te vormen van het gevolgde onderwijs, is als indicator de leeftijd tot wanneer men formeel onderwijs heeft gevolgd, gebruikt.

Deze leeftijden werden vervolgens onderverdeeld in categorieën: (a) niet of tot de leeftijd van 10 jaar of minder, (b) tot de leeftijd van 11 tot 16 jaar, (c) tot de leeftijd van 17 tot 19 jaar, (d) tot de leeftijd van 20 tot 22 jaar, en (e) tot de leeftijd van 23 jaar of hoger. Enkelen gaven aan dat ze nog steeds aan het studeren waren, of recent terug waren gestart met een opleiding.

Alle respondenten zijn gemiddeld tot hun 17,9 jaar naar school gegaan. Er is geen significant verschil tussen de gemiddelde schoolleeftijd in de vier groepen ( $F=2,28$ ;  $df=3$ ;  $p=0,079$ ). Tabel 4.19 toont ons verder dat in alle vier de groepen het grootste deel van de respondenten tot de leeftijd van 17, 18 of 19 naar school is gegaan. Opvallend is het hoge aantal laag opgeleiden in de controlegroep Limburg: hier is meer dan 30% van de sekswerkers tot een leeftijd van 16 jaar of minder naar school gegaan. De aantallen in de leeftijdscategorieën zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.19. Leeftijd tot welke de respondenten naar school zijn gegaan (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=73)	Controlegroep Limburg (n=71)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=46)	TOTAAL (n=266)
Gemiddelde schoolleeftijd	18.5 jaar	17.9 jaar	17.0 jaar	18.1 jaar	17.9 jaar
<b>Leeftijdscategorieën</b>					
≤ 10 jaar	0% (n=0)	2.7% (n=2)	8.5% (n=6)	4.3% (n=2)	3.8% (n=10)
11-16 jaar	14.4% (n=11)	13.7% (n=10)	22.5% (n=16)	13.0% (n=6)	16.2% (n=43)
17-19 jaar	63.2% (n=48)	64.4% (n=47)	49.3% (n=35)	54.3% (n=25)	58.3% (n=155)
20-22 jaar	14.5% (n=11)	11.0% (n=8)	14.1% (n=10)	17.4% (n=8)	13.9% (n=37)
≥ 23 jaar	6.6% (n=5)	5.5% (n=4)	5.6% (n=4)	10.9% (n=5)	6.8% (n=18)
Nog bezig/terug gestart	1.3% (n=1)	2.7% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.1% (n=3)

(\*) Van 7 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer we het opleidingsniveau bekijken volgens de hoofdsector waarin de respondenten werkzaam zijn en de leeftijd van de respondenten, levert dit geen noemenswaardige verschillen op. Het opleidingsniveau bekeken volgens herkomst toont dat de Oost- en West-Europese vrouwen minder lang naar school zijn gegaan dan de Belgische vrouwen: van de Belgische vrouwen is 9,1% (n=12/132) naar school gegaan tot een leeftijd van zestien jaar of minder tegenover 32,8% (n=19/58) van de Oost-Europese vrouwen en 27,3% (n=9/33) van de West-Europese vrouwen. Ook hier zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn.

## 2.8. Inkomsten en financiële situatie

### 2.8.1. Aantal bronnen van inkomsten

Er werd nagegaan of de vrouwen naast het sekswerk ook nog uit een andere bron inkomsten halen. Deze andere bronnen kunnen zijn: (1) een loon van ander werk dan sekswerk, (2) inkomsten uit sociale uitkeringen (werkloosheidsuitkering, leefloon, ziekte- of invaliditeitsuitkering, OCMW-steun,...), of (3) financiële ondersteuning van echtgenoot, partner, familie of vrienden (tabel 4.20).

Van alle respondenten haalt bijna 60% enkel inkomsten uit sekswerk. In de beide interventiegroepen is dit ongeveer gelijk: zo'n 70% heeft enkel het sekswerk als bron van inkomsten. Bij de controlegroepen haalt telkens minder dan de helft hun inkomsten uit enkel sekswerk. De aantallen blijven te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Vervolgens werd nagegaan, als de respondenten naast het sekswerk nog uit andere bronnen inkomsten halen, welke dit dan zijn. Wanneer de sekswerkers aangaven ook ander werk te verrichten, werd gevraagd welk werk dit was. Meestal was dit werk in een schoonheidssalon, nagelstudio, zonnebank of kapsalon. Ook poetsen, verpleging, verkoopster, arbeidster en bediende werden enkele keren genoteerd.

We merken dat, wanneer de respondent naast het sekswerk nog een andere bron van inkomsten heeft, het meestal gaat om ander werk en in iets mindere mate om een sociale uitkering of financiële ondersteuning. Opgemerkt kan worden dat er bij het toegeven van het al dan niet genieten van een sociale uitkering een zekere vertekening kan bestaan. Diegenen die een sociale uitkering krijgen, en toch betaald werk verrichten, zullen immers vaak niet officieel zijn ingeschreven en dus zwartwerk verrichten. De angst voor controle (op individueel vlak of op vlak van algemene controles in de prostitutie) die hiermee gepaard gaat, kan bijgevolg een onderschatting geven van het aantal mensen dat een sociale uitkering ontvangt.

Tabel 4.20. Bronnen van inkomsten van de respondenten

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	Controlegroep Limburg	Controlegroep Vlaams-Brabant	TOTAAL
<b>Aantal bronnen (*)</b>	<b>(n=77)</b>	<b>(n=75)</b>	<b>(n=69)</b>	<b>(n=48)</b>	<b>(n=269)</b>
Enkel sekswerk	68.8% (n=53)	70.7% (n=53)	44.9% (n=31)	47.9% (n=23)	59.5% (n=160)
Sekswerk + 1 andere bron	28.6% (n=22)	24.0% (n=18)	52.2% (n=36)	50.0% (n=24)	37.2% (n=100)
Sekswerk + 2 andere bronnen	2.6% (n=2)	1.3% (n=1)	2.9% (n=2)	2.1% (n=1)	2.2% (n=6)
Sekswerk + 3 andere bronnen	0% (n=0)	4.0% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.1% (n=3)
<b>De andere bronnen van inkomsten (†)</b>	<b>(n=24)</b>	<b>(n=22)</b>	<b>(n=38)</b>	<b>(n=25)</b>	<b>(n=109)</b>
Loon van ander werk	50.0% (n=12)	50.0% (n=11)	42.1% (n=16)	44.0% (n=11)	45.9% (n=50)
Sociale uitkering	33.3% (n=8)	45.5% (n=10)	36.8% (n=14)	24.0% (n=6)	34.9% (n=38)
Financiële ondersteuning	25.0% (n=6)	31.8% (n=7)	23.7% (n=9)	32.0% (n=8)	27.5% (n=30)

(\*) Van 4 respondenten ontbreken deze gegevens

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

Wanneer we het aantal bronnen van inkomsten bekijken volgens de hoofdsector van de respondenten, merken we dat vooral de raamsekswerkers het sekswerk als enige bron van inkomsten hebben (83,9%; n=47/56). Bij de bar/clubsector en de privésector (al dan niet intiem) schommelt dit telkens rond ongeveer de helft (bar/club: 52,3%; n=23/44, privé: 56,0%; n=65/116, privé geen intiem: 58,3%; n=14/24). Het grootste deel van de respondenten dat werkzaam is in de escortsector (66,7%; n=16/24), heeft naast het sekswerk ook nog één of meer andere bronnen van inkomsten. Volgens herkomst merken we dat de Belgische vrouwen het minst enkel sekswerk als bron van inkomsten hebben: 53,8% (n=71/132) van de Belgische vrouwen heeft één bron van inkomsten, namelijk sekswerk, tegenover 66,7% (n=22/33) van de West-Europese vrouwen en 62,5% (n=35/65) van de Oost-Europese vrouwen. Ook hier zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen tussen sectoren en de herkomst statistisch significant zijn. Naar leeftijd levert het aantal bronnen van inkomsten geen noemenswaardige verschillen op.

### 2.8.2. Belangrijkste bron van inkomsten

Vervolgens werd nagegaan welke van alle bronnen de *belangrijkste bron* van inkomsten is geweest de afgelopen drie maanden. Van diegenen die enkel inkomsten uit sekswerk halen, is het sekswerk uiteraard de enige en belangrijkste bron van inkomsten. Wanneer we tabel 4.21 bekijken, kunnen we vaststellen dat in beide interventiegroepen telkens bijna 90% van alle

respondenten de meeste inkomsten haalt uit sekswerk. Bij de beide controlegroepen is dit telkens bijna 70%. De vrouwen uit de controlegroepen halen meer dan de vrouwen uit de interventiegroepen hun inkomsten uit loon van een ander werk en financiële ondersteuning. Vergeleken met de controlegroepen ligt bij de interventiegroepen het aandeel vrouwen dat het grootste deel van de inkomsten haalt uit een sociale uitkering dan weer iets hoger. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.21. Belangrijkste bron van inkomsten (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=73)	Controlegroep Limburg (n=67)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=46)	TOTAAL (n=263)
Sekswerk	88.3% (n=68)	87.7% (n=64)	68.7% (n=46)	67.4% (n=31)	79.5% (n=209)
Loon van ander werk	3.9% (n=3)	6.8% (n=5)	14.9% (n=10)	17.4% (n=8)	9.9% (n=26)
Sociale uitkering	6.5% (n=5)	4.1% (n=3)	3.0% (n=2)	2.2% (n=1)	4.2% (n=11)
Financiële ondersteuning	1.3% (n=1)	1.4% (n=1)	13.4% (n=9)	13.0% (n=6)	6.5% (n=17)

(\*) Van 10 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer de belangrijkste bron van inkomsten wordt bekeken volgens hoofdsector waarin de respondenten werkzaam zijn, kunnen we stellen dat het sekswerk vooral voor de raamsekswerkers de meest belangrijke bron is: voor 56,5% (n=13/23) van de escortes, voor 74,4% (n=32/43) van de bar/club-sekswerkers en voor 81,1% (n=90/11) van de privésekswerkers is het sekswerk de belangrijkste bron van inkomsten, tegenover de raamsekswerkers waarbij dit 96,4% (n=54/56) is. Naar leeftijd merken we dat hoe ouder de respondenten zijn, hoe minder vaak het sekswerk de belangrijkste bron van inkomsten is: bij de vrouwen jonger dan 30 jaar is voor 83,7% (n=77/92) het sekswerk de belangrijkste bron van inkomsten, tegenover 70,0% (n=7/10) bij de vrouwen van 50 jaar of ouder. Ook hier zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren en leeftijden statistisch significant zijn. Naar herkomst levert de belangrijkste bron van inkomsten geen noemenswaardige verschillen op.

### 2.8.3. *Perceptie van de huidige financiële situatie*

Ook werden de sekswerkers bevraagd over de perceptie van hun huidige financiële situatie (tabel 4.22). Ze konden kiezen uit vijf categorieën: (a) zeer goed, (b) goed, (c) niet goed, niet slecht, (d) slecht, en (e) zeer slecht. In de controlegroep Vlaams-Brabant vinden we beduidend minder sekswerkers die hun financiële situatie als zeer goed beschouwen. Ook opvallend is het hoge aandeel vrouwen bij de interventiegroep Ghapro en de controlegroep Vlaams-Brabant dat aangeeft slecht tot zeer slecht rond te komen met hun inkomen. De aantallen blijven te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.22. Perceptie van de huidige financiële situatie (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=71)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=46)	TOTAAL (n=269)
Zeer goed	6.5% (n=5)	13.3% (n=10)	9.9% (n=7)	2.2% (n=1)	8.6% (n=23)
Goed	45.5% (n=35)	50.7% (n=38)	36.6% (n=26)	43.5% (n=20)	44.2% (n=119)
Niet goed, niet slecht	33.8% (n=26)	32.0% (n=24)	45.1% (n=32)	41.3% (n=19)	37.5% (n=101)
Slecht	9.1% (n=7)	4.0% (n=3)	7.0% (n=5)	10.9% (n=5)	7.4% (n=20)
Zeer slecht	5.2% (n=4)	0% (n=0)	1.4% (n=1)	2.2% (n=1)	2.2% (n=6)

(\*) Van 4 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer we de perceptie van de huidige financiële situatie bekijken volgens hoofdsector van de respondenten, merken we dat meer bar/club-sekswerkers en escortes hun financiële situatie slecht tot zeer slecht inschatten (16,3% (n=7/43) bij de bar/club-sekswerkers en 12,5% (n=3/24) bij de escortes tegenover 8,9% (n=5/56) bij de raamsekswerkers en 8,6% (n=10/116) bij de privésekswerkers). Ook hier zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen tussen sectoren statistisch significant zijn. Naar leeftijd en herkomst levert de perceptie van de huidige financiële situatie geen noemenswaardige verschillen op.

### ***Conclusie van de socio-demografische kenmerken van de respondenten***

We kunnen concluderen dat de steekproef een zeer heterogene groep is. Zo zijn er vrouwen van verschillende leeftijden terug te vinden onder de respondenten. Naast de relatief grote groep van Belgische vrouwen (de helft van alle respondenten), vinden we ook zeer veel verschillende nationaliteiten. Ook de gezins- en woonsituatie varieert: iets minder dan de helft heeft geen kinderen, iets meer dan de helft heeft een partner en ongeveer een derde van alle respondenten woont alleen. Wanneer we de opleiding bekijken, merken we dat het grootste deel tot de leeftijd van zeventien tot negentien jaar naar school is gegaan. Voor de meesten is het sekswerk de belangrijkste bron van inkomsten, maar toch halen sommigen niet enkel uit het sekswerk inkomsten: de respondenten leven soms bijkomend van loon van een ander werk en in iets mindere mate van een sociale uitkering of financiële ondersteuning van bijvoorbeeld echtgenoot of partner. Een relatief klein aandeel van de respondenten schat hun financiële situatie slecht tot zeer slecht in.

### **3. Het werk in de sekswerksector**

Wanneer we het werk in de sekswerksector bekijken, gaan we de ervaring van de respondenten in de prostitutie na: op welke leeftijd is men gestart als sekswerker en hoelang is men reeds actief als sekswerker? Vervolgens wordt gekeken naar het aantal sectoren in welke de respondenten actief zijn en welke dit zijn, evenals het aantal regio's waarin ze werken en welke dit zijn. Hierbij aansluitend wordt nagegaan hoeveel sekswerkers in dezelfde regio werken als waar ze wonen. Ook wordt gekeken naar de mobiliteit binnen de sekswerksector: hoeveel respondenten hebben sinds de start met het sekswerk onafgebroken als sekswerker gewerkt en hoeveel hebben er ooit in een andere regio en/of sector gewerkt? In het deel over arbeidsregime wordt gekeken of de sekswerkers overdag, 's nachts, of beide werken, het aantal dagen/nachten dat ze per week werken, het aantal uur dat ze per werkdag/werknacht werken en het aantal uur dat ze per week werken. Bij de arbeidsomstandigheden wordt nagegaan hoeveel klanten de respondenten per werkdag/nacht hebben, of ze vrij zijn in de keuze van hun klanten, en de redenen waarom klanten worden geweigerd.

Het al dan niet werken in dezelfde regio waar de respondenten wonen, het dag- of nachtwerk, het aantal uren werk per week, het gemiddeld aantal klanten en het al dan niet vrij zijn in de keuze van klanten wordt ook bekeken volgens de hoofdsector, de herkomst en de leeftijd van de respondenten. De leeftijd waarop men is gestart met sekswerk en het aantal jaren dat men reeds ervaring heeft als sekswerker wordt nagegaan per hoofdsector en herkomst; het al dan niet onafgebroken gewerkt hebben als sekswerker wordt bekeken per hoofdsector, herkomst, leeftijd en aantal jaren ervaring als sekswerker; de mobiliteit binnen de sekswerkindustrie wordt bekeken volgens de ervaring van de sekswerker.

#### **3.1. Ervaring als sekswerker**

##### ***3.1.1. Leeftijd waarop men startte met sekswerk***

Om de ervaring van de respondenten in het sekswerk na te gaan, hebben we eerst gekeken naar de leeftijd waarop men met sekswerk is gestart. Tabel 4.23 geeft het aandeel respondenten weer dat is begonnen op (a) een leeftijd van 17 jaar of jonger en dus minderjarig, (b) op een leeftijd van 18 of 19 jaar, (c) op een leeftijd tussen 20 en 24 jaar, (d) op een leeftijd tussen 25 en 29 jaar, (e) op een leeftijd tussen 30 en 39 jaar en (f) op een leeftijd van 40 jaar of ouder.

In de twee interventiegroepen zijn de meeste sekswerkers begonnen op een leeftijd tussen 20 en 24 jaar. In de controlegroep Limburg begon de grootste groep op een leeftijd tussen 25 en 29 jaar. In de controlegroep Vlaams-Brabant begon ongeveer een derde van de respondenten op een leeftijd tussen 20 en 24 jaar en ongeveer een derde op een leeftijd tussen 30 en 39 jaar. De aantallen in de leeftijdscategorieën zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

De gemiddelde leeftijd waarop de respondenten uit de steekproef zijn gestart bedraagt 27,1 jaar en ligt bij de interventiegroepen iets lager in vergelijking met de controlegroepen. De verschillen in de gemiddelde leeftijden waarop men is gestart met het sekswerk volgens de verschillende groepen zijn statistisch significant ( $F=2,91$ ;  $df=3$ ;  $p=0,0351$ ).

De respondent die op de laagste leeftijd is gestart met sekswerk was veertien jaar, en vinden we terug in de interventiegroep Ghapro. Deze respondent heeft steeds op straat of andere publieke plaatsen gewerkt. De sekswerker die op de hoogste leeftijd is gestart was 53 jaar en vinden we terug in de controlegroep Vlaams-Brabant als bar/clubsekswerker. In totaal zijn acht respondenten gestart met sekswerk wanneer ze nog minderjarig waren.

Tabel 4.23. Leeftijd waarop men is gestart met het sekswerk (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=75)	Interventiegroep Pasop (n=73)	Controlegroep Limburg (n=64)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=44)	TOTAAL (n=256)
Minimum	14 jaar	16 jaar	17 jaar	17 jaar	14 jaar
Maximum	48 jaar	48 jaar	48 jaar	53 jaar	53 jaar
Gemiddelde	26.1 jaar	25.7 jaar	27.9 jaar	29.9 jaar	27.1 jaar
≤ 17 jaar	2.7% (n=2)	4.1% (n=3)	3.1% (n=2)	2.1% (n=1)	3.1% (n=8)
18-19 jaar	14.7% (n=11)	24.7% (n=18)	12.5% (n=8)	8.3% (n=4)	16.0% (n=41)
20-24 jaar	36.0% (n=27)	28.8% (n=21)	25.0% (n=16)	31.3% (n=15)	30.9% (n=79)
25-29 jaar	18.7% (n=14)	15.1% (n=11)	26.6% (n=17)	2.1% (n=1)	16.8% (n=43)
30-39 jaar	21.3% (n=16)	16.4% (n=12)	21.9% (n=14)	31.3% (n=15)	22.3% (n=57)
≥ 40 jaar	6.7% (n=5)	11.0% (n=8)	10.9% (n=7)	16.7% (n=8)	10.9% (n=28)

(\*) Van 17 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer we de leeftijd van de respondenten waarop ze zijn gestart met het sekswerk bekijken volgens de sector waarin ze momenteel werkzaam zijn, merken we geen noemenswaardige verschillen. De leeftijden van de start met het sekswerk volgens de geboortelanden van de respondenten worden weergegeven in tabel 4.24. Uit de tabel kunnen we afleiden dat de meeste Belgische, West-Europese en Oost-Europese vrouwen starten op een leeftijd tussen 20 en 24 jaar. In deze drie groepen merken we dat telkens ongeveer 20% tot 30% start met sekswerk op een leeftijd van 19 jaar of jonger. Ook ligt het aantal vrouwen dat start na de leeftijd van 30 jaar, beduidend hoger bij de Belgische vrouwen in vergelijking met de West- en Oost-Europese vrouwen. Ook hier zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen tussen de herkomst statistisch significant zijn.

Tabel 4.24. Leeftijd waarop men is gestart met het sekswerk volgens herkomst (\*)

	België (n=126)	Land in West- Europa (n=32)	Land in Oost- Europa (n=53)	Land in Afrika (n=13)	Land in Azië (n=15)	Land in Latijns- Amerika (n=11)
≤ 17 jaar	3.2% (n=4)	3.1% (n=1)	3.8% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	9.1% (n=1)
18-19 jaar	16.7% (n=21)	21.9% (n=7)	24.5% (n=13)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
20-24 jaar	29.4% (n=37)	40.6% (n=13)	37.7% (n=20)	23.1% (n=3)	13.3% (n=2)	9.1% (n=1)
25-29 jaar	16.7% (n=21)	21.9% (n=7)	15.1% (n=8)	30.8% (n=4)	6.7% (n=1)	0% (n=0)
30-39 jaar	23.0% (n=29)	6.3% (n=2)	13.2% (n=7)	38.5% (n=5)	40.0% (n=6)	63.6% (n=7)
≥ 40 jaar	11.1% (n=14)	6.3% (n=2)	5.7% (n=3)	7.7% (n=1)	40.0% (n=6)	18.2% (n=2)

(\*) Van 23 respondenten ontbreken deze gegevens

### 3.1.2. Aantal jaren werkzaam als sekswerker

Wanneer we vervolgens de gegevens van de start van het sekswerk koppelen aan de leeftijd van de respondenten hebben we een nieuwe variabele die (ongeveer) weergeeft hoelang men reeds werkzaam is als sekswerker (tabel 4.25).

Aangezien één van de inclusiecriteria om tot de interventiegroep te behoren was dat de respondenten minstens twee jaar in contact moesten staan met de organisaties, vinden we bij de beide interventiegroepen geen respondenten in de categorie ‘≤ 1 jaar’. In de interventiegroep Ghapro is bijna de helft van de sekswerkers twee tot vijf jaar werkzaam als sekswerker. In de interventiegroep Pasop werkt het grootste deel al tien tot negentien jaar in de sekswerksector. In de controlegroepen Limburg en Vlaams-Brabant werkt het grootste deel van de respondenten minder dan een jaar of twee tot vijf jaar in de sekswerksector. De aantallen blijven te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Wanneer we het gemiddeld aantal jaren bekijken dat de sekswerkers al in de sector werken, merken we grote verschillen tussen de interventiegroep en de controlegroep. Zo zijn de respondenten uit de controlegroep Vlaams-Brabant gemiddeld al 3,7 jaar werkzaam als sekswerker, tegenover de respondenten uit de interventiegroep Pasop die gemiddeld al 9,3 jaar in het beroep zitten. Het feit dat de respondenten uit de interventiegroepen al minstens twee jaar met Ghapro of Pasop in contact moesten staan en dus ook al zeker zolang als sekswerker werkzaam zijn, zorgt uiteraard mee voor deze grote verschillen tussen de interventie- en controlegroep. De verschillen in de gemiddelde leeftijden volgens de verschillende groepen zijn statistisch significant ( $F=9,57$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$ ).



Tabel 4.25. Hoelang zijn de respondenten al werkzaam als sekswerker

	Interventiegroep Ghapro (n=74)	Interventiegroep Pasop (n=70)	Controlegroep Limburg (n=60)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=40)	TOTAAL (n=247)
Gemiddelde	7.5 jaar	9.3 jaar	5.7 jaar	3.7 jaar	6.9 jaar
≤ 1 jaar	-	-	30.0% (n=18)	39.5% (n=17)	14.2% (n=35)
2-5 jaar	47.3% (n=35)	27.1% (n=19)	33.3% (n=20)	41.9% (n=18)	37.2% (n=92)
6-9 jaar	29.7% (n=22)	24.3% (n=17)	16.7% (n=10)	7.0% (n=3)	21.1% (n=52)
10-19 jaar	20.3% (n=15)	42.9% (n=30)	16.7% (n=10)	9.3% (n=4)	23.9% (n=59)
≥ 20 jaar	2.7% (n=2)	5.7% (n=4)	3.3% (n=2)	2.3% (n=1)	3.6% (n=9)

(\*) Van 26 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer we het aantal jaren ervaring als sekswerker bekijken volgens hoofdsector (tabel 4.26) en herkomst (tabel 4.27), merken we op dat de minst ervaren respondenten uit de steekproef (dit wil zeggen diegenen die nog geen jaar actief zijn) enkel werken in de bar/club- en de privésector. Wanneer we de vrouwen bekijken die al vijf jaar of langer actief zijn, vinden we deze vooral terug in de privésector en de raamsector. Ook zijn er verschillen te bemerken volgens herkomst: respondenten afkomstig uit België en West-Europa zijn vooral al langer dan vijf jaar actief. De ‘nieuwe’ sekswerkers (minder dan vijf jaar actief) zijn voornamelijk Oost-Europese vrouwen. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren en herkomst statistisch significant zijn.

Deze tabellen geven wel enigszins een vertekend beeld. Zo zijn alle bevroegde raamsekswerkers terug te vinden in de interventiegroepen. Aangezien de respondenten uit de interventiegroepen al minimum twee jaar met de organisaties in contact moeten staan en dus minstens al zolang werkzaam moeten zijn, vinden we geen raamsekswerkers in de categorie van diegenen die een jaar of minder werkzaam. In de diepte-interviews met de medewerkers van de organisaties werd echter bemerkt dat ze in de ramen veel jonge meisjes zien, die dus vermoedelijk ook minder lang actief zijn.

Tabel 4.26. Hoelang zijn de respondenten al werkzaam als sekswerker volgens sector (\*)

	Straat (n=3)	Raam (n=54)	Bar/club (n=39)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=106)	Privé geen intiem (n=21)	Escort (n=22)
≤ 1 jaar	0% (n=0)	0% (n=0)	25.6% (n=10)	0% (n=0)	16.0% (n=17)	38.1% (n=8)	0% (n=0)
2-5 jaar	33.3% (n=1)	38.9% (n=21)	38.5% (n=15)	0% (n=0)	35.8% (n=38)	23.8% (n=5)	54.5% (n=12)
6-9 jaar	33.3% (n=1)	33.3% (n=18)	15.4% (n=6)	50.0% (n=1)	19.8% (n=21)	14.3% (n=3)	9.1% (n=2)
10-19 jaar	0% (n=0)	24.1% (n=13)	17.9% (n=7)	50.0% (n=1)	25.5% (n=27)	23.8% (n=5)	27.3% (n=6)
≥ 20 jaar	33.3% (n=1)	3.7% (n=2)	2.6% (n=1)	0% (n=0)	2.8% (n=3)	0% (n=0)	9.1% (n=2)

(\*) Van 26 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.27. Hoelang zijn de respondenten al werkzaam als sekswerker volgens herkomst (\*)

	België (n=123)	Land in West- Europa (n=30)	Land in Oost- Europa (n=53)	Land in Afrika (n=11)	Land in Azië (n=15)	Land in Latijns- Amerika (n=11)
≤ 1 jaar	6.5% (n=8)	13.3% (n=4)	13.2% (n=7)	36.4% (n=4)	60.0% (n=9)	18.2% (n=2)
2-5 jaar	35.8% (n=44)	16.7% (n=5)	50.9% (n=27)	36.4% (n=4)	33.3% (n=5)	36.4% (n=4)
6-9 jaar	21.1% (n=26)	30.0% (n=9)	24.5% (n=13)	18.2% (n=2)	0% (n=0)	18.2% (n=2)
10-19 jaar	31.7% (n=39)	33.3% (n=10)	11.3% (n=6)	9.1% (n=1)	6.7% (n=1)	18.2% (n=2)
≥ 20 jaar	4.9% (n=6)	6.7% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	3.7% (n=1)

(\*) Van 30 respondenten ontbreken deze gegevens

### 3.2. Sectoren en regio's waarin de sekswerkers nu werkzaam zijn

#### 3.2.1. Sectoren

Er werd reeds besproken wat de hoofdsector is van de respondenten. Sommige respondenten waren op het ogenblik van het afnemen van de vragenlijsten echter werkzaam in meerdere sectoren (tabel 4.28). De respondenten konden volgende sectoren aanduiden: straat en andere publieke plaatsen (vb. een café), raam, bar/club, bar/club + raam, privéhuus, massagesalon/sauna, escort, porno (foto's/films/webcam), peep shows/striptease en betaald werk in een parenclub. We stellen vast dat de meeste respondenten werkzaam zijn in één sector (in totaal 85,0% van alle respondenten). In de controlegroep Limburg zijn er, in vergelijking met de drie andere groepen, minder respondenten werkzaam in twee of meer sectoren. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Bij de interventiegroep Ghapro werken alle sekswerkers die als hoofdsector straat en andere publieke plaatsen, bar/club of massage (wel/geen intiem) hebben, enkel in deze sector. De sekswerkers die in meer dan één sector werkzaam zijn, hebben als hoofdsector raam, privé of escort. De sectoren waarin ze, naast hun hoofdsector, werkzaam zijn, zijn betaald werk in een parenclub, escortsector, privésector, peepshow/striptease, porno, massage of bar/club.

Bij de interventiegroep Pasop werken alle sekswerker die als hoofdsector bar/club (al dan niet gecombineerd met raam) hebben, enkel in deze sector. De respondenten die in meer dan één sector werkzaam zijn, hebben als hoofdsector raam, privé (privéhuus of massagesalon) of escort. De sectoren waarin ze, naast de voorgenoemde hoofdsector, werkzaam zijn, zijn betaald werk in een parenclub, de porno-industrie, als escort, in de privé (privéhuus of massagesalon), in een bar/club, in een raam, en/of op straat of andere publieke plaatsen.

De vier sekswerkers uit de controlegroep Limburg die werkzaam zijn in meer dan één sector, hebben allen als hoofdsector privé (privéhuus of massagesalon). Ze zijn naast deze hoofdsector ook werkzaam als escort of in een bar/club.

De sekswerkers uit de controlegroep Vlaams-Brabant die werkzaam zijn in meer dan één sector, hebben als hoofdsector bar/club (en werken naast deze hoofdsector ook als escort) of privé (en werken naast deze hoofdsector ook als escort, in een bar/club of als stripteaseuse).

Tabel 4.28. Aantal sectoren waarin de sekswerkers werkzaam zijn

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=73)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=48)	TOTAAL (n=273)
Één sector	84.4% (n=65)	78.7% (n=59)	94.6% (n=69)	81.3% (n=39)	85.0% (n=232)
Twee sectoren	11.7% (n=9)	18.7% (n=14)	2.7% (n=2)	18.7% (n=9)	12.5% (n=34)
Drie of meer sectoren	3.9% (n=3)	2.6% (n=2)	2.7% (n=2)	0% (n=0)	2.5% (n=7)

### 3.2.2. Regio's

Ook werd nagegaan in hoeveel regio's de respondenten momenteel werkzaam zijn en welke dat zijn. De respondenten konden kiezen uit de volgende regio's:

- (a) Antwerpen: regio Antwerpen, Mechelen, Turnhout,...
- (b) Vlaams-Brabant: regio Leuven, Vilvoorde, Aarschot,...
- (c) Limburg: regio Hasselt, Tongeren, Maaseik,...
- (d) Oost-Vlaanderen: regio Gent, Lokeren, Aalst,...
- (e) West-Vlaanderen: regio Brugge, Oostende, Kortrijk,...

Er kon ook nog een andere regio worden opgegeven.

Tabel 4.29 toont dat de meeste sekswerkers in één regio werkzaam zijn. Wanneer ze in meerdere regio's werkzaam zijn, zijn dit meestal sekswerkers die enkel of ook escortwerk doen. In de interventiegroep Ghapro en de controlegroep Vlaams-Brabant vinden we iets meer dan in de andere twee groepen sekswerkers die in meer dan één regio werkzaam zijn. Ook hier zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.29. Aantal regio's waarin de sekswerkers werkzaam zijn (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=74)	Controlegroep Limburg (n=73)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=48)	TOTAAL (n=273)
Één regio	89.6% (n=69)	93.2% (n=69)	95.9% (n=70)	85.4% (n=41)	91.5% (n=249)
Twee regio's	7.8% (n=6)	2.7% (n=2)	2.7% (n=2)	6.3% (n=3)	4.8% (n=13)
Drie of meer regio's	2.6% (n=2)	4.1% (n=3)	1.4% (n=1)	8.4% (n=4)	3.7% (n=10)

(\*) Van 1 respondent ontbreken deze gegevens

Tabel 4.30 geeft dan weer in welke regio's de sekswerkers werkzaam zijn. Diegenen die in een andere regio werken, gaven Brussel, Nederland en Spanje op.

Er werd reeds vastgesteld dat de meeste respondenten uit de interventiegroep Ghapro en Pasop eveneens wonen in het werkgebied van respectievelijk Ghapro en Pasop, en dat de meeste respondenten die werden gerekruteerd in Limburg en Vlaams-Brabant ook in respectievelijk Limburg en Vlaams-Brabant wonen. Uit onderstaande tabel kunnen we nu ook afleiden dat het grootste deel van de steekproef werkt in de betreffende regio van een bepaalde groep. Zo werken slechts vijf respondenten van de interventiegroep Ghapro niet in Antwerpen en werken slechts vier respondenten van de interventiegroep Pasop niet in Oost- of West-Vlaanderen. In de controlegroep Limburg en de controlegroep Vlaams-Brabant

werken alle respondenten in het gebied waar ze zijn gerekruteerd. De aantallen blijven te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.30. Regio's waarin de sekswerkers werkzaam zijn (†) (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=74)	Controlegroep Limburg (n=73)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=48)	TOTAAL (n=272)
Antwerpen	93.5% (n=72)	9.5% (n=7)	4.1% (n=3)	8.3% (n=4)	31.6% (n=86)
Vlaams-Brabant	6.5% (n=5)	4.1% (n=3)	1.4% (n=1)	100% (n=48)	21.0% (n=57)
Limburg	2.6% (n=2)	1.4% (n=1)	100% (n=73)	4.2% (n=2)	28.7% (n=78)
Oost-Vlaanderen	2.6% (n=2)	78.4% (n=58)	1.4% (n=1)	10.4% (n=5)	24.3% (n=66)
West-Vlaanderen	1.3% (n=1)	23.0% (n=17)	1.4% (n=1)	4.2% (n=2)	7.7% (n=21)
Andere	6.5% (n=5)	2.7% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	2.6% (n=7)

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

(\*) Van 1 respondent ontbreken deze gegevens

### 3.3. Woon- en werkregio

Wanneer we de woonplaats van de respondenten koppelen aan de werkregio('s), stellen we vast dat in de hele steekproef de meeste sekswerkers werken in dezelfde regio als waar ze wonen, maar dat er toch grote verschillen bestaan tussen de vier groepen (tabel 4.31). De verschillen tussen de verschillende groepen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=28,71$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p<0,001$ ).

In de interventiegroep Ghapro werkt ongeveer 10% in een andere regio dan waar ze wonen. Dit komt neer op acht respondenten: vijf werken in Antwerpen en wonen ergens anders (één in Brussel, twee in Nederland, één in Oost-Vlaanderen en één in Vlaams-Brabant) en twee wonen in Antwerpen en werken ergens anders (één in West-Vlaanderen en één in Brussel).

In de interventiegroep Pasop heeft meer dan een vierde een woonplaats in een andere regio dan waar hun werkplek zich bevindt. Veertien werken in Oost-Vlaanderen en wonen ergens anders (één in Nederland, één in Wallonië, zes in West-Vlaanderen en zes in Antwerpen) en vijf wonen in Oost-Vlaanderen en werken ergens anders (drie in West-Vlaanderen en twee in Antwerpen).

In de controlegroep Limburg werkt bijna 30% in een andere regio dan waar ze wonen. Al deze respondenten werken wel in Limburg, maar wonen ergens anders: acht wonen in Antwerpen, vier in Nederland, drie in Duitsland, één in Vlaams-Brabant, één in Wallonië en één in Brussel.

In de controlegroep Vlaams-Brabant werkt meer dan de helft niet in dezelfde regio als waar ze wonen. De 25 respondenten met een verschillende woon- en werkplaats werken wel in Vlaams-Brabant maar wonen er niet: acht wonen in Antwerpen, vijf in Limburg, zes in Brussel, twee in Oost-Vlaanderen, twee in Wallonië en twee in Nederland.

Men moet er rekening mee houden dat deze cijfers niet weergeven of er eventueel een (grote) afstand bestaat tussen de plaats waar de respondenten wonen en waar ze werken, maar slechts een indicatie zijn. De kans bestaat dat bij bijvoorbeeld een sekswerker die werkt in Vlaams-Brabant en woont in Antwerpen de afstand tussen de werk- en woonplaats kleiner is dan bij bijvoorbeeld een sekswerker die zowel werkt als woont in Limburg.

Tabel 4.31. Sekswerkers die niet in dezelfde regio werken als waar ze wonen (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=70)	Controlegroep Limburg (n=62)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=45)	TOTAAL (n=253)
Regio werken ≠ regio wonen	10.5% (n=8)	27.1% (n=19)	29.0% (n=18)	55.5% (n=25)	28.1% (n=71)

(\*) Van 20 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer we de werk- en woonregio van de respondenten bekijken volgens hun leeftijd, levert dit geen noemenswaardige verschillen. De verschillen in het al dan niet werken in dezelfde woonregio volgens de hoofdsector waarin de respondenten werkzaam zijn, worden weergegeven in tabel 4.32. Uit de tabel kunnen we afleiden dat van de raam- en privésekswerkers iets meer dan een vierde in een andere regio werkt dan de woonregio, en dat bij de bar/club-sekswerkers en de sekswerkers die geen intiem doen, dit aantal hoger ligt (telkens ongeveer 40%). De meeste vrouwen die werken in de meest zichtbare vorm van prostitutie, namelijk het raamsekswerk, wonen dus in dezelfde regio als waar ze werken. Tabel 4.33 geeft vervolgens de verschillen weer volgens herkomst van de respondenten. We merken dat de Belgische vrouwen meer dan alle anderen in dezelfde regio wonen als waar ze werken. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren en herkomst statistisch significant zijn.

Tabel 4.32. Sekswerkers die niet in dezelfde regio werken als waar ze wonen volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=3)	Raam (n=52)	Bar/club (n=43)	Bar/club + raam (n=1)	Privé (n=106)	Privé geen intiem (n=24)	Escort (n=24)
Regio werken ≠ regio wonen	33.3% (n=1)	26.9% (n=14)	37.2% (n=16)	0% (n=0)	25.5% (n=27)	41.7% (n=10)	8.3% (n=2)

(\*) Van 20 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.33. Sekswerkers die niet in dezelfde regio werken als waar ze wonen volgens herkomst (\*)

	België (n=129)	Land in West- Europa (n=28)	Land in Oost- Europa (n=55)	Land in Afrika (n=10)	Land in Azië (n=17)	Land in Latijns- Amerika (n=10)
Regio werken ≠ regio wonen	18.6% (n=24)	42.9% (n=12)	25.5% (n=14)	70.0% (n=7)	41.2% (n=7)	40.0% (n=4)

(\*) Van 24 respondenten ontbreken deze gegevens

### 3.4. Het mobiele karakter van het sekswerk

#### 3.4.1. *Onafgebroken als sekswerker gewerkt*

Aansluitend op de vraag op welke leeftijd men is gestart met het sekswerk, werd gevraagd of men sinds de start altijd als sekswerker heeft gewerkt (op vakanties na) (tabel 4.34). De algemene indruk van de onderzoeksters is dat deze vraag vaak niet werd begrepen door de respondenten. Een voorzichtige interpretatie van deze gegevens is dus nodig.

Bij de interventiegroep Ghapro werkte bijna 60% sinds de start van het sekswerk onafgebroken als sekswerker. Bij de interventiegroep Pasop is dit bijna de helft en bij de beide controlegroepen is dit telkens ongeveer 40%. De verschillen tussen de groepen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=4,57$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,206$ ).

Tabel 4.34. Sekswerkers die sinds de start met het sekswerk onafgebroken als sekswerker hebben gewerkt (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=75)	Interventiegroep Pasop (n=74)	Controlegroep Limburg (n=67)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=48)	TOTAAL (n=264)
Altijd als SW gewerkt	57.3% (n=43)	48.6% (n=36)	40.3% (n=27)	43.8% (n=21)	48.1% (n=127)

(\*) Van 9 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer we het al dan niet onafgebroken sekswerk bekijken volgens hoofdsector, de leeftijd en de herkomst van de respondenten, levert dit geen noemenswaardige verschillen op. Wel merken we dat hoe langer respondenten al werkzaam zijn als sekswerker, hoe minder ze al onafgebroken werkzaam zijn als sekswerker (tabel 4.35). De verschillen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=0,49$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,921$ ).

Tabel 4.35. Sekswerkers die sinds de start met het sekswerk onafgebroken als sekswerker hebben gewerkt volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker (\*)

	≤ 1 jaar (n=35)	2-5 jaar (n=92)	6-9 jaar (n=51)	≥ 10 jaar (n=68)
Altijd als SW gewerkt	54.3% (n=19)	48.9% (n=45)	49.0% (n=25)	47.1% (n=32)

(\*) Van 27 respondenten ontbreken deze gegevens

#### 3.4.2. *Ooit in een andere regio en/of sector gewerkt*

Om het mobiele karakter van het sekswerk in kaart te brengen is ook gekeken naar de sekswerkers die ooit in een andere sector hebben gewerkt en de sekswerkers die ooit in een andere regio hebben gewerkt (tabel 4.36). In de onderste rij van deze tabel vinden we ook het aantal van de sekswerkers dat reeds ‘mobiel’ is geweest; namelijk het aantal dat al in een andere regio heeft gewerkt, het aantal dat al in een andere sector heeft gewerkt en het aantal dat al zowel in een andere sector als in een andere regio heeft gewerkt. De verschillen tussen de groepen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=5,20$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,158$ ).

Bij de vraag of de respondenten ooit in andere sekswerksectoren gewerkt hadden, werd vaak door de respondenten bij ‘andere’ een job opgegeven die niets te maken had met werk in de

erotische sector. Voor deze antwoorden is aangenomen dat de respondenten nooit in een andere sekswerksector gewerkt hebben. Van alle respondenten heeft bijna 40% reeds in een andere sector (één of meer) gewerkt. Ongeveer een derde heeft reeds in een andere regio (één of meer) gewerkt.

We kunnen vaststellen dat van de interventiegroep Ghapro en de controlegroep Limburg bijna de helft van de sekswerkers reeds mobiel is geweest. Bij de interventiegroep Pasop is dit bijna 60% van de sekswerkers en bij de controlegroep Vlaams-Brabant is dit bijna 40% van de sekswerkers. Van de hele steekproef heeft ongeveer de helft ooit al in een andere sector en/of een andere regio gewerkt. Het dynamische aspect van de sekswerkindustrie is eveneens af te leiden uit het feit dat de onderzoeksters gedurende de onderzoeksperiode drie vrouwen zijn tegengekomen die ze reeds op een andere werkplek gezien hadden.

Tabel 4.36. Mobiliteit binnen de sekswerkindustrie (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=72)	Controlegroep Limburg (n=73)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=46)	TOTAAL (n=268)
<b>Ooit in andere sector / regio gewerkt (†)</b>					
Ooit in andere sector gewerkt	37.7% (n=29)	47.2% (n=34)	38.4% (n=28)	23.9% (n=11)	38.1% (n=102)
Ooit in andere regio gewerkt	28.6% (n=22)	48.6% (n=35)	31.5% (n=23)	30.4% (n=14)	35.1% (n=94)
<b>Ooit in andere sector en/of regio gewerkt</b>					
Ja	48.1% (n=37)	58.3% (n=42)	49.3% (n=36)	37.0% (n=17)	49.3% (n=132)

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

(\*) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer we de mobiliteit binnen de sekswerkindustrie bekijken volgens het aantal jaren dat de respondenten al werkzaam zijn als sekswerker (tabel 4.37), kunnen we afleiden dat hoe langer de respondenten reeds werken als sekswerker, hoe groter de kans dat ze reeds mobiel zijn geweest. De verschillen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=25,66$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p<0,001$ ).

Tabel 4.37. Mobiliteit binnen de sekswerkindustrie volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker (\*)

	≤ 1 jaar (n=35)	2-5 jaar (n=91)	6-9 jaar (n=52)	≥ 10 jaar (n=65)
Ooit in andere sector en/of regio gewerkt	17.1% (n=6)	47.3% (n=43)	55.8% (n=29)	69.2% (n=45)

(\*) Van 30 respondenten ontbreken deze gegevens

### 3.5. Arbeidsregime

#### 3.5.1. Dag- en nachtwerk

Vooreerst wordt gekeken of de vrouwen vooral dagwerk, nachtwerk of beide verrichten (tabel 4.38). We kunnen vaststellen dat in alle groepen de meeste sekswerkers vooral enkel overdag werken. Ongeveer een vijfde van de interventiegroep Ghapro en de controlegroep Limburg werkt enkel 's nachts en meer dan een vierde van de controlegroep Vlaams-Brabant werkt zowel overdag als 's nachts. De verschillen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=16,70$ ;  $\text{df}=6$ ;  $p=0,010$ ).

Er moet wel rekening gehouden worden met de vertegenwoordiging van bepaalde sectoren in elke groep. Zo openen bars/clubs meestal in de namiddag, 's avonds of 's nachts en zijn de massagesalons en de privéhuizen meestal overdag open. Sekswerkers werkzaam in de straatsector, de raamsector (al dan niet gecombineerd met bar/club) en de escortsector zijn niet zozeer gebonden aan de scheiding dagwerk of nachtwerk. Dat er bijvoorbeeld in de controlegroepen meer respondenten werkzaam zijn in een bar/club, zorgt bijgevolg mee voor de verschillen tussen de groepen.

Tabel 4.38. Dagwerk en/of nachtwerk (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=74)	Controlegroep Limburg (n=73)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=47)	TOTAAL (n=270)
Overdag	64.5% (n=49)	84.0% (n=63)	65.8% (n=48)	57.4% (n=27)	69.3% (n=187)
's Nachts	21.1% (n=16)	6.7% (n=5)	17.8% (n=13)	14.9% (n=7)	15.2% (n=41)
Beide	14.5% (n=11)	8.0% (n=6)	16.4% (n=12)	27.7% (n=13)	15.6% (n=42)

(\*) Van 3 respondenten ontbreken deze gegevens

In de volgende tabellen wordt het dag- en nachtwerk bekeken volgens hoofdsector (tabel 4.39), volgens herkomst (tabel 4.40) en volgens leeftijd (tabel 4.41). We kunnen vaststellen dat de meeste bar/club-sekswerkers enkel 's nachts of zowel 's nachts als overdag werken, en dat de raamsekswerkers, de privésekswerkers (al dan niet intiem) en de escortes vooral enkel overdag werken. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren statistisch significant zijn. Wanneer we het dag- of nachtwerk bekijken volgens herkomst merken we dat bijna 80% van de Belgische vrouwen, bijna 70% van de West-Europese vrouwen, en iets meer dan de helft van de Oost-Europese vrouwen enkel overdag werkt. Ook hier zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn. Afsluitend toont het dag- of nachtwerk volgens leeftijd dat naarmate een vrouw ouder wordt, ze meer enkel overdag en minder enkel 's nachts werkt. Deze verschillen zijn statistisch significant ( $\chi^2=17,11$ ;  $df=4$ ;  $p=0,002$ ).

Tabel 4.39. Dag- of nachtwerk volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=3)	Raam (n=55)	Bar/club (n=46)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=115)	Privé geen intiem (n=25)	Escort (n=24)
Overdag	0% (n=0)	67.3% (n=37)	21.7% (n=10)	100% (n=2)	83.5% (n=96)	96.0% (n=24)	75.0% (n=18)
's Nachts	66.7% (n=2)	23.6% (n=13)	47.8% (n=22)	0% (n=0)	3.5% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)
Beide	33.3% (n=1)	9.1% (n=5)	30.4% (n=14)	0% (n=0)	13.0% (n=15)	4.0% (n=1)	25.0% (n=6)

(\*) Van 3 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.40. Dag- of nachtwerk volgens herkomst (\*)

	België (n=132)	Land in West- Europa (n=33)	Land in Oost- Europa (n=56)	Land in Afrika (n=14)	Land in Azië (n=17)	Land in Latijns- Amerika (n=11)
Overdag	76.5% (n=101)	69.7% (n=23)	51.8% (n=29)	28.6% (n=4)	100% (n=17)	81.8% (n=9)
's Nachts	8.3% (n=11)	15.2% (n=5)	32.1% (n=18)	35.7% (n=5)	0% (n=0)	9.1% (n=1)
Beide	15.2% (n=20)	15.2% (n=5)	16.0% (n=9)	35.7% (n=5)	0% (n=0)	9.1% (n=1)

(\*) Van 10 respondenten ontbreken deze gegevens



Tabel 4.41. Dag- of nachtwerk volgens leeftijd (\*)

	≤ 29 jaar (n=95)	30-39 jaar (n=100)	≥ 40 jaar (n=66)
Overdag	64.2% (n=61)	65.0% (n=65)	84.4% (n=56)
's Nachts	24.2% (n=23)	13.0% (n=13)	7.6% (n=5)
Beide	11.6% (n=11)	22.0% (n=22)	7.6% (n=5)

(\*) Van 12 respondenten ontbreken deze gegevens

### 3.5.2. Aantal werkdagen en –nachten per week

Vervolgens werd gevraagd hoeveel dagen/nachten de sekswerkers werken in een werkweek van maandag tot en met zondag (tabel 4.42). Gemiddeld werken alle respondenten 4,6 dagen/nachten per week. De verschillen in het gemiddeld aantal werkdagen/nachten tussen de verschillende groepen zijn niet statistisch significant ( $F=2,53$ ;  $df=3$ ;  $p=0,058$ ).

In elke groep vinden we toch een relatief groot deel dat zes of zeven dagen/nachten werkt per week. De verschillen in het aantal werkdagen/nachten tussen de verschillende groepen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=15,69$ ;  $df=9$ ;  $p=0,074$ ).

Tabel 4.42. Aantal werkdagen/nachten in één week (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=71)	Controlegroep Limburg (n=68)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=44)	TOTAAL (n=259)
Gemiddelde	4.7 dagen/nachten	4.9 dagen/nachten	4.5 dagen/nachten	4.1 dagen/nachten	4.6 dagen/nachten
Één	2.7% (n=2)	1.4% (n=1)	1.5% (n=1)	2.3% (n=1)	1.9% (n=5)
Twee of drie	20.3% (n=15)	9.9% (n=7)	26.5% (n=18)	36.4% (n=16)	21.6% (n=56)
Vier of vijf	44.6% (n=35)	60.6% (n=43)	42.6% (n=29)	45.5% (n=20)	49.0% (n=127)
Zes of zeven	32.4% (n=24)	28.1% (n=20)	29.4% (n=20)	15.9% (n=7)	27.4% (n=71)

(\*) Van 14 respondenten ontbreken deze gegevens

### 3.5.3. Aantal uren werk per werkdag/werknacht

Tabel 4.43 geeft weer hoeveel uren de respondenten gemiddeld werken op een werkdag/werknacht. De hele steekproef werkt gemiddeld 8,2 uur per werkdag/werknacht. De verschillen in het gemiddeld aantal uren werk per werkdag/nacht tussen de verschillende groepen zijn statistisch significant ( $F=4,00$ ;  $df=3$ ;  $p=0,008$ ).

In de controlegroep Vlaams-Brabant valt op dat meer dan in de andere drie groepen de respondenten dertien tot zestien uur werken per werkdag/werknacht. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Een bar/club-sekswerker die aangaf zestien uur per dag te werken, noteerde bijkomend het volgende: ‘Maar dat is niet echt 16 uur per dag omdat ik mogelijk 12 uur slaap als ik geen klanten heb’. Ook werd gedurende het veldwerk duidelijk dat de vrouwen zeer veel van de tijd wanneer ze moeten wachten op klanten, al slapend doorbrengen.

Tabel 4.43. Aantal uren werk per werkdag/nacht (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=70)	Controlegroep Limburg (n=65)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=45)	TOTAAL (n=256)
Gemiddelde	7.4 uur	7.8 uur	9.3 uur	8.6 uur	8.2 uur
1-8 uur	71.1% (n=54)	68.6% (n=48)	47.7% (n=31)	60.0% (n=27)	62.5% (n=160)
9-12 uur	26.3% (n=20)	28.6% (n=20)	43.1% (n=28)	24.4% (n=11)	30.9% (n=79)
13-16 uur	2.6% (n=2)	1.4% (n=1)	3.1% (n=2)	13.3% (n=6)	4.3% (n=11)
≥ 17 uur	0% (n=0)	1.4% (n=1)	6.2% (n=4)	2.2% (n=1)	2.3% (n=6)

(\*) Van 17 respondenten ontbreken deze gegevens

### 3.5.4. Aantal uren werk per week

Uit de variabelen ‘aantal werkdagen/nachten in één week’ en ‘aantal uren werk per werkdag/nacht’ werd vervolgens een nieuwe variabele berekend die bij benadering weergeeft hoeveel uren de sekswerkers gemiddeld per week werken (tabel 4.44). Dit werd opgedeeld in drie categorieën: (1) de sekswerkers die 19 uur of minder werken per week, wat neerkomt op een halftijdse betrekking of minder, (2) diegenen die tussen 20 en 38 uur per week werken, wat neerkomt op een halftijdse of een voltijdse tewerkstelling, of iets daar tussenin, en (3) diegenen die 39 uur of meer per week werken, wat neerkomt op meer dan een voltijdse betrekking.

De respondenten uit de steekproef werken gemiddeld 38,4 uur per week, wat neerkomt op ongeveer een voltijdse betrekking. De verschillen in het gemiddeld aantal uren werk per week tussen de verschillende groepen zijn niet statistisch significant ( $F=2,20$ ;  $df=3$ ;  $p=0,089$ ).

In de interventiegroep Ghapro en de controlegroep Vlaams-Brabant werkt iets meer dan 40% meer dan voltijds. Bij de interventiegroep Pasop en de controlegroep Limburg werkt telkens iets meer dan de helft meer dan voltijds. De verschillen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=3,62$ ;  $df=6$ ;  $p=0,728$ )

Tabel 4.44. Aantal uren werk per week (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=67)	Controlegroep Limburg (n=64)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=44)	TOTAAL (n=251)
Gemiddelde	36.0 uur	38.2 uur	43.8 uur	34.9 uur	38.4 uur
≤ 19 uur	13.2% (n=10)	13.4% (n=9)	12.5% (n=8)	20.5% (n=9)	14.3% (n=36)
20-38 uur	42.9% (n=33)	34.3% (n=23)	34.4% (n=22)	36.4% (n=16)	37.5% (n=94)
≥ 39 uur	42.9% (n=33)	52.2% (n=35)	53.1% (n=34)	43.2% (n=19)	48.2% (n=121)

(\*) Van 22 respondenten ontbreken deze gegevens

In de volgende tabellen wordt het aantal uren werk per week bekeken volgens hoofdsector (tabel 4.45), volgens herkomst (tabel 4.46) en volgens leeftijd (tabel 4.47). We kunnen vaststellen dat de escortes het minst aantal uren per week werken: bijna 60% van hen werkt 19 uur of minder per week. De raamsekswerkers werken dan weer het langst: bijna 60% van

hen werkt per week 39 uur of meer. Escortes werken enkel tijdens de afspraken die vooraf met de klanten zijn gemaakt, terwijl de sekswerkers uit andere sectoren meestal moeten wachten tot de klanten zich aandienen. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren statistisch significant zijn. Wanneer we het aantal uren werk per week bekijken volgens herkomst, merken we dat de Belgische vrouwen het meest minder dan deeltijds werken. Hierbij kan opgemerkt worden dat de Belgische vrouwen het meest van alle respondenten uit meer dan één bron inkomsten haalt (dus sekswerk en iets anders). Wel gaat het om een relatief klein aantal dat uit meer dan één bron inkomsten haalt. De vrouwen uit Oost-Europa werken dan weer meer dan de anderen meer dan voltijds per week. Ook hier zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn. Afsluitend toont het aantal uren werk per week volgens leeftijd dat naarmate een vrouw ouder wordt, ze meer minder dan voltijds werkt. Deze verschillen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=12,19$ ;  $\text{df}=4$ ;  $p=0,016$ ).

Tabel 4.45. Aantal uren werk per week volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=3)	Raam (n=53)	Bar/club (n=40)	Bar/club + raam (n=1)	Privé (n=108)	Privé geen intiem (n=24)	Escort (n=22)
≤ 19 uur	0% (n=0)	1.9% (n=1)	12.5% (n=5)	0% (n=0)	9.3% (n=10)	29.2% (n=7)	59.1% (n=13)
20-38 uur	33.3% (n=1)	39.6% (n=21)	32.5% (n=13)	0% (n=0)	40.7% (n=44)	37.5% (n=9)	27.3% (n=6)
≥ 39 uur	66.7% (n=2)	58.5% (n=31)	55.0% (n=22)	100% (n=1)	50.0% (n=54)	33.3% (n=8)	13.6% (n=3)

(\*) Van 22 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.46. Aantal uren werk per week volgens herkomst (\*)

	België (n=126)	Land in West- Europa (n=28)	Land in Oost- Europa (n=54)	Land in Afrika (n=13)	Land in Azië (n=16)	Land in Latijns- Amerika (n=9)
≤ 19 uur	19.8% (n=25)	3.6% (n=1)	5.6% (n=3)	15.4% (n=2)	18.8% (n=3)	11.1% (n=1)
20-38 uur	37.3% (n=47)	46.4% (n=13)	33.3% (n=18)	46.2% (n=6)	31.3% (n=5)	33.3% (n=3)
≥ 39 uur	42.9% (n=54)	50.0% (n=14)	61.1% (n=33)	38.5% (n=5)	50.0% (n=8)	55.6% (n=5)

(\*) Van 27 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.47. Aantal uren werk per week volgens leeftijd (\*)

	≤ 29 jaar (n=90)	30-39 jaar (n=93)	≥ 40 jaar (n=62)
≤ 19 uur	5.6% (n=5)	18.3% (n=17)	21.0% (n=13)
20-38 uur	35.6% (n=32)	41.9% (n=39)	33.9% (n=21)
≥ 39 uur	58.9% (n=53)	39.8% (n=37)	45.2% (n=28)

(\*) Van 28 respondenten ontbreken deze gegevens

### 3.6. Arbeidsomstandigheden

#### 3.6.1. Aantal klanten

Tabel 4.48 geeft weer hoeveel klanten de sekswerker gemiddeld heeft per werkdag/werknacht. Deze vraag werd regelmatig niet ingevuld of er werd bijvoorbeeld genoteerd dat dit elke dag anders is. Wanneer de sekswerker aangaf dat er bijvoorbeeld '2 à 3 klanten' of '0 tot 10 klanten' gezien werden per werkdag/nacht, werd telkens het gemiddelde genomen.

De gehele steekproef heeft gemiddeld bijna vier klanten per werkdag/nacht. Bij de interventiegroepen loopt dit aantal ongeveer gelijk: de sekswerkers hier hebben gemiddeld ongeveer vier klanten per werkdag/nacht. Bij de controlegroep ligt dit aantal iets lager: hier hebben de sekswerkers gemiddeld ongeveer drie klanten per werkdag/nacht. De verschillen in het gemiddeld aantal klanten per werkdag/nacht tussen de verschillende groepen zijn niet statistisch significant ( $F=2,554$ ;  $df=3$ ;  $p=0,056$ ).

Tabel 4.48. Aantal klanten per werkdag/werknacht (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=74)	Interventiegroep Pasop (n=62)	Controlegroep Limburg (n=53)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=39)	TOTAAL (n=228)
Gemiddelde	4.0 klanten	4.2 klanten	3.4 klanten	3.1 klanten	3.8 klanten
Minimum	1 klant	1 klant	1 klant	1 klant	1 klant
Maximum	20 klanten	10 klanten	17.5 klanten	6 klanten	20 klanten

(\*) Van 45 respondenten ontbreken deze gegevens

De volgende drie tabellen geven het aantal klanten per werkdag/werknacht weer volgens hoofdsector (tabel 4.49), volgens herkomst (tabel 4.50) en volgens leeftijd (tabel 4.51). We merken een grote variatie in het aantal klanten tussen de verschillende sectoren. Zo hebben escortes ongeveer twee klanten per werkdag/werknacht terwijl de raamsekswerkers er bijna zes hebben. Hierbij moet rekening gehouden worden met het feit dat de escortes meestal veel kortere werkdagen/werknachten hebben, maar meestal wel meer tijd per klant doorbrengen, en dat ze vaak hogere prijzen hanteren, terwijl de ramen meer gericht zijn op een snelle en anonieme dienstverlening. De verschillen in het gemiddeld aantal klanten tussen de verschillende sectoren zijn statistisch significant ( $F=12,79$ ;  $df=6$ ;  $p<0,001$ ). Naar herkomst kunnen we vaststellen dat de Belgische vrouwen gemiddeld iets minder klanten hebben per werkdag/werknacht vergeleken met de West- en Oost-Europese vrouwen. Ook deze verschillen zijn statistisch significant ( $F=2,51$ ;  $df=5$ ;  $p=0,031$ ). Naar leeftijd merken we dat de vrouwen uit de hoogste leeftijdscategorie gemiddeld één klant minder hebben per werkdag/werknacht vergeleken met de vrouwen uit de laagste leeftijdscategorie. De verschillen in het gemiddeld aantal klanten tussen de verschillende leeftijdscategorieën zijn eveneens statistisch significant ( $F=3,556$ ;  $df=2$ ;  $p=0,030$ ).

Tabel 4.49. Aantal klanten per werkdag/werknacht volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=2)	Raam (n=48)	Bar/club (n=37)	Bar/club + raam (n=1)	Privé (n=97)	Privé geen intiem (n=21)	Escort (n=22)
Gemiddelde	2.3 klanten	5.9 klanten	2.6 klanten	6.0 klanten	3.7 klanten	3.0 klanten	2.1 klanten

(\*) Van 45 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.50. Aantal klanten per werkdag/werknacht volgens herkomst (\*)

	België (n=114)	Land in West- Europa (n=24)	Land in Oost- Europa (n=49)	Land in Afrika (n=12)	Land in Azië (n=15)	Land in Latijns- Amerika (n=10)
Gemiddelde	3.5 klanten	4.9 klanten	4.3 klanten	2.8 klanten	3.1 klanten	3.4 klanten

(\*) Van 45 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.51. Aantal klanten per werkdag/werknacht volgens leeftijd (\*)

	≤ 29 jaar (n=79)	30-39 jaar (n=85)	≥ 40 jaar (n=58)
Gemiddelde	4.3 klanten	3.6 klanten	3.3 klanten

(\*) Van 45 respondenten ontbreken deze gegevens

### 3.6.2. Keuze van klanten

Tabel 4.52 geeft weer of de sekswerkers vrij zijn in de keuze van hun klanten. We stellen vast dat over de hele steekproef de meesten vrij zijn in deze keuze, maar dat toch ongeveer 16% hier niet vrij in is. Bij de controlegroep Vlaams-Brabant ligt dit aandeel veel hoger dan in de andere drie groepen: bijna 35% zegt niet vrij te zijn in de keuze van hun klanten. De verschillen tussen de groepen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=12,91$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,005$ ).

Tabel 4.52. Zijn de sekswerkers vrij in de keuze van hun klanten (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=73)	Controlegroep Limburg (n=69)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=43)	TOTAAL (n=262)
Niet vrij	11.7% (n=9)	13.7% (n=10)	13.0% (n=9)	34.9% (n=15)	16.4% (n=43)

(\*) Van 11 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer we de vrijheid in keuze van klanten bekijken volgens de leeftijd van de respondenten, merken we geen noemenswaardige verschillen. Tabel 4.53 geeft de verschillen weer in de keuzevrijheid van klanten volgens hoofdsector en tabel 4.54 geeft deze verschillen weer volgens herkomst. In beide gevallen zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn. Volgens hoofdsector merken we dat de raamsekswerkers het meest vrij zijn in de keuze van hun klanten en dat de privésekswerkers (al dan niet intiem) het minst vrij zijn in deze keuze. Volgens herkomst blijken de Belgische vrouwen het minst en de Oost-Europese vrouwen het meest vrij te zijn in de keuze van hun klanten.

Tabel 4.53. Zijn de sekswerkers vrij in de keuze van hun klanten volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=3)	Raam (n=55)	Bar/club (n=45)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=112)	Privé geen intiem (n=22)	Escort (n=23)
Niet vrij	33.3% (n=1)	3.6% (n=2)	11.1% (n=5)	0% (n=0)	24.1% (n=27)	22.7% (n=5)	13.0% (n=3)

(\*) Van 11 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.54. Zijn de sekswerkers vrij in de keuze van hun klanten volgens herkomst (\*)

	België (n=127)	Land in West- Europa (n=32)	Land in Oost- Europa (n=56)	Land in Afrika (n=14)	Land in Azië (n=16)	Land in Latijns- Amerika (n=11)
Niet vrij	19.7% (n=25)	9.4% (n=3)	5.4% (n=3)	14.3% (n=2)	18.8% (n=3)	36.4% (n=4)

(\*) Van 17 respondenten ontbreken deze gegevens

### 3.6.3. Weigering van klanten

Vervolgens is nagegaan als de sekswerker een klant weigert, om welke redenen dit dan is. Dit werd nagegaan door middel van een open vraag, om zo min mogelijk suggestief te zijn. De interpretatie van tabel 4.55 moet bijgevolg als volgt gebeuren: bijvoorbeeld 66,4% van de sekswerkers geeft aan soms klanten te weigeren omwille van hun hygiëne. Dit wil echter niet per se zeggen dat de overige respondenten geen klanten weigeren bij een slechte hygiëne, maar dat ze dit gewoonweg niet hebben genoteerd.

De antwoorden van alle respondenten werden ingedeeld in tien categorieën:

- (a) De klant wordt soms geweigerd omwille van de hygiëne
- (b) De klant wordt geweigerd wanneer deze geen condoom wil gebruiken
- (c) De klant wordt geweigerd wanneer deze niet wilt betalen of te weinig geld biedt
- (d) De klant wordt geweigerd wanneer deze arrogant of niet beleefd is, als hij geen respect toont, als het niet klikt, omwille van persoonlijke redenen of wanneer de SW er een slecht gevoel bij heeft
- (e) De klant wordt geweigerd wanneer deze handelingen vraagt die de SW niet doet, te extreme dingen vraagt of te veeleisend is
- (f) De klant wordt geweigerd wanneer deze er gevaarlijk of agressief uitziet, of wanneer de SW er reeds problemen mee heeft gehad
- (g) De klant wordt geweigerd wanneer deze onder invloed is van alcohol of drugs
- (h) De klant wordt geweigerd omwille van zijn nationaliteit (Turkse, Marokkaanse of Albanese klanten of moslims)
- (i) De klant wordt geweigerd wanneer deze fysiek niet aantrekkelijk is of er raar uitziet
- (j) De klant wordt geweigerd wanneer deze te jong, te oud of andersvalide is

Het meest wordt de hygiëne aangehaald als reden om een klant te weigeren. Ook respectloze of onbeleefde klanten en klanten die onder invloed zijn (van alcohol of drugs) worden regelmatig door de respondenten geweigerd.

Tabel 4.55. Redenen waarom klanten worden geweigerd (‡) (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=70)	Controlegroep Limburg (n=49)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=31)	TOTAAL (n=226)
(a) Hygiëne	50.0% (n=38)	75.7% (n=53)	71.4% (n=35)	77.4% (n=24)	66.4% (n=150)
(b) Klant wil zonder condoom	3.9% (n=3)	7.1% (n=5)	4.1% (n=2)	0% (n=0)	4.4% (n=10)
(c) Niet/te weinig betalen	5.2% (n=4)	4.3% (n=3)	0% (n=0)	6.5% (n=2)	4.0% (n=9)
(d) Respectloos, onbeleefd	39.0% (n=30)	32.9% (n=23)	44.9% (n=22)	38.7% (n=12)	38.5% (n=87)
(e) Gevraagde handelingen	19.5% (n=15)	10.0% (n=7)	12.2% (n=6)	12.9% (n=4)	14.2% (n=32)
(f) Agressief	15.6% (n=12)	14.3% (n=10)	8.2% (n=4)	6.5% (n=2)	12.4% (n=28)
(g) Onder invloed (alcohol/drugs)	28.6% (n=22)	15.7% (n=11)	6.1% (n=3)	12.9% (n=4)	17.7% (n=40)
(h) Nationaliteit	15.6% (n=12)	14.3% (n=10)	4.1% (n=2)	6.5% (n=2)	11.5% (n=26)
(i) Niet aantrekkelijk	14.3% (n=11)	5.7% (n=4)	2.0% (n=1)	9.7% (n=3)	8.4% (n=19)
(j) Te jong, te oud, andersvalide	5.2% (n=4)	2.9% (n=2)	0% (n=0)	6.5% (n=2)	3.5% (n=8)

(‡) Open vraag

(\*) 47 respondenten vulden niets in

### *Conclusie van het werk in de sekswerksector*

Hoewel de meeste sekswerkers in het vak gestapt zijn tussen 20 en 30 jaar, zijn er toch een aantal vrouwen die aangeven als minderjarige gestart te zijn met sekswerk. Bij de Belgische vrouwen merken we ook een groter aantal dat nog start met sekswerk na een leeftijd van 30 jaar. Een groot deel van de ‘nieuwe’ sekswerkers, dit wil zeggen diegenen met het minste ervaring, is afkomstig uit Oost-Europa. Vrouwen die al langer in het vak werkzaam zijn, komen vooral uit België of West-Europa.

Ongeveer de helft van de respondenten is wel niet altijd als sekswerker werkzaam geweest sinds ze gestart zijn met het beroep. Ook geeft bijna de helft van alle respondenten aan reeds in verschillende sectoren en regio's te hebben gewerkt. Hoe langer men werkzaam is als sekswerker, hoe meer kans er is dat men al in verschillende sectoren en/of regio's heeft gewerkt. Er is zoals werd vermoed dus een grote mobiliteit binnen de seksindustrie.

Door de respondenten wordt er voornamelijk overdag gewerkt en dit binnen het stramien van een gewone werkweek (dit wil zeggen vijf dagen per week en acht uren per dag). Vrouwen die 's nachts of zowel 's nachts als overdag werken, vind we vooral terug in de bar/club-sector en bij de Oost-Europese vrouwen. Ondanks het feit dat het grootste deel van de vrouwen vijf dagen werkt per week, werkt toch meer dan een vierde van de respondenten zes of zeven dagen per week en werkt meer dan een derde meer dan acht uur per dag. Vaak hebben de sekswerkers lange werkdagen of werknachten, die ze vooral doorbrengen met het wachten tot klanten zich aanbieden. Oudere vrouwen werken doorgaans meer overdag en minder uren per week.

Belgische vrouwen hebben doorgaans iets minder klanten dan de anderen. Ook daalt het gemiddeld aantal klanten naarmate de vrouw ouder wordt. Volgens sector merken we dat de raamsekswerkers het grootste aantal klanten bedienen, en dat de bar/club-sekswerkers het minste klanten ontvangen.

Verder geven de meeste vrouwen aan dat ze zelf kunnen kiezen wie ze als klant aannemen en wie ze weigeren. Belgische vrouwen geven aan het minst vrij te zijn in de keuze van hun klanten. Vooral klanten die onhygiënisch overkomen of die de sekswerker respectloos of onbeleefd behandelen, worden geweigerd.

## **4. Handelingen en ervaringen op het werk**

In dit deel worden de handelingen en de ervaringen op het werk besproken. Het gaat telkens om handelingen en ervaringen *op het werk*, dus *met klanten*, en niet over het privéleven. Eerst wordt besproken met welke diensten de sekswerkers instemmen wanneer de klant dit vraagt. Vervolgens wordt nagegaan of er bepaalde dingen zijn waarop de sekswerker let of doet voorafgaand aan seks met een klant. Dan wordt dieper ingegaan op het condoomgebruik van de respondenten: voor welke handelingen wordt een condoom gebruikt en voor welke handelingen niet, waarom worden condooms gebruikt, wat doen de respondenten bij problemen met condoomgebruik en hoe vaak komt dit voor, wat is de vraag van de klanten naar onveilige seks en hoe reageren de sekswerkers hierop, en hoe vaak en in welke situaties komt het effectief voor dat onveilige seks tussen een sekswerker en een klant plaatsvindt. Afsluitend wordt het gebruik van handschoenen en glijmiddel bekeken.

Of de respondenten een condoom gebruiken bij de handbevrediging (bij een man) en het geven van orale seks (bij een man), of de respondenten uitleggen wat de risico's zijn wanneer de klant vraagt naar onveilige seks, en of de respondenten het laatste jaar orale seks (bij een man) hebben verleend zonder condoom, wordt bekeken volgens sector, herkomst, leeftijd en aantal jaren ervaring als sekswerker.

### **4.1. De diensten die worden verleend**

Om na te gaan welke diensten door de sekswerkers worden verleend, konden de respondenten uit een hele lijst de diensten aanduiden waarmee ze instemmen als de klant dit vraagt. Ook konden ze nog een andere optie geven: vuistseks, wurgseks, tantraseks<sup>17</sup> en rimmen<sup>18</sup> werden enkele keren genoteerd. De resultaten van de verleende diensten worden weergegevens in tabel 4.56.

Bijna alle sekswerkers stemmen in met vaginale seks. Diegenen die dit niet doen zijn de mannelijke sekswerkers die hun diensten enkel aan mannen verlenen en de sekswerkers die niets intiem doen. De klant bevredigen met de hand, orale seks (bij een man) en het geven van lichaamsmassage wordt ook door de meeste respondenten gedaan. Van de hele steekproef stemt ongeveer een vijfde in met anale seks. Bij de twee controlegroepen ligt dit aantal wel iets lager in vergelijking met de twee interventiegroepen. Bijna drie vierde van de respondenten doet aan cunnilingus<sup>19</sup>. Ook hier liggen de aantallen bij de controlegroepen iets lager. Ongeveer de helft van alle respondenten stemt in met zich laten vingeren, anaal vingeren bij de klant, kussen, het gebruik van seksspeeltjes en dildo's, masturberen voor de

---

<sup>17</sup> Tantraseks is gebaseerd op Oosterse tradities en verschilt sterk van de manier van vrijen, die wij in het Westen kennen. Als man komt het erop aan om een zaadlozing te voorkomen, omdat daarmee alle energie uit het lichaam zou verdwijnen ([www.allesoverseks.be](http://www.allesoverseks.be)).

<sup>18</sup> Rimmen (ook wel anilingus of baffen) staat voor het likken van de anus. Het is dus een combinatie van orale seks en anale seks. Rimmen is een vorm van onveilige seks en daarom wordt best een beflapje gebruikt ([www.allesoverseks.be](http://www.allesoverseks.be)).

<sup>19</sup> Cunnilingus is het oraal bevredigen van de vrouw (beffen) ([www.allesoverseks.be](http://www.allesoverseks.be)).



klant en trio of groepsseks. Ongeveer een vierde doet aan sadomasochisme (SM), lesbische seks, plasseks en scheert soms de klant. Zich anaal laten vingeren en poepseks zijn de diensten die de respondenten het minst verlenen. Tussen de vier verschillende groepen zijn geen al te grote verschillen te vinden wat betreft de al dan niet verleende diensten. In Vlaams-Brabant liggen de aantallen meestal wel iets lager in vergelijking met de andere drie groepen.

Tabel 4.56. Diensten waarmee de sekswerkers instemmen als de klant dit vraagt

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=73)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=48)	TOTAAL (n=273)
Vaginale seks	90.9% (n=70)	96.0% (n=72)	82.2% (n=60)	72.9% (n=35)	86.8% (n=237)
Anale seks	20.8% (n=16)	24.0% (n=18)	15.1% (n=11)	16.7% (n=8)	19.4% (n=53)
Klant aftrekken	97.4% (n=75)	94.7% (n=71)	89.0% (n=65)	72.9% (n=35)	90.1% (n=246)
Zich laten vingeren (ϕ)	47.9% (n=34/71)	56.9% (n=41/72)	49.3% (n=36/73)	37.0% (n=17/46)	48.9% (n=128/262)
Anaal vingeren bij de klant	45.5% (n=35)	66.7% (n=50)	45.2% (n=33)	37.5% (n=18)	49.8% (n=136)
Zich anaal laten vingeren	11.7% (n=9)	13.3% (n=10)	13.7% (n=10)	10.4% (n=5)	12.5% (n=34)
Pijpen	96.1% (n=74)	100% (n=75)	79.5% (n=58)	62.5% (n=30)	86.8% (n=237)
Beffen	75.3% (n=58)	78.7% (n=59)	69.9% (n=51)	56.3% (n=27)	71.4% (n=195)
Kussen	44.2% (n=34)	64.0% (n=48)	61.6% (n=45)	50.0% (n=24)	55.3% (n=151)
Seksspeeltjes/dildo's	59.7% (n=46)	56.0% (n=42)	38.4% (n=28)	27.1% (n=13)	47.3% (n=129)
Masturberen voor de klant	50.6% (n=39)	65.3% (n=49)	46.6% (n=34)	47.9% (n=23)	53.1% (n=145)
SM	32.5% (n=25)	36.0% (n=27)	26.0% (n=19)	10.4% (n=5)	27.8% (n=76)
Lichaamsmassage	83.1% (n=64)	88.0% (n=66)	82.2% (n=60)	77.1% (n=37)	83.2% (n=227)
De klant scheren	28.6% (n=22)	26.7% (n=20)	15.1% (n=11)	18.8% (n=9)	22.7% (n=62)
Trio of groepsseks	61.0% (n=47)	57.3% (n=43)	38.4% (n=28)	41.7% (n=20)	50.5% (n=138)
Lesbische seks (ϕ)	31.0% (n=22/71)	30.6% (n=22/72)	34.2% (n=25/73)	21.7% (n=10/46)	30.1% (n=79/262)
Plasseks	39.0% (n=30)	42.7% (n=32)	19.2% (n=14)	10.4% (n=5)	29.7% (n=81)
Poepseks	1.3% (n=1)	8.0% (n=6)	2.7% (n=2)	2.1% (n=1)	3.7% (n=10)
Andere	3.9% (n=3)	2.7% (n=2)	1.4% (n=1)	2.1% (n=1)	2.6% (n=7)

(ϕ) Niet van toepassing voor de mannen uit de steekproef

#### 4.2. Handelingen voorafgaand aan seks met een klant

Aan de respondenten werd gevraagd of er bepaalde dingen zijn waarop ze letten of die ze doen voorafgaand aan seks met een klant. De meesten, namelijk 97,7% van alle respondenten, doen dit inderdaad (tabel 4.57).

De respondenten die op iets letten of iets doen, konden vervolgens kiezen uit volgende antwoordcategorieën: (a) ik let op wratjes, blaasjes of zweertjes op en rond de geslachtsdelen, (b) ik was de klant en (c) ik vraag de klant of hij medische problemen heeft. We kunnen concluderen dat in de vier groepen het merendeel van de respondenten aangeeft dat ze de geslachtsdelen bekijken en dat ze de klant wassen. In de controlegroep Limburg vraagt ongeveer een vijfde van de sekswerkers of de klant bepaalde gezondheidsproblemen heeft. De aantallen in de verschillende categorieën zijn telkens te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn.

Ook was er de mogelijkheid voorzien om een ander antwoord neer te schrijven. Negen respondenten hebben hierbij genoteerd dat ze kijken naar het gebit/mondhygiëne en/of de handen/nagels van de klant. Zeven respondenten geven expliciet aan dat ze de klant *zichzelf* laten wassen, één zorgt ervoor dat ze zelf gedoucht heeft, en één respondent laat de klant zijn handen wassen. Vier sekswerkers noteerden dat ze op de algemene hygiëne van de klanten letten en drie gaven aan op de geur van de klant en/of de geslachtsdelen te letten. Eén respondent let erop hoeveel de klant al heeft gedronken en één respondent noteerde het volgende: ‘Soms hoor ik de klant uit hoe vaak hij naar sekswerkers gaat en of hij het zonder condoom deed. Zo ja, goed in het oog houden!’.

Tabel 4.57. Zijn er dingen waarop de sekswerkers letten of die ze doen voorafgaand aan seks met een klant, en zo ja waarop letten ze of wat doen ze (†) (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=74)	Controlegroep Limburg (n=65)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=41)	TOTAAL (n=256)
<b>Wordt er iets gedaan of op iets gelet</b>					
Ja	98.7% (n=75)	100% (n=74)	95.4% (n=62)	95.1% (n=39)	97.7% (n=250)
<b>Waarop wordt gelet/wat wordt gedaan (†)</b>	(n=75)	(n=74)	(n=62)	(n=39)	(n=250)
Geslachtsdelen bekijken	85.3% (n=64)	87.8% (n=65)	85.5% (n=53)	74.4% (n=29)	84.4% (n=211)
De klant wassen	86.7% (n= 65)	82.4% (n=61)	96.8% (n=60)	84.6% (n=33)	87.6% (n=219)
Vragen naar medische problemen	9.3% (n=7)	14.9% (n=11)	22.6% (n=14)	12.8% (n=5)	14.8% (n=37)
Andere	12.0% (n=9)	14.9% (n=11)	6.5% (n=4)	7.7% (n=3)	10.82% (n=27)

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

(\*) Van 17 respondenten ontbreken deze gegevens

### 4.3. Condoomgebruik

Wanneer in wat volgt over *orale seks* wordt gesproken, wordt orale seks bij een man (gegeven door een vrouw of man) bedoeld. Ook met de term *handbevrediging* wordt handbevrediging bij een man (gegeven door een vrouw of man) bedoeld.

#### 4.3.1. Handelingen waarbij al dan niet een condoom wordt gebruikt

Op de vraag of de sekswerkers condooms gebruiken met klanten antwoordde 100% dat ze dit inderdaad doen.

In tabel 4.58 wordt weergegeven of de respondenten, wanneer ze deze dienst aan de klanten verlenen, hiervoor een condoom gebruiken. Als noemer wordt dus het aantal genomen dat een bepaalde handeling uitvoert en als teller het aantal dat hiervoor een condoom gebruikt. Grote verschillen vinden we niet echt terug tussen de vier verschillende groepen. Van alle respondenten die vaginale seks hebben, gebruiken er twee geen condoom. Deze respondenten geven wel aan hiervoor een vrouwencondoom te gebruiken. Bij anale seks gebruikt ongeveer een tiende geen condoom. Het minst gebruiken de sekswerkers een condoom voor handbevrediging bij de klant. Wanneer de respondenten seksspeeltjes gebruiken, geeft ongeveer vier vijfde aan dit met condoom te doen.

Bij het condoomgebruik bij orale seks werd door de respondenten regelmatig iets bijgeschreven: ‘Soms’, ‘8 op 10 keer’, ‘Condoom indien te vuil’, ‘Geen condoom tot voorvocht’, ‘Enkel condoom op vraag van de klant’,... Deze antwoorden werden geklasseerd onder ‘geen gebruik van condoom bij orale seks’, aangezien het hier gaat om het in kaart brengen van risicogedrag. Uit de tabel kunnen we afleiden dat binnen elke groep ongeveer 65% tot 75% van de respondenten een condoom gebruikt bij orale seks. Dit percentage is het hoogst in de controlegroep Vlaams-Brabant en de interventiegroep Ghapro, en het laagst in de controlegroep Limburg en interventiegroep Pasop.

Twee respondenten uit de controlegroepen geven aan dat ze geen condoom gebruiken bij een trio of bij groepsseks. Deze sekswerkers gebruiken hiervoor ook geen vrouwencondoom. Bij diegenen die wel een condoom gebruiken bij trio of groepsseks, werd ook nagegaan of de respondenten telkens een nieuw condoom gebruiken wanneer van partner wordt gewisseld. Eén respondent uit de interventiegroep Pasop geeft aan dit niet te doen: ‘Lukt niet altijd in seksclub’.

De aantallen die geen condoom gebruiken zijn te klein bij vaginale seks, anale seks, trio of groepsseks en seksspeeltjes waardoor niet kan nagegaan worden of de verschillen statistisch significant zijn. Bij condoomgebruik bij handbevrediging en orale seks kan dit wel; deze verschillen tussen de verschillende groepen zijn telkens niet statistisch significant (handbevrediging:  $\chi^2=4,44$ ;  $df=3$ ;  $p=0,218$  en orale seks:  $\chi^2=1,57$ ;  $df=3$ ;  $p=0,666$ ).

Afsluitend noteerden dertien sekswerkers een condoom te gebruiken rond de vinger bij anaal vingers.

Tabel 4.58. Condoomgebruik bij bepaalde handelingen

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	Controlegroep Limburg	Controlegroep Vlaams-Brabant	TOTAAL
Vaginale seks (* <sub>1</sub> )	100% (n=70/70)	98.6% (n=70/71)	100% (n=58/58)	97.1% (n=34/35)	99.1% (n=232/234)
Anale seks	93.8% (n=15/16)	88.9% (n=16/18)	90.9% (n=10/11)	87.5% (n=7/8)	90.6% (n=48/53)
Handbevrediging (* <sub>2</sub> )	30.7% (n=23/75)	21.4% (n=15/70)	16.1% (n=10/62)	20.0% (n=7/35)	22.7% (n=55/242)
Orale seks (* <sub>1</sub> )	73.0% (n=54/74)	67.6% (n=50/74)	66.1% (n=37/56)	76.7% (n=23/30)	70.1% (n=164/234)
Seksspeeltjes/dildo's (* <sub>3</sub> )	82.6% (n=38/46)	82.9% (n=34/41)	85.2% (n=23/27)	61.5% (n=8/13)	81.1% (n=103/127)
Trio of groepsseks (* <sub>4</sub> )	100% (n=47/47)	100% (n=42/42)	96.4% (n=27/28)	95.0% (n=19/20)	98.5% (n=135/137)

(\*<sub>1</sub>) Van 3 respondenten ontbreken deze gegevens (\*<sub>3</sub>) Van 2 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>2</sub>) Van 4 respondenten ontbreken deze gegevens (\*<sub>4</sub>) Van 1 respondent ontbreken deze gegevens

De aantallen die geen condoom gebruiken bij vaginale seks, anale seks, seksspeeltjes en trio of groepsseks, zijn te klein om te bekijken volgens hoofdsector, herkomst, leeftijd en aantal jaren ervaring als sekswerker. Voor handbevrediging en orale seks zonder condoom is dit wel nagegaan (tabel 4.59 tot 4.62).

We kunnen concluderen dat minder dan de helft van de raamsekswerkers de klanten met de hand bevredigt zonder condoom, terwijl dit bij de bar/club-sekswerkers, de privésekswerkers en de escortes telkens veel hoger ligt. Ook het geven van orale seks zonder condoom ligt veel

lager bij de raamsekswerkers: amper 2% doet dit zonder condoom, tegenover bijna 20% van de bar/club-sekswerkers, bijna 45% van de privésekswerkers, en bijna 60% van de escortes. Hierbij moet opgemerkt worden dat er geen raamsekswerkers in de controlegroepen werden bevestigd; al deze vrouwen komen dus regelmatig in contact met Ghapro of Pasop. De privésekswerkers die geen intiem doen geven allemaal handbevrediging zonder condoom. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren statistisch significant zijn.

Wanneer we de herkomst van de respondenten bekijken kunnen we vaststellen dat handbevrediging zonder condoom door bijna 90% van de Belgische vrouwen en meer dan 75% van de West-Europese vrouwen gebeurt. Bij de Oost-Europese vrouwen is dit lager: hier doet iets meer dan 55% dit zonder condoom. Ook voor orale seks zonder condoom merken we dat meer Belgische vrouwen dit doen in vergelijking met de West- en Oost Europese vrouwen. Ook hier zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen tussen de herkomst statistisch significant zijn.

Volgens leeftijd merken we dat vooral de oudere dames handbevrediging en orale seks geven zonder condoom: van de respondenten van 40 jaar of ouder geeft ongeveer 85% handbevrediging zonder condoom en ongeveer 45% orale seks zonder condoom. Van de respondenten in de jongste leeftijdscategorie (29 jaar of jonger) bedragen deze cijfers respectievelijk ongeveer 65% en ongeveer 25%. De verschillen tussen de verschillende leeftijdscategorieën zijn telkens statistisch significant (handbevrediging:  $\text{Chi}^2=7,20$ ;  $\text{df}=2$ ;  $p=0,027$  en orale seks:  $\text{Chi}^2=9,61$ ;  $\text{df}=2$ ,  $p=0,008$ ).

Volgens het aantal jaren dat de respondenten reeds actief zijn als sekswerker kunnen we concluderen dat handbevrediging zonder condoom door de helft van de vrouwen die minder dan een jaar actief zijn wordt gedaan. In de drie andere groepen liggen deze aantallen telkens rond 80%. De verschillen in handbevrediging met of zonder condoom volgens aantal jaren actief als sekswerker zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=10,66$ ;  $\text{df}=3$ ,  $p=0,014$ ). Ook bij het geven van orale seks zijn het de minst ervaren sekswerkers die dit het minst zonder condoom doen. Van diegenen die twee tot vijf jaar ervaring hebben doet bijna 40% dit zonder condoom. De verschillen in orale seks met of zonder condoom volgens aantal jaren actief als sekswerker zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=7,77$ ;  $\text{df}=3$ ,  $p=0,051$ ).

Tabel 4.59. Sekswerkers die handbevrediging/orale seks geven zonder condoom volgens hoofdsector

	Straat	Raam	Bar/club	Bar/club + raam	Privé	Privé geen intiem	Escort
Handbevrediging zonder condoom (* <sub>1</sub> )	66.7% (n=2/3)	45.3% (n=24/53)	81.4% (n=35/43)	0% (n=0/2)	87.1% (n=88/101)	0% (n=17/17)	91.3% (n=21/23)
Orale seks zonder condoom (* <sub>2</sub> )	0% (n=0/3)	1.8% (n=1/55)	19.5% (n=8/41)	0% (n=0/2)	43.1% (n=47/109)	-	58.3% (n=14/24)

(\*<sub>1</sub>) Van 31 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>2</sub>) Van 39 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.60. Sekswerkers die handbevrediging/orale seks geven zonder condoom volgens herkomst

	België	Land in West-Europa	Land in Oost-Europa	Land in Afrika	Land in Azië	Land in Latijns-Amerika
Handbevrediging zonder condoom (* <sub>1</sub> )	87.8% (n=108/123)	76.7% (n=23/30)	56.0% (n=28/50)	61.5% (n=8/13)	90.9% (n=10/11)	62.5% (n=5/8)
Orale seks zonder condoom (* <sub>2</sub> )	42.9% (n=51/119)	26.7% (n=8/30)	9.4% (n=5/53)	9.1% (n=1/11)	16.7% (n=1/6)	22.2% (n=2/9)

(\*<sub>1</sub>) Van 38 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>2</sub>) Van 45 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.61. Sekswerkers die handbevrediging/orale seks geven zonder condoom volgens leeftijd

	≤ 29 jaar	30-39 jaar	≥ 40 jaar
Handbevrediging zonder condoom (* <sub>1</sub> )	67.1% (n=55/82)	79.1% (n=72/91)	85.5% (n=53/62)
Orale seks zonder condoom (* <sub>2</sub> )	25.3% (n=21/83)	22.5% (n=20/89)	45.5% (n=25/55)

(\*<sub>1</sub>) Van 38 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>2</sub>) Van 46 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.62. Sekswerkers die handbevrediging/orale seks geven zonder condoom volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker

	≤ 1 jaar	2-5 jaar	6-9 jaar	≥ 10 jaar
Handbevrediging zonder condoom (* <sub>1</sub> )	50.0% (n=13/26)	78.8% (n=67/85)	80.9% (n=38/47)	78.1% (n=50/64)
Orale seks zonder condoom (* <sub>2</sub> )	12.0% (n=3/25)	37.6% (n=32/85)	33.3% (n=16/48)	23.3% (n=14/60)

(\*<sub>1</sub>) Van 51 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>2</sub>) Van 55 respondenten ontbreken deze gegevens

### 4.3.2. Redenen condoomgebruik

Als de sekswerkers bij klanten een condoom of andere bescherming gebruiken, doet ongeveer de helft van alle respondenten dit om seksueel overdraagbare infecties te vermijden (tabel 4.63). Ongeveer de andere helft doet dit om zowel seksueel overdraagbare infecties als ongewenste zwangerschappen te vermijden. Een enkeling gebruikt enkel een condoom om niet ongewenst zwanger te worden. Ook noteerden enkele respondenten hierbij iets extra. Twee respondenten gaven aan ook een condoom te gebruiken ‘omdat ik een vaste partner heb’. Eén respondent gaf aan dit te doen omdat het gaat om een principekwestie: ‘Werk is condoom (scheiding tussen werk en privé)’.

Tabel 4.63. Redenen waarom de sekswerkers een condoom gebruiken (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=73)	Interventiegroep Pasop (n=73)	Controlegroep Limburg (n=60)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=33)	TOTAAL (n=239)
Vermijden SOI's	46.6% (n=34)	58.9% (n=43)	33.3% (n=20)	51.5% (n=17)	47.7% (n=114)
Vermijden ongewenste zwangerschap	0% (n=0)	0% (n=0)	1.7% (n=1)	0% (n=0)	0.4% (n=1)
Beiden	53.4% (n=39)	41.1% (n=30)	65.0% (n=39)	48.5% (n=16)	51.9% (n=124)

(\*) Van 9 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

### 4.3.3. *Problemen bij condoomgebruik: handelingen en incidentie*

Vervolgens werd nagegaan bij de respondenten wat ze doen wanneer ze problemen hebben bij het gebruik van condooms. Dus bijvoorbeeld wanneer het condoom kapot gaat (klapcondoom), wanneer het condoom eraf glijdt of wanneer het condoom blijft zitten. De respondenten konden kiezen uit de volgende opties: (a) niets, (b) sperma eruit laten lopen, (c) spoelen, (d) morning after pil, (e) naar de dokter gaan en (f) naar de dokter bij Ghapro of Pasop gaan (bij de interventiegroepen). Ook konden ze nog iets anders noteren. In het intermezzo wordt weergegeven wat de juiste handelingen zijn bij een klapcondoom.

Uit tabel 4.64 kunnen we afleiden dat slechts enkelen niets doen. Door te kleine aantallen kan voor deze handeling geen statistische significantie worden berekend.

Bijna de helft van de respondenten uit de interventiegroep Ghapro en bijna 30% van de interventiegroep Pasop geeft aan dat ze het sperma eruit laten lopen na een klapcondoom. Bij de controlegroepen liggen deze aantallen veel lager. Enkelen gaven aan dit te doen door te gaan plassen. De verschillen tussen de groepen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=19,18$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p<0,001$ ).

Meer dan de helft van de respondenten uit de interventiegroep Pasop en de beide controlegroepen spoelt na een klapcondoom. Bij de interventiegroep Ghapro doet minder dan de helft van de respondenten dit. Sommigen schreven hierbij dat ze dit doen met speciale zeep, iso-bethadine of een antibacteriële emulsie. Ook hier zijn de verschillen tussen de groepen statistisch significant ( $\text{Chi}^2=11,71$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,008$ ).

In totaal gebruikt ongeveer een vierde (24,6%;  $n=58$ ) van alle respondenten de noodpil nadat ze een klapcondoom hebben gehad. Van deze 58 personen gebruiken er in totaal 29 geen anticonceptie (15 geven aan niets van anticonceptie te gebruiken en 14 geven aan enkel een condoom als anticonceptie te gebruiken). 16 gebruiken de pil en 11 gebruiken iets anders (pleister, spiraal, ring, sterilisatie of prikpil). Van 2 respondenten zijn hier geen gegevens over. De verschillen in het al dan niet nemen van de noodpil na een klapcondoom verschillen significant tussen de verschillende groepen ( $\text{Chi}^2=13,35$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,004$ ).

De meerderheid van de respondenten uit de interventiegroepen laat zich testen na een klapcondoom door een dokter van Ghapro of Pasop. Sommigen geven aan zich zowel bij de eigen dokter als bij de dokter bij Ghapro of Pasop te laten testen. Wanneer we hier dieper op ingaan kunnen we vaststellen dat bij de respondenten uit de interventiegroep Ghapro 86,8% ( $n=66/76$ ) en bij de interventiegroep Pasop 78,4% ( $n=58/74$ ) zich laat testen nadat ze een klapcondoom hebben gehad (dus of bij de eigen dokter of bij de dokter bij Ghapro of Pasop of door beiden). Deze cijfers liggen dus veel hoger dan in de controlegroepen: bij de controlegroep Limburg laat nog niet de helft zich testen na een klapcondoom en bij de controlegroep Vlaams-Brabant laat nog geen 60% zich testen. De verschillen in het al dan niet laten testen na een klapcondoom (bij de eigen dokter of de dokter bij Ghapro of Pasop bij de

interventiegroepen) verschillen statistisch significant tussen de verschillende groepen ( $\text{Chi}^2=28,95$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p<0,001$ ).

Enkele respondenten noteerden ook dat ze na een klapcondoom sponsjes, antibacteriële zalf of zaaddodende gel gebruiken.

In de laatste rij van tabel 4.64 vinden we terug welke respondenten de *volledig juiste strategie* hanteren bij een klapcondoom. Dit wil zeggen dat ze (a) het sperma eruit laten lopen, (b) niet spoelen, (c) gebruik maken van de noodpil wanneer ze geen anticonceptie gebruiken en (d) naar de dokter gaan. We kunnen concluderen dat slechts een tiende van alle respondenten de volledig juiste strategie hanteert. Bijna al deze respondenten zijn terug te vinden in de interventiegroep Ghapro of de interventiegroep Pasop. De aantallen zijn hier te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn.

Tabel 4.64. Handelingen bij problemen met het gebruik van condooms (†) (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=74)	Controlegroep Limburg (n=57)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=29)	TOTAAL (n=236)
Niets	1.3% (n=1)	2.7% (n=2)	3.5% (n=2)	6.9% (n=2)	3.0% (n=7)
Sperma eruit laten lopen	47.4% (n=36)	27.0% (n=20)	17.5% (n=10)	13.8% (n=4)	29.7% (n=70)
Spoelen	43.4% (n=33)	62.2% (n=46)	71.9% (n=41)	58.6% (n=17)	58.1% (n=137)
Morning after pil	11.8% (n=9)	24.3% (n=18)	38.6% (n=22)	31.0% (n=9)	24.6% (n=58)
Naar de dokter gaan	36.8% (n=28)	28.4% (n=21)	47.4% (n=27)	58.6% (n=17)	39.4% (n=93)
Naar de dokter bij Ghapro/Pasop	75.0% (n=57)	64.9% (n=48)	-	-	70.0% (n=105/150)
Juiste strategie wordt gehanteerd	23.4% (n=18)	9.5% (n=7)	0% (n=0)	2.4% (n=1)	10% (n=26)

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

(\*) Van 12 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

**Intermezzo**  
**Wat te doen bij een klapcondoom?<sup>20</sup>**

- 1) *Als de klant is klaargekomen, moet het sperma worden verwijderd. Dit moet voorzichtig worden gedaan zodat geen wondjes worden veroorzaakt. Hierdoor kunnen eventuele ziektekiemen immers makkelijker het lichaam binnendringen.*
  - *Bij vaginale seks laat men best het sperma gewoon uit de vagina lopen, door te hurken en zachtjes te persen. Inwendig spoelen wordt best niet gedaan, omdat door krachtig spoelen het sperma juist dieper in de vagina wordt geduwd. Wanneer toch gespoeld wordt, wordt dit best zachtjes gedaan met gewoon water.*
  - *Bij anale seks moet getracht worden het sperma eruit te persen. Een anale spoeling mag niet worden gebruikt; het slijmvlies van het darmkanaal is immers zeer kwetsbaar zodat wondjes heel gemakkelijk veroorzaakt kunnen worden. Uitwendig wassen is geen probleem.*
- 2) *Wanneer de vrouw geen anticonceptie gebruikt, bestaat na een klapcondoom ook kans op zwangerschap. In dit geval kan dus best een noodpil (morning-afterpil) worden genomen.*
- 3) *Na een klapcondoom wordt er best ook getest op seksueel overdraagbare infecties.*
  - *Ten vroegste twee weken na het klapcondoom, kan men zich laten testen op gonorrhoe en chlamydia.*
  - *Ten vroegste drie maanden na het klapcondoom, kan men zich laten testen op HIV, syfilis en hepatitis B.*

Wanneer wordt gekeken naar het aantal van de sekswerkers dat de laatste twaalf maanden ook effectief problemen heeft ondervonden met het gebruik van condooms (tabel 4.65), stellen we vast dat dit in elke groep rond 40% ligt. Enkel bij de interventiegroep Ghapro ligt dit cijfer lager: hier heeft ongeveer 30% het laatste jaar een klapcondoom gehad. De verschillen tussen de groepen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=3,46$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,326$ ).

Tabel 4.65. Aantal sekswerkers dat het laatste jaar problemen heeft gehad met het gebruik van condooms (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=74)	Controlegroep Limburg (n=59)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=32)	TOTAAL (n=241)
Aantal met problemen	28.9% (n=22)	43.2% (n=32)	39.0% (n=23)	37.5% (n=12)	36.9% (n=89)

(\*) Van 7 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

**4.3.4. Vraag onveilige seks door de klanten: handelingen en incidentie**

Wanneer werd gekeken naar het aantal respondenten dat de laatste drie maanden klanten heeft gehad die *gevraagd* hebben om geen condoom te gebruiken bij vaginale, anale of orale seks (tabel 4.66), geeft de overgrote meerderheid aan dat dit inderdaad gebeurt. Zo zijn er van alle respondenten nog geen twintig die deze vraag de laatste drie maanden niet kregen. Veel sekswerkers schreven naast deze vraag er nog iets bij: ‘Meestal deftige klanten!’, ‘Veel’, ‘8 op 10 vraagt zonder condoom’, ‘Elke dag’,... De aantallen die de laatste drie maanden geen

<sup>20</sup> Informatie uit de folder ‘Klapcondoom. Wat moet je doen als een condoom scheurt of afglijdt?’, uitgegeven door Ghapro en Pasop.



vraag naar onveilige seks kregen, zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.66. Aantal dat de laatste drie maanden klanten heeft gehad die hebben gevraagd om geen condoom te gebruiken (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=74)	Controlegroep Limburg (n=61)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=33)	TOTAAL (n=244)
Aantal	93.4% (n=71)	93.2% (n=69)	93.4% (n=57)	84.8% (n=28)	92.2% (n=225)

(\*) Van 4 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

Vervolgens werd gekeken naar wat de sekswerker doet als de klant geen condoom wilt gebruiken. Meerdere antwoorden konden hier aangeduid worden: (a) je hebt hier geen problemen mee, (b) je zegt dat het verplicht is, (c) je legt uit aan de klant wat de risico's zijn van seks zonder condoom, (d) je haalt er een collega of verantwoordelijke bij, (e) je weigert de klant, (f) je stelt een andere handeling voor die je wel wilt uitvoeren zonder condoom, (g) je eist meer geld, (h) je verwijst hem naar een andere sekswerker waarvan je weet dat zij/hij de handeling wel zonder condoom wil uitvoeren, en (i) je mag de klant niet weigeren. Ook kon er nog iets anders worden genoteerd.

Uit tabel 4.67 kan afgeleid worden dat de meeste respondenten aangeven dat ze de klant weigeren wanneer deze geen condoom wil gebruiken. Ook wordt regelmatig uitgelegd aan de klant wat de risico's ervan zijn, en wordt gezegd dat het verplicht is. Ongeveer een vierde van alle respondenten stelt een andere handeling voor die ze wel willen uitvoeren zonder condoom. Enkelen verwijzen de klant door naar een andere sekswerker waarvan ze weten dat ze de handeling wel zonder condoom uitvoeren, en enkelen halen er een collega of verantwoordelijke bij. Slechts twee respondenten geven aan dat ze er geen probleem mee hebben wanneer de klant geen condoom wilt gebruiken. Eén respondent mag de klant niet weigeren, en vier geven aan meer geld te eisen.

Enkel voor de handelingen 'zeggen dat het verplicht is', 'uitleggen wat de risico's zijn', 'de klant weigeren' en 'een andere handeling voorstellen', zijn de aantallen groot genoeg om een statistische significantie te berekenen. De verschillen tussen het al dan niet uitvoeren van een bepaalde handeling tussen de verschillende groepen zijn telkens niet statistisch significant (zeggen dat het verplicht is:  $\chi^2=2,43$ ;  $df=3$ ;  $p=0,488$ , uitleggen wat de risico's zijn:  $\chi^2=4,87$ ;  $df=3$ ;  $p=0,181$ , de klant weigeren:  $\chi^2=6,20$ ;  $df=3$ ;  $p=0,102$  en een andere handeling voorstellen:  $\chi^2=2,13$ ;  $df=3$ ;  $p=0,546$ ).

Afsluitend enkele extra handelingen die er door de respondenten zelf werden bijgeschreven: 'Ik lach het weg en doe een condoom om', 'I push them to wear a condom' en 'I ask him if he is crazy'.

Tabel 4.67. Handelingen die worden gedaan wanneer de klant geen condoom wilt gebruiken (†) (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=75)	Interventiegroep Pasop (n=74)	Controlegroep Limburg (n=61)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=31)	TOTAAL (n=241)
Dit is geen probleem	0% (n=0)	1.4% (n=1)	1.6% (n=1)	0% (n=0)	0.8% (n=2)
Zeggen dat het verplicht is	57.3% (n=43)	50.0% (n=37)	50.8% (n=31)	64.5% (n=20)	54.4% (n=131)
Uitleggen wat de risico's zijn	58.7% (n=44)	71.6% (n=53)	54.1% (n=33)	61.3% (n=19)	61.8% (n=149)
Collega/verantwoordelijke halen	2.7% (n=2)	4.1% (n=3)	1.6% (n=1)	16.1% (n=5)	4.6% (n=11)
Klant weigeren	72.0% (n=54)	62.2% (n=46)	52.5% (n=32)	54.8% (n=17)	61.8% (n=149)
Andere handeling voorstellen	22.7% (n=17)	28.4% (n=21)	32.8% (n=20)	22.6% (n=7)	27.0% (n=65)
Meer geld eisen	4.0% (n=3)	1.4% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.7% (n=4)
Doorverwijzen naar andere SW	12.0% (n=9)	10.8% (n=8)	4.9% (n=3)	6.5% (n=2)	9.1% (n=22)
Klant mag niet geweigerd worden	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	3.2% (n=1)	0.4% (n=1)

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

(\*) Van 7 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

Op de handeling 'uitleggen wat de risico's zijn', zal in de volgende vier tabellen (tabel 4.68 tot 4.71) dieper worden ingegaan. In de literatuur werd de rol van sekswerker als *health educator* reeds aangehaald. Als klanten immers ook als een moeilijk te bereiken risicogroep worden beschouwd, is de sekswerker zelf ideaal geplaatst om gezondheidsinformatie met de klanten uit te wisselen. We merken dat nog niet de helft van de raamsekswerkers de risico's uitleggen aan de klanten. Van de escortes doet ongeveer 55% dit, bij de bar/club-sekswerkers ongeveer 60% en van de privésekswerkers legt bijna 70% uit wat de risico's zijn wanneer een klant vraagt om geen condoom te gebruiken. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren statistisch significant zijn. Volgens herkomst kunnen we concluderen dat vooral de Belgische vrouwen informatie geven aan de klanten bij een vraag naar onveilige seks; meer dan 70% verstrekt hierbij informatie. Bij de West-Europese vrouwen kunnen we vaststellen dat ongeveer 10% minder dit doet (ongeveer 60%) en dat bij de Oost-Europese vrouwen nog eens 10% minder uitlegt wat de risico's zijn (ongeveer 50%). De aantallen blijven te klein om na te gaan of de verschillen tussen de herkomst statistisch significant zijn. Ook naar leeftijd en aantal jaren ervaring merken we grote verschillen: de jongste en de minst ervaren sekswerkers geven het minst uitleg over risico's en de oudere en meest ervaren sekswerkers geven het meest uitleg over risico's bij een vraag naar onveilige seks. De verschillen volgens leeftijd en aantal jaren ervaring zijn niet statistisch significant (leeftijd:  $\chi^2=3,32$ ;  $df=2$ ;  $p=0,190$  en aantal jaren ervaring:  $\chi^2= 2,66$ ;  $df=3$ ;  $p=0,446$ ).

Tabel 4.68. Sekswerkers die uitleggen wat de risico's zijn wanneer klanten seks vragen zonder condoom volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=2)	Raam (n=56)	Bar/club (n=45)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=113)	Escort (n=23)
Risico's worden uitgelegd	100% (n=2)	48.2% (n=27)	62.2% (n=28)	100% (n=2)	68.1% (n=77)	56.5% (n=13)

(\*) Van 7 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

Tabel 4.69. Sekswerkers die uitleggen wat de risico's zijn wanneer klanten seks vragen zonder condoom volgens herkomst (\*)

	België (n=121)	Land in West- Europa (n=30)	Land in Oost- Europa (n=55)	Land in Afrika (n=13)	Land in Azië (n=5)	Land in Latijns- Amerika (n=11)
Risico's worden uitgelegd	71.1% (n=86)	60.0% (n=18)	47.3% (n=26)	61.5% (n=8)	20.0% (n=1)	54.5% (n=6)

(\*) Van 13 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

Tabel 4.70. Sekswerkers die uitleggen wat de risico's zijn wanneer klanten seks vragen zonder condoom volgens leeftijd (\*)

	≤ 29 jaar (n=88)	30-39 jaar (n=90)	≥ 40 jaar (n=54)
Risico's worden uitgelegd	55.7% (n=49)	64.4% (n=58)	70.4% (n=38)

(\*) Van 16 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

Tabel 4.71. Sekswerkers die uitleggen wat de risico's zijn wanneer klanten seks vragen zonder condoom volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker (\*)

	≤ 1 jaar (n=26)	2-5 jaar (n=85)	6-9 jaar (n=49)	≥ 10 jaar (n=61)
Risico's worden uitgelegd	50.0% (n=13)	60.0% (n=51)	65.3% (n=32)	67.2% (n=41)

(\*) Van 27 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

### 4.3.5. Onveilige seks: handelingen en incidentie

#### 4.3.5.1. Vaginale en anale seks

Tabel 4.72 geeft weer hoeveel respondenten het laatste jaar vaginale of anale seks hadden zonder condoom. Vijftien sekswerkers gaven aan de laatste twaalf maanden een onveilig contact te hebben gehad. De meeste van deze respondenten vinden we terug in de interventiegroep Pasop. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn.

Tabel 4.72. Aantal sekswerkers dat het laatste jaar vaginale of anale seks heeft gehad zonder condoom (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=75)	Interventiegroep Pasop (n=73)	Controlegroep Limburg (n=61)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=34)	TOTAAL (n=243)
Aantal	2.7% (n=2)	13.7% (n=10)	4.9% (n=3)	0% (n=0)	6.2% (n=15)

(\*) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

Van deze vijftien werken er acht als privésekswerkers, drie als escort, drie als bar/club-sekswerker en één als raamsekswerker. De meesten zijn Belgische vrouwen (n=11). Twee hebben een leeftijd van 29 jaar of jonger, negen hebben een leeftijd tussen 30 en 39 jaar en drie zijn 40 jaar of ouder. Van deze vijftien is er één nog geen jaar werkzaam als sekswerker, zijn er zes die twee tot vijf jaar werken als sekswerker, één die zes tot negen jaar werkt als sekswerker, en vijf die al tien jaar of langer actief zijn. Twee van deze vijftien zijn mannelijke sekswerkers.

In de vragenlijst werd ook nagegaan of de respondenten op de hoogte zijn van de juiste handelingen wanneer ze onveilige vaginale of anale seks zouden hebben met een klant. Deze

vraag was dus hypothetisch gesteld. Toch werd deze vraag zeer vaak niet ingevuld of werd eraan geschreven dat dit nooit gebeurde. Wanneer de vraag wel was ingevuld, werd dan meestal hetzelfde geantwoord als op de vraag wat de respondenten doen wanneer ze problemen hebben bij het gebruik van condooms.

#### 4.3.5.2. *Orale seks*

Dezelfde hypothetische vraag werd gesteld voor orale seks: weten de sekswerkers wat ze moeten doen wanneer ze een klant orale seks zouden geven zonder condoom? Volgende antwoordcategorieën konden aangeduid worden: (a) niets, (b) sperma uitspuwen, (c) spoelen met water, (d) spoelen met ontsmettingsmiddel, (e) naar de dokter gaan en (f) naar de dokter bij Ghapro of Pasop gaan (bij de interventiegroepen). Ook hier waren veel respondenten die deze vraag niet wensten te beantwoorden: 'Ik doe dit nooit zonder condoom'. De resultaten zijn weergegeven in tabel 4.73. In het intermezzo wordt weergegeven wat de gevaren zijn van orale seks zonder condoom.

Ongeveer 10% van de respondenten zou niets doen wanneer ze aan een klant orale seks verlenen zonder condoom. Verschillende respondenten zouden de mond spoelen met water, maar veel meer zouden (ook) spoelen met ontsmettingsmiddel. Ongeveer 30% geeft aan dat ze het sperma uitspuwen. Vijftien respondenten noteerden bijkomend dat ze er wel steeds voor zorgen dat er geen sperma in de mond komt doordat ze de klant niet laten klaarkomen tijdens het geven van orale seks zonder condoom. Enkele voorbeelden:

*'Bij nette personen pijp ik tot voorvocht.'* Interventiegroep Pasop, escorte

*'Ik pijp niet tot het einde.'* Controlegroep Limburg, privésekswerker.

*'Klaarkomen in de mond is niet toegestaan.'* Controlegroep Vlaams-Brabant, bar/clubsekswerker.

Twee respondenten uit de controlegroepen noteerden dat ze hun tanden zouden poetsen nadat ze orale seks zonder condoom zouden verlenen.

De aantallen bij de handeling 'niets doen' zijn te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn. Voor de overige handelingen kon dit wel worden berekend. De verschillen in 'sperma uitspuwen', 'spoelen met water' en 'spoelen met ontsmettingsmiddel' zijn telkens niet statistisch significant (sperma uitspuwen:  $\chi^2=1,52$ ;  $df=3$ ;  $p=0,677$ , spoelen met water:  $\chi^2=2,34$ ;  $df=3$ ;  $p=0,506$ , spoelen met ontsmettings-middel:  $\chi^2=4,25$ ;  $df=3$ ;  $p=0,235$ ). De verschillen in het al dan niet naar de dokter gaan (bij de eigen dokter of de dokter bij Ghapro of Pasop bij de interventiegroepen) verschillen statistisch significant tussen de verschillende groepen ( $\chi^2=14,01$ ;  $df=3$ ;  $p=0,003$ ).

Tabel 4.73. Handelingen die de sekswerkers (zouden) doen wanneer ze orale seks zonder condoom aan een klant hebben verleend (†) (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=50)	Interventiegroep Pasop (n=55)	Controlegroep Limburg (n=41)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=21)	TOTAAL (n=167)
Niets	12.0% (n=6)	12.7% (n=7)	7.3% (n=3)	9.5% (n=2)	10.8% (n=18)
Sperma uitspuwen	30.0% (n=15)	34.5% (n=19)	24.4% (n=10)	23.8% (n=5)	29.3% (n=49)
Spoelen met water	22.0% (n=11)	34.5% (n=19)	24.4% (n=10)	28.6% (n=6)	27.5% (n=46)
Spoelen met ontsmettingsmiddel	60.0% (n=30)	54.5% (n=30)	75.0% (n=30)	61.9% (n=13)	62.0% (n=103)
Naar de dokter gaan	14.0% (n=7)	12.7% (n=7)	2.4% (n=1)	33.3% (n=7)	13.2% (n=22)
Naar de dokter bij Ghapro/Pasop	26.0% (n=13)	25.5% (n=14)	-	-	25.7% (n=27/105)

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

(\*) Van 81 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

In tabel 4.74 wordt dan weergegeven hoeveel respondenten effectief orale seks zonder condoom hebben verleend het laatste jaar. Van alle respondenten deed bijna de helft dit. Het hoogste aantal vinden we terug in Limburg: hier verleende bijna 70% van de respondenten orale seks zonder condoom. De verschillen tussen de groepen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=11,78$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,008$ ).

Tabel 4.74. Aantal sekswerkers dat het laatste jaar orale seks zonder condoom heeft verleend (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=72)	Interventiegroep Pasop (n=74)	Controlegroep Limburg (n=57)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=31)	TOTAAL (n=234)
Aantal	38.9% (n=28)	47.3% (n=35)	68.4% (n=39)	45.2% (n=14)	49.6% (n=116)

(\*) Van 81 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

Tabel 4.75 tot en met tabel 4.78 geeft het al dan niet verleend hebben van orale seks zonder condoom het laatste jaar weer volgens hoofdsector, herkomst, leeftijd en ervaring als sekswerker. Volgens hoofdsector merken we dat nog geen tiende van de raamsekswerkers dit het laatste jaar heeft gedaan. Bij de privésekswerkers gaf meer dan 70% en bij de escortes gaf meer dan 60% orale seks zonder condoom het laatste jaar. Bij de bar/club-sekswerkers was dit iets meer dan 40%. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren statistisch significant zijn. Bij de Belgische vrouwen heeft meer dan 60% orale seks verleend zonder condoom, tegenover bijna 45% van de West-Europese vrouwen en iets meer dan 25% van de Oost-Europese vrouwen. Ook hier zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen tussen de herkomst statistisch significant zijn. Volgens leeftijd merken we dat het aantal vrouwen dat orale seks geeft zonder condoom stijgt met de leeftijd. Deze verschillen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=12,52$ ;  $\text{df}=2$ ;  $p=0,002$ ). Tenslotte merken we dat volgens ervaring er niet echt grote verschillen terug te vinden zijn. Deze verschillen zijn ook niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=3,87$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,276$ ).

Tabel 4.75. Aantal sekswerkers dat het laatste jaar orale seks zonder condoom heeft verleend volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=2)	Raam (n=54)	Bar/club (n=41)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=112)	Escort (n=23)
Aantal	0% (n=0)	9.3% (n=5)	41.5% (n=17)	0% (n=0)	71.4% (n=80)	60.9% (n=14)

(\*) Van 14 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

Tabel 4.76. Aantal sekswerkers dat het laatste jaar orale seks zonder condoom heeft verleend volgens herkomst (\*)

	België (n=121)	Land in West- Europa (n=29)	Land in Oost- Europa (n=51)	Land in Afrika (n=11)	Land in Azië (n=7)	Land in Latijns- Amerika (n=9)
Aantal	62.8% (n=76)	44.8% (n=13)	25.5% (n=13)	45.5% (n=5)	57.1% (n=4)	22.2% (n=2)

(\*) Van 20 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

Tabel 4.77. Aantal sekswerkers dat het laatste jaar orale seks zonder condoom heeft verleend volgens leeftijd (\*)

	≤ 29 jaar (n=84)	30-39 jaar (n=86)	≥ 40 jaar (n=55)
Aantal	39.3% (n=33)	45.3% (n=39)	69.1% (n=38)

(\*) Van 23 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

Tabel 4.78. Aantal sekswerkers dat het laatste jaar orale seks zonder condoom heeft verleend volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker (\*)

	≤ 1 jaar (n=26)	2-5 jaar (n=84)	6-9 jaar (n=47)	≥ 10 jaar (n=61)
Aantal	50.0% (n=13)	57.1% (n=48)	46.8% (n=22)	41.0% (n=25)

(\*) Van 30 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

In tabel 4.79 worden vervolgens de handelingen die de respondenten zouden uitvoeren wanneer ze orale seks zonder condoom aan een klant zouden verlenen, bekeken volgens het aantal dat het laatste jaar orale seks heeft verleend zonder condoom. We merken dat bijna 15% niets doet en dat bijna 65% de mond spoelt met ontsmettingsmiddel. Ongeveer 30% spuwt het sperma uit en ongeveer 30% spoelt de mond met water. Vijf respondenten zouden naar de dokter gaan; het gaat hier om respondenten uit de interventiegroep die aangeven naar de dokter bij Ghapro of Pasop te gaan.

Tabel 4.79. Handelingen die de sekswerkers (zouden) doen wanneer ze een klant orale seks hebben gegeven zonder condoom (†)

	SW heeft laatste jaar orale seks zonder condoom gegeven (n=111)
Niets	14.4% (n=16)
Sperma uitspuwen	29.7% (n=33)
Spoelen met water	31.5% (n=35)
Spoelen met ontsmettingsmiddel	63.6% (n=70)
Naar de dokter gaan	0% (n=0)
Naar de dokter bij Ghapro/Pasop	7.9% (n=5/63)

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

(\*) Van 83 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)

**Intermezzo*****De gevaren van orale seks zonder condoom<sup>21</sup>***

*Zowel orale seks zonder condoom met klaarkomen in de mond als zonder klaarkomen in de mond is gevaarlijk. Zo zitten er, wanneer een man een seksueel overdraagbare infectie heeft, zeer veel kiemen in het sperma. Wanneer het sperma wordt ingeslikt, wordt het risico nog groter, want het slijmvlies van de keel is heel dun zodat de kiemen er gemakkelijk doorheen kunnen dringen. In het voorvocht zitten er minder kiemen dan in het sperma, zodat de kans op besmetting kleiner is. Het gevaar wordt wel groter als er in de mond wondjes zijn, er een ontsteking is van de keel of het tandvlees, of als er aftjes of blaasjes in de mond zijn. Een ontsteking of wondjes in de mond kunnen echter voorkomen zonder dat men deze ziet of voelt, waardoor men het risico op seksueel overdraagbare infecties eigenlijk nooit kan inschatten.*

*Belangrijk is om de klant en vooral de penis goed te bekijken. Klanten met blaasjes, zweertjes of wratjes op en rond de penis, kunnen beter worden geweigerd aangezien deze een symptoom kunnen zijn van een seksueel overdraagbare infectie. Zelfs met een condoom kan men zich hier niet afdoende tegen beschermen, omdat ook de huid in de liesplooien, van de dijen en de testikels besmet kan zijn. Ook is een goede mondhygiëne belangrijk om ontstekingen en wondjes te voorkomen. Wel mogen de tanden vlak vóór of vlak na de orale seks niet worden gepoetst of geflost, omdat zo kleine wondjes gemaakt kunnen worden. Wanneer men toch sperma in de mond krijgt, dan moet dit zo snel mogelijk worden uitgespuwd. Vervolgens kan de mond voorzichtig worden gespoeld met water zonder te gorgelen en zeker zonder het sperma in de mond te verspreiden. Ook mogen geen ontsmettende producten worden gebruikt, omdat deze wondjes veroorzaken.*

4.3.5.3. *Situaties waarin het gebeurt dat geen condoom wordt gebruikt*

Ook werd gepeild naar de situaties waarin het gebeurt dat er geen condoom wordt gebruikt. Bij deze vraag werd niet expliciet vermeld dat het ging om vaginale of anale seks; de mogelijkheid bestaat dus dat sommige respondenten dachten dat het over situaties ging waarbij ze geen condoom gebruiken *bij orale seks*.

De respondenten konden, naast de optie 'ik gebruik altijd condooms', volgende mogelijkheden aanduiden: (a) bij vaste klanten, (b) als de klant veel geld biedt, (c) als er geen condooms beschikbaar zijn, (d) als de klant geen condoom wilt gebruiken en (e) als ik onder invloed ben (van alcohol of drugs). Ook kon iets anders worden genoteerd.

Aan de hand van de antwoorden die de respondenten zelf noteerden, kon ook worden afgeleid dat er sommigen dachten dat het ook ging over het geven van orale seks zonder condoom. Enkele voorbeelden:

*'Bij de meeste klanten is het pijpen standaard zonder condoom. Gebruik bij het pijpen enkel condoom op vraag van de klant.'* Controlegroep Vlaams-Brabant, escort (man).

<sup>21</sup> Informatie uit de folder 'Pijpen zonder condoom. Is dit gevaarlijk?', uitgegeven door Ghapro en Pasop.

*'Pijpen is altijd zonder.'* Controlegroep Limburg, privésekswerker.

*'With customers I know for years and only for blow job (not complete).'*  
Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

*'Moet kokhalzen van condoom in mond dus pijpen is altijd zonder.'* Interventiegroep Ghapro, escort (man).

*'Ik pijp niet zonder condoom. Dit doe ik enkel (soms) bij vaste propere klanten.'*  
Interventiegroep Ghapro, privésekswerker.

*'Pijpen zonder condoom gebeurt alleen als de hygiëne het toelaat.'* Interventiegroep Ghapro, privésekswerker.

In elke groep geeft de grote meerderheid aan altijd condooms te gebruiken (tabel 4.80). Van alle respondenten geeft 17,8% aan dat ze onder bepaalde situaties geen condoom gebruiken. De verschillen tussen de groepen zijn niet statistisch significant ( $\chi^2=3,93$ ;  $df=3$ ;  $p=0,269$ ).

Wanneer we de situaties bekijken waarin het soms gebeurt dat geen condoom wordt gebruikt, merken we dat dit meestal gebeurt bij vaste klanten. De aantallen bij de verschillende situaties zijn telkens te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn.

Hieronder worden ook nog enkele voorbeelden gegeven van situaties die de respondenten zelf noteerden.

*'Als ik er zelf zin in heb.'* Interventiegroep Pasop, escort (man).

*'Heel zelden met personen die ik ken (max 4 personen).'* Controlegroep Limburg, bar/club-sekswerker.

*'Als ik zeker weet dat de klant alleen bij mij komt.'* Interventiegroep Ghapro, privésekswerker.

Tabel 4.80. Situaties waarin het gebeurt dat geen condoom wordt gebruikt (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=73)	Interventiegroep Pasop (n=73)	Controlegroep Limburg (n=60)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=30)	TOTAAL (n=236)
Er worden altijd condooms gebruikt	82.2% (n=60)	83.6% (n=61)	76.7% (n=46)	93.3% (n=28)	82.2% (n=194)
In sommige situaties worden geen condooms gebruikt	19.2% (n=13)	16.4% (n=12)	23.3% (n=14)	6.7% (n=2)	17.8% (n=42)
<b>Situaties (†)</b>					
Bij vaste klanten	6.8% (n=5)	9.6% (n=7)	15.0% (n=9)	0% (n=0)	8.9% (n=21)
Als de klant veel geld biedt	1.4% (n=1)	2.7% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.3% (n=3)
Als er geen condooms beschikbaar zijn	1.4% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.4% (n=1)
Als de klant geen condoom wilt gebruiken	0% (n=0)	2.7% (n=2)	3.3% (n=2)	0% (n=0)	1.7% (n=4)
Als de SW onder invloed is	0% (n=0)	4.1% (n=3)	1.7% (n=1)	0% (n=0)	1.7% (n=4)
Orale seks is altijd zonder condoom	28.6% (n=4)	4.1% (n=3)	5.0% (n=3)	6.7% (n=2)	5.1% (n=12)

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

(\*) Van 12 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intiem)



#### **4.4. Gebruik van handschoenen en beflapje**

In het intermezzo wordt uiteengezet wanneer het best gebruik wordt gemaakt van een beflapje en handschoenen.

##### **4.4.1. Beflapje**

In aansluiting met het geven van veilige orale seks, werd nagegaan of de respondenten bij cunnilingus (geven of ontvangen) gebruik maken van een beflapje. In de interventiegroep Ghapro maakt 19,6% (n=11/56) hiervan gebruik en bij de interventiegroep Pasop maakt 8,8% (5/57) hiervan gebruik. Bij de controlegroepen Limburg en Vlaams-Brabant bedragen deze cijfers respectievelijk 8,0% (n=4/50) en 18,2% (4/22). Opgemerkt moet worden dat het hier gaat om relatief kleine aantallen, aangezien niet veel respondenten deze dienst verlenen of toestaan dat de klant dit bij hen doet. De aantallen zijn ook te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

##### **4.4.2. Handschoenen**

Tabel 4.81 geeft het gebruik van handschoenen weer. We kunnen vaststellen dat bij de beide interventiegroepen rond de helft van de respondenten nooit handschoenen gebruikt. Bij de beide controlegroepen liggen deze aantallen veel hoger; hier gebruikt telkens ongeveer 70% nooit handschoenen. De verschillen tussen de groepen zijn statistisch significant ( $\chi^2=9,65$ ;  $df=3$ ;  $p=0,022$ ).

Vervolgens wordt weergegeven voor welke diensten, indien deze worden verleend door de respondenten, een handschoen wordt gebruikt. We merken dat vooral bij anaal vingeren een handschoen wordt gebruikt. Ook bij SM wordt dit regelmatig gedaan. Enkelen gaven aan ook handschoenen te gebruiken voor iets anders, namelijk drie voor vuistneuken en één bij het scheren van de klant. Enkel bij het gebruik van handschoenen bij anaal vingeren zijn de aantallen groot genoeg om een significantietoets uit te voeren: de verschillen tussen de groepen zijn niet statistisch significant ( $\chi^2=2,50$ ;  $df=3$ ;  $p=0,475$ ).

Tabel 4.81. Gebruik van handschoenen

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	Controlegroep Limburg	Controlegroep Vlaams-Brabant	TOTAAL
SW gebruikt nooit handschoenen (* <sub>1</sub> )	54.5% (n=42/77)	47.9% (n=34/71)	68.6% (n=48/70)	71.1% (n=32/45)	59.3% (n=156/263)
SW gebruikt handschoenen bij:					
Aftrekken (* <sub>1</sub> )	16.9% (n=13/75)	13.2% (n=9/68)	4.9% (n=3/61)	15.6% (n=5/32)	12.7% (n=30/236)
Vingeren (* <sub>2</sub> )	17.6% (n=6/34)	15.0% (n=6/40)	2.8% (n=1/36)	11.8% (n=2/17)	11.8% (n=15/127)
Anaal vingeren	60.0% (n=21/35)	66.0% (n=33/51)	48.6% (n=17/35)	52.6% (n=10/19)	57.9% (n=81/140)
Seksspeeltjes/dildo's (* <sub>3</sub> )	19.6% (n=9/46)	22.5% (n=9/40)	7.1% (n=2/28)	0% (n=0/13)	15.7% (n=20/127)
SM (* <sub>4</sub> )	56.0% (n=14/25)	56.0% (n=14/25)	5.9% (n=1/17)	0% (n=0/5)	40.3% (n=29/72)
Lichaamsmassage (* <sub>5</sub> )	3.1% (n=2/64)	4.7% (n=3/64)	3.5% (n=2/57)	0% (n=0/37)	3.2% (n=7/222)
Trio of groepsseks (* <sub>6</sub> )	6.4% (n=3/47)	5.0% (n=2/40)	3.9% (n=1/26)	5.3% (n=1/19)	5.3% (n=7/132)
Lesbische seks (* <sub>2</sub> )	9.1% (n=2/22)	4.8% (n=1/21)	4.0% (n=1/25)	0% (n=0/10)	5.1% (n=4/78)

(\*<sub>1</sub>) Van 10 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>2</sub>) Van 1 respondent ontbreken deze gegevens

(\*<sub>3</sub>) Van 2 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>4</sub>) Van 4 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>5</sub>) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>6</sub>) Van 6 respondenten ontbreken deze gegevens

### Intermezzo

#### *Het gebruik van beflapje en handschoenen*<sup>22</sup>

##### ***Beflapje***

*Bij cunnilingus (geven of ontvangen) wordt best altijd gebruik gemaakt van een beflapje om seksueel overdraagbare infecties te vermijden. Ook kan een in de lengte opengeknipt condoom worden gebruikt.*

##### ***Handschoenen***

*In verband met handschoenen hebben Ghapro en Pasop geen officieel advies. Enkel bij anaal vingeren wordt aangeraden gebruik te maken van een dunne latex handschoen. Voor de rest is het belangrijk om niet in aanraking te komen met bloed of wondvocht; bij risicovolle handelingen, zoals bij scheren of sadomasochistische seks, kan daarom eventueel een handschoen worden gebruikt. Ook wordt een handschoen aangeraden wanneer de sekswerker een wondje heeft aan de vingers en de kans bestaat dat er sperma in een wond terecht komt.*

#### **4.5. Gebruik van glijmiddel**

Tabel 4.82 geeft het gebruik weer van het glijmiddel. In het intermezzo wordt het juiste glijmiddelgebruik uiteengezet. We merken dat ongeveer een vierde van de respondenten nooit glijmiddel gebruikt. Bij de beide interventiegroepen ligt het aantal sekswerkers dat nooit glijmiddel gebruikt veel lager dan bij de beide controlegroepen. De verschillen tussen de groepen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=30,10$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p<0,001$ ).

Ook wordt weergegeven of de respondenten glijmiddel gebruiken bij een bepaalde handeling wanneer ze deze verlenen. Als noemer wordt dus het aantal respondenten genomen dat een bepaalde handeling uitvoert, en als teller wordt het aantal respondenten genomen dat voor deze handeling glijmiddel gebruikt. Het meest wordt glijmiddel gebruikt bij vaginale en anale seks: ongeveer drie vierde van alle respondenten gebruikt hiervoor glijmiddel. Bij elke

<sup>22</sup> Informatie uit het 'safesex' boekje, uitgegeven door Ghapro in samenwerking met Pasop en Espace P.

handeling kunnen we opmerken dat de beide interventiegroepen meer glijmiddel gebruiken in vergelijking met de beide controlegroepen.

Bij het gebruik van glijmiddel bij anale seks zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn. Bij de overige handelingen is dit wel berekend kunnen worden: het gebruik van glijmiddel verschilt statistisch significant tussen de verschillende groepen bij vaginale seks, handbevrediging bij een man en anaal vingeren (vaginale seks:  $\text{Chi}^2=10,29$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,016$ , handbevrediging bij een man:  $\text{Chi}^2=11,96$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,008$  en anaal vingeren:  $\text{Chi}^2=8,72$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,033$ ). Niet statistisch significant zijn de verschillen bij het gebruik van glijmiddel bij handbevrediging bij een vrouw en seksspeeltjes (handbevrediging bij een vrouw:  $\text{Chi}^2=6,88$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,076$  en seksspeeltjes:  $\text{Chi}^2=2,40$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,494$ ).

Tabel 4.82. Gebruik van glijmiddel

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	Controlegroep Limburg	Controlegroep Vlaams-Brabant	TOTAAL
SW gebruikt nooit glijmiddel (* <sub>1</sub> )	12.0% (n=9/75)	12.0% (n=9/75)	30.9% (n=21/68)	48.9% (n=23/47)	23.4% (n=62/265)
SW gebruikt glijmiddel bij:					
Vaginale seks (* <sub>2</sub> )	79.4% (n=54/68)	81.2% (n=56/69)	67.9% (n=38/56)	54.5% (n=18/33)	73.5% (166/226)
Anale seks (* <sub>3</sub> )	75.0% (n=12/16)	77.8% (n=14/18)	81.8% (n=9/11)	71.4% (n=5/7)	76.9% (n=40/52)
Handbevrediging (bij man) (* <sub>1</sub> )	45.2% (n=33/73)	40.6% (n=28/69)	31.6% (n=18/57)	13.5% (n=5/37)	35.6 (n=84/236)
Handbevrediging (bij vrouw) (* <sub>4</sub> )	23.5% (n=8/34)	48.7% (n=19/39)	33.3% (n=11/33)	21.1% (n=4/19)	33.6% (n=42/125)
Anaal vingeren (* <sub>4</sub> )	55.9% (n=19/34)	40.0% (n=20/50)	32.3% (n=10/31)	18.2% (n=4/22)	38.7% (n=53/137)
Seksspeeltjes/dildo's (* <sub>5</sub> )	62.2% (n=28/45)	62.5% (n=25/40)	51.9% (n=14/27)	41.7% (n=5/12)	58.1% (n=72/124)

(\*<sub>1</sub>) Van 10 respondenten ontbreken deze gegevens (\*<sub>4</sub>) Van 3 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>2</sub>) Van 11 respondenten ontbreken deze gegevens (\*<sub>5</sub>) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>3</sub>) Van 1 respondent ontbreken deze gegevens

Tabel 4.83 geeft vervolgens weer, wanneer de respondenten glijmiddel gebruiken, welke soort dit dan is. Van alle respondenten gebruiken de meesten glijmiddel op waterbasis. Bij de interventiegroepen ligt dit aantal veel hoger dan bij de controlegroepen. Deze verschillen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=29,47$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p<0,001$ ). Glijmiddel op siliconebasis wordt dan weer minder gebruikt door de respondenten uit de interventiegroepen. Deze verschillen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=7,29$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,063$ ). Speeksel, bodylotion, massageolie en vaseline worden door alle respondenten in mindere mate gebruikt. De aantallen die deze laatste vier soorten glijmiddel gebruiken zijn te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn. Opgemerkt moet worden dat de respondenten vaak aangaven dat ze meerdere soorten glijmiddel gebruiken, maar dat niet is geweten voor welke handeling ze welk soort glijmiddel gebruiken.

Tabel 4.83. Soort glijmiddel (†) (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=66)	Interventiegroep Pasop (n=66)	Controlegroep Limburg (n=45)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=25)	TOTAAL (n=202)
Glijmiddel op waterbasis	83.3% (n=55)	89.4% (n=59)	57.8% (n=26)	44.0% (n=11)	74.8% (n=151)
Glijmiddel op siliconebasis	18.2% (n=12)	15.2% (n=10)	35.6% (n=16)	24.0% (n=6)	21.8% (n=44)
Speeksel	13.6% (n=9)	16.7% (n=11)	24.4% (n=11)	16.0% (n=4)	17.3% (n=35)
Bodylotion	1.5% (n=1)	1.5% (n=1)	0% (n=0)	4.0% (n=1)	1.5% (n=3)
Massageolie	10.6% (n=7)	10.6% (n=7)	17.8% (n=8)	24.0% (n=6)	13.9% (n=28)
Vaseline	6.1% (n=4)	0% (n=0)	6.7% (n=3)	16.0% (n=4)	5.4% (n=11)

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

(\*) Van 1 respondent ontbreken deze gegevens

### *Intermezzo*

#### *Het gebruik van glijmiddel: handelingen en soort<sup>23</sup>*

##### ***Waarom en wanneer glijmiddel gebruiken?***

*Met een droge vagina kan seks pijnlijk zijn en kan het condoom gemakkelijk scheuren. Wanneer glijmiddel wordt gebruikt, is het risico dat het condoom scheurt veel kleiner. Aangeraden wordt om bij vaginale seks steeds glijmiddel te gebruiken. Ook bij anale seks kan best altijd veel glijmiddel worden gebruikt, omdat de anus van zichzelf niet vochtig wordt; zonder glijmiddel is anale seks pijnlijk en loopt men een groot risico dat het condoom kapot gaat.*

##### ***Wat zijn goede glijmiddelen?***

*Bij seks met een latex condoom is het belangrijk om altijd een glijmiddel op waterbasis te gebruiken. Dit bevat immers geen vet of olie. Latex lost op in oliën en vetten waardoor het condoom kapot gaat. Producten die oliën of vetten bevatten zoals vaseline, baby- of massageolie mogen dus niet worden gebruikt. Ook kan een glijmiddel op siliconenbasis worden gebruikt. Dit glijmiddel is ook geschikt voor erotische massage en het bevat geen middelen die het condoom aantasten.*

### ***Conclusie van de handelingen en ervaringen op het werk***

Bijna alle respondenten letten op iets of doen iets alvorens aan seks met een klant te beginnen. Het gaat dan vooral om het wassen van de klant en het bekijken van de geslachtsdelen.

Wanneer het condoomgebruik bij bepaalde handelingen wordt bekeken, merken we dat ongeveer een tiende aangeeft geen condoom te gebruiken bij anale seks. Bij het verlenen van orale seks gebruikt ongeveer 30% geen condoom. Het aantal respondenten dat orale seks zonder condoom verleent verschilt erg per sector: ongeveer 60% van de escortes, 45% van de privésekswerkers, 20% van de bar/club-sekswerkers en 2% van de raamsekswerkers gebruikt

<sup>23</sup> Informatie uit het 'safesex' boekje, uitgegeven door Ghapro in samenwerking met Pasop en Espace P.

hiervoor geen condoom. Hierbij moet worden benadrukt dat de raamsekswerkers enkel terug te vinden zijn in de interventiegroepen, en dus regelmatig in contact staan met Ghapro of Pasop. Het verlenen van orale seks zonder condoom wordt, in vergelijking met West- en Oost-Europese vrouwen, meer gedaan door Belgische vrouwen. Ook verlenen de oudere vrouwen meer dan de jongere vrouwen deze dienst zonder condoom.

Na een klapcondoom merken we dat bijna 80% uit de interventiegroep Pasop en bijna 90% uit de interventiegroep Ghapro zich laten testen, tegenover de controlegroepen Limburg en Vlaams-Brabant waar respectievelijk maar bijna 50% en bijna 60% zich laat testen op seksueel overdraagbare infecties na een klapcondoom. Van alle respondenten hanteert slechts ongeveer een tiende de volledig juiste strategie na een klapcondoom (het sperma eruit laten lopen, niet spoelen, gebruik maken van de noodpil wanneer ze geen anticonceptie gebruiken en naar de dokter gaan). Alle respondenten (op één na) die deze volledig juiste strategie hanteren, zijn terug te vinden in de interventiegroep Ghapro of de interventiegroep Pasop. Wat de sekswerkers juist moeten doen nadat een klapcondoom is voorgevallen blijft een zeer belangrijk aandachtspunt: meer dan een derde van alle respondenten had immers problemen met het gebruik van condooms het laatste jaar.

Wanneer werd gekeken naar het aantal respondenten dat de laatste drie maanden klanten heeft gehad die gevraagd hebben om geen condoom te gebruiken bij vaginale, anale of orale seks, geeft de overgrote meerderheid aan dat dit inderdaad gebeurt; van alle respondenten zijn er nog geen twintig die de laatste drie maanden geen vraag naar onveilige seks kregen. De meeste respondenten geven dan aan dat ze de klant weigeren wanneer deze geen condoom wilt gebruiken. Ook wordt regelmatig uitgelegd aan de klant wat de risico's ervan zijn. Het uitleggen van de risico's door de sekswerker aan de klanten, kan een belangrijk aandachtspunt zijn. Zo werd in de literatuur de rol van sekswerker als *health educator* reeds aangehaald. Als klanten immers ook als een moeilijk te bereiken risicogroep worden beschouwd, is de sekswerker zelf ideaal geplaatst om gezondheidsinformatie met de klanten uit te wisselen. Wanneer de sekswerkers inderdaad de risico's uitleggen aan de klanten merken we dat dit vooral gebeurt door de Belgische respondenten en veel minder door de West- en Oost-Europese vrouwen. Taal speelt hierbij natuurlijk een grote rol. Ook naar leeftijd en aantal jaren ervaring merken we grote verschillen: de jongste en de minst ervaren sekswerkers geven het minst uitleg over risico's en de oudere en meest ervaren sekswerkers geven het meest uitleg over risico's bij een vraag naar onveilige seks. Volgens sector leggen de raamsekswerkers het minst en de privésekswerkers het meest uit wat de risico's zijn wanneer een klant vraagt om geen condoom te gebruiken.

Wanneer het onveilig gedrag het afgelopen jaar wordt bekeken, zijn er van alle respondenten vijftien die het laatste jaar vaginale of anale seks hadden met klanten zonder condoom. De meeste van deze respondenten vinden we terug in de interventiegroep Pasop en zijn Belgische vrouwen. Hierbij moet het sociaal wenselijk antwoorden door de respondenten extra worden benadrukt; het is niet evident om toe te geven in een vragenlijst dat er inderdaad onveilig contact is geweest met klanten. Het verlenen van orale seks zonder

condoom werd door bijna de helft van alle respondenten gedaan het laatste jaar. Het hoogste aantal vinden we terug in Limburg: hier verleende bijna 70% van de respondenten orale seks zonder condoom. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat zeer veel respondenten niet weten wat de juiste strategie is wanneer ze orale seks zonder condoom hebben verleend: zo geeft 60% aan dat ze de mond zouden spoelen met ontsmettingsmiddel, wat slecht is doordat dit wondjes kan veroorzaken waardoor seksueel overdraagbare infecties sneller overgedragen kunnen worden.

Afsluitend bij het deel over handelingen en ervaringen op het werk kan worden geconcludeerd dat het handschoengebruik bij de beide interventiegroepen veel hoger ligt dan bij de beide controlegroepen, en dat ook het gebruik van glijmiddel in de beide interventiegroepen veel hoger ligt.

## **5. De gezondheidstoestand van de respondenten**

In dit deel wordt de gezondheidstoestand van de respondenten bekeken: hoe is hun gezondheid in het algemeen en hoe is deze vergeleken met een jaar geleden. Vervolgens wordt nagegaan of de vrouwen vinden dat het sekswerk hun gezondheid beïnvloedt, en of er volgens hen risico's zijn verbonden aan het beroep.

De invloed van het werk op de gezondheid en de mogelijke risico's verbonden aan het sekswerk (seksueel overdraagbare infecties, ongewenste zwangerschap, slachtoffer worden van geweld, emotionele en relationele problemen) worden bijkomend bekeken volgens hoofdsector, herkomst, leeftijd en aantal jaren ervaring.

### **5.1. De algemene gezondheid**

Tabel 4.84 geeft de algemene gezondheidstoestand weer van de respondenten. We merken dat het grootste deel van de respondenten hun gezondheid goed tot zeer goed scoort. Ongeveer een tiende is hier neutraal over en slechts enkelen geven aan dat hun gezondheidstoestand slecht tot zeer slecht is. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren statistisch significant zijn.

Van diegenen die hun gezondheid slecht tot zeer slecht scoren zijn er vijf werkzaam in de privésector en één in de raamsector. Eén heeft een leeftijd jonger dan 30 jaar en de overigen zijn 30 jaar of ouder. Vijf van deze vrouwen zijn Belgisch en één is Oost-Europees.

Tabel 4.84. De gezondheidstoestand van de respondenten

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=72)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=48)	TOTAAL (n=272)
Zeer goed	41.6% (n=32)	41.3% (n=31)	26.4% (n=19)	33.3% (n=16)	36.0% (n=98)
Goed	45.4% (n=35)	42.7% (n=32)	61.1% (n=44)	54.2% (n=26)	50.4% (n=137)
Redelijk	9.1% (n=7)	12.0% (n=9)	12.5% (n=9)	12.5% (n=6)	11.4% (n=31)
Slecht	3.9% (n=3)	1.3% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.5% (n=4)
Zeer slecht	0% (n=0)	2.7% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.7% (n=2)

(\*) Van 1 respondent ontbreken deze gegevens

Ook werd gekeken naar de gezondheidstoestand in vergelijking met een jaar geleden (tabel 4.85). Ongeveer drie vierde van de respondenten geeft aan dat dit ongeveer hetzelfde is gebleven. Bij bijna een vijfde is de gezondheid iets of veel verbeterd. Slechts enkelen geven aan dat hun gezondheid iets of veel is verslechterd. Ook hier zijn de aantallen te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren statistisch significant zijn.

Tabel 4.85. De gezondheidstoestand van de respondenten vergeleken met een jaar geleden

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=74)	Controlegroep Limburg (n=72)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=47)	TOTAAL (n=272)
Veel beter	9.1% (n=7)	9.5% (n=7)	11.1% (n=8)	14.9% (n=7)	10.7% (n=29)
Iets beter	10.4% (n=8)	6.7% (n=5)	4.2% (n=3)	8.5% (n=4)	7.4% (n=20)
Ongeveer hetzelfde	77.9% (n=60)	77.0% (n=57)	81.9% (n=59)	68.1% (n=32)	77.0% (n=208)
Iets slechter	1.3% (n=1)	6.7% (n=5)	2.8% (n=2)	8.5% (n=4)	4.4% (n=12)
Veel slechter	1.3% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.4% (n=1)

(\*) Van 2 respondenten ontbreken deze gegevens

## 5.2. Beïnvloeding van het werk op de gezondheid

Aan de respondenten werd gevraagd of ze de indruk hebben dat hun werk hun gezondheid beïnvloedt. Uit tabel 4.86 kunnen we afleiden dat bij de beide interventiegroepen telkens meer dan 40% aangeeft inderdaad een effect van het sekswerk op hun gezondheid te ondervinden. Bij de beide controlegroepen liggen deze aantallen veel lager. De verschillen tussen de groepen zijn statistisch significant ( $\chi^2=21,52$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$ ).

Tabel 4.86. Respondenten die aangeven dat het werk hun gezondheid beïnvloedt (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=74)	Controlegroep Limburg (n=69)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=47)	TOTAAL (n=267)
Het werk beïnvloedt de gezondheid	42.9% (n=33)	43.2% (n=32)	13.0% (n=9)	23.4% (n=11)	31.8% (n=85)

(\*) Van 6 respondenten ontbreken deze gegevens

Volgens leeftijd en ervaring als sekswerker zijn geen noemenswaardige verschillen op te merken in het al dan niet ondervinden van een beïnvloeding van het werk op de gezondheid. Volgens hoofdsector (tabel 4.87) merken we dat de privésekswerkers en de escortes het minst aangeven dat het sekswerk invloed heeft op hun gezondheid. Bij de bar/club-sekswerkers en

vooral bij de raamsekswerkers ligt dit aantal dan weer veel hoger. Volgens herkomst (tabel 4.88) merken we dat vooral de West- en Oost Europese vrouwen, en in mindere mate de Belgische vrouwen, een invloed ondervinden. De aantallen zijn telkens te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren en herkomst statistisch significant zijn.

Tabel 4.87. Respondenten die aangeven dat het werk hun gezondheid beïnvloedt volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=3)	Raam (n=55)	Bar/club (n=44)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=114)	Privé geen intiem (n=25)	Escort (n=24)
Werk beïnvloedt de gezondheid	33.3% (n=1)	58.2% (n=32)	31.8% (n=14)	50.0% (n=1)	23.7% (n=27)	16.0% (n=4)	25.0% (n=6)

(\*) Van 6 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.88. Respondenten die aangeven dat het werk hun gezondheid beïnvloedt volgens herkomst (\*)

	België (n=132)	Land in West- Europa (n=30)	Land in Oost- Europa (n=57)	Land in Afrika (n=14)	Land in Azië (n=17)	Land in Latijns- Amerika (n=10)
Werk beïnvloedt de gezondheid	28.0% (n=37)	40.0% (n=12)	40.4% (n=23)	21.4% (n=3)	35.3% (n=6)	30.0% (n=3)

(\*) Van 13 respondenten ontbreken deze gegevens

Vervolgens werd, door middel van een open vraag, nagegaan op welke manier de respondenten deze beïnvloeding ondervinden (tabel 4.89). De antwoorden op deze vraag werden onderverdeeld in twee grote categorieën, namelijk fysieke en psychische klachten. De aantallen in de verschillende categorieën zijn telkens te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Wanneer het gaat om een invloed op de fysieke gezondheid wordt vooral vermoeidheid (door 's nachts te moeten werken of door de monotonie van het werk) aangehaald. Ook rugpijn en nekpijn, frequente vaginale infecties en infecties van het tandvlees, effecten van alcohol, effecten op de schoonheid van de respondenten en abdominale klachten werden enkele keren genoteerd. Hieronder worden enkele citaten van de respondenten gegeven die betrekking hebben op deze fysieke beïnvloeding.

*'Pain in the back from sitting on the chair and the corset.'* Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

*'Dagelijks champagne drinken, de dag erna futloos, moe, ...'* Interventiegroep Pasop, bar/club-sekswerker.

*'Teveel cliënteel achter elkaar bezorgt me soms buikpijn'* Interventiegroep Ghapro, privésekswerker.

*'Make you look tired and older than a normal job'* Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

Een enkeling noteerde een positieve beïnvloeding op de fysieke gezondheid:

*'Ik blijf in vorm!'* Interventiegroep Pasop, raamsekswerker.



Wanneer het gaat om gevolgen van het werk op de psychische gezondheid, kunnen de antwoorden onderverdeeld worden in algemene mentale problemen, het ondervinden van stress door het werk en angst voor een klapcondoom. Ook hierover enkele quotes:

*'Psychologiquement parce que je pense à mon fils de 16 ans et à ma famille. Et plus ce métier m'empêche une vie normale avec un petit ami.'* Controlegroep Vlaams-Brabant, bar/club-sekswerker.

*'Stress: I don't like the job but I have to work for my family.'* Controlegroep Vlaams-Brabant, privésekswerker.

*'Stress doordat veel meisjes onder de prijs werken zodat het werk uiteraard veel kalmer is voor mij!'* Interventiegroep Pasop, raamsekswerker.

*'By working in the night time I am very tired by sleeping in the day time, and most of it it's a difficult job and it's affecting more your psychic than your body.'* Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

*'No option, don't like it'* Interventiegroep Ghapro, bar/club-sekswerker.

Tabel 4.89. Manieren waarop het werk de gezondheid beïnvloedt (‡) (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=33)	Interventiegroep Pasop (n=29)	Controlegroep Limburg (n=7)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=9)	TOTAAL (n=78)
<b>Fysiek</b>					
Vermoeidheid	33.3% (n=11)	31.3% (n=10)	11.1% (n=1)	33.3% (n=3)	32.1% (n=25)
Rugpijn/nekpijn	6.1% (n=2)	12.5% (n=4)	11.1% (n=1)	11.1% (n=1)	10.3% (n=8)
Frequente infecties (vaginaal/tandvlees)	6.1% (n=2)	6.3% (n=2)	0% (n=0)	11.1% (n=1)	6.4% (n=5)
Effecten van alcohol	6.1% (n=2)	6.3% (n=2)	0% (n=0)	11.1% (n=1)	6.4% (n=5)
Effecten op schoonheid	3.0% (n=2)	3.1% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	3.8% (n=3)
Abdominale klachten	6.1% (n=2)	9.4% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)	6.4% (n=5)
<b>Psychisch</b>					
Psychische/mentale problemen algemeen	33.3% (n=11)	12.5% (n=4)	33.3% (n=5)	55.6% (n=5)	32.1% (n=25)
Stress	30.3% (n=11)	21.9% (n=7)	0% (n=0)	22.2% (n=2)	25.6% (n=20)
Angst voor klapcondoom	6.1% (n=2)	3.1% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	3.8% (n=3)

(‡) Open vraag

(\*) 7 respondenten die vonden dat hun werk hun gezondheid beïnvloedt, vulden hier niets in

### 5.3. Risico's verbonden aan het beroep

In tabel 4.90 wordt weergegeven of er volgens de respondenten risico's zijn verbonden aan het sekswerk en dewelke dit dan zijn. Slechts een klein deel vindt dat het sekswerk geen risico's met zich meebrengt. In de beide controlegroepen ligt dit aantal wel veel hoger in vergelijking met de beide interventiegroepen. De verschillen tussen de groepen zijn statistisch significant ( $\chi^2=10,02$ ;  $df=3$ ;  $p=0,018$ ).

Van diegenen die vinden dat het sekswerk inderdaad risico's met zich meebrengt, duiden de meesten seksueel overdraagbare infecties als risico aan. Ook geweld, emotionele problemen

en relationele problemen geven velen aan als mogelijk risico. Opvallend is dat de respondenten uit de interventiegroep Ghapro meer dan de anderen geweld als risico beschouwen. Ongewenste zwangerschap wordt door ongeveer een vierde van alle respondenten gezien als risico. Twee respondenten geven ook aan dat ze het gebruik van alcohol en drugs als een risico van het sekswerk beschouwen.

Tabel 4.90. Risico's verbonden aan het beroep

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	Controlegroep Limburg	Controlegroep Vlaams-Brabant	TOTAAL
<b>Al dan geen risico's</b> (* <sub>1</sub> )	(n=76)	(n=74)	(n=70)	(n=47)	(n=267)
Er zijn geen risico's	7.9% (n=6)	6.8% (n=5)	17.1% (n=12)	21.3% (n=10)	12.4% (n=33)
Er zijn wel risico's	92.1% (n=70)	93.2% (n=69)	82.9% (n=58)	78.7 (n=37)	87.6% (n=234)
<b>Welke risico's</b> (†) (* <sub>2</sub> )	(n=70)	(n=69)	(n=57)	(n=36)	(n=232)
SOI's	95.7% (n=67)	92.8% (n=64)	89.5% (n=51)	86.1% (n=31)	91.8% (n=213)
Ongewenste zwangerschap	21.4% (n=15)	26.1% (n=18)	36.8% (n=21)	22.2% (n=8)	26.7% (n=62)
Geweld	60.0% (n=42)	43.5% (n=30)	28.1% (n=16)	33.3% (n=12)	43.1% (n=100)
Emotionele problemen	51.4% (n=36)	40.6% (n=28)	49.1% (n=28)	47.2% (n=17)	47.0% (n=109)
Relatieproblemen	48.6% (n=34)	43.5% (n=30)	50.9% (n=29)	47.2% (n=17)	47.4% (n=110)

(\*<sub>1</sub>) Van 6 respondenten ontbreken deze gegevens (\*<sub>2</sub>) Van 1 respondent ontbreken deze gegevens

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

Wanneer we de soorten risico's volgens hoofdsector bekijken, merken we dat vooral de raamsekswerkers en ook de escortes geweld meer als risico aanduiden: 62,3% van de raamsekswerkers en 52,2% van de escortes tegenover 30,2% van de bar/club-sekswerkers en 37,4% van de privésekswerkers. De aantallen zijn te klein om na te gaan of deze verschillen statistisch significant zijn. Voor de andere risico's zijn er geen noemenswaardige verschillen tussen de sectoren op te merken.

Volgens herkomst merken we bij ongewenste zwangerschap dat vooral Oost-Europese vrouwen dit als een risico beschouwen: 40,7% van de Oost-Europese vrouwen tegenover 21,1% van de Belgische en 17,9% van de West-Europese vrouwen vindt dit een risico. Emotionele problemen worden door de Belgische vrouwen veel minder dan door de West- en Oost-Europese vrouwen aangeduid als risico: 39,5% bij de Belgische vrouwen tegenover 53,6% bij de West-Europese en 57,4% bij de Oost-Europese vrouwen. De aantallen zijn telkens te klein om na te gaan of deze verschillen statistisch significant zijn. Bij SOI's, geweld en relatieproblemen als risico zijn geen noemenswaardige verschillen volgens herkomst op te merken.

Volgens leeftijd kunnen we opmerken dat veel meer jongere vrouwen ongewenste zwangerschap als risico beschouwen: 39,0% van de respondenten van 29 jaar of jonger, 24,1% van de respondenten tussen 30 en 39 jaar en 13,0% van de respondenten van 40 jaar of ouder duidt ongewenste zwangerschap aan als risico. Deze verschillen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=11,80$ ;  $\text{df}=2$ ;  $p=0,003$ ). Ook geweld en emotionele problemen als risico komen meer voor bij jonge sekswerkers. Bij geweld als risico bedragen de percentages voor de drie leeftijdscategorieën van laag naar hoog respectievelijk 48,8%, 41,4% en 40,7%. Deze

verschillen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=1,24$ ;  $\text{df}=2$ ;  $p=0,539$ ). Bij emotionele problemen als risico bedragen de percentages respectievelijk 52,4%, 50,6% en 38,9%. Ook deze verschillen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=2,66$ ;  $\text{df}=2$ ;  $p=0,265$ ). Voor het risico op SOI's en relatieproblemen zijn geen noemenswaardige verschillen op te merken volgens leeftijd.

Naarmate vrouwen langer actief zijn als sekswerker zien ze ongewenste zwangerschap minder als risico van het sekswerk: van de vrouwen die vijf jaar of minder actief zijn beschouwt 34,3% dit als risico tegenover 21,7% van de vrouwen die al langer dan vijf jaar actief zijn. Deze verschillen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=3,55$ ;  $\text{df}=1$ ;  $p=0,059$ ). Ook geweld beschouwen als een risico daalt naarmate de sekswerkers langer actief zijn: 48,6% van de vrouwen die vijf jaar of minder actief zijn duiden dit aan als risico tegenover 38,7% van de vrouwen die al langer dan vijf jaar actief zijn. Deze verschillen zijn ook niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=1,71$ ;  $\text{df}=1$ ;  $p=0,098$ ). Het risico op relatieproblemen wordt dan weer meer aangeduid door de respondenten die al langer in het vak zitten: 50,0% van de vrouwen die al meer dan vijf jaar actief zijn geeft aan relationele problemen als een risico te beschouwen tegenover 35,2% van de minder ervaren vrouwen. Ook deze verschillen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=0,39$ ;  $\text{df}=1$ ;  $p=0,532$ ). Voor het risico op SOI's en emotionele problemen zijn geen noemenswaardige verschillen op te merken volgens aantal jaren ervaring.

Vervolgens werd gepeild naar, indien de respondenten vonden dat er risico's zijn verbonden aan het beroep, welke van deze risico's ze als *het grootste* risico beschouwen (tabel 4.91). Ongeveer de helft duidt aan seksueel overdraagbare infecties als grootste risico te beschouwen. In de beide interventiegroepen liggen deze aantallen ongeveer 10% hoger dan in de beide controlegroepen. Slechts enkelen duiden ongewenste zwangerschap, geweld, emotionele problemen en relatieproblemen aan als het grootste risico van het sekswerk. Ongeveer een derde van de respondenten duidde meer dan één risico als het grootste aan; allen die meerdere risico's aanduiden, duiden echter ook seksueel overdraagbare infecties aan (en één of meer van de andere genoemde risico's). De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.91. Grootste risico verbonden aan het beroep (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=70)	Interventiegroep Pasop (n=69)	Controlegroep Limburg (n=57)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=34)	TOTAAL (n=230)
SOI's	60.0% (n=42)	58.0% (n=40)	47.4% (n=27)	47.1% (n=16)	54.3% (n=125)
Ongewenste zwangerschap	0% (n=0)	0% (n=0)	1.8% (n=1)	0% (n=0)	0.4% (n=1)
Geweld	2.9% (n=2)	1.4% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.3% (n=3)
Emotionele problemen	2.9% (n=2)	1.4% (n=1)	7.0% (n=4)	5.9% (n=2)	3.9% (n=9)
Relatieproblemen	1.4% (n=1)	1.4% (n=1)	3.5% (n=2)	17.6% (n=6)	4.3% (n=10)
Alcohol en drugs	0% (n=0)	1.4% (n=1)	1.8% (n=1)	0% (n=0)	0.9% (n=2)
Meerdere risico's (SOI's +...)	32.9% (n=23)	36.2% (n=25)	28.6% (n=22)	29.4% (n=10)	34.8% (n=80)

(\*) Van 4 respondenten ontbreken deze gegevens

### ***Conclusie van de gezondheidstoestand van de respondenten***

Er kan worden geconcludeerd dat het grootste deel van de respondenten hun gezondheid goed tot zeer goed scoort. Slechts enkelen gaven aan dat hun gezondheidstoestand slecht tot zeer slecht is. Ook gaven slechts enkelen aan dat hun gezondheid het afgelopen jaar iets of veel is verslechterd.

Ongeveer een derde van alle respondenten heeft de indruk dat hun werk hun gezondheid beïnvloedt. Het aantal dat aangeeft inderdaad een effect van het sekswerk op hun gezondheid te ondervinden, ligt, in vergelijking met de beide controlegroepen, hoger in de beide interventiegroepen. Vooral de bar/club-sekswerkers en de raamsekswerkers geven aan een invloed te ondervinden. Volgens herkomst merken we dat vooral de West- en Oost Europese vrouwen, en in mindere mate de Belgische vrouwen, een invloed ondervinden. Wanneer het gaat om een invloed op de fysieke gezondheid wordt vooral vermoeidheid (door 's nachts te moeten werken of door de monotonie van het werk) aangehaald. Ook de gevolgen van het werk op de psychische gezondheid (algemene mentale problemen en het ondervinden van stress door het werk) worden regelmatig aangehaald.

Van alle respondenten vindt vervolgens slechts een klein deel dat het sekswerk geen risico's met zich meebrengt. In de beide controlegroepen ligt het aantal dat vindt dat er geen risico's aan zijn verbonden wel veel hoger in vergelijking met de beide interventiegroepen. De rol die Ghapro en Pasop speelt in de sekswerkers op de hoogte brengen van de risico's die het werk met zich meebrengt, zou hiervoor een verklaring kunnen zijn. Van diegenen die vinden dat het sekswerk inderdaad risico's met zich meebrengt, duiden de meesten seksueel overdraagbare infecties als risico aan. Ook geweld, emotionele problemen en relationele problemen geven velen aan als mogelijk risico. Ongewenste zwangerschap als risico wordt in minder mate aangeduid. De respondenten uit de interventiegroep Ghapro beschouwen meer dan de anderen geweld als risico. Ook duiden vooral de raamsekswerkers en de escortes dit als risico aan. Volgens herkomst merken we bij ongewenste zwangerschap dat vooral Oost-Europese vrouwen dit als een risico beschouwen en dat emotionele problemen meer door de West- en Oost-Europese en minder door de Belgische vrouwen wordt aangeduid. Volgens leeftijd kunnen we opmerken dat veel meer jongere vrouwen ongewenste zwangerschap als risico beschouwen en dat ook geweld en emotionele problemen meer worden gezien als risico. Naarmate vrouwen langer actief zijn als sekswerker zien ze geweld minder als risico van het sekswerk. Het risico op relatieproblemen wordt dan weer meer aangeduid door de respondenten die al langer in het vak zitten.

Wanneer wordt gepeild naar wat wordt beschouwd als het grootste risico, wordt door de meesten seksueel overdraagbare infecties aangeduid; ondanks het hoog condoomgebruik blijft de angst voor seksueel overdraagbare infecties groot.

## **6. Gebruik van en nood aan medische en sociale hulpverlening**

In dit deel wordt eerst nagegaan of de respondenten al dan niet een vaste huisarts en/of gynaecoloog hebben en of deze op de hoogte is van het beroep van de respondent als sekswerker. Vervolgens wordt nagegaan of de respondenten zich jaarlijks laten testen op seksueel overdraagbare infecties en of ze jaarlijks een uitstrijkje laten nemen. Ook de vaccinaties tegen Hepatitis B worden nagegaan. Hierna wordt dieper ingegaan op de medische hulpverlening: waar kunnen de respondenten terecht met medische problemen, hebben ze het laatste jaar medische hulp nodig gehad en vinden ze het nodig dat mensen uit de sekswerksector regelmatig worden onderzocht. Ook de sociale hulpverlening wordt bekeken: waar zoeken de respondenten hulp bij sociale problemen en hadden ze het laatste jaar hiervoor hulp nodig. Dan wordt nagegaan of de respondenten uit de controlegroepen een hulpverlening zoals Ghapro en Pasop deze aanbiedt nuttig zouden vinden in hun regio. Afsluitend werd bij de respondenten uit de beide interventiegroepen het gebruik van de hulpverlening die wordt aangeboden door Ghapro en Pasop nagegaan. Hierbij wordt gepeild naar de kennis van de hulp die Ghapro en Pasop bieden, of er problemen zijn waarvoor men wel bij Ghapro of Pasop terecht kan maar niet bij een gewone dokter en of er problemen zijn waarvoor men niet bij Ghapro of Pasop terecht kan en wel bij een gewone dokter, hoe gebruik wordt gemaakt van de diensten die Ghapro en Pasop aanbieden, en of er nieuwe kennis, vaardigheden en handelingen zijn aangeleerd door het contact met Ghapro of Pasop.

Of de respondenten een vaste huisarts en gynaecoloog hebben en of deze op de hoogte zijn van het beroep, of de sekswerkers het laatste jaar een SOI-test en een uitstrijkje lieten uitvoeren, of ze ooit zijn gevaccineerd tegen hepatitis B, de nood aan medische en de nood aan sociale hulp het laatste jaar, en de handelingen die men heeft veranderd door contact met Ghapro of Pasop worden telkens bekeken volgens sector, herkomst, leeftijd en aantal jaren ervaring.

Wanneer wordt gekeken naar de uitstrijkjes en de vaccinaties tegen hepatitis B, wordt hier bij de respondenten uit de interventiegroepen dieper op ingegaan door de gegevens hierover te bekijken die terug te vinden zijn in hun medische dossiers die bijgehouden worden door Ghapro en Pasop. Ook de aard van de contacten van de respondenten met de organisaties wordt verder bekeken aan de hand van de informatie hierover in hun medische dossiers. De resultaten worden per organisatie apart besproken omdat, zoals reeds eerder vermeld, Ghapro en Pasop op een verschillende manier gegevens registreren.

## 6.1. Huisarts en gynaecoloog

### 6.1.1. Huisarts

Van alle respondenten heeft bijna 90% een vaste huisarts (tabel 4.92). In de controlegroep Limburg is het aantal respondenten met een vaste huisarts het hoogst en in de interventiegroep Ghapro is dit aantal het laagst. De verschillen tussen de groepen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=7,70$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,053$ ). Indien de respondent een vaste huisarts heeft, is ook nagegaan of deze op de hoogte is van het beroep. Bij de beide interventiegroepen is telkens iets meer dan de helft van de huisartsen op de hoogte van het beroep. Bij de controlegroep Limburg is slechts iets meer dan een derde op de hoogte en bij de controlegroep Vlaams-Brabant is dit twee vijfde. Ook hier zijn de verschillen tussen de groepen niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=5,24$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,155$ ).

Tabel 4.92. Vaste huisarts

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	Controlegroep Limburg	Controlegroep Vlaams-Brabant	TOTAAL
<b>Vaste huisarts (*<sub>1</sub>)</b>	(n=77)	(n=75)	(n=72)	(n=47)	(n=271)
Ja	79.2% (n=61)	88.0% (n=66)	94.4% (n=68)	85.1% (n=40)	86.7% (n=235)
<b>Indien huisarts: kent beroep (*<sub>2</sub>)</b>	(n=61)	(n=65)	(n=68)	(n=40)	(n=234)
Ja	52.5% (n=32)	50.8% (n=33)	35.3% (n=24)	40.0% (n=16)	44.9% (n=105)

(\*<sub>1</sub>) Van 2 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>2</sub>) Van 1 respondent ontbreken deze gegevens

Wanneer het al dan niet hebben van een vaste huisarts wordt bekeken volgens sector, leeftijd en aantal jaren ervaring merken we geen noemenswaardige verschillen op. Volgens herkomst (tabel 4.93) kunnen we wel vaststellen dat bijna alle Belgische vrouwen een vaste huisarts hebben tegenover de West-Europese waarbij dit minder is en de Oost-Europese vrouwen waarbij dit nog minder is. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn.

Tabel 4.93. Vaste huisarts volgens herkomst (\*)

	België (n=133)	Land in West- Europa (n=32)	Land in Oost- Europa (n=58)	Land in Afrika (n=13)	Land in Azië (n=17)	Land in Latijns- Amerika (n=11)
Vaste huisarts	96.2% (n=128)	81.3% (n=26)	67.2% (n=39)	76.9% (n=10)	82.4% (n=14)	100% (n=11)

(\*) Van 9 respondenten ontbreken deze gegevens

Of de vaste huisarts, wanneer de vrouw deze heeft, op de hoogte is van het beroep, wordt in de onderstaande tabellen bekeken volgens sector (tabel 4.94), volgens herkomst (tabel 4.95) en volgens aantal jaren ervaring (tabel 4.96). Volgens leeftijd leverde dit geen noemenswaardige verschillen op. We kunnen vaststellen dat bij de raamsekswerkers de huisarts het meest op de hoogte is van het beroep. In alle andere sectoren ligt dit aantal telkens lager. Volgens herkomst is bij de Belgische vrouwen ongeveer de helft van de huisartsen op de hoogte van het beroep. Bij de West- en Oost Europese vrouwen liggen deze aantallen

telkens ongeveer 10% lager. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren en herkomst statistisch significant zijn. Volgens aantal jaren ervaring merken we dat bij de meer ervaren vrouwen de huisarts vaker op de hoogte is van het beroep in vergelijking met de minst ervaren respondenten. Deze verschillen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=8,69$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,034$ ).

Tabel 4.94. Vaste huisarts op de hoogte van het beroep volgens hoofdsector

	Straat (n=1)	Raam (n=41)	Bar/club (n=41)	Bar/club + raam (n=1)	Privé (n=104)	Privé geen intiem (n=23)	Escort (n=23)
Vaste huisarts kent beroep	100% (n=1)	63.4% (n=26)	34.1% (n=14)	0% (n=0)	40.4% (n=42)	56.5% (n=13)	39.1% (n=9)

Tabel 4.95. Vaste huisarts op de hoogte van het beroep volgens herkomst (\*)

	België (n=127)	Land in West- Europa (n=25)	Land in Oost- Europa (n=39)	Land in Afrika (n=10)	Land in Azië (n=15)	Land in Latijns- Amerika (n=11)
Vaste huisarts kent beroep	52.8% (n=67)	40.0% (n=10)	38.5% (n=15)	10.0% (n=1)	7.0% (n=46.7)	9.1% (n=1)

(\*) Van 7 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.96. Vaste huisarts op de hoogte van het beroep volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker (\*)

	≤ 1 jaar (n=29)	2-5 jaar (n=78)	6-9 jaar (n=37)	≥ 10 jaar (n=66)
Vaste huisarts kent beroep	24.1% (n=7)	46.2% (n=36)	40.5% (n=15)	56.1% (n=37)

(\*) Van 25 respondenten ontbreken deze gegevens

### 6.1.2. Gynaecoloog

Bij de respondenten werd nagegaan of ze een gynaecoloog hebben (tabel 4.97). Bij de respondenten uit de interventiegroepen werd hierbij duidelijk gemaakt dat het *niet* ging over iemand die bij Ghapro of Pasop werkt. Van alle respondenten heeft bijna 70% een gynaecoloog. In de interventiegroep Ghapro hebben de minste vrouwen een gynaecoloog, en in de controlegroep Limburg hebben de meeste vrouwen een gynaecoloog. De verschillen tussen de groepen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=8,31$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,040$ ). Indien de vrouwen een gynaecoloog hebben, is ook nagegaan of deze op de hoogte is van het beroep. Bij de beide interventiegroepen is telkens ongeveer de helft van de gynaecologen op de hoogte. Bij de beide controlegroepen is telkens ongeveer een derde op de hoogte van het beroep. Deze verschillen tussen de groepen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=6,66$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,084$ ).

Tabel 4.97. Gynaecoloog

	Interventiegroep Ghapro (n=71)	Interventiegroep Pasop (n=72)	Controlegroep Limburg (n=71)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=44)	TOTAAL (n=258)
<b>Gynaecoloog (*)</b>					
Ja	56.3% (n=40)	65.3% (n=47)	78.9% (n=56)	68.2% (n=30)	67.1% (n=173)
<b>Indien gynaecoloog: kent beroep</b>	(n=40)	(n=47)	(n=56)	(n=30)	(n=173)
Ja	52.5% (n=21)	51.1% (n=24)	33.9% (n=19)	30.0% (n=9)	42.2% (n=73)

(\*) Van 4 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 11 respondenten is deze vraag niet van toepassing (man)

Wanneer het al dan niet hebben van een gynaecoloog wordt bekeken volgens sector, leeftijd en aantal jaren ervaring merken we geen noemenswaardige verschillen. Volgens herkomst (tabel 4.98) kunnen we wel vaststellen dat ongeveer drie vierde van alle Belgische vrouwen een gynaecoloog heeft. Bij de West- en Oost-Europese vrouwen heeft telkens ongeveer 60% een gynaecoloog. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn.

Tabel 4.98. Gynaecoloog volgens herkomst (\*)

	België (n=124)	Land in West- Europa (n=31)	Land in Oost- Europa (n=58)	Land in Afrika (n=13)	Land in Azië (n=16)	Land in Latijns- Amerika (n=9)
Gynaecoloog	75.8% (n=94)	58.1% (n=18)	62.1% (n=36)	46.2% (n=6)	50.0% (n=8)	77.8% (n=7)

(\*) Van 11 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 11 respondenten is deze vraag niet van toepassing (man)

Wanneer de vrouw een gynaecoloog heeft, is ook volgens sector (tabel 4.99), herkomst (4.100) en aantal jaren ervaring (4.101) gekeken of de gynaecoloog op de hoogte is van het beroep. Volgens leeftijd leverde dit geen noemenswaardige verschillen op.

We kunnen vaststellen dat bij de raamsekswerkers meer dan de helft van de gynaecologen op de hoogte is van het beroep. Bij de privésekswerkers en escortes ligt dit aantal telkens rond 40%. Bij de bar/club-sekswerkers is dit aantal het laagst: nog geen derde van de gynaecologen van de respondenten is op de hoogte van het beroep. Volgens herkomst is bij de Belgische vrouwen iets minder dan de helft van de gynaecologen op de hoogte van het beroep. Bij de West-Europese vrouwen is dit ongeveer 40% en bij de Oost-Europese vrouwen kent een derde van de gynaecologen het beroep. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren en herkomst statistisch significant zijn. Volgens aantal jaren ervaring merken we dat bij de vrouwen die net gestart zijn zeer weinig gynaecologen op de hoogte zijn (ongeveer een vijfde), maar dat dit stijgt naarmate de vrouw meer ervaring heeft. Deze verschillen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=7,14$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,068$ ).

Tabel 4.99. Gynaecoloog op de hoogte van het beroep volgens hoofdsector

	Straat (n=0)	Raam (n=29)	Bar/club (n=32)	Bar/club + raam (n=1)	Privé (n=80)	Privé geen intiem (n=18)	Escort (n=13)
Gynaecoloog kent beroep	-	55.2% (n=16)	28.1% (n=9)	100% (n=1)	41.3% (n=33)	50.0% (n=9)	38.5% (n=5)

Tabel 4.100. Gynaecoloog op de hoogte van het beroep volgens herkomst (\*)

	België (n=94)	Land in West- Europa (n=17)	Land in Oost- Europa (n=36)	Land in Afrika (n=6)	Land in Azië (n=9)	Land in Latijns- Amerika (n=7)
Gynaecoloog kent beroep	46.8% (n=44)	41.2% (n=7)	33.3% (n=12)	0% (n=0)	44.4% (n=4)	28.6% (n=2)

(\*) Van 4 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.101. Gynaecoloog op de hoogte van het beroep volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker (\*)

	≤ 1 jaar (n=24)	2-5 jaar (n=57)	6-9 jaar (n=32)	≥ 10 jaar (n=42)
Gynaecoloog kent beroep	20.8% (n=5)	40.4% (n=23)	56.3% (n=18)	40.5% (n=17)

(\*) Van 18 respondenten ontbreken deze gegevens



### 6.1.3. Huisarts en/of gynaecoloog op de hoogte van het sekswerkberoep

Uit de vorige gegevens werd vervolgens afgeleid of de sekswerkers een vaste huisarts en/of een gynaecoloog hebben die op de hoogte is van het beroep<sup>24</sup> (tabel 4.102). Bij de interventiegroep ging het, met betrekking tot het hebben van een gynaecoloog, om een gynaecoloog die niet bij Ghapro of Pasop werkt. Bij de interventiegroep Ghapro heeft ongeveer de helft van de respondenten contact met een huisarts en/of gynaecoloog die op de hoogte is van het beroep. Bij de interventiegroep Pasop is dit bijna 55%. De aantallen bij de beide controlegroepen liggen lager en schommelen telkens rond 40%. De verschillen tussen de groepen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=3,92$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,270$ ).

Tabel 4.102. Respondent heeft vaste huisarts en/of gynaecoloog die op de hoogte is van het beroep (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=73)	Interventiegroep Pasop (n=73)	Controlegroep Limburg (n=71)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=45)	TOTAAL (n=263)
Huisarts/gynaecoloog die beroep SW kent	49.4% (n=38)	54.1% (n=40)	42.3% (n=30)	39.1% (n=18)	47.0% (n=126)

(\*) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens

Of de respondenten contact hebben met een vaste huisarts of gynaecoloog die op de hoogte is van het beroep, werd ook nagegaan volgens sector (tabel 4.103), herkomst (tabel 4.104), leeftijd (tabel 4.105) en aantal jaren ervaring (tabel 4.106). Van de raamsekswerkers en de escortes heeft telkens ongeveer 55% contact met een huisarts of gynaecoloog die op de hoogte is van het beroep. Bij de privésekswerkers is dit iets minder dan de helft en bij de bar/club sekswerkers is dit iets meer dan een derde. Volgens herkomst heeft 60% van de Belgische vrouwen een huisarts of gynaecoloog die het beroep kent. Bij de West-Europese vrouwen is dit iets meer dan 45% en bij de Oost-Europese vrouwen is dit nog geen 30%. De aantallen zijn telkens te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren en herkomst statistisch significant zijn. Volgens leeftijd en vooral volgens aantal jaren ervaring merken we grote verschillen: naarmate de vrouw ouder is en ze meer ervaring heeft, is de kans groter dat ze een huisarts en/of gynaecoloog heeft die op de hoogte is van het beroep. Volgens leeftijd zijn de verschillen niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=2,65$ ;  $\text{df}=2$ ;  $p=0,266$ ), volgens aantal jaren ervaring wel ( $\text{Chi}^2=12,53$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,006$ ).

Tabel 4.103. Respondent heeft vaste huisarts en/of gynaecoloog die op de hoogte is van het beroep volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=3)	Raam (n=54)	Bar/club (n=46)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=114)	Privé geen intiem (n=23)	Escort (n=20)
Huisarts/gynae kent beroep SW	33.3% (n=1)	55.6% (n=30)	34.8% (n=16)	50.0% (n=1)	46.5% (n=53)	60.9% (n=14)	55.0% (n=11)

(\*) Van 11 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.104. Respondent heeft vaste huisarts en/of gynaecoloog die op de hoogte is van het beroep volgens herkomst (\*)

	België (n=127)	Land in West- Europa (n=32)	Land in Oost- Europa (n=58)	Land in Afrika (n=13)	Land in Azië (n=16)	Land in Latijns- Amerika (n=9)
Huisarts/gynae die beroep SW kent	61.4% (n=78)	46.9% (n=15)	29.3% (n=17)	7.7% (n=1)	50.0% (n=8)	22.2% (n=2)

(\*) Van 18 respondenten ontbreken deze gegevens

<sup>24</sup> Bij de mannen uit de steekproef werd hierbij dus enkel gekeken of de respondent een vaste huisarts heeft en of deze op de hoogte is van het beroep.

Tabel 4.105. Respondent heeft vaste huisarts en/of gynaecoloog die op de hoogte is van het beroep volgens leeftijd (\*)

	≤ 29 jaar (n=93)	30-39 jaar (n=97)	≥ 40 jaar (n=63)
Huisarts/gynae	44.1% (n=41)	47.4% (n=46)	57.1% (n=36)

(\*) Van 20 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.106. Respondent heeft vaste huisarts en/of gynaecoloog die op de hoogte is van het beroep volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker (\*)

	≤ 1 jaar (n=33)	2-5 jaar (n=89)	6-9 jaar (n=50)	≥ 10 jaar (n=65)
Huisarts/gynae die beroep SW kent	24.2% (n=8)	44.9% (n=40)	48.0% (n=24)	61.5% (n=40)

(\*) Van 36 respondenten ontbreken deze gegevens

## 6.2. SOI-testen, uitstrijkjes en vaccinaties tegen Hepatitis B

### 6.2.1. SOI-testen

Vervolgens werd nagegaan of de respondenten de laatste twaalf maanden zijn getest op seksueel overdraagbare infecties en zo ja, waar ze dit dan lieten doen. In het intermezzo wordt de noodzaak van SOI-testen kort uiteengezet. Uit tabel 4.107 kan worden afgeleid dat in de interventiegroepen veel meer respondenten zich de laatste twaalf maanden lieten testen op SOI's in vergelijking met de beide controlegroepen. De verschillen tussen de groepen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=29,37$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p<0,001$ ). Wanneer wordt gekeken naar waar de SOI-testen werden uitgevoerd, merken we dat bij de beide interventiegroepen de meesten dit bij Ghapro of Pasop lieten doen. Ook gaf telkens een deel van de respondenten uit de interventiegroep aan dat ze zich zowel lieten testen bij Ghapro of Pasop als bij een huisarts of gynaecoloog. Bij de controlegroepen werden naast de huisarts en gynaecoloog ook nog enkele andere zaken genoteerd: deze respondenten lieten zich testen in het ziekenhuis of op de spoed, bij een vorige werkgever of bij de GGD in Nederland<sup>25</sup>. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

<sup>25</sup> De GGD (Gemeentelijke Geneeskundige Dienst) is een dienst waarover elke gemeente in Nederland dient te beschikken om een aantal taken op het gebied van de volksgezondheid uit te voeren.

Tabel 4.107. Laatste twaalf maanden getest op SOI's

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=70)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=46)	TOTAAL (n=267)
<b>Laatste jaar getest op SOI's? (*<sub>1</sub>)</b>					
Ja	96.1% (n=73)	93.3% (n=70)	72.9% (n=51)	67.4% (n=31)	84.3% (n=225)
<b>Indien getest, waar? (*<sub>2</sub>)</b>	(n=73)	(n=70)	(n=49)	(n=30)	
Gynaecoloog	2.7% (n=2)	5.7% (n=4)	40.8% (n=20)	43.3% (n=13)	17.6% (n=39/222)
Huisarts	2.7% (n=2)	7.1% (n=5)	49.0% (n=24)	30.0% (n=9)	18.0% (n=40/222)
Ghapro/Pasop	65.8% (n=48)	54.3% (n=38)	-	-	60.1% (n=86/143)
Ghapro/Pasop + huisarts/gynae	28.8% (n=21)	32.9% (n=23)	-	-	30.8% (n=44/143)
Andere	0% (n=0)	0% (n=0)	10.2% (n=5)	26.7% (n=8)	5.8% (n=13/222)

(\*<sub>1</sub>) Van 6 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>2</sub>) Van 3 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer het al dan niet getest zijn op SOI's het laatste jaar wordt bekeken volgens leeftijd en aantal jaren ervaring levert dit geen noemenswaardige verschillen op. Volgens sector (tabel 4.108) merken we dat vooral bar/club-sekswerkers en de privésekswerkers die geen intieme diensten verlenen zich het minst lieten testen. Volgens herkomst (tabel 4.109) vinden we de meest geteste respondenten terug in de groep Belgische vrouwen. Van de Oost-Europese respondenten liet ongeveer 10% minder zich testen in vergelijking met de Belgische vrouwen en bij de West-Europese vrouwen liet ongeveer 20% minder zich testen in vergelijking met de Belgische vrouwen. De aantallen zijn telkens te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren en herkomst statistisch significant zijn.

Tabel 4.108. Respondent is de laatste twaalf maanden getest op SOI's volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=3)	Raam (n=55)	Bar/club (n=45)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=113)	Privé geen intiem (n=25)	Escort (n=24)
Laatste 12 maanden getest	100% (n=3)	90.9% (n=50)	73.3% (n=33)	100% (n=2)	86.7% (n=98)	72.0% (n=18)	87.5% (n=21)

(\*) Van 6 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.109. Respondent is de laatste twaalf maanden getest op SOI's volgens herkomst (\*)

	België (n=132)	Land in West- Europa (n=31)	Land in Oost- Europa (n=57)	Land in Afrika (n=13)	Land in Azië (n=17)	Land in Latijns- Amerika (n=10)
Laatste 12 maanden getest	90.9% (n=120)	71.0% (n=22)	80.7% (n=46)	76.9% (n=10)	70.6% (n=12)	80.0% (n=8)

(\*) Van 13 respondenten ontbreken deze gegevens

### *Intermezzo*

#### *De noodzaak van een regelmatig SOI-onderzoek<sup>26</sup>*

##### ***Waarom is een regelmatig SOI-onderzoek nodig?***

*Ook al wordt er door de sekswerkers steeds veilig gewerkt, toch is het noodzakelijk regelmatig een SOI-onderzoek te laten doen. Condoomgebruik biedt immers geen volledige bescherming tegen alle SOI's: bijvoorbeeld herpes, syfilis en genitale wratten kunnen toch worden overgedragen ondanks het gebruik van een condoom. Ook na een klapcondoom of een contact waarvan de sekswerker denkt dat het misschien onveilig was, wordt best een SOI-onderzoek uitgevoerd.*

##### ***Hoe vaak laat men zich best onderzoeken?***

*Wanneer de sekswerkers altijd veilig werken wordt door Ghapro en Pasop aangeraden dat ze zich minstens één keer per jaar laten testen. Als de sekswerker onveilige seks heeft gehad doordat het condoom is gescheurd of afgegleden, of wanneer eraan wordt getwijfeld of de seks wel veilig is geweest, wordt aangeraden om twee weken na het contact een SOI-onderzoek te laten doen. Een HIV- en syfilistest kan pas worden uitgevoerd drie maanden na het onveilig contact.*

## **6.2.2. Uitstrijkjes**

### *6.2.2.1. Gegevens door de respondenten gerapporteerd*

Bij de vrouwen werd nagegaan of ze de laatste twaalf maanden een uitstrijkje lieten nemen en waar ze dit dan lieten doen. Tabel 4.110 toont dat de vrouwen uit de interventiegroepen veel meer dan de vrouwen uit de controlegroepen jaarlijks een uitstrijkje lieten nemen. De verschillen tussen de groepen zijn statistisch significant ( $\chi^2=23,445$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$ ). Wanneer wordt gekeken naar waar de uitstrijkjes werden uitgevoerd, merken we dat bij de beide interventiegroepen de meesten dit bij Ghapro of Pasop lieten doen. Ook gaf telkens een deel van de respondenten uit de interventiegroepen aan dat ze zich zowel lieten testen bij Ghapro of Pasop als bij een huisarts of gynaecoloog. Bij de controlegroepen werden naast de huisarts en gynaecoloog ook nog enkele andere zaken genoteerd: deze respondenten lieten zich testen in het ziekenhuis of bij de GGD in Nederland. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

<sup>26</sup> Informatie uit het 'safesex' boekje, uitgegeven door Ghapro in samenwerking met Pasop en Espace P.

Tabel 4.110. Laatste twaalf maanden uitstrijkje

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	Controlegroep Limburg	Controlegroep Vlaams-Brabant	TOTAAL
<b>Laatste jaar uitstrijkje? (*)</b>	(n=70)	(n=72)	(n=70)	(n=43)	(n=255)
Ja	92.9% (n=65)	88.9% (n=64)	70.0% (n=49)	62.8% (n=27)	80.4% (n=205)
<b>Indien uitstrijkje, waar?</b>	(n=65)	(n=64)	(n=49)	(n=27)	
Gynaecoloog	9.2% (n=6)	14.1% (n=9)	63.3% (n=31)	51.9% (n=14)	29.3% (n=205)
Huisarts	1.5% (n=1)	6.3% (n=4)	28.6% (n=14)	29.6% (n=8)	13.2% (n=27/205)
Ghapro/Pasop	73.9% (n=48)	50.0% (n=32)	-	-	62.0% (n=80/129)
Ghapro/Pasop + huisarts/gynae	15.4% (n=10)	29.7% (n=19)	-	-	22.5% (n=29/129)
Andere	0% (n=0)	0% (n=0)	8.2% (n=4)	18.5% (n=5)	4.4% (n=9/205)

(\*) Van 7 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 11 respondenten was deze vraag niet van toepassing (man)

In onderstaande tabellen wordt het al dan niet laten nemen van een uitstrijkje het laatste jaar bekeken volgens sector (tabel 4.111), herkomst (tabel 4.112), leeftijd (tabel 4.113) en aantal jaren ervaring (tabel 4.114). Volgens sector merken we, net zoals bij de SOI-testen, dat vooral bar/club-sekswerkers en de privésekswerkers die geen intieme diensten verlenen het minst een uitstrijkje lieten nemen. Ook bij de uitstrijkjes volgens herkomst vinden we dezelfde verdeling terug als bij de SOI-testen: de meest geteste respondenten vinden we terug in de groep Belgische vrouwen en het minst lieten de West-Europese vrouwen een uitstrijkje nemen. De aantallen zijn telkens te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren en herkomst statistisch significant zijn. Volgens leeftijd zien we dat vooral de vrouwen jonger dan 40 jaar een uitstrijkje laten nemen. De verschillen tussen de leeftijden zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=7,49$ ;  $\text{df}=2$ ;  $p=0,024$ ). Volgens aantal jaren ervaring merken we dat de minst ervaren vrouwen het minst een uitstrijkje laten nemen. Wanneer de vrouwen al tien jaar of meer werken, wat dus ook meestal de meer oudere vrouwen zijn, merken we terug een daling in het aantal uitstrijkjes. Ook deze verschillen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2= 17,52$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p<0,001$ ).

Tabel 4.111. Respondent heeft de laatste twaalf maanden een uitstrijkje laten nemen volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=2)	Raam (n=52)	Bar/club (n=44)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=114)	Privé geen intiem (n=24)	Escort (n=17)
Laatste 12 maanden uitstrijkje	100% (n=2)	84.6% (n=44)	70.5% (n=31)	100% (n=2)	81.6% (n=93)	70.8% (n=17)	94.1% (n=16)

(\*) Van 7 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 11 respondenten was deze vraag niet van toepassing (man)

Tabel 4.112. Respondent heeft de laatste twaalf maanden een uitstrijkje laten nemen volgens herkomst (\*)

	België (n=125)	Land in West- Europa (n=30)	Land in Oost- Europa (n=54)	Land in Afrika (n=14)	Land in Azië (n=17)	Land in Latijns- Amerika (n=9)
Laatste 12 maanden uitstrijkje	89.6% (n=112)	60.0% (n=18)	81.5% (n=44)	78.6% (n=11)	47.1% (n=8)	77.8% (n=7)

(\*) Van 13 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 11 respondenten was deze vraag niet van toepassing (man)

Tabel 4.113. Respondent heeft de laatste twaalf maanden een uitstrijkje laten nemen volgens leeftijd (\*)

	≤ 29 jaar (n=91)	30-39 jaar (n=96)	≥ 40 jaar (n=59)
Laatste 12 maanden uitstrijkje	86.8% (n=79)	83.3% (n=80)	69.5% (n=41)

(\*) Van 16 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 11 respondenten was deze vraag niet van toepassing (man)

Tabel 4.114. Respondent heeft de laatste twaalf maanden een uitstrijkje laten nemen volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker (\*)

	≤ 1 jaar (n=34)	2-5 jaar (n=86)	6-9 jaar (n=49)	≥ 10 jaar (n=62)
Laatste 12 maanden uitstrijkje	55.9% (n=19)	87.2% (n=75)	87.8% (n=43)	80.6% (n=50)

(\*) Van 31 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 11 respondenten was deze vraag niet van toepassing (man)

#### 6.2.2.2. Gegevens uit de medische dossiers van de respondenten uit de interventiegroepen

In dit deel bespreken we de uitslagen van de uitstrijkjes van de 77 bevraagde respondenten uit de interventiegroep Ghapro en de 75 bevraagde respondenten uit de interventiegroep Pasop. Wanneer we spreken van cytologie, bedoelen we een celonderzoek dat wordt gedaan aan de hand van een uitstrijkje. Mogelijke uitslagen zijn NILM (negatief voor intra-epitheliale laesie of maligniteit), LSIL (low grade squamous intraepithelial lesion), ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance) en HSIL (high grade squamous intraepithelial lesion). NILM is met andere woorden een ‘normaal’ resultaat, wat betekent dat er geen afwijkende cellen die kunnen leiden tot baarmoederhalskanker te vinden zijn. Van LSIL tot HSIL zijn er wel afwijkende cellen te vinden in stijgende graad.

#### **Ghapro**

Uit tabel 4.115 kunnen we afleiden dat bij de respondenten uit de interventiegroep Ghapro bij een derde van het totaal afgenomen aantal uitstrijkjes licht tot sterk afwijkende cellen werden gevonden. Ghapro speelt op deze manier een belangrijke preventieve rol bij het tijdig vaststellen van afwijkende cellen die kunnen leiden tot baarmoederhalskanker.

Tabel 4.115. Uitslagen uitstrijkjes (interventiegroep Ghapro)

	NILM	LSIL	ASCUS	HSIL	Totaal aantal uitstrijkjes
Cytologie	66.5% (n=109)	13.4% (n=22)	16.5% (n=27)	3.7% (n=6)	n=164

Tabel 4.116 geeft vervolgens de resultaten weer van de HPV-testen. Bij een HPV-test wordt de aanwezigheid van het humaan papilloma virus gemeten aan de hand van een celonderzoek. Het virus kan leiden tot de afwijkende cellen die in de vorige tabel besproken werden.

Tabel 4.116. Uitslagen HPV-test (interventiegroep Ghapro)

	Negatief	Positief	Niet bepaald	Totaal aantal HPV-testen
Cytologie	51.0% (n=73)	48.3% (n=69)	0.7% (n=1)	n=143

#### **Pasop**

Bij de gegevens over de 75 respondenten uit de interventiegroep Pasop die terug te vinden zijn in hun medische dossiers moet eerst worden opgemerkt dat Pasop in 2001 is overgeschakeld van een papieren dossier naar een elektronisch bestand. Bij deze overschakeling werden niet alle vroegere uitgevoerde testen ingebracht wegens te arbeidsintensief en omdat de vroegere testen niet meer relevant waren voor de praktische

opvolging. Sommige van de respondenten staan echter al van voor 2001 in contact met Pasop; de testen die tijdens deze contacten werden uitgevoerd zijn niet mee opgenomen kunnen worden in de volgende tabel.

Uit tabel 4.117 kan worden geconcludeerd dat ook Pasop een belangrijke preventieve rol speelt in het tijdig opsporen van afwijkende cellen die kunnen leiden tot baarmoederhalskanker. Ook hier zijn bij ongeveer een derde van alle uitstrijkjes afwijkende cellen gevonden. Opgemerkt moet worden dat in 2001 en 2002 geen uitstrijkjes werden genomen.

Tabel 4.117. Uitslagen uitstrijkjes (interventiegroep Pasop)

	NILM	LSIL	ASCUS	HSIL	Totaal aantal uitstrijkjes
Cytologie	65.7% (n=92)	20.0% (n=28)	8.6% (n=12)	5.7% (n=8)	n=140

### 6.2.3. Vaccinaties tegen *Hepatitis B*

#### 6.2.3.1. Gegevens door de respondenten gerapporteerd

Ook werd bevraagd of de respondenten ooit zijn gevaccineerd tegen hepatitis B en waar ze dit lieten doen. Uit tabel 4.118 kan worden afgeleid dat de meesten uit de beide interventiegroepen reeds zijn gevaccineerd tegen hepatitis B en dat het grootste deel hiervan dit liet doen bij Ghapro of Pasop. Bij de controlegroep Limburg is *slechts* 60% van de respondenten gevaccineerd en bij de controlegroep Vlaams-Brabant is dit nog minder: hier is iets meer dan 40% ooit gevaccineerd tegen hepatitis B. Van alle respondenten weet ongeveer een tiende niet of ze ooit zijn gevaccineerd geweest. Wanneer de respondenten aangaven gevaccineerd te zijn ergens anders dan bij de huisarts, op school of bij Ghapro of Pasop, wordt vooral de vorige werkgever aangehaald. Enkelen noteerden gevaccineerd te zijn in het ziekenhuis of door de GGD in Nederland. De aantallen zijn telkens te klein om na te gaan of de verschillen in het ooit gevaccineerd zijn en de plaats waar men werd gevaccineerd tussen de groepen statistisch significant zijn. In het intermezzo wordt kort het nut van de vaccinatie aangehaald.

Tabel 4.118. Vaccinatie tegen hepatitis B

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=70)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=46)	TOTAAL (n=268)
<b>Ooit gevaccineerd? (*<sub>1</sub>)</b>					
Ja	93.5% (n=72)	92.0% (n=69)	60.0% (n=42)	41.3% (n=19)	75.4% (n=202)
Nee <sup>27</sup>	5.2% (n=4)	6.7% (n=5)	21.4% (n=15)	28.3% (n=13)	13.8% (n=37)
Ik weet het niet	1.3% (n=1)	1.3% (n=1)	18.6% (n=13)	30.4% (n=14)	10.8% (n=29)
<b>Indien gevaccineerd, waar? (*<sub>2</sub>)</b>	(n=71)	(n=69)	(n=42)	(n=19)	
Huisarts	9.9% (n=7)	15.9% (n=11)	59.5% (n=25)	47.4% (n=9)	25.9% (n=52/201)
School	1.4% (n=1)	5.8% (n=4)	14.3% (n=6)	21.0% (n=4)	7.5% (n=15/201)
Ghapro/Pasop	78.9% (n=56)	69.6% (n=48)	-	-	74.3% (n=104/140)
Ghapro/Pasop + huisarts/school	5.6% (n=4)	0% (n=0)	-	-	2.8% (n=4/140)
Andere	4.2% (n=3)	8.7% (n=6)	26.2% (n=11)	31.6% (n=6)	12.9% (n=26/201)

(\*<sub>1</sub>) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>2</sub>) Van 1 respondent ontbreken deze gegevens

In onderstaande tabellen wordt het al dan niet gevaccineerd zijn tegen hepatitis B bekeken volgens sector (tabel 4.119), herkomst (tabel 4.120), leeftijd (tabel 4.121) en aantal jaren ervaring (tabel 4.122). Volgens sector kan ook hier opgemerkt worden, net zoals bij de SOI-testen en uitstrijkjes, dat vooral bar/club-sekswerkers en de privésekswerkers die geen intieme diensten verlenen het minst gevaccineerd zijn. Volgens herkomst zijn de Belgische respondenten het meest gevaccineerd. De aantallen zijn telkens te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren en herkomst statistisch significant zijn. Volgens leeftijd zijn niet echt grote verschillen op te merken: de oudere respondenten zijn iets meer dan de jongere gevaccineerd. Deze verschillen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=0,76$ ;  $\text{df}=2$ ;  $p=0,684$ ). Volgens aantal jaren ervaring merken we dat de minst ervaren vrouwen het minst zijn gevaccineerd en dat het aantal gevaccineerden stijgt naarmate men langer in het vak zit. Deze verschillen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=39,49$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p<0,001$ ).

Tabel 4.119. Ooit gevaccineerd tegen hepatitis B volgens hoofdsector (\*<sub>1</sub>)

	Straat (n=3)	Raam (n=56)	Bar/club (n=45)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=113)	Privé geen intiem (n=25)	Escort (n=24)
Ooit gevaccineerd	100% (n=3)	89.3% (n=50)	57.8% (n=26)	0% (n=0)	77.9% (n=88)	52.0% (n=13)	91.7% (n=22)

(\*<sub>1</sub>) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.120. Ooit gevaccineerd tegen hepatitis B volgens herkomst (\*<sub>1</sub>)

	België (n=132)	Land in West- Europa (n=31)	Land in Oost- Europa (n=57)	Land in Afrika (n=14)	Land in Azië (n=17)	Land in Latijns- Amerika (n=10)
Ooit gevaccineerd	84.8% (n=112)	71.0% (n=22)	66.7% (n=38)	50.0% (n=7)	47.1% (n=8)	90.0% (n=9)

(\*<sub>1</sub>) Van 12 respondenten ontbreken deze gegevens

<sup>27</sup> Het kan mogelijk zijn dat de respondenten niet zijn gevaccineerd omdat ze de infectie reeds hebben doorgemaakt (en eventueel drager zijn). Dit is niet nagegaan in de vragenlijst.



Tabel 4.121. Ooit gevaccineerd tegen hepatitis B volgens leeftijd (\*)

	≤ 29 jaar (n=92)	30-39 jaar (n=101)	≥ 40 jaar (n=66)
Ooit gevaccineerd	72.8% (n=67)	74.3% (n=75)	78.8% (n=52)

(\*) Van 14 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.122. Ooit gevaccineerd tegen hepatitis B volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker (\*)

	≤ 1 jaar (n=34)	2-5 jaar (n=91)	6-9 jaar (n=52)	≥ 10 jaar (n=67)
Ooit gevaccineerd	32.4% (n=11)	80.2% (n=73)	78.8% (n=41)	86.6% (n=58)

(\*) Van 29 respondenten ontbreken deze gegevens

### *Intermezzo*

#### *Het belang van vaccinatie tegen hepatitis B<sup>28</sup>*

*Vaccinatie tegen hepatitis B is belangrijk aangezien vaccinatie de enige manier is om hier volledig tegen beschermd te zijn. Na drie inentingen is men beschermd en het vaccin is goed en veilig. Bij Ghapro en Pasop kan men zich gratis laten vaccineren.*

#### *6.2.3.2. Gegevens uit de medische dossiers van de respondenten uit de interventiegroepen*

Ook voor de vaccinaties tegen hepatitis B is voor de respondenten uit de interventiegroepen informatie terug te vinden in de medische dossiers die worden bijgehouden door Ghapro en Pasop.

#### ***Ghapro***

In totaal kwamen 54 van de 77 respondenten uit de interventiegroep Ghapro in aanmerking voor een vaccinatie tegen hepatitis B. Uit tabel 4.123 kunnen we vaststellen dat de meesten die dit nodig hadden ook effectief de drie nodige vaccins kregen; 13% kreeg niet de drie vaccins die nodig zijn. Ook is de drop out laag: slechts één respondent die het vaccinatieschema startte maakte dit niet volledig af.

Tabel 4.123. Vaccinaties tegen hepatitis B (interventiegroep Ghapro)

Vaccin 1 gekregen	Vaccin 2 gekregen	Vaccin 3 gekregen
88.8% (n=48/54)	87.0% (n=47/54)	87.0% (n=47/54)

#### ***Pasop***

Ook bij de informatie over de vaccinaties tegen hepatitis B in de medische dossiers van Pasop moet de overschakeling van een papieren dossier naar een elektronisch bestand worden vermeld. Bij deze overschakeling werden van de sekswerkers die al van voor 2001 in contact staan met de organisatie wel de reeds uitgevoerde vaccinatieschema's ingebracht, maar niet de vroegere uitgevoerde testen. Niet van alle 75 bevroegde respondenten uit de interventiegroep Pasop is dus geweten hoeveel er initieel in aanmerking kwamen voor een vaccinatie tegen

<sup>28</sup> Informatie uit het 'safesex' boekje, uitgegeven door Ghapro in samenwerking met Pasop en Espace P.

hepatitis B. Een percentage berekenen dat weergeeft hoeveel sekswerkers die dit effectief nodig hadden de vaccins kregen toegediend, is bijgevolg niet mogelijk. Ook vaccineerde Pasop reeds tegen hepatitis B in de tijd dat men nog gebruik maakte van vier vaccins in plaats van de drie vaccins die nu worden toegediend. Daarom is dit ook terug te vinden in tabel 4.124. Wel kunnen we aan de hand van de drie eerste vaccins afleiden dat ook bij Pasop de drop out laag is.

Tabel 4.124. Vaccinaties tegen hepatitis B (interventiegroep Pasop)

Vaccin 1 gekregen	Vaccin 2 gekregen	Vaccin 3 gekregen	Vaccin 4 gekregen
n=43	n=42	n=41	n=7

### 6.3. Medische hulpverlening

#### 6.3.1. Waar kan men terecht voor medische hulp

Bij de respondenten werd nagegaan waar ze terecht kunnen wanneer ze nood hebben aan medische hulp (tabel 4.125). Meerdere antwoorden konden hierbij worden aangeduid: bij collega's, een baas of bazin, bij familie of vrienden, de huisarts, het ziekenhuis, een apotheek, een CAW (Centrum Algemeen Welzijnswerk), bij straathoekwerk of nergens. De interventiegroep kon ook Ghapro of Pasop aanduiden. Ook kon een andere mogelijkheid worden genoteerd.

We merken dat in alle groepen een groot deel van de respondenten naar de huisarts stapt bij nood aan medische hulp. Bij de beide interventiegroepen liggen deze aantallen telkens iets lager. De respondenten uit de interventiegroepen geven dan ook aan vooral bij Ghapro of Pasop terecht te kunnen voor medische hulp. Bijna de helft van alle respondenten geeft aan naar het ziekenhuis of de spoedafdeling te gaan en ongeveer een derde stapt naar een apotheek. Collega's, een baas of bazin en familie of vrienden wordt telkens door ongeveer een vierde aangeduid. Tussen de vier groepen merken we dat de respondenten uit de controlegroep Vlaams-Brabant minder bij collega's en bij familie of vrienden terecht kunnen. Enkel kunnen terecht bij een CAW of maken gebruik van straathoekwerk. Slechts één respondent geeft aan nergens terecht te kunnen bij nood aan medische hulp. Deze vrouw is een raamsekswerker uit de interventiegroep Pasop. Wanneer iets anders werd genoteerd, gaven de respondenten aan dat ze bij medische hulp informatie opzochten op het internet of dat ze terecht kunnen bij hun gynaecoloog, partner, het ITG (Instituut voor Tropische Geneeskunde) of de GGD in Nederland.

Tabel 4.125. Waar kunnen de sekswerkers terecht voor medische hulp? (†) (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=70)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=46)	TOTAAL
Collega's	24.7% (n=19)	29.3% (n=22)	28.6% (n=20)	17.4% (n=8)	25.7% (n=69/268)
Baas/bazin	14.3% (n=11)	26.7% (n=20)	35.7% (n=25)	21.7% (n=10)	24.6% (n=66/268)
Familie of vrienden	24.7% (n=19)	22.7% (n=17)	27.1% (n=19)	13.0% (n=6)	22.8% (n=61/268)
Huisarts	63.6% (n=49)	73.3% (n=55)	77.1% (n=54)	80.4% (n=37)	72.8% (n=195/268)
Ziekenhuis/spoed	49.4% (n=38)	49.3% (n=37)	50.0% (n=35)	39.1% (n=18)	47.8% (n=128/268)
Apotheek	23.4% (n=18)	32.0% (n=24)	41.4% (n=29)	32.6% (n=15)	32.1% (n=86/268)
Ghapro/Pasop	84.4% (n=65)	80.0% (n=60)	-	-	82.2% (n=125/152)
CAW	3.9% (n=3)	2.7% (n=2)	1.4% (n=1)	2.2% (n=1)	2.6% (n=7/268)
Straathoekwerk	3.9% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.1% (n=3/268)
Nergens	0% (n=0)	1.3% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.4% (n=1/268)
Andere	3.9% (n=3)	6.7% (n=5)	2.9% (n=2)	0% (n=0)	3.7% (n=10)

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

(\*) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens

### 6.3.2. Nood aan medische hulp het laatste jaar

Vervolgens werd nagegaan of de respondenten het laatste jaar nood hadden aan medische hulp. Wanneer dit inderdaad zo was, werd via een open vraag gevraagd voor welke medische problemen ze hulp nodig hadden en of ze hulp hebben gevonden. Uit tabel 4.126 kunnen we afleiden dat bijna 45% van alle respondenten nood hebben gehad aan medische hulp de laatste twaalf maanden. De verschillen tussen de groepen zijn niet statistisch significant ( $\chi^2=6,93$ ;  $df=3$ ;  $p=0,074$ ). Wanneer de nood aan medische hulp het laatste jaar wordt bekeken volgens sector, herkomst, leeftijd en aantal jaren ervaring merken we geen noemenswaardige verschillen.

De antwoorden van de respondenten gaande over voor welke problemen ze hulp nodig hadden, werden in verschillende categorieën onderverdeeld: (a) het hebben van een SOI, (b) een vaginale infectie of schimmelinfectie, (c) het laten uitvoeren van een uitstrijkje of een SOI-test, al dan niet na een geklapt condoom, (d) hulp voor stress of een depressie, (e) werkgerelateerde problemen zoals een sponsje niet verwijderd krijgen of problemen met een spiraal waarop te hard werd geduwd, (f) baarmoederhalskanker (BMHK) of een afwijkende HPV-test, (g) Rug- en nekklachten en (h) andere niet-werkgerelateerde problemen zoals een griep, verkoudheid, problemen met ogen, oren, tanden, enzovoort. Opgemerkt moet worden dat voor veel problemen niet geweten is of de problemen te wijten zijn aan het uitoefenen van het sekswerk of niet (zoals rug- en nekklachten, een vaginale infectie, stress,...). We merken dat vooral niet-werkgerelateerde problemen worden vermeld door de respondenten. Ook medische hulp voor een vaginale infectie of het laten uitvoeren van een SOI-test of uitstrijkje worden regelmatig vermeld.

Van alle respondenten die het laatste jaar hulp nodig hadden vonden er drie geen hulp. Twee privésekswerkers uit de interventiegroep Pasop vonden geen hulp voor hun rugproblemen en

één privésekswerker uit de controlegroep Vlaams-Brabant vond geen hulp voor haar depressie.

Tabel 4.126. Nood aan medische hulp het laatste jaar

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=71)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=46)	TOTAAL (n=268)
<b>Medische hulp nodig gehad? (*<sub>1</sub>)</b>					
Ja	40.8% (n=31)	56.0% (n=42)	35.2% (n=25)	43.5% (n=20)	44.0% (n=118)
<b>Indien hulp nodig gehad, waarvoor? (‡) (*<sub>2</sub>)</b>	(n=31)	(n=42)	(n=21)	(n=18)	(n=112)
Seksueel overdraagbare infectie	16.1% (n=5)	7.1% (n=3)	0% (n=0)	5.5% (n=1)	8.0% (n=9)
Vaginale infectie	19.4% (n=6)	26.2% (n=11)	9.5% (n=2)	16.6% (n=3)	17.0% (n=19)
SOI-test en/of uitstrijkje	9.7% (n=3)	23.8% (n=10)	0% (n=0)	16.6% (n=3)	13.4% (n=15)
Stress/depressie	9.7% (n=3)	9.5% (n=4)	14.3% (n=3)	5.5% (n=1)	8.9% (n=10)
Werkgerelateerde problemen	6.5% (n=2)	2.4% (n=1)	9.5% (n=2)	11.1% (n=2)	6.3% (n=7)
BMHK + afwijkende HPV test	9.7% (n=3)	2.4% (n=1)	4.8% (n=1)	0% (n=0)	3.6% (n=4)
Rug- en nekklachten	3.2% (n=1)	9.5% (n=4)	4.8% (n=1)	11.1% (n=2)	6.3% (n=7)
Andere niet-werkgerelateerde problemen	41.9% (n=13)	23.8% (n=10)	66.6% (n=14)	55.5% (n=10)	39.3% (n=44)
<b>Indien hulp nodig gehad, hulp gevonden? (*<sub>3</sub>)</b>	(n=26)	(n=19)	(n=28)	(n=42)	(n=115)
Nee	0% (n=0)	4.8% (n=2)	0% (n=0)	5.3% (n=1)	2.6% (n=3)

(\*<sub>1</sub>) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens (‡) Open vraag

(\*<sub>2</sub>) 6 respondenten die aangaven het laatste jaar nood te hebben gehad aan medische hulp vulden hier niets in

(\*<sub>3</sub>) Van 3 respondenten ontbreken deze gegevens

### 6.3.3. Nood aan medische onderzoeken bij sekswerkers

Bij alle respondenten werd nagegaan of ze het nodig vinden dat mensen die in de sekswerk sector werken regelmatig medisch worden onderzocht. Uit tabel 4.127 blijkt dat slechts enkelen dit *niet echt nodig* vinden en dat niemand van de respondenten dit *helemaal niet nodig* vindt. Bij de beide controlegroepen vinden we, in vergelijking met de beide interventiegroepen, meer respondenten die dergelijk onderzoek *nodig* vinden. Het aantal respondenten uit de controlegroepen die de regelmatige medische onderzoeken bij sekswerkers *echt noodzakelijk* vinden, is dan weer lager in vergelijking met de beide interventiegroepen. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.127. Nood aan medische onderzoeken bij mensen die werken in de sekswerksector (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=72)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=45)	TOTAAL (n=268)
Echt noodzakelijk	93.4% (n=71)	85.3% (n=64)	76.4% (n=55)	64.4% (n=29)	81.7% (n=219)
Nodig	5.3% (n=4)	12.0% (n=9)	22.2% (n=16)	33.3% (n=15)	16.4% (n=44)
Niet echt nodig	1.3% (n=1)	2.7% (n=2)	1.4% (n=1)	2.2% (n=1)	1.9% (n=5)
Helemaal niet nodig	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)

(\*) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens

## 6.4. Sociale hulpverlening

### 6.4.1. Waar kan men terecht voor sociale hulp

Bij de respondenten werd ook nagegaan waar ze terecht kunnen wanneer ze nood hebben aan sociale hulp, zoals hulp voor huisvestingsproblemen, verblijfsdocumenten, financiële zorgen en problemen met de partner (tabel 4.128). Meerdere antwoorden konden hierbij worden aangeduid: bij collega's, een baas of bazin, bij familie of vrienden, het OCMW of sociaal centrum, de politie, een CAW, bij straathoekwerkers of nergens. De interventiegroep kon ook Ghapro (Connecta) of Pasop aanduiden. Ook kon een andere mogelijkheid worden genoteerd.

We merken dat in alle groepen een groot deel van de respondenten terecht kan bij familie of vrienden wanneer ze hulp nodig hebben voor sociale problemen. Van alle respondenten kan ongeveer een vierde terecht bij de collega's en bijna een derde kan terecht bij een baas of bazin. Opvallend is dat bijna de helft van de respondenten uit de controlegroep Limburg terecht kan bij een baas of bazin tegenover de interventiegroep Ghapro waar dit nog geen 15% is. Dit kan te wijten zijn aan het soort sekswerk in de verschillende groepen, zoals het groter aantal raamsekswerkers bij de interventiegroep Ghapro die vaak zonder baas of bazin werken. Hierbij moet opgemerkt worden dat bij de interventiegroep Pasop bijna 30% aangeeft terecht te kunnen bij een baas of bazin terwijl in deze groep ook veel respondenten in de ramen werkzaam zijn. Wanneer we de OCMW's en de politie bekijken, merken we dat de respondenten uit de controlegroep Vlaams-Brabant hier het minst de toegang tot vinden. Bij een CAW of straathoekwerkers kunnen maar enkele respondenten terecht voor hulp bij sociale problemen. Veertien respondenten geven aan dat ze nergens terecht kunnen. Onder deze veertien vinden we één raamsekswerker, drie bar/club-sekswerkers en tien privésekswerkers. Wanneer iets anders werd genoteerd, gaven de respondenten aan dat ze bij sociale problemen hulp zochten bij een advocaat, een psycholoog, de VDAB, een woonbegeleider of een maatschappelijk werker in Nederland.

Tabel 4.128. Waar kunnen de sekswerkers terecht voor sociale hulp? (†) (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=73)	Interventiegroep Pasop (n=66)	Controlegroep Limburg (n=64)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=41)	TOTAAL
Collega's	24.7% (n=18)	21.2% (n=14)	26.6% (n=17)	26.8% (n=11)	24.6% (n=60/244)
Baas/bazin	13.7% (n=10)	28.8% (n=19)	46.9% (n=30)	29.3% (n=12)	29.1% (n=71/244)
Familie of vrienden	54.8% (n=40)	56.1% (n=37)	60.9% (n=39)	68.3% (n=28)	59.0% (n=144/244)
OCMW	13.7% (n=10)	22.7% (n=15)	18.8% (n=12)	9.8% (n=4)	16.8% (n=41/244)
Politie	16.4% (n=12)	9.1% (n=6)	18.8% (n=12)	4.9% (n=2)	13.1% (n=32/244)
Ghapro (Connecta)/Pasop	50.7% (n=37)	36.4% (n=24)	-	-	43.9% (n=61/139)
CAW	6.8% (n=5)	1.5% (n=1)	1.6% (n=1)	2.4% (n=1)	3.3% (n=8/244)
Straathoekwerk	4.1% (n=3)	1.5% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.6% (n=4/244)
Nergens	4.1% (n=3)	9.1% (n=6)	3.1% (n=2)	7.3% (n=3)	5.7% (n=14/244)
Andere	4.1% (n=3)	4.5% (n=3)	3.1% (n=2)	9.8% (n=4)	4.9% (n=12/244)

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

(\*) Van 29 respondenten ontbreken deze gegevens

### **6.4.2. Nood aan sociale hulp het laatste jaar**

Ook voor sociale problemen werd nagegaan of de respondenten hier de laatste twaalf maanden hulp voor nodig hadden. Verschillende mogelijkheden konden worden aangeduid: (a) financiële zorgen, (b) geweld, (c) huisvesting, (d) juridische zaken zoals een advocaat nodig hebben, een klacht indienen of problemen met het gerecht, (e) het sociaal statuut van het beroep, (f) verblijfsdocumenten, (g) een luisterend oor nodig hebben, (h) problemen met partner, (i) problemen met familieleden zoals met kinderen of ouders en (j) problemen met het uitoefenen van het sekswerk. Ook kon een andere mogelijkheid worden genoteerd. Ook werd gevraagd, indien de respondenten nood hadden aan sociale hulp, of ze hulp hebben gevonden.

Uit tabel 4.129 kan worden afgeleid dat van alle respondenten ongeveer een vierde nood had aan sociale hulp het laatste jaar. Grote verschillen tussen de vier groepen zijn niet op te merken. Enkel in de controlegroep Limburg ligt de nood aan sociale hulp iets lager dan in de andere drie groepen. De verschillen tussen de groepen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=1,15$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,765$ ). Wanneer de nood aan sociale hulp het laatste jaar wordt bekeken volgens sector, herkomst, leeftijd en aantal jaren ervaring merken we geen noemenswaardige verschillen.

Wanneer wordt gekeken naar, indien er een nood was aan sociale hulp, welke problemen zich voordeden, merken we dat de respondenten vooral kampen met financiële problemen en dat ze nood hadden aan een luisterend oor. Ook juridische problemen, verblijfsdocumenten, huisvesting en problemen met de partner werden regelmatig genoteerd. Ook werden enkele andere problemen genoteerd: een overlijden (van een vader, moeder, partner), problemen met de verzekering en naar school willen gaan. De aantallen zijn telkens te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Van alle respondenten die het laatste jaar sociale hulp nodig hadden vonden er tien geen hulp. Het ging om zes privésekswerkers, twee raamsekswerkers en twee bar/club-sekswerkers. Vier vonden geen hulp voor problemen in verband met verblijfsdocumenten, twee voor problemen in verband met huisvesting, één voor financiële problemen, één voor problemen met de partner en familie en één voor vijf verschillende problemen (financiën, geweld, juridische zaken, een luisterend oor nodig hebben en een overlijden). Van één respondent is niet geweten voor welke problematiek ze hulp nodig had, maar niet vond.

Tabel 4.129. Nood aan sociale hulp het laatste jaar

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=71)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=45)	TOTAAL (n=268)
<b>Sociale hulp nodig gehad? (*<sub>1</sub>)</b>					
Ja	27.3% (n=21)	26.7% (n=20)	21.1% (n=15)	28.9% (n=13)	25.7% (n=69)
<b>Indien hulp nodig gehad, waarvoor? (†) (*<sub>2</sub>)</b>	(n=21)	(n=20)	(n=14)	(n=13)	(n=68)
Financiële zorgen	28.6% (n=6)	25.0% (n=5)	28.6% (n=4)	38.5% (n=5)	29.4% (n=20)
Geweld	4.8% (n=1)	10.0% (n=2)	14.3% (n=2)	15.4% (n=2)	10.3% (n=7)
Huisvesting	14.3% (n=3)	15.0% (n=3)	28.6% (n=4)	23.1% (n=3)	19.1% (n=13)
Juridische zaken	14.3% (n=3)	35.0% (n=7)	0% (n=0)	15.4% (n=2)	17.6% (n=12)
Sociaal statuut van het beroep	14.3% (n=3)	10.0% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	7.4% (n=5)
Verblijfsdocumenten	38.1% (n=8)	5.0% (n=1)	14.3% (n=2)	7.7% (n=1)	17.6% (n=12)
Een luisterend oor nodig hebben	33.3% (n=7)	30.0% (n=6)	21.4% (n=3)	23.1% (n=3)	27.9% (n=19)
Problemen met partner	14.3% (n=3)	15.0% (n=3)	21.4% (n=3)	15.4% (n=2)	16.2% (n=11)
Problemen met familieleden	14.3% (n=3)	20.0% (n=4)	0% (n=0)	7.7% (n=1)	11.8% (n=8)
Problemen met uitoefenen sekswerk	14.3% (n=3)	0% (n=0)	14.3% (n=2)	7.7% (n=1)	8.8% (n=6)
Andere	14.3% (n=3)	5.0% (n=1)	0% (n=0)	15.4% (n=2)	8.8% (n=6)
<b>Indien hulp nodig gehad, hulp gevonden? (*<sub>3</sub>)</b>	(n=20)	(n=19)	(n=10)	(n=13)	(n=62)
Nee	15.0% (n=3)	5.3% (n=1)	30.0% (n=3)	23.1% (n=3)	16.1% (n=10)

 (\*<sub>1</sub>) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens

 (\*<sub>2</sub>) Van 1 respondent ontbreken deze gegevens

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

 (\*<sub>3</sub>) Van 7 respondenten ontbreken deze gegevens

## 6.5. Nut van specifieke hulpverlening voor sekswerkers volgens de controlegroepen

Bij de respondenten uit de controlegroepen werd nagegaan of ze het nuttig zouden vinden dat er in hun buurt een gratis en anonieme hulpverlening wordt voorzien, specifiek voor mensen die werken in de sekswerksector (tabel 4.130). Geen van de respondenten zou dit *helemaal niet nuttig vinden* en slechts enkelen *niet echt nuttig*. Ongeveer een vijfde geeft aan dat ze dit *nuttig* zouden vinden. De grote meerderheid (bijna drie vierde) is van mening dat ze dergelijke organisatie *heel nuttig* zouden vinden. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.130. Nut van gratis en anonieme hulpverlening volgens de controlegroepen (\*)

	Controlegroep Limburg (n=62)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=43)	TOTAAL (n=105)
Heel nuttig	72.6% (n=45)	74.4% (n=32)	73.3% (n=77)
Nuttig	19.3% (n=12)	18.6% (n=8)	19.0% (n=20)
Niet echt nuttig	8.1% (n=5)	7.0% (n=3)	7.6% (n=8)
Helemaal niet nuttig	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)

(\*) Van 16 respondenten ontbreken deze gegevens

## 6.6. Gebruik van de hulpverlening die wordt aangeboden door Ghapro en Pasop

### 6.6.1. Kennis van de hulp die Ghapro en Pasop bieden

Bij de respondenten uit de interventiegroepen werd via een open vraag nagegaan of ze wisten voor welke problemen ze terecht kunnen bij Ghapro of Pasop. De antwoorden werden onderverdeeld in zes verschillende categorieën: (a) medische hulpverlening zoals SOI-testen, vaccinaties en uitstrijkjes, (b) hulp bij sociale problemen en doorverwijzingen, (c) emotionele hulpverlening, (d) vrouwen die aangeven bij Ghapro of Pasop ‘voor alles’ terecht te kunnen, (e) advies en informatie en (f) het aankopen van producten zoals sponsjes en condooms.

Uit tabel 4.131 kan worden afgeleid dat het grootste deel van de respondenten Ghapro en Pasop associeert met medische hulpverlening. Sociale hulpverlening wordt meer door de respondenten uit de interventiegroep Ghapro aangegeven en emotionele hulpverlening en advies en informatie wordt meer door de respondenten uit de interventiegroep Pasop aangegeven.

Tabel 4.131. Waarvoor kan men terecht bij Ghapro en Pasop volgens de respondenten (‡) (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=72)	Interventiegroep Pasop (n=65)	TOTAAL (n=137)
Medische hulpverlening	81.9% (n=59)	69.2% (n=46)	76.6% (n=105)
Sociale hulpverlening	26.4% (n=19)	13.8% (n=9)	20.4% (n=28)
Emotionele hulpverlening	16.7% (n=12)	29.2% (n=19)	22.6% (n=31)
Advies/informatie	12.5% (n=9)	20.0% (n=13)	16.1% (n=22)
‘Voor alles’	15.3% (n=11)	18.5% (n=12)	16.8% (n=23)
Aankopen producten	1.4% (n=1)	7.7% (n=5)	4.4% (n=6)

(‡) Open vraag

(\*) 15 respondenten uit de interventiegroepen vulden hier niets in

Hieronder nog enkele citaten die door de respondenten werden gegeven:

*‘Bij CAW kan je toch niet zo vrijuit praten over “werk”problemen. Het is fijn eens te kunnen praten over zorgen/angsten zonder bang te zijn om veroordeeld te worden.’* Interventiegroep Ghapro, privésekswerker.

*‘Alle hulp in de erotische sector: als je eens in een zwart gat valt, kan je hier komen praten. Altijd vriendelijk.’* Interventiegroep Pasop, escort.

*‘Een gezellige plek waar je ‘collega’s’ ziet en je je niet helemaal alleen voelt in je beroep.’* Interventiegroep Pasop, bar/club-sekswerker.

*‘Eigenlijk voor alles, vraag hen iets en ze helpen je bij eender wat.’* Interventiegroep Ghapro, escorte.



*'For every problem you have, for sure they find a solution for your problem.'*  
Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

*'Questions: asked and answered!!'* Interventiegroep Ghapro, privésekswerker.

*'Hier kan ik schaamteloos voorbehoedsmiddelen kopen.'* Interventiegroep Pasop,  
bar/club-sekswerker.

### **6.6.2. Problemen waarvoor men wel/niet bij Ghapro of Pasop terecht kan en niet/wel bij een gewone dokter**

Bij de respondenten werd nagegaan voor welke gezondheidsproblemen ze niet bij een gewone dokter terecht kunnen, maar wel bij Ghapro of Pasop. Ook werd het omgekeerde nagegaan: zijn er gezondheidsproblemen waarvoor de vrouwen niet bij Ghapro of Pasop terecht kunnen, maar wel bij een gewone dokter?

#### *6.6.2.1. Problemen waarvoor men wel bij Ghapro of Pasop terecht kan en niet bij een gewone dokter*

Uit tabel 4.132 kan worden afgeleid dat van alle respondenten uit de interventiegroepen bijna 45% aangeeft voor sommige problemen *niet* bij de gewone dokter terecht te kunnen, maar *wel* bij Ghapro of Pasop. Dit aantal is iets groter bij Ghapro dan bij Pasop. De verschillen tussen de twee groepen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=0,72$ ;  $\text{df}=1$ ;  $p=0,395$ ).

Van diegenen die aangeven dat ze voor bepaalde problemen niet bij een gewone dokter terecht kunnen, maar wel bij Ghapro of Pasop, heeft 66.7% ( $n=42/63$ ) geen vaste huisarts of is deze niet op de hoogte van het beroep van de respondent als sekswerker.

Door middel van een open vraag werd vervolgens nagegaan voor welke problemen ze niet bij een gewone dokter terecht kunnen en wat hiervan de redenen zijn. Alle respondenten gaven aan dat het gaat om problemen die iets te maken hebben met het beroep zoals preventieve testen, uitstrijkjes en de behandeling van een SOI of een vaginale infectie. Als redenen worden aangehaald dat ze bij een gewone dokter uitleg moet geven wanneer ze een bepaalde test vragen, omdat de gewone dokter niet op de hoogte is van het beroep of omdat het een man is, omdat ze bij Ghapro en Pasop anoniem terecht kunnen en omdat ze discreet werken, en omdat ze zich tegenover een gewone dokter schamen voor het beroep. Enkelen gaven ook een pragmatische reden waarom ze naar Ghapro of Pasop gaan en niet naar een gewone dokter: drie noteerden dat hun ziekenkas niet in orde is en één omdat het dicht bij het werk is.

Enkele citaten van de respondenten over welke problemen en waarom ze hiervoor niet terecht kunnen bij een gewone dokter, worden hieronder gegeven:

*'Ik kan bij een huisarts niet verantwoorden waarom ik iedere keer vaginale klachten graag wil laten nakijken zonder te praten over mijn "werk". Ik wil die stempel daar niet dragen. Ik ben meer dan een hoer.'* Interventiegroep Ghapro, privésekswerker.

*'Alles wat met werk te maken heeft want bij de huisarts is dit gênant.'* Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

*'Deze weet niet wat ik doe dus kan niet zo vlug een correcte diagnose stellen.'* Interventiegroep Ghapro, privésekswerker.

*'Uit schaamte voor mijn beroep, schrik om ontmaskerd te worden.'* Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

*'Want mijn huisarts is een man en heb het moeilijk om alles te vragen.'* Interventiegroep Pasop, raamsekswerker.

*'Because he makes me paranoia for my job.'* Interventiegroep Pasop, raamsekswerker.

*'Hij ziet het nut van de testen niet in. Dat is omdat hij niet weet wat voor werk ik doe.'* Interventiegroep Pasop, bar/club-sekswerker.

*'Dokter van de familie. Wil niet dat familie mijn job kent.'* Interventiegroep Pasop, privésekswerker.

*'Huisarts zou dit werk nooit goedkeuren en niemand weet dat ik dit werk doe.'* Interventiegroep Pasop, privésekswerker.

#### 6.6.2.2. *Problemen waarvoor men niet bij Ghapro of Pasop terecht kan en wel bij een gewone dokter*

Zoals reeds bij de bespreking van Ghapro en Pasop werd gezegd, behoren niet-beroepsgebonden medische problemen niet tot de opdracht van de organisaties. De dokters dienen niet ter vervanging van de huisarts; sekswerkers kunnen er dus niet terecht met bijvoorbeeld een griepje. Wanneer de sekswerkers voor niet-beroepsgebonden medische problemen wel contact opnemen met Ghapro of Pasop, kunnen ze wel worden doorverwezen.

Uit tabel 4.132 kan ook worden afgeleid dat van alle respondenten uit de interventiegroepen bijna 45% aangeeft voor sommige problemen *wel* bij een gewone dokter terecht te kunnen, maar *niet* bij Ghapro of Pasop. Dit aantal is iets groter bij Ghapro dan bij Pasop. Ook hier zijn de verschillen tussen de twee groepen niet statistisch significant ( $\chi^2=0,63$ ;  $df=1$ ;  $p=0,428$ ).

Voor welke problemen en waarom de respondenten niet bij Ghapro of Pasop terecht kunnen, maar wel bij een gewone dokter, werd vervolgens via een open vraag nagegaan. Wanneer we de soorten gezondheidsproblemen bekijken, zijn dat allemaal problemen die niets met sekswerk te maken hebben; van griepjes en verkoudheden tot de behandeling van kanker. Eén respondent geeft wel aan dat de grens tussen beroepsgerelateerde en niet-beroepsgerelateerde aandoeningen soms moeilijk te trekken is.

Wanneer wordt gekeken naar de redenen waarom ze niet met deze problemen bij Ghapro of Pasop terecht kunnen, zeggen de meesten ‘omdat dat hun taak niet is’. Sommigen weten niet dat dit niet kan, maar doen het gewoon niet:

*‘Omdat ik denk dat ik deze dienst niet onnodig moet belasten.’* Interventiegroep Ghapro, privésekswerker.

*‘Ik wil medewerkers van Ghapro/Pasop niet extra belasten met problemen die ik zelf kan oplossen.’* Interventiegroep Ghapro, escorte.

*‘Misschien kan het wel maar ik doe het niet.’* Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

Tabel 4.132. Gezondheidsproblemen waarvoor men wel/niet bij Ghapro of Pasop terecht kan en niet/wel bij een gewone dokter

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	TOTAAL
<b>Men kan voor sommige zaken niet terecht bij gewone dokter, maar wel bij Ghapro/Pasop? (*<sub>1</sub>)</b>			
Ja	47.4% (n=36/76)	40.3% (n=27/67)	44.0% (n=63/143)
<b>Men kan voor sommige zaken niet terecht bij Ghapro/Pasop, maar wel bij gewone dokter? (*<sub>2</sub>)</b>			
Ja	46.7% (n=35/75)	40.0% (n=26/65)	43.6% (n=61/140)

(\*<sub>1</sub>) Van 9 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>2</sub>) Van 12 respondenten ontbreken deze gegevens

### 6.6.3. Gebruik van de diensten die Ghapro en Pasop aanbieden

#### 6.6.3.1. Gegevens door de respondenten gerapporteerd

In de vragenlijst werd nagegaan van welke diensten de respondenten tijdens het eerste contact en tijdens de volgende contacten gebruik maakten. Enerzijds is er de medische ondersteuning: testen op SOI's, vaccinatie, anticonceptie (advies of voorschrift), uitstrijkje, advies of informatie en verwijzing naar andere medische hulpverlening zoals een specialist, huisarts of abortuskliniek. Ook kon door de respondenten een andere mogelijkheid worden gegeven. Anderzijds is er de sociale ondersteuning: hulp bij financiële zorgen, geweld, huisvesting, juridische zaken zoals een advocaat nodig hebben, een klacht tegen iemand willen indienen en problemen met het gerecht, het sociaal statuut van het beroep, verblijfsdocumenten, een luisterend oor nodig hebben, problemen met de partner, problemen met familieleden, problemen met het uitoefenen van het sekswerk en verwijzing naar een andere sociale

hulpverlening zoals het OCMW of gemeentehuis. Ook hier kon nog een andere mogelijkheid worden gegeven.

***Gebruik van de diensten die Ghapro en Pasop aanbieden tijdens het eerste contact***

Tabel 4.133 toont dat de meeste respondenten tijdens het eerste contact vooral enkel van medische ondersteuning gebruik maakten. Bijna een vierde maakte zowel van medische als sociale hulpverlening gebruik. Tussen Ghapro en Pasop zijn hierin geen verschillen te bemerken.

Wanneer de medische diensten meer specifiek worden bekeken, merken we dat tijdens het eerste contact vooral getest werd op SOI's en er een uitstrijkje werd genomen. Ook vaccinatie en het krijgen van advies en informatie werd regelmatig aangeduid. Van alle respondenten kreeg bijna 45% tijdens het eerste contact advies of een voorschrift voor anticonceptie en werd ongeveer een tiende doorverwezen naar een andere medische dienst. Diegenen die iets anders opgaven noteerden dat ze werden behandeld voor een SOI of een infectie, of dat ze producten aankochten zoals condoms, glijmiddel en sponsjes.

Wanneer de sociale ondersteuning tijdens het eerste contact meer specifiek wordt bekeken, zien we dat dit ging over zeer uiteenlopende zaken. Wel valt op dat veel respondenten een luisterend oor nodig hadden, vragen hadden over het sociaal statuut van het beroep of problemen hadden met het uitoefenen van het beroep. Diegenen die nog iets anders noteerden hadden vragen over naar school gaan en het volgen van Nederlandse les.

Tabel 4.133. Diensten waarvan de respondenten gebruik maakten tijdens het eerste contact met Ghapro of Pasop

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	TOTAAL
<b>Welke diensten: algemeen (*<sub>1</sub>)</b>	(n=77)	(n=73)	(n=150)
Enkel medische ondersteuning	75.3% (n=58)	75.3% (n=55)	75.3% (n=113)
Enkel sociale ondersteuning	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Medische + sociale ondersteuning	23.4% (n=18)	23.3% (n=17)	23.3% (n=35)
Weet ik niet meer	1.3% (n=1)	1.4% (n=1)	1.3% (n=2)
<b>Welke diensten: specifiek (†)</b>			
<i>Medische ondersteuning</i> (* <sub>2</sub> )	(n=74)	(n=71)	(n=145)
Testen op SOI's	90.5% (n=67)	70.4% (n=50)	80.7% (n=117)
Vaccinatie	66.2% (n=49)	57.8% (n=41)	62.1% (n=90)
Anticonceptie (ϕ)	41.2% (n=28/68)	47.1% (n=32/68)	44.1% (n=60/136)
Uitstrijkje (ϕ)	80.9% (n=55/68)	63.2% (n=43/68)	72.1% (n=98/136)
Advies/informatie	66.2% (n=49)	59.2% (n=42)	62.8% (n=91)
Doorverwijzing	8.1% (n=6)	14.1% (n=10)	11.0% (n=16)
Andere	2.7% (n=2)	4.2% (n=3)	3.4% (n=5)
<i>Sociale ondersteuning</i> (* <sub>3</sub> )	(n=17)	(n=17)	(n=34)
Financiële zorgen	17.6% (n=3)	11.8% (n=2)	14.7% (n=5)
Geweld	11.8% (n=2)	5.9% (n=1)	8.2% (n=3)
Huisvesting	11.8% (n=2)	0% (n=0)	5.9% (n=2)
Juridische zaken	17.6% (n=3)	17.6% (n=3)	17.6% (n=6)
Sociaal statuut beroep	35.3% (n=6)	17.6% (n=3)	26.5% (n=9)
Verblijfsdocumenten	29.4% (n=5)	0% (n=0)	14.7% (n=5)
Luisterend oor	35.3% (n=6)	88.2% (n=15)	61.8% (n=21)
Problemen met partner	0% (n=0)	5.9% (n=1)	2.9% (n=1)
Problemen met familie	11.8% (n=2)	5.9% (n=1)	8.2% (n=3)
Problemen met uitoefenen beroep	17.6% (n=3)	29.4% (n=5)	23.5% (n=8)
Doorverwijzing	23.5% (n=4)	5.9% (n=1)	14.7% (n=5)
Andere	11.8% (n=2)	5.9% (n=1)	8.2% (n=3)

(\*<sub>1</sub>) Van 2 respondenten ontbreken deze gegevens (ϕ) Niet van toepassing voor de mannen uit de steekproef

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

(\*<sub>3</sub>) Van 1 respondent ontbreken deze gegevens

(\*<sub>2</sub>) Van 3 respondenten ontbreken deze gegevens

### ***Gebruik van de diensten die Ghapro en Pasop aanbieden tijdens volgende contacten***

Tabel 4.134 toont vervolgens de diensten waarvan de respondenten tijdens volgende contacten gebruik maakten. Ook hier merken we dat de meeste respondenten enkel van medische ondersteuning gebruik maakten en dat bijna een vierde zowel van medische als sociale hulpverlening gebruik maakte. Tussen Ghapro en Pasop zijn niet echt grote verschillen te bemerken.

Wanneer de medische diensten meer specifiek worden bekeken, merken we dat ook bij de volgende contacten vooral getest werd op SOI's en er een uitstrijkje werd genomen. Ook vaccinatie, het krijgen van advies en informatie, en advies of een voorschrift voor anticonceptie werden regelmatig aangeduid. Diegenen die iets anders opgaven noteerden dat ze producten zoals condooms, glijmiddel en sponsjes aankochten.

Wanneer de sociale ondersteuning tijdens de volgende contacten meer specifiek wordt bekeken, zien we, net zoals bij het eerste contact, dat dit ging over zeer uiteenlopende zaken. Ook tijdens de volgende contacten hadden veel respondenten een luisterend oor nodig, hadden ze vragen over het sociaal statuut van het beroep of problemen met het uitoefenen van het beroep. Diegenen die nog iets anders noteerden hadden vragen over naar school gaan, vragen over politiecontrole, vragen over de boekhouding en vragen over joboriëntering.

Tabel 4.134. Diensten waarvan de respondenten gebruik maakten tijdens volgende contacten met Ghapro of Pasop

	Interventiegroep Ghapro (n=75)	Interventiegroep Pasop (n=72)	TOTAAL (n=147)
<b>Welke diensten: algemeen (*<sub>1</sub>)</b>			
Enkel medische ondersteuning	77.3% (n=58)	72.2% (n=52)	74.8% (n=110)
Enkel sociale ondersteuning	0% (n=0)	1.4% (n=1)	0.7% (n=1)
Medische + sociale ondersteuning	22.7% (n=17)	26.4% (n=19)	24.5% (n=36)
Weet ik niet meer			
<b>Welke diensten: specifiek (†)</b>			
<i>Medische ondersteuning</i> (* <sub>2</sub> )	(n=73)	(n=71)	(n=144)
Testen op SOI's	91.8% (n=67)	83.1% (n=59)	87.5% (n=126)
Vaccinatie	67.1% (n=49)	56.3% (n=40)	61.8% (n=89)
Anticonceptie (ϕ)	47.8% (n=32/67)	54.4% (n=37/68)	51.1% (n=69/135)
Uitstrijkje (ϕ)	83.6% (n=56/67)	73.5% (n=50/68)	78.5% (n=106/135)
Advies/informatie	50.7% (n=38)	53.5% (n=38)	52.8% (n=76)
Doorverwijzing	12.3% (n=9)	15.5% (n=11)	13.9% (n=20)
Andere	1.4% (n=1)	2.8% (n=2)	2.1% (n=3)
<i>Sociale ondersteuning</i>	(n=17)	(n=20)	(n=37)
Financiële zorgen	17.6% (n=3)	10.0% (n=2)	13.5% (n=5)
Geweld	5.9% (n=1)	0% (n=0)	2.7% (n=1)
Huisvesting	11.8% (n=2)	0% (n=0)	5.4% (n=2)
Juridische zaken	11.8% (n=2)	15.0% (n=3)	13.5% (n=5)
Sociaal statuut beroep	29.4% (n=5)	15.0% (n=3)	21.6% (n=8)
Verblijfsdocumenten	23.5% (n=4)	5.0% (n=1)	13.5% (n=5)
Luisterend oor	41.2% (n=7)	85.0% (n=17)	64.9% (n=24)
Problemen met partner	5.9% (n=1)	5.0% (n=1)	5.4% (n=2)
Problemen met familie	5.9% (n=1)	5.0% (n=1)	5.4% (n=2)
Problemen met uitoefenen beroep	11.8% (n=2)	30.0% (n=6)	21.6% (n=8)
Doorverwijzing	23.5% (n=4)	10.0% (n=2)	16.2% (n=6)
Andere	11.8% (n=2)	10.0% (n=2)	10.8% (n=4)

(\*<sub>1</sub>) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens

(\*<sub>2</sub>) Van 2 respondenten ontbreken deze gegevens

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

(ϕ) Niet van toepassing voor de mannen uit de steekproef

### 6.6.3.2. Gegevens uit de medische dossiers van de respondenten uit de interventiegroepen

#### **Ghapro**

Uit de medische dossiers van de interventiegroep Ghapro blijkt dat bij de 77 bevroegde respondenten in totaal 1629 contacten plaatsvonden. Deze contacten kunnen persoonlijk of telefonische zijn en worden in bepaalde categorieën opgedeeld: (a) het meedelen van een resultaat, (b) een gonorrhoe- of chlamydia-test, (c) een bloedafname, (d) contact naar aanleiding van een klacht van de respondent, (e) een uitstrijkje, (f) vaccinatie tegen hepatitis B, (g) het verstrekken van informatie, (h) contact naar aanleiding van een klapcondoom, (i) het uitvoeren van een kweek<sup>29</sup>, (j) een doorverwijzing en (k) een zwangerschap. Tijdens één contact kunnen uiteraard meerdere zaken aan bod komen (tabel 4.135).

Ook is er een categorie ‘allerlei’ die verwijst naar contacten die niet onder een specifieke noemer onder te brengen zijn. Dit zijn onder andere gesprekken over een uit te voeren controle die gepland moet worden, een gesprek over een vriendje die mogelijk op reis is vreemdgegaan, een telefoon waar de hulpverlener het antwoordapparaat van de sekswerker kreeg, enzovoort. Deze categorie is de meest voorkomende. Ook dient een groot deel van de contacten om resultaten van vorige testen mee te geven.

De 63 doorverwijzingen die gebeurden, waren vooral doorverwijzingen naar een gynaecoloog (n=30) en de huisarts (n=14). Ook werd enkele keren doorverwezen naar een specialist (n=7), Connecta (n=3), het ITG (n=3), een abortuscentrum (n=3), de spoed (n=1), een labo (n=1) en een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (n=1).

Tabel 4.135. Aard van de contacten (interventiegroep Ghapro)

Aard van de contacten (n=1629)	Percentage
Allerlei	45.0% (n=733)
Resultaat	28.1% (n=458)
Gonorrhoe-/chlamydia-test	26.0% (n=424)
Bloedafname	20.4% (n=332)
Klacht	13.0% (n=212)
Uitstrijkje	10.1% (n=164)
Vaccinatie	8.7% (n=142)
Informatie	8.5% (n=139)
Doorverwijzing	2.8% (n=63)
Klapcondoom	3.7% (n=60)
Kweek	3.6% (n=58)
Zwangerschap	0.2% (n=4)

#### **Pasop**

Ook bij de gegevens over de aard van de contacten van de interventiegroep Pasop gaan de gegevens maar terug tot 2001 terwijl sommige van de sekswerkers al sinds de jaren 90 in contact staan met de organisatie. In totaal hadden de 75 bevroegde respondenten 2138

<sup>29</sup> Bij een kweek of cultuur wordt er gestest op het voorkomen van allerlei bacterieën en schimmels.

contacten met Pasop sinds 2001. In tabel 4.136 wordt de aard van deze contacten verder toegelicht. Uiteraard is het ook hier mogelijk dat tijdens één contact meerdere zaken aan bod zijn gekomen. De categorieën die Pasop hanteert zijn meer uitgebreid dan de categorieën die terug te vinden zijn bij Ghapro. Dit heeft als oorzaak dat bij Pasop ook de sociale vragen/problemen in de medische dossiers zijn verwerkt, tegenover bij Ghapro dat beschikt over een apart sociaal luik met een aparte registratie.

Tabel 4.136. Aard van de contacten (interventiegroep Ghapro)

Aard van de contacten (n=2138)	Percentage
Psychosociaal	22.6% (n=483)
Routine checkup	16.5% (n=352)
Gezondheid algemeen	12.5% (n=267)
Vragen over SOI/HIV	11.2% (n=239)
Werkomstandigheden	9.9% (n=212)
Vaccinatie Hepatitis B	9.7% (n=207)
Klapcondoom	9.5% (n=204)
Onderhoud contact	9.4% (n=200)
Klachten SOI/HIV	9.3% (n=199)
Anticonceptie	8.8% (n=188)
Administratie	3.0% (n=64)
Kennismaking	2.9% (n=61)
Huisvesting	2.4% (n=52)
Zwangerschap	2.4% (n=52)
Financieel	2.4% (n=51)
Stoppen/ander werk/studies	2.1% (n=44)
Onveilige seks op werk	1.8% (n=38)
Juridisch	1.7% (n=36)
Invullen enquête	1.7% (n=36)
Drugsgebruik	1.4% (n=29)
Andere	1.3% (n=27)
Onveilige seks privé	1.1% (n=24)
Abortus	0.5% (n=10)
Fysisch geweld	0.4% (n=8)

#### 6.6.4. *Nieuwe kennis, vaardigheden en handelingen aangeleerd door Ghapro of Pasop*

Aan de respondenten werd gevraagd of ze nieuwe kennis hebben opgedaan of vaardigheden hebben geleerd door de contacten met Ghapro of Pasop. Uit tabel 4.137 kunnen we afleiden dat de meesten inderdaad iets hebben bijgeleerd door Ghapro of Pasop. Bij de interventiegroep Ghapro ligt dit aantal iets hoger dan bij de interventiegroep Pasop. De verschillen tussen de twee groepen zijn niet statistisch significant ( $\chi^2=0,73$ ;  $df=1$ ;  $p=0,392$ ).

Wanneer we kijken waarover deze kennis en handelingen gaan, merken we dat bijna alle respondenten iets hebben bijgeleerd over seksueel overdraagbare infecties. Iets meer dan 60% uit de interventiegroep Ghapro en iets meer dan 40% uit de interventiegroep Pasop leerde iets over condoomgebruik. In beide groepen leerde telkens rond 40% iets bij over



voorbehoedsmiddelen. In verband met omgaan met klanten bracht Ghapro iets bij bij meer dan 15% van hun respondenten en Pasop bij meer dan 25% van hun respondenten.

Tabel 4.137. Nieuwe kennis/opgedaan of vaardigheden aangeleerd door contact met Ghapro of Pasop

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	TOTAAL
<b>Nieuwe kennis/vaardigheden? (*<sub>1</sub>)</b>	(n=76)	(n=75)	(n=151)
Ja	82.9% (n=63)	77.3% (n=58)	80.1% (n=121)
<b>Indien ja, kennis/vaardigheden rond? (†) (*<sub>2</sub>)</b>	(n=63)	(n=56)	(n=119)
Seksueel overdraagbare infecties	93.7% (n=59)	96.4% (n=54)	95.0% (n=113)
Condoomgebruik	60.3% (n=38)	41.1% (n=23)	51.3% (n=61)
Voorbehoedsmiddelen	38.1% (n=24)	42.9% (n=24)	40.3% (n=48)
Omgaan met klanten	17.5% (n=11)	26.8% (n=15)	21.8% (n=26)

(\*<sub>1</sub>) Van 1 respondent ontbreken deze gegevens (\*<sub>2</sub>) Van 2 respondenten ontbreken deze gegevens

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

Ook werd nagegaan of de sekswerkers door het contact met Ghapro of Pasop bepaalde handelingen tijdens het werken hebben veranderd, of dat ze op dezelfde manier werken als vóór het contact met Ghapro of Pasop. Uit tabel 4.138 kunnen we afleiden dat van alle respondenten uit de interventiegroepen iets meer dan een derde de handelingen tijdens het werken heeft veranderd door contact met Ghapro of Pasop. Bij de interventiegroep Ghapro ligt dit aantal iets hoger dan in de interventiegroep Pasop. De verschillen tussen de twee groepen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=0,24$ ;  $\text{df}=1$ ;  $p=0,627$ ). Wanneer we het al dan niet veranderen van bepaalde handelingen tijdens het werken door Ghapro of Pasop bekijken volgens sector, herkomst, leeftijd en aantal jaren ervaring merken we geen noemenswaardige verschillen op.

Via een open vraag werd vervolgens nagegaan welke handelingen dan werden veranderd door de respondenten. De antwoorden werden in verschillende categorieën opgedeeld: (a) letten op tekens van SOI's bij een klant, (b) bij het verlenen van orale seks een condoom gebruiken, (c) handelingen in verband met hygiëne, verzorging en wassen zoals het correct intiem wassen en de intieme verzorging na een klant, (d) correct condoomgebruik, (e) wat te doen bij een klapcondoom, (f) anticonceptie, (g) glijmiddelgebruik, (h) verhoogd algemeen condoomgebruik, (i) veiligheidsmaatregelen zoals het gebruiken van een fluitje of zeggen dat je niet alleen bent, (j) assertiviteit en zelf-effectiviteit zoals mondiger zijn tegen de klanten en (k) omgaan met stress. Letten op tekens van seksueel overdraagbare infecties bij een klant en het verlenen van orale seks mét condoom worden het meest door de respondenten genoteerd.

Tabel 4.138. Handelingen tijdens het werken veranderd door contact met Ghapro of Pasop

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	TOTAAL
<b>Bepaalde handelingen veranderd? (*<sub>1</sub>)</b>	(n=76)	(n=70)	(n=146)
Ja	38.2% (n=29)	34.3% (n=24)	36.3% (n=53)
<b>Indien ja, welke handelingen? (‡) (*<sub>2</sub>)</b>	(n=28)	(n=23)	(n=51)
Letten op tekens SOI's bij klant	25.0% (n=7)	37.5% (n=9)	31.4% (n=16)
Pijpen met condoom	10.7% (n=3)	29.2% (n=7)	19.6% (n=10)
Hygiëne, verzorging, wassen	17.9% (n=5)	8.3% (n=2)	13.7% (n=7)
Correct condoomgebruik	25.0% (n=7)	0% (n=0)	13.7% (n=7)
Wat te doen bij klapcondoom	10.7% (n=3)	4.2% (n=1)	7.8% (n=4)
Anticonceptie	3.6% (n=1)	8.3% (n=2)	5.9% (n=3)
Glijmiddelgebruik	7.1% (n=2)	4.2% (n=1)	5.9% (n=3)
Verhoogd algemeen condoomgebruik	7.1% (n=2)	4.2% (n=1)	5.9% (n=3)
Veiligheidsmaatregelen	7.1% (n=2)	0% (n=0)	3.9% (n=2)
Assertiviteit en zelf-effectiviteit	3.6% (n=1)	0% (n=0)	2.0% (n=1)
Omgaan met stress	3.6% (n=1)	0% (n=0)	2.0% (n=1)

(\*<sub>1</sub>) Van 6 respondenten ontbreken deze gegevens (\*<sub>2</sub>) 2 respondenten vulden hier niets in

(‡) Open vraag

### ***Conclusie van het gebruik van en nood aan medische en sociale hulpverlening***

Bijna alle respondenten hebben een huisarts en bijna drie vierde heeft een gynaecoloog (die niet bij Ghapro of Pasop werkt). Wanneer het aantal van de respondenten wordt bekeken die ofwel een vaste huisarts hebben die op de hoogte is van het beroep of een gynaecoloog hebben die op de hoogte is van het beroep (of beiden), merken we dat in de controlegroepen minder dan de helft hierover beschikt. Bij de interventiegroep Ghapro heeft ongeveer de helft en bij de interventiegroep Pasop heeft meer dan de helft een huisarts en/of gynaecoloog (die niet bij Ghapro of Pasop werkt) die op de hoogte is van het beroep. In de controlegroepen is dus, in vergelijking met de interventiegroepen, veel minder een medische hulpverlener op de hoogte van het beroep en is een correcte behandeling dus veel minder mogelijk. Ook staan de respondenten uit de interventiegroepen, in tegenstelling tot de respondenten uit de controlegroepen, regelmatig in contact met Ghapro of Pasop, waardoor deze sekswerkers op regelmatige basis de testen krijgen die nodig zijn. We merken dat vooral bij de raamsekswerkers en het minst bij de bar/club-sekswerkers de vrouwen beschikken over een medische hulpverlener die het beroep kent (en die niet bij Ghapro of Pasop werkt). Ook bij de Belgische en de meer ervaren vrouwen komt het meer voor dat de huisarts en/of gynaecoloog het beroep kent.

De respondenten uit de interventiegroepen zijn veel meer dan de respondenten uit de controlegroepen het laatste jaar getest op seksueel overdraagbare infecties en lieten het laatste jaar een uitstrijkje nemen. Deze testen werden bij de sekswerkers uit de

interventiegroepen voornamelijk uitgevoerd door Ghapro en Pasop. Ook zijn veel meer respondenten uit de beide interventiegroepen reeds gevaccineerd tegen hepatitis B. Ook hierbij gebeurde het grootste deel van deze vaccinaties door Ghapro of Pasop. Bar/club-sekswerkers en privésekswerkers die geen intiem doen, en West- en Oost-Europese vrouwen zijn het minst getest op SOI's, lieten het minst een uitstrijkje nemen, en zijn het minst gevaccineerd tegen hepatitis B.

Uit de analyse van de medische dossiers van de respondenten uit de interventiegroepen blijkt dat Ghapro en Pasop ook een belangrijke rol spelen in de preventie van baarmoederhalskanker. Bij ongeveer een derde van alle afgenomen uitstrijkjes werden afwijkende cellen die kunnen leiden tot baarmoederhalskanker gevonden.

Ook blijkt uit de medische dossiers dat de drop out bij het vaccinatieschema tegen hepatitis B zeer laag is. Ook kreeg in de interventiegroep Ghapro het grootste deel van de sekswerkers die dit nodig hadden de vaccins tegen hepatitis B toegediend. Bij de interventiegroep Pasop kon dit niet worden berekend.

Wanneer de respondenten nood hebben aan medische hulp kunnen de meesten terecht bij hun huisarts. De respondenten uit de interventiegroepen geven ook aan vooral bij Ghapro of Pasop terecht te kunnen voor medische hulp. Het laatste jaar had bijna de helft van alle respondenten nood aan medische hulp. Drie respondenten vonden geen hulp voor deze medische problemen.

Bij de respondenten werd ook nagegaan waar ze terecht kunnen wanneer ze nood hebben aan sociale hulp, zoals hulp voor huisvestingsproblemen, verblijfsdocumenten, financiële zorgen en problemen met de partner. We merken dat in alle groepen een groot deel van de respondenten hiervoor terecht kan bij familie of vrienden. Veertien respondenten gaven aan dat ze nergens terecht kunnen. Het laatste jaar had ongeveer een vierde van alle respondenten nood aan sociale hulp. Het ging vooral over financiële problemen en de nood aan een luisterend oor. Ook juridische problemen, verblijfsdocumenten, huisvesting en problemen met de partner werden regelmatig genoemd.

Bij alle respondenten werd nagegaan of ze het nodig vinden dat mensen die in de sekswerksector werken regelmatig medisch worden onderzocht; slechts enkelen vinden dit niet echt nodig en niemand vindt dit helemaal niet nodig.

Bij de respondenten uit de controlegroep werd dan nagegaan of ze het nuttig zouden vinden dat er in hun buurt een gratis en anonieme hulpverlening wordt voorzien, specifiek voor mensen die werken in de sekswerksector. Ook hier zou niemand van de respondenten dit helemaal niet nuttig vinden en vinden slechts enkelen dit niet echt nuttig. De grote meerderheid (bijna drie vierde) is van mening dat ze dergelijke organisatie heel nuttig zouden vinden.

De sekswerkers die regelmatig in contact staan met Ghapro en Pasop associëren de organisaties vooral met medische hulpverlening, en minder met sociale hulpverlening. Wanneer de respondenten aangeven dat ze voor sommige gezondheidsproblemen niet bij de gewone dokter terecht kunnen, maar wel bij Ghapro of Pasop, gaat het om beroepsgerelateerde problemen waarvoor ze niet naar een gewone dokter gaan omdat ze hier uitleg moeten geven wanneer ze een bepaalde test vragen, omdat de gewone dokter niet op de hoogte is van het beroep, omdat het een man is of omdat ze zich tegenover een gewone dokter schamen voor het beroep. Sekswerkers kiezen voor Ghapro en Pasop omdat ze er anoniem terecht kunnen en omdat ze discreet werken. De problemen waarvoor de respondenten niet bij Ghapro of Pasop terecht kunnen zijn allemaal niet-beroepsgerelateerde problemen.

Tijdens het eerste en de volgende contacten met Ghapro of Pasop maakten de meesten enkel van medische ondersteuning gebruik. Bijna een vierde maakte zowel van medische als sociale hulpverlening gebruik. Wanneer de medische diensten meer specifiek worden bekeken, merken we dat het meest SOI's-testen en uitstrijkjes worden genomen. Ook vaccinatie, het krijgen van advies en informatie en advies of een voorschrift voor anticonceptie zijn zaken die regelmatig plaatsvinden tijdens de medische ondersteuning door Ghapro en Pasop. De sociale ondersteuning gaat over zeer uiteenlopende zaken. Wel valt op dat veel respondenten een luisterend oor nodig hadden, vragen hadden over het sociaal statuut van het beroep of problemen hadden met het uitoefenen van het beroep.

De meeste respondenten uit de interventiegroepen hebben door de contacten met Ghapro of Pasop nieuwe kennis opgedaan of vaardigheden geleerd. Wanneer we kijken waarover deze kennis en handelingen gaan, merken we dat bijna alle respondenten iets hebben bijgeleerd over seksueel overdraagbare infecties. Ook over condoomgebruik en voorbehoedsmiddelen leerden velen iets bij. Iets meer dan een derde heeft hun handelingen tijdens het werken veranderd door contact met Ghapro of Pasop. Deze handelingen gaan over uiteenlopende dingen: letten op tekens van SOI's bij een klant, bij het verlenen van orale seks een condoom gebruiken, handelingen in verband met hygiëne, verzorging en wassen, condoomgebruik, glijmiddelgebruik, wat te doen bij een klapcondoom, anticonceptie, veiligheidsmaatregelen, assertiviteit en zelf-effectiviteit en omgaan met stress.

## 7. Persoonlijke ervaringen van de respondenten

In dit laatste deel worden enkele persoonlijke ervaringen van de respondenten bekeken. Zo wordt nagegaan hoeveel sekspartners ze de voorbije drie maanden hadden in hun privéleven en of ze in het privéleven een condoom gebruiken. Ook wordt het gebruik van anticonceptie bekeken: gebruiken de vrouwen anticonceptie en indien ja, welke soort en ondervinden ze hier problemen mee? Vervolgens wordt nagegaan of de vrouwen ooit al zijn zwanger geweest en of de vrouwen ooit al een zwangerschapsonderbreking hebben gehad. De handelingen bij vaginale en anale klachten worden bevraagd, alsook het SOI-verleden van de respondenten.

Het aantal sekspartners in het privéleven, het condoomgebruik in het privéleven, het al dan niet gebruiken van anticonceptie, het al dan niet een zwangerschapsonderbreking hebben ondergaan en het al dan niet hebben gehad van een SOI in het verleden worden bijkomend bekeken volgens sector, herkomst, leeftijd en aantal jaren ervaring. Het aantal sekspartners wordt ook nog weergegeven volgens het al dan niet hebben van een vaste partner en het al dan niet gebruiken van anticonceptie volgens het aantal sekspartners in het privéleven de afgelopen drie maanden.

Het SOI-verleden zal voor de respondenten uit de interventiegroepen eveneens bekeken worden aan de hand van hun medische dossiers waarover Ghapro en Pasop beschikken. Ook hier worden per organisatie niet steeds dezelfde gegevens weergegeven, omdat ze vaak op een andere manier de gegevens registreren.

### 7.1. Seks in het privéleven

Bij de respondenten werd nagegaan hoeveel sekspartners ze hadden de voorbije drie maanden *in hun privéleven*. Indien ze een vaste partner hadden, moest deze worden meegeteld. Uit tabel 4.139 kan worden afgeleid dat de meesten één sekspartner hadden. Iets meer dan een vijfde van alle respondenten had de afgelopen drie maanden twee of meer sekspartners. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn.

Tabel 4.139. Aantal sekspartners in het privéleven de voorbije drie maanden (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=76)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=70)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=45)	TOTAAL (n=266)
Geen	21.1% (n=16)	16.0% (n=12)	15.7% (n=11)	8.9% (n=4)	16.2% (n=43)
Eén	64.5% (n=49)	64.0% (n=48)	54.3% (n=38)	64.4% (n=29)	61.7% (n=164)
Twee tot vijf	9.2% (n=7)	12.0% (n=9)	21.4% (n=15)	15.6% (n=7)	14.3% (n=38)
Zes tot tien	1.3% (n=1)	4.0% (n=3)	1.4% (n=1)	0% (n=0)	1.9% (n=5)
Meer dan tien	3.9% (n=3)	4.0% (n=3)	7.1% (n=5)	11.5% (n=5)	6.0% (n=16)

(\*) Van 7 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer we het aantal sekspartners bekijken volgens leeftijd, herkomst en aantal jaren ervaring merken we geen noemenswaardige verschillen. Volgens sector (tabel 4.140) kan wel

worden vastgesteld dat vooral de privésekswerkers en de escortes twee of meer sekspartners hadden de afgelopen drie maanden. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren statistisch significant zijn.

Tabel 4.140. Aantal sekspartners in het privéleven de voorbije drie maanden volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=3)	Raam (n=56)	Bar/club (n=45)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=114)	Privé geen intiem (n=24)	Escort (n=22)
Geen sekspartner	0% (n=0)	25.0% (n=14)	11.1% (n=5)	50.0% (n=1)	14.0% (n=16)	22.7% (n=5)	8.3% (n=2)
Eén sekspartner	66.7% (n=2)	64.3% (n=36)	68.9% (n=31)	50.0% (n=1)	57.0% (n=65)	68.2% (n=15)	58.3% (n=14)
Twee of meer sekspartners	33.3% (n=1)	10.7% (n=6)	20.0% (n=9)	0% (n=0)	28.9% (n=33)	9.1% (n=2)	33.3% (n=8)

(\*) Van 7 respondenten ontbreken deze gegevens

In tabel 4.141 wordt het aantal sekspartners weergegeven volgens het al dan niet hebben van een vaste partner. De groep die de afgelopen drie maanden twee of meer sekspartners had is even groot bij diegenen met een vaste partner als bij diegenen zonder een vaste partner. De verschillen tussen de groepen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=46,72$ ;  $\text{df}=2$ ;  $p<0,001$ ).

Tabel 4.141. Aantal sekspartners in het privéleven de voorbije drie maanden volgens het al dan niet hebben van een vaste partner (\*)

	Vaste partner (n=153)	Geen vaste partner (n=113)
Geen sekspartner	3.3% (n=5)	33.6% (n=38)
Eén sekspartner	74.5% (n=114)	44.1% (n=50)
Twee of meer sekspartners	22.2% (n=34)	22.1% (n=25)

(\*) Van 7 respondenten ontbreken deze gegevens

Ook werd nagegaan of de respondenten in het privéleven een condoom gebruiken. Uit tabel 4.142 kunnen we afleiden dat iets meer dan 30% een condoom gebruikt in het privéleven. In de interventiegroepen ligt dit aantal iets lager dan in de controlegroepen. De verschillen tussen de groepen zijn niet significant ( $\text{Chi}^2=2,11$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,550$ ).

Tabel 4.142. Respondenten die in het privéleven een condoom gebruiken (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=73)	Interventiegroep Pasop (n=75)	Controlegroep Limburg (n=68)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=46)	TOTAAL (n=262)
Condoom wordt gebruikt in privéleven	27.4% (n=20)	26.7% (n=20)	36.8% (n=25)	30.4% (n=14)	30.2% (n=79)

(\*) Van 11 respondenten ontbreken deze gegevens

Volgens sector, herkomst, leeftijd en aantal jaren ervaring levert het condoomgebruik in het privéleven geen noemenswaardige verschillen op. Wel wordt in tabel 4.143 het aantal respondenten gegeven die in het privéleven een condoom gebruiken volgens het aantal sekspartners in het privéleven de voorbije drie maanden. Diegenen met één sekspartner gebruiken meestal geen condoom. Ook gebruikt meer dan de helft met twee of meer sekspartners de afgelopen drie maanden geen condoom in het privéleven. De verschillen tussen de groepen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=40,75$ ;  $\text{df}=2$ ;  $p<0,001$ ).

Tabel 4.143. Respondenten die in het privéleven een condoom gebruiken volgens het aantal sekspartners in het privéleven de voorbije drie maanden (\*)

	Geen sekspartner (n=39)	Eén sekspartner (n=162)	Twee of meer sekspartners (n=59)
Condoom wordt gebruikt in privéleven	61.5% (n=24)	16.0% (n=26)	45.8% (n=27)
Er wordt geen condoom gebruikt in privéleven	38.5% (n=15)	84.0% (n=136)	54.2% (n=32)

(\*) Van 7 respondenten ontbreken deze gegevens

## 7.2. Gebruik van anticonceptie

In het intermezzo wordt kort weergegeven wat de meest betrouwbare anticonceptiemiddelen zijn. Tabel 4.144 geeft het gebruik van anticonceptie bij de respondenten weer. Iets meer dan drie vierde van alle respondenten gebruikt een vorm van anticonceptie. Het meest wordt anticonceptie gebruikt bij de interventiegroep Ghapro en het minst bij de controlegroep Vlaams-Brabant. De verschillen tussen de groepen zijn niet statistisch significant ( $\chi^2=4,09$ ;  $df=3$ ;  $p=0,252$ ).

Bijna de helft van alle respondenten gebruikt de pil als voorbehoedsmiddel. Enkeligen gaven ook aan de pil samen met iets anders te gebruiken (een condoom, terugtrekken of zaaddodende middelen). Wanneer we de meest betrouwbare vormen van anticonceptie bekijken, namelijk de pil, prikpil, vaginale ring en pleister, merken we dat van de 112 respondenten uit de interventiegroepen die een vorm van anticonceptie gebruiken, er 70 een zeer betrouwbare vorm gebruiken. Dit komt neer op 62,5%. Van de 87 respondenten uit de controlegroepen die een vorm van anticonceptie gebruiken, gebruiken er 48 een zeer betrouwbare vorm. Dit komt neer op 55,2%. De zeer onbetrouwbare anticonceptiemiddelen, namelijk op tijd terugtrekken, zaaddodende middelen en de kalender- of temperatuurmethode worden slechts door enkelen gebruikt.

Tabel 4.144. Gebruik van anticonceptie

	Interventiegroep Ghapro (n=69)	Interventiegroep Pasop (n=72)	Controlegroep Limburg (n=72)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=44)	TOTAAL (n=257)
<b>Gebruik van anticonceptie? (*)</b>					
Ja	84.1% (n=58)	75.0% (n=54)	79.2% (n=57)	68.2% (n=30)	77.8% (n=200)
<b>Indien ja, welke vorm?</b>	(n=58)	(n=54)	(n=57)	(n=30)	(n=200)
Condoom	15.5% (n=9)	9.2% (n=5)	24.6% (n=14)	13.3% (n=4)	16.0% (n=32)
Sterilisatie	6.9% (n=4)	9.2% (n=5)	12.3% (n=7)	3.3% (n=1)	8.5% (n=17)
Pil	48.3% (n=28)	44.4% (n=24)	47.4% (n=27)	53.3% (n=16)	47.5% (n=95)
Prikpil	6.9% (n=4)	5.6% (n=3)	1.7% (n=1)	0% (n=0)	4.0% (n=8)
Vaginale ring	1.7% (n=1)	3.7% (n=2)	1.7% (n=1)	0% (n=0)	2.0% (n=4)
Spiraaltje	12.1% (n=7)	13.0% (n=7)	5.3% (n=3)	23.3% (n=7)	12.0% (n=24)
Op tijd terugtrekken	0% (n=0)	1.8% (n=1)	1.7% (n=1)	0% (n=0)	1.0% (n=2)
Implantaat	1.7% (n=1)	3.7% (n=2)	1.7% (n=1)	3.3% (n=1)	2.5% (n=5)
Pleister	1.7% (n=1)	0% (n=0)	3.5% (n=2)	0% (n=0)	1.5% (n=3)
Zaaddodende middelen	1.7% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.5% (n=1)
Kalender/temperatuurmethode	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Pil + iets anders	3.4% (n=2)	9.2% (n=5)	0% (n=0)	3.3% (n=1)	4.0% (n=8)

(\*) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 11 respondenten is deze vraag niet van toepassing (man)

Of de respondenten al dan niet een vorm van anticonceptie gebruiken, bekeken volgens herkomst en aantal jaren ervaring, levert geen noemenswaardige verschillen op. Volgens sector (tabel 4.145) merken we dat de bar/club-sekswerkers het minst en de escortes het meest een vorm van anticonceptie gebruiken. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren statistisch significant zijn. Volgens leeftijd (tabel 4.146) merken we dat de vrouwen van 40 jaar of ouder het minst een voorbehoedsmiddel gebruiken. Deze verschillen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=9,39$ ;  $\text{df}=2$ ;  $\text{df}=0,009$ ).

Tabel 4.145. Gebruik van anticonceptie volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=2)	Raam (n=52)	Bar/club (n=45)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=114)	Privé geen intiem (n=25)	Escort (n=17)
Gebruikt anticonceptie	100% (n=2)	82.7% (n=43)	66.7% (n=30)	100% (n=2)	76.3% (n=87)	80.0% (n=20)	94.1% (n=16)

(\*) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 11 respondenten is deze vraag niet van toepassing (man)

Tabel 4.146. Gebruik van anticonceptie volgens leeftijd (\*)

	≤ 29 jaar (n=93)	30-39 jaar (n=96)	≥ 40 jaar (n=59)
Gebruikt anticonceptie	78.5% (n=73)	85.4% (n=82)	64.4% (n=38)

(\*) Van 14 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 11 respondenten was deze vraag niet van toepassing (man)

Bij het gebruik van enige vorm van anticonceptie werd nagegaan of de respondenten soms moeilijkheden of problemen hebben met het gebruik van hun anticonceptie (tabel 4.147). De meesten ondervinden hier geen problemen mee. Toch vergeet een tiende van alle respondenten soms het voorbehoedsmiddel op regelmatige basis te gebruiken: ze vergeten bijvoorbeeld soms hun pil in te nemen, ze vergeten soms hun Nuvaring op tijd in te steken of eruit te halen of ze vergeten op tijd een nieuwe prikpil te gaan halen. Iets meer dan 15% ondervindt dan weer lichamelijke problemen door het gebruik van hun voorbehoedsmiddel zoals wat gewicht bijkomen, hoofdpijn, bloedverlies, libidoverlies of acnevorming. De verschillen in het al dan niet hebben van problemen tussen de verschillende groepen zijn niet statistisch significant ( $\text{Chi}^2=6,16$ ;  $\text{df}=3$ ;  $\text{p}=0,104$ ).

Tabel 4.147. Problemen met het gebruik van anticonceptie

	Interventiegroep Ghapro (n=54)	Interventiegroep Pasop (n=48)	Controlegroep Limburg (n=45)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=29)	TOTAAL (n=176)
Geen problemen	63.0% (n=34)	70.8% (n=34)	82.2% (n=37)	58.6% (n=17)	69.3% (n=122)
Probleem: vergeten	13.0% (n=7)	16.7% (n=8)	8.9% (n=4)	6.9% (n=2)	11.9% (n=21)
Probleem: lichamelijk	16.7% (n=9)	12.5% (n=6)	8.9% (n=4)	34.5% (n=10)	16.5% (n=29)
Probleem: lichamelijk + vergeten	7.4% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	2.3% (n=4)

(\*) Van 24 respondenten ontbreken deze gegevens



*Intermezzo*

***Wat zijn betrouwbare voorbehoedsmiddelen?*<sup>30</sup>**

*Wanneer men niet zwanger wilt worden, wordt aangeraden om naast condoms ook een betrouwbaar voorbehoedsmiddel te gebruiken. Een condoom beschermt tegen zwangerschap, maar er kan bij het gebruik altijd iets misgaan.*

*Als meest betrouwbare voorbehoedsmiddelen worden de pil, de prikpil, de pleisterpil en de vaginale ring of Nuvaring aangeraden. Voorbehoedsmiddelen die minder geschikt zijn om te werken in prostitutie zijn het spiraaltje (koper of hormonaal), sterilisatie en een implantaat. Voorbehoedsmiddelen die ongeschikt zijn als men in de prostitutie werkt zijn zaaddodende middelen (pasta's, tabletten, gelei en schuim), op tijd terugtrekken en de kalender- of temperatuurmethode.*

**7.3. Zwangerschappen en zwangerschapsonderbrekingen**

Tabel 4.148 geeft weer of de vrouwen ooit al zwanger zijn geweest en hoeveel keer dat dan was. Van alle respondenten is bijna drie vierde al ooit zwanger geweest. De verschillen tussen de groepen zijn niet zo groot en niet significant ( $\chi^2=1,27$ ;  $df=3$ ;  $p=0,737$ ). De meesten zijn al één of twee keer zwanger geweest. Iets meer dan een vijfde is al drie keer zwanger geweest. 20 vrouwen zijn al 4 keer zwanger geweest, 4 vrouwen 5 keer, 1 vrouw 6 keer, 1 vrouw 7 keer en 1 vrouw is al 21 keer zwanger geweest.

Tabel 4.148. Zwangerschappen

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	Controlegroep Limburg	Controlegroep Vlaams-Brabant	TOTAAL
<b>Ooit al zwanger geweest? (*<sub>1</sub>)</b>	(n=71)	(n=72)	(n=71)	(n=43)	(n=257)
Ja	73.2% (n=52)	76.4% (n=55)	70.4% (n=50)	67.4% (n=29)	72.4% (n=186)
<b>Indien ja, hoeveel keer? (*<sub>2</sub>)</b>	(n=51)	(n=55)	(n=48)	(n=27)	(n=181)
Eén keer	27.5% (n=14)	30.9% (n=17)	39.6% (n=19)	44.4% (n=12)	34.3% (n=62)
Twee keer	25.5% (n=13)	34.6% (n=19)	25.0% (n=12)	29.6% (n=8)	28.7% (n=52)
Drie keer	23.5% (n=12)	21.8% (n=12)	20.8% (n=10)	18.5% (n=5)	21.5% (n=39)
Vier of meer keer	23.5% (n=12)	12.7% (n=7)	14.6% (n=7)	7.4% (n=2)	15.5% (n=28)

(\*<sub>1</sub>) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 11 respondenten is deze vraag niet van toepassing (man)

(\*<sub>2</sub>) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.149 geeft vervolgens de zwangerschapsonderbrekingen weer. Bijna 60% had nog nooit een abortus. Dit is het hoogst in de interventiegroep Pasop en de controlegroep Limburg en het laagst in de interventiegroep Ghapro en de controlegroep Vlaams-Brabant. Of de respondenten al ooit een abortus hebben gehad, verschilt niet statistisch significant volgens de vier groepen ( $\chi^2=7,64$ ;  $df=3$ ;  $p=0,054$ ).

<sup>30</sup> Informatie uit het 'safesex' boekje, uitgegeven door Ghapro in samenwerking met Pasop en Espace P.

Een vijfde van alle respondenten had al ooit één zwangerschapsonderbreking. Zeven vrouwen hadden vier zwangerschapsonderbrekingen, twee vrouwen vijf en één vrouw had er zestien.

Tabel 4.149. Aantal zwangerschapsonderbrekingen (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=70)	Interventiegroep Pasop (n=71)	Controlegroep Limburg (n=69)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=41)	TOTAAL (n=251)
Geen	45.7% (n=32)	64.8% (n=46)	68.1% (n=47)	56.1% (n=23)	59.0% (n=148)
Eén	28.6% (n=20)	18.3% (n=13)	20.3% (n=14)	19.5% (n=8)	21.9% (n=55)
Twee	14.3% (n=10)	11.3% (n=8)	8.7% (n=6)	19.5% (n=8)	12.7% (n=32)
Drie	4.3% (n=3)	2.8% (n=2)	0% (n=0)	2.4% (n=1)	2.4% (n=6)
Vier of meer	7.1% (n=5)	2.8% (n=2)	2.9% (n=2)	2.4% (n=1)	4.0% (n=10)

(\*) Van 11 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 11 respondenten is deze vraag niet van toepassing (man)

Het al dan niet een zwangerschapsonderbreking hebben gehad levert geen noemenswaardige verschillen op wanneer deze worden bekeken volgens leeftijd en aantal jaren ervaring. Volgens sector (tabel 4.150) merken we dat de escortes het minst een onderbreking van de zwangerschap hebben gehad en volgens herkomst (tabel 4.151) zien we dat de Belgische vrouwen het minst een zwangerschapsonderbreking hebben ondergaan. De aantallen zijn telkens te klein om na te gaan of de verschillen tussen de sectoren en herkomst statistisch significant zijn.

Tabel 4.150. Ooit al zwangerschapsonderbreking gehad volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=2)	Raam (n=53)	Bar/club (n=45)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=110)	Privé geen intiem (n=24)	Escort (n=17)
Ooit al onderbreking gehad	100% (n=2)	47.2% (n=25)	48.9% (n=22)	0% (n=0)	36.4% (n=40)	41.7% (n=10)	29.4% (n=5)

(\*) Van 9 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 11 respondenten is deze vraag niet van toepassing (man)

Tabel 4.151. Ooit al zwangerschapsonderbreking gehad volgens herkomst (\*)

	België (n=121)	Land in West- Europa (n=30)	Land in Oost- Europa (n=57)	Land in Afrika (n=13)	Land in Azië (n=17)	Land in Latijns- Amerika (n=8)
Ooit al onderbreking gehad	33.9% (n=41)	46.7% (n=14)	43.9% (n=25)	84.6% (n=11)	41.2% (n=7)	25.0% (n=2)

(\*) Van 16 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 11 respondenten is deze vraag niet van toepassing (man)

#### 7.4. Handelingen bij vaginale of anale klachten

In tabel 4.152 wordt weergegeven wat de respondenten doen als ze vaginale of anale klachten hebben. De meesten gaan naar de huisarts of de gynaecoloog of gaan zelf iets halen bij de apotheker. Van de respondenten uit de beide interventiegroepen geeft meer dan 65% aan naar Ghapro of Pasop te gaan bij vaginale of anale klachten. Iets meer dan een vijfde van alle respondenten geeft aan nooit vaginale of anale klachten te hebben.

Tabel 4.152. Handelingen bij vaginale of anale klachten (†) (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=77)	Interventiegroep Pasop (n=74)	Controlegroep Limburg (n=72)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=45)	TOTAAL (n=268)
Ik heb nooit vaginale of anale klachten	14.3% (n=11)	8.1% (n=6)	30.6% (n=22)	48.9% (n=22)	22.8% (n=61)
Medicatie aan collega's/vrienden vragen	2.6% (n=2)	4.1% (n=3)	0% (n=0)	2.2% (n=1)	2.2% (n=2)
Zelf iets gaan halen bij de apotheek	18.2% (n=14)	28.4% (n=21)	12.5% (n=9)	22.2% (n=10)	20.1% (n=54)
Naar de huisarts	28.6% (n=22)	36.5% (n=27)	44.4% (n=32)	26.7% (n=12)	34.7% (n=93)
Naar de gynaecoloog	26.0% (n=20)	33.8% (n=25)	38.9% (n=28)	20.0% (n=9)	30.6% (n=82)
Ziekenhuis	3.9% (n=3)	1.4% (n=1)	6.9% (n=5)	6.7% (n=3)	4.5% (n=12)
Naar Ghapro / Pasop	61.0% (n=47)	71.6% (n=53)	-	-	66.2% (n=100/151)
Wachten tot het over gaat	6.5% (n=5)	1.4% (n=1)	1.4% (n=1)	4.4% (n=2)	3.4% (n=9)

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

(\*) Van 5 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.153 geeft dan weer of de respondenten blijven werken wanneer ze vaginale of anale klachten hebben. Iets meer dan 15% geeft aan te blijven werken en ongeveer een tiende blijft werken, maar verleent dan geen vaginale of anale seks. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn.

Tabel 4.153. Blijven de respondenten werken bij vaginale of anale klachten (\*)

	Interventiegroep Ghapro (n=74)	Interventiegroep Pasop (n=71)	Controlegroep Limburg (n=68)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=45)	TOTAAL (n=258)
Ik heb nooit vaginale of anale klachten	14.9% (n=11)	8.5% (n=6)	32.3% (n=22)	48.9% (n=22)	23.6% (n=61)
Ja	12.2% (n=9)	23.9% (n=17)	13.2% (n=9)	11.1% (n=5)	15.5% (n=40)
Ja, maar geen vaginale of anale seks	10.8% (n=8)	16.9% (n=12)	5.9% (n=4)	6.7% (n=3)	10.5% (n=27)
Nee	62.2% (n=46)	50.7% (n=36)	48.5% (n=33)	33.3% (n=15)	50.4% (n=130)

(\*) Van 15 respondenten ontbreken deze gegevens

## 7.5. SOI-verleden

### 7.5.1. Gegevens door de respondenten gerapporteerd

Aan de respondenten werd gevraagd of ze ooit al een seksueel overdraagbare infectie hebben gehad. Uit tabel 4.154 blijkt dat bijna 65% van alle respondenten nog nooit een SOI heeft gehad. De respondenten uit de controlegroepen hebben, in vergelijking met de respondenten uit de interventiegroepen, meer nog nooit een SOI gehad. Of de respondenten al ooit een SOI hebben gehad of niet, verschilt statistisch significant tussen de vier groepen ( $\chi^2=13,21$ ;  $df=3$ ;  $p=0,004$ ).

De respondenten uit de interventiegroep Ghapro die al meer dan twee SOI's hebben gehad hebben er respectievelijk vier en acht gehad. Bij de interventiegroep Pasop hebben er drie respondenten drie SOI's gehad en heeft er één vier SOI's gehad. Dat maakt dat de respondenten uit de interventiegroep Ghapro en de interventiegroep Pasop respectievelijk al 45 en 49 SOI's hebben gehad. De respondenten uit de controlegroep Limburg en controlegroep Vlaams-Brabant hebben respectievelijk al 16 en 17 SOI's gehad.

Hierbij moet worden opgemerkt dat, zoals reeds werd besproken, de respondenten uit de interventiegroepen veel meer dan de respondenten uit de controlegroepen getest worden op seksueel overdraagbare infecties. Bij deze sekswerkers is de kans dat een SOI wordt gevonden dus ook veel groter en kan het aantal SOI's bij de respondenten uit de controlegroepen een onderschatting zijn. Ook is het onmogelijk om te weten of de SOI is verkregen door seks met een klant of door seks in het privéleven.

Wanneer wordt gekeken naar welke SOI's de respondenten al hebben gehad, wordt als noemer telkens het totaal aantal SOI's binnen een groep genomen. Als teller wordt dan het aantal genomen van de respondenten die deze SOI reeds hebben gehad. Twee respondenten hebben HIV/aids. Deze twee zijn beiden mannen die seks hebben met mannen. Verder merken we dat de SOI die het meeste voorkomt chlamydia is. Ook gonorrhoe, genitale wratjes en herpes komt regelmatig voor. Wanneer iets anders werd genoteerd ging het over candida en gardnerella (wat in principe geen SOI's zijn).

Tabel 4.154. SOI-verleden van de respondenten

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	Controlegroep Limburg	Controlegroep Vlaams-Brabant	TOTAAL
<b>Al ooit een SOI gehad? (*)</b>	(n=76)	(n=75)	(n=71)	(n=45)	(n=267)
Nee	61.9% (n=47)	52.0% (n=39)	80.3% (n=57)	66.7% (n=30)	64.8% (n=173)
Ja, één	27.6% (n=21)	37.3% (n=28)	16.9% (n=12)	28.9% (n=13)	27.7% (n=74)
Ja, twee	7.9% (n=6)	5.3% (n=4)	2.8% (n=2)	4.4% (n=2)	5.2% (n=14)
Ja, meer dan twee	2.6% (n=2)	5.3% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)	2.2% (n=6)
<b>Indien ja, welke SOI?</b>	(n=45)	(n=49)	(16)	(n=17)	(n=127)
HIV/aids	4.4% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.6% (n=2)
Chlamydia	37.8% (n=17)	36.7% (n=18)	37.5% (n=6)	41.2% (n=7)	37.8% (n=48)
Gonorrhoe	11.1% (n=5)	8.2% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)	7.1% (n=9)
Genitale wratjes	6.7% (n=3)	18.4% (n=9)	12.5% (n=2)	5.9% (n=1)	11.1% (n=15)
Herpes	8.9% (n=4)	16.3% (n=8)	12.5% (n=2)	11.8% (n=2)	12.6% (n=16)
Syfilis	6.7% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	2.4% (n=3)
Hepatitis B	4.4% (n=2)	2.0% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	2.4% (n=3)
Trichomonas	2.2% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	5.9% (n=1)	1.6% (n=2)
Schaamluizen	2.2% (n=1)	4.0% (n=2)	12.5% (n=2)	0% (n=0)	3.9% (n=5)
Schurft	4.4% (n=2)	2.0% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	2.4% (n=3)
Weet ik niet	6.7% (n=3)	6.1% (n=3)	12.5% (n=2)	17.6% (n=3)	8.7% (n=11)
Andere	4.4% (n=2)	6.1% (n=3)	12.5% (n=2)	17.6% (n=3)	7.9% (n=10)

(\*) Van 6 respondenten ontbreken deze gegevens

Wanneer het al dan niet hebben gehad van een SOI wordt bekeken volgens leeftijd merken we geen noemenswaardige verschillen. Volgens sector (tabel 4.155) kunnen we vaststellen dat vooral de raamsekswerkers en de privésekswerkers die geen intiem doen nog nooit een SOI hebben gehad. Hierbij moet opgemerkt worden dat de raamsekswerkers enkel respondenten uit de interventiegroep zijn, wat dus betekent dat deze vrouwen regelmatig in contact staan met Ghapro of Pasop. Volgens herkomst (tabel 4.156) merken we dat bijna de helft van de Belgische respondenten reeds een SOI heeft gehad, tegenover de Oost-Europese vrouwen waarbij nog geen vierde al ooit een SOI heeft gehad. De aantallen zijn telkens te klein om na

te gaan of de verschillen tussen de sectoren en herkomst statistisch significant zijn. Volgens aantal jaren ervaring (tabel 4.157) merken we dat het al hebben gehad van een SOI stijgt naarmate men langer werkzaam is als sekswerker. Deze verschillen zijn statistisch significant ( $\text{Chi}^2=9,67$ ;  $\text{df}=3$ ;  $p=0,022$ ).

Tabel 4.155. Ooit al SOI gehad volgens hoofdsector (\*)

	Straat (n=3)	Raam (n=56)	Bar/club (n=45)	Bar/club + raam (n=2)	Privé (n=113)	Privé geen intiem (n=24)	Escort (n=24)
Ooit al SOI gehad	100% (n=3)	23.2% (n=13)	42.2% (n=19)	50.0% (n=1)	37.2% (n=42)	20.8% (n=5)	45.8% (n=11)

(\*) Van 6 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.156. Ooit al SOI gehad volgens herkomst (\*)

	België (n=131)	Land in West- Europa (n=32)	Land in Oost- Europa (n=57)	Land in Afrika (n=13)	Land in Azië (n=17)	Land in Latijns- Amerika (n=10)
Ooit al SOI gehad	48.1% (n=63)	31.1% (n=10)	24.6% (n=14)	23.1% (n=3)	17.6% (n=3)	0% (n=0)

(\*) Van 13 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.157. Ooit al SOI gehad volgens hoelang de respondenten al werken als sekswerker (\*)

	≤ 1 jaar (n=34)	2-5 jaar (n=91)	6-9 jaar (n=52)	≥ 10 jaar (n=67)
Ooit al SOI gehad	14.7% (n=5)	33.0% (n=30)	42.0% (n=21)	43.9% (n=29)

(\*) Van 32 respondenten ontbreken deze gegevens

Tabel 4.158 geeft weer hoe de respondenten de SOI's hebben behandeld. Als noemer wordt hier telkens het aantal respondenten genomen binnen een groep dat al een SOI heeft gehad en als teller wordt het aantal respondenten genomen dat de betreffende behandeling heeft toegepast. We kunnen vaststellen dat de vrouwen uit de controlegroepen vooral naar de gynaecoloog of de huisarts zijn gegaan, en dat de respondenten uit de interventiegroepen vooral Ghapro en Pasop raadpleegden voor de behandeling van de SOI. Wanneer een andere mogelijkheid werd genoteerd ging het over het ITG, de GGD, of noteerden de respondenten dat ze zich samen met hun partner lieten behandelen.

Tabel 4.158. Behandeling van de SOI's (†)

	Interventiegroep Ghapro (n=29)	Interventiegroep Pasop (n=36)	Controlegroep Limburg (n=14)	Controlegroep Vlaams-Brabant (n=15)	TOTAAL (n=94)
Medicatie van collega's/vrienden	3.4% (n=1)	2.8% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	2.1% (n=2)
Zelf iets gaan halen bij de apotheek	3.4% (n=1)	13.9% (n=5)	28.6% (n=4)	0% (n=0)	10.6% (n=10)
Naar de huisarts	24.1% (n=7)	25.0% (n=9)	64.3% (n=9)	20.0% (n=3)	29.8% (n=28)
Naar de gynaecoloog	24.1% (n=7)	33.3% (n=12)	21.4% (n=3)	66.7% (n=10)	34.0% (n=32)
Naar Ghapro of Pasop	75.9% (n=22)	61.1% (n=22)	-	-	67.7% (n=44/65)
Ziekenhuis	10.3% (n=3)	8.3% (n=3)	0% (n=0)	13.3% (n=2)	8.5% (n=8)
Wachten tot het over gaat	0% (n=0)	2.8% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.1% (n=1)
Andere	% (n=3)	% (n=2)	14.3% (n=2)	20.0% (n=3)	10.6% (n=10)

(†) Meerdere antwoorden mogelijk

Afsluitend werd nagegaan hoeveel respondenten uit de interventiegroepen een SOI hadden nadat ze voor het eerst in contact kwamen met Ghapro of Pasop. Dit wordt berekend door als noemer alle respondenten uit de betreffende groep te nemen die al ooit een SOI hebben gehad

en als teller het aantal van deze respondenten dat een SOI had sinds het eerste contact met Ghapro of Pasop. Uit tabel 4.159 blijkt dat, van alle respondenten uit de interventiegroep Ghapro die al ooit een SOI hebben gehad, bijna drie vierde een SOI had na het eerste contact met Ghapro. Bij de interventiegroep Pasop heeft, van alle respondenten die al ooit een SOI hebben gehad, iets meer dan de helft een SOI gehad na het eerste contact met Pasop. De verschillen tussen de groepen zijn niet statistisch significant ( $\chi^2=2,03$ ;  $df=1$ ;  $p=0,154$ ).

Vervolgens wordt het aantal SOI's bekeken die de respondenten hadden na het eerste contact met Ghapro of Pasop. Als noemer wordt het totaal aantal SOI's genomen die de respondenten uit de betreffende groepen al ooit hebben gehad en als teller het aantal van deze SOI's die de respondenten hadden na het eerste contact met Ghapro of Pasop. Van alle SOI's die de respondenten uit de interventiegroepen al ooit hebben gehad, deed bijna 60% zich voor na het eerste contact met Ghapro of Pasop. Deze aantallen liggen hoger bij de interventiegroep Ghapro dan bij de interventiegroep Pasop.

Hierbij moet worden opgemerkt dat uiteraard niet is geweten of bijvoorbeeld de respondent de SOI heeft opgelopen vóór het eerste contact met Ghapro of Pasop en dat deze is ontdekt bij het eerste contact met Ghapro of Pasop. Ook is niet geweten of de respondenten in contact staan met Ghapro of Pasop vanaf het begin dat ze zijn gestart met het sekswerk, of dat ze pas een tijd nadat ze reeds werkzaam waren als sekswerker in contact zijn gekomen met Ghapro of Pasop. Zoals reeds vermeld is het ook onmogelijk om te weten of de SOI is verkregen door seks met een klant of door seks in het privéleven.

Tabel 4.159. SOI's bij de respondenten uit de interventiegroepen sinds het eerste contact met Ghapro of Pasop

	Interventiegroep Ghapro	Interventiegroep Pasop	TOTAAL
<b>SW heeft SOI gehad sinds 1<sup>ste</sup> contact met Ghapro/Pasop? (*<sub>1</sub>)</b>	(n=29)	(n=33)	(n=65)
Ja	72.4% (n=21)	51.5% (n=17)	58.5% (n=38)
<b>Aantal SOI's die zijn ontdekt na 1<sup>ste</sup> contact met Ghapro/Pasop? (*<sub>2</sub>)</b>	(n=45)	(n=46)	(n=94)
Aantal	66.7% (n=30)	54.3% (n=25)	58.5% (n=55)

(\*<sub>1</sub>)Van 3 respondenten ontbreken deze gegevens (\*<sub>2</sub>) Over 3 SOI's ontbreken deze gegevens

### 7.5.2. Gegevens uit de medische dossiers van de respondenten uit de interventiegroepen

In dit deel zal voor de respondenten uit de interventiegroepen bekeken worden wat terug te vinden is over het SOI-verleden in de medische dossiers waarover Ghapro en Pasop beschikken.

#### *Ghapro*

In tabel 4.160 worden de resultaten weergegeven van het totaal aantal SOI-testen die zijn afgenomen bij de 77 bevraagde respondenten. Zo zijn in totaal 383 HIV-testen afgenomen, waarvan één test positief was. Hier moet wel bij vermeld worden dat er nog één respondent HIV-positief was, maar dat deze test niet bij Ghapro werd afgenomen en dus niet opgenomen

is in deze tabel. Van de in totaal 383 uitgevoerde syfilis-testen, werd geen enkele positieve test vastgesteld. Ook gonorroe en trichomonas werden relatief weinig vastgesteld: van de 424 gonorroe-testen waren er 4 positief en van de 104 trichomonas testen waren er ook 4 positief. Chlamydia komt het meeste voor: 18 van de 416 afgenomen chlamydia-testen waren positief.

Tabel 4.160. Uitslagen van de afgenomen testen (interventiegroep Ghapro)

	Aantal testen	Positief	Negatief	Onvoldoende staal/geen DNA-amplificatie
HIV	383	0.3% (n=1)	99.4% (n=381)	0.3% (n=1)
Syfilis	379	0% (n=0)	99.5% (n=377)	0.5% (n=2)
Gonorroe	424	0.9% (n=4)	96.2% (n=408)	2.8% (n=12)
Chlamydia	416	4.3% (n=18)	92.1% (n=383)	3.6% (n=15)
Trichomonas	104	3.8% (n=4)	88.5% (n=92)	7.7% (n=8)

Tabel 4.161 geeft de resultaten weer van de in totaal 137 afgenomen hepatitis B-testen. We merken dat één respondent chronisch drager is van het hepatitis B virus.

Tabel 4.61. Uitslagen van de afgenomen hepatitis B-testen (interventiegroep Ghapro)

Negatief, vaccinatie mogelijk	Immuun na vaccinatie	Immuun na infectie, drager	Immuun na infectie, geen drager	Chronisch Hep B drager	Totaal aantal testen
48.2% (n=66)	46.7% (n=64)	1.5% (n=2)	2.9% (n=4)	0.7% (n=1)	137

### *Pasop*

Bij de uitgevoerde SOI-testen van Pasop moet eerst worden opgemerkt dat men in 2001 is overgeschakeld van een papieren dossier naar een elektronisch bestand. Bij deze overschakeling werden niet alle vroegere uitgevoerde testen ingebracht wegens te arbeidsintensief en omdat de vroegere testen niet meer relevant waren voor de praktische opvolging. Sommige van de respondenten staan echter al van voor 2001 in contact met Pasop; de testen die tijdens deze contacten werden uitgevoerd zijn niet mee opgenomen kunnen worden in de volgende tabellen.

Uit tabel 4.162 kunnen we afleiden dat geen enkele HIV-test positief was. Ook op hepatitis B testte niemand positief. Van alle gonorroe testen was er slechts één positief. Hierbij moet opgemerkt worden dat in 2001, 2002 en 2003 geen gonorroe-testen werden uitgevoerd. Het meest wordt positief getest op chlamydia: van alle uitgevoerde testen werd bij 4,4% chlamydia vastgesteld. Resultaten van syfilis-testen en trichomonas-testen zijn voor deze sample sekswerkers niet beschikbaar.

Tabel 4.162. Uitslagen van de afgenomen testen (interventiegroep Pasop)

	Aantal testen	Positief	Negatief	Onvoldoende staal/geen DNA-amplificatie
HIV	264	0% (n=0)	100% (n=264)	0% (n=0)
Hepatitis B	42	0% (n=0)	100% (n=42)	0% (n=0)
Gonorroe	239	0.4% (n=1)	99.6% (n=238)	0% (n=0)
Chlamydia	342	4.4% (n=15)	95.0% (n=325)	0.6% (n=2)

## ***Conclusie van de persoonlijke ervaringen van de respondenten***

Van alle respondenten hadden de meesten de afgelopen drie maanden één sekspartner in het privéleven. Iets meer dan een vijfde had de afgelopen drie maanden twee of meer sekspartners. De groep die de afgelopen drie maanden twee of meer sekspartners had, is even groot bij diegenen met een vaste partner als bij diegenen zonder vaste partner. In het privéleven wordt door bijna een derde een condoom gebruikt. Diegenen met één sekspartner gebruiken meestal geen condoom. Ook gebruikt meer dan de helft met twee of meer sekspartners de afgelopen drie maanden geen condoom in het privéleven.

Het gebruik van anticonceptie van de respondenten is niet ideaal; zo gebruikt ongeveer een vierde van alle respondenten geen enkele vorm van anticonceptie. Van diegenen die wel een voorbehoedsmiddel gebruiken, gebruikt nog niet de helft niet de optimale soort om te werken in de prostitutie. Het aantal dat wél een betrouwbare vorm gebruikt, namelijk de pil, prikpil, vaginale ring of pleister, is wel hoger in de interventiegroepen dan in de controlegroepen. Ook ondervindt ongeveer een vierde soms moeilijkheden of problemen met het gebruik van hun anticonceptie. Het gaat dan om lichamelijke problemen en het soms vergeten om het voorbehoedsmiddel op regelmatige basis te gebruiken.

Van alle respondenten is bijna drie vierde al ooit zwanger geweest. Ongeveer twee vijfde van alle respondenten heeft reeds een zwangerschapsonderbreking ondergaan. Uit de literatuurstudie blijkt dat verschillende studies uit verschillende landen aantonen dat de prevalentie van abortussen tussen de 22% en de 60% ligt bij sekswerkers. Vergelijken met de zwangerschapsonderbrekingen bij de algemene bevolking is moeilijk. In deze studie is immers nagegaan hoeveel van de vrouwen *ooit* al een abortus hebben gehad terwijl voor de algemene bevolking enkel een abortusratio bekend is (het aantal zwangerschapsonderbrekingen per honderd zwangerschappen). Bekeken volgens sector merken we dat de escortes het minst al een onderbreking van de zwangerschap hebben gehad en dat volgens herkomst de Belgische vrouwen het minst al een zwangerschapsonderbreking hebben ondergaan.

Van alle respondenten heeft bijna 65% nog nooit een SOI heeft gehad. De respondenten uit de controlegroepen hebben, in vergelijking met de respondenten uit de interventiegroepen, minder SOI's gehad. Hierbij moet worden opgemerkt dat de respondenten uit de interventiegroepen veel meer dan de respondenten uit de controlegroepen getest worden op seksueel overdraagbare infecties. Bij deze sekswerkers is de kans dat een SOI wordt gevonden dus ook veel groter en kan het aantal SOI's bij de respondenten uit de controlegroepen een onderschatting zijn. Uiteraard is het ook onmogelijk om te weten of de SOI is verkregen door seks met een klant of door seks in het privéleven.

Volgens soorten SOI's merken we dat, net zoals bij de algemene bevolking, chlamydia het meest voorkomt. Ook gonorrhoe, genitale wratjes en herpes komen regelmatig voor. Ook uit



de medische dossiers van de respondenten uit de interventiegroepen blijkt dat chlamydia het meest wordt vastgesteld: net geen 5% van de uitgevoerde chlamydia-testen waren positief. Volgens sector is vastgesteld dat vooral de raamsekswerkers en de privésekswerkers die geen intiem doen nog nooit een SOI hebben gehad. Hierbij moet opgemerkt worden dat de raamsekswerkers enkel respondenten uit de interventiegroep zijn, wat dus betekent dat deze vrouwen regelmatig in contact staan met Ghapro of Pasop. Volgens herkomst merken we dat bijna de helft van de Belgische respondenten reeds een SOI heeft gehad, tegenover de Oost-Europese vrouwen waarbij nog geen vierde al ooit een SOI heeft gehad. Volgens aantal jaren ervaring merken we dat het al hebben gehad van een SOI stijgt naarmate men langer werkzaam is als sekswerker.

Van alle respondenten uit de interventiegroepen die al ooit een SOI hebben gehad, kwamen de meeste SOI's voor vanaf het eerste contact met Ghapro of Pasop. Hierbij moet worden opgemerkt dat uiteraard niet is geweten of bijvoorbeeld de respondent de SOI heeft opgelopen vóór het eerste contact met Ghapro of Pasop en dat deze is ontdekt bij het eerste contact met Ghapro of Pasop. Ook is niet geweten of de respondenten in contact staan met Ghapro of Pasop vanaf het begin dat ze zijn gestart met het sekswerk, of dat ze pas een tijd nadat ze reeds werkzaam waren als sekswerker in contact zijn gekomen met Ghapro of Pasop.

## **8. Enkele bemerkingen van de respondenten**

Afsluitend worden in dit deel enkele opmerkingen en suggesties die de respondenten op het einde van de vragenlijst konden noteren, weergegeven.

Vele vrouwen uit de interventiegroepen gaven weer dat ze zeer tevreden zijn over Ghapro en Pasop en uitten hun dankbaarheid tegenover de organisaties. Enkele voorbeelden:

*'Persoonlijk vind ik Ghapro een heel belangrijke organisatie, werking zou nog uitgebreid mogen worden. Werk al 8 jaar en heb van het begin positief contact met hen. Politie heb ik 1x in mijn carrière gezien en die vond ik brutaal. Ooit probleem gehad met stalker waar politie niets aan gedaan heeft, ondanks dat ze wisten dat ik dit werk deed. Voor andere meisjes zijn de dokters van Ghapro betrouwbaarder dan politie. Dat de dokters zelf contact nemen is ook heel belangrijk. Je kan met problemen wel bij je huisarts terecht, maar dan heeft die ook snel door wat je doet en kan dan zijn afkeuring laten merken, waardoor je niets meer zegt. Dat Ghapro anticonceptie mag voorschrijven is noodzakelijk omdat veel meisjes in dit werk geen tijd hebben om naar de dokter te gaan.'* Interventiegroep Ghapro, privésekswerker.

*'The work they do here is very good, and I want nothing to change! It's perfect like this!'* Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

*'Goed initiatief! Zou iedere prostituee moeten doen, er zijn vele vrouwen die het niet aan hun huisarts durven vertellen welk werk ze doen, vandaar prima.'* Interventiegroep Ghapro, privésekswerker.

*'Ik vind dit gewoon heel noodzakelijk, het geeft een veilig gevoel dat iedereen goed opgevolgd wordt.'* Interventiegroep Ghapro, privésekswerker.

*'Ik vind het 8 jaar fijn samenwerken en raad dit dan ook iedereen aan. Voor je eigen veiligheid en die naar klanten toe.'* Interventiegroep Ghapro, privésekswerker.

*'Ik vind Ghapro/Pasop een zeer goed en noodzakelijk project i.v.m. preventie en voorlichting (SOA).'* Interventiegroep Ghapro, escorte.

*'Veel meisjes kunnen niet naar ergens anders want ze hebben geen behoefte aan moraalridders. Dus noodzakelijk.'* Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

*'Great they do always something for X-mas, Nederlandse les, celebrations, soup, condoms for the girls, ...'* Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

*'Je veux juste dire merci pour leur service et le gentillesse. C'est bien que Ghapro existe.'* Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

*'They make nice work trying to help everybody. Thanks.'* Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

*'Ik ben heel blij dat jullie er zijn voor ons! Want het is toch nog altijd een beroep waar je moeilijk mee naar buiten kan komen en dan natuurlijk de problemen i.v.m. gezondheid die erbij komen en je niet altijd kunt vertellen tegen iedereen. THANKS.'* Interventiegroep Pasop, privésekswerker.

*'Vooral verder doen! Jullie zijn zeer goed bezig!'* Interventiegroep Pasop, privésekswerker.

*'Ik vind het initiatief zoals Pasop formidabel en heel erg nuttig. Ik hoop dat het in de andere provincies mag opgestart worden!'* Interventiegroep Pasop, privésekswerker.

*'Pasop is supergoed! Er zouden er op meer plaatsen moeten komen.'* Interventiegroep Pasop, escort (man).

*'Ik ben heel blij dat er zoiets bestaat zoals Pasop. Want het is heel belangrijk dat zij er zijn in deze sector. Teveel jonge meisjes laten zich anders niet onderzoeken. Dankzij Pasop gebeurt dit wel.'* Interventiegroep Pasop, privésekswerker.

*'Heel veel succes! Dat er nog vele meisjes en jongens mogen geholpen worden. Xxx.'* Interventiegroep Pasop, escorte.

*'Pasop is enorm belangrijk. Het is de enige plaats waar ik vrij en openhartig met alles terecht kan voor werk en gezondheid. Het zijn ook de enige professionele mensen die*

*ons niet als uitschot behandelen maar gewoon als mens. Ik heb veel vertrouwen in het team i.v.m. beroepsgeheim. Heb al 10 jaar zelfde huisarts maar tegen hem zal ik nooit zeggen dat ik dit werk doe. Ik kan me niet permitteren dat hij dit zou doorvertellen in mijn onmiddellijke omgeving. Bij Pasop kan dit niet doordat alles anoniem is. Het risico van uitlekken naar kinderen is er niet.'* Interventiegroep Pasop, privésekswerker.

*'Heel vriendelijk. Toffe mensen. Alles is perfect en hoop dat ze altijd zullen blijven bestaan.'* Interventiegroep Pasop, privésekswerker.

*'Ik vind dit een heel goede organisatie voor dames die dit niet aan hun dokter of gynaecoloog kunnen zeggen. En het blijft anoniem. En een voordeel: je kan er altijd langsgaan of bellen als je problemen hebt. Hopelijk kan dit in heel België voor vrouwen en mannen in het sekswerk. Alvast bedankt.'* Interventiegroep Pasop, privésekswerker.

*'Pasop is een grote steun voor mensen in onze sector!'* Interventiegroep Pasop, privésekswerker.

*'Een centrum als Ghapro of Pasop geeft toch wel een geruststellend gevoel. Een gevoel dat je er niet alleen voor staat. Doe zo verder!'* Interventiegroep Pasop, bar/club-sekswerker.

Ook de respondenten uit de controlegroep noteerden soms extra de nood aan een hulpverlening zoals Ghapro en Pasop deze biedt:

*Het zou zeer raadzaam zijn voor nieuwe jonge collega's: een goede psychische voorbereiding geven. Ik doe mijn job megagraag, echt, ik geniet van elke ervaring en vind het leuk om nieuwe fantasieën te ontdekken. Maar heb ooit een jonge collega gehad, die na elke klant panikeerde. Voor jonge meiden als hen zou een infoavond in het bijzijn van een gynaecoloog, psycholoog en een vertrouwensdame zeer nuttig kunnen zijn. Je kan als collega wel iemand proberen inlichten en geruststellen, maar dat zal minder geloofwaardig overkomen dan dat dit van professionele, gespecialiseerde mensen komt.'* Controlegroep Vlaams-Brabant, Bar/clubsekswerker.

*'Handig als zo'n organisatie in de buurt zou liggen; doen!'* Controlegroep Limburg, escorte.

*'Er is veel misbruik en pooiers hier in de regio. Vooral uit Roemenië, Polen en Rusland. Zo'n hulpverlening zou dus nuttig zijn.'* Controlegroep Limburg, privésekswerker.

Ook suggesties naar hulpverlening toe, in het algemeen of specifiek voor Ghapro of Pasop, werden soms gegeven:

*'Ik had ooit een situatie waar ik werd opgesloten door een klant en op dat moment kon ik nergens naar bellen. Uiteindelijk heb ik dan toch maar de politie gebeld. Er is nood aan een 24/7 lijn voor sociale hulp bij problemen met klanten.'* Controlegroep Limburg, escorte.

*'De mensen moeten vooral letten op de uitdrukking van meisjes want ze hebben vaak andere hulp nodig (ze zijn vaak gedwongen). Let op: ondervoeding, blauwe plekken, zenuwachtig. Een opvanghuis zoals de Rode Draad in Nederland zou goed zijn.'* Interventiegroep Pasop, raamsekswerker.

*'Ik en andere collega's vinden dat de dokters vrouwen zouden moeten zijn. Op dit moment komt er bij ons een man, en zowel ikzelf als anderen weigeren ons te laten onderzoeken. Omdat hij een man is, en omdat hij snel begint te discussiëren, terwijl hij soms onze geschiedenis niet kent. En dit is dan een jammere zaak, want ondertussen zijn we wel niet getest.'* Interventiegroep Pasop, privésekswerker.

*'Dat er op het werk geen certificaat of dergelijke uithangt om naar de klant toe te tonen dat wij gebruik maken van Pasop. En ook Pasop zou verplicht moeten zijn!!'* Interventiegroep Pasop, privésekswerker.

*'Website maken, een soort forum waar alleen wij op kunnen en waar je slechte klanten kunt melden. Ook aids-remmers beschikbaar maken bij risicocontact.'* Interventiegroep Pasop, escorte.

*'Consultaties zouden mogen worden uitgebreid.'* Interventiegroep Pasop, escort (man).

*'Zou nuttig zijn als ze ook bij swingers kwamen!'* Interventiegroep Ghapro, privésekswerker.

*'Meer uitleg aan jongeren want die weten vaak niks als ze bij ons komen (over ziektes).'* Interventiegroep Ghapro, bar/club-sekswerker.

*'Er zijn de laatste tijd vaak dames die reclame maken voor vrijen zonder condoom: hier misschien een campagne voor doen?'* Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

*'GGD doen wel meer uitgebreide testen. Ghapro zou automatisch ook anaaluitstrijkje moeten doen, keeluitstrijkje, en automatisch een uitstrijkje (dit wordt wel gevraagd hoe lang het geleden is, maar toch zou het er gewoon moeten bijhoren bij het onderzoek).'* Interventiegroep Ghapro, escorte.

*'Many girls still don't know what Ghapro does or why. Didn't know first all the things they did. They help so good, girls don't know always. Maybe more promotion. Girls need consulting.'* Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

*'Betere apparatuur is nodig!'* Interventiegroep Ghapro, raamsekswerker.

*'Misschien 1x per maand avondconsultatie of uitbreiding naar andere steden.'*  
Interventiegroep Ghapro, escorte.

Afsluitend nog enkele bedenkingen over de vragenlijst zelf.

*'Ik vind het goed gestructureerd. En duidelijke vragen. Leuk dat toch iemand zich bezig houdt met dat soort zaken!'* Controlegroep Vlaams-Brabant, bar/club-sekswerker.

*'Voor de volgende keer stel ik voor dat je de dames niet bestempelt met sekswerker. Dan zullen er meer meisjes in deze sector deelnemen aan de vragenlijst. Ik sta hier 100% achter, maar toen ik het woord "sekswerk" las, was mijn zin om deel te nemen over! Ik ben een gezelschapsdame!'* Interventiegroep Pasop, bar/club-sekswerker.

*'In plaats van sekswerker zou de term 'erotisch assistent' leuker klinken.'*  
Interventiegroep Pasop, privésekswerker.

## Hoofdstuk 5.

### Conclusies en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk wordt het verloop van het onderzoek kort samengevat en worden enkele beperkingen aangehaald. Vervolgens wordt een antwoord geformuleerd op de vooropgestelde onderzoeksvragen. Ook worden er enkele aanbevelingen gegeven met betrekking tot preventie bij sekswerkers.

#### 1. Verloop van het onderzoek

Dit onderzoek kadert binnen de ambitie van de Vlaamse Overheid om via effectonderzoek het preventie- en hulpverleningsaanbod in Vlaanderen kwalitatiever en doelgerichter te maken. Binnen het Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin groeit het belang dat men hecht aan een effectieve en efficiënte hulpverlening. Binnen dit kader loopt het Actieplan Kennisdeling Efficiënte en Effectieve Praktijken waarin deze studie zich situeert.

Deze studie is opgezet om een zicht te krijgen op het effect van preventie bij sekswerkers. Door de beroepsmatige risico's en de stigmatisering die sekswerkers ondervinden in de maatschappij, is er immers nood aan een specifieke medische en sociale hulpverlening voor deze groep. Om een zicht te krijgen op dit effect van preventie bij sekswerkers zijn twee specifieke doelstellingen vooropgesteld. Ten eerste had dit onderzoek als doel de werking van Ghapro en Pasop te evalueren. Ghapro en Pasop zijn vzw's die instaan voor de medische (preventief en curatief) en sociale hulpverlening aan sekswerkers in respectievelijk Antwerpen en Oost- en West-Vlaanderen. We onderzochten de effecten van de interventies van beide organisaties op de kennis, de houdingen en het gedrag van sekswerkers in verband met veilige seks, seksueel overdraagbare infecties en bestaande hulpverlening. Ten tweede werd nagegaan welke acties kunnen worden ondernomen om het gebrek aan preventie bij sekswerkers in Limburg en Vlaams-Brabant te ondervangen, aangezien in deze provincies geen organisaties bestaan zoals Ghapro en Pasop.

Om aan de doelstellingen van dit onderzoek tegemoet te komen is gekozen voor een *mixed-methods design* waarbij kwantitatief onderzoek is gecombineerd met kwalitatief onderzoek. In dit onderzoek ligt de nadruk wel op het kwantitatieve luik. In dit kwantitatieve luik werden sekswerkers uit heel Vlaanderen bevroegd via een vragenlijst. Hierbij werd een onderverdeling gemaakt in twee groepen: (a) een interventiegroep die bestaat uit sekswerkers die reeds langere tijd in contact staan met Ghapro of Pasop en (b) een controlegroep bestaande uit sekswerkers die niet in contact staan met een organisatie als Ghapro of Pasop.

Aangezien Ghapro werkzaam is in de provincie Antwerpen en Pasop in de provincies Oost- en West-Vlaanderen zijn de sekswerkers voor de controlegroep gezocht in de twee andere provincies in Vlaanderen: Limburg en Vlaams-Brabant. Dit zijn namelijk de enige twee regio's in Vlaanderen waar geen enkele organisatie interventies uitvoert met betrekking tot

preventieve acties specifiek voor sekswerkers. De respondenten uit de controlegroep werden op een persoonlijke manier gerekruteerd: er werd steeds naar de werkplekken gereden met de vraag of ze wensten mee te werken aan het onderzoek. Deze aanpak bleek immers efficiënter dan de oorspronkelijke manier van rekruteren waarbij de respondenten eerst telefonisch werden gecontacteerd. De mogelijke respondenten voor de interventiegroep werden aangeleverd door de medewerkers van Ghapro en Pasop; de contactgegevens van de sekswerkers die reeds langere tijd en op regelmatige basis in contact staan met Ghapro of Pasop en die interesse hadden om mee te werken aan het onderzoek, werden doorgegeven aan de onderzoeksters. In totaal werden 273 vragenlijsten afgenomen bij sekswerkers uit heel Vlaanderen. 152 vragenlijsten werden ingevuld door respondenten uit de interventiegroep en 121 door respondenten uit de controlegroep. Ondanks dat het gaat om een zeer moeilijk te bereiken doelgroep, hebben dus veel sekswerkers meegewerkt aan het onderzoek. Dat ook veel sekswerkers die nog nooit met een hulpverlening zoals Ghapro of Pasop in contact stonden werden bevraagd, dient onderstreept te worden.

## **2. Beperkingen van het onderzoek**

*Response bias* en *sampling bias* zijn inherent aan dit soort onderzoek. Bij deze thematiek moet sociaal wenselijk antwoorden op de persoonlijke en gevoelige vragen in het achterhoofd gehouden worden. Er is getracht om deze *response bias* te minimaliseren door de respondenten steeds te garanderen dat de vragen anoniem behandeld zullen worden. Bij contacten met de sekswerkers uit de controlegroep werd ook steeds benadrukt dat hun medewerking en eerlijkheid ook voor hen voordelen kan opleveren. Wanneer dit onderzoek de effectiviteit van de werking van Ghapro en Pasop kan aantonen, wordt het nut van een uitbreiding naar Limburg en Vlaams-Brabant immers onderstreept.

Bij de doelgroep is het niet mogelijk om een *random sample* te verkrijgen, waardoor de representativiteit van de steekproef in vraag kan worden gesteld. Sekswerkers zijn een moeilijk te bereiken doelgroep door het stigma en de illegaliteit die gepaard gaan met het beroep. Bij de controlegroep konden de respondenten enkel worden gerekruteerd aan de hand van een *convenience sampling* of *snowball sampling*. Bij *convenience sampling* wordt de steekproef geselecteerd omwille van de beschikbaarheid voor de onderzoekers (dus de contactgegevens die te vinden zijn op het internet en de prostitutie die zichtbaar is in het straatbeeld). Bij *snowball sampling* worden mogelijke respondenten aangebracht door de reeds deelnemende respondenten. De sekswerkindustrie omvat echter ook verborgen sekswerk dat beschouwd kan worden als echt clandestien en dat zeer moeilijk te vinden is, en verdoken sekswerk waarbij prostitutie plaatsvindt in of via organisaties die zich niet als dusdanig bekendmaken. De totale populatie sekswerkers in Vlaanderen inschatten is dus een onmogelijke taak.

Ondanks dat er bijna 300 sekswerkers bevraagd zijn, konden bepaalde statistische testen soms niet worden uitgevoerd. De heterogeniteit van de steekproef zorgt ervoor dat de onderverdeling in de verschillende sectoren en de verschillende herkomst te kleine segmenten

oplevert wat er soms voor zorgde dat het niet mogelijk was om na te gaan of bepaalde verbanden statistisch significant zijn. Het leek bovendien niet nuttig om categorieën samen te nemen en de Belgische tegen de niet-Belgische vrouwen af te zetten: zo zijn bijvoorbeeld de Aziatische sekswerkers niet te vergelijken met de Oost-Europese en zijn de West-Europese vrouwen meer gelijkend op de Belgische dan op de andere herkomsten. Ook zijn de sectoren onderling zo verschillend dat het samennemen van bepaalde categorieën een vertekend beeld zou geven.

Om de interne validiteit van de *self-reporting* data verkregen uit de vragenlijsten te versterken, is de data getrianguleerd met andere onderzoekstechnieken. Zo werden in een kwalitatief luik de medewerkers van de organisaties van Ghapro en Pasop bevraagd aan de hand van diepte-interviews. De perceptie van de prostitutie in het algemeen, de perceptie van hun eigen rol binnen de organisatie, en de perceptie van de rol van de organisatie werden nagegaan bij twaalf medewerkers. Een analyse van de medische dossiers die worden bijgehouden door Ghapro en Pasop, vond eveneens plaats voor de respondenten uit de interventiegroepen.

### **3. Conclusies van het onderzoek**

Om te komen tot de conclusies van het onderzoek worden de resultaten gekoppeld aan de vooropgestelde twee doelstellingen met bijhorende acht onderzoeksvragen.

#### **3.1. Doelstelling 1: De werking van Ghapro en Pasop evalueren**

##### *Onderzoeksvraag 1*

*In hoeverre zijn sekswerkers die in contact staan met Ghapro of Pasop beter geïnformeerd over beroepsspecifieke gezondheidsrisico's (zoals het vermijden van seksueel overdraagbare infecties) en over de bestaande hulpverlening dan sekswerkers die hier niet mee in contact staan?*

##### ***Het correct inschatten van het gevaar van SOI's***

Hoewel vele onderzoekers aangeven dat door de controle die prostituees kunnen uitoefenen over gezondheidsrisico's zij niet meer dan de gewone bevolking ziektedragers en/of verspreiders zijn, is er in deze studie van uitgegaan dat sekswerkers toch als risicogroep beschouwd kunnen beschouwen door het hoge aantal en de frequentie van de seksuele contacten die ze ondernemen. Er is ook steeds een kans op klapcondoom, waardoor de kans op seksueel overdraagbare infecties toeneemt.

Slechts een klein deel van alle respondenten vindt dat het sekswerk geen enkel risico met zich meebrengt. Ook geweld, emotionele problemen en relationele problemen worden aanschouwd



als risico, maar vooral seksueel overdraagbare infecties worden als grootste risico gezien. In de beide controlegroepen ligt het aantal dat vindt dat er *geen risico's* zijn verbonden aan het werk wel veel hoger dan in de interventiegroepen. Het zou kunnen dat Ghapro en Pasop in deze bewustmaking een rol spelen.

### ***Kennis van de sekswerkers over wat de beste manieren zijn om SOI's te vermijden***

Bijna alle respondenten, in zowel de interventiegroepen als de controlegroepen, doen iets preventief voorafgaand aan seks met een klant. Hierbij wordt vooral gelet op blaasjes, wratjes of zweertjes op en rond de penis van een klant. Ook geven de meesten aan dat ze de klant eerst wassen.

Als wordt gevraagd of de sekswerkers weten wat ze zouden moeten doen wanneer orale seks wordt verleend zonder condoom, valt op dat in zowel de interventie- als de controlegroepen veel respondenten niet weten wat de juiste strategie is. Zo geeft meer dan de helft van alle respondenten aan dat ze de mond zouden spoelen met ontsmettingsmiddel, wat slecht is omdat dit wondjes kan veroorzaken waardoor seksueel overdraagbare infecties sneller overgedragen kunnen worden.

Het toepassen van, en dus ook de kennis over, de juiste strategie bij onveilig vaginaal of anaal contact, bijvoorbeeld door een klapcondoom, wordt in de tweede onderzoeksvraag uiteengezet.

### ***Kennis van de sekswerkers over de dienstverlening van Ghapro en Pasop***

Bij de respondenten uit de interventiegroepen werd nagegaan of ze wisten voor welke problemen ze terecht kunnen bij Ghapro of Pasop. Het grootste deel van de respondenten associeert Ghapro en Pasop met medische hulpverlening. Sociale hulpverlening wordt meer door de respondenten uit de interventiegroep Ghapro aangegeven. De meesten weten ook dat ze met niet-beroepsgerelateerde problemen niet bij Ghapro of Pasop terecht kunnen.

### ***Aangeleerde kennis en vaardigheden***

De meeste respondenten uit de interventiegroepen hebben door de contacten met Ghapro of Pasop nieuwe kennis opgedaan of vaardigheden geleerd. Bijna alle respondenten leerden iets bij over seksueel overdraagbare infecties. Over condoomgebruik en anticonceptie brachten de organisaties eveneens bij vele sekswerkers kennis bij.

Iets meer dan een derde geeft aan dat ze hun handelingen tijdens het werken hebben veranderd door contact met Ghapro of Pasop. Deze handelingen gaan over uiteenlopende dingen, maar letten op tekens van SOI's bij een klant en bij het verlenen van orale seks een condoom gebruiken, worden het meest vermeld. Andere handelingen hebben te maken met hygiëne, verzorging en wassen, condoomgebruik, wat te doen bij een klapcondoom,

anticonceptie, glijmiddelgebruik, veiligheidsmaatregelen, assertiviteit en zelf-effectiviteit en omgaan met stress.

*Onderzoeksvraag 2*

In hoeverre passen sekswerkers die in contact staan met Ghapro of Pasop betere praktijken toe met betrekking tot beroepsspecifieke gezondheidsrisico's tegenover sekswerkers die hier niet mee in contact staan?

***Condoomgebruik bij de sekswerkers***

Wanneer het onveilig seksueel gedrag van het afgelopen jaar wordt bekeken, zijn er van alle respondenten vijftien die het laatste jaar vaginale of anale seks hadden met klanten zonder condoom. Dit komt neer op iets meer dan een twintigste van de hele steekproef. De meeste van deze respondenten vinden we terug in de interventiegroep Pasop. Hierbij moet het geven van sociaal wenselijke antwoorden extra worden benadrukt. Het is immers niet evident om toe te geven in een vragenlijst dat er onveilig contact is geweest met klanten. Vele internationale studies geven echter aan dat het algemeen condoomgebruik bij sekswerkers bij vaginale seks hoog is. Medewerkers van Ghapro en Pasop waarschuwen wel dat de aandacht in de media en bij de gewone bevolking omtrent condoomgebruik gestaag afneemt de laatste tijd - de 'HIV-storm' is gaan liggen - en men zou kunnen vermoeden dat het condoomgebruik hierdoor kan verminderen.

In verband met condoomgebruik blijkt het verlenen van orale seks zonder condoom een zeer belangrijk aandachtspunt in zowel de controle- als de interventiegroepen. Het geven van orale seks zonder condoom werd door bijna de helft van alle respondenten gedaan het laatste jaar. In beide interventiegroepen en in de controlegroep Vlaams-Brabant heeft telkens iets minder dan de helft van de respondenten het laatste jaar deze dienst verleend zonder condoom. In de controlegroep Limburg verleende bijna drie vierde van de respondenten orale seks zonder condoom het afgelopen jaar. Ook geven de medewerkers van Ghapro en Pasop aan dat ze merken dat er nog steeds zeer weinig kennis bestaat bij de sekswerkers over de risico's van orale seks zonder condoom. Uit de internationale literatuur blijkt ook dat onveilig seksueel contact veel vaker voorkomt bij orale dan bij vaginale seks, omdat de meesten deze handeling beschouwen als volledig risicovrij.

***Gebruik van handschoenen en glijmiddel***

Zowel het handschoengebruik als het gebruik van glijmiddel ligt veel hoger in de beide interventiegroepen in vergelijking met de beide controlegroepen. Opvallend is het veel groter aantal respondenten uit de interventiegroepen dat glijmiddel gebruikt bij vaginale seks. Glijmiddelgebruik bij vaginale seks is aangeraden, aangezien dit de kans op klapcondoom verlaagt.

### ***Gebruik van anticonceptie***

Het gebruik van anticonceptie van de respondenten is niet ideaal; zo gebruikt ongeveer een vierde van alle respondenten geen enkele vorm van anticonceptie. Van diegenen die wel een voorbehoedsmiddel gebruiken, gebruikt iets minder dan de helft niet de optimale soort om te werken in de prostitutie. Het aantal dat wél een betrouwbare vorm gebruikt, namelijk de pil, prikpil, vaginale ring of pleister, is hoger in de interventiegroepen dan in de controlegroepen.

Verskillende hulpverleners van Ghapro en Pasop spraken dan ook van een gebrek aan kennis en een slordigheid in het gebruik van anticonceptie. Er is duidelijk nood aan meer informatie rond verschillende soorten anticonceptie, gezien het grote aantal doorverwijzingen naar abortuscentra. Enkele hulpverleners merken ook op dat abortus als anticonceptie niet ongebruikelijk is bij sommige sekswerkers.

Ook uit de internationale literatuur blijkt dat verschillende studies hebben aangetoond dat slechts een klein aantal van de sekswerkers echte relevante kennis heeft over anticonceptie, en dat het gebruik ervan laag en/of inconsistent is.

### ***Strategie gehanteerd bij een klapcondoom***

Bijna alle respondenten die in contact staan met Ghapro of Pasop laten zich testen op seksueel overdraagbare infecties na een klapcondoom. Dit in vergelijking met de controlegroepen Limburg en Vlaams-Brabant waar ongeveer de helft zich daarna laat testen. Van alle respondenten hanteert slechts ongeveer een tiende de volledig juiste strategie na een klapcondoom (het sperma eruit laten lopen, niet spoelen, gebruik maken van de noodpil wanneer ze geen anticonceptie gebruiken en naar de dokter gaan). Alle respondenten (op één na) die deze volledig juiste strategie hanteren, zijn terug te vinden in de interventiegroep Ghapro of de interventiegroep Pasop. Wat de sekswerkers juist moeten doen nadat een klapcondoom is voorgevallen blijft een zeer belangrijk aandachtspunt: meer dan een derde van alle respondenten had immers problemen met het gebruik van condooms het laatste jaar.

### ***Jaarlijkse SOI-testen en uitstrijkjes***

De respondenten uit de interventiegroepen zijn veel meer dan de respondenten uit de controlegroepen het laatste jaar getest op seksueel overdraagbare infecties en lieten het laatste jaar een uitstrijkje nemen. Deze testen werden bij de sekswerkers uit de interventiegroepen voornamelijk uitgevoerd door Ghapro en Pasop.

De grote meerderheid van de respondenten die niet in contact staan met Ghapro of Pasop geven wel aan dat ze een jaarlijks medisch onderzoek bij mensen die werken in de sekswerksector belangrijk vinden. Toch laten vele respondenten uit de controlegroepen zich niet jaarlijks testen, wat betekent dat deze sekswerkers de zorg die ze nodig vinden niet opzoeken of ontvangen. Hier speelt het stigma dat het sekswerkberoep met zich meebrengt

een rol: sekswerkers ondervinden vaak een schaamte over hun beroep en zijn bang om hun beroep te vertellen aan hulpverleners.

Uit de diepte-interviews met de medewerkers van Ghapro en Pasop blijkt dat niet enkel dit stigma en de criminalisering van het sekswerk barrières kunnen zijn tot het reguliere hulpverleningsaanbod, maar dat ook de werkomstandigheden een invloed hebben op de toegang. Zo zijn de werkuren vaak niet conform met de openingsuren van het reguliere aanbod en is er vaak niet genoeg motivatie aanwezig om zelf op zoek te gaan naar een oplossing. Anderzijds wordt ook vanuit het reguliere hulpverleningsaanbod meestal geen moeite gedaan om deze groep te bereiken met promotiemateriaal of specifieke openingsuren. Dit zijn allemaal aspecten waarmee Ghapro en Pasop in hun hulpverleningsaanbod wél rekening mee houden. Via outreachactiviteiten trachten de hulpverleners zelf op zoek te gaan naar sekswerkers en dit op tijdstippen en locaties die passen voor de sekswerkers zelf.

### ***Vaccinatie tegen hepatitis B en de drop out bij het vaccinatieschema***

Veel meer respondenten uit de beide interventiegroepen zijn reeds gevaccineerd tegen hepatitis B. Hierbij gebeurde het grootste deel van deze vaccinaties door Ghapro of Pasop. Wanneer wordt gestart met een vaccinatieschema door Ghapro of Pasop, merken we ook dat dit bijna altijd volledig wordt afgemaakt.

### ***Seks in het privéleven***

Van alle respondenten hadden de meesten de afgelopen drie maanden één sekspartner in hun privéleven. Iets meer dan een vijfde had de afgelopen drie maanden twee of meer sekspartners. In het privéleven wordt door ongeveer een derde een condoom gebruikt. In de interventiegroepen ligt dit aantal iets lager dan in de controlegroepen. Diegenen met één sekspartner gebruiken meestal geen condoom. Meer dan de helft met twee of meer sekspartners de afgelopen drie maanden gebruikt eveneens geen condoom in het privéleven. Wanneer de respondenten in het privéleven meerdere sekspartners hebben op een korte tijd, komt het regelmatig voor dat ze hierbij geen condoom gebruiken. Door het hoog condoomgebruik (bij vaginale en anale seks) op het werk en het veel lager condoomgebruik bij niet-betalende sekspartners, lopen sekswerkers meer risico op SOI's in hun privéleven dan door het uitoefenen van sekswerk. Dit zou een aandachtspunt kunnen zijn in de preventie van SOI's. Uit de literatuurstudie blijkt eveneens dat vele onderzoeken bij sekswerkers aantonen dat het condoomgebruik bij niet-betalende sekspartners laag is, wat bijgevolg een verhoogd risico inhoudt voor SOI's.

**Onderzoeksvraag 3**

In hoeverre gebruiken sekswerkers die in contact staan met Ghapro of Pasop de bestaande hulpverlening in hogere mate dan zij die niet met de organisaties in contact staan en in hoeverre communiceren zij al dan niet open over hun beroep en de daaraan verbonden risico's?

***De mate waarin gebruik wordt gemaakt van het reguliere hulpverleningsaanbod en problemen waarvoor sekswerkers er moeilijker terecht kunnen***

Bijna alle respondenten hebben een vaste huisarts en bijna drie vierde heeft een gynaecoloog. We merken dat in alle groepen een groot deel van de respondenten naar de huisarts stapt bij nood aan medische hulp. Bij de beide interventiegroepen liggen deze aantallen telkens iets lager. De respondenten uit de interventiegroepen geven dan ook aan vooral bij Ghapro of Pasop terecht te kunnen voor medische hulp. Slechts één respondent gaf aan nergens terecht te kunnen bij nood aan medische hulp. Het laatste jaar had bijna de helft van alle respondenten nood aan medische hulp. Hiervan vonden er drie respondenten geen hulp voor deze problemen.

Wanneer de respondenten nood hebben aan sociale hulp kan een groot deel terecht bij familie of vrienden. Veertien respondenten gaven aan dat ze nergens terecht kunnen bij sociale problemen. Het laatste jaar had ongeveer een vierde van alle respondenten nood aan sociale hulp. Het ging vooral over financiële problemen en de nood aan een luisterend oor. Ook vragen i.v.m. juridische problemen, verblijfsdocumenten, huisvesting en problemen met de partner werden regelmatig genoemd. Tien respondenten vonden geen hulp voor hun sociale problemen.

De gezondheidsproblemen waarvoor de respondenten uit de interventiegroepen niet bij een gewone dokter terecht kunnen, maar wel bij Ghapro of Pasop, hebben allemaal iets te maken met het beroep, zoals preventieve testen, uitstrijkjes en de behandeling van een SOI of een vaginale infectie. Als redenen worden aangehaald dat ze bij een gewone dokter uitleg moeten geven wanneer ze een bepaalde test vragen, omdat de gewone dokter niet op de hoogte is van het beroep of omdat het een man is, omdat ze bij Ghapro en Pasop anoniem terecht kunnen en omdat ze discreet werken, en omdat ze zich tegenover een gewone dokter schamen voor het beroep. De gezondheidsproblemen waarvoor de respondenten niet bij Ghapro of Pasop terecht kunnen, maar wel bij een gewone dokter, zijn allemaal niet-beroepsgerelateerde aandoeningen. De grens tussen beroepsgerelateerde en niet-beroepsgerelateerde problemen is echter soms moeilijk te trekken.

***Evolutie in de aard van de contacten tussen Ghapro of Pasop en de sekswerker***

Tijdens het eerste en ook tijdens de volgende contacten met Ghapro of Pasop maakten de meeste sekswerkers enkel van medische ondersteuning gebruik. Bijna een vierde maakte zowel van medische als sociale hulpverlening gebruik. Wanneer de medische diensten meer

specifiek worden bekeken, merken we dat het meest SOI-testen en uitstrijkjes worden genomen. Vaccinatie, het krijgen van advies en informatie en advies of een voorschrift voor anticonceptie zijn eveneens zaken die regelmatig plaatsvinden tijdens de medische ondersteuning door Ghapro en Pasop. De sociale ondersteuning gaat over zeer uiteenlopende zaken. Wel valt op dat veel respondenten een luisterend oor nodig hadden, vragen hadden over het sociaal statuut van het beroep of problemen hadden met het uitoefenen van het beroep.

***Mate waarin sekswerkers hun beroepsspecifieke risico's bespreken met dienstverleners uit het reguliere hulpverleningsaanbod***

De medewerkers van Ghapro en Pasop stellen vast dat stigmatisering van sekswerkers nog altijd sterk aanwezig is in de maatschappij en een zware psychologische last betekent. Dit zorgt ervoor dat sekswerkers vaak een dubbelleven leiden en hun beroep verborgen houden voor vrienden, familie en de medische en sociale hulpverleners waarmee ze in contact komen. De reguliere hulpverlening staat bekend om een slechte behandeling van de gestigmatiseerde sekswerkers. Bij een anonieme en gespecialiseerde dienst zoals Ghapro en Pasop kunnen vrouwen, in tegenstelling tot bij de reguliere zorg, steun en toeverlaat krijgen in plaats van een moraliserende preek of een afkeurende blik.

Minder dan de helft van alle huisartsen en gynaecologen van de respondenten is op de hoogte van het beroep van de sekswerkers. Wanneer het aantal wordt bekeken dat ofwel een vaste huisarts heeft die op de hoogte is van het beroep ofwel een gynaecoloog heeft die op de hoogte is van het beroep (of beiden), merken we dat telkens rond 40% in de beide controlegroepen hierover beschikt. Bij de interventiegroepen heeft telkens ongeveer de helft een huisarts en/of gynaecoloog (die niet bij Ghapro of Pasop werkt) die op de hoogte is van het beroep. In de controlegroepen is dus, in vergelijking met de interventiegroepen, veel minder een medische hulpverlener op de hoogte van het beroep en is een correcte behandeling (preventief of curatief) dus veel minder mogelijk. In de interventiegroepen zijn er ook veel respondenten waarvan de huisarts of gynaecoloog niet op de hoogte is van het beroep, maar zij staan regelmatig in contact met Ghapro of Pasop, waardoor deze sekswerkers wel op regelmatige basis de testen krijgen die nodig zijn.

***Onderzoeksvraag 4***

In hoeverre hebben sekswerkers die in contact staan met Ghapro of Pasop een andere houding tegenover veilig vrijen en seksueel overdraagbare infecties, dan sekswerkers die hier niet mee in contact staan?

***De noodzaak aan regelmatige medische onderzoeken bij sekswerkers***

Bij alle respondenten werd nagegaan of ze het nodig vinden dat sekswerkers regelmatig medisch worden onderzocht. Bijna alle respondenten uit zowel de interventie- als de

controlegroepen vinden dergelijke medische onderzoeken nodig tot echt noodzakelijk. Slechts enkelen vinden dit niet echt nodig en niemand vindt dit helemaal niet nodig.

### ***Uitzonderingen op veilige seks***

Wanneer wordt nagegaan of de respondenten in sommige situaties geen condoom gebruiken, geeft in elke groep de grote meerderheid aan dat ze altijd condooms gebruiken. Van alle respondenten geeft echter bijna een vijfde aan dat ze onder bepaalde situaties geen condoom gebruiken. Meestal gebeurt dit bij vaste klanten. In de controlegroep Limburg komt dit het meeste voor en in de controlegroep Vlaams-Brabant het minst. Uit de literatuur blijkt dat sekswerkers hun vaste klanten meestal als ‘schoon’ en ‘proper’ beschouwen, wat wordt gekoppeld aan een verlaagd risico op seksueel overdraagbare infecties.

### ***Houding bij vraag naar onveilige seks***

Wanneer werd gekeken naar het aantal respondenten dat de laatste drie maanden klanten heeft gehad die gevraagd hebben om geen condoom te gebruiken bij de seks (vaginaal, anaal of oraal), geeft de overgrote meerderheid aan dat dit inderdaad gebeurt. Van alle respondenten zijn er nog geen twintig die de laatste drie maanden geen vraag naar onveilige seks kregen. Tussen de interventiegroepen en de controlegroepen zijn geen grote verschillen op te merken in de houding van de sekswerker bij een vraag naar onveilige seks door de klant. De meeste respondenten geven dan aan dat ze de klant weigeren wanneer deze geen condoom wil gebruiken. Ook wordt regelmatig uitgelegd aan de klant wat de risico's ervan zijn. Het uitleggen van de risico's door de sekswerker aan de klanten, kan een belangrijk aandachtspunt zijn. Zo werd in de literatuur de rol van sekswerker als *health educator* reeds aangehaald. Als klanten immers ook als een moeilijk te bereiken risicogroep worden beschouwd, is de sekswerker zelf ideaal geplaatst om gezondheidsinformatie met de klanten uit te wisselen. De grote vraag naar niet-gebruik van condooms door de klanten zorgt ervoor dat de sekswerkers deze constante vraag moeten afwenden en condoomgebruik moeten afdwingen. Vaardigheden om gezondheidsinformatie uit te wisselen met klanten kunnen dus veel betekenen voor preventieprogramma's.

#### ***Onderzoeksvraag 5***

In hoeverre kunnen we verschillende gezondheidsuitkomsten met betrekking tot beroepsgerelateerde risico's vaststellen bij sekswerkers die al dan niet in contact staan met Ghapro of Pasop?

### ***Het aantal ongewenste zwangerschappen bij de sekswerkers***

Bijna drie vierde van alle respondenten is al ooit zwanger geweest en van alle respondenten heeft ongeveer twee vijfde al minstens één zwangerschapsonderbreking ondergaan. Vergelijken met de zwangerschapsonderbrekingen bij de algemene bevolking is moeilijk. In deze studie is immers nagegaan hoeveel van de vrouwen *ooit* al een abortus hebben gehad.

Voor de algemene bevolking is enkel een abortusratio gekend; dit is het aantal zwangerschapsonderbrekingen per honderd zwangerschappen. Het aantal vrouwen dat al ooit een zwangerschapsonderbreking heeft ondergaan is het hoogst in de interventiegroep Ghapro, en het laagst bij de controlegroep Limburg. Interpretatie van deze cijfers moet voorzichtig gebeuren. Zo is bijvoorbeeld niet geweten van de vrouwen die reeds een zwangerschapsonderbreking ondergingen hoe oud ze toen waren, of ze toen reeds als sekswerker werkten en of de vrouwen uit de interventiegroepen toen al in contact stonden met Ghapro of Pasop.

### ***Het aantal SOI's dat bij de sekswerkers wordt vastgesteld en de aard ervan***

Van alle respondenten heeft bijna 65% nog nooit een SOI gehad. De respondenten uit de controlegroepen hebben, in vergelijking met de respondenten uit de interventiegroepen, minder SOI's gehad. Hierbij is het belangrijk om te vermelden dat uit de literatuur blijkt dat de meeste seksueel overdraagbare infecties toevallig worden vastgesteld. Dit wil zeggen dat SOI-patiënten vaak niet op consultatie komen bij een arts naar aanleiding van SOI-klachten. Vaak zijn er geen directe klachten waarneembaar, wat maakt dat de respondenten die niet regelmatig getest worden wel SOI's kunnen hebben, maar er gewoon niet van op de hoogte kunnen zijn.

Volgens soorten SOI's merken we dat bij de respondenten, net zoals bij de algemene bevolking, chlamydia het meest voorkomt. Ook gonorrhoe, genitale wratjes en herpes komen regelmatig voor. Uit de jaarrapporten van zowel Ghapro als Pasop kan er eveneens worden afgeleid dat er geen grote veranderingen vast te stellen zijn in de prevalentie van de SOI's sinds 2005. Dat er relatief weinig SOI's voorkomen in deze populatie, of toch geen percentages die veel hoger liggen dan bij de algemene bevolking zoals blijkt uit de literatuurstudie, kan betekenen dat de preventieve acties en onderzoeken die de organisaties ondernemen vruchten afwerpen. Anderzijds kan dit ook betekenen dat veilige seks reeds een standaard is binnen de prostitutie. Zelfs dan blijft het nodig om ervoor te zorgen dat deze standaard niet verzwakt.

Van alle respondenten uit de interventiegroepen die al ooit een SOI hebben gehad, kwamen de meeste SOI's voor na het eerste contact met Ghapro of Pasop. Hierbij moet worden opgemerkt dat uiteraard niet is geweten of de respondent de SOI heeft opgelopen vóór het eerste contact met Ghapro of Pasop en dat deze is ontdekt sinds de respondent in contact staat met Ghapro of Pasop. Ook is niet geweten of de respondenten in contact staan met Ghapro of Pasop vanaf het begin dat ze zijn gestart met het sekswerk, of dat ze pas een tijd nadat ze reeds werkzaam waren als sekswerker in contact zijn gekomen met Ghapro of Pasop. Uiteraard is het ook onmogelijk om te weten of de SOI is verkregen door seks met een klant of door seks in het privéleven.



*Onderzoeksvraag 6*

Hoeveel sekswerkers bereiken Ghapro en Pasop in vergelijking met het aantal sekswerkers werkzaam in de regio's van Ghapro en Pasop?

Een goede maat om de effectiviteit van Ghapro en Pasop te bepalen, is het in kaart brengen van het aantal sekswerkers dat door Ghapro en Pasop wordt bereikt. Om dit aantal te bepalen komt in de teller het aantal sekswerkers dat in een referentiejaar door Ghapro en Pasop is bereikt. In de noemer staat het aantal sekswerkers dat in datzelfde jaar werkzaam is geweest in dezelfde regio waar Ghapro en Pasop werkzaam zijn.

De gegevens voor de teller zijn bekend: in 2010 had Ghapro contacten met 1079 verschillende sekswerkers en Pasop met 909 verschillende sekswerkers. De gegevens nodig om de noemer op te stellen zijn echter veel minder gemakkelijk te bepalen, aangezien het om een zeer moeilijk te bereiken en vaak verborgen en verdoken doelgroep gaat. Dit maakt het onmogelijk om na te gaan hoeveel sekswerkers er werkzaam zijn in een bepaalde regio. Ook is er sprake van een enorme mobiliteit binnen de sekswerkindustrie. Zo gaf ongeveer de helft van alle respondenten aan al ooit in een andere sekswerksector en/of regio gewerkt te hebben; de sekswerkpopulatie binnen een bepaalde regio is dus allesbehalve stabiel.

Misschien belangrijker in verband met het bereik van de organisaties is om te benadrukken dat blijkt uit de jaarrapporten en evaluatieverslagen van Ghapro en Pasop, en de diepte-interviews met de medewerkers van de organisaties, dat sommige gekende werkplekken niet of niet regelmatig bezocht kunnen worden door een gebrek aan tijd, middelen en personeel. Dit impliceert dat de organisaties niet alle sekswerkers die in hun regio werken hun hulpverlening kunnen aanbieden ondanks dat de sekswerkers en de organisaties dit wel zouden willen.

Ook geven de medewerkers van Ghapro en Pasop aan dat sommige groepen veel moeilijker en minder worden bereikt. Het gaat hier dan vooral om de escortes en sekswerkers die enkel adverteren via internet, maar ook om bepaalde bars en privéhuizen waar de toegang wordt geblokkeerd door eigenaars. Deze laatsten vinden soms dat de organisaties te veel informatie verspreiden onder de sekswerkers: door bijvoorbeeld te wijzen op de risico's van orale seks zonder condoom, vreest de eigenaar een verlies van inkomsten wanneer de meisjes dit advies beginnen toe te passen.

### **3.2. Doelstelling 2: Acties die ondernomen kunnen worden om het gebrek aan preventie bij sekswerkers in Limburg en Vlaams-Brabant te ondervangen**

#### *Onderzoeksvraag 7*

Hoe ziet de samenstelling van de groep sekswerkers in Limburg en Vlaams-Brabant eruit en welk soort sekswerk overheerst in deze regio's?

De sekswerksectoren die in Vlaams-Brabant overheersen zijn bars/clubs en massagesalons. In Limburg zijn de privéhuizen het meest talrijk. In Vlaams-Brabant overheersen de Franstalige sekswerkers die een grote verscheidenheid aan nationaliteiten hebben: zowel West-Europese als Aziatische, Zuid-Amerikaanse, Afrikaanse en Oost-Europese sekswerkers zijn hier terug te vinden. In Limburg overheersen de Nederlandstalige sekswerkers die vooral afkomstig zijn uit België en Nederland. Ook Oost-Europese sekswerkers zijn hier veel terug te vinden.

De sekswerkers uit de sectoren die vooral te vinden zijn in Limburg en Vlaams-Brabant, maken niet noodzakelijk het grootste deel uit van onze steekproef in dit onderzoek. Dit heeft als oorzaak dat sommige groepen van sekswerkers veel minder toegankelijk zijn dan andere groepen. Zo is het bijvoorbeeld veel moeilijker om escortes te bereiken dan vrouwen die werkzaam zijn in de privésector of in een bar/club. Ook bleek het zeer moeilijk om toegang te vinden tot de Thaise massagesalons. In deze zaken werd vaak beweerd dat er geen intieme diensten werden verleend. Op internet was echter vaak te vinden dat er wel degelijk meer werd gedaan dan het geven van massages. De vrouwen uit de Thaise massagesalons die wel interesse toonden voor het onderzoek hadden dan weer vaak moeilijkheden met de taal waardoor het invullen van een vragenlijst niet mogelijk bleek. Deze onmogelijkheid om te kunnen communiceren heeft mogelijk ook een invloed op het sekswerk, bijvoorbeeld bij het communiceren en onderhandelen met klanten.

#### *Onderzoeksvraag 8*

In hoeverre verschillen het sekswerk en de eigenschappen van de sekswerkers in de groep die werkzaam is in Limburg en Vlaams-Brabant van de groep werkzaam in de andere regio's in Vlaanderen?

#### ***Verschillen in de kenmerken van de sekswerkers tussen de interventie- en de controlegroepen***

Bij de vergelijking van de algemene kenmerken moet, zoals reeds bij de vorige onderzoeksvraag werd aangehaald, in het achterhoofd gehouden worden dat de steekproef van dit onderzoek niet representatief is voor alle sekswerkers werkzaam in de betreffende regio.

Volgens leeftijd zijn er tussen de interventiegroepen en de controlegroepen geen grote verschillen op te merken: de meeste sekswerkers hebben een leeftijd tussen 20 en 39 jaar.

Wanneer we kijken naar het geboorteland van de respondenten kunnen we vaststellen dat er in de interventiegroepen veel meer sekswerkers geboren zijn in België dan in de controlegroepen. In de controlegroepen zijn dan weer meer respondenten geboren in Afrika, Azië en Latijns-Amerika. Zowel de controle- als de interventiegroepen bevatten ongeveer evenveel sekswerkers geboren in Oost- en West-Europa. In de controlegroepen zijn er meer respondenten die minder dan een jaar in België wonen en ook wonen meer respondenten uit de controlegroepen niet in België. Wel beschikken in de controlegroepen meer respondenten die niet in België zijn geboren over een Belgische identiteitskaart of verblijfsvergunning.

Het aantal kinderen en het al dan niet hebben van een vaste partner is ongeveer gelijk verdeeld in de interventiegroepen en de controlegroepen. Ook zijn geen grote verschillen op te merken wanneer de woonsituatie wordt bekeken. In zowel de controle- als de interventiegroepen wonen de meeste respondenten alleen. Deze respondenten worden gevolgd door de sekswerkers die met partner en zonder kinderen wonen, diegenen die met partner en kinderen wonen, en diegenen die zonder partner met kinderen wonen.

Wanneer we de opleiding van de respondenten bekijken, merken we dat in de controlegroepen meer respondenten tot de leeftijd van 16 jaar of minder naar school zijn gegaan en dat ook het aandeel respondenten dat tot de leeftijd van 20 jaar of hoger naar school is gegaan, groter is dan in vergelijking met de interventiegroepen.

Ten slotte halen in de interventiegroepen meer respondenten enkel inkomsten uit sekswerk. Dit wil zeggen dat in de controlegroepen meer sekswerkers naast het sekswerk loon van een ander werk, een sociale uitkering of financiële ondersteuning ontvangen. In de interventiegroepen is voor bijna alle respondenten en in de controlegroepen is voor bijna drie vierde van de respondenten het sekswerk de belangrijkste bron van inkomsten. In de controlegroepen zijn voor meer sekswerkers het loon van een ander werk en de financiële ondersteuning die ze ontvangen de grootste bron van inkomsten. Bij de interventiegroepen zijn, vergeleken met de controlegroepen, voor meer sekswerkers een sociale uitkering de grootste bron van inkomsten. Wanneer de perceptie van de huidige financiële situatie wordt bekeken, kunnen we eruit afleiden dat er meer sekswerkers uit de interventiegroepen hun financiële situatie goed tot zeer goed inschatten.

### ***Verschillen in het sekswerk tussen de interventie- en de controlegroepen***

Uit de onderzoeksvragen die zijn besproken bij de eerste doelstelling is gebleken dat het sekswerk wel degelijk verschilt tussen de interventiegroepen en de controlegroepen. Hieronder worden de belangrijkste verschillen opgesomd.

- (a) De respondenten uit de interventiegroepen zijn veel meer dan de respondenten uit de controlegroepen het laatste jaar getest op seksueel overdraagbare infecties, lieten het laatste jaar een uitstrijkje nemen en zijn reeds gevaccineerd tegen hepatitis B.

- (b) Orale seks zonder condoom gebeurt regelmatig bij zowel de interventie- als de controlegroepen, maar in de controlegroep Limburg is het aantal vrouwen dat deze dienst zonder condoom verleent wel beduidend hoger.
- (c) Na een onveilig contact door een klapcondoom laat de overgrote meerderheid uit de interventiegroepen zich testen op SOI's. Bij de controlegroepen laten veel minder sekswerkers een SOI-test uitvoeren na een klapcondoom.
- (d) Het handschoengebruik en het gebruik van glijmiddel ligt veel hoger in de beide interventiegroepen.
- (e) De respondenten uit de interventiegroepen zijn er zich meer van bewust dat er risico's zijn verbonden aan het beroep en de meesten uit de interventiegroepen hebben door de contacten met Ghapro of Pasop nieuwe kennis opgedaan of vaardigheden geleerd in verband met seksueel overdraagbare infecties, condoomgebruik en anticonceptie. Ook de handelingen tijdens het werken worden regelmatig veranderd door contact met Ghapro of Pasop. Het gaat dan vooral om letten op tekens van SOI's bij een klant en condoomgebruik bij het verlenen van orale seks.
- (f) Het anticonceptiegebruik is niet optimaal in zowel de controle- als de interventiegroepen, maar wel is het aantal dat een betrouwbare vorm van voorbehoedsmiddel gebruikt groter in de interventiegroepen dan in de controlegroepen.
- (g) In de controlegroepen zijn minder huisartsen en/of gynaecologen op de hoogte van het beroep van de respondenten. Correcte behandelingen, zowel preventief als curatief, zijn bijgevolg veel minder mogelijk. In de interventiegroepen zijn er ook veel respondenten waarvan de huisarts of gynaecoloog niet op de hoogte is van het beroep, maar zij staan regelmatig in contact met Ghapro of Pasop, waardoor deze sekswerkers wel op regelmatige basis de testen krijgen die nodig zijn.

#### **4. Aanbevelingen m.b.t. de preventieve werking rond beroepsspecifieke gezondheidsrisico's voor sekswerkers**

##### ***Aanbeveling 1 – Het bestendigen van Ghapro en Pasop***

Tussen sekswerkers die in contact staan met Ghapro of Pasop en zij die geen contact hebben met een dergelijke organisatie, merken we belangrijke verschillen op in de kennis, de houdingen en het gedrag in verband met veilige seks, seksueel overdraagbare infecties en bestaande hulpverlening. Ghapro en Pasop vullen specifieke noden en behoeften van sekswerkers in die niet altijd ingevuld kunnen worden door de reguliere gezondheidszorg door enerzijds de specifieke werkomstandigheden van sekswerkers, en anderzijds door het stigma waarmee het sekswerk gepaard gaat en dat ook van de reguliere hulpverleners uitkomt. Dat een hulpverleningsaanbod zoals Ghapro en Pasop deze aanbiedt, toegankelijk is voor sekswerkers in heel Vlaanderen, is dus noodzakelijk. Doordat Ghapro en Pasop anoniem, discreet, laagdrempelig en gratis werken, blijven sekswerkers een beroep doen op de hulpverlening die de organisaties aanbieden en vinden jaarlijks veel nieuwe sekswerkers toegang tot Ghapro en Pasop.

### ***Aanbeveling 2 – Uniforme registratie van gegevens***

Een meer uniforme registratie van gegevens zou voor beide organisaties een betere werking opleveren en kan een verdere professionalisering van de hulpverlening in gang zetten. Een degelijke registratie is nodig om de jaarlijkse werking op een *evidence based* manier te kunnen evalueren en in functie daarvan de werking en acties bij te sturen. Een uniform registratiesysteem biedt ook de kans om op grotere schaal gegevens bij te houden en de zorgnoden en het zorggebruik van sekswerkers te monitoren.

### ***Aanbeveling 3 – Aandacht voor bepaalde groepen***

Wat met zekerheid gesteld kan worden is dat sekswerkers een zeer heterogene en onstabiele groep zijn, zowel wat betreft de socio-economische kenmerken als het soort sekswerk dat wordt verleend. Het is belangrijk om aandacht te schenken aan alle groepen van sekswerkers zodat zeker diegenen die de meeste nood hebben aan medische en sociale hulpverlening ook worden bereikt. Uit dit onderzoek is gebleken dat jongere, minder ervaren en buitenlandse sekswerkers meer risicogedrag vertonen. Ook zijn bepaalde sekswerksectoren veel moeilijker te bereiken, zoals de escortes en Thaise massagesalons. Speciale aandacht naar bepaalde groepen van sekswerkers die kwetsbaarder zijn voor beroepsrisico's en die moeilijk zijn te bereiken, is echter arbeidsintensief en vergt creativiteit. Nieuwe of aangepaste methodieken waarmee men (moeilijke) subgroepen kan bereiken en aanspreken vraagt naar extra onderzoek waarmee men de taal-, cultuur- en contexthindernis mee zou kunnen omzeilen.

### ***Aanbeveling 4 – Aandachtspunten voor het verstrekken van informatie***

Uit het onderzoek is gebleken dat de thema's die handelen over voorbehoedsmiddelen, condoomgebruik bij het verlenen van orale seks, de strategie die men best kan hanteren bij een klapcondoom en condoomgebruik in het privéleven, belangrijke aandachtspunten zijn. Het blijven verstrekken van informatie hieromtrent is dus noodzakelijk.

Aangezien Ghapro en Pasop reeds veel aandacht aan deze onderwerpen besteden, is onderzoek naar de methodieken waarmee men sekswerkers informeert en sensibiliseert in dit kader aangewezen. Zo kunnen er bijvoorbeeld sekswerkers zijn die de boodschap niet begrijpen doordat de informatie niet in hun taal beschikbaar is of niet kunnen lezen waardoor internationaal gevalideerd pictografisch preventiemateriaal belangrijk kan zijn. Ook kan het zijn dat de informatie de sekswerkers wel bereikt, maar dat ze niet aanzet tot gedragsverandering. Het op zoek gaan naar een nieuwe of aanvullende aanpak om informatie te verstrekken bij de sekswerkers kan ook inhouden dat, in het verlengde van de vorige aanbeveling, gedifferentieerd dient te worden afhankelijk van verschillende subdoelgroepen.

### ***Aanbeveling 5 – De reguliere hulpverlening***

Sekswerkers blijven een gestigmatiseerde groep. Hierdoor vindt deze groep vaak niet de toegang tot de medische en sociale hulp die ze nodig heeft en wanneer wel gebruik wordt gemaakt van de reguliere hulpverlening, zijn de hulpverleners vaak niet op de hoogte van het sekswerkberoep waardoor een gepaste hulp niet kan worden verleend. De nood dat zowel medische als sociale hulpverleners uit de reguliere hulpverlening informatie en scholing omtrent sekswerk zouden genieten, is groot. Een mogelijkheid hiervoor zou kunnen zijn om een vorming in te passen in de opleiding van toekomstige huisartsen, gynaecologen en welzijnswerkers, of om navormingen aan te bieden aan de medische en sociale hulpverleners uit het reguliere zorgaanbod.

### ***Aanbeveling 6 – De sociale hulpverlening***

De sociale en psychosociale problematiek onder de sekswerkers dient systematisch aangepakt te worden. De doorverwijzingen die momenteel gebeuren door Ghapro en Pasop dienen bestendig te worden en een uitbreiding en professionalisering van het sociale luik van de organisaties is nodig zodat een holistisch programma kan worden aangeboden dat niet enkel focust op de medische gezondheid van sekswerkers, maar ook op de sociale gezondheid. Bij deze sociale hulpverlening is het nodig dat er een duidelijke afbakening komt van welke problemen en in hoeverre deze problemen begeleid moeten worden. Dit houdt in dat ook duidelijke richtlijnen en een beslissingskader worden opgesteld waarbinnen de hulpverleners kunnen handelen.

### ***Aanbeveling 7 – Meer mensen en middelen***

Ghapro en Pasop beschikken over onvoldoende middelen en mensen om het potentieel aantal sekswerkers te bereiken en te bezoeken. Zo kunnen sommige gekende werkplekken niet of niet regelmatig bezocht worden door een gebrek aan tijd, middelen en personeel. Op deze manier kunnen voor de groepen die moeilijk te bereiken zijn geen extra inspanningen gedaan worden wat ons terugbrengt naar de derde aanbeveling die onderstreept dat het belangrijk is om aandacht te schenken aan alle groepen van sekswerkers zodat zeker diegenen die de meeste nood hebben aan medische en sociale hulpverlening ook worden bereikt.

### ***Aanbeveling 8 – De klanten van sekswerkers***

De focus van Ghapro en Pasop ligt op het overbrengen van de preventieboodschap naar de individuele sekswerkers. De sekswerkers zelf brengen echter ook een preventieboodschap, en dit naar hun klanten die de sekswerkers confronteren met de constante vraag naar onveilige seks. Over de klanten van sekswerkers bestaat momenteel geen of weinig informatie en kennis. Verder onderzoek op dit terrein is aangeraden, zodat nagegaan kan worden op welke manier preventie-informatie kan worden overgebracht naar de klanten en hoe ze op deze

manier geïnccludeerd kunnen worden in de preventie van de beroepsspecifieke risico's waarmee sekswerkers worden geconfronteerd.

## Bibliografie

Abel, G.M. (2011). "Different stage, different performance: The protective strategy of role play on emotional health in sex work." *Social Science & Medicine* 72(7): 1177-1184.

Adriaenssens, S. & Hendrickx, J. (2012). "Sex, price and preferences: accounting for unsafe sexual practices in prostitution markets." *Sociology of Health and Illness*, Vol. xx No. x pp. 1–16 (Online Version of Record published before inclusion in an issue).

Asamoah-Adu, A., Weir, S., Pappoe, M., Kanlisi, N., Neequaye, A. & Lamptey, P. (1994). "Evaluation of a targeted AIDS prevention intervention to increase condom use among prostitutes in Ghana." *Aids* 8: 239-246.

Asamoah-Adu, C., Khonde, N., Avorkliah, M., Bekoe, V., Alary, M., Mondor, M., Frost, E., Deceuninck, G., Asamoah-Adu, A., & Pépin, J. (2001). "HIV Infection Among Sex Workers in Accra: Need to Target New Recruits Entering the Trade." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 28(4): 358-366.

Augustin, L. (2004). "Alternate Ethics: Why it is okay to lie to researchers, as a sex worker, drug user or anybody else." *Research for Sex Work*: 6-7.

Baros, S. (2006). "Condom as a professional symbol among the persons engaged in sex work in Belgrade". *Glasnik Etnografskog instituta SANU* 54: 201-217.

Baskin, S. (2010). "Working smart: how sex workers stay safe in New York city." *Research for sex work* 12: 21-22.

Biradavolu, M.R., Burris, S., George, A., Jena, A. & Blankenship, K.M. (2009). "Can sex workers regulate police? Learning from an HIV prevention project for sex workers in southern India." *Social Science & Medicine* 68(8): 1541-1547.

Bright, V. & Shannon, K. (2008). "A participatory-action and interventional research approach to HIV prevention and treatment among women in survival sex work." *Research for sex work* 10: 9-10.

Brussa, L. (2003). "Three years of Dutch legalization. Consequences for legal and undocumented sex workers." *Research for sex work* 6: 14-17.

Campbell, R. & Stoops, S. (2010). "Taking sex workers seriously: treating violence as hate crime in Liverpool." *Research for sex work* 12: 9-10.

Chudakov, B., Ilan, K., Belmaker, R.H. & Cwikel, J. (2002). "The motivation and mental health of sex workers." *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28(4): 305-315.



- Colectivo Hetaira (2010). "Some uncomfortable questions: government policies in Spain and impact on people who sell sex voluntarily." *Research for sex work* 12: 9-10.
- Cooper, K., Day, S., Green, A. & Ward, H. (2007). "Maids, Migrants and Occupational Health in the London Sex Industry." *Anthropology & Medicine* 14(1): 41-53.
- Coté, A.M., Sobela, F., Dzokoto, A., Nzambi, K., Asamoah-Adu, C., Labbé, A.C., Mâsse, B., Mensah, J., Frost, E. & Pépin, J. (2004). "Transactional sex is the driving force in the dynamics of HIV in Accra, Ghana." *AIDS* 18(6): 917-925.
- Crago, A.L., Rakhmetova, A. & Shields, A. (2010). "Police violence against sex workers in eleven countries in Europe and central Asia." *Research for sex work* 12: 3-5.
- Cusick, L. (1998). "Non-use of condoms by prostitute women." *AIDS Care* 10(2):133-146.
- Daalder, A.L. (2007). "Prostitutie in Nederland na opheffing van het bordeelverbod." Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Day, S. & Ward, H. (1990). "The Praed Street project: A cohort of prostitute women in London." In M. Plant (Ed.), *AIDS, drugs, and prostitution* (pp. 61-75). London: Routledge.
- Day, S. & Ward, H. (1997). "Sex workers and the control of sexually transmitted disease." *Genitourinary Medicine* 73(3):161-168.
- Day, S., Ward, H. & Harris, J. (1988). "Prostitute women and public health." *British Medical Journal* 297(6663): 1585.
- Decorte, T., Stoffels, I., Leuridan, E., Van Damme, P. & Van Hal, G. (2011). "Middelengebruik onder sekswerkers in België. Een kwantitatieve en kwalitatieve studie in vijf sectoren van de seksindustrie." Gent: Academia Press, 338 p.
- De Schamphelleire, D. (1990). "MMPI characteristics of professional prostitutes." *Journal of Personality Assessment* 54: 343-350.
- Feldblum, P.J., Nasution, M.D., Hoke, T.H., Van Damme, K., Turner, A.N., Gmach, R., Wong, E.L. & Behets, F. (2007). "Pregnancy among sex workers participating in a condom intervention trial highlights the need for dual protection." *Contraception* 76(2): 105-110.
- Fichtenberg, C.M. & Ellen, J.M. (2003). "Moving From Core Groups to Risk Spaces." *Sexually Transmitted Diseases* 30(11): 825-826.

Fitzgerald-Husek, A., Martiniuk, A.L., Hinchcliff, R., Aochamus, C.E. & Lee, R.B. (2011). "I do what I have to do to survive: an investigation into the perceptions, experiences and economic considerations of women engaged in sex work in Northern Namibia." *BMC Women's Health* 11: 35.

Ghimire, L., Smith, W.C.S., van Teijlingen, E.R., Dahal, R. & Luitel, N.P. (2011). "Reasons for non-use of condoms and self-efficacy among female sex workers: a qualitative study in Nepal." *BMC Women's Health* 11: 42.

Ghys, P.D., Diallo, M.O., Ettiègne-Traoré, V., Yebou, K.M., Gnaor, E., Lorougnon, F., Kal, K., Van Dyck, E., Brattegaard, K., Hoyi, Y.M., Whitaker, J.P., De Cock, K.M., Greenberg, A.E., Piot, P. & Laga, M. (1995). "Genital ulcers associated with human immunodeficiency virus-related immunosuppression in female sex workers in Abidjan, Ivory Coast." *Journal of Infectious Diseases* 172(5): 1371-1374.

Goffman, E. (1963). "Stigma: Notes On The Management of Spoiled Identity." London: Penguin Group.

Green, S.T. & Goldberg, D.J. (1993). "Female streetworker--prostitutes in Glasgow: A descriptive study of their lifestyle." *AIDS Care* 5(3): 321.

Gutierrez, J.P., McPherson, S., Fakoya, A., Matheou, A. & Bertozzi, S.M. (2010). "Community-based prevention leads to an increase in condom use and a reduction in sexually transmitted infections (STIs) among men who have sex with men (MSM) and female sex workers (FSW): the Frontiers Prevention Project (FPP) evaluation results." *BMC Public Health* 10(1): 497.

Harcourt, C. & Donovan, B. (2005). "The Many Faces of Sexwork." *Sexually Transmitted Infections* 81: 201-206.

Hosain, G.M. & Chatterjee, N. (2005). "Beliefs, sexual behaviours and preventive practices with respect to HIV/AIDS among commercial sex workers in Daulatdia, Bangladesh." *Public Health* 119(5): 371-381.

Jayasree, A.K. (2009). "The vagina as a site of power and playfulness." *Research for sex work* 11: 9-17.

Jeal, N., & Salisbury, C. (2004) "Self-reported experiences of health services among female street-based prostitutes: a cross-sectional survey." *The British Journal of General Practice* 54(504): 515-519.

Jeal, N. & Salisbury, C. (2007). "Health needs and service use of parlour-based prostitutes compared with street-based prostitutes: a cross-sectional survey." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 114(7): 875-881.

Khan, M.R., Turner, A.N., Pettifor, A., Van Damme, K., Rabenja, N.L., Ravelomanana, N., Swezey, T., Williams, D., Jamieson, D., Mad STI Prevention Group & Behets, F. (2009). "Unmet need for contraception among sex workers in Madagascar." *Contraception* 79: 221-227.

Laga, M., Galavotti, C., Sundaramon, S. & Moodie, R. (2010). "The importance of sex-worker interventions: the case of Avahan in India." *Sexually Transmitted Infections* 86(S1): i6-i7.

Leonard, T. (1990). "Male Clients of Female Street Prostitutes: Unseen Partners in Sexual Disease Transmission." *Medical Anthropology Quarterly* 4(1): 41-55.

Mak, R.P. (1997). "Project for seks workers in Europe." *Genitourinary Medicine* 73: 155-156.

Mak, R., Traen, A., Claeysens, M., Van Renterghem, L., Leroux-Roels, G. & Van Damme, P. (2003). "Hepatitis B vaccination for sex workers: do outreach programmes perform better?" *Sexually Transmitted Infections* 79(2): 157-159.

Mak, R. (1996). "EUROPAP: European intervention projects AIDS prevention for prostitutes." Gent: Academia Press, 365 p.

McKeganey, N.P. & Barnard, M.A. (1992) "Selling sex: Female street prostitution and HIV risk behaviour in Glasgow." *AIDS Care* 4(4): 395-408.

Monet, V. (2004). "Mandatory testing in the USA: the fear that feeds the falsehood." *Research for sex work* 7: 29-31.

Morton, A.N., Wakefield, T., Tabrizi, S.N., Garland, S.M. & Fairley, C.K. (1999). "An outreach programme for sexually transmitted infection screening in street sex workers using self-administered samples." *International Journal of STD & AIDS* 10(11): 741-743.

Moses, S., Plummer, F.A., Ngugi, E.N., Nagelkerke, N.J., Anzala, A.O. & Ndinya-Achola, J.O. (1991). "Controlling HIV in Africa: effectiveness and cost of an intervention in a highfrequency STD transmitter core group." *AIDS* 5: 407-411.

Ntumbanzondo, M., Dubrow, R., Niccolai, L.M., Mwandagalirwa, K. & Merson, M.H. (2006). "Unprotected intercourse for extra money among commercial sex workers in Kinshasa, Democratic Republic of Congo." *AIDS Care* 18(7): 777-785.

- O'Connor, C.C., Berry, G., Rohrsheim, R. & Donovan, B. (1996). "Sexual health and use of condoms among local and international sex workers in Sydney." *Genitourinary Medicine* 72: 47-51.
- Parker, M., Ward, H. & Day, S. (1998). "Sexual networks and the transmission of HIV in London". *Journal of Biosocial Science* 30(1): 63–83.
- Parker, M. (2006). "Core groups and the transmission of HIV: learning from male sex workers." *Journal of Biosocial Science* 38(01): 117-131.
- Perkins, R. (1991) "Sexual Health and Safety among a Group of Prostitutes." *Sex Industry and Public Policy*: 147–153.
- Philips, R., Benoit, C., Hallgrimsdottir, H. & Vallance, K. (2011). "Courtesy stigma: a hidden health concern among front-line service providers to sex workers." *Sociology of Health & Illness*, Vol. xx No. x pp. 1–16, Early View (Online Version of Record published before inclusion in an issue).
- Platt, L., Grenfell, P., Bonell, C., Creighton, S., Wellings, K., Parry, J. & Rhodes, T. (2011). "Risk of sexually transmitted infections and violence among indoor-working female sex workers in London: the effect of migration from Eastern Europe." *Sexually Transmitted Infections* 87(5): 377-384.
- Sanders, T. (2002). "The Condom as Psychological Barrier: Female Sex Workers and Emotional Management." *Feminism & Psychology* 12(4): 561-566.
- Sanders, T. (2004). "A continuum of risk? The management of health, physical and emotional risks by female sex workers." *Sociology of Health & Illness* 26(5): 557-574.
- Sanders, T. (2006). "Female sex workers as health educators with men who buy sex: Utilising narratives of rationalisations." *Social Science & Medicine* 62(10): 2434-2444.
- Schiller, N.G., Crystal, S. & Lewellen, D. (1994). "Risky business: The cultural construction of AIDS risk groups." *Social Science & Medicine* 38(10): 1337-1346.
- Seib, C., Fischer, J. & Najman, J.M. (2009). "The health of female sex workers from three industry sectors in Queensland, Australia." *Social Science & Medicine* 68(3): 473-478.
- Sensoa (2011a). "Feiten en cijfers: abortus in België." [online] beschikbaar op: [http://www.sensoa.be/sites/default/files/feitenencijfersabortus2011\\_0.pdf](http://www.sensoa.be/sites/default/files/feitenencijfersabortus2011_0.pdf), laatst gelezen op 11 februari 2011.

Sensoa (2011b). "Feiten en cijfers: seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's)." [online] beschikbaar op: <http://www.sensoa.be/feiten-cijfers-seksueel-overdraagbare-aandoeningen-soas>, laatst gelezen op 11 februari 2011.

Shannon, K., Strathdee, S.A., Shoveller, J., Rusch, M., Kerr, T. & Tyndall, M.W. (2009). "Structural and Environmental Barriers to Condom Use Negotiation With Clients Among Female Sex Workers: Implications for HIV-Prevention Strategies and Policy." *American Journal of Public Health* 99 (4):659-665.

Simonsen, J.N., Plummer, F.A., Ngugi, E.N., Black, C., Kreiss, J.K., Gakinya, M.N., Waiyaki, P., D'Costa, L.J., Ndinya-Achola, J.O., Piot, P., et al. (1990). "HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi." *AIDS* 4(2):139-144.

Sirotnin, N., Strathdee, S.A., Lozada, R., Abramovitz, D., Semple, S.J., Bucardo, J., Patterson, T.L. (2010). "Effects of government registration on unprotected sex amongst female sex workers in Tijuana; Mexico." *International Journal of Drug Policy* 21(6): 466-470.

Sroka, S. (2003). "Prostitutie: roep om legalisering?" RoSa Documentatiecentrum en Archief voor Gelijke Kansen, Feminisme en Vrouwenstudies.

Stevens, L. (2002) "Strafrecht en seksualiteit. De misdrijven inzake aanranding van de eerbaarheid, verkrachting, ontucht, prostitutie, seksreclame, zedenschennis en overspel." Intersentia, Antwerpen-Groningen.

Surratt, H.L. & Inciardi, J.A. (2010). "An effective HIV risk-reduction protocol for drug-using female sex workers." *Journal of prevention & intervention in the community* 38(2): 118-131.

Thümmler, K., Britton, A. & Kirch, W. (2009). "Data and information on woman's health in the European Union." Directorate-General for Health & Consumers.

Todd, C.S., Nasir, A., Stanekzai, M.R., Scott, P.T., Strathdee, S.A., Botros, B.A. & Tjaden, J. (2010). "Contraceptive utilization and pregnancy termination among female sex workers in Afghanistan." *Journal of Women's Health* 19(11): 2057-2062.

Tsakiridu, D.O. (2008). "Factors associated with induced abortion in women prostitutes in Asturias (Spain)." *PLoS ONE* 3(6): e2358.

Valera, R.J., Sawyer, R.G. & Schiraldi, G.R. (2001). "Perceived health needs of inner-city street prostitutes: A preliminary study." *American Journal of Health Behavior*, 25(1): 50-59.

van Doorninck, M. & Jongedijk, M. (1997). "In het leven: vier eeuwen prostitutie in Nederland." Apeldoorn: Historisch Museum Apeldoorn.

- van Loon, T. (2008). "Een moraalwetenschappelijke analyse van het Belgisch prostitutiebeleid: 1830-2007". CEVI working paper 2008-02. [online] beschikbaar op: <http://www.cevi-globalethics.ugent.be/>, laatst gelezen op 11 februari 2011.
- van Veen, M.G., Götz, H.M., van Leeuwen, P.A., Prins, M. & van de Laar, M.J. (2010). "HIV and Sexual Risk Behavior among Commercial Sex Workers in the Netherlands." *Archives of Sexual Behavior* 39(3): 714-723.
- Vanwesenbeeck, I. (2001). "Another decade of social scientific work on sex work: A review of research 1990-2000." *Annual Review of Sex Research* 12: 242-289.
- Vanwesenbeeck, I. (2005). "Burnout Among Female Indoor Sex Workers." *Archives of Sexual Behavior*, 34 (6): 627-639.
- Waddell, C. (1996). "HIV and the Social World of Female Commercial Sex Workers." *Medical Anthropology Quarterly*, 10: 75-82.
- Wahab, S. (2005) "Guest editor's introduction." *Journal of Interpersonal Violence* 20: 263-69.
- Ward, H. & Day, S. (2004). "Declining prevalence of STI in the London sex industry, 1985 to 2002." *Sexually Transmitted Infections* 80: 374-378.
- Ward, H. & Mak, R. (2002). "EUROPAP: Promoting the health and wellbeing of sexworkers in Europe." *Eurosurveillance* 6(41): pii=1898.
- Weitzer, R. (2007). "Prostitution as a form of work." *Sociology Compass* 1(1): 143-155.
- World Health Organization (2011). "Sexually transmitted infections" Fact sheet Nr. 110. [online] beschikbaar op: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>, laatst gelezen op 11 februari 2011.
- Wolffers, I. & van Beelen, N. (2003). "Public health and the human rights of sex workers." *The Lancet* 361: 1981.
- Wouters, K., Van Damme, P., Vercauteren, A., Verheyen, J., Castermans, S. & Meheus, A. (2002). "Seksueel overdraagbare infecties (SOI) bij prostituee(s) in Antwerpen, België." *Archives of Public Health* 60: 27-38.
- Wouters, K. (2003). European documentary research on good practices of social intervention. National context: phenomena, legislation, social interventions in Belgium, In *Marginalia. Between the lines... Outside the margins. Multidimensional readings and responses to social exclusion. On the Road Edizioni*.