

FEDERAAL WETENSCHAPSBELEID



Middelengebruik onder sekswerkers in België

Een kwantitatieve en kwalitatieve studie in vijf sectoren van de seksindustrie

Tom Decorte

Ilona Stoffels

Elke Leuridan

Pierre Van Damme

Guido Van Hal

Voorwoord

Deze studie, *Druggebruik onder vrouwelijke sekswerkers in België (DRUSEB)*, met als opdrachtgever het Federaal Wetenschapsbeleid, kadert binnen het onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de Federale Beleidsnota Drugs (19 januari 2001). Het onderzoek is uitgevoerd door het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD - Universiteit Gent), het Centrum voor Evaluatie van Vaccinaties (CEV - Universiteit Antwerpen) en het Universitair Wetenschappelijk Instituut voor Drugproblemen (UWiD - Universiteit Antwerpen).

Het schrijven van dit boek is mede door de hulp en steun van velen mogelijk gemaakt. Onze dank gaat uit naar de leden van de wetenschappelijke begeleidingscommissie. Dhr. Salih Sivri (vervangen door Mevr. Katrien Ruysen) (FOD Justitie - Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid - Dienst misdrijven tegen personen en goederen), dhr. Karel Borrenbergen (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu- Cel Drugs), dr. Marc Roelands (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Nationaal Focal Point Drugs), dr. Elke Leuridan (UA - Vaxinfectio), dr. Ruud Mak (Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid - Toezicht Volksgezondheid Oost- en West-Vlaanderen - Dienst Infectieziektebestrijding), dr. Johan Bots (Gezondheidsinspectie Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (GGC) - Inspection d'hygiène Commission communautaire commune de la région de Bruxelles-capitale (CCC)), dr. Sophie Lokietek (Direction générale de la santé – Communauté Française), dhr. Hans Willems (Consulent seksuele gezondheid, stad Antwerpen), prof. dr. Isabelle Godin (École de Santé Publique - Université Libre de Bruxelles), dr. Catharina Matheï (Academisch Centrum HuisartsenGeneeskunde, KULeuven en MSOC Free Clinic), mevr. Isabelle Jaramillo (asbl Espace P Brussel), mevr. Cécile Cheront (Espace P Charleroi), mevr. Dominique Biétheres (Espace P Liège), mevr. Anne Vercauteren (vzw Gh@pro), mevr. Martine Claeysens (vzw Pasop), dr. Baudouin Denis (Maison Médicale Charleroi Nord), dhr. Marcel Vanhex (CAD Limburg), dr. Rita Verrando (MSOC en CAD Limburg), dr. Serge Zombek (MSOC Brussel), dhr. Hervé Tasquin (asbl Thaïs), mevr. Anne-Françoise Raedemaeker (Asbl Dune) en mevr. Eléonore Carael (vervangen door mevr. Orlandina Iezzi) (Asbl Tremplone) vormden met hun uiteenlopende kennis en waardevolle commentaar een inhoudelijk vangnet.

Drie gespecialiseerde organisaties werkten actief aan dit onderzoek mee: **vzw Gh@pro**, **vzw Pasop** en **asbl Espace P**. Zij stonden de onderzoeksploeg bij het verkennen van het prostitutiefenomeen in verschillende regio's, en de activiteiten van de diverse organisaties met raad en daad bij. Daarbeneden staken de werknemers van deze organisaties veel tijd en energie in het contacteren en rekruteren van potentiële respondenten, in het afnemen van vragenlijsten en in het becommentariëren van snuvelteksten. Onze dank gaat tevens uit naar mevr. Silke Winne, mevr. Hilde Brusselle, mevr. Ans Traen

en mevr. An Mortier van vzw Pasop, mevr. Evi Aerts, mevr. Leen Lettany, mevr. Micheline Manfroid, mevr. Dolores Serrano (straathoekwerkster MSOC Free Clinic), mevr. Catherine Schodts en mevr. Tine Cornelissen van vzw Gh@pro, mevr. Valérie Dubucq van asbl Espace P Charleroi, mevr. Julie Bechet, dhr. Adrien Pierantonio en dhr. Quentin Deltour van Espace P Liège, mevr. Alexia De Smet, dhr. Fabian Driane en mevr. Delphine Rigolet van Espace P Bruxelles, mevr. Géraldine Byloo van Espace P Mons, mevr. Denise Ozdemir en mevr. Véronique Léonard van Espace P Namur. Ook verschillende studenten werkten in het kader van hun stage bij de organisaties aan dit onderzoek mee.

In het bijzonder betuigen wij graag onze dank aan de coördinatoren van deze organisaties en hun antennes. Niet alleen hebben zij zélf een groot aantal vragenlijsten afgenomen, zij hebben ook een onmisbare rol gespeeld in het motiveren van de andere personeelsleden en interviewers: mevr. Anne Vercauteren, mevr. Martine Claeysens, mevr. Dominique Biétheres, mevr. Cécile Cheront en mevr. Isabelle Jaramillo.

Voorts gaat onze dank uit naar alle sleutelfiguren die tijd hebben vrijgemaakt om ons te woord te staan. Een aantal onder hen werkte ook als lid van het wetenschappelijk begeleidingscomité of als enquêteur mee aan het onderzoek. Daarnaast vermelden we graag hoofdinspecteur Iwan Simons (lokale politie Antwerpen – cel Prostitutie), dhr. Dirk Leestmans (journalist en documentairemaker), mevr. Heidi De Pauw (directeur vzw Pag-asa), mevr. Christine Lemmens (coördinator asbl Entre2), prof. dr. Tom Balthazar (Schepen van milieu & Sociale zaken, stad Gent), hoofdinspecteur op rust Roger Van Hyfte (lokale politie Gent – unit Meprosch), mevr. Isabelle De Meyer en mevr. Delphine Schuermans (sociale consulenten – stad Gent) en dhr. Jurgen van Haver (straathoekwerker Gent).

Verschillende wetenschappelijke experts hebben door hun uitgebreide kennis van het onderzoeksvoorwerp het wetenschappelijke gehalte van het onderzoek verhoogd. We vermelden speciaal dr. Linda Cusick (University of the West of Scotland - Institute for Applied Social & Health Research) en dhr. Jan Visser (onafhankelijk regeringsconsulent). We ontvingen tevens kritische bemerkingen en constructieve feedback vanwege dr. Claire Sterk (Emory University – Georgia, USA - Department of Anthropology, Sociology and Women's Studies), prof. dr. Isabelle Godin (Unité Psychologie de la Santé - École de Santé Publique - Université Libre de Bruxelles), prof. dr. Maarten Loopmans (Vrije Universiteit Brussel - COSMOPOLIS), prof. dr. Dirk Jacobs (Université Libre de Bruxelles - Groupe d'études sur l'Ethnicité, le Racisme, les Migrations et l'Exclusion (GERME)), prof. dr. Dimitri Mortelmans (Universiteit Antwerpen – Centrum voor Longitudinaal en Levensloop Onderzoek (CELLO)) en prof. dr. Lieven Pauwels (Universiteit Gent – Onderzoeksgroep Sociale Veiligheidsanalyse).

Dhr. Luc Decorte (erelector aan de Katholieke Hogeschool Brugge-Oostende) danken wij voor zijn taalkundige adviezen.

We willen ook de heer Aziz Naji bedanken, die als programma-administrator van het Onderzoekprogramma ter ondersteuning van de Federale Beleidsnota Drugs de onderzoeksploeg in de administratieve en organisatorische richtlijnen wegwijs heeft gemaakt.

Onze bijzondere waardering gaat ten slotte naar de vrouwen die bereid waren om aan dit onderzoek mee te werken. Zij namen de moeite en de tijd om gedetailleerd te vertellen over hun werk(omstandigheden) en vele aspecten van hun privéleven. Zodoende gaven zij een stem aan een grote en kwetsbare groep sekswerkers. Zonder hun openheid en vertrouwen zou dit onderzoek onvoldoende inzichten en kennis hebben opgeleverd. Wij hopen van harte dat dit boek bijdraagt tot een constructieve dialoog over het prostitutiefenomeen in België. Mogen de bevindingen leiden tot een beter zorgaanbod en tot een verbetering van de omstandigheden waarin vele vrouwen werken.

Prof. dr. Tom Decorte

Ilona Stoffels

Dr. Elke Leuridan

Prof. dr. Pierre Van Damme

Prof. dr. Guido Van Hal

Inhoudstafel

Voorwoord.....	I
Inhoudstafel.....	IV
Lijst van tabellen en figuren.....	X
Lijst van gebruikte afkortingen.....	XII

Hoofdstuk I: Inleiding: onderzoeksvragen en opzet van de studie 2

1. Situering	2
2. Prostitutie en sekswerk: een heterogeen en dynamisch fenomeen.....	5
3. Onderzoeksvragen en doelstellingen.....	8
4. Verdere afbakening van de studie	9
5. Van populatie naar steekproef.....	11
5.1. Totale populatie: verborgen en moeilijk bereikbaar	11
5.2. Geografische spreiding van de steekproef	12
6. Opzet van de studie: een multimethod design.....	13
7. De literatuurstudie	14
8. Kwantitatieve survey onder vrouwelijke sekswerkers.....	15
8.1. Inclusiecriteria.....	15
8.2. Rekrutering.....	15
8.3. Non-respons	16
8.4. Instrument	17
8.5. Ethische aspecten	19
8.6. Dataverwerking	20
9. Kwalitatieve interviews met sekswerkers (N=25)	21
9.1. Inclusiecriteria.....	21
9.2. Rekrutering.....	21
9.3. Steekproeftrekking	21
9.4. Topiclijst	22
9.5. Informed Consent	22
9.6. Dataverzameling: face-to-face interviews	22
9.7. Verwerking van de data	23
10. Focusgroepen	23
10.1. Inclusiecriteria en rekrutering.....	23
10.2. Instrument	24
10.3. Dataverzameling en -analyse	24
11. Tot slot: toelichting bij de gehanteerde terminologie	25

Hoofdstuk II: Roesmiddelengebruik onder vrouwelijke sekswerkers: een lite ratuurstudie 27

1. Prevalentie van roesmiddelengebruik onder sekswerkers.....	27
2. Roesmiddelengebruik en sekswerken: mogelijke verbanden.....	29
3. Functies van het roesmiddelengebruik bij sekswerkers	31

4.	Risico's van het roesmiddelengebruik bij sekswerkers.....	34
4.1.	Gezondheid en welzijn van sekswerkers.....	34
4.2.	Seksueel overdraagbare infecties (SOI)	36
4.2.1.	Algemeen.....	36
4.2.2.	Data met betrekking tot België	39
4.3.	Condoomgebruik	40
4.4.	Geweld	43
4.5.	Psychologische en psychiatrische problemen.....	47
4.5.1.	Algemeen.....	47
4.5.2.	Voor prostitutiewerk	48
4.6.	Stigma.....	49
4.7.	Straatsekswerkers: de meest kwetsbare groep?.....	50
4.8.	Internationale mobiliteit van sekswerkers en mensenhandel.....	52
5.	Noden aan zorg en zorg.....	54
5.1.	Noden.....	54
5.2.	Barrières.....	56
5.2.1.	Barrières voor drugshulpverlening onder vrouwen en gemarginaliseerde groepen.....	56
5.2.2.	Bijkomende barrières voor vrouwelijke sekswerkers	59
5.2.3.	Exitstrategieën.....	60
6.	Sociale en legale kwesties.....	61
6.1.	De Belgische wetgeving.....	63
6.1.1.	De nationale wetgeving.....	63
6.1.2.	Het maatschappelijke debat	65
6.2.	Gemeentelijke reglementering	66
7.	Conclusie.....	67

Hoofdstuk III: De steekproef..... 70

1.	Spreiding van de steekproef over het grondgebied België.....	70
2.	Sociodemografische kenmerken van de steekproef.....	71
2.1.	Geslacht	71
2.2.	Leeftijd	71
2.3.	Nationaliteit, geboorteland en verblijfsstatus.....	72
2.3.1.	Nationaliteit en geboorteland	72
2.3.2.	Verblijfsstatus	74
2.4.	Gezins- en woonsituatie	74
2.4.1.	Burgerlijke staat	74
2.4.2.	Kinderen.....	75
2.4.3.	Woonsituatie	75
2.5.	Opleiding en inkomsten	77
2.5.1.	Opleiding.....	77
2.5.2.	Inkomsten.....	78
2.5.3.	Perceptie financiën.....	80
3.	Conclusies	81

Hoofdstuk IV: Sekswerk: een aantal parameters	83
1. Eerste stappen in de prostitutiewereld.....	83
2. Ervaring in de prostitutie	85
2.1. Ervaring over de gehele carrière	85
2.2. Ervaring in de hoofdsector	86
2.3. Prostitutie; een dynamische industrie.....	87
3. Sekswerk de afgelopen 30 dagen.....	89
3.1. Arbeidsstatuut.....	90
3.2. Werkomstandigheden.....	91
3.2.1. Arbeidsregime	91
3.2.2. Gemiddeld aantal klanten.....	94
3.2.3. Autonomie over het werk.....	95
4. Conclusies	99

Hoofdstuk V: Roesmiddelengebruik 101

1. Alcohol.....	101
1.1. Ooit-gebruik van alcohol.....	103
1.2. Huidig alcoholgebruik	102
1.2.1. Omvang van het alcoholgebruik	102
1.2.2. Frequentie van alcoholgebruik	103
1.2.3. Binge drinking.....	104
1.2.4. Drinkgedrag op een werk- of vrije dag	104
1.2.5. Gelegenheden waarop men alcohol gebruikt	107
2. Benzodiazepinen.....	108
2.1. Prevalentie van benzodiazepinegebruik	108
2.2. Frequentie van benzodiazepinegebruik	109
2.3. Gelegenheden waarop men benzodiazepinen gebruikt	110
3. Cannabis.....	111
3.1. Ooit-gebruik van cannabis	111
3.2. Huidig cannabisgebruik.....	112
3.2.1. Omvang van het cannabisgebruik	112
3.2.2. Frequentie van cannabisgebruik	114
3.2.3. Gelegenheden voor cannabisgebruik	115
4. Ecstasy.....	114
4.1. Ooit-gebruik van ecstasy.....	114
4.2. Huidig gebruik.....	115
5. Amfetaminen.....	115
5.1. Ooit-gebruik van amfetaminen.....	116
5.2. Huidig amfetaminegebruik.....	116
6. Cocaïne	117
6.1. Ooit-gebruik van cocaïne	117
6.2. Huidig cocaïnegebruik	118
6.2.1. Omvang van het cocaïnegebruik	118
6.2.2. Frequentie van cocaïnegebruik	118
6.2.3. Gelegenheden waarop cocaïne gebruikt wordt	119
7. Crack	120
7.1. Ooit-gebruik van crack.....	120

7.2.	Huidig crackgebruik	121
8.	Heroïne	
8.1.	Ooit-gebruik van heroïne	122
8.2.	Huidig heroïnegebruik	123
8.2.1.	Omvang huidig heroïnegebruik	123
8.2.2.	Frequentie heroïnegebruik	123
8.2.3.	Gelegenheden waarop heroïne gebruikt wordt	123
9.	Andere producten.....	124
9.1.	Ooit-gebruik van andere producten.....	125
9.2.	Huidig gebruik van andere producten.....	125
10.	Hoofdproduct en gecombineerd gebruik	126
10.1.	Polydruggebruik.....	126
10.2.	Hoofdproduct	127
10.3.	Gecombineerd gebruik	128
11.	Gebruik op het werk.....	130
11.1.	Roesmiddelen op de werkplek	130
11.2.	Samen met de klant gebruiken.....	133
11.2.1.	Frequentie waarop samen met de klant wordt gebruikt	133
11.2.2.	Roesmiddelen die samen met de klant worden gebruikt.....	134
11.3.	Zich laten betalen met producten.....	136
11.3.1.	Frequentie waarop men zich met producten laat betalen.....	136
11.3.2.	Producten waarmee ze zich laten betalen.....	137
11.4.	Effecten van roesmiddelengebruik op het sekswerk	137
12.	Eigenheid van sectoren.....	142
12.1.	Straatprostitutie	142
12.2.	Raamprostitutie	145
12.3.	Bar/raamprostitutie	147
12.4.	Bar/clubsector.....	148
12.5.	Privéprostitutie	149
12.6.	Escortprostitutie	151
12.7.	Over de sectoren heen.....	151
13.	Conclusie.....	153

Hoofdstuk VI: Problematisch gebruik en afhankelijkheid 160

1.	Problematisch gebruik	160
1.1.	Een definitie van problematisch gebruik.....	160
1.2.	Intraveneus gebruik.....	161
1.2.1.	Life time prevalentie intraveneus gebruik	161
1.2.2.	Last month prevalentie intraveneus gebruik	162
1.2.3.	Delen van injectiemateriaal.....	163
1.3.	Regelmatig gebruik	164
1.3.1.	Regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en amfetaminen.....	164
1.3.2.	Regelmatig gebruik van andere roesmiddelen.....	165
2.	Severity of Dependence Scale	168
2.1.	Severity of Dependence Scale	168
2.2.	Afhankelijkheid: overzicht	169
2.2.1.	Afhankelijkheid van alcohol.....	169
2.2.2.	Afhankelijkheid van benzodiazepinen.....	170

2.2.3. Afhankelijkheid van cocaïne.....	170
2.2.4. Afhankelijkheid van cannabis.....	171
2.2.5. Afhankelijkheid van heroïne.....	171
2.2.6. Afhankelijkheid van andere middelen.....	172
2.3. Afhankelijkheid: omvang.....	172
2.4. Kwalitatieve data omtrent ‘afhankelijkheid’.....	173
3. Conclusie.....	175

Hoofdstuk VII: Gebruik van het zorgaanbod en (druggerelateerde) noden van sekswerkers

17

1. Gebruik van het zorgaanbod.....	177
1.1. Contact met professionele hulpverleners.....	179
1.2. Frequentie van contacten met professionele hulpverleners.....	182
1.3. Type en aard van de genoten hulpverlening.....	183
1.4. Zich kenbaar maken als sekswerker?.....	185
2. (Druggerelateerde) noden van sekswerkers.....	186
2.1. Andere zorgen zijn prioritair.....	186
2.1.1. Negatieve vooroordelen en stigmatisering: nood aan erkenning.....	186
2.1.2. Een degelijk statuut: de nood aan (betere) regelgeving.....	189
2.2. Druggerelateerde problemen.....	190
2.3. Zelfregulering en persoonlijke strategieën.....	192
3. De stap naar de (drug)hulpverlening.....	193
3.1. Een gebrek aan motivatie.....	193
3.2. Kennis van de hulpverlening.....	196
3.3. Barrières.....	198
3.3.1. De rol van politie.....	198
3.3.2. DE rol van de huisarts.....	199
3.3.3. Tekort aan opvangplaatsen en wachtlijsten.....	201
3.3.4. Drugshulpverlening: een negatief imago onder sekswerkers?.....	203
3.3.5. Zorgverlening op maat van de individuele sekswerker.....	204
3.3.6. Grillige parcours: nood aan trajectbegeleiding.....	208
3.3.7. Nazorg en hervalpreventie.....	209
3.3.8. Schadebeperkende maatregelen.....	210
3.3.9. Loopbaanbegeleiding en exitstrategieën.....	211
4. Conclusie.....	210

Hoofdstuk VIII: Conclusies en aanbevelingen..... 214

1. De steekproef (N=528).....	215
2. Omvang van het roesmiddelengebruik onder de bevraagde sekswerkers.....	216
3. Verschillen in prevalentie van middelengebruik tussen sectoren.....	220
4. Sekswork en middelengebruik: samenhang en wisselwerking.....	223
5. Invloed van middelengebruik op condoomgebruik bij sekswerkers.....	224
6. Problematisch gebruik en druggerelateerde noden.....	226
7. Druggerelateerde noden en gebruik van het zorgaanbod.....	227
8. Aanbevelingen.....	230
A. Uitbreiding van de gespecialiseerde hulpverlening aan sekswerkers.....	230

B.	Sensibilisering van de reguliere zorgverstrekkers en de professionele drughulpverlening.....	233
C.	Algemene sensibilisering	235
	Algemene aanbeveling	236
	Referenties	237

Lijst van tabellen en figuren

Tabel 1:	Geografische spreiding van de steekproef, per sector (N=523)	70
Tabel 2:	Leeftijd van de respondenten, per sector (N=522)	72
Tabel 3:	Nationaliteit (N=526) en geboorteland van de respondenten (N=524)	72
Tabel 4:	Burgerlijke staat van de respondenten, per sector (N=525).....	74
Tabel 5:	Woonsituatie van de respondenten, per sector (N=525)	76
Tabel 6:	Verblijfplaats van de respondenten, per sector (N=527)	76
Tabel 7:	Opleidingsniveau van de respondenten, per sector (N=520)	77
Tabel 8:	Belangrijkste bron van inkomsten voor de respondenten, per sector (N=515)	78
Tabel 9:	Perceptie van de eigen financiële situatie, per sector (N=523)	81
Tabel 10:	Leeftijd waarop de respondenten met sekswerk startten, per sector (N=525)	84
Tabel 11:	Gemiddeld aantal jaren ervaring in de prostitutie, per sector (N=520).....	85
Tabel 12:	Aantal jaren ervaring in de prostitutie, in categorieën, per sector (N=520)	85
Tabel 13:	Ervaring in de hoofdsector, per sector (N=515).....	86
Tabel 14:	Ervaring in een andere sector, per (huidige) hoofdsector (N=528)	87
Tabel 15:	Arbeidsstatuut van de respondenten, per sector (N=507).....	90
Tabel 16:	Aantal werkuren per (werk)dag, per sector (N=507)	91
Tabel 17:	Aantal werkdagen per week, per sector (N=518)	92
Tabel 18:	Gemiddeld aantal uren per week, per sector (N=506)	92
Tabel 19:	Arbeidsregime van de respondenten, per sector (N=506)	93
Tabel 20:	Gemiddeld aantal klanten per werkdag, per sector (N=488)	94
Tabel 21:	Gemiddeld aantal uren per klant gewerkt, per sector (N=479)	95
Tabel 22:	(Ervaren) autonomie om zelf te bepalen hoeveel er gewerkt wordt, per sector (N=519) ..	95
Tabel 23:	(Ervaren) vrijheid om bepaalde klanten te weigeren, per sector (N=520).....	96
Tabel 24:	(Ervaren) vrijheid om bepaalde diensten te weigeren, per sector (N=520)	97
Tabel 25:	Subjectief gevoel van autonomie, per sector (N=520)	98
Tabel 26:	Life time en last month prevalentie van alcohol, per sector (N=528).....	102
Tabel 27:	Frequentie van alcoholgebruik onder de huidige gebruikers, per sector (N=392)	103
Tabel 28:	Frequentie van binge drinking, onder de huidige binge drinkers, per sector (N=184)	104
Tabel 29:	Gemiddeld aantal glazen op een vrije dag (N=372) en op een werkdag (N=371) onder de huidige alcoholgebruikers, per sector.....	105
Tabel 30:	Verschillend drinkgedrag op een werk- of op een vrije dag, per sector (N=356)	106
Tabel 31:	Gelegenheden waarop alcohol wordt gebruikt, onder huidige drinkers, per sector (N=392).....	107
Tabel 32:	Last month prevalentie van benzodiazepinen, per sector (N=528).....	108
Tabel 33:	Frequentie van benzodiazepinegebruik onder de huidige gebruikers, per sector (N=134).....	109
Tabel 35:	Life time en last month prevalentie van cannabis, per sector (N=528).....	111
Tabel 36:	Frequentie van cannabisgebruik onder huidige gebruikers, per sector (N=130).....	112
Tabel 37:	Gelegenheden waarop cannabis wordt gebruikt, onder huidige gebruikers, per sector (N=131).....	113
Tabel 38:	Life time en last month prevalentie van ecstasy, per sector (N=528).....	114
Tabel 39:	Life time en last month prevalentie van amfetaminen, per sector (N=528)	115
Tabel 40:	Life time en last month prevalentie van cocaïne, per sector (N=528)	117
Tabel 41:	Frequentie van cocaïnegebruik onder huidige gebruikers, per sector (N=88)	118
Tabel 42:	Gelegenheden waarop cocaïne wordt gebruikt, onder huidige gebruikers, per sector (N=87).....	119
Tabel 43:	Life time en last month prevalentie van crack, per sector (N=526).....	120
Tabel 44:	Life time en last month prevalentie van heroïne, per sector (N=528).....	122
Tabel 45:	Overzicht life time en last month prevalentie van “andere producten”, (N=528)	124
Tabel 46:	Polydruggebruik gedurende de laatste 30 dagen, per sector (N=528)	126

Tabel 47:	Meest voorkomende combinaties (onder respondenten die combineren), per sector (N=145).....	128
Tabel 48:	Respondenten die op de werkplek gebruiken, onder de huidige gebruikers (N=224)	130
Tabel 49:	Frequentie middelengebruik met klanten, per sector (N=528).....	133
Tabel 50:	Frequentie alcohol- (N=199) en cocaïnegebruik (N=62) met klanten, per sector.....	134
Tabel 51:	Frequentie waarmee respondenten zich met roesmiddelen laten betalen, per sector (N=528).....	136
Tabel 52:	Effecten van middelengebruik op verschillende facetten van het sekswerk, per product.....	138
Tabel 52 (vervolg):	Effecten van middelengebruik op verschillende facetten van het sekswerk, per product.....	139
Tabel 53:	Life time en last month prevalentie van intraveneus gebruik, per sector (N=528)	161
Tabel 54:	Regelmatig gebruik van amfetaminen (N=526), cocaïne (N=526), heroïne (N=528) en crack (N=528), per sector	165
Tabel 55:	Afhankelijkheid van alcohol volgens de Severity of Dependence Scale, per sector (N=509).....	169
Tabel 56:	Afhankelijkheid van benzodiazepinen volgens de Severity of Dependence Scale, per sector (N=509).....	170
Tabel 57:	Afhankelijkheid van cocaïne volgens de Severity of Dependence Scale, per sector (N=509).....	170
Tabel 58:	Afhankelijkheid van cannabis volgens de Severity of Dependence Scale, per sector (N=520).....	171
Tabel 59:	Afhankelijkheid van heroïne volgens de Severity of Dependence Scale, per sector (N=526).....	171
Tabel 60:	Aantal producten waar respondenten afhankelijk van zijn, onder afhankelijken, per sector (N=201).....	173
Tabel 61:	Aantal respondenten dat hulp zocht, per sector (N=490)	177
Tabel 62:	Aantal respondenten dat hulp zocht, onder problematische gebruikers, per sector (N=77).....	178
Tabel 63:	Aantal respondenten dat hulp zocht, onder afhankelijke gebruikers, per sector (N=201).....	179
Tabel 64:	Gemiddeld aantal keer dat hulp werd gezocht, per sector (N=103)	180
Tabel 65:	Aantal keer dat hulp werd gezocht, in categorieën, per sector (N=103)	180
Tabel 66:	Aantal gecontacteerde instanties, onder respondenten die hulp zochten, per sector (N=118).....	181
Tabel 67:	Gecontacteerde diensten, onder respondenten die hulp zochten, per sector (N=119)	181
Tabel 68:	Type behandeling, onder respondenten die hulp zochten, per sector (N=118).....	182
Tabel 69:	Zorgverstrekkers op de hoogte van activiteiten, per sector (N=117).....	183
Tabel 70:	Prevalentie van middelengebruik onder sekswerkers: overzicht van buitenlandse studies	219
Tabel 71:	Overzichtstabel van life time- en last month-prevalentie van verschillende producten, per sector.....	221

Lijst van gebruikte afkortingen

Art.	artikel
B.S.	Belgisch Staatsblad
BCS	British Crime Survey
CAD	Centrum voor Alcohol- en andere Drugproblemen
CEV	Centrum voor de Evaluatie van Vaccinaties
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EWDD	Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Humaan Papillomavirus
HSV	Herpes Simplex Virus
ILO	International Labor Organization
ISD	Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek
IV	intraveneus
K.B.	Koninklijk Besluit
MASS	Maison d'Accueil Socio-Sanitaire
MSOC	Medisch Sociaal Opvang Centrum
N.Gem.W.	Nieuwe Gemeentewet
PAI	Privileged Access Interviewers
PTSS	Post Traumatische Stress Stoornis
SDS	Severity of Dependence Scale
SOI	Seksueel overdraagbare infecties
SSW	straatsekswerk(er)
SW	sekswerker
Sw	Strafwetboek
UWID	Universitair Wetenschappelijk Instituut voor Drugproblemen
WIV	Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid

Hoofdstuk I

Onderzoeksvragen en opzet van de studie

In dit *eerste hoofdstuk* beschrijven we het onderwerp, de probleemstelling en de concrete onderzoeksvragen van de voorliggende studie. Het onderzoek is opgezet aan de hand van verschillende strategieën: een literatuurstudie, een kwantitatieve bevraging van 543 sekswerkers, kwalitatieve interviews met 25 sekswerkers, en individuele gesprekken en groepinterviews met sleutelfiguren. In dit eerste hoofdstuk lichten we de methodologische en ethische aspecten van deze onderzoekstechnieken toe. We belichten tevens de terminologie en het referentiekader voor de studie. In *hoofdstuk 2* presenteren we de resultaten van de literatuurstudie. In de volgende hoofdstukken (*3 tot en met 7*) geven we de resultaten van het empirisch onderzoek weer. In het *achtste en laatste hoofdstuk* formuleren we de belangrijkste conclusies en schrijven we een aantal concrete aanbevelingen neer.

1. Situering

Zowel sekswerk als druggebruik worden in de internationale literatuur met aanzienlijke gezondheidsrisico's geassocieerd. Hoewel de precieze aard van de relatie tussen drug- en alcoholgebruik en seksueel gedrag onduidelijk blijft (Gossop, Powis, Griffiths, & Strang, 1995), worden beide fenomenen in talrijke studies samen behandeld (Ward, Day, & Weber, 1999).

Sekswerkers worden blootgesteld aan specifieke gezondheidsrisico's, waaronder seksueel overdraagbare infecties (verder steeds afgekort als SOI's), bloedoverdraagbare virussen, geweld, ongewenste zwangerschap, alcohol- en druggebruik. (Day & Ward, 1997; Mak, Van Renterghem, & Cuvelier, 2004; Ward & Day, 2006). Verschillende onderzoekers suggereren dat het gebruik van drugs door sekswerkers geassocieerd is met meer risicovol gedrag voor de gezondheid (Gossop, Powis, *et al.*, 1995). Zo riskeert men door het delen van naalden bij intraveneus druggebruik besmetting met bloedoverdraagbare virussen (Ericksen & Trocki, 1992). Het gebruik van alcohol en drugs, voornamelijk stimulantia, verhogen het risico op SOI: de seksuele opgewondenheid neemt toe, remmingen vallen weg en voorzorgsmaatregelen zoals consistent condoomgebruik worden verwaarloosd (Degraaf, Vanwesenbeeck, Vanzessen, Straver, & Visser, 1995).

In de literatuur wordt vaak gesuggereerd dat het middelengebruik verschilt naargelang van het type sekswerk (De Graaf *et al.*, 1995). Zo zou alcoholconsumptie vooral grote proporties aannemen in bars en clubs waar sekswerkers klanten ronselen. Het wetenschappelijke onderzoek focust vaak op straat-

prostitutie. Verschillende studies suggereren dat deze sekswerkers het meeste worden blootgesteld aan de beroepsrisico's. Ze wijzen op een verhoogd infectieniveau, meer gebruik van zgn. hard drugs en meer risicovol gedrag onder straatsekswerkers. Afhankelijkheid van drugs zou in deze prostitutiesector vaker voorkomen dan in andere sectoren, omdat die laatste door meer orde en structuur gekenmerkt worden (Pyett & Warr, 1997; Ward *et al.*, 1999).

Verschillende factoren, zoals trauma's uit de kindertijd, druggebruik, dakloosheid, slechte hygiëne, sekswerk en leven op straat, hebben niet enkel invloed op de fysieke, maar ook op de mentale gezondheid (Kurtz, Surratt, Kiley, & Inciardi, 2005). Psychologische syndromen, zoals de posttraumatische stressstoornis, werden bij sekswerkers geïdentificeerd. El-Bassel *et al.* (El-Bassel *et al.*, 1997; El-Bassel, Simoni, Cooper, Gilbert, & Schilling, 2001) vonden meer psychiatrische symptomen onder druggebruikende vrouwelijke sekswerkers dan onder druggebruikende vrouwen. De psychologische stress die het beroep met zich meebrengt, kan tot een toename van druggebruik leiden waardoor sekswerkers in een neerwaartse spiraal verzeilen (Young, Boyd, & Hubbell, 2000).

Omdat druggebruik én sekswerk een crimineel label dragen, werken ze stereotypering en stigmatisering in de hand. Druggebruikende sekswerkers leven geïsoleerd van anderen, en in het bijzonder van niet-gebruikende mensen; ze komen in de marges van de maatschappij terecht. Sociale factoren beïnvloeden de instap in sekswerk, het hulpzoekgedrag van sekswerkers en de beslissing om al dan niet uit het beroep te stappen (Dalla, 2001). Kurtz *et al.* (2005) vonden dat druggebruik en betrokkenheid in de seksindustrie leiden tot meer breuken met familie en vrienden, waardoor deze vrouwen minder materiële en sociale ondersteuning genieten. Deze sekswerkers raken geïsoleerd en hebben nood aan zorgend menselijk contact (Kurtz *et al.*, 2005).

Het gebruik van gezondheidszorg door sekswerkers is inconsistent en beperkt. In de literatuur wordt onder meer gewezen op de volgende barrières om op de reguliere gezondheidszorg en andere hulp-/dienstverlening een beroep te doen: de structuur van de bestaande diensten, weerstand, prioritaire aandacht voor acute zorg, aangeleerde hulploosheid, depressie, een laag zelfbeeld, kosten en wachttijden (Kurtz *et al.*, 2005). Ook angst voor het politieapparaat en angst voor discriminatie en stigmatisering door andere patiënten en het personeel spelen een rol (Jeal & Salisbury, 2004b; Romans, Potter, Martin, & Herbison, 2001). Het stigma geassocieerd met druggebruik maakt de toegang tot hulpverlening moeilijk en het stigma dat aan commerciële seks kleeft, versterkt dat nog (Smith & Marshall, 2007). Onderzoek wijst uit dat druggebruikende sekswerkers hun gezondheid verwaarlozen en pas hulp zoeken wanneer ziektebeelden zich in een vergevorderd stadium bevinden; gezondheidszorg vormt geen prioriteit (Carr *et al.*, 1996).

Er is nood aan specifieke (medische en psychosociale) hulpverlening voor deze kwetsbare doelgroep. Daarbij verdienen zowel gezondheidsvoorlichting als –opvoeding aandacht (Mak *et al.*, 2003). Het is belangrijk om een gedifferentieerd hulpverleningsaanbod aan te bieden dat een antwoord biedt op de verschillende problemen waarmee druggebruikende sekswerkers geconfronteerd worden. Artsen die met deze doelgroep contact hebben, wijzen immers op specifieke druggerelateerde noden aan gezond-

heidszorg. Zo zou het de druginjecterende sekswerkers ontbreken aan kennis over de preventie van infectieuze aandoeningen, een nood die vanuit de preventieve gezondheidszorg moet worden ingevuld. Ook niet-injecterende *druggebruikers* hebben nood aan schadebeperkende informatie. Daarbenevens moet de toegang tot de specifieke drugshulpverlening verzekerd worden voor wie het druggebruik wil beëindigen (Degraaf *et al.*, 1995). Waar de lokale situatie door een hoge prevalentie van illegaal druggebruik onder sekswerkers gekenmerkt wordt, moet vanuit bestaande projecten gerelateerd aan het beroep ook druggerelateerde zorg worden aangeboden (Kinnell & Praats, 2000).

In België werd reeds onderzoek verricht naar specifieke fysieke gezondheidsproblemen bij sekswerkers en medische reactiewijzen hierop, vaak in samenwerking met organisaties zoals asbl Espace P, vzw Pasop en vzw Gh@pro (Mak *et al.*, 2003; Mak *et al.*, 2004; Mak, Van Renterghem, & Traen, 2005). Deze organisaties bieden al meer dan tien jaar gezondheidsvoorlichting en –opvoeding en (para)medische dienstverlening aan sekswerkers. Het aanbod richt zich in de eerste plaats op de beroepsgebonden gezondheidsrisico's en biedt sekswerkers de kans om zich op anonieme wijze te laten onderzoeken. Deze werkwijze heeft een reële impact op de seksuele gezondheid van de algemene bevolking. Immers, door het beschermen en –indien nodig – het behandelen van sekswerkers, worden ook de klanten en hun partners thuis gevrijwaard van SOI's. Studies naar specifieke gezondheidsproblemen, zoals bijv. de vaccinatie tegen hepatitis B voor hoogrisicogroepen (Wouters *et al.*, 2007), kaderen vaak in internationale inspanningen. Op Europees niveau vermelden we *Tampep* en het stopgezette *Europap*, twee Europese preventienetwerken voor SOI's en HIV onder (gemigreerde) sekswerkers, waar België in het verleden aan meewerkte. *Correlation*, het Europese netwerk voor sociale inclusie en gezondheid, engageert zich om de toegang tot de bestaande diensten te verbeteren en dit door praktijk en onderzoek te combineren.

Over het *roesmiddelengebruik onder sekswerkers in België* zijn zo goed als geen cijfers beschikbaar. In het buitenland daarentegen is wel onderzoek gebeurd naar druggebruik onder sekswerkers en de hieraan gerelateerde fenomenen: de voornaamste vaststellingen daaromtrent brengen we samen in *hoofdstuk 2*. Het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid (WIV) fungeert als 'National focal point on drugs' bij het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD), en verzamelt, verwerkt en verspreidt in die hoedanigheid informatie betreffende het druggebruik in België. Sedert 2005 besteedt het WIV in zijn jaarlijks Nationaal rapport over Drugs aandacht aan het druggebruik onder sekswerkers, maar een recente literatuurstudie (Roelands, 2010) stelt dat studies in Europa naar het roesmiddelengebruik onder deze doelgroep veelal onbestaande zijn of dat informatie slechts beperkt wordt verspreid. In het rapport van *Europap*, het Europese netwerk voor de preventie van SOI's en HIV in de prostitutie, vinden we enkele cijfers m.b.t. België: in Luik zou 22,5% van de sekswerkers hard drugs gebruiken; in Antwerpen en Brussel 9% en in Charleroi-Mons 13,5% van de

bevroegde sekswerkers (Kinnell & Praats, 2000). Algemeen zou in Noordwest-Europa 10 tot 17% van de sekswerkers drugs gebruiken. Andere gegevens m.b.t. België zijn er niet.

2. Prostitutie en sekswerk: een heterogeen en dynamisch fenomeen

Prostitutie en sekswerk kunnen op verschillende manieren omschreven worden. Volgens Weitzer (2000) is sekswerk een algemene term voor commerciële seksuele diensten, prestaties of producten die gegeven worden in ruil voor een materiële compensatie. Voorbeelden hiervan zijn prostitutie, pornografie, strippen, schootdansen en telefoonseks (Weitzer, 2000). In deze studie volgen we een engere definitie en verstaan we onder sekswerk een seksuele dienstverlening; het uitwisselen van seksuele contacten tegen iets van waarde; meestal geld of drugs (Monto, 2004). Een grote diversiteit aan activiteiten valt onder deze seksuele contacten; het is een vlag die vele ladingen dekt. Vormen van sekswerk onderscheiden zich in een aantal aspecten waaronder:

1. *Sociale status*: vormen van sekswerk kunnen worden gerangschikt op basis van de sociale status die ermee samenhangt. Straatsekswerk bevindt zich onderaan de sociale ladder. Deze sekswerkers zijn het meest gestigmatiseerd. Hoger op de sociale statusladder vinden we – in stijgende volgorde – massagesalons, bordelen, escortdiensten en callgirls. Ook binnen elke sector is sprake van stratificatie op basis van herkomst, leeftijd, uiterlijk en locatie (Sevgi *et al.*, 2003; Colosi, 2010).
2. *Controle over de werkomstandigheden*: niet alle sekswerkers hebben evenveel vrijheid om klanten te kiezen of te weigeren, of hebben in gelijke mate toegang tot veiligheids- en beschermingsmaatregelen, of bezitten dezelfde (on)afhankelijkheid van managers en pooiers en de mogelijkheid om het sekswerk de rug toe te keren.
3. *Werkervaringen*: de mate waarin en de frequentie waarmee sekswerkers met uitbuiting en victimisering (zoals aanranding, blootstelling aan het risico op SOI's) worden geconfronteerd, verschilt van sector tot sector. De mate waarin het werk, naast het financiële aspect, als bebend wordt ervaren, varieert evenzeer: van puur zakelijke transacties, en ontmoetingen die op een romantisch afspraakje lijken, tot het ervaren van seksueel genot.
4. *Aanpassing aan het werk*: sekswerk heeft uiteenlopende effecten op het zelfbeeld en het psychische welbevinden van de individuele sekswerker. Sommigen halen trots uit hun werk en vinden dat ze een waardevolle dienst verlenen; anderen ondervinden ernstige psychologische problemen ten gevolge van stress, schaamte en een negatief zelfbeeld.
5. *Impact op de gemeenschap*: straatsekswerk is zichtbaar en wordt gemakkelijk als een verstoring van de openbare orde gepercipieerd. Andere vormen van sekswerk gebeuren meer dis-

creet en zijn niet of veel minder het voorwerp van maatschappelijke weerstand (Weitzer, 2000).

In de literatuur worden verschillende typologieën van sekswerk voorgesteld. Vaak wordt een (weinig duidelijk) onderscheid gemaakt tussen *binnenshuis-* en *buitenshuiswerkende sekswerkers*. De laatste categorie heeft soms betrekking op straatsekswerkers, en de eerste op alle andere verschijningsvormen. Maar de term ‘binnenshuiswerkende sekswerkers’ kan evenzeer verwijzen naar bordelen, privéclubs, sauna’s, massagesalons en escortes (May, Edmunds, Hough, & Harvey, 1999). Anderen onderscheiden *gelegenheidsprostitutie* en *professionele prostitutie*. De eerste groep gaat enkel over tot commerciële seksuele activiteiten, als er zich een gelegenheid voordoet. Deze groep beschouwt zichzelf niet als sekswerkers. De tweede groep professionaliseert zich en ziet prostitutiewerk als een belangrijke bron van inkomsten. Zij heeft een duidelijk beeld over welke diensten ze al dan niet aanbieden, tegen welke prijs, terwijl zij ook vaak aan klantenbinding doen. Harcourt en Donovan (2005) maken dan weer een onderscheid tussen *directe* en *indirecte prostitutie*. Bij directe prostitutie is het duidelijk dat het primaire doel het uitwisselen van seks voor een vergoeding is. In het geval van indirecte prostitutie is sekswerk niet de enige of primaire bron van inkomsten, zelfs niet in relatief verpauperde settings. Sekswerk verleent mensen een bijkomend inkomen om een laag of onregelmatig loon aan te vullen (Harcourt & Donovan, 2005). Er kan ook een onderscheid gemaakt worden naargelang de *inkomsten* die sekswerkers genereren met seksuele activiteiten. Sommige sekswerkers staan een deel van hun inkomsten af aan familieleden en partners, pooiers, managers en helpende werkers (Aral & Ward, 2005).

De brede populatie van sekswerkers vertoont overigens nog op heel wat andere vlakken een grote heterogeniteit (Vanwesenbeeck, 2001). De *leeftijd* varieert van erg jong tot oud. We vinden onder sekswerkers *mannen, vrouwen, transvestieten* en *transseksuelen*.¹ Ook de *socio-economische achtergronden* van sekswerkers zijn niet homogeen; deze mensen komen uit zeer diverse achtergronden; hoog- en laagopgeleiden, lagere en hogere inkomensklassen. Veel sekswerkers zijn economische migranten, maar er zijn ook vrouwen die door georganiseerde criminele netwerken worden verhandeld en tot sekswerk worden gedwongen.

Het mag niet verwonderen dat de samenstelling van de populatie sekswerkers wat *nationaliteit* betreft voortdurend evolueert. In West-London bijv. daalde het aantal sekswerkers met de Britse nationaliteit tussen 1985 en 2002 van 75% tot 37%; terwijl het aantal sekswerkers afkomstig uit Oost-Europa en Rusland steeg van 1 tot 20%, en het aantal sekswerkers uit Azië van 5 tot 27% (Spice, 2007; Ward,

¹ Bij transvestieten is het belangrijkste kenmerk het periodiek dragen van kleding van het andere geslacht met als doel seksuele opgewondenheid in een heteroseksuele man. Een transseksueel onderging een geslachtsaanpassende operatie als laatste schakel van een lang proces. Deze laatste twee groepen vallen onder de noemer transgender. Beiden hebben een van de norm afwijkende genderidentiteit, stellen gedrag dat indruist tegen het traditionele rollenpatroon en hebben een seksuele geschiedenis die niet mooi binnen de lijntjes past (Docter & Fleming, 2001; Midence & Hargreaves, 1997).

Day, Green, Cooper, & Weber, 2004). In 1992 en 1993 bezat 72% van de sekswerkers in België ook de Belgische nationaliteit; in 1997 betrof het nog 58%, in 1999 49%, en sedert 2001 gaat het om minder dan 20%. Een opvallende trend is de sterke stijging van Oost-Europese sekswerkers ("Connaissances et comportements des personnes prostituées exerçant en communauté, Française de Belgique en matière de prévention de SIDA en 2007," 2008). Deze evoluties genereren onder meer taalkundige en culturele barrières in de toegang tot gezondheidszorg en andere hulp- en zorginstanties (Spice, 2007). Het aantal sekswerkers is bovendien geen constant getal: vrouwen stappen afhankelijk van hun financiële noden in en uit het beroep, ze verhuizen van landelijke naar stedelijke settings, ze volgen seizoenarbeiders en toeristen, of ze migreren van het ene land naar een ander (Harcourt & Donovan, 2005; Vandepitte *et al.*, 2006).

Ook de *motieven* om in het beroep te stappen, kunnen danig verschillen. Sommige sekswerkers stappen uit vrije wil in de seksindustrie. Ze werken autonoom en zijn met betrekking tot hun seksuele gezondheid en het vinden van toegang tot bestaande diensten goed georganiseerd. Hun motieven omvatten het bekostigen van verdere studies, het afbetalen van schulden, het zoeken naar rijkdom en sociale mobiliteit. Ze kunnen ook periodiek of opportunistisch zijn in hun betrokkenheid bij het sekswerk en stappen uit de sector op een zelfgekozen tijdstip. Anderen maken een carrièrebeslissing om te werken in de seksindustrie, hebben een sociale klantenkring en ervaren voldoening en onafhankelijkheid in hun baan. Nog andere mensen komen terecht in commercieel sekswerk vanuit een overlevingsstrategie, omwille van een drugprobleem of onder dwang van anderen. Zij zijn weinig autonoom. Onder deze sekswerkers vinden we verhandelde vrouwen, die kwetsbaar zijn en weinig kans hebben om de industrie op eigen houtje te verlaten. Tussen beide uitersten in vinden we de grote meerderheid aan sekswerkers, die werken vanuit een verschillende mate van economische noodzaak en keuze. De onderliggende motieven hebben een invloed op de sekswerker zijn/haar zelfstandigheid en mogelijkheid om te antwoorden op gezondheidsbevorderende boodschappen (Harcourt & Donovan, 2005; Spice, 2007).

Prostitutie is ontegensprekelijk een heterogeen fenomeen dat zich onder uiteenlopende omstandigheden voordoet. Bovendien is de seksindustrie voortdurend in beweging. Deze economische branche verandert onder invloed van demografische, ideologische en technologische evoluties. *Globaliseringsprocessen* hebben een impact op lokale seksindustrieën. De uitbreiding van de wereldmarkt met vooreen geïsoleerde gebieden, de toename van handelsactiviteiten, de verhoogde mobiliteit van mensen en kapitaal, en de snelle verspreiding van nieuwe technologieën en media hebben hun effecten op de aard en de omvang van het fenomeen. Aangenomen wordt dat het aantal sekswerkers wereldwijd steevast is toegenomen.

Economische herstructureringen die werkloosheid genereren, zorgen ervoor dat mensen betaald werk gaan zoeken naast de formele arbeidsmarkt. *Armoede* en *ongelijkheid* zijn twee belangrijke economische factoren die op de seksindustrie een impact uitoefenen. Door de ongelijke verdeling van rijkdom

en de relatieve deprivatie die hiermee samenhangt, neemt het aantal persoonlijke dienstverleningen toe; huishoudelijk werk, kinderopvang en sekswerk zijn hiervan mogelijke uitingen.

De vraag naar sekswerk is gestegen (Bernstein, 2001). Zij zal blijven stijgen zolang de bevolking – en dus ook de potentiële klanten – in omvang toeneemt, het aantal echtscheidingen vermeerdert, mensen meer reizen en langere tijd alleen leven. Naast deze *demografische ontwikkelingen* spelen ook *ideologische verschuivingen* een rol. Deze verschuivingen komen tot uiting in de publiciteit waarin het gebruik van seksuele beelden toeneemt, maar ook in de groeiende entertainmentindustrie voor volwassenen en in het groeiende aanbod van pornografie via het internet.

De economische branche van het sekswerk is niet alleen in omvang toegenomen, ze heeft ook op het vlak van *organisatie* een transformatie ondergaan (Jenkins, 2010; Sharpe and Earle, 2003). Communicatietechnieken zoals het internet, gsm's en *online reviews* over sekswerkers laten toe dat sekswerkers een grotere verscheidenheid aan klanten bedienen en dat sekswerk niet langer aan landsgrenzen gebonden is. Globaliseringsprocessen hebben overigens ook het *consumptiegedrag* beïnvloed. Mensen consumeren niet alleen materiële goederen, maar ook diensten, relaties en seksuele ontmoetingen. Net zoals elke andere industrie speelt de seksindustrie in op het consumptiegedrag en de voorkeuren van de klant. Daarbij merken we op dat de toename van online pornografie en webcam shows wellicht ook belangrijke gevolgen heeft gehad voor de beroepsgerelateerde gezondheidsrisico's (vanwege de fysieke afstand tussen klanten en sekswerkers) (Sharpe en Earle, 2003).

Tegelijkertijd veranderde de *regulering* van het beroep. In sommige landen werden aspecten van sekswerk gedecriminaliseerd, in andere landen werd de reikwijdte van het strafrecht verruimd. Zo werden de klanten van sekswerkers in Zweden strafbaar gesteld. De toename van mensenhandel – gerelateerd aan de internationale mobiliteit van sekswerkers en gedwongen prostitutie – leidde tot nieuwe regelgeving en een verscherpt toezicht op de industrie. Hierdoor ging de seksindustrie verder ondergronds; sekswerkers werden uit het (straat)beeld verdreven en kwamen in minder zichtbare vormen van sekswerk terecht om arrestatie en deportatie te voorkomen (Alcaniz, 2008; Aral & Ward, 2005; Ward & Aral, 2006; Wonders & Michalowski, 2001).

3. Onderzoeksvragen en doelstellingen

Op basis van de hierboven beschreven vaststellingen die onderzoekers in het buitenland hebben gedaan (§2), gaan we er in deze studie van uit dat de prevalentie van legaal en illegaal druggebruik onder sekswerkers in het algemeen, en in bepaalde prostitutiesectoren (zoals de straatprostitutie) in het bijzonder, hoger is dan onder de algemene bevolking.

Daarenboven veronderstellen we dat er een enorme (geografische) variatie en heterogeniteit bestaat in de verschijningsvormen en kenmerken van sekswerksectoren (§3). Zo komt raamprostitutie in sommige Belgische steden bijv. wél voor, in andere dan weer zo goed als niet. We gaan er tevens van uit dat

er tussen verschillende prostitutiesectoren verschillen kunnen bestaan inzake patronen van druggebruik, druggerelateerde gezondheidsproblemen, specifieke noden van sekswerkers en gebruik van het drugshulpverleningsaanbod.

Deze studie is opgezet om aan het ontstellende gebrek inzake gegevens over de omvang en de aard van het roesmiddelengebruik onder sekswerkers in België, en mogelijke behoeften van deze populatie, tegemoet te komen. Concreet tracht de huidige studie op de volgende onderzoeksvragen een antwoord te bieden:

1. Welke is de omvang en de aard van het *legale* en *illegale* druggebruik onder vrouwelijke sekswerkers in België?
2. Ondervinden sommige vrouwelijke sekswerkers in België op het vlak van lichamelijke en geestelijke gezondheid en op sociaal vlak problemen in verband met hun roesmiddelengebruik, en indien dat het geval is, welke van deze problemen zijn vanuit het perspectief van de sekswerker het meest prangend?
3. Hebben sommige vrouwelijke sekswerkers in België nood aan specifieke preventieve en curatieve druggerelateerde gezondheidszorgen?
4. Zijn vrouwelijke sekswerkers in België voldoende op de hoogte van het bestaande aanbod inzake drugshulpverlening?
5. In welke mate maken vrouwelijke sekswerkers in België gebruik van het bestaande aanbod inzake drugshulpverlening?

Deze studie is een beleidsondersteunend onderzoek: in het *achtste en laatste hoofdstuk* toetsen we onze bevindingen aan bestaande initiatieven en praktijken, en formuleren wij een aantal concrete beleidsaanbevelingen. Het ontwikkelen en optimaliseren van goede interventies vereist immers een uitvoerig en gedetailleerd beeld van de omvang, de aard en de plaats van lokale seksindustrieën en de specificiteit van het roesmiddelengebruik.

4. Verdere afbakening van de studie

Onze studie richt zich op het druggebruik van vrouwelijke sekswerkers in België. Onder de term ‘*drugs*’ worden in deze studie niet enkel illegale roesmiddelen begrepen, maar ook alcohol en het niet-medische gebruik van geneesmiddelen.

De studie richt zich specifiek op *vrouwelijke sekswerkers*. Sekswork door mannen en transgenders kent specifieke verschijningsvormen en risico’s. We nemen wél transgenders op in deze studie, wanneer de lokale prostitutiescène een sterke vertegenwoordiging van transseksuelen en transvestieten vertoont. We beperken de studie m.a.w. niét tot ‘biologische’ vrouwen, maar wensen uitdrukkelijk

rekening te houden met de beleefde identiteit van de sekswerker: sekswerkers die weliswaar biologisch gezien als ‘man’ werden geboren, maar zichzelf een vrouwelijke genderidentiteit hebben aangemeten, worden niet uitgesloten.

Zoals hierboven geschetst zijn zowel het sekswerk als wie erin werken zeer divers. Onder *sekswerk* verstaan we een uitwisseling van seksuele diensten in ruil voor iets van waarde. Sommige *sekswerkers* verlenen geen effectieve seksuele dienst, maar draaien mee in de werking van een etablissement gekend voor prostitutiewerk, bijvoorbeeld iemand die klanten gezelschap houdt tijdens het consumeren van alcohol in een bar.

We maken in deze studie ook gebruik van een typologie van *prostitutiesectoren*, die geïnspireerd werd door een studie van het *Correlation Network* (Gaffney, Velcevsy, Phoenix, & Schiffer, 2008). Ook in ander onderzoek is het gangbaar om een onderscheid te maken tussen verschillende soorten werkplekken. Prostitutiesectoren worden vaak gedefinieerd op basis van de meest frappante karakteristieken van de werkplek en hoe daar klanten gerekruteerd worden. In dit onderzoek onderscheiden we:

1. *Straatsekswerk*: klanten worden geronseld op straat en andere publieke plaatsen (park, parking, ...). De diensten worden verstrekt in auto's, hotels of in parken.
2. *Raamprostitutie*: de vrouwen adverteren achter een raam. Diensten worden verleend achter het raam (ontnomen aan het zicht). De sekswerkers betalen dagelijks huur, verdienen over het algemeen minder aan drankjes, bedienen meer klanten, maar spenderen minder tijd met een klant in vergelijking met sekswerkers in privéhuizen.
3. *Barprostitutie*
 - a. De mengvorm bar/raamprostitutie: de vrouwen adverteren achter een raam. Bovendien bevindt zich achter het raam een bar.
 - b. Prostitutie in bars of clubs: deze etablissementen zijn gekend voor de seksuele dienstverlening. Er wordt drank geserveerd; diensten worden in een aparte ruimte verleend.
4. *Privésekswerk*: aan de buitenzijde is het niet duidelijk dat op die plek seksuele dienstverlening plaatsvindt. De vrouwen kunnen zowel alleen als met andere vrouwen werken. In *privéhuizen* is het etablissement verantwoordelijk voor de rekrutering en de selectie van de klanten die op één of andere vorm van reclame afkomen. De klant betaalt het huis en de sekswerkers ontvangen een percentage. Ruimtelijk gesproken komt men meestal binnen langs een receptie of ontvangstruimte, die gevolgd wordt door een ruimte waar de sekswerkers wachten tussen klanten door. Verder in het pand zijn verschillende slaapkamers waar de sekswerkers zich met hun klanten terugtrekken. Vele vrouwelijke sekswerkers ontvangen klanten *thuis* of huren een *huis of appartement* dat ze eventueel met andere sekswerkers delen.
5. *Escortprostitutie*: dit kan zowel via een agentschap als onafhankelijk gebeuren. Sekswerkers bevinden zich niet in een pand waar ze op klanten wachten. De diensten zijn niet gebonden

aan de locatie (de sekswerker verplaatst zich naar de klant). Door de jaren heen werd een boek met foto's vervangen door het internet en moderne communicatietechnologieën.

Bij deze typologie moeten overigens nog enkele bedenkingen worden geformuleerd, die nopen tot een voorzichtige interpretatie van de data.

Dat wij sommige respondenten in een bepaalde prostitutiebranche hebben ondergebracht, betekent niet noodzakelijk dat de vrouwen dit *zélf zo* zien. Enerzijds is het zo dat verschillende respondenten meerdere branches combineren. Hoewel een aantal vrouwen zichzelf bijvoorbeeld o.m. als escortes beschouwen, codeerden wij hen als privésekswerkers, omdat wij de sector waarin de respondent het meeste (in uren en dagen) werkt, als *hoofdsector* beschouwden. Bovendien wisselen vrouwen van sector in hun sekswerkcarrière. Een respondente kan het ene moment nog in de raamprostitutie werken, en een maand later actief zijn in de bar/clubprostitutie.

Als we in dit onderzoeksproject uitspraken over straatprostitutie doen, dan heeft dit o.m. ook betrekking op enkele respondenten die klanten rekruteren in een café en er dan elders mee afspreken of met de klant mee naar huis gaan.

Het onderscheid tussen de twee categorieën van de raamsector en de barprostitutie is in de empirie soms erg moeilijk te maken. De *Aarschotstraat* in Brussel is bijv. gekend om haar vele "bars". Die bars werden door de enquêteurs onder de noemer "bar/raamsector" geklasseerd. Ook in het Gentse *Zuidkwartier* wordt door de respondenten gesproken over bars, hoewel wij deze etablissementen als raamprostitutie hebben gecodeerd. Etablissementen in beide buurten zien er ogenschijnlijk gelijkaardig uit, maar onderscheiden zich in organisatie en kenmerken van elkaar.

5. Van populatie naar steekproef

5.1. Totale populatie: verborgen en moeilijk bereikbaar

Deze studie richt zich per definitie op een "*hidden*" en "*hard to reach*" populatie. Sekswerkers zijn een gemarginaliseerde en gestigmatiseerde, moeilijk te bereiken populatie; sekswerk situeert zich in een mist van (il)legaliteit en vele vrouwen wensen hun seksuele activiteiten niet bekend te maken (Harcourt & Donovan, 2005; Vandepitte *et al.*, 2006). Daarenboven gaat onze interesse binnen deze groep mensen naar het roesmiddelengebruik, de gezondheidsproblemen die er eventueel mee gepaard gaan, en de ervaringen van sekswerkers met de (drug)hulpverlening. Ook illegaal druggebruik gaat gepaard met een maatschappelijk taboe en processen van stigmatisering. Naarmate het bestudeerde fenomeen gevoeliger en/of bedreigender is, is de kans dat respondenten hun betrokkenheid zullen ontkennen, groter (Faugier & Sargeant, 1997). Onze onderzoekspopulatie – reeds gestigmatiseerd en zich zeer bewust van (al dan niet terechte) associaties van hun activiteiten met roesmiddelengebruik - heeft

derhalve bijkomende redenen om verborgen te blijven en/of om niet aan dit project deel te nemen (N. J. Taylor & Kearney, 2005).

De onderzoekspopulatie in haar geheel is niet gekend. Cijfergegevens zijn schaars en vormen enkel *schattingen* van de omvang van het aantal personen dat sekswerk verricht. In het meest recente Tampere-rapport wordt gesproken van 15.000 tot 20.000 sekswerkers voor België waarvan 80% vrouwen en 15% transgenders; er zouden dus 12.000 tot 16.000 vrouwen en 2.250 tot 3.000 transgenders werkzaam zijn in België (Brussa, 2009). Op initiatief van de Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie van het Brussels hoofdstedelijk gewest werd de Brusselse prostitutie in kaart gebracht. Dit onderzoek concludeerde dat het Brusselse gewest 4.000-5.000 prostituees omvat waarvan ongeveer 1/3 jongens zouden zijn (van den Hazel *et al.*, 2008).

Het trekken van een representatieve steekproef uit een grotere populatie die ongekend is, is erg lastig en zo goed als onmogelijk. In deze studie werd vooral getracht om een *voldoende gevarieerde steekproef* samen te stellen, die rekening houdt met a) mogelijke *geografische* variaties en b) mogelijke verschillen tussen verschillende sekswerksectoren.

5.2. Geografische spreiding van de steekproef

Met betrekking tot de geografische spreiding van de steekproef, maken we in deze studie een onderscheid tussen vijf steden en hun ‘omgeving’: Antwerpen, Brussel, Charleroi, Gent en Luik. Deze geografische opdeling is in een aantal opzichten een *methodologische constructie*, die de empirische werkelijkheid niet perfect weerspiegelt. Zo hebben de organisaties die mee instonden voor de rekrutering en bevraging van sekswerkers, niet enkel gerekruteerd in de stad waar ze gevestigd zijn, maar in hun hele werkingsgebied. Vzw Pasop enquêteerde niet alleen sekswerkers in Gent en de nabije omgeving, maar in heel West- en Oost-Vlaanderen (tot bijv. in Oostende). Vzw Gh@pro interviewde sekswerkers in Antwerpen, in de regio Mechelen én in de Kempen. De antenne van Espace P die in Luik gebaseerd is, enquêteerde ook sekswerkers op de *Chaussée d’Amour* tot in Sint-Truiden. Onder de categorie ‘Charleroi’ en omgeving rekenen we bijvoorbeeld ook de interviews die afgenomen zijn tot aan de grens met Luxemburg. Men mag dus niet elke geografische regio aan één welbepaalde organisatie of antenne linken. Zo namen alle betrokken organisaties bijvoorbeeld vragenlijsten af in het Brusselse stadsgewest.

Ook de respondenten die in de escortsector werkzaam zijn, werden in één van de vijf ‘steden en omgeving’ ondergebracht. Hoewel sommige escortes een welbepaalde stad als uitvalsbasis opgeven, noemen andere respondenten één of meer provincies, het hele land of zelfs meerdere landen als ‘werkgebied’. We hebben deze respondenten toch ingedeeld bij een welbepaalde categorie (stad), op basis van de organisatie die hen gecontacteerd heeft. Zo zijn we er bijvoorbeeld vanuit gegaan dat escortmeisjes die door vzw Pasop werden gecontacteerd, hun uitvalsbasis in Oost- of West-Vlaanderen hebben en van daaruit over een bepaald gebied klanten ontmoeten.

Kortom, de o.i. ietwat artificiële categorieën ‘steden en omgeving’ moeten met een korrel zout worden geïnterpreteerd. Het begrip ‘omgeving’ slaat *de facto* meestal op een erg ruim gebied.

Bovendien werd tijdens het veldwerk duidelijk dat prostitutie een uiterst *mobiele industrie* is. Ten eerste verplaatsen vrouwelijke sekswerkers zich frequent; het is dus mogelijk dat een vrouw een tijd aan de slag gaat in de raamprostitutiebuurt van Gent, vervolgens een periode in de Brusselse bars werkt en ten slotte in de Luikse prostitutie terecht komt. Bevindingen per stad en omgeving moeten bijgevolg met deze vaststelling in het achterhoofd worden geïnterpreteerd.

Dat we in dit onderzoek toch aan de geografische opdeling vasthouden, heeft enkel te maken met pragmatische overwegingen: indien de geografische opdeling nog gedetailleerder zou gebeuren, wordt het aantal onderzoekseenheden per regio te klein om nog zinvolle uitspraken te kunnen doen.

6. Opzet van de studie: een *multimethod design*

Met het oog op het beantwoorden van de hierboven beschreven onderzoeksvragen, hebben we gekozen voor een *multimethod design*, waarbij verschillende onderzoeksstrategieën met elkaar worden gecombineerd. Deze aanpak biedt een aantal voordelen in vergelijking met de keuze voor één welbepaalde strategie. Op korte tijd kunnen méér gegevens worden verzameld en het risico op foutieve, eenzijdige of vertekende beschrijvingen kan worden verkleind. Gegevens die via verschillende methoden worden verzameld, kunnen met het oog op een beter begrip van het bestudeerde fenomeen met elkaar worden *getrianguleerd*, (Tashakkori & Teddlie, 2003). We onderscheiden in dit onderzoek vier luiken, die verder in dit hoofdstuk één voor één worden toegelicht:

1. Literatuurstudie: In eerste instantie verzamelden en analyseerden we via een *literatuurstudie* de beschikbare gegevens over verschillende aspecten van roesmiddelengebruik onder sekswerkers. Onze aandacht ging vooral naar het druggebruik van sekswerkers, de druggerelateerde gezondheidsproblemen en -noden die zij eventueel ervaren, en hun ervaringen met drugspecifieke gezondheidszorg (zie verder, §7, pagina 14).

2. Survey (N=543): In een *kwantitatief luik* namen we van 543 vrouwelijke sekswerkers *face-to-face* een semigestructureerde vragenlijst af, omtrent hun patronen van roesmiddelengebruik, hun eventuele druggerelateerde gezondheidsproblemen en -noden, en hun ervaringen met de drugshulpverlening (zie §8, pagina 15).

3. Kwalitatieve interviews (N=25): Van 25 vrouwelijke sekswerkers namen we op basis van een topiclijst *face-to-face* interviews af. In deze kwalitatieve interviews lag de nadruk op de levensverhalen en het perspectief van de vrouwelijke sekswerkers zélf (zie §9, pagina 21). Naast interviews met

vrouwelijke sekswerkers werden binnen dit onderzoeksproject ook gesprekken gevoerd met sleutelfiguren; we noemen dit expertinterviews (Boeije, 2005). Hoewel gesprekken met sleutelfiguren niet in het oorspronkelijke onderzoeksdesign zijn opgenomen, achtte de onderzoeksploeg het nuttig een aantal sleutelfiguren te spreken die inzicht konden verschaffen in de onderzoekssettings, de concrete verschijningsvormen van het prostitutiefenomeen en het roesmiddelengebruik binnen die bepaalde setting, en die denkpistes konden aanleveren om specifieke bevindingen te interpreteren.

4. Focusgroepen (N=5): In elk van de vijf steden organiseerden we een focusgroeps gesprek met sleutelfiguren die beroepsmatig met het onderwerp van deze studie bezig zijn. De deelnemers bediscussieerden en interpreteerden samen de bevindingen die uit het kwantitatieve luik (de survey) en het kwalitatieve luik (de interviews) voortvloeiden. Gezamenlijk reflecteerden zij over mogelijke en geschikte werkwijzen en strategieën om tegemoet te komen aan (eventueel) druggerelateerde gezondheidsproblemen en –noden van sekswerkers (zie hierover verder, §10, pagina 23).

In de volgende paragrafen lichten we de methodologische en ethische aspecten van deze verschillende onderzoeksmethoden toe.

7. De literatuurstudie

In *hoofdstuk 3* presenteren wij de resultaten van een uitgebreide literatuurstudie omtrent roesmiddelengebruik onder sekswerk. Voor de literatuuranalyse hanteerden we verschillende zoekstrategieën. Ten eerste doorzochten we de bibliografische databanken *Web of Science*, *CSA Illumina (Sociological Abstracts)* en *PubMed* aan de hand van een aantal zoektermen (sex work/sex workers* OR prostit* in combinatie met (“AND”) ofwel drugs/drugs abuse, ofwel needs, ofwel barriers AND drug AND treatment). Op basis van de initiële zoekresultaten en aan de hand van de *abstracts* hebben we relevante artikelen opgezocht en doorgenomen. We bekeken de *related articles*. Via de bibliografieën van deze artikelen zochten we bijkomende publicaties. Met het oog op de algemene literatuurstudie werden ook artikelen opgenomen met betrekking tot onderzoek in Afrika, China, India en Zuid-Amerika; deze artikelen waren – gezien de grote verschillen inzake de culturele, politieke en economische context - niet geschikt voor een vergelijking met de empirische gegevens die we in deze Belgische studie verzamelden. Via het internet verzamelden we overigens ook contactgegevens van buitenlandse organisaties en wetenschappelijke experts, en hebben we zgn. grijze literatuur, zoals onderzoeksrapporten en jaarverslagen, aangetroffen. Een aantal publicaties werd ons aangereikt door leden van het wetenschappelijk begeleidingscomité, sleutelfiguren en buitenlandse deskundigen.

Daarbij merken we op dat in de literatuur de doelgroep zeer vaak *druggebruikers* zijn die al dan niet aan sekswerk doen. De doelgroep in de DRUSEB-studie zijn echter sekswerkers die al dan niet drugs gebruiken.

8. Kwantitatieve survey onder vrouwelijke sekswerkers

8.1. Inclusiecriteria

De enquêteurs kregen instructies m.b.t. de inclusiecriteria voor de steekproef. Hoewel de studie zich richt op *vrouwelijke sekswerkers*, hebben we ook transgenders opgenomen wanneer de lokale prostitutiescène een sterke vertegenwoordiging van transseksuelen en transvestieten vertoont. Om in de studie te worden opgenomen, moesten sekswerkers in één van de hierboven gedefinieerde *sectoren* actief zijn.

8.2. Rekrutering

Onze belangrijkste strategie voor het bereiken van respondenten voor de survey was het werken met zogenaamde *privileged access interviewers*. Een *privileged access interviewer* (verder PAI) is iemand die (1) ofwel deel uitmaakt van de scène zelf ofwel iemand die beroepsmatig met de beoogde populatie werkt en (2) getraind werd om data te verzamelen (Blanken, Barendregt, & Zuidmulder, 2000; Griffiths, Gossop, Powis, & Strang, 1993). Deze *privileged access interviewers* hebben een bestaande band met de populatie of kunnen gemakkelijk met de doelpopulatie contacten leggen. Deze methode is geschikt om in verschillende netwerken aan de hand van een gestructureerd instrument *relatief* snel data te verzamelen (Griffiths *et al.*, 1993).

De PAI's waren doorgaans als medewerker of stagiair verbonden aan één van de drie organisaties die aan het onderzoek meewerkten: Gh@pro, Pasop en Espace P. In totaal hebben 33 PAI's actief meegewerkt aan het verzamelen van data.

Elke organisatie hanteerde eigen strategieën om het onderzoek bekend te maken en respondenten te werven. Zij pasten hun manier van werken aan naargelang de subpopulatie en afhankelijk van de bestaande contacten met een specifieke doelgroep. Zo werd het veldwerk veelal ingepast tijdens (de gebruikelijke of extra) medische consultatierondes. Veelal legden zij per telefoon nieuwe contacten met respondenten uit de privé- en escortsector. Ze organiseerden speciale avonden en deelden kleine attenties uit om nieuwe contacten te leggen met straatsekswerkers. Verschillende PAI's riepen tevens de hulp in van andere organisaties die hen in contact konden brengen met een bepaalde deelpopulatie. In bepaalde gevallen raakten de PAI's niet binnen in een aantal clubs, privéhuizen of bars nadat ze had-

den verduidelijkt dat het onderzoek betrekking had op het gebruik van (il)legale roesmiddelen. In enkele gevallen *vermoedden* de PAI's dat in deze etablissementen gebruikt wordt.

Naast het werken met PAI's hanteerde de onderzoeksploeg ook de techniek van de *sneeuwbalsteekproeftrekking* (*snowball sampling* of *chain referral technique*). De interviewer vraagt de respondenten om andere personen die aan de inclusiecriteria voldoen, te contacteren. Deze wervingsstrategie is gebaseerd op het principe dat tussen de mensen van eenzelfde populatie een bepaalde band bestaat (Faugier & Sargeant, 1997). Deze *netwerkmethode* wordt vaak toegepast bij onderzoek naar gevoelige onderwerpen en taboes en bij moeilijk bereikbare groepen ('t Hart, Boeije, & Hox, 2007).

De onderzoekster (i.c. Ilona Stoffels) sprak ook andere organisaties aan die haar in contact konden brengen met de onderzoekspopulatie, zoals laagdrempelige drugshulpverlening en andere organisaties die rond prostitutiegerelateerde problemen werken (*gatekeepers*). Die strategie leverde vijf respondenten op die geen contact hadden met de PAI's.

Tot slot ging de onderzoekster, bijgestaan door een student-stagiaire van het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek, zélf in een gekende Brusselse prostitutiebuurt op pad om respondenten te rekruteren. Deze tijdrovende wervingsstrategie leverde 14 bijkomende respondenten op.

In totaal werden 543 vrouwen en transgenders geënquêteerd in het kader van dit onderzoeksproject. 528 vragenlijsten werden uiteindelijk weerhouden voor verdere analyse (zie verder).

8.3. Non-respons

Als vrouwen niet aan het onderzoek konden of wilden meewerken, peilden we met een korte vragenlijst naar hun motieven voor non-respons. Tachtig vrouwen wilden niet aan het onderzoek deelnemen. Meestal wensten zij hun weigering niet toe te lichten (37 vrouwen; 15 uit de barsector, 8 uit de raamsector en 7 uit de straatsector). Twintig vrouwen hadden naar eigen zeggen “geen tijd” (12 uit de barsector, 4 uit de straatsector, 2 uit de privésector en telkens één uit de raam- en de escortsector). Veertien vrouwen gaven “een andere reden” op (9 uit de barsector, telkens twee uit de raam- en de privésector en één uit de straatsector). Zij lieten verschillende verklaringen optekenen, zoals “ik heb geen zin”, “ik kan het raam niet onbemand laten” of “de vragenlijst behandelt een te gevoelige materie”. Vijf vrouwen (2 uit de raamsector, telkens een uit de bar-, de privé- en de escortsector) maakten zich zorgen over de vertrouwelijkheid. Drie vrouwen (2 uit de straatsector, 1 uit de raamsector) daagden verschillende keren en ondanks gemaakte afspraken niet op en één respondente (uit de barsector) zag het nut van het onderzoek niet in.

Het *totale aantal gecontacteerde vrouwen* ligt hoger dan de loutere optelsom van 543 ingevulde vragenlijsten en 80 weigeringen. Aan de PAI's vroegen we op het eind van het onderzoek om een inschatting te maken van het aantal vrouwen wier medewerking werd gevraagd. In totaal werden ongeveer 800 vrouwen aangesproken. Verschillende antennes legden hiervoor nieuwe contacten; ze moesten daarvoor vaak eerst de werking van hun organisatie toelichten. Soms raakten ze niet verder dan een

eerste contact wegens algemene desinteresse in de organisatie en/of in het onderzoek. Dergelijke contacten resulteerden níét in een korte vragenlijst ingeval van niet-deelname. De PAI's schatten dat ongeveer 70% van de door hen gecontacteerde vrouwen meewerkte aan het onderzoek. Vaak bekwam hen het gevoel dat de vrouwen enkel meewerkten om hen een plezier te doen. Andere vrouwen waren echter intrinsiek gemotiveerd om hun medewerking te verlenen en toonden zich geïnteresseerd in de resultaten.

8.4. Instrument

Met de semigestructureerde vragenlijst peilden we naar de patronen van legaal en illegaal roesmiddelengebruik (o.m. *life time* prevalentie en *last month* prevalentie) onder de respondenten, de mogelijke (gezondheids)problemen ten gevolge van roesmiddelengebruik en hun gebruik van het bestaande (drug)hulpverleningsaanbod. Daarnaast omvatte de vragenlijst ook een aantal vragen m.b.t. de sekswerkcarrière van de respondenten en de werkomstandigheden. Ten slotte verzamelden we ook algemene sociodemografische gegevens m.b.t. de respondenten (burgerlijke staat, kinderen, opleidingsniveau, e.d.).

De vragenlijst is geënt op diverse instrumenten die in ander onderzoek werden gebruikt. Vooreerst lieten we ons uiteraard inspireren door vragenlijsten uit buitenlands onderzoek dat zich op roesmiddelengebruik bij sekswerkers richtte. Het betrof studies uit het Verenigd Koninkrijk (Linda Cusick, 2003), Duitsland (Zurhold, 2005), de Verenigde Staten (C. E. Sterk, 1997-2000) en Frankrijk (Cagliero & Lagrange, 2004). Daarnaast hebben we vragenlijsten bekeken uit onderzoek naar *andere* aspecten van sekswerk, zoals SOI-incidentie onder sekswerkers (Patterson, 2007), jongensprostitutie (Schodts, 2008), de sociale positie van sekswerkers in Nederland (Vanwesenbeeck, Höing, & Vennix, 2002) en de Europap-survey (Europap, 2001). Uiteindelijk is de vragenlijst ook geïnspireerd door instrumenten die gebruikt worden om prevalentie van roesmiddelengebruik bij de algemene bevolking te meten, zoals de nationale Gezondheidsenquête die door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid wordt uitgevoerd (Burnette *et al.*, 2008) en de instrumenten die in diverse Europese lidstaten worden gebruikt (Tom Decorte, Dimitri Mortelmans, Julie Tieberghien, & Sabine De Moor, 2009).

Een eerste versie van de semigestructureerde vragenlijst vormde het voorwerp van een focusgroepsdiscussie, op 23 april 2009 in Gent. Aan deze bijeenkomst namen onderzoekers deel én mensen die op basis van hun professionele activiteiten over een bijzondere expertise inzake prostitutiefenomenen beschikken: medewerkers van gespecialiseerde organisaties die aan sekswerkers preventieve, medische en sociale hulp bieden en medewerkers van de laagdrempelige drugshulpverlening. Het groepsgeprek was gebaseerd op het principe van een *brainstormsessie*: binnen dit type groepsinterview stimuleert de moderator creativiteit en nieuwe ideeën (Stewart & Shamdasani, 1990). De hele dag vormde de eerste versie van de gestructureerde vragenlijst het voorwerp van een creatieve discussie met aandacht voor inhoudelijke en methodologische kwesties enerzijds en een respectvolle benadering van de

vrouwen anderzijds. Naar aanleiding van deze focusgroepsdiscussie werd de vragenlijst o.m. ingekort, en werd de formulering van een aantal vragen met het oog op begrijpelijkheid aangepast.

Daarnaast hebben we nog andere medewerkers van een aantal organisaties – zowel de laagdrempelige drugshulpverlening als straathoekwerkorganisaties - gevraagd om via elektronische weg feedback te geven op de eerste versie van het instrument.² Ten slotte nodigden we diverse academici uit binnen- en buitenland uit om het instrument te evalueren.³ Na de verwerking van alle opmerkingen en suggesties legden we een laatste versie van het instrument voor aan de leden van de wetenschappelijke begeleidingscommissie.

Het instrument is in vijf verschillende steden door vertegenwoordigers van asbl Espace P, vzw Gh@pro en vzw Pasop getest. In totaal werden 9 testinterviews afgenomen, waarvan 3 in Vlaanderen, 1 in Brussel en 5 in Wallonië.⁴ Na het afnemen van elk testinterview legden we aan de interviewer én aan de respondent een evaluatieformulier voor. Op basis van deze testinterviews brachten we nog een aantal wijzigingen aan: we herformuleerden een aantal vragen, pasten de volgorde van de vragen aan en werkten de instructies voor de enquêteurs grondiger uit.

Het definitieve instrument en een ‘*informed consent*’-formulier (zie §9.5, pagina 22) stuurden we vervolgens naar een gekwalificeerd vertaalbureau door. De vragenlijst werd – alweer na overleg met de betrokken organisaties - in 7 talen vertaald: het Bulgaars, het Duits, het Engels, het Frans, het Roemeens, het Spaans en het Turks. Met het oog op een zo betrouwbaar en crosscultureel valide instrument mogelijk, maakten we gebruik van de zgn. back-to-back vertaling (Brislin, 1970): de vragenlijst werd vertaald naar de verschillende doeltalen, waarna deze versies door een ander, onafhankelijk vertaalbureau opnieuw naar het Nederlands werden vertaald. Op die manier konden vertaalfouten worden opgespoord. De instrumenten werden vervolgens door het oorspronkelijke vertaalbureau opnieuw vertaald en nadien gereviseerd door *native speakers*. Door deze tijdslopende procedure was de vragenlijst bij de start van het veldwerk niet in alle talen beschikbaar.

Door het veldwerk heen werd in het Nederlands, Frans, Engels, Duits en Spaans geënquêteerd. Bovendien werd de Bulgaarse versie *gelezen* door een aantal respondenten terwijl de enquêteur een Engelse of Franstalige vragenlijst invulde. De Turkse en Roemeense vragenlijsten werden uiteindelijk niet benut.

² Feedback van sleutelfiguren van de Medisch-Sociale Opvangcentra (MSOC) in Luik, Antwerpen, Oostende, Vlaams-Brabant, Limburg en Gent werd ontvangen en verwerkt.

³ Suggesties en kritische opmerkingen ontvingen we vanwege dr. Claire Sterk (Emory University – USA - Department of Anthropology, Sociology and Women's Studies), prof. dr. Isabelle Godin (Unité Psychologie de la Santé - École de Santé Publique - Université Libre de Bruxelles), prof. dr. Maarten Loopmans (Vrije Universiteit Brussel - COSMOPOLIS), prof. dr. Dirk Jacobs (Université Libre de Bruxelles - Groupe d'études sur l'Ethnicité, le Racisme, les Migrations et l'Exclusion (GERME)). Een verwerkte versie werd gereviseerd door prof. dr. Dimitri Mortelmans (Universiteit Antwerpen – Centrum voor Longitudinaal en Levensloop Onderzoek (CELLO)) en prof. dr. Lieven Pauwels (Universiteit Gent – Onderzoeksgroep Sociale Veiligheidsanalyse).

⁴ Er werden twee testinterviews afgenomen in de straatprostitutie (beide in Wallonië), een testinterview in de barprostitutie (in Vlaanderen), twee testinterviews in de raamprostitutie (in Brussel en in Vlaanderen), twee testinterviews in de privéprostitutie (beide in Wallonië) en een testinterview binnen de escortsector (in Wallonië).

8.5. Ethische aspecten

Onderzoek voeren naar een gestigmatiseerde populatie veronderstelt het respecteren van een aantal belangrijke ethische principes. Bij het benaderen van mogelijke respondenten moet bijv. worden afgewogen of zij geen onnodige hinder en last van het onderzoek kunnen ondervinden. Andere ethische kwesties betreffen de veiligheid van de respondenten en de bescherming van hun burgerrechten. De studie is ook gebaseerd op het principe van de geïnformeerde toestemming (*informed consent*). Rekening houdende met het procesmatige karakter van dit principe, hebben we erover gewaakt om potentiële respondenten alle relevante informatie m.b.t. het onderzoek te verschaffen. Daarnaast hebben we voorzorgsmaatregelen genomen om de veiligheid en de anonimiteit van de respondenten tijdens het veldwerk en in de verdere fasen van het onderzoek te waarborgen. Het onderzoek verliep conform de wetgeving op het beroepsgeheim (art. 458 van het strafwetboek) en de wet ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer (08/12/1992, gewijzigd op 11/12/1998). Het onderzoeksproject is voorgelegd aan en goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Faculteit Rechtsgeleerdheid van de Universiteit Gent en de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer.

De onderzoekers werden voor het afnemen van de kwantitatieve vragenlijsten bijgestaan door enquêteurs (PAI's). Deze enquêteurs waren contractueel gebonden aan alle gangbare deontologische regels met betrekking tot sociaalwetenschappelijk onderzoek bij kwetsbare groepen, met inbegrip van de geïnformeerde toestemming van (potentiële) respondenten en het bewaken en beschermen van de anonimiteit en de privacy van (potentiële) respondenten. Bovendien behandelden we tijdens de training van de enquêteurs methodologische valkuilen én alle denkbare ethische en deontologische moeilijkheden.

Potentiële respondenten kregen correcte en volledige informatie *vóór* hun deelname en konden te allen tijde deelname weigeren. De respondenten kregen uitleg over de doelstellingen van de studie, de vooropgestelde effecten van het onderzoek, de financieringsbron, de vooropgestelde doeleinden van de gegevens, mogelijke voordelen van het onderzoek en mogelijke schade of ongemak dat de deelnemers te beurt kan vallen, aspecten van databewaring en veiligheid én de mate waarin de anonimiteit en de vertrouwelijkheid wordt gewaarborgd. Bovendien maakten we deelnemers steeds duidelijk dat zij te allen tijde én zonder enige gevolgen hun medewerking aan het onderzoek konden staken.

Alle informatie werd anoniem verwerkt. In elke publicatie worden de meeste data op kwantitatieve wijze (in tabellen) verwerkt. Kwalitatieve data worden onder de vorm van geanonimiseerde citaten weergegeven.

8.6. Dataverwerking

Voor het verwerken van de kwantitatieve data maakten we gebruik van het softwarepakket SPSS (versie 17). Aan de hand van een codeboek voerden we alle informatie van de vragenlijsten in een databestand in. In de fase van *datacleaning* maakten we de gegevens klaar voor analyse: onbruikbare vragenlijsten werden verwijderd, foute invoer en codeerfouten werden gecorrigeerd, onduidelijke antwoorden en een aantal variabelen werden gehercodeerd.

Vijftien vragenlijsten werden niet in de analyse opgenomen wegens ongeldig of onbetrouwbaar. We beschouwden een enquête als ‘onbruikbaar’, als het interview vroegtijdig werd afgebroken of als de enquêteur een sterk vermoeden had dat de respondente (bewust) oneerlijk was geweest. *Van de 543 afgenomen vragenlijsten, hebben we er uiteindelijk 528 voor verdere analyse behouden.*

De variabelen uit het databestand werden in enkele thema’s geclusterd en op hun mogelijke samenhang getoetst: (a) Sociaaldemografische variabelen; (b) Seksworkcarrière en werkdruk; (c) Prevalentie van roesmiddelengebruik; (d) Gezondheidsproblemen en effecten op het sekswork; en (e) Gebruik van het hulpverleningsaanbod.

We hebben de data aan de hand van statistische toetsen geanalyseerd en in tabellen weergegeven. We maakten voornamelijk gebruik van kruistabellen en associatiematen. Met de Chikwadraattoets gingen we na of er tussen twee variabelen een statistisch verband bestaat. Om na te gaan of de gemiddelden op een testvariabele van drie of meer niet-gekoppelde steekproeven significant van elkaar verschillen, gebruikten we enkelvoudige variatieanalyses. We voerden daarbij telkens de Bonferroni-toets en de Tamphane’s T2-test uit. Zowel de chikwadraattoets als de enkelvoudige variatieanalyse werden uitgevoerd bij een significantieniveau van 0,05 (betrouwbaarheidsinterval van 95%) (Baarda, de Goede, & van Dijkum, 2003).

De kwantitatieve data werden doorgaans op vier verschillende niveaus geanalyseerd. We bekeken eerst de resultaten voor de *totale steekproef*; vervolgens analyseerden we de data per prostitutie sector (straatprostitutie, raamprostitutie, bar/raamprostitutie, bar/clubprostitutie, privésekswork en escortes). Daarbenevens bestudeerden we de verschillen tussen de vijf steden (en omgeving): Antwerpen, Brussel, Charleroi, Gent en Luik. Ten slotte hebben we ook getracht – waar mogelijk – om de data op het niveau van een aantal bekende prostitutiebuurten te analyseren: (1) de *Atheneumbuurt* in het centrum van Antwerpen (straatprostitutie), (2) de wijk rond de *Cathédrale Nord* in het stadscentrum van Luik (straatprostitutie), (3) de buurt van metrostations *Louiza en Ijzer* in Brussel (straatprostitutie); (4) de triangel van de *Ville-Basse* in Charleroi (straatprostitutie); (5) het *Schipperskwartier* in Antwerpen (raamprostitutie); (6) de *carrés* rond het Brusselse Noordstation (raamprostitutie); (7) de *rue de Marx* in Seraing (Luik) (raamprostitutie); (8) de *Aarschotstraat* in Brussel-Noord (bar- en raamprostitutie); (9) het *Zuidkwartier* in Gent (raamprostitutie) en (10) de zgn. *Chaussée d’Amour* van Luik tot

Sint-Truiden (bar- en raamprostitutie). Er bestaan uiteraard nog andere ‘prostitutiebuurten’, maar het aantal respondenten bleek vaak te klein om zinvolle statistische analyses te kunnen uitvoeren.

9. Kwalitatieve interviews met sekswerkers (N=25)

9.1. Inclusiecriteria

Van alle respondenten die aan het kwantitatieve luik van de studie deelnamen, gingen we na of zij ook voor een kwalitatief interview in aanmerking kwamen. De inclusievoorwaarden waren tweeledig: (1) de respondent moest op het ogenblik van het interview binnen één van de vijf prostitutiebranches actief zijn, en (2) zij moest op het ogenblik van de kwantitatieve survey roesmiddelen gebruiken of gebruikt hebben. Ervaring met drugshulpverlening was géén noodzakelijke voorwaarde om voor het kwalitatieve interview in aanmerking te komen.

9.2. Rekrutering

De *privileged access interviewers* speelden een belangrijke rol als *gatekeepers* voor het kwalitatieve interview. Zij toetsten bij de afname van de gestandaardiseerde enquête naar de bereidwilligheid van respondenten, en introduceerden de onderzoekster bij geïnteresseerde deelnemers. De PAI's vergemakkelijkten op die manier de toegang tot de doelpopulatie voor de onderzoeksequipe: als *gatekeepers* verhoogden zij de geloofwaardigheid van het onderzoek bij potentiële respondenten en bevorderden zij de vertrouwensrelatie (*rapport*) tussen onderzoekster en onderzoekssubjecten (Seidman, 1998).

9.3. Steekproeftrekking

169 vrouwen verklaarden zich bereid om mee te werken aan het kwalitatieve luik. Een aantal van hen kwam bij nader inzien níet voor een kwalitatief interview in aanmerking, omdat ze naar eigen zeggen met roesmiddelen géén ervaring hadden. Sommige respondenten bleken niet langer geïnteresseerd in deelname toen ze door de onderzoekster werden gecontacteerd. Anderen waren onvindbaar; hun telefoonnummers bleken afgesloten, ze beantwoordden geen e-mails en/of belden niet terug. Verschillende respondenten kwamen (soms zelfs meerdere keren) niet op de afspraak opdagen. Ten slotte selecteerden wij zelf doelgericht de o.i. ‘meest interessante’ respondenten (‘purposive sampling’ of doelgerichte steekproeftrekking): we streefden daarbij bewust naar voldoende geografische spreiding, variatie inzake de hoofdsectoren waarin de vrouwen werkzaam waren, en hun ervaringen met drugshulpverlening (Mason, 1996).

Er werden in totaal 25 kwalitatieve interviews afgenomen. Deze respondenten werkten in hoofdzaak in de privésector (12), in de straatsector (7), in de barsector (4), in de raamsector (1) en in de escortsector (1). Ze werden gerekruteerd in Gent (7), Charleroi (6), Antwerpen (5), Brussel (4) en Luik (3).

9.4. Topiclijst

Aangezien we met behulp van kwalitatieve interviews op zoek gaan naar de gezondheidsproblemen en ervaringen met de drugshulpverlening vanuit het perspectief van de vrouwen zélf, opteerden we voor een *semigestructureerd interview* met behulp van een topiclist of conversatiehandleiding, d.w.z. een lijst met voornamelijk open vragen die in een veranderlijke volgorde kan worden afgewerkt (Kvale & Brinkmann, 2009). Ook deze topiclist is geïnspireerd op bestaande instrumenten uit de internationale literatuur (Cagliero & Lagrange, 2004; Linda Cusick, 2003; L. Cusick, Martin, & May, 2003; Derluyn *et al.*, 2008). De topiclist testten we aan de hand van vier interviews: twee in het Nederlands en twee met Franstalige respondenten.

Via de kwalitatieve interviews verzamelden we informatie met betrekking tot (a) de sekswerkcarrière; (b) de gebruikscarrière; (c) de drugsgelateerde noden; en (d) de kennis over en ervaringen met algemene hulpverlening en gespecialiseerde drugshulpverlening.

9.5. Informed Consent

Net zoals bij de survey diende bij dit kwalitatieve luik een aantal ethische principes te worden gerespecteerd (zie *supra*). Ook in dit luik werkten we op basis van het principe van *informed consent*: we informeerden potentiële respondenten vooraf over de doelstellingen van de studie, de manier van rapportering en de waarborgen inzake anonimiteit en vertrouwelijkheid.

9.6. Dataverzameling: *face-to-face* interviews

Zowel de gestandaardiseerde vragenlijst als de kwalitatieve interviews werden *face-to-face* afgenomen, en in de afwezigheid van derden. Desondanks gebeurde dat in een aantal gevallen niet consequent.

Soms werden de interviews verstoord door de aanwezigheid van kinderen. In andere gevallen kwam er een derde persoon onaangekondigd bijzitten: een baruitbater of een “*dame de compagnie*”, een andere sekswerker of een partner. In een aantal gevallen brak de interviewer het gesprek om die reden af, vanwege het vermoeden dat de respondent niet open en vrijuit kon vertellen. Op zulke momenten werd getracht om op een ander moment opnieuw af te spreken. In een aantal andere gevallen leek de aanwezigheid van een bevriende collega-sekswerker aanleiding te geven tot eerlijker en meer genuanceerde antwoorden. Sommige respondenten wilden tijdens het interview wel op hun stoel voor het raam blij-

ven zitten, om geen klanten te missen. Ook bij een aantal straatprostituees verliep de afname van de enquête of het interview haastig, omdat de respondenten verder wilden werken. Bij de afname van enquêtes in een club, merkten sommige enquêteurs op dat respondenten erover waakten om net even lang met de interviewer te praten als andere collega's: al te lang blijven zitten bij de interviewer zou bij collega's de indruk hebben kunnen wekken dat zij roesmiddelen gebruiken.

9.7. Verwerking van de data

We transcribeerden alle interviews (met respondenten, met sleutelfiguren) en focusgroepsgesprekken letterlijk. De transcripten hebben we handmatig gecodeerd. De analyse gebeurde aan de hand van een codeerschema, opgebouwd uit de volgende thema's: (a) Sociodemografische variabelen; (b) Kenmerken van de sociale netwerken en activiteiten van de respondent (dagbesteding, 'peers', familiale relaties, ...); (c) Seksworkcarrière; (d) Roesmiddelengebruik; (e) Druggerelateerde problemen; (f) Gebruik van de hulpverlening; (g) Aanbevelingen inzake aangehaalde knelpunten en behoeften.

10. Focusgroepen

10.1. Inclusiecriteria en rekrutering

Tot slot hebben we de (voorlopige) resultaten van de kwantitatieve survey en de kwalitatieve interviews voorgelegd aan deskundigen op het terrein via focusgroepsgesprekken. Focusgroepen zijn een efficiënte dataverzamelmethode wanneer over het onderwerp weinig geweten is, en zijn een waardevolle strategie om onderzoeksbevindingen te becommentariëren en verklaringen te suggereren. Daarenboven kan in de focusgroepen gereflecteerd worden over mogelijke suggesties om aan de noden van de onderzoekspopulatie tegemoet te komen.

We organiseerden vijf focusgroepen: in Antwerpen, Brussel, Charleroi, Gent en Luik. Voor elk groepsgesprek werden een aantal mensen geselecteerd vanwege hun kennis over het thema van deze studie. Voor elke focusgroep nodigden we vertegenwoordigers uit van prostitutieorganisaties, van het straathoekwerk, van de laagdrempelige, ambulante drugshulpverleningcentra (inclusief de Medisch-Sociale Opvangcentra), van de residentiële drugshulpverleningcentra én van de lokale en federale politie. Een focusgroep omvat in principe 6 tot 12 deelnemers; wij streefden telkens naar een achttal deelnemers.

Voor het samenbrengen van organisaties met expertise rond het thema van dit onderzoek, was de onderzoeksploeg afhankelijk van de bereidwilligheid van de betrokkenen. Sommige organisaties wensten

of konden omwille van verschillende redenen niet deelnemen.⁵ Daarnaast lieten een aantal deelnemers zich op de valreep verontschuldigen. Enkele mensen bleven onaangekondigd weg. We betreuren dat de visie van een aantal relevante organisaties in bepaalde focusgroepen niet aan bod is gekomen.

10.2. Instrument

Ter voorbereiding van het groeps gesprek kregen alle deelnemers een nota met een synthese van de belangrijkste (kwantitatieve) bevindingen doorgestuurd. Aan de hand van een draaiboek (met centrale thema's) werden deze resultaten aan terreindeskundigen voorgelegd. Enerzijds konden de deelnemers vanuit hun beroepservaring reflecteren over de resultaten en konden zij mogelijke verklaringen suggereren. Anderzijds peilden we naar hun suggesties en aanbevelingen om aan de noden van de onderzoekspopulatie tegemoet te komen.

10.3. Dataverzameling en -analyse

Alle groepsinterviews vonden in een onderwijsinstelling (op 'neutraal terrein') plaats.

1. De Antwerpse focusgroep vond plaats op 2 september 2010 en werd bijgewoond door 7 deelnemers. Het betrof vertegenwoordigers uit alle beoogde sectoren: het straathoekwerk, de ambulante en residentiële drugshulpverlening, prostitutieorganisaties en politiediensten.
2. De Brusselse focusgroep vond plaats op 6 september 2010 en werd bijgewoond door 7 deelnemers. Ook hier betrof het vertegenwoordigers uit alle beoogde sectoren: het straathoekwerk, de ambulante en residentiële drugshulpverlening, prostitutieorganisaties en politiediensten.
3. De focusgroep te Charleroi vond plaats op 8 september 2010 en werd bijgewoond door 7 deelnemers. Er waren géén vertegenwoordigers van de ambulante of de residentiële drugshulpverlening. Er waren wel verschillende vertegenwoordigers van het gespecialiseerde aanbod naar sekswerkers.
4. De Gentse focusgroep vond plaats op 14 september 2010 en werd slechts door 5 deelnemers bijgewoond. Het betrof vertegenwoordigers van prostitutieorganisaties, van de ambulante drugshulpverlening en van de lokale politie.
5. De Luikse focusgroep vond plaats op 17 september 2010 en werd door 11 deelnemers bijgewoond. Het betrof vertegenwoordigers uit alle beoogde sectoren: het straathoekwerk, de ambulante en residentiële drugshulpverlening, prostitutieorganisaties en lokale en federale politiediensten.

We transcribeerden alle groepsinterviews letterlijk. De transcripten hebben we handmatig gecodeerd.

⁵ Redenen die werden vermeld zijn onder meer een personeelstekort waardoor niemand zich een hele middag kon vrijmaken of een hervorming van de organisatie waardoor zij tijdelijk onvoldoende contact met en zicht op het doelpubliek uitbouwden.

11. Tot slot: toelichting bij de gehanteerde terminologie

Ten aanzien van sekswerk worden heel uiteenlopende standpunten ingenomen, die vaak een reflectie vormen van bredere sociale, politieke en economische opvattingen en theorieën. De discussie over prostitutie is vaak gepolariseerd, tussen wie prostitutie als een vorm van uitbuiting en prostituees bijgevolg als gedwongen slachtoffers zien en zij die sekswerkers beschouwen als vrijgevochten, autonoom handelende individuen (Wahab, 2005). Binnen het radicale feminisme bijv. worden commerciële seksuele relaties begrepen als een belichaming van mannelijke macht en dominantie. Prostitutie wordt gedefinieerd als een inherente gewelddadige vraag van mannen naar seksuele diensten van een groep gevictimiseerde vrouwen (Scoular, O'Neill, Munro, & Della Giusta, 2008). Anderen beschouwen seks als iets positiefs. Bijgevolg mag de maatschappij seksuele expressie niet beperken zolang dit gebeurt tussen instemmende partijen. Het legaliseren van de prostitutie in Nederland anno 2002 en bewegingen die opkomen voor de rechten van sekswerkers en klanten steunen op deze mening (Monto, 2004).⁶

Prostitutiewerk wordt meestal omschreven als gedrag tussen instemmende volwassenen. De meeste auteurs stellen zich echter de vraag tot op welke hoogte sekswerkers met prostitutie *instemmen*. De stap naar sekswerk kan immers door economische omstandigheden, door een drugafhankelijkheid of door angst voor geweld vanwege een partner of pooier ingegeven zijn. Een belangrijk aantal sekswerkers rapporteert slachtofferschap van fysiek en/of seksueel geweld voorafgaand aan het instappen in de seksindustrie. Bovendien worden veel vrouwen en kinderen via mensenhandel en –smokkel in de seksindustrie geloodst; een proces dat inconsistent is met het concept van instemming. Prostitutie vindt plaats binnen een variëteit aan sociale contexten die het niveau waarop sekswerkers vrijwillig instemmen, reduceren. Prostitutie beschouwen als een uitwisseling impliceert niet dat de uitwisseling legitiem is en sluit uitbuiting niet uit. Elke marktuitwisseling is ingebed in een set van sociale normen en sociale relaties die het onderhandelingsproces vorm geven alsook de waarde en de wenselijkheid van wat uitgewisseld wordt. Prostitutie vindt plaats onder variërende condities van macht, instemming en beschikbaarheid van alternatieven (Monto, 2004).

Ook vanuit een economische bril kan men naar het prostitutiefenomeen kijken. Prostitutie wordt in dit opzicht beschouwd als werk en staat op gelijke voet met andere beroepen. Desondanks is het fout om elk type werk onder alle omstandigheden als intrinsiek positief of legitiem te beschouwen. Men moet zich misschien niet afvragen *of* prostitutie werk is, maar wel of het werk *veilig* is, *vrij gekozen* en *niet schadelijk* voor de werker, voor anderen en/of voor de maatschappij (Monto, 2004).

⁶ Ook de meeste prostitutieorganisaties hanteren een gelijkaardige filosofie: zij benaderen de doelgroep vanuit een 'arbeidsgeneeskundig model'. Hun aanbod richt zich in de eerste plaats op de beroepsgebonden gezondheidsrisico's en werkt niet vanuit een moreel veroordelende houding van het beroep. Hulpvragen komen later spontaan aan bod.

In dit onderzoek vertrekken we niet vanuit één van de hierboven genoemde perspectieven, ten nadele van andere standpunten. Er zijn verschillende manieren waarop een individu, gekenmerkt door haar/zijn unieke karaktereigenschappen, vaardigheden, voorgeschiedenis en socio-economische positie interageert met ruimere sociale en maatschappelijke krachten. We gaan uit van de *heterogeniteit* van het fenomeen sekswerk, en willen recht doen aan de verschillende en zeer uiteenlopende ervaringen van de sekswerkers zelf.

Op basis van dit uitgangspunt kiezen we doelbewust voor een aantal termen. Enerzijds gebruiken we door de tekst heen termen als sekswerk, prostitutiewerk en prostitutie door elkaar, wanneer we het hebben over de activiteit, de industrie of een sector. Anderzijds hanteren we de term sekswerker wanneer het over het individu gaat. We vermijden doelbewust de term “*prostitutie*”, omdat ze o.i. het individu reduceert tot een bepaald gedrag dat hij/zij stelt. Wanneer we over “*sekswerkers*” spreken, erkennen we dat zij naast het uitoefenen van een beroep in de seksindustrie, ook man, vrouw, moeder, zus, iemand met hobby’s en specifieke karaktereigenschappen zijn. We bekijken sekswerk als een beroep, als een bron van inkomsten om aan allerlei behoeften te voldoen (van basisbehoeften tot luxe-goederen). Daarmee willen we niet ontkennen dat er in de prostitutie van uitbuiting en misbruik sprake kan zijn, maar we willen met de keuze voor de meer neutrale term ‘sekswerker’ bijdragen aan de *destigmatisering* van een kwetsbare groep (Mak *et al.*, 2003).

Hoofdstuk II

Roesmiddelengebruik onder vrouwelijke sekswerkers: een literatuurstudie

In dit hoofdstuk presenteren we de belangrijkste bevindingen uit de internationale literatuur inzake roesmiddelengebruik onder sekswerkers. We gaan achtereenvolgens in op de prevalentie van roesmiddelengebruik onder sekswerkers (§1), de mogelijke verbanden tussen druggebruik en sekswerk (§2), de functies van middelengebruik in het kader van sekswerk (§3) en de risico's van het samengaan van sekswerk met roesmiddelengebruik (§4).

1. Prevalentie van roesmiddelengebruik onder sekswerkers

Over de prevalentie van middelengebruik onder sekswerkers is al heel wat gepubliceerd. Daarbij dient opgemerkt dat *een internationale vergelijking van prevalentiecijfers zo goed als onmogelijk is, door de grote verschillen tussen de vele onderzoeken*. Studies richten zich op heel uiteenlopende prostitutiesectoren, of hanteren verschillende definities of omschrijvingen van de te bestuderen populatie. Ze maken gebruik van andere inclusie- of exclusiecriteria, en gaan telkens anders tewerk om potentiële respondenten te rekruteren. Ook wat betreft de gekozen onderzoeksstrategieën (kwalitatieve versus kwantificerende benaderingen) en de specifieke dataverzamelings technieken (type van vragenlijsten, formulering van de vragen, en wijze van afname) vertonen de studies zulke belangrijke verschillen, dat een gedetailleerde vergelijking zo goed als onmogelijk is. Daarbenevens richten studies zich doorgaans op *lokale* prostitutiefenomenen, die op hun beurt door tal van *contextuele factoren* worden beïnvloed: het lokale en nationale prostitutiebeleid, het lokale en nationale drugbeleid, kenmerken van de lokale drugsmarkten (zoals de beschikbaarheid van bepaalde roesmiddelen, specifieke distributiekanaalen...), globale trends in het roesmiddelengebruik onder de algemene bevolking, en allerlei politieke, culturele, historische en economische ontwikkelingen op het lokale vlak. Het behoort niet tot de centrale doelstelling van het voorliggende onderzoek om te zoeken naar mogelijke verklaringen voor de talloze verschillen inzake prevalentiecijfers tussen verschillende internationale studies. In deze paragraaf beperken we om die reden de bespreking tot een aantal algemene vaststellingen. We hebben in deze paragraaf enkel onderzoeksresultaten verwerkt die op vrouwelijke sekswerkers betrekking hebben.

Een eerste algemene vaststelling betreft de *hogere prevalentie* van roesmiddelengebruik in het algemeen en illegale drugs in het bijzonder onder sekswerkers in vergelijking met de algemene bevolking. Reeds in 1979 concludeerde Goldstein uit zijn overzichtsstudie van de literatuur dat 30-70% van de

vrouwelijke druggebruikers ook sekswerkers waren en dat tussen de 40-85% van de sekswerkers ook druggebruikers waren (Goldstein, 1979; Gossop, Powis, Griffiths, & Strang, 1994). Studies die de prevalentie van druggebruik onder sekswerkers vergelijken met het voorkomen van druggebruik onder de algemene bevolking, komen steevast tot de conclusie dat het middelengebruik onder deze groep hoger is dan bij de algemene bevolking (Haasen, 2001). Potterat *et al.* (1998) vergeleken vrouwelijke sekswerkers met vrouwen in Colorado Springs (Verenigde Staten). 86% van de sekswerkers rapporteerden een geschiedenis van regelmatig gebruik versus 23% van de vergelijkingsgroep. De helft van de sekswerkers had geïnjecteerd, versus 4% van de controlegroep (Potterat, Rothenberg, Muth, Darrow, & Phillips-Plummer, 1998).

Deze vaststelling geldt overigens niet enkel met betrekking tot illegale drugs, maar evenzeer met betrekking tot alcoholconsumptie (Li *et al.*, 2010). Tal van studies wijzen op hogere *lifetime* prevalenties (ooit-gebruik), hogere prevalenties van wekelijks of dagelijks alcoholgebruik onder sekswerkers (Inciardi *et al.*, 2005; Folch *et al.*, 2008) en de consumptie van grotere hoeveelheden per persoon (Li *et al.*, 2010; Plant *et al.*, 1990; Gossop *et al.*, 1994; Gossop *et al.*, 1995).

Een tweede vaststelling betreft de *geografische verschillen* inzake prevalentie van roesmiddelengebruik onder sekswerkers. Cijfers inzake life time prevalentie (het ooit-gebruik), laatste jaar prevalentie en laatste maand prevalentie lopen danig uiteen van land tot land, en zelfs van stad tot stad. Zulke verschillen worden vastgesteld voor alle roesmiddelen: alcohol, cannabis, cocaïne, crack, heroïne... (Surratt *et al.*, 2004). In een studie onder Amerikaanse sekswerkers bleek 78% frequent alcohol te gebruiken (J. A. Inciardi, Surratt, Kurtz, & al., 2005); 47,9% van een groep Spaanse sekswerkers gebruikte frequent alcohol (Folch, Esteve, Sanclemente, & al., 2008).

Ook wat de prevalentie van specifieke gebruikspatronen betreft levert een vergelijking van bestaande onderzoeksresultaten grote verschillen op. Zo bleken 74% van de vrouwelijke sekswerkers in een studie in Frankfurt naar HIV-prevalentie onder 3.290 sekswerkers *intraveneus* te gebruiken (Doerr, Enzensberger, Bolender, van Laere-Fischer, & Peters, 1990) terwijl een studie in Madrid in ongeveer dezelfde periode 45% intraveneuze gebruikers onder een steekproef van 323 vrouwelijke sekswerkers rapporteert (Colomo *et al.*, 1990). In een studie in Glasgow bleken 59% van de 208 bevroegde sekswerkers intraveneuze gebruikers (N. McKeganey, Barnard, Bloor, & Leyland, 1990). In meer recente literatuur vinden we veel crackgebruik in de VS: 74,4% in Miami (Surratt, Inciardi, Kurtz, & Kiley, 2004).

Een andere opvallende vaststelling is dat de prevalentie van middelengebruik belangrijke *verschillen* vertoont *naargelang van de prostitutiesector of het type sekswerk*. De meeste onderzoekers gaan ervan uit dat het gebruik van illegale drugs vaker voorkomt onder straatsekswerkers dan in andere prostitutiesegmenten. straatprostituees zouden meer en vaker drugs gebruiken, meer intraveneus ook, op een meer problematische wijze zelfs én vaker drugafhankelijk zijn dan sekswerkers die op andere plekken werken (Gilchrist, Gruer, & Atkinson, 2005; Harcourt, van Beek, Heslop, McMahon, & Donovan, 2001; Philpot, Harcourt, & Edwards, 1989).

Patronen van roesmiddelengebruik in prostitutiemilieus kunnen ook *over de tijd heen evolueren*. Eind de jaren zeventig concludeerde Goldstein (1979) nog dat heroïne, cocaïne, stimulantia en sedativa onder sekswerkers in New York de meest gebruikte roesmiddelen waren. Weiner (1996) bestudeerde het roesmiddelengebruik onder 1.963 vrouwelijke straatsekswerkers in dezelfde stad over een periode van april 1989-februari 1992 en stelde vast dat crack toen het meest gebruikte product was (68,3%), en verder marihuana (43,7%), cocaïne (39,4%), intraveneuze heroïne (28,4%) en nasale heroïne (23,1%) (Weiner, 1996).

Trends in het roesmiddelengebruik onder de algemene bevolking worden soms gereflecteerd in de patronen van roesmiddelengebruik onder sekswerkers. Zulke ontwikkelingen kunnen beïnvloed worden door tal van politieke, economische en culturele factoren. Degenhardt *et al.* (2006) beschrijven bijvoorbeeld hoe in New South Wales (Australië) veranderingen in de drugsmarkt (m.n. een significante daling in de beschikbaarheid van heroïne) ertoe hebben geleid dat intraveneuze druggebruikers van heroïne op cocaïne overschakelden. Tegelijkertijd constateerden de onderzoekers dat er méér overtredingen op de prostitutiewetgeving werden vastgesteld. De toename in cocaïnegebruik onder intraveneuze heroïnegebruikers leidde tot een toename in commercieel sekswerk binnen deze gemarginaliseerde groep: dat had enerzijds te maken met de hogere kostprijs van het product, met het feit dat de effecten van cocaïne minder lang duren en met de stimulerende aard van het product. Deze ontwikkelingen beïnvloeden ook een aantal kenmerken van het sekswerk zelf: sekswerkers moesten meer uren presteren en rapporteerden een toegenomen vijandigheid onder gebruikers, omwille van de grote onderlinge concurrentie om de hogere kostprijs van cocaïne te financieren (Degenhardt, Day, Conroy, & Gilmour, 2006).

Ten slotte merken we op dat wanneer sekswerkers drugs gebruiken, zij vaak van meer dan één product gebruik maken. Zij gebruiken bijvoorbeeld zowel heroïne als cocaïne (Brecht *et al.*, 2008; Lorvick *et al.*, 2006). Ook worden de illegale drugs zeer vaak gebruikt in combinatie met alcohol (Falcón, 2007; Surratt *et al.*, 2006).

2. Roesmiddelengebruik en sekswerken: mogelijke verbanden

In de literatuur worden tal van risicofactoren voor problematisch roesmiddelengebruik onder *vrouwen* geïdentificeerd. Onder deze factoren vinden we seksueel, fysiek en emotioneel misbruik in de kindertijd (Freeman, Collier, & Parillo, 2002; Haller & Miles, 2004), het op jonge leeftijd verlaten van het ouderlijke huis (Tyler, Whitbeck, Hoyt, & Yoder, 2000), blootstelling aan trauma's (zoals getuige zijn van ernstige feiten, bedreiging, gijzelneming), psychiatrische problemen zoals depressie en suïcidale ideatie (Swift, Copeland, & Hall, 1996) en posttraumatische stressstoornissen (Mills, Lynskey, Teesson, Ross, & Darke, 2005). Sociale, fysieke en psychologische deprivatie worden gelinkt aan roesmiddelengebruik door vrouwen én aan sekswerk (L. Cusick, 2006; N. P. McKeganey, 1994). Ver-

schillende studies tonen aan dat *sekswerkers* vaker dan de algemene bevolking aan bovenvernoemde factoren blootgesteld worden. Sekswerkers rapporteren onder andere trauma's uit de kindertijd, seksuele aanranding in hun volwassen leven, geweld tijdens het werk en mentale gezondheidsproblemen (Gilchrist *et al.*, 2005; Harcourt *et al.*, 2001; Valera, Sawyer, & Schiraldi, 2001). De hogere prevalentie van risicofactoren voor roesmiddelengebruik doet vermoeden dat roesmiddelengebruik onder de populatie van sekswerkers vaker voorkomt. Men gaat ervan uit dat mensen die het voorwerp van sociale uitsluiting zijn, vaker (op een problematische manier) roesmiddelen gebruiken en dat deze stelling voor alle westerse samenlevingen opgaat. Dat geldt bijgevolg voor kwetsbare groepen zoals sekswerkers (Nabben, Benschop, & Korf, 2006; Van Laar, Cruts, Verdurmen, van Ooyen-Houben, & Meijer, 2007).

Dat sekswerk enerzijds en roesmiddelengebruik en -handel (deels) overlappen, wordt niet meer in vraag gesteld (L. Cusick, 2006; DeBeck *et al.*, 2007; Claire E Sterk, Dolan, & Hatch, 1999). Vrouwen die op de seksmarkt actief zijn, zijn dat vaak ook op de drugsmarkt, al varieert hun rol. Enerzijds zijn sommige vrouwelijke sekswerkers belangrijke klanten van drugdealers; ze vormen een belangrijke afzetmarkt. Anderzijds dealen sommige (mannelijke) partners of pooiers drugs, waardoor deze vrouwen zich in een sterk afhankelijke positie bevinden. Een derde variant vormen de sekswerkers die drugdealers een handje toesteken; ze verbergen drugs voor de politie, ze verkopen drugs aan hun klanten en/of gebruiken er samen mee (May *et al.*, 1999).

De samenhang tussen roesmiddelengebruik en prostitutiewerk kan verschillende vormen aannemen, en is niet per definitie een *causaal* verband. Het gebruik van roesmiddelen en de ontwikkeling van een afhankelijkheid kunnen aan de instap in het sekswerk voorafgaan. In dit scenario neemt men aan dat vrouwen middels sekswerk hun roesmiddelengebruik trachten te bekostigen en dat de associatie tussen beide fenomenen een kwestie van economische noodzaak is (Kuhns, Heide, & Silverman, 1992). Omgekeerd kan het prostitutiewerk roesmiddelengebruik en problemen met het gebruik voorafgaan. Drugs en alcohol worden dan beschouwd als copingmechanismen om met verschillende aspecten van het sekswerk om te gaan. Goldstein (1979) rapporteerde een verschil in type roesmiddel naargelang het type sekswerker en de volgorde van betrokkenheid in beide activiteiten. Sekswerkers die hij tot de hogere klasse rekent, stappen in de seksindustrie vóór ze *afhankelijk* raken, vooral aan stimulantia. Sekswerkers van lagere komaf raken vaker eerst afhankelijk van heroïne, en verzeilen pas nadien in het sekswerk (Goldstein, 1979). Recentere studies leggen een gelijkaardig verband tussen crackgebruik en sekswerk (Maxwell & Maxwell, 2000).

Beide fenomenen kunnen zich ook *onafhankelijk* van elkaar ontwikkelen. Sommige sekswerkers werken op plekken waar alcohol verkocht wordt (zoals clubs en bars) of gebieden waar illegale drugs beschikbaar zijn en het gebruik ervan algemeen aanvaard is. Gossop *et al.* (1994, 1995) onderzochten 51 vrouwen die (1) op het ogenblik van de studie als sekswerker werkzaam waren, en die (2) tijdens de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek ten minste 4 keer opiaten en/of stimulantia hadden gebruikt. Onder deze vrouwen bevonden zich straatsekswerkers (45%), sekswerkers werkzaam in privéhuizen

(26%), vrouwen die in clubs en bars werkten (18%) en een restcategorie (werkzaam in massagesalons, escortagentschappen en bij klanten thuis). 82% hadden ooit heroïne gebruikt, 76,5% cocaïne. De meeste vrouwen startten ongeveer tegelijkertijd met sekswerk en heroïnegebruik. Zij gaven aan dat ze enkel sekswerk verrichtten om heroïne te kopen (63%), dat ze dit werk niet verder zouden zetten als ze geen heroïne zouden gebruiken (43%) en dat ze als sekswerker startten om drugs te betalen (43%). Cocaïne- en amfetaminegebruik werden niet significant geassocieerd met het instappen in sekswerk (Gossop *et al.*, 1994; Gossop, Powis, *et al.*, 1995). Potterat *et al.* (1998) vonden in hun studie van 237 vrouwelijke sekswerkers (zowel straatsekswerkers als binnenhuissekswerkers) in Colorado Springs (Verenigde Staten) dat 66% regelmatig niet-intraveneuze roesmiddelen gebruikten *alvorens* prostitutiewerk aan te vatten. 18% van de vrouwen startte tegelijkertijd met sekswerk en roesmiddelengebruik, en 17% van hen begonnen pas regelmatig roesmiddelen te gebruiken, *nadat* ze in de seksindustrie stapten. De onderzoekers stelden tevens vast dat intraveneus druggebruik de instap in sekswerk steevast voorafging (Potterat *et al.*, 1998).

Welke de verbanden tussen beide fenomenen ook zijn, verschillende studies tonen aan dat veel vrouwelijke druggebruikers sekswerk verrichten. Cusick en Hickman (2005) stellen dat patronen van roesmiddelengebruik en informele normen inzake het sekswerk in belangrijke mate door de aard van de werkplek worden beïnvloed. Eens de reputatie van een bepaald gebied gemaakt is, vernauwt dat het profiel van de sekswerkers die daarnaartoe afzakken. Sekswerkers kiezen een gebied dat het beste met hun noden en profiel overeenstemt. De auteurs onderscheiden twee types: binnenhuiswerkende en onafhankelijke sekswerkers enerzijds en buitenhuiswerkende en zogenaamde “*drift*” sekswerkers anderzijds. Van wie binnenshuis of onafhankelijk werkten, was slechts 18% “*trapped*”, d.w.z. zowel in sekswerk als in problematisch roesmiddelengebruik verwickeld. Van wie buitenshuis werkte, was maar liefst 72% “*trapped*”. In dat laatste geval is er bijgevolg een grotere kans dat problematisch roesmiddelengebruik en sekswerk elkaar versterken (L. Cusick & Hickman, 2005).

3. Functies van het roesmiddelengebruik bij sekswerkers

Eenieder kan roesmiddelen gebruiken om het seksuele genot te verhogen en de seksuele prestaties te vergroten. Belcastro en Nicholson noemden dit in 1982 het chemisch voorspel (Donoghoe, 1992). Zowel het gebruik als de verwachtingen inzake de effecten milderen seksuele remmingen en schuldgevoelens (Degraaf *et al.*, 1995). Roesmiddelen beïnvloeden het seksuele gedrag door de directe farmacologische effecten van het middel. Bovendien is druggebruik vaak - als onderdeel van vrijetijdsbesteding en genotzucht - verstrengeld met seksuele kansen, met gelegenheden en plekken waar seksuele ontmoetingen toegestaan, verwacht en opgezocht worden. Plant *et al.* (1989) maakten een overzichtsstudie en concludeerden het volgende. Enerzijds stellen individuen in het algemeen meer hoog risico-
vol seksueel gedrag wanneer ze onder de invloed van alcohol of andere roesmiddelen zijn. Anderzijds

laten mensen die risicogedrag - zoals het gebruik van roesmiddelen - vertonen, zich wellicht ook met andere risicovolle activiteiten - zoals onveilig seksgedrag - in (Plant, Plant, Peck, & Setters, 1989). Het effect van roesmiddelen is echter afhankelijk van het product, de dosis, de duur van het gebruik, van het individu en van de setting waarbinnen gebruikt wordt.

Als men roesmiddelengebruik – en de eraan gerelateerde schade – wenst terug te dringen, is het van belang te begrijpen welke rol roesmiddelen in het leven van de doelgroep spelen. Verschillende middelen genereren andere effecten, en vanuit neurologisch standpunt neemt men aan dat stimulantia gebruikt worden om het zenuwstelsel te stimuleren en sedativa om het zenuwstelsel in te tomen. Vanuit een eerder instrumentele visie heeft men eerder aandacht voor de baten die de gebruiker bij de consumptie van een welbepaald middel meent te zullen ondervinden (Boys, Marsden, & Strang, 2001). In studies naar de rol van roesmiddelengebruik in het prostitutiewerk zien we vooral een focus op de functionaliteit ervan. Roesmiddelengebruik kan immers een substantiële rol spelen in de manier waarop vrouwen hun sekswerk uitvoeren en ermee omgaan. We bespreken hieronder enkele functies van roesmiddelengebruik voor sekswerkers.

Alcohol- en druggebruik worden vaak gezien als *copingmechanisme* tegen de stress als gevolg van het werk. Men verdringt de angsten, de depressieve gevoelens en het leed dat met het sekswerk samenhangt (Gossop *et al.*, 1994; Kumar & Sharma, 2008; Plant *et al.*, 1989; Young *et al.*, 2000). Roesmiddelen kunnen worden gebruikt om de emoties van het werk uit te schakelen (Brooke, Taylor, Gunn, & Maden, 1998). Stress op het werk is voor sommige sekswerkers niet alleen een reden om te gebruiken maar ook een aanleiding om *meer* te gebruiken. Alcohol helpt om negatieve gevoelens over het werk en een fysiek gevoel van afkeer voor de klant te vergeten. Drugs zorgen ervoor dat de sekswerker zich minder bewust is van het werk dat hij/zij doet, en er emotioneel minder bij betrokken is (Degraaf *et al.*, 1995).

Roesmiddelengebruik zou bovendien verschillende aspecten van het prostitutiewerk vergemakkelijken (Logan, Leukefeld, & Farabee, 1998; Maher, 1997). Wie onder invloed is, kan zich beter ontspannen, en legt daardoor gemakkelijker contacten. Vooral alcohol en zgn. hard drugs (cocaïne, heroïne) zouden het makkelijker maken om met potentiële klanten te converseren (Degraaf *et al.*, 1995). Desalniettemin merken we op dat alcohol en de meeste andere roesmiddelen geen afrodisiaca zijn. Lage tot matige dosissen alcohol, marihuana, amfetaminen en cocaïne kunnen weliswaar tot een verhoogd libido leiden; maar excessief of chronisch gebruik worden echter met een verminderd libido en een vertraagde mannelijke ejaculatie geassocieerd. Bovendien veroorzaken deze middelen erectieproblemen en impotentie. Individuele verschillen, de dosis, hoe lang men gebruikt en de setting bepalen het effect op het seksuele gedrag (Degraaf *et al.*, 1995; Gossop *et al.*, 1994).

Gossop *et al.* (1994) concluderen dat de aangehaalde functies variëren naargelang het product. Zo heeft *heroïne* bijvoorbeeld enerzijds een sociale functie en bevordert zij het leggen van contacten met potentiële klanten; anderzijds wordt *heroïne* gebruikt als copingmechanisme. Voor het gebruiken van *alcohol* worden – in dalende volgorde van frequentie – volgende motieven genoemd: zich meer ont-

spannen en vriendelijk voelen, het gemakkelijker vinden om te werken, nood hebben aan meer vertrouwen en zich meer afstandelijk voelen/het werk dragelijker maken. *Cocaïne* wordt dan weer gebruikt, omdat het middel energie geeft waardoor sekswerkers meer en langer kunnen werken (Degraaf *et al.*, 1995; Gossop *et al.*, 1994).

Ook De Graaf *et al.* (1995) geven aan dat de mate van gebruik in sterke mate met het *type van werk* samenhangt. Op plekken waar klanten gezocht worden en waar gelegenheid tot drinken is, zoals in *bars en clubs*, wordt overmatig alcoholgebruik gemeld. Zogenaamde *harddrugs* worden vooral door straatsekswerkers gebruikt. De meeste onder hen zijn *polydruggebruikers*; ze combineren heroïne of cocaïne met methadon, marihuana, amfetaminen en/of tranquillizers.

Naast functionele effecten, melden onderzoekers tevens *disfunctionele effecten*. Alcoholgebruik door klanten wordt met erectiestoornissen, uitgestelde orgasmen en langdurend of ruw seksueel contact in verband gebracht. Dronken klanten zijn vaak vervelend: ze stellen buitensporige eisen, zijn ruzieziek en (onvoorspelbaar) agressief. Hetzelfde wordt gezegd van klanten die zgn. *hard drugs* gebruiken. Sekswerkers zelf hebben – als ze onder invloed van roesmiddelen zijn – geen zin in seksueel contact en zijn niet selectief in het uitkiezen van klanten (Degraaf *et al.*, 1995; Gossop *et al.*, 1994).

Sekswerkers en hun klanten komen vaak onder de invloed van alcohol en andere roesmiddelen met elkaar in contact. Het delen van roesmiddelen met een klant vergroot de kwetsbaarheid voor geweld, seksuele en drugsgelateerde schade (Shannon, Kerr, Bright, Gibson, & Tyndall, 2008). Klanten kunnen alcohol drinken om gevoelens van schaamte en onrust die het kopen van seks met zich meebrengt, te onderdrukken. Roesmiddelengebruikende sekswerkers consumeren soms samen met een klant om de seksuele prestatie en het plezier te verhogen (Needle *et al.*, 2008). Het samen gebruiken met de klant wordt door sommige sekswerkers gezien als een strategie om géén seks met ze te moeten hebben (Falcón, 2007). Ze proberen de situatie te controleren door zélf minder te gebruiken en de klant meer te laten gebruiken. Toch verliezen ze dikwijls zelf de controle en worden ze eerder slachtoffer van agressieve seks of agressieve klanten, omdat de seks achterwege blijft. Vooral in het kader van zogenaamde overlevingsseks (d.w.z. wanneer seksuele diensten worden verleend in ruil voor voedsel, onderdak, drugs of bescherming), is het samen gebruiken met de klant een reden tot bezorgdheid. Geweld en seksuele en druggerelateerde schade komen in deze gevallen vaker voor (Shannon *et al.*, 2008).

Vooral crack wordt in dit verband vaak genoemd. Het product komt in alle prostitutiesectoren voor, zowel onder sekswerkers als onder klanten (A. Green, Day, & Ward, 2000). In de Amerikaanse literatuur komt het fenomeen van de *crackhuizen* veel aan bod: plekken waar crack kan worden gekocht, waar commerciële sekswerkers aanwezig zijn of waar sekswerkers nieuwe klanten naartoe brengen. Crackhuizen beïnvloeden elk aspect van de seksuele dienstverlening (setting, het ronselen van klanten, het onderhandelingsproces, de betaling en het effectieve uitwisselen van geld of drugs voor seks). Het Amerikaanse fenomeen van de crackhuizen creëert een specifieke dynamiek tussen *gebruikers* onderling en tussen *gebruikers* en dealers waarin de ruilhandel van seksuele diensten centraal staat. Vrou-

wen met een crackafhankelijkheid die in dergelijke settings belanden, hebben geen controle over wat met hen gebeurt (J. Inciardi, Lockwood, & Pottieger, 1993).

4. Risico's van het roesmiddelengebruik bij sekswerkers

4.1. Gezondheid en welzijn van sekswerkers

De gezondheid en het welzijn van sekswerkers worden door verschillende factoren beïnvloed. De setting en de concrete situatie waarin de seksuele uitwisselingen plaatsvinden, spelen een belangrijke rol. Onderzoek toont aan dat behalve de omgeving waarin het sekswerk gebeurt, eventueel roesmiddelengebruik en de leeftijd belangrijke determinanten zijn voor de aan sekswerk verbonden risico's (Church, Henderson, Barnard, & Hart, 2001; Hart & Barnard, 2003; Sanders, 2004a, 2004b).

Internationale publicaties rond dit onderwerp richten zich vaak op de gezondheid van sekswerkers, vanuit een medisch perspectief. Het aantal klanten wordt als een belangrijke variabele voor de gezondheid van sekswerkers beschouwd; het bedienen van een hoog aantal klanten op een relatief korte termijn hangt samen met een hoge incidentie van SOI's en andere gezondheidsrisico's. Een hoog aantal sekspartners verhoogt de kwetsbaarheid op infectie en, eenmaal geïnfecteerd, is de kans om de ziekte door te geven groter vergeleken bij individuen met minder sekspartners. Hierdoor spelen sekswerkers in de overdracht van SOI's een disproportioneel grote rol. Consistent condoomgebruik, maar ook de relatieve welvaart van de sekswerkers en hun omgeving, oefenen hierop een enorme impact uit. Lage inkomsten uit het sekswerk in combinatie met een groot aantal klanten, vergroten de negatieve invloed op de gezondheid. Veel sekswerkers zijn genoodzaakt meer klanten te bedienen, omdat ze weinig kunnen aanrekenen. Sommige sekswerkers zijn minder in staat om over de prijs te onderhandelen (zeer jonge sekswerkers bijv. of "oude" sekswerkers, illegalen en geïmmigreerde sekswerkers, thuisloze sekswerkers, etc.), vooral wanneer veel van hun klanten net als zij ook minder bevoorrecht zijn. Sekswerkers in verpauperde buurten of in ontwikkelingslanden verdienen weinig en hebben bovendien slechts beperkte of zelfs geen toegang tot condooms en de gezondheidszorg. Gedwongen sekswerkers zijn vaak verplicht om klanten in grote aantallen te bedienen, om de winsten van pooiers en mensenhandelaars te vergroten. Verplichte kosten (opgelegd door handlangers, managers, gecorrumpeerde officieren en boetes) dwingen ze niet alleen om intensiever te werken, maar ook tot langere shiften dan in meer tolerante omgevingen. Verder kunnen compulsief en afhankelijk gedrag, drugs, alcohol en gokken sekswerkers motiveren om het aantal klanten op te drijven. Deze factoren bedreigen daarenboven het oordeelsvermogen en discretie in gezondheidskwesties. Ze zijn daarnaast een reden om juridische, gezondheids- en welzijnszorg te vermijden (Harcourt & Donovan, 2005).

Sanders (2004a) stelde op basis van een etnografische studie bij vrouwelijke sekswerkers in een Britse stad (werkzaam in een sauna, bordeel, vanuit een appartement, op straat of van thuis uit) een *risico-*

continuüm op. Het risicocontinuüm moet begrepen worden in relatie tot de *controle* die sekswerkers menen te hebben over de kans op een bepaald risico en de *gevolgen* van deze risico's.

De sekswerkers zijn zich bewust van en geïnformeerd over de *medische risico's* en nemen maatregelen om zich hiertegen te beschermen (condooms, regelmatige contacten met de gezondheidszorg en het bezoek aan ziekenhuizen). Ze beschouwen deze risico's als een persoonlijke verantwoordelijkheid en dus een controleerbaar aspect.

Fysiek geweld, zoals verkrachting, ontvoering, intimidatie en aanvallen, is minder controleerbaar en wordt als een groter risico beschouwd. Ook hiertegen hanteren sekswerkers strategieën (zoals een geformaliseerd signalatiesysteem van gewelddadige klanten, screeningstrategieën op basis van stereotypen en straatfolklore, afschrikking van de klant door te wijzen op een derde partij die een oogje in het zeil houdt, en beschermingsmaatregelen zoals het aanschaffen van een wapen).

De *emotionele risico's* van het beroep baren de sekswerkers de meeste kopzorgen. Hieronder vallen (1) de negatieve emoties die voortkomen uit het verkopen van het lichaam, (2) de dreiging om als sekswerker te worden "ontmaskerd", en (3) het mogelijke falen van de managementstrategieën: zo kan het voor de sekswerker te zwaar worden om voortdurend twee verschillende identiteiten te hanteren. Men vindt geen energie meer om op het werk alle persoonlijke informatie verborgen te houden en om in het privéleven alles wat met het sekswerk te maken heeft, te verzwijgen. Dat kan leiden tot een verlies van eigenwaarde, en méér roesmiddelengebruik. De emotionele risico's spelen niet enkel een rol in het professionele leven, maar ook in de persoonlijke levenssfeer, zelfs nadat het individu de seksbranche heeft verlaten. Emotionele risico's zijn daarenboven niet te controleren; de mogelijke gevolgen kunnen lang nazinderen (Sanders, 2004a). Ook andere studies wijzen uit dat sekswerkers meer met andere zorgen worstelen dan met de medische risico's en de lichamelijke veiligheid. Dakloosheid, druggebruik en sociale isolering wegen zwaarder dan de directe gevolgen van het sekswerk (Warr & Pyett, 1999).

Desondanks legt veel onderzoek naar commercieel sekswerk de focus op de fysieke gezondheid en de nood aan meer veiligheid. Naar de dagdagelijkse ervaringen, zoals het maatschappelijke stigma, of andere sociale factoren die de gezondheid en het algemene welzijn van sekswerkers beïnvloeden, gaat minder aandacht. Zo heeft het overheidsbeleid bijvoorbeeld een niet te onderschatten impact op het welzijn van sekswerkers en hun kinderen (Dalla, 2000; Jeal, Salisbury, & Turner, 2008). Men mag bovendien niet uit het oog verliezen dat de moeilijkheden op verschillende levensdomeinen waar het individu tijdens de actieve sekswerkcarrière mee kampt, nog jaren na het verlaten van de seksindustrie een impact kunnen hebben op de gezondheid en het welzijn (Cwikel, Ilan, & Chudakov, 2003).

4.2. Seksueel overdraagbare infecties (SOI)

4.2.1. Algemeen

Zowel bacteriële (syfilis, chlamydia, gonorrhoe) als virale SOI's (HIV, hepatitis B, het herpes simplex virus (HSV), humaan papillomavirus (HPV)) worden voornamelijk seksueel overgedragen. Onder de SOI's horen ook schaamluizen, trichomonas vaginalis, en hepatitis A en C, hoewel die laatste vooral op een andere manier dan via seksueel contact worden overgedragen en strictu sensu niet als SOI worden beschouwd.

In de jaren tachtig werd veel onderzoek naar prostitutiewerk verricht in de context van de strijd tegen HIV/AIDS. Sekswerkers worden gezien als een risicogroep voor het overbrengen van seksuele aandoeningen, voornamelijk HIV, naar hun klanten en via de partners van de klanten naar de algemene bevolking. Eenvoudige modellen die suggereren dat sekswerk *an sich* een centrale rol speelt in de verspreiding van SOI's zijn echter fout; sekswerk is zeer divers en er is geen enkelvoudig causaal verband vastgesteld (Ward & Day, 2006). Onderzoek met een focus op HIV en andere SOI's draagt volgens sommigen bij tot een discours dat moraliserend, categoriserend, vereenvoudigend en stigmatiserend werkt (Vanwesenbeeck, 2001).

HIV en andere SOI's worden vaak met sekswerk geassocieerd, omdat sekswerkers meerdere sekspartners hebben en omdat deze partners vaak zelf als 'risicovol' worden beschouwd (ze injecteren vaker drugs en hebben zelf ook een verhoogde kans op HIV of een andere SOI). Het is belangrijk om stil te staan bij de mogelijke rol van druggebruik in deze correlatie. Door het druggebruik verliezen de sekswerkers immers voeling met de werkelijkheid. Hierdoor vervagen de remmingen en stellen sekswerkers meer risicovol gedrag, zoals het verwaarlozen van voorbehoedsmiddelen. Intraveneus druggebruik (onder andere door het delen van naalden) verhoogt eveneens de kans op besmetting met HIV of een andere SOI (Golder & Logan, 2007).

In verband met het voorkomen van HIV onder druggebruikende en niet-druggebruikende sekswerkers, moet (onder druggebruikende sekswerkers) een onderscheid worden gemaakt tussen injecterende en niet-injecterende druggebruikers. De prevalentie van HIV bleek significant hoger bij druggebruikende injecterende sekswerkers, dan bij niet-druggebruikende vrouwelijke sekswerkers én bij sekswerkers die op niet-intraveneuze wijze middelen gebruiken (van Veen, Götz, van Leeuwen, Prins, & van de Laar, 2010). Deze vaststellingen gelden voor zowat alle West-Europese landen: de prevalentie van HIV onder vrouwelijke sekswerkers is doorgaans lager dan 2%, behalve voor sekswerkers die drugs gebruiken en voor injecterende sekswerkers (Eurohiv, 2002; N. Mckeganey, Barnard, Leyland, Coote, & Follet, 1992; Vioque, Hernandez-Aguado, Garcia, de la Hera, & Alvarez-Dardet, 1998).

Dat HIV en andere SOI's bij druggebruikende sekswerkers vaker voorkomen, valt af te leiden uit de registratiecijfers van sekswerkers die een SOI-behandeling hebben ondergaan: 26% van de drugge-

bruikende sekswerkers hebben de afgelopen 12 maanden dergelijke behandeling ondergaan, tegenover slechts 12% van de niet-druggebruikende sekswerkers (van Veen *et al.*, 2010).

Epidemiologische studies leggen de nadruk op de frequentie van individueel risicovol gedrag en de impact op SOI-verwerving en -overdracht onder en tussen bepaalde populaties. Onder sekswerkers wordt een hogere prevalentie van SOI's vastgesteld dan onder de algemene bevolking. Veel epidemiologen wijzen erop dat het *injecteren van de drugs* het risico op een SOI en bloedoverdraagbare aandoeningen bepaalt en niet zozeer het druggebruik of het sekswerk (Strathdee *et al.*, 2008; Ward *et al.*, 1999). Resultaten van HIV-prevalentiestudies in Noord-Amerika en Europa bijvoorbeeld wijzen uit dat HIV-besmette sekswerkers voornamelijk injecterende druggebruikers zijn (Jackson, Highcrest, & Coates, 1992; N. P. McKeganey, 1994). Andere indirecte factoren die een verhoogde incidentie verklaren zijn de mate van condoomgebruik (zie volgende paragraaf) en de socio-economische status van de sekswerkers (Day & Ward, 1997; Plant *et al.*, 1989; Spice, 2007).

Bij injecterende druggebruikers worden onder seksgerelateerde risicofactoren onbeschermdde anale en vaginale betrekkingen, meerdere sekspartners, seks met injecterende druggebruikers en het uitwisselen van seks voor geld of voor drugs gerekend, alsook het gebruik van crack (Kwiatkowski & Booth, 2000). Het gebruik van crack wordt in verband gebracht met hepatitis C, andere SOI's en abortus; hoewel deze vaker aan de leeftijd, het aantal jaren in de prostitutie en injecterend roesmiddelengebruik worden toegeschreven (Ward, Pallearos, Green, & Day, 2000). In het algemeen vertonen sekswerkers die drugs injecteren, meer risicovol gedrag in vergelijking met intraveneuze gebruikers die geen sekswerk doen: een hogere injectiefrequentie, het gebruik van crack, injectiemateriaal wordt vaker gedeeld en gebruiksruidten worden vaker gefrequentieerd (Spice, 2007).

Ook *niet-injecterend* crackgebruik wordt aangewezen als een indirecte risicofactor voor SOI-overdracht: het gebruik ervan verstoort het inschattingvermogen van sekswerkers, waardoor zij zich inlaten met risicovoller gedrag dan niet-crack gebruikers (Spice, 2007). Ook een vorige SOI en de aanwezigheid van een andere SOI worden als risico bij niet-injecterend druggebruik vermeld.

Gebruikers van crack zouden meer sekspartners hebben, vaker overgaan tot onbeschermdde seks en waarschijnlijker seks ruilen voor geld of drugs dan niet-crack gebruikers (Booth, Watters, & Chitwood, 1993; Desjarlais *et al.*, 1991). Echter, uit de studie van Kwiatkowski & Booth (2008) blijkt dat men ook de crackgebruikende vrouwen niet over dezelfde kam mag scheren. Wie seks voor drugs uitwisselden, hadden minder sekspartners, maar vaker onbeschermdde seks in vergelijking met vrouwen die seks uitwisselden voor geld en zij die seks uitwisselden zowel voor geld als voor drugs. Deze vrouwen hadden ook vaker een injecterende sekspartner. Vrouwen die zelf injecteerden en onbeschermdde seks met injecterende partners hadden, liepen een hoger risico op een HIV-infectie en het verspreiden ervan naar niet-geïnfecteerde partners. De grootste proportie injecterende gebruikers werd aangetroffen onder vrouwen die enkel geld in ruil vroegen. Zij hadden bovendien de hoogste activiteitsgraad. Vrouwen die seks ruilden voor beide, waren het vaakst thuisloos, hadden het vaakst onbeschermdde seks en seks met een injecterende gebruiker (Kwiatkowski & Booth, 2000).

Cognitieve/gedragsmatige modellen benadrukken veranderingen in het individuele gedrag, in een poging om kennis en vaardigheden over te brengen opdat sekswerkers en roesmiddelengebruikers de risico's zouden beperken. Men suggereert vaak dat specifieke diensten sekswerkers bewust moeten maken van seks- en roesmiddelengerelateerde risico's. Vooral voorlichting, bij voorkeur via *outreach*-strategieën, wordt het vaakst gepropageerd. Nochtans beïnvloeden naast individuele factoren ook contextuele factoren het risico op HIV- (en bij uitbreiding SOI-)verwerving en -overdracht. In de literatuur wordt minder aandacht besteed aan de sociale en culturele risicomodellen die roesmiddelengebruikers en sekswerkers in een ruimere context plaatsen. Onder deze modellen bespreekt men gedeelde culturele betekenissen van gezondheid en ziekte en sociale relaties. Ook het overheidsbeleid, traditionele vooroordelen en stereotypering spelen een niet te onderschatten rol. Sociale uitsluiting bepaalt het risico op infectie net zozeer als vele wisselende seksuele partners. Een gebrek aan burgerlijke en arbeidsrechten verhindert de toegang tot minimumstandaarden van gezondheid en veiligheid op de werkvloer, waaronder de mogelijkheid om risicobeperkende maatregelen af te kunnen dwingen (Day & Ward, 1997). Andere structurele factoren, zoals wie de drugsmarkt in handen heeft, oefenen invloed uit op de fysieke omstandigheden waaronder seks verkocht en uitgewisseld wordt en de omstandigheden waaronder drugs worden gekocht, verkocht en gebruikt. Ook de werkplek heeft een invloed; zo wordt een hogere SOI-incidentie vastgesteld bij straatsekswerk, waar condoomgebruik niet gebruikelijk is (Spice, 2007). Meer algemeen gesteld: de 'professionaliteit' van de setting waarin het sekswerk plaatsvindt, bepaalt de omvang en de aard van de risico's. In deze context wordt door Amerikaanse auteurs het "seks voor drugs" fenomeen aangehaald als een worst case scenario (Baseman, Ross, & Williams, 1999; Gossop, Powis, *et al.*, 1995).

Ook geopolitieke en macro-economische processen, zoals de toename in drugshandel en -trafiek, migratieprocessen en armoede, hebben een impact op het risico op SOI-verwerving en overdracht (Needle *et al.*, 2008). Geïmmigreerde sekswerkers in Europa vertonen relatief hoge prevalenties van HIV en andere SOI's. Uiteraard dient rekening te worden gehouden met het land of de regio van waar sekswerkers afkomstig zijn en de prevalenties van SOI's in deze landen van herkomst (Spina *et al.*, 1997). Dergelijke sekswerkers lopen een hoger risico op infectie, onder meer omdat ze moeilijkheden hebben om consistent condoomgebruik van de klanten af te dwingen (Day & Ward, 1997).

De delinquente status van de seksindustrie versterkt de banden tussen prostitutie en andere criminele activiteiten, zoals de distributie en het gebruik van roesmiddelen. Kumar & Sharma (2008) concluderen uit hun overzichtsstudie dat verschillende risicogroepen overlappen, waardoor het risico op SOI cumuleert. Enerzijds wordt prostitutiewerk op zich met risico's geassocieerd; ook (injecterend) roesmiddelengebruik houdt specifieke risico's in. Daarbovenop vormt inconsistent condoomgebruik met klanten - die zelf een risicogroep vormen (zelf gebruiken) - een bijkomend gevaar. Anderzijds koopt een groot deel van injecterende roesmiddelengebruikers seks. Onder hen is consistent condoomgebruik bij commerciële seks zelden een gangbare praktijk. Dit raakvlak tussen verschillende risicovolle gedragingen en risicovolle groepen, maakt dat de potentiële bedreiging van SOI's stelselmatig toeneemt

(Kumar & Sharma, 2008). Ook Needle *et al.* (2008) concluderen dat de overlapping tussen roesmiddelgebruik, seksueel risicogedrag en het seksueel mixen tussen sekswerkers, pooiers, klanten en hun partners een verhoogd risico op seksueel overdraagbare infecties veroorzaken.

4.2.2. Data met betrekking tot België

Uit gegevens van 2008 voor Franstalig België blijkt dat 9,8% van de sekswerkers uit Wallonië op een gegeven moment in zijn/haar leven met hepatitis B besmet is, wat significant hoger is dan het besmettingsrisico van 5,7% onder de algemene populatie. 2,6% van de onderzochte sekswerkers in Wallonië testte positief voor hepatitis C, wat beduidend meer is dan de prevalentie van 0,9% in de algemene bevolking. Dit risico verschilt echter naargelang de afkomst van de sekswerkers: de besmettingsgraad van sekswerkers van Belgische afkomst (4,8%) verschilt weinig van – en is zelfs lager dan – de prevalentie onder de algemene bevolking (5,7%). Prostitutie is bijgevolg niet de belangrijkste risicofactor; afkomst uit landen waar de prevalentie van hepatitis B hoog ligt, maakt de voornaamste risicofactor uit.

Ook in Vlaanderen stelde men vast dat het merendeel van de verworven hepatitis B-infecties voorkomt bij mensen uit gebieden met hoge endemiciteit voor hepatitis B (van Ardenne *et al.*, 2004). In een onderzoek in 2009 werd bij 389 verschillende sekswerkers de hepatitis B-status bepaald: 17,5% (68 sekswerkers) bleek immuun na infectie, zij waren meestal afkomstig uit endemische gebieden. Het besmettingspercentage loopt op tot 21,2% bij sekswerkers die intraveneus roesmiddelen gebruiken tegenover 0,9% bij sekswerkers die geen roesmiddelen gebruiken. Opnieuw is de risicofactor dus niet prostitutie.

Minder dan 1% van de sekswerkers uit Wallonië bleek HIV-positief. Dat is geen significant verschil met de besmettingsgraad onder de algemene populatie ("Epidemiologie van AIDS en HIV-infectie in België - Toestand op 31 december 2007," 2008). Van de 868 geteste sekswerkers in Antwerpen in 2009, had 0,6% (n=5) een positieve HIV-test. Deze vijf mensen waren allemaal afkomstig uit het buitenland.

Beperkingen inherent aan de registratiepraktijken met betrekking tot SOI's in België, en de beperkte beschikbaarheid van vergelijkbare literatuur bemoeilijken een correcte interpretatie van de SOI-prevalenties bij sekswerkers. Desalniettemin sluiten de Belgische cijfers aan bij de bevindingen in de internationale wetenschappelijke literatuur: in bepaalde groepen van sekswerkers is er een verhoogde incidentie van bloedoverdraagbare ziekten, maar dat lijkt meer met andere risicofactoren, zoals (intraveneus) druggebruik, dan met het sekswerk samen te hangen. Wat chlamydia en gonnoroe betreft, zijn er onder sekswerkers wel hogere prevalenties vastgesteld, vergeleken met de algemene bevolking, en deze houden verband met het beroep.

4.3. Condoomgebruik

(Mannelijke) condooms zijn het voornaamste verdedigingsmechanisme tegen ziektes en infecties die vooral door seksuele betrekkingen worden overgedragen. Enkel het HPV virus, herpes genitalis en schaamluizen kunnen ook bij consistent condoomgebruik worden overgezet. HIV, hepatitis B (en C) en syfilis kunnen ook via injecterend roesmiddelengebruik worden overgedragen. Intraveneuze roesmiddelengebruikende sekswerkers lopen met deze infecties bijgevolg een dubbel risico op besmetting (Plant *et al.*, 1989). Effectiviteit van condooms tegen SOI's hangt niet alleen samen met het *consistent* gebruik ervan, maar ook met het *correct* gebruik van condooms (Falck, Wang, Carlson, & Siegal, 1997). Dankzij consistent condoomgebruik is het mogelijk om in de seksindustrie te werken, vele en wisselende partners te hebben en toch geen HIV-infectie – of een andere SOI - op te lopen. Consistent condoomgebruik hangt van verschillende factoren af: de subjectieve betekenissen die men aan condoomgebruik toekent (zie hieronder) en machtskwesties tussen de seksuele partners en de hieruit resulterende effectieve controle die sekswerkers over de interacties uitoefenen. Consistent condoomgebruik hangt bovendien ook af van contextuele factoren, zoals de economische context, werkplek en de daaraan verbonden werkomstandigheden (Ward *et al.*, 1999).

Veel mannen en vrouwen denken dat condooms de spontaniteit en het seksuele plezier beïnvloeden en zelfs in de weg staan (Kenen & Armstrong, 1992). Bovendien kan het condoom voor sekswerkers symbool staan voor een onverschillige, zakelijke manier van sekswerk. De daarmee contrasterende nood aan intimiteit speelt een rol bij het niet-gebruiken van een condoom in persoonlijke omstandigheden (N. P. McKeganey, 1994; Warr & Pyett, 1999). Een condoom vormt een fysieke barrière en kan zo als een drempel voor intimiteit worden beschouwd. Intimiteit vervult emotionele en sociale noden en kan een overtuigend argument zijn om geen condoom te gebruiken. Condoomgebruik wordt immers beschouwd als een poging om de sociale afstand te bewaren en als een uiting van wantrouwen. Dergelijke boodschappen staan persoonlijke seksuele relaties in de weg en worden bij voorkeur niet uitgedragen. Condooms worden geassocieerd met seks buiten de vaste relatie en een gebrek aan engagement. In relaties die trouw en engagement impliceren, worden condooms achterwege gelaten (Falck *et al.*, 1997).

Hoewel condoomgebruik tijdens het sekswerk eerder gebruikelijk is, is het dat niet binnen een persoonlijke relatie. Vrouwelijke sekswerkers worden bijgevolg méér in hun privéleven dan in hun werk aan een mogelijke SOI-besmetting blootgesteld (Warr & Pyett, 1999). Onbeschermde seks met niet-commerciële partners (die op hun beurt besmet en/of injecterende roesmiddelengebruikers kunnen zijn) mag niet over het hoofd worden gezien (Plant *et al.*, 1989).

In sommige culturen worden vrouwen verondersteld een passieve seksuele rol aan te nemen. Voor deze vrouwen druist het gebruik van condooms tegen deze cultureel opgelegde rol in. Ze worden als promiscue bestempeld als ze aandringen op het gebruik van een condoom. De dreiging en realiteit van

fysiek en emotioneel geweld van partners tegen vrouwen die condooms voorstellen, laat staan erop aandringen, kan een onoverkoombare drempel vormen (Mays & Cochran, 1988 zoals geciteerd in (Falck *et al.*, 1997).

Rhodes *et al.* (2008) duiden in hun studie van 31 straatprostituees in Belgrado en Pancevo (Servië) geweld als de hoofdzorg van straatsekswerkers aan. Fysiek geweld door klanten komt vaak voor, maar in deze studie vormde het geweld oor politiemensen het grootste probleem: naast het aanbieden van gratis seksuele diensten om arrestaties en boetes te vermijden, rapporteren deze sekswerkers ook allerlei praktijken van afpersing, misleiding en fysiek geweld door politiemensen. Situationele factoren, zoals het risico op geweld, ondermijnen condoomgebruik. Gedwongen of ruwe seks leidt tot het scheuren van het condoom (Rhodes, Simic, Baros, Platt, & Zikic, 2008).

Condoomgebruik is in de westerse wereld bij sekswerk binnenshuis en bij georganiseerde vormen van prostitutie (bordelen, clubs, raamprostitutie) gebruikelijker dan bij sekswerk buitenshuis en bij ongeorganiseerde vormen van prostitutie (straatsekswerk, thuisprostitutie) (Pyett & Warr, 1997). Toch kunnen binnenshuissekswerkers door de bordeeleigenaars onder druk gezet worden om onbeschermd seks en vormen van geweld te accepteren. Straatsekswerkers hebben door de dreiging van politiecontroles en het frequente geweld op straat waarvan ze het slachtoffer worden een relatief snelle werkroutine. Dat impliceert dat er slechts beperkt en snel onderhandeld wordt, onder meer over condoomgebruik (Vanwesenbeeck, 2001).

Vanwesenbeeck *et al.* (2001) vonden ook dat consistent condoomgebruik toeneemt naarmate de vrouwen een gematigde positieve maar vooral een zakelijke werkhouding hebben. Als vrouwen een klantvriendelijke houding aannemen, kunnen ze selectief risicogedrag stellen. Bij vaste en aantrekkelijke klanten wordt een condoom al eens makkelijker achterwege gelaten (Degraaf *et al.*, 1995). Ook het beoordelen van de hygiëne van de klant speelt een rol (Rhodes *et al.*, 2008). Ook dealers en partners in “seks voor drugs”-relaties vormen seksuele partners waarbij het condoomgebruik minder gebruikelijk is. Ook bij klanten die tegelijkertijd partners in het roken van crack zijn, is condoomgebruik niet consistent (Degraaf *et al.*, 1995; Ward *et al.*, 2000).

Niet-selectief risicogedrag wordt met verschillende elementen in verband gebracht: een negatievere werkhouding, een beperkte identificatie met de groep professionele sekswerkers, minder gunstige werkomstandigheden, meer financiële noden, een mindere graad van welzijn en jobvoldoening en een hogere mate van slachtofferschap, zowel tijdens als naast het beroep (Vanwesenbeeck, 2001).

Omdat alcohol- en roesmiddelengebruik met het beoordelingsvermogen en het nemen van beslissingen interfereren, kan het met onveilig seksueel gedrag samenhangen. Roesmiddelengebruik verlaagt de kans op condoomgebruik en sommige studies wijzen erop dat sekswerkers vaak voor en tijdens de seksuele dienstverlening roesmiddelen consumeren (Gossop *et al.*, 1994). De invloed daarvan op het onderhandelingsproces in verband met condoomgebruik, blijkt niet eenduidig. In het algemeen zouden sekswerkers die roesmiddelen gebruiken, ontvankelijker zijn voor economische motieven voor het niet gebruiken van condooms. Sekswerkers met beperkte inkomsten kunnen de kost van het condoom aan-

grijpen als een reden om het niet te gebruiken (Kwiatkowski & Booth, 2000). Niettegenstaande deze negatieve gevolgen, stellen Falcón *et al.* (2007) dat roesmiddelengebruik ook de positie van de vrouw kan versterken, indien ze erin slaagt minder te gebruiken dan de klant en zo de controle over de situatie in haar voordeel kan benutten.

Financiële zorgen zetten consistent condoomgebruik dus onder druk. Klanten bieden immers meer geld in ruil voor onveilige seks. Deze dynamiek wordt nog versterkt wanneer de sekswerker roesmiddelengebruik via sekswerk bekostigt (Barnard, 1993). Sommige studies wijzen op een significant verband tussen roesmiddelengebruik en condoomgebruik. *Harddruggebruikers* geven aan dat zij geen condoom gebruiken als ze last hebben van ontwenningverschijnselen; deze sekswerkers zijn geneigd meer van de klant te aanvaarden; ze trachten soms meer geld te krijgen in ruil voor onveilige seks. Dit is vooral het geval bij injecterende gebruikers die erg afhankelijk zijn en bijna altijd onder invloed van drugs werken (Degraaf *et al.*, 1995). Andere studies betwisten dit verband en vonden geen verschil in condoomgebruik tussen afhankelijke en niet-afhankelijke roesmiddelengebruikende sekswerkers (Gossop, Powis, *et al.*, 1995; Minichiello, Marino, Khan, & Browne, 2003).

Falck *et al.* (1997) onderzochten de variabelen die het condoomgebruik bij crack injecterende gebruikers beïnvloeden. Consistent condoomgebruik is minder waarschijnlijk (1) bij wie net voor of tijdens de seks in een roes zijn, en (2) bij wie seks heeft met een vaste partner. Consistent condoomgebruik is daarentegen waarschijnlijker (1) als de partner net voor of tijdens de seks in een roes verkeert en (2) bij wie ervan overtuigd zijn dat het belangrijk is om condooms te gebruiken om SOI te voorkomen (Falck *et al.*, 1997).

Heroïne- en cocaïnegebruik worden in verband gebracht met bloedoverdraagbare virussen en risicovol seksgedrag onder injecterende gebruikers (Hudgins, McCusker, & Stoddard, 1995). De intrede en de opkomst van crack leidde tot het verlagen van de prijzen voor seksuele dienstverlening. Dat leidde op zijn beurt tot een meer vijandig werkklimaat, zowel tussen sekswerkers onderling als tussen sekswerkers en hun klanten, en tot meer risicovolle seksuele ontmoetingen (Cohen, Navaline, & Metzger, 1994; Maher, 1996).

Alcoholgebruik wordt doorgaans met seksuele activiteiten geassocieerd: men veronderstelt vaak dat mensen onder invloed van alcohol sneller dingen doen die ze anders niet zouden doen. In nuchtere toestand is men voorzichtiger dan wanneer men onder invloed van alcohol is. Alcoholgebruik voorafgaand of tijdens de seksuele ontmoeting, verlaagt de kans op condoomgebruik. Gossop *et al.* (1995) bijvoorbeeld vonden dat onveilige seks wél met alcoholgebruik verband houdt; maar niet met illegaal roesmiddelengebruik. Verschillende studies suggereren dat mensen zelfs onder invloed van alcohol vasthouden aan normen inzake veilig vrijen (Degraaf *et al.*, 1995; Fortenberry, 1998). Leigh *et al.* (2008) concluderen dat studies die wel tussen alcoholgebruik en onveilige seks een verband aantonen, geen rekening houden met variabelen zoals individuele verschillen die ook een rol spelen. Consistent condoomgebruik houdt derhalve verband met een myriade aan factoren (Leigh *et al.*, 2008).

Desalniettemin legde een recent Nederlands onderzoek opnieuw een verband tussen druggebruik en inconsistent condoomgebruik. Zo gebruikte 88% van de vrouwelijke niet-druggebruikende sekswerkers consistent een condoom, tegenover slechts 56% van de druggebruikende sekswerkers. Bovendien kwam regelmatig condoomfalen vaker bij druggebruikende sekswerkers (41%) dan bij niet-gebruikende vrouwelijke sekswerkers (36%) voor (van Veen *et al.*, 2010). Ook Johnston *et al.* (2010) benadrukken de relatie tussen druggebruik en inconsistent condoomgebruik. Wanneer vrouwelijke sekswerkers met de klanten ‘speed’ gebruikten, crack rookten, heroïne injecteerden of drugs consumeerden, lag het condoomgebruik veel lager dan bij vrouwelijke sekswerkers die deze drugs niet gebruikten (Johnston *et al.*, 2010). Onveilige seks is vaker geassocieerd met het gebruik van drugs, en van alcohol in het bijzonder, dan met de frequentie of de kwantiteit van het sekswerk (Kalichman *et al.*, 2007).

4.4. Geweld

In de literatuur vinden we naast een focus op SOI's en de gevolgen ervan voor de publieke gezondheid, ook heel wat aandacht voor geweld. Studies geven aan dat 50 tot 100% van de sekswerkers slachtoffer van geweld worden (Wahab, 2005). Niet alleen fysiek geweld (slagen en verwondingen, aanranding en verkrachting, en moord), maar ook emotioneel en verbaal geweld zijn reële risico's. Gestandaardiseerde mortaliteitscijfers zijn, in vergelijking met de algemene bevolking, zes keer hoger voor sekswerkers (Goodyear & Cusick, 2007). Verschillende auteurs noemen fysiek geweld de grootste bedreiging voor de gezondheid en het algemene welzijn van sekswerkers (Spice, 2007). Daarenboven worden sekswerkers ook het slachtoffer van economisch geweld en stalking, fysiek of via het internet. Bovendien lijkt het wel dat geweld, in al zijn uitingsvormen, in de seksindustrie alomtegenwoordig is. Inherent hieraan is angst voor geweld, een permanent facet van sekswerk (Davies & Evans, 2007). Daarbij komt dat een geschiedenis van slachtofferschap en angst voor geweld in verband worden gebracht met het minder aandringen op het gebruik van condooms (Wechsberg, Luseno, & Lam, 2005).

Er wordt vaak geargumenteed dat sekswerkers het meest kwetsbaar zijn voor fysiek en seksueel *partnergeweld* en voor *geweld door klanten* (Church *et al.*, 2001; ElBassel *et al.*, 1997; Miller & Schwartz, 1995). Daarbij moet worden benadrukt dat veel studies zich enkel richten op de (meest zichtbare) subpopulatie van *straatsekswerkers*, een groep die zich op verschillende vlakken in een precare situatie bevindt (zie hieronder). Bovendien beperken onderzoekers zich vaak tot de studie van vrouwelijke straatsekswerkers. We weten bijgevolg minder over geweld tegen mannelijke en transgender sekswerkers (Wahab, 2005). Onderzoekers zijn het er evenwel over eens dat de specifieke markt waarbinnen sekswerkers actief zijn, de ervaringen en de mate van slachtofferschap beïnvloeden (Weitzer, 2000).

In 1999 vergeleken Church *et al.* (2001) in Groot-Brittannië (Leeds, Glasgow en Edinburgh) vrouwelijke binnenshuis- met buitenshuiswerkende sekswerkers. Uit die studie bleek dat 81% van de *buitenshuiswerkende* sekswerkers ooit slachtoffer werd van geweld door klanten ten opzichte van 48% van de *binnenshuiswerkende* vrouwen. Ook de aard van het geweld verschilt tussen beide groepen: buitenshuiswerkende vrouwen rapporteren vaker slagen en verwondingen (47%), terwijl pogingen tot verkrachting voor de binnenshuiswerkende vrouwen het grootste risico vormen (17%). Niet alleen de werkplek beïnvloedt slachtofferschap, ook de stedelijke context speelt een rol: buitenshuiswerkende vrouwen in Glasgow ondergingen zes keer meer geweld ten opzichte van binnenshuiswerkende sekswerkers in Edinburgh (Church *et al.*, 2001).

Raphael & Shapiro (2004) vergeleken ervaringen van geweld onder verschillende typen van sekswerkers in Chicago, Illinois (Verenigde Staten). Geweld kwam in alle prostitutie sectoren voor, maar de onderzoekers vonden belangrijke verschillen in frequentie en ernst van het geweld. Buitenshuiswerkende vrouwen rapporteerden over het algemeen meer fysiek geweld. Vrouwen die van *thuis uit* werkten, werden frequent het slachtoffer van seksueel geweld en bedreiging met wapens (Raphael & Shapiro, 2004).

Davies & Evans (2007) bestudeerden slachtofferschap van geweld onder (vrouwelijke) *escortsekswerkers*. De meest genoemde vormen van geweld waren fysiek geweld tijdens de ontmoeting met de klant en stalken (via het internet) (Davies & Evans, 2007).

Om het risico op geweld te minimaliseren, treffen sekswerkers praktische maatregelen en passen zij emotionele strategieën toe. Zij proberen mogelijke conflicten te vermijden door een potentiële klant op basis van intuïtie en ervaring (emotionele strategie) te screenen, en zij trachten de ontmoeting van het begin tot het eind in de hand te houden (een combinatie van praktische en emotionele strategieën). Zodra een klant enigszins van de gemaakte afspraken (over welke seksuele diensten waar zullen plaatsvinden) afwijkt, is dat voor de sekswerker een alarmsignaal voor mogelijk gevaar. Binnenshuiswerkende sekswerkers hebben meer controle over hun klanten en over de onmiddellijke omstandigheden waarin het werk plaatsvindt, aangezien de dienstverlening veeleer op afspraak dan spontaan plaatsvindt en de onderhandelingen bijgevolg op voorhand werden gevoerd, en niet op het moment zelf. Wanneer vrouwen thuis werken zijn ze bovendien vertrouwd met de omgeving waardoor ze meer vertrouwen hebben en naar klanten toe een groter gevoel van autoriteit uitstralen. Onder emotionele strategieën tijdens de ontmoeting verstaan we onder meer het projecteren van een bepaald beeld naar de klant toe: ofwel gedragen sekswerkers zich assertief en dominant, ofwel spelen zij meer een “typische” vrouwelijke rol: onderdanig en lief. Met die houding trachten ze hun werkelijke emoties te verbergen en de situatie in de hand te houden. Met het aannemen van een “traditionele vrouwelijke rol” minimaliseert de sekswerker de morele ambiguïteit van commerciële seks en imiteert zij een klassieke heteroseksuele relatie. De houding waarbij zelfvertrouwen en onkwetsbaarheid wordt uitgestraald, hanteert de sekswerker om het mogelijke gevaar van slachtofferschap te neutraliseren. Als de klant de

autoriteit van de sekswerker uitdaagt, neemt het risico op geweld echter dramatisch toe (Barnard, 1993; Davies & Evans, 2007).

Sommige ontmoetingen gaan met geweld gepaard. Sekswerkers bevinden zich in een kwetsbare positie, niet slechts omwille van het werk dat ze uitvoeren, maar ook doordat ze niet zomaar op politiebescherming kunnen rekenen. Daarom nemen zij vaak bijkomende beschermingsmaatregelen (zoals werken in paren, een derde “stille” persoon in de buurt die men kan waarschuwen, het dragen van wapens, en andere praktische maatregelen vóór en tijdens de ontmoeting). Bovendien zijn klanten fysiek vaak sterker. Soms nemen ze de controle over de persoonlijke, lichamelijke ruimte van de vrouw en haar fysieke ruimte over door ze niet naar de plek van afspraak mee te nemen.

Wie daadwerkelijk slachtoffer wordt van geweld, ervaart een enorme emotionele impact. Slachtoffers van seksueel geweld geven zichzelf vaak de schuld. Sekswerkers hebben een sterk verantwoordelijkheidsgevoel over het vrijwaren van hun eigen veiligheid. Bovendien doen sekswerkers zelden aangifte bij de politie, omdat ze ervan uitgaan dat ze niet ernstig zullen worden genomen. Hun geloofwaardigheid als slachtoffer wordt ondermijnd door het feit dat ze seks verkopen; bovendien houdt het stigma van een “*ordinaire prostituee*” hen tegen (Barnard, 1993; Davies & Evans, 2007; Sanchez, 1997).

Ook *geweld door de politie* moet hier worden genoemd. Politiecontrole kan een verplaatsingseffect genereren en de informele ondersteunende netwerken van sekswerkers ontwrichten. Hierdoor verhoogt het risico op geweld – en op SOI's - vanwege klanten. Het politieoptreden kan gewelddadig zijn, én stigmatiserend en discriminerend. In hun studie omtrent Servische straatsekswerkers stellen Rhodes *et al.* (2008) dat fysiek geweld door klanten vaak voorkomt, maar dat politiegeweld de grootste bedreiging vormt. Misleiding, dwang, afpersing en discriminatie werden als “normale” gedragvormen van de politie beschouwd. Sekswerkers verlenen politiemensen gratis seksuele diensten om arrestatie, aanhouding en boetes te ontlopen. Pogingen om hieraan te ontkomen, lokken meer geweld uit waardoor sekswerkers met de rug tegen de muur staan. Dagelijks politiegeweld wordt met een zeker fatalisme geaccepteerd: deze sekswerkers zijn ervan overtuigd geraakt dat de politie mag victimiseren, dat het recht op politiebescherming niet bestaat en onrealistisch is. Bovendien wordt het politiegeweld als een morele straf, als een disciplinaire sanctie voor het morele wangedrag gezien. Het politiegeweld dringt overigens ook door tot in de persoonlijke levenssfeer van sekswerkers; zo worden ze vernederd doordat familie en vrienden over hun activiteiten worden ingelicht. Specifieke groepen zoals Roma transvestieten worden extra geïsoleerd en maatschappelijk gediscrimineerd (Rhodes *et al.*, 2008).

Tot slot beschrijven tal van studies het fysiek en verbaal *geweld door pooiers, andere sekswerkers, onbekenden en voorbijgangers*. Voorbijrijdende chauffeurs bijvoorbeeld slingeren de lelijkste verwijten naar straatsekswerkers, buurtbewoners uit hun afkeer, en anonieme virtuele agressie laat sporen na bij vrouwen die werken via het internet (Davies & Evans, 2007; N. McKeganey & Barnard, 1996; Nixon, Downe, Gorkoff, & Ursel, 2002; Surratt *et al.*, 2004).

Sekswerkers worden niet alleen het slachtoffer van geweld in hun professionele leven, maar soms ook in hun privéleven, omdat ze vrouw zijn, drugs gebruiken, thuisloos, jong en arm zijn (Ward *et al.*,

1999). Onder controle van een pooier staan, verhoogt de dreiging van geweld, onder meer omdat de pooier de sekswerker onder druk zet om extra geld binnen te brengen (Norton-Hawk, 2004 zoals geciteerd in (Spice, 2007). De mate van controle die een vrouw over de seksuele ontmoetingen heeft en het risico op slachtofferschap, worden beïnvloed door het wettelijke kader, de leeftijd, ervaring, zelfvertrouwen en het druggebruik van de sekswerker (Warr & Pyett, 1999). Geweld onder straatsekswerkers wordt in verband gebracht met een economische druk, met het niet in staat zijn de locatie voor de seksuele uitwisseling te controleren, dienstverlening in de wagen van de klant én met heroïne en crackgebruik tijdens het werk (Kurtz, Surratt, Inciardi, & Kiley, 2004).

Extra kwetsbare groepen, zoals transgenders of sekswerkers met een andere etnisch-culturele achtergrond, kunnen verhoudingsgewijs vaker geweld meemaken. Dit heeft te maken met de ruimere organisationele cultuur van sekswerk en de sociale context van de samenleving waarin het geweld plaatsvindt. Geweld in het kader van sekswerk reflecteert geïnstitutionaliseerde sociale ongelijkheden en angst gerelateerd aan gender, etniciteit, seksualiteit en kwetsbaarheid. Geweld hangt samen met sociaal stigma en discriminatie en sekswerk is een zeer gestigmatiseerd fenomeen (Rhodes *et al.*, 2008).

Shaver (1994) argumenteerde dat geweld meer met sekseverhoudingen te maken heeft dan met het werk dat deze vrouwen uitoefenen. Ongelijkheden in de verdeling van macht, autoriteit en controle tussen mannen en vrouwen zijn bepalend voor de uiting van geweld (Shaver, 1994). De rol van een vrouw wordt normatief gesproken strak gedefinieerd. Bovendien wordt er aan haar seksuele reputatie veel belang gehecht. Een “goede” vrouw is een brave echtgenote en een goede moeder die haar seksualiteit binnen de grenzen van een vaste relatie uit (Barnard, 1993; A. Taylor, 1993). Geweld binnen de context van commerciële seks heeft derhalve eveneens te maken met de structurele positie van de vrouw in de samenleving. Wanneer een vrouwelijke sekswerker de ontmoeting met een klant in de hand tracht te houden, wordt het principe van de mannelijke dominantie ondermijnd. Daarenboven gaat de sekswerker in tegen de normatieve verwachtingen van correct vrouwelijk gedrag. Sekswerk is sowieso een risicovolle activiteit, onder meer omdat men veel contacten met vreemden heeft en men niet kan voorspellen hoe deze contacten zullen verlopen. Ondanks strategieën om de risico's te beperken, zijn de meeste mannen fysiek sterker. De situatie wordt nog penibeler door de illegaliteit waarbinnen sekswerk plaatsvindt. Zowel de straatsekswerker als de klant vrezen betrapting door de orde-diensten. Hierdoor wordt kort en gehaast en op donkere en verlaten plekken onderhandeld (Barnard, 1993).

Daarnaast zijn druggebruikers ook vaker het slachtoffer van misdrijven tegen de eigendom en tegen de persoon. Vaak zijn ze herhaaldelijk het slachtoffer van misdrijven. Slachtofferschap komt bovendien meer voor bij vrouwelijke druggebruikers, en bij druggebruikers die sekswerk verrichten. Ze kennen mentale problemen – voornamelijk depressies en angststoornissen – en dat maakt ze zeer kwetsbaar. De hoge cijfers van slachtofferschap onder vrouwelijke druggebruikende sekswerkers – aangevuld met psychische problemen – hebben te maken met de stigmatisering en de sociale uitsluiting die ze onder-

vinden. Wanneer op verschillende domeinen sociale uitsluiting plaatsvindt, zijn ze zeer kwetsbaar voor victimisering (Stevens *et al.*, 2007).

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het gebruik hen meer vatbaar maakt voor slachtofferschap. Veel internationale studies suggereren dat. Als ze gebruikt hebben, verwaarlozen sekswerkers vaker hun voorzorgsmaatregelen, zoals het werken in paren en het voeren van onderhandelingen vóór ze in een auto stappen (N. McKeganey & Barnard, 1996). Alcoholconsumptie speelt een significante rol bij geweld. Er is een verband vastgesteld tussen alcoholgebruik door de (mannelijke) klant en een verhoogd risico op gedwongen seks (Kumar & Sharma, 2008). Daarnaast wordt in de literatuur gewezen op het systemisch geweld op de drugsmarkt en een subcultuur van geweld (zie daarover verder).

Tot slot verdient *het wetgevend kader* enige aandacht. Een wetgeving waarbinnen sekswerk illegaal is, categoriseert sekswerkers als “*prostituees*” en maakt van hun betrokkenheid in prostitutiewerk het centrale element van hun identiteit. Door deze identiteitsconstructie van overheidswege worden vrouwen van volledig burgerschap uitgesloten en worden ze van wettelijke bescherming onthouden. De wetgeving maakt het illegaal om geïdentificeerd te worden als sekswerker en als dusdanig op bepaalde publieke plekken aanwezig te zijn. Er vindt een dualiteit plaats tussen het voorkómen van geweld en het voorkómen van detectie door politie en justitie. Hierdoor creëert de wetgeving ruimte voor geweld. Er zijn geen getuigen op de plekken waar de seksuele dienstverlening en het geweld plaatsvinden; ook de wettelijke bescherming van politie is er afwezig. Bovendien gaan sommige klanten er vanuit dat sekswerkers, gezien hun sociale status, toestemmen met alles wat zij willen. Kortom, repressieve wetgeving creëert ruimtes waar geweld kan tieren en sluit slachtoffers uit van wettelijke bescherming (Sanchez, 1997). Wanneer de overheid gecontroleerde of gereguleerde seksmarkten instelt, komt er doorgaans minder geweld voor. In het algemeen voelen binnenhuiswerkende sekswerkers met een licentie – dus gereguleerde sekswerkers - zich veiliger dan straatsekswerkers door de nabijheid van collega’s, de aanwezigheid van een veiligheidssysteem en het recht op wettelijke bescherming. Ook voor straatsekswerk heeft dit een impact. In door de overheid beheerde zones voor straatsekswerk is minder sprake van geweld en onveiligheidsgevoel (Brents & Hausbeck, 2005; Sanders & Campbell, 2007).

4.5. Psychologische en psychiatrische problemen

4.5.1. Algemeen

Tussen werkomstandigheden in het algemeen en gezondheid bestaat een verband, bijv. via een inadequaat inkomen en stresserende werkomstandigheden (Lennon, 1994). Leven in armoede oefent een ongunstige invloed uit op de gezondheid (Braveman & Gruskin, 2003; Donohoe, 2003). Andere auteurs wijzen op specifieke risico’s verbonden met het werk dat vaker door vrouwen wordt uitgevoerd. Zij noemen onder meer fysieke gevaren, psychologische stressoren, het werken in ploegen, een gebrek

aan controle, het hebben van verantwoordelijkheid zonder autoriteit, saai repetitief werk, seksueel pesten en geweld (Hall, 1989; Williams *et al.*, 1997). De kenmerken van het werk, voornamelijk de vrijheid om zelf beslissingen te nemen, zijn een sterk verklarende factor voor het ontvangen van sociale steun op de werkplaats. Sociale netwerken en ondersteuning, eigenwaarde en buffers tegen stress zijn sterk gelinkt aan werkomstandigheden en voor vele vrouwen is betaald werk vaak met betere sociale netwerken geassocieerd (Romans *et al.*, 2001).

4.5.2. Voor prostitutiewerk

In de literatuur wordt sekswerk in verband gebracht met psychiatrische problemen, zoals borderline en antisociale persoonlijkheden en eetstoornissen. De Schampheliere (1990) vergeleek 91 professionele sekswerkers met 97 werknemers van een internationale luchtvaartmaatschappij en vond onder sekswerkers meer angstgevoelens, depressie, een lage moraal enz. (De Schampheliere, 1990). Psychopathologie en antisociale persoonlijkheden werden bij straatsekswerkers vaker vastgesteld dan bij escortes. Ook depressie wordt vaker vastgesteld bij sekswerkers dan onder de algemene bevolking (Chudakov, Ilan, Belmaker, & Cwikel, 2002); alweer zou depressie vaker voorkomen bij straatsekswerkers dan bij sekswerkers in bordelen. Ook posttraumatische stressstoornissen komen vaker voor onder sekswerkers. Emotionele schade is dikwijls niet te scheiden van de ervaring van geweld (Brody, Potterat, Muth, & Woodhouse, 2005; Farley & Barkan, 1998). Vanwesenbeeck (2005) bestudeerde burn-outgevoelens onder sekswerkers. Zij concludeerde dat de omstandigheden waaronder sekswerk plaatsvindt op het psychologische welzijn van de sekswerker een grotere invloed hebben dan de aard van het werk zelf (Vanwezenbeeck, 2005). Verschillende studies rapporteren hogere niveaus van psychologische stress bij sekswerkers dan bij niet-sekswerkers, zelfs na correctie voor andere verklarende factoren zoals leeftijd, slachtofferschap van verkrachting en crackgebruik (Chudakov *et al.*, 2002; ElBassel *et al.*, 1997).

Wat in het wetenschappelijk onderzoek ter zake onuitgeklard blijft, is de vraag of sekswerk in se, dan wel bestaande psychologische trauma's - die het resultaat zijn van roesmiddelengebruik, vroeger misbruik tijdens de kindertijd, huiselijk geweld of gevangenschap - verantwoordelijk zijn voor stressgevoelens bij sekswerkers (Vanwezenbeeck, 2005). Venics & Vanwesenbeeck (2000) contrasteren het beeld dat men met prostitutie snel veel geld kan verdienen, met de hoge mate van stress en stigma dat sekswerkers ondervinden. Vooral het onvoorspelbare en oncontroleerbare karakter van het werktempo veroorzaakt stress (Brewis & Linstead, 2000; Venics & Vanwesenbeeck, 2000). Noch de redenen voor een verhoogde incidentie van geweld noch de hoge psychologische stress kunnen tot de aard van het werk zelf gereduceerd worden: het sociale stigma dat aan sekswerk kleeft en de illegaliteit van prostitutiewerk mogen niet worden veronachtzaamd (El-Bassel *et al.*, 1997; Vanwesenbeeck, 2001).

Onder sekswerkers bestaat er een sterke associatie tussen mentale ongezondheid en het nemen van risico's. Risicogedrag op zich wordt in verband gebracht met roesmiddelengebruik en gebruik zou meer voorkomen onder sekswerkers (El-Bassel *et al.*, 1997).

4.6. Stigma

De wetgeving speelt een belangrijke rol in het vormen van de identiteit van de sekswerker en de interpretatie van haar acties. De wet maakt dusdanig twee tegengestelde categorieën van “*outlaws*” en burgers. Los van het feit dat een persoon deze wettelijke identiteit internaliseert of verloochent, dwingt de wet diegenen wier burgerschap wordt betwist om hun energie te kanaliseren in het zich verzetten tegen, het transformeren of verbergen van hun identiteit (Sanchez, 1997).

Als gevolg van negatieve sociale reacties die sekswerkers in hun privéleven ondervinden, zijn de meeste sekswerkers niet open over hun beroep. Het stigma zet het sociale leven onder druk. Het managen van een dubbelleven is stresserend en hachelijk voor de sociale steunnetwerken, zowel binnen als buiten de werkcontext (Venics & Vanwesenbeeck, 2000). Wanneer een vrouw sekswerk uitvoert, valt ze vaak uit het net van de sociale dienstverlening, loopt ze het risico de voogdij over haar kinderen en haar rechten als ouder te verliezen en wordt ze vaak uit het sociale steunnetwerk van de familie en vrienden gestoten. Het is voor deze vrouwen bijzonder moeilijk om in meer gelegitimeerde levensstijlen in te stappen omwille van het stigma dat met het werk geassocieerd wordt. Hierdoor is het voor vrouwen moeilijk om zichzelf als sekswerkers te identificeren. Vrouwen die hun sekswerk niet langer geheim houden, hebben al te veel verloren of hebben niets meer te verliezen. Het zijn vaak de meest kwetsbare sekswerkers (dakloze, druggebruikende sekswerkers, of sekswerkers die kampen met ernstige gezondheidsproblemen) die hun activiteit niet meer verborgen kunnen houden (Weiner, 1996).

Sekswerkers hanteren strategieën om zich aan het werk aan te passen, om met stresserende eisen om te gaan en om hun gestigmatiseerde identiteiten te managen. Enerzijds zijn er cognitieve strategieën, zoals het beroepsperspectief, die men hanteert. Mannelijke sekswerkers hanteren een perspectief waarbij sekswerk met mannelijkheid, werk, carrière en ondernemingsschap geassocieerd wordt. Zo vermijden ze als seksobjecten te worden beschouwd en ontwijken ze voor zichzelf het stigma van sekswerk. Biologische modellen van mannelijkheid, waarin seksuele activiteit normaal is, gaan niet op voor modellen van vrouwelijkheid en van vrouwelijke seksualiteit. Vrouwelijke sekswerkers ondervinden meer last van stigma en deviantielabels, en, als gevolg hiervan, moeten zij meer inspanningen leveren om hun identiteiten te managen (Ashforth & Kreiner, 1999; Brewis & Linstead, 2000).

Anderzijds zijn er gedragsmatige strategieën, zoals roesmiddelengebruik. Sekswerkers kunnen naar roesmiddelen grijpen om het zelfvertrouwen, de controle over het werk en het gevoel van verbondenheid met anderen te verhogen en om schuldgevoelens en seksuele stress te verminderen (Young *et al.*, 2000).

Wanneer sekswerkers ook nog eens illegale roesmiddelen gebruiken, worden ze extra gestigmatiseerd. Roesmiddelengebruik onder vrouwelijke sekswerkers druist tegen de rolverwachtingen van de vrouw in, en kan resulteren in sociale isolatie, culturele kleinering en gevoelens van schaamte, stuk voor stuk factoren die het roesmiddelengebruik net in stand zullen houden. Met de combinatie van roesmiddelengebruik én sekswerk wijkt een vrouw volledig af van de maatschappelijk gekleurde “vrouwelijke rol”: seksuele promiscuïteit en emotionele instabiliteit zijn de archetypische tegengestelden van de psychologische en morele geschiktheid voor het moederschap. Méér nog dan bij mannen, druist druggebruik tegen de rolverwachtingen van een vrouw in, en loopt ze het risico om als “wild, promiscue en onstabiel” te worden bestempeld. De kans dat een *afhankelijke* vrouw volledig geïsoleerd van de conventionele maatschappij leeft, is groter dan voor een drugafhankelijke man. Rolverwachtingen worden bovendien niet enkel van buitenaf opgelegd, deze zijn vaak geïnternaliseerd door de mensen op wie ze van toepassing zijn (J. Inciardi *et al.*, 1993). Wanneer dergelijke externe percepties naar eigen concepten van identiteit vertaald worden, kan dit een “*self-fulfilling prophecy*” in de hand werken en zelfs een barrière vormen voor het zoeken van hulp. Wanneer sekswerkers de labels die hen door de samenleving worden toegeschreven, aanvaarden en internaliseren, kan dit ertoe bijdragen dat druggebruikende sekswerkers in een neerwaartse spiraal terecht komen. De stap naar de hulpverlening of het veranderen van de levensstijl lijkt dan zinloos (Erickson, Butters, McGillicuddy, & Hallgren, 2000). Tot slot worden gebruikende sekswerkers niet enkel uit het brede maatschappelijke leven uitgesloten, zij worden ook binnen de seksindustrie gestigmatiseerd en gemeden (A. Green *et al.*, 2000). Hierdoor worden ze verder uitgesloten en sociaal geïsoleerd van ondersteunende netwerken.

4.7. Straatsekswerkers: de meest kwetsbare groep?

Veel aandacht in de literatuur gaat naar straatprostitutie. Velen beschouwen deze sector als de meest problematische, gewelddadige en uitbuitende variant. We hebben eerder al aangegeven dat het wetenschappelijke onderzoek vaak de aandacht richt op de meest zichtbare (en wellicht ook meest kwetsbare) groep van sekswerkers. Toch wijzen we er op dat straatsekswerkers naar schatting slechts 10-20% van alle sekswerkers uitmaken (Weitzer, 2000).

Verschillende studies suggereren dat deze sekswerkers een slechte mentale en fysieke gezondheid hebben. Onder straatsekswerkers worden volgende algemene gezondheidstoestanden gesignaleerd: algemene pijn, bronchitis, anemie, sikkelcelanemie, longontsteking, astma en een reeks andere aandoeningen zoals een hoge bloeddruk, diabetes... In het onderzoek van Valera *et al.* (2001) naar de gepercipieerde gezondheidsnoden van straatsekswerkers in Washington (Verenigde Staten) werd vastgesteld dat 42% voldeed aan de DSM-IV criteria voor PTSS (Valera *et al.*, 2001).

Bovendien worden zij het meeste blootgesteld aan de beroepsrisico's. Er wordt gewezen op een verhoogd infectieniveau met HIV, syfilis en hepatitis B en meer risicovol gedrag onder straatsekswerkers. Fysiek en seksueel misbruik als kind en slachtofferschap van geweld (fysiek, verbaal, seksueel) als

sekswerker zouden meer voorkomen onder straatsekswerkers. Deze sekswerkers worden vaker het slachtoffer van geweld en misbruik, zowel door klanten als door pooiers, in vergelijking met binnenhuiswerkende sekswerkers. Druk van klanten voor onbeschermd seks in combinatie met drugafhankelijkheid en onderlinge competitie tussen werkers leidt ertoe dat straatsekswerkers onbeschermd vaginale of anale seks aanbieden of toestaan. Sekswerkers die binnenhuis werken (in appartementen, sauna's of massagesalons bijv.) lopen een minder groot risico op geweld vanwege de klant. Zij werken vaak met een hulpje of onder een manager die de klanten screenen, geld zoeken en veiligheid verschaffen. Op deze werkplekken hebben sekswerkers meer zeggenschap over de te presteren werkuren, zij beheren zelf meer hun inkomsten en de kans op afhankelijkheid van en controle door pooiers is minder groot. Deze sekswerkers zijn minder geneigd om onveilige seksuele betrekkingen te aangaan en gebruiken op een meer consistente manier condooms. Hierop vormen gedwongen sekswerkers een belangrijke uitzondering (Spice, 2007).

Straatsekswerkers zijn vaker thuisloos, en leven frequenter in kraakpanden die op hun beurt een negatieve invloed hebben op de gezondheid (tuberculose en andere respiratoire ziektes). Straatsekswerkers gebruiken meer roesmiddelen, gebruiken vaker intraveneus en rapporteren frequenter *afhankelijkheid* (Pyett & Warr, 1997; Valera *et al.*, 2001; Ward *et al.*, 1999). Bovendien starten straatsekswerkers op een jongere leeftijd met zowel sekswerk als met roesmiddelengebruik, waardoor ze gedurende een langere tijd gebruiken, meer kans hebben om drugsgelateerde problemen te ontwikkelen, om seksueel risicovol gedrag te stellen, om betrokken te raken in criminele activiteiten en om minder scholing te genieten (Roxburgh, Degenhardt, Copeland, & Larance, 2008). Anderzijds komen sekswerkers met een afhankelijkheid op straat terecht, omdat afhankelijkheid elders niet getolereerd wordt. Werken in een club of bordeel vereist een goed geordende levensstijl (Degraaf *et al.*, 1995). In deze context wordt vaak geopperd dat velen de industrie instapten om een dure drugafhankelijkheid aan heroïne of crack te bekostigen. Seks wordt geruild voor drugs of de pooier levert drugs in ruil voor de inkomsten.

Daarbovenop identificeerden Jeal, Salisbury en Turner (2008) een *“work-score-use”* cyclus bij vrouwelijke straatsekswerkers. Deze cyclus typeert een werkdag en bestaat uit (1) werken om te (2) scoren (d.i. hun drug te bekomen) om vervolgens te kunnen (3) gebruiken. Deze cyclus herhaalt zich keer op keer en is bij elke stap met risico's geassocieerd. Tijdens het werk loopt de persoonlijke veiligheid van de straatsekswerker gevaar; slachtofferschap van geweld komt vaak voor. Ze lopen risico op SOI's door onveilige betrekkingen en ondervinden nefaste gevolgen op de mentale gezondheid (waarvan zelfmoordpogingen, overdosissen en automutilaties de uitkomst kunnen zijn). Ze ervaren hun werk als vernederend en schamen er zich voor. Klanten zijn bovendien manipulatief, overschrijden grenzen, ervaren plezier door ze angst aan te jagen en stellen onredelijke verzoeken. Tijdens het kopen van de drug zijn ze een gemakkelijk doelwit voor andere gebruikers die hen overvallen en bestelen; ook de dealers zelf bedriegen hen soms, waardoor ze zonder drug of geld weer de straat op moeten. Tijdens het gebruik riskeren ze – voornamelijk bij het injecterend gebruik – besmetting met bloedoverdraagbare ziektes. Ontwenningverschijnselen zetten aan tot het nemen van risico's, hoewel ze zich daarvan

bewust zijn. Straatsekswerkers worden voortdurend aan allerlei risico's blootgesteld en zijn volgens sommige auteurs niet in staat om in hun basisbehoeften te voorzien. Deze vrouwen verwaarlozen zichzelf (onvoldoende vloeistoffen en voedsel, gewichtsverlies, slaapdeprivatie), wat hun fysieke en mentale gezondheid verder in het gedrang brengt. Naarmate de "work-score-use"-cyclus zich herhaalt, raken de vrouwen steeds meer geïntoxiceerd, wat hun denken aantast, waardoor de risico's op SOI's en seksueel en fysiek geweld verder toenemen (Surratt *et al.*, 2004). Bovendien zijn ze ook buiten de "work-score-use" cyclus constant aan gezondheidsrisico's blootgesteld. Negatieve invloeden op de fysieke en mentale gezondheid treffen elk aspect van hun leven; daarenboven ondervinden ze permanent druk die hen opnieuw in de cyclus duwt: geen (vaste) accommodatie, een drugverslaafde partner of het verlies van voogdij over de kinderen (Jeal *et al.*, 2008).

In de criminologische literatuur wordt het theoretische concept van "subcultuur van geweld" dikwijls gebruikt om sociaalstructurele oorzaken van geweld in stedelijke gebieden te verklaren. Een "subcultuur van geweld" wordt getypeerd door hoge concentraties van socio-economische minderbegoede personen met weinig legitieme mogelijkheden tot sociale mobiliteit, door lucratieve illegale markten, door een waardensysteem dat enkel overleving en materieel succes beloont en door private handhaving van de informele spelregels. Ondanks de beperkingen en stereotyperende effecten ervan, pasten Surratt *et al.* (2004) dit concept ook op straatprostitutie toe. De bedreiging van verschillende vormen van geweld door de verschillende mogelijke daders is reëel, aangezien straatprostitutie zich voordoet op plekken waar straatgeweld en andere subculturen van geweld bestaan. Slachtofferschap van geweld is hoog – en neemt verder toe wanneer deze vrouwen roesmiddelen gebruiken. Dit slachtofferschap wordt toegeschreven aan een aantal persisterende sociale problemen, zoals ongelijkheden en discriminatie op basis van sekse, ras en klasse. Hierdoor bevinden straatsekswerkers zich in een omgeving waarin complexe sociale situaties onafhankelijk van elkaar geassocieerd zijn met slachtofferschap, zoals dakloosheid en roesmiddelengebruik. Hierdoor kan het milieu waarin straatsekswerkers actief zijn, een zeer gewelddadig milieu zijn. Straatsekswerkers worden vaak het slachtoffer van geweld door klanten. Dit is vooral het geval voor druggebruikende vrouwelijke sekswerkers. Het geweld wordt verwacht en als onvermijdelijk beschouwd. De marginalisatie wordt uitgebreid aangezien velen dakloos zijn, slechts een beperkte scholing genoten en weinig sociale of professionele banden met de ruimere samenleving hebben (Surratt *et al.*, 2004).

4.8. Internationale mobiliteit van sekswerkers en mensenhandel

In verschillende landen bevinden veel vrouwen zich onderaan de economische ladder en in ondergeschikte posities in de samenleving. Mensenhandelaars lokken zulke vrouwen vaak in de val met beloftes over aantrekkelijke banen in het buitenland. Ten gevolge van globaliseringsprocessen maakten de laatste jaren steeds meer vrouwen deel uit van de migratiestromen. Door deze zogenaamde feminisering van migratie stijgt het aantal vrouwen dat alleen reist en bijgevolg het aantal vrouwen dat wordt

blootgesteld aan het risico op uitbuiting. Vaak worden ze valse beloften voorgehouden door mensen die ze kennen en verwachten ze een betrekking als serveerster, poetsdame of in de kinderopvang. Bij aankomst in het “beloofde land” worden ze in de seksindustrie gedwongen of worden ze seksueel uitgebuit, terwijl ze werken als huishoudelijke hulp, bedelaar of fabrieks- of veldarbeider. Het aantal vrouwen dat door de feminisering van de migratie in geografische en sociale omgevingen terechtkomt waar hun beste kans op economisch overleven en sociale vooruitgang in sekswerk ligt, neemt alsmaar toe. Dit proces is vooral aan de gang in geïndustrialiseerde landen, zoals België, die om migratiestromen een halt toe te roepen alsmaar meer voorwaarden stellen voor legitieme tewerkstellingsmogelijkheden voor inwijkelingen (Wonders & Michalowski, 2001).

In 2000 definieerden de Verenigde Naties in het protocol van Palermo, getiteld “Protocol to prevent, suppress and punish trafficking in persons, especially women and children, supplementing the united nations convention against transnational organized crime”, mensenhandel als “*the recruitment, transportation, transfer, harbouring or receipt of persons, by means of the threat or use of force or other forms of coercion, of abduction, of fraud, of deception, of the abuse of power or of a position of vulnerability or of the giving or receiving of payments or benefits to achieve the consent of a person having control over another person, for the purpose of exploitation. Exploitation shall include, at a minimum, the exploitation of the prostitution of others or other forms of sexual exploitation, forced labour or services, slavery or practices similar to slavery, servitude or the removal of organs.*” (UNODC, 2004).

Net zoals elk ander crimineel fenomeen is het moeilijk om de omvang van mensenhandel in exacte cijfers uit te drukken. Schattingen zijn moeilijk te interpreteren, omdat organisaties verschillende definities van mensenhandel hanteren; omdat slachtoffers en mensenhandelaars vaak moeilijk te detecteren populaties zijn, en omdat de gegevensbronnen variëren (Cwikel & Hoban, 2005). De International Labor Organization (ILO), het agentschap van de Verenigde Naties belast met het aankaarten van werkstandaarden, tewerkstelling en sociale bescherming, schat dat wereldwijd 12,3 miljoen mensen in gedwongen arbeid, arbeid in gevangenschap, gedwongen kinderarbeid en seksuele dienstverlening terechtkomen. Andere schattingen variëren van 4 tot 27 miljoen mensen. Volgens een Amerikaans onderzoek in 2006 worden op elk moment ongeveer 800.000 mensen over landsgrenzen heen verhandeld. In dat cijfer zijn dus niet de mensen die binnen de eigen landsgrenzen verhandeld worden, meegerekend. Ongeveer 80% van de transnationale slachtoffers zijn vrouwen en meisjes. De helft is bovendien minderjarig. De meerderheid wordt het slachtoffer van commerciële seksuele uitbuiting (*Trafficking in Persons Report. June 2008*, 2008). In het UNODC rapport van 2006, "*Trafficking in Persons: Global Patterns*", worden Albanië, Wit-Rusland, Bulgarije, China, Moldavië, Nigeria, Thailand en Oekraïne genoemd als de grootste bronlanden. België, Duitsland, Israël, Italië, Japan, Nederland, Thailand, Turkije en de Verenigde Staten zijn de meest frequente bestemmingen (*Trafficking in Persons. Global Patterns*, 2006).

Met de komst van nieuwe communicatiemogelijkheden is overigens ook de aard en het volume van mensenhandel veranderd. Het internet bracht nieuwe rekruteringsmethoden met zich mee, nieuwe methoden ook om van een meisje een sekswerker te maken en nieuwe methoden om dit te onderhouden. Bovendien heeft de komst van het internet geleid tot een stijging van de vraag naar exotische en vreemde vrouwen. Internet en gsm's vergemakkelijken de communicatie en de organisatie tussen bron en bestemming op de handelsroutes (Cwikel & Hoban, 2005).

De omvang en het bereik van migratie zorgen voor uitdagingen en niet in het minst voor de sekswerkers zelf. Er worden vrouwen aangeleverd, meestal vanuit de economisch benadeelde landen, die illegaal in een vreemd land aan het werk gezet worden. Zij komen terecht in een vreemde omgeving, kennen de taal niet, zijn zich niet bewust van hun rechten en zijn zeer kwetsbaar voor uitbuiting en misbruik. Solidariteit en ondersteuning tussen sekswerkers onderling verdwijnen, gedeelde waarden omtrent gezondheid en veiligheid in het sekswerk brokkelen door de grotere mobiliteit van sekswerkers af. Nieuwe communicatietechnologieën (gsm's en internet) versnipperen gemeenschappen van sekswerkers in geïsoleerde individuen (Ward & Aral, 2006).

Sommige studies wijzen erop dat verhandelde vrouwen in de seksindustrie een hoger risico lopen op SOI's deels omdat ze niet over consistent condoomgebruik kunnen onderhandelen (Farley & Barkan, 1998). Uit de studie van Cwikel *et al.* (2003) blijkt bovendien dat verhandelde vrouwen in bordelen langere werkdagen hebben en een hoog aantal klanten afwerken. Hoe groter het aantal contacten, hoe groter de kans dat deze vrouwen het slachtoffer worden van geweld en andere beroepsrisico's. Een illegale verblijfstatus zet het welzijn van sekswerkers verder onder druk. Zij werken in moeilijker omstandigheden, in vergelijking met sekswerkers met een legale verblijfsvergunning. Bovendien hebben de meeste verhandelde vrouwen geen toegang tot basisgezondheidszorg (Cwikel *et al.*, 2003). Deze vrouwen hebben vaak een complexe voorgeschiedenis van slachtofferschap van geweld voor en tijdens de trafiek. Deze vrouwen hebben nood aan crisisinterventie, vertrouwelijkheid, veiligheid, onderdak, sociale steun, counseling en culturele competenties bij de zorgverstrekkers. Vrouwen die het slachtoffer werden van mensenhandel, hebben vaak pijn, stress en geheugenproblemen, waardoor hun medewerking aan strafrechtelijke onderzoeken en asielpcedures in het gedrang komt. Er moet hen tijd gegund worden, tijd waarin ze kunnen bekomen en kunnen nadenken over hoe het nu verder moet (Zimmerman *et al.*, 2008).

5. Noden aan zorg en zorg

5.1. Noden

Sekswerkers vormen een moeilijk te bereiken doelgroep, met een specifieke combinatie van noden op allerlei vlakken. Het is belangrijk om rekening te houden met de behoeften die sekswerkers zelf om-

schrijven, opdat zij bij het hulpverleningsaanbod aansluiting zouden vinden. Bovendien verschillen de noden van individu tot individu.

Salisbury en Jeal (2007) bijvoorbeeld vergeleken de gezondheidsnoden en het gebruik van bestaande diensten tussen straatsekswerkers en sekswerkers in salons in Bristol (het Verenigd Koninkrijk). Beide groepen sekswerkers drukten de wens uit dat de dienstverlening zich in de buurt van hun werkplek bevindt, dat er vrouwelijke dienstverleners werken, dat er condooms voorzien en uitgedeeld worden en dat er counseling mogelijk is. Maar beide groepen formuleerden ook een aantal uiteenlopende behoeften wat betreft hulpverlening. Bij vrouwen die vanuit salons opereerden, was er minder sprake van een slechte sociaaleconomische positie, en kwam risicogedrag in verband met roesmiddelengebruik en sekswerk minder frequent voor. Deze sekswerkers zochten vaker de gezondheidszorg op in verband met hun seksuele en reproductieve gezondheid. Zij vroegen betere faciliteiten voor de bestaande kliniek voor SOI's, zodat ook hepatitis B-vaccinaties konden worden verstrekt, en voorlichting omtrent contraceptie. Deze groep sekswerkers wilde meer carrièreondersteuning en financieel advies. Terwijl de vrouwen werkzaam vanuit salons eerder een discrete dienstverlening voor de seksuele gezondheid verkozen, hadden de straatsekswerkers behoefte aan diensten die alle aspecten van hun fysieke, seksuele en mentale gezondheid omvatten, én diensten die hun basislevensbehoeften inlossen (opvang, voedselen persoonlijke hygiëne). Straatsekswerkers hadden meer nood aan iemand om mee te praten (Jeal & Salisbury, 2007).

Valera *et al.* (2001) onderzochten de gepercipieerde gezondheidsnoden van straatsekswerkers in Washington DC (VS) en kwamen tot gelijkaardige vaststellingen: 59% van de steekproef had graag steun ondervonden van ervaringsdeskundigen, die zelf als straatsekswerker hadden gewerkt; 57% gaf aan nood te hebben aan counseling en sociale steun en 14% gaf aan nood te hebben aan voedsel, alternatieve tewerkstellingsmogelijkheden, HIV-tests, meer begrip vanwege politiediensten, plastische chirurgie, geld en exitstrategieën. Slechts 36% gaf aan nood te hebben aan medische gezondheidszorg. Eén op drie respondenten gaf aan een vorm van alcohol- of drugshulpverlening nodig te hebben (ondanks het feit dat slechts 2% zichzelf als afhankelijk zag) (Valera *et al.*, 2001).

Jeal & Salisbury namen reeds in 2004 interviews af van 71 vrouwelijke straatsekswerkers in Bristol (Verenigd Koninkrijk). Ze wilden de behoeften van deze vrouwen inzake kinderopvang en opvoeding beschrijven. Twee derde van deze vrouwen had kinderen. Slechts 21% van de vrouwen die kinderen van 16 of jonger hadden, zorgde voor één of meer van hun kinderen. Twee derde van de kinderen woonde bij familieleden; 11% leefde in een pleeggezin en 10% van de kinderen werd geadopteerd. 59 vrouwen waren zwanger geweest; in totaal 97 zwangerschappen die langer dan 24 weken duurden. Vijf kinderen werden doodgeboren. Eén kind overleed 7 weken postpartum aan wiegendood. Meer dan de helft van de vrouwen (54%) werkte in de prostitutie voorafgaand aan het dragen van hun laatste kind. Het was voor deze vrouwen meer waarschijnlijk om drugs te gebruiken tijdens de zwangerschap dan voor vrouwen die nog nooit seks verkocht hadden (20/25 versus 5/21). Tijdens de zwangerschap gebruikte 32% van deze vrouwen opiaten; 28% gebruikte crack. Bijna een kwart van de baby's woog

minder dan 2.500 gram bij de geboorte. De meeste baby's (54%) hadden postnatale problemen, zoals ontwenningverschijnselen (bij 15%). Eén vierde van de pasgeborenen werd verzorgd op een speciale afdeling (Jeal & Salisbury, 2004a, 2004b).

Cwikel *et al.* (2003) bevroegen 55 vrouwen in bordelen in drie Israëlische steden (Tel Aviv, Beer Sheva en Eilat) omtrent hun mentale en fysieke gezondheid en omtrent hun werkomstandigheden. De meeste vrouwen werden naar Israël verhandeld en werkten in de seksindustrie zonder papieren en zonder toegang tot de gezondheidszorg. Voor deze vrouwen waren de beroepsrisico's groter en de werkomstandigheden moeilijker dan voor vrouwen met een legaal verblijfsstatuut (zie hierboven). Verhandelde vrouwen werkten per dag een groter aantal klanten af en werkten meer dagen per week, en meer uren per dag. De helft van de illegale vrouwen werkte ook tijdens hun menstruatieperiode door (terwijl geen van de vrouwen met een legaal verblijfsstatuut dat deed). Deze werkomstandigheden verhogen de beroepsrisico's: 33% van de totale populatie (legale én illegale vrouwen) kampte met gezondheidsproblemen, veelal met de job gerelateerd: maagpijn, droge huid, onvruchtbaarheid door verschillende abortussen. 27% had de afgelopen vijf jaar een infectie aan het urinekanaal opgelopen, 43% kampte met gynaecologische problemen en 11% liep een SOI op. De twee meest frequente symptomen die deze sekswerkers meldden, waren vaginale pijn (49%) en pijn aan het bekken (35%). Andere klachten hadden betrekking op angst of depressie (21%), vroegere breuken (21%), problemen met het zicht (21%), hoofdwonden (19%), tandproblemen (17%) en een hoge (15%) of lage (4%) bloeddruk. De vrouwen met een legaal verblijfsstatuut vertoonden significant minder symptomen als depressie, trauma's, werkgerelateerde trauma's of PTSS. Hoe harder de vrouwen in de sector werkten (uitgedrukt in aantal klanten, aantal werkuren en -dagen), hoe groter de waarschijnlijkheid dat ze het slachtoffer van geweld waren geweest en hoe lager ze hun gezondheid zelf inschatten (Cwikel *et al.*, 2003).

Het gebruik van de gewone gezondheidszorg is vaak zeer beperkt en hoewel de outreachdiensten door de sekswerkers beter benut worden, doen ze hier vaak slechts een beroep op als hun gezondheid de mogelijkheid om seks te verkopen, in de weg staat (Carr *et al.*, 1996).

5.2. Barrières

5.2.1. Barrières voor drugshulpverlening onder vrouwen en gemarginaliseerde groepen

Gemarginaliseerde groepen vinden de toegang naar de drugshulpverlening niet, omdat ze het aanbod niet kennen of wantrouwen, of omdat ze onvoldoende gemotiveerd zijn. Vaak is hun leven chaotisch: ze beschikken niet over een ziekteverzekering, ze kunnen de zorg niet betalen en/of beschikken niet over geldige verblijfsdocumenten. De hulpverlening kan op zijn beurt cliënten weigeren omwille van de aanwezigheid van meerdere problemen, een tekort aan bedden en lange wachtlijsten. Ook het wettelijke kader kan een barrière vormen; wanneer de politie hard optreedt tegen gemarginaliseerde ge-

bruikers die deel uitmaken van het straatbeeld, verdwijnen ze naar minder toegankelijke en gevaarlijke settings waar informatie en de traditionele dienstverlening hen niet bereiken (Appel, Ellison, Jansky, & Oldak, 2004).

Er zijn een aantal specifieke barrières voor vrouwen om naar de drugshulpverlening te stappen. Sommige programma's zijn geënt op een hoofdzakelijk mannelijk doelpubliek en zijn daardoor enigszins blind voor specifieke behoeften van vrouwen (Simpson & McNulty, 2008). Greenfield *et al.* (2007) bespreken in hun overzichtsstudie de literatuur die gepubliceerd werd tussen 1975 en 2005 over specifieke barrières voor vrouwen (Greenfield *et al.*, 2007).

Een belangrijke focus bestaat uit vrouwen die ook (toekomstige) moeders zijn. Zwangerschap, een gebrek aan diensten voor zwangere vrouwen, angst om de voogdij over een kind te verliezen en angst voor vervolging vormen belangrijke barrières. Vrouwen met verantwoordelijkheden ten aanzien van hun kinderen, gekoppeld aan het ontbreken van opvangdiensten voor de kinderen, ervaren dit als een drempel. Moeders verkiezen soms residentiële opvang (samen met de kinderen) of huisbezoeken, zodat ze tijdens een detoxificatie- en rehabilitatieprogramma bij hun kinderen kunnen blijven. Wanneer zij de zorg voor de kinderen nog dragen, zullen vrouwen vaak pas met een residentieel programma starten op voorwaarde dat er opvang voor de kinderen is voorzien. Voor andere moeders, wier kinderen reeds opgenomen zijn in informele en familiale regelingen, is er het bijkomende probleem van de financiële lasten. Vaak eisen de zorgdragers financiële tegemoetkomingen, en dreigen zij de ouderlijke rechten af te nemen (of te laten afnemen) of weigeren zij verder voor de kinderen in te staan als de moeder geen geld in het laatje brengt. Wanneer de kinderen al in een pleeggezin werden ondergebracht, kunnen ze definitief van de moeder worden afgenomen als zij toegeeft alcohol en/of roesmiddelen te gebruiken, om behandeling verzoekt of onthult dat ze HIV-positief is.

De angst voor een negatieve en vijandige reactie van verschillende dienstverleners versterkt de weerstand om hulp te vragen. Er is bijgevolg vraag naar gespecialiseerde, ondersteunende en anonieme diensten (prenataal, materniteit en drugshulpverlening) voor gebruikende (toekomstige) moeders. Het is hierbij belangrijk dat de zorgverstrekkers over gespecialiseerde kennis beschikken, bijvoorbeeld over veilig methadongebruik tijdens de zwangerschap. Anderzijds kunnen een zwangerschap en het aanstaande moederschap juist sterk motiveren om drugsproblemen onder ogen te zien en aan te pakken (Greenfield *et al.*, 2007; Olszewski, Giraudon, Hedrich, & Montanari, 2009).

De kinderen van sekswerkers bevinden zich uiteraard ook in een kwetsbare positie. Tijdens de zwangerschap ontvangen sekswerkers mogelijk onvoldoende prenatale zorg. Het risico op afwijkingen bij de foetus en kindersterfte verhogen met slechte voeding, alcohol en roesmiddelengebruik, een HIV-infectie en SOI's. De stress die de moeders ondervinden, kan ook de zorg voor en het toezicht op de kinderen negatief beïnvloeden: zo lopen ook deze kinderen het risico dat hun basisbehoeften niet worden ingelost. Sekswerkers kunnen vatbaar zijn voor ziektes en deze vatbaarheid – prenataal - door onhygiënische leefomstandigheden aan de kinderen doorgeven (Weiner, 1996).

Een lager opleidingsniveau bij de sekswerker kan tot minder frequente tewerkstelling leiden. Deze en andere economische barrières spelen een rol bij het contacteren van drugshulpverlening. Arme vrouwen die constant tijdsgebrek hebben, weinig sociale ondersteuning genieten en alleen kunnen rekenen op het eigen werk om te overleven, hebben een *beperkte behandelingstrouw*. De ene behandeling wordt ingeruild voor de andere als niet onmiddellijk resultaat wordt ondervonden, medicatiedosissen worden niet opgevolgd en medicatie wordt stopgezet zodra de symptomen verdwijnen. De socio-economische context van vrouwen moet mee in rekening gebracht worden om de gezondheid op lange termijn te bevorderen (Evans & Lambert, 1997).

In vergelijking met mannen is de ernst van de drugproblematiek bij vrouwelijke sekswerkers groter. De fysieke en psychologische gevolgen zijn ook ernstiger (Simpson & McNulty, 2008). Vrouwen zouden een slechter zelfbeeld hebben (weinig zelfvertrouwen, schuld en schaamtegevoelens). Vrouwen zouden ook vaker dan mannen comorbiditeit vertonen, wat de stap naar de hulpverlening extra bemoeilijkt. Depressie, angststoornissen, bipolaire stemmingsstoornis, suïcidale ideatie, psychoseksuele stoornissen, eetstoornissen en PTSS worden vaker onder vrouwen gerapporteerd (Ashley, Marsden, & Brady, 2003; Kurtz *et al.*, 2005). Ook een traumatische voorgeschiedenis, zoals seksuele en fysieke aanranding of misbruik, kunnen de instap in een hulpverleningsprogramma voor beide seksen bemoeilijken. Vrouwen kunnen ook onvoldoende ondersteuning krijgen van de familie of partner en worden geconfronteerd met een groter sociaal stigma en discriminatie dan mannen. Vooral het stigma van roesmiddelengebruik wordt als belemmerend ervaren; dit wordt zelfs als de hoofdreden opgegeven voor het niet opzoeken van drugshulpverlening. Het stigma weegt nog zwaarder door bij (toekomstige) moeders (Olszewski *et al.*, 2009). Ook bepaalde attitudes van vrouwen ten aanzien van behandelingen kunnen een barrière vormen: vrouwen zouden minder nood ervaren om een behandeling te ondergaan, ze zijn vaak minder goed ingelicht over behandelingsmogelijkheden en koesteren meer negatieve verwachtingen ten aanzien van behandeling (Greenfield *et al.*, 2007).

Verder in het zorgtraject beletten barrières dat vrouwen in behandeling *blijven*. Behandelingsprogramma's zouden meer aandacht moeten besteden aan de psychologische problemen. Ze zouden meer moeten uitgaan van een model gebaseerd op steun, in plaats van op confrontatie, en ze zouden een minder intimiderende omgeving moeten voorzien als alternatief voor een programma voor beide seksen (Niv & Hser, 2007). De samenstelling van het verzorgend personeel speelt hier een rol; vrouwen hebben nood aan vrouwelijke hulpverleners en positieve rolmodellen. Een overzichtsstudie van 38 studies omtrent specifieke drugshulpverleningsprogramma's voor vrouwen wees uit dat dergelijke programma's betere prognoses vertonen dan programma's voor beide seksen. Succesvolle behandelingen hingen samen met het aanbieden van prenatale zorg en kinderopvang, het aanbieden van bijkomende diensten en workshops rond "vrouwelijke" thema's, en aandacht voor de mentale gezondheid van de cliënten (Ashley *et al.*, 2003).

In de overzichtsstudie van Greenfield *et al.* (2007) werden enerzijds individuele karakteristieken en anderzijds de karakteristieken van de programma's in verband gebracht met retentie. Op *individueel*

niveau bevorderen een hoger inkomen, getrouwd zijn en een job hebben, de retentie van *ambulante programma's*. Ook een beter psychologisch functioneren, stabiliteit, sociale steun en geloof in de behandeling versterken retentie (Mertens & Weisner, 2000). Het volledig doorlopen van een programma hangt samen met doorverwijzing en een hoger inkomen. Het vroegtijdige afhaken houdt verband met een ernstigere afhankelijkheid en het ervaren van vijandigheid (C. A. Green, Polen, Dickinson, Lynch, & Bennett, 2002).

Bij *residentiële programma's* spelen de omvang en de ernst van psychologische, cognitieve, fysieke en roesmiddelgerelateerde problemen een rol (Brown, 2006). Ook het geloof dat men controle heeft over de eigen gezondheid en gepercipieerde hulpeloosheid bepalen retentie (Ashley *et al.*, 2003).

Wanneer de kenmerken van de *programma's* in rekening gebracht worden, blijkt dat programma's die enkel voor vrouwen toegankelijk zijn en diensten die kinderopvang organiseren, positief gecorreleerd zijn met de lengte van het verblijf maar niet met het vervullen van het programma. De combinatie van mentale zorg en drughulpverlening zorgt ervoor dat vrouwen in residentiële settings de programma's afmaken (Greenfield *et al.*, 2007).

5.2.2. *Bijkomende barrières voor vrouwelijke sekswerkers*

Vele sekswerkers vertonen weerstand om hulp te zoeken uit angst voor stigma en afkeuring. Beide sociale processen hebben op het leven van vrouwelijke, roesmiddelgebruikende sekswerkers een enorme impact. Hulpverleners moeten deze barrières trachten te overwinnen en een vertrouwensband opbouwen door een omgeving te voorzien waarin confidentialiteit, een niet-veroordelende attitude en sympathisch luisteren overheersen (Spice, 2007). Aangezien sekswerkers zich in een gemarginaliseerde positie bevinden en gebruikende sekswerkers over zeer beperkte sociale en professionele netwerken en banden met de ruimere samenleving beschikken, kan hulp zoeken binnen de geïnstitutionaliseerde zorg zeer moeilijk zijn (Surratt *et al.*, 2004). Bovendien bemoeilijkt de criminalisering van de industrie de toegang tot diensten en de reguliere arbeidsmarkt, en belemmert zij de inspanningen van outreachwerkers in het aanbieden van diensten aan wie het meest kwetsbaar zijn.

Zoals eerder aangehaald, is de populatie ook zeer divers wat de origine betreft, waardoor er een mix van nationaliteiten en culturele achtergronden terug te vinden is. Taal- en communicatiebarrières spelen derhalve een belangrijke rol. Culturele bemiddelaars en peeropvoeders kunnen soelaas bieden om goede communicatie op te zetten en te onderhouden tussen het personeel van specifieke diensten en sekswerkers (Mak, 1997).

Vrouwelijke sekswerkers die door hun partners, echtgenoten en souteneurs in de seksindustrie gedwongen worden om het roesmiddelgebruik te bekostigen, ervaren een extra barrière om naar de drughulpverlening te stappen. Als zij met het gebruik willen stoppen, worden ze actief ontmoedigd, aangezien de middelen om roesmiddelen te bekostigen zouden wegvallen (Kumar & Sharma, 2008).

Veel dakloze sekswerkers verkiezen residentiële drugshulpverlening en kunnen vaak niet wachten tot een programma beschikbaar is (wachlijsten). Ze zijn alweer verdwenen op het moment dat ze eindelijk kunnen instappen. Voor dakloze vrouwen moet gezocht worden naar een stabiel woonarrangement of op zijn minst een contactadres via een van de outreachdiensten. Roesmiddelengebruik, geen woning hebben en andere sociale behoeften maken therapietrouw met medische behandeling bovendien zeer moeilijk. Drop-in centra en opvangtehuizen zijn nodig.

Anderzijds kan het personeel van deze centra sekswerkers weigeren omwille van het stigma. Sommige drugshulpverleners zijn niet happig om dergelijke cliënten in hun programma's op te nemen, omdat ze vrezen dat deze vrouwen seks voor geld en/of drugs zullen blijven verhandelen en aldus de programma's zullen ondermijnen. Deze "moeilijke klanten" worden liever de deur gewezen.

Het personeel van het zorgaanbod kan blijk geven van een negatieve attitude ten opzichte van sekswerkers. Drugshulpverleners kunnen niet goed geïnformeerd zijn over de specifieke problemen waarmee sekswerkers geconfronteerd worden. Hierdoor bespreken sekswerkers hun professionele risico's niet met de algemene diensten en zijn de omstandigheden binnen deze diensten niet optimaal. In België bijvoorbeeld gaf bijna 50% van de sekswerkers aan dat zij hun beroep voor hun huisarts en gynaecoloog verzwijgen (Mak, 1997).

Naast het gebrek aan specifieke diensten zijn diensten ook onvoldoende op vrouwen afgestemd. In Bangladesh bijvoorbeeld leidde het installeren van drugprogramma's voor vrouwen tot een stijgend aantal vrouwen dat hulp zocht. Het gezondheidsluik, verzorgd door vrouwelijke dienstverleners met oog voor en voeling met de noden van vrouwelijke gebruikers, werd aangevuld met diensten zoals kinderopvang, prenatale zorg voor zwangere vrouwen en beroepsmatige rehabilitatie. Dit dient aangevuld te worden met behandeling van de roesmiddelengebruikende partners om barrières en slechte prognoses te voorkomen (Kumar & Sharma, 2008).

5.2.3. *Exitstrategieën*

Sekswerkers die de industrie wensen te verlaten, kunnen - naar gelang van hun kwetsbaarheid - met veel obstakels te maken krijgen. Of iemand de seksindustrie kan verlaten, hangt uiteraard samen met de controle van de sekswerker over zijn economische mogelijkheden en de werkomstandigheden. Kunnen kiezen om de seksindustrie te verlaten, veronderstelt dát er alternatieven zijn om uit te kiezen, en dat men *kennis* van deze alternatieven heeft. Bovendien moet de sekswerker ook over de mogelijkheid beschikken om effectief actie te ondernemen. Werken in de seksindustrie gebeurt niet enkel uit vrije keuze of onder dwang. De macht van een individu om een bepaalde actie te ondernemen wordt bepaald door interacties tussen het individu en de context (organisatie, machtsrelaties, ...) waarin het individu zich bevindt (Sanchez, 1997). Straatsekswerkers kunnen bijvoorbeeld bescherming nodig hebben tegen hun pooier of gewelddadige partner en nood hebben aan een vluchthuis. Een laag scho-

lingsniveau, leermoeilijkheden en een strafblad kunnen de integratie in de legitieme arbeidsmarkt bemoeilijken.

Exit-programma's moeten holistisch zijn en op maat van individuele kwetsbaarheid door het werken met een coördinerende doorverwijzer naar de relevante diensten en het voorzien van follow-up op lange termijn. Spice (2007) stelt dat sekswerkers aan vele gevaren blootgesteld zullen blijven, zolang het beroep als een controleprobleem in plaats van een welzijnskwestie wordt beschouwd. Er moet een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen vrijwillig en gedwongen sekswerk en er moet erkenning zijn voor de heterogeniteit en de verscheidene noden van deze populatie, zodat de interventies aangepast kunnen worden.

6. Sociale en legale kwesties

Nationale en regionale seksindustrieën worden onder meer beïnvloed door historische, sociale en economische factoren, en door het wettelijk kader en het gevoerde beleid. Zowat overal ter wereld zijn er wetten ontworpen om prostitutie te beperken en te controleren. Die bereiken evenwel zelden het verwachte effect. Prohibitie en een restrictief beleid schenden doorgaans de rechten van sekswerkers, en vergroten de macht van derden (klanten, managers, pooiers, mensenhandelaars, ...). Hierdoor komen de sociale en beroepsmatige status van sekswerkers, maar ook hun gezondheid en algemeen welzijn in de verdrinking. Bovendien leidt een wettelijk sanctioneringssysteem vaak enkel tot een geografisch verplaatsingseffect of tot andere werkomstandigheden (Harcourt & Donovan, 2005).

Een harde aanpak van de vraagzijde, bijv. door klanten strafbaar te stellen, verhoogt de competitiviteit onder de sekswerkers en moedigt ze aan om risicovoller gedrag te stellen. Wanneer de organisatoren strafbaar worden gesteld, is het mogelijk dat de activiteiten tijdelijk afnemen. Al heeft dit als neveneffect dat de prostitutie in een meer verborgen vorm wordt georganiseerd.

Hoe meer men het sekswerk criminaliseert, hoe beperkter de mogelijkheden worden voor de sekswerker om zichzelf te beschermen. De illegaliteit van de sector geeft bazen en pooiers de machtspositie om een "te nemen of te laten"-beleid te voeren. Hetzelfde geldt voor gewelddadige klanten en corrupte politieofficieren. Op politiebescherming hoeven sekswerkers niet te rekenen. Criminalisering leidt tot een formele scheiding tussen het strafrechtelijke systeem, dat sekswerkers straft, en gezondheids- en sociale diensten, die schadebeperking (*harm reduction*) en gepaste zorg nastreven. In zo een klimaat gaan veel sekswerkers ervan uit dat gezondheidsdiensten en hulpverleners en het strafrechtelijke apparaat onder één hoedje spelen. Ze zijn bang dat ze bij het controleapparaat zullen worden aangegeven als zij op de gezondheidsdiensten een beroep doen. De combinatie van criminalisering en persisterende vooroordelen bemoeilijkt preventie en behandeling aangezien veel sekswerkers voor de hulpverleners onzichtbaar en onbereikbaar blijven (Day & Ward, 1997).

Waar prostitutie via een systeem van licenties is gereguleerd, vallen een aantal sekswerkers buiten het legale circuit. Zij blijven extra kwetsbaar wat hun gezondheid en veiligheid betreft (Harcourt & Donovan, 2005). Toch wordt door verschillende auteurs gepleit voor een wettelijke omkadering van het prostitutiewerk. Zo een kader beschermt de gezondheid, de veiligheid en de arbeidsrechten van sekswerkers (Rhodes *et al.*, 2008). Overheden negeren over het algemeen de voordelen die uit het reguleren van binnenhuisgelegenheden zouden resulteren. Regulering zou volgens een aantal auteurs leiden tot betere werkomstandigheden voor de sekswerkers die vrijwillig in de branche zijn gestapt. Gecontroleerde zones voor straatsekswerk in niet-residentiële buurten zouden de veiligheid van de werkers verhogen, de relatie met de politie verbeteren, regelmatige toegang tot diensten verzekeren én de interdependentie tussen straatwerkers en roesmiddelen reduceren (Spice, 2007). Ook straatsekswerkers zouden achter een reguleringsidee staan (*United Kingdom Network of Sex Work Projects. Response to "Paying the price"*, 2004).

Vormen van (beperkte) regulering of legalisering vertonen echter ook nadelen, omdat zij steeds meer gericht zijn op het controleren dan op het emanciperen van de sekswerker. Een legale status van sekswerk is een voorwaarde voor een betere sociale positie en verbeterde werkomstandigheden, maar géén garantie. Een industrie die eeuwen illegaal was, wordt niet van de ene op de andere dag genormaliseerd (Goodyear & Cusick, 2007).

Ter illustratie van de verschillende wetgevende mogelijkheden wordt in de literatuur vaak verwezen naar Nederland, Duitsland, Zweden en Nieuw-Zeeland.

In *Nederland* bijvoorbeeld werd prostitutie in oktober 2000 formeel *gelegaliseerd*. Er werd een vergunningsstelsel op gemeentelijk niveau ingevoerd. De tolerantie in de praktijk werd op papier geformaliseerd. Prostitutie is toegelaten in bordelen met een licentie, in georganiseerde tippelzones en op andere plaatsen die geen verstoring van de rust en orde met zich meebrengen (Munro & Della Giusta, 2008).

Duitsland voert een gelijkaardig beleid. In 2002 werd de nationale wet er aangepast, waardoor prostitutie niet langer als een inbreuk op de goede zeden wordt gezien en seks verkopen legaal is. De keuze gaat samen met regulering op lokaal niveau, die de plekken waar en de voorwaarden waaronder prostitutie toegestaan is, beperkt. Sekswork is er dus officieel erkend als een legitiem beroep; sekswerkers genieten bescherming, een bordeel openhouden vereist een licentie en huisregels in overeenstemming met gezondheids- en veiligheidsvereisten (Munro & Della Giusta, 2008).

Het *Zweedse* model is ingegeven door een radicaal feministisch perspectief: men verbiedt er weliswaar prostitutie, maar men *criminaliseert* er enkel klanten die seks kopen. Straffen voor klanten gaan gepaard met inspanningen om vrouwen uit de prostitutie te halen (Scoular *et al.*, 2008). Dit model is volgens sommigen evenwel niet ingebed in een *harm reduction* filosofie. Het negeert het welzijn van sekswerkers en drijft de markt ondergronds, naar minder zichtbare regionen wat het gevaar op geweld en uitbuiting vergroot (Goodyear & Cusick, 2007).

In *Nieuw-Zeeland* werden de activiteiten rond prostitutie in 2003 gedecriminaliseerd. Prostitutie zelf was er voorheen niet verboden en werd met de invoering van de nieuwe wet een legitiem beroep, onderhevig aan de arbeids- en gezondheidswetgeving van toepassing in andere beroepssectoren. Hierdoor worden vrouwen andere keuzemogelijkheden geboden, worden de straten veiliger door een verhoogde bescherming, worden programma's uitgebouwd, voornamelijk om vrouwen uit de prostitutie te halen, en zijn de relaties tussen sekswerkers en buurtbewoners verbeterd (Goodyear & Cusick, 2007).

Sekswerk is echter niet enkel een juridisch probleem. Het is ook een belangrijk maatschappelijk taboe. De publieke opinie ten opzichte van sekswerkers en prostitutie is overwegend negatief. De negatieve reacties en het stigma waarmee sekswerkers geconfronteerd worden, behoren volgens Vanwesenbeeck (2001) tot de grootste ellende van het vak. Het ethische discours rond prostitutie is vertroebeld door fenomenen als mensenhandel, minderjarige sekswerkers, roesmiddelenmisbruik, SOI's en georganiseerde misdaad. Ook al bestaan er verbanden tussen deze fenomenen en sekswerk, toch is sekswerk er de oorzaak niet van. Het maatschappelijke debat rond sekswerk moet er bijgevolg van losgekoppeld worden (Goodyear & Cusick, 2007).

Organisaties en activisten die voor de sekswerkindustrie opkomen, spelen een belangrijke rol in het maatschappelijke debat over de toekomst van de seksindustrie. Ze hebben echter weinig sociale of politieke macht om een effectieve verandering te bewerkstelligen (Davidson, 1999; Weitzer, 1991). De overheid moet immers interesse tonen voor de omstandigheden van het werk en het lot van de sekswerkers. Bovendien is sekswerk fundamenteel gebaseerd op structurele economische ongelijkheden en machtsverschillen naar gender en ras waardoor effectieve verandering altijd beperkt zal zijn. Zelforganisatie van sekswerkers wordt bemoeilijkt door het sociale stigma waarmee het werk samenhangt. Sekswerkers denken hierdoor minder na over hun positie in termen van arbeidsrechten en goede werk-omstandigheden. Door de illegaliteit van de sector en het sociale stigma aanvaardden vele sekswerkers hun lot met lede ogen. Emancipatie en zelforganisatie zijn moeilijke processen van lange adem (Vanwesenbeeck, 2001).

6.1. De Belgische wetgeving

We beschrijven hieronder bondig het Belgische beleid inzake prostitutie, op basis van enkele bronnen (Vande Velde, De Vrieze, & De Proost, 2007)Praats, 1996).

6.1.1. De nationale wetgeving

De wettelijke bepalingen zijn in overeenstemming met de *Overeenkomst ter bestrijding van de handel in mensen en van de exploitatie van een anders prostitutie*, ondertekend te New York op 21 maart 1950, en goedgekeurd door België in 1965. Hierdoor werden alle regels en wetgevingen die bestonden

rond prostitutie afgeschaft. In 1995 werd deze strekking bevestigd door de wetten rond mensenhandel (Sroka, 2003). Wat prostitutie voor de federale wetgever juist inhoudt, is niet bij wet bepaald. Prostitutie wordt niet officieel erkend en is op zich geen misdrijf; toch werd in het Belgische Strafwetboek een hoofdstuk VI opgenomen, getiteld “Bederf van de jeugd en prostitutie”. Deze artikelen (art. 379-382 Sw.) regelen de relevante misdrijven. Voornamelijk artikel 380 Sw. is binnen dit kader van belang. Hierin wordt iedereen strafbaar gesteld:

1. die, om aan iemand anders zijn driften te voldoen, *een meerderjarige, zelfs met zijn toestemming, aanwerft, meeneemt, wegbrengt of bij zich houdt met het oog op het plegen van ontucht of prostitutie*. We wijzen de lezer op twee opmerkelijke vaststellingen. Ten eerste gaat het om iemand anders zijn driften; de klant zelf is dus niet strafbaar. Ten tweede blijkt uit deze bepaling de visie dat sekswerkers niet kunnen instemmen met prostitutiewerk; ze worden, overeenkomstig de Conventie van New York van 21 maart 1950, altijd als slachtoffers beschouwd.
2. *die een huis van ontucht of prostitutie houdt*. Hiermee wordt het toepassingsgebied verruimd van inrichtingen waar personen tegen betaling geslachtsgemeenschap hebben naar inrichtingen waar personen, ook zonder dat geslachtsbetrekkingen plaatsvinden, in aanwezigheid van toeschouwers, handelingen stellen die de zedelijke losbandigheid van andere personen uitlokken. De persoon die zijn eigen prostitutie uitbaat, valt niet onder de toepassing van art. 380, §1, 2°.
3. *die kamers of enige andere ruimte verkoopt, verhuurt of ter beschikking stelt met het oog op prostitutie met de bedoeling een abnormaal profijt te realiseren*.
4. *die, op welke manier ook, een anders ontucht of prostitutie exploiteert*. Hieronder vallen de pooiers die leven van de inkomsten van een sekswerker.

Ook poging tot deze vier gevallen is strafbaar. De dader wordt in deze vier gevallen zwaarder bestraft wanneer hij (1) *direct of indirect gebruik maakt van listige kunstgrepen, geweld, bedreigingen of enige andere vorm van dwang* (2) *of misbruik maakt van de bijzonder kwetsbare positie waarin een persoon verkeert ten gevolge van een onwettige of preciaire administratieve toestand of ten gevolge van zwangerschap, ziekte dan wel een lichamelijk of een geestelijk gebrek of onvolwaardigheid*. Met direct gebruik bedoelt men chantage, met indirect gebruik wordt het misbruik, niet rechtstreeks tegenover het slachtoffer, maar tegenover zijn omgeving bedoeld.

Uit andere strafbepalingen halen we ook dat het aanzetten tot ontucht op openbare plaatsen verboden is (art. 380bis Strafwetboek); ook reclame als zij gericht is op minderjarigen, gewag maakt van diensten door minderjarigen of door personen van wie wordt beweerd dat zij minderjarig zijn (art. 380ter Strafwetboek). Wanneer feiten gepleegd worden in het kader van een vereniging van misdadigers, worden de straffen verzwaard (art. 381 Strafwetboek).

Uit deze strafbepalingen blijkt dat de “*prostituée*” geen misdrijf begaat; noch de klant van een meerderjarige sekswerker, tenzij deze op een openbare plaats met een sekswerker in contact tracht te komen. Exploitatie van prostitutie is dan wel strafbaar. De bepalingen van de strafwet stroken evenwel niet met de realiteit. Er wordt slechts opgetreden als andere criminele activiteiten worden vastgesteld

of indien overlast veroorzaakt wordt. In feite wordt er in het algemeen een gedoogbeleid gevolgd (Sroka, 2003). Er zijn geen duidelijke definities waardoor de wet op verschillende manieren kan worden geïnterpreteerd.

6.1.2. *Het maatschappelijke debat*

Er is op het maatschappelijke forum (in de media bijv.) geen sprake van een fundamentele discussie over de positie en het welzijn van sekswerkers. Vrijwillige sekswerkers zijn sinds een aantal jaar vragende partij voor een sociale bescherming, of nog eerder voor een betere bescherming tegen een risicovolle leefsituatie. Ze vragen een erkenning van het beroep en daarbij aansluitend een sociaal statuut met aangepaste arbeidsvoorwaarden en voldoende sociale bescherming (Sroka, 2003)

Prostitutie was op overheidsniveau, in de schaduw van de aandacht voor mensenhandel, een thema van verschillende commissies. Op 12 juli 2000 heeft de commissie voor Binnenlandse Zaken en Administratieve Aangelegenheden het verslag en de aanbevelingen van de subcommissie “Mensenhandel en prostitutie” onderzocht. Deze subcommissie organiseerde hoorzittingen met alle actoren van de sector (politie, gerecht, administratieve overheden, dienstverleners, slachtoffers). Tal van sprekers drukten er de wens uit om prostitutie een wettelijk kader te geven. In het eindverslag werd gesteld “*Daarom is het noodzakelijk na te gaan of een wettelijke regeling van de prostitutie wenselijk is*” (stuk Senaat, nr. [2-152/4](#))⁷. De subcommissie “Mensenhandel en prostitutie” heeft in haar verdere werkzaamheden vooral op mensenhandel gefocust. In dit kader wordt in het verslag van 28 juni 2001 in één enkele zin melding gemaakt van enige aandacht voor prostitutie: “*De subcommissie zal nagaan in hoeverre een eventuele verduidelijking van het statuut van personen die zich ongedwongen prostitueren, al dan niet kan bijdragen tot de bestrijding van de mensenhandel*” (stuk Senaat, nr. 2-365/1).⁸

Door de jaren heen werd nochtans in Kamer en Senaat over prostitutie gedebatteerd. De werkzaamheden leidden ook tot verschillende wetgevende initiatieven die nooit verder kwamen dan het invoeren van een voorstel zonder een afhandeling en een stemming.

Voorstanders van een legalisering van prostitutie wijzen op enkele voordelen. Op die manier kan volgens hen de sociale wetgeving van toepassing worden gesteld, het zwartwerk aangepakt worden en kan de sekswerker zich met de sociale zekerheid en de fiscaliteit in regel stellen. Werken als zelfstandige zou de beste keuze zijn om zich onafhankelijk te kunnen opstellen, en dus niet af te hangen van een 'werkgever', die eisen kan stellen in verband met uren, verdienste, klantenwerving enz. Nadelen zijn vooral de administratieve rompslomp en de noodzaak zélf voorzieningen te treffen voor arbeidsongeschiktheid en pensioenen. Een arbeidsovereenkomst anderzijds zou meer bescherming bieden als zij gekoppeld wordt aan een efficiënte controle om misbruik tegen te gaan. Een arbeidsovereenkomst

⁷ Verslag van de senaat, stuk [2-152/4](#); http://www.senate.be/www/?Mlval=/index_senate&MENUID=12420&LANG=nl.

⁸ *De regeringsmaatregelen ter uitvoering van de aanbevelingen van de subcommissie « Mensenhandel en prostitutie »*, verslag uitgebracht door de heer Hordies, de dames Lizin en Thijs (stuk Senaat, nr. 2-365/1); <http://www.senaat.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=2&NR=365&VOLGNR=1&LANG=nl> [20/03/2009].

is in het huidige strafrechtelijke systeem echter illegaal. De werkgever kan beschuldigd worden van souteneurschap, want het aanwerven van een persoon met het oog op prostitutie is strafrechtelijk vervolgbaar. Een erkenning van een specifieke arbeidsovereenkomst zou meer controle kunnen toelaten en een duidelijk onderscheid maken tussen slachtoffers van misbruik en de "vrijwillige" sekswerkers. Bij legalisering dienen in ieder geval de artikels van het Strafwetboek aangepast te worden. Als er al een regeling wordt uitgewerkt, moet die in ieder geval rekening houden met de verschillende vormen van prostitutie, die alle een andere aanpak vereisen. Wetgevende voorstellen mogen ook niet over de hoofden van de betrokkenen heen worden uitgewerkt. Niet alle sekswerkers willen immers een erkenning of een expliciet statuut als sekswerker (Sroka, 2003).

6.2. Gemeentelijke reglementering

Aangezien prostitutie in elke grote en middelgrote stad voorkomt, hebben alle steden er belang bij om de overlast die eruit voortvloeit, te beheersen en de criminaliteit die ermee gepaard gaat, te beteugelen. Dit is echter geen gemakkelijke opdracht voor de lokale overheden, aangezien het prostitutiegebeuren zich wettelijk gezien in een grijze zone situeert. Vóór 1948 werd de prostitutie in België geregeld door de gemeenten. Het college van Burgemeester en Schepenen had de taak toezicht te houden op de personen die zich aan ontucht overleverden en op de plaatsen die tot het plegen van ontucht dienden (art. 96 van de Gemeentewet). Hiervoor konden gemeenten maatregelen treffen om de openbare gezondheid, zedelijkheid en orde te handhaven. De prostitutie was lokaal gereguleerd. Op 21 augustus 1948 werd dit artikel uit de Gemeentewet geschrapt en werden enkele relevante artikelen in het strafwetboek ingevoerd (artikelen 379 tot en met 382 Strafwetboek; zie *supra*). Sindsdien kunnen gemeenteraden enkel verordeningen opstellen (1) ter aanvulling van de wet en (2) die tot doel hebben de openbare zedelijkheid en de openbare orde te handhaven. Deze verordeningen mogen niet het karakter hebben van regeling van de prostitutie. De Nieuwe Gemeentewet (ingevoerd bij K.B. 24 juni 1988, B.S. 3 september 1988) vult deze verordenende bevoegdheid aan. Het artikel 121 N.Gem.W. geeft de gemeenteraden de mogelijkheid politieverordeningen uit te vaardigen om de openbare zedelijkheid en de openbare rust te verzekeren. De gemeenten mogen dus verordeningen opstellen om de overlast van de prostitutie actief aan te pakken. Bij de wet van 13 mei 1999 werd art. 119bis ingevoerd in de Nieuwe Gemeentewet dat aan de gemeenteraad de bijkomende bevoegdheid verleent om administratieve sancties op te stellen op het overtreden van haar reglementen en verordeningen. De politie kan dus zelf administratieve sancties opleggen, zonder de overtredingen op het niveau van de rechtbank te moeten brengen. Deze sancties kunnen zijn: geldboete, schorsing of intrekking van een toelating of een vergunning en tijdelijke of definitieve sluiting van een instelling.

Gemeentelijke overheden maken gebruik van de mogelijkheid om verordeningen en administratieve sancties door te voeren. Vaak hebben deze betrekking op het ronselen, de zichtbaarheid van prostitutie, de verschillende types prostitutie die men op het grondgebied duldt en de specifieke gebieden van

toelating of verbod. Organisaties die de belangen van sekswerkers behartigen en sekswerkers zélf ondernamen her en der actie om de lokale overheden op de gevolgen van een repressief beleid te wijzen. Volgens hen zal een repressief gemeentelijk beleid het prostitutiefenomeen niet uit de wereld helpen, maar wel de sociale stigmatisering van de sekswerkers versterken. Bovendien zal een repressief beleid financiële consequenties met zich brengen, alsook het risico verhogen dat sekswerkers in nog moeilijkere omstandigheden moeten werken. Het dwingt sekswerkers naar de clandestiniteit of naar geïsoleerde plekken waar zij slachtoffer worden van uitbuiting en geweld en hen de toegang tot dienstverlening en bescherming verhindert wordt (Praats, 1996).

Anderzijds stellen we vast dat in de meeste gemeenten een gedoogbeleid wordt gevoerd ten aanzien van de (zichtbare) prostitutie. Er is alweer een grijze zone ontstaan: er is zelfs sprake van een reguleringsysteem, waarbij sekswerkers worden ingeschreven als dienststers en zo gekoppeld worden aan de horecawetgeving. De reglementeringen zijn vaak echter enkel gericht op de zichtbare vorm van prostitutie. Zoals we hierboven besproken hebben, bestaat het gevaar dat sekswerk verder ondergronds gaat (minder zichtbaar en vaak gewelddadiger).

7. Conclusie

Sekswerkers vormen – dat blijkt uit de analyse van de internationale literatuur – doorgaans een *bijzonder kwetsbare groep*. Vanuit een medisch gezondheidsperspectief wijzen onderzoekers vooral op de toegenomen kwetsbaarheid op seksueel overdraagbare infecties (SOI's) en besmetting met HIV, vanwege het hoge aantal seksuele partners. Door anderen wordt sekswerk in verband gebracht met mentale gezondheidsproblemen: sekswerkers hebben vaker te kampen met psychologische of psychiatrische problemen (depressies, eetstoornissen, etc.). Sekswerk of bepaalde aspecten ervan maken daarenboven in de meeste landen het voorwerp uit van criminalisering en overheidscontrole. Dat heeft onmiskenbaar een effect op de *sociale en beroepsmatige status van de sekswerker*. Negatieve sociale reacties dwingen de sekswerker vaak tot een dubbelleven. Met het oog op het behoud van hun sociale contacten en het vrijwaren van de voogdij met kinderen verbergen veel sekswerkers hun activiteiten. De effecten van deze maatschappelijke stigmatisering zijn stresserend, en kunnen leiden tot allerlei lichamelijke, psychische en sociale problemen. Ten slotte maakt angst voor geweld, zowel bij de professionele activiteiten (door pooiers, klanten, voorbijgangers en politiemensen) als in het privéleven (partnergeweld), een permanent deel uit van het sekswerk. De maatschappelijke en wettelijke status van prostitutie leidt immers tot minder veilige werkomstandigheden en minder mogelijkheden om zich te beschermen. Sekswerkers van allochtone afkomst, verhandelde vrouwen en transgenders zijn door de band nog kwetsbaarder.

Verschillende studies werden aan het *roesmiddelengebruik onder sekswerkers* gewijd. De bevindingen (m.n. de exacte prevalentiecijfers inzake druggebruik) in de internationale literatuur zijn moeilijk te

vergelijken, vanwege de talrijke verschillen inzake de onderzochte populaties (sectoren in de seksindustrie), de uiteenlopende definities en inclusiecriteria van de onderzoekers, de verschillende rekruterings- en dataverzamelingstechnieken in deze studies, en de complexe impact van de economische, culturele en politieke context waarin het sekswerk plaatsvindt. Desalniettemin wijzen de meeste studies op *hogere prevalenties van middelengebruik* onder sekswerkers vergeleken bij de algemene bevolking. Tevens blijkt uit de geraadpleegde literatuur dat het roesmiddelengebruik onder sekswerkers sterk beïnvloed wordt door het type sekswerk, de werkplek en de kenmerken van de lokale seksindustrie en de drugsmarkt.

Zowel wat de algemene nood en kwetsbaarheid als het roesmiddelengebruik van sekswerkers betreft, is in de internationale literatuur veel aandacht besteed aan *de straatprostitutie*: straatprostituees hebben volgens de commentatoren de meeste problemen op het vlak van fysieke en mentale gezondheid. Ze leiden een chaotisch leven, zijn vaker het slachtoffer van geweld en staan het meest blootgesteld aan de beroepsrisico's. Straatsekswerkers zouden meer roesmiddelen gebruiken, vaker injecteren en frequenter met afhankelijkheidsproblemen kampen. Ze lopen bijgevolg meer kans om seksueel risicogedrag te stellen, om bij criminele activiteiten betrokken te raken en druggerelateerde problemen te ontwikkelen.

De *samenhang tussen sekswerk en roesmiddelengebruik* wordt in de literatuur op heel uiteenlopende wijze beschreven. Roesmiddelengebruik is voor sommigen een aanleiding om zich te prostitueren, anderen beginnen pas met middelengebruik in de loop van hun sekswerkcarrière. Roesmiddelengebruik kan een gedragsmatige copingstrategie zijn om met de maatschappelijke stigmatisering, de uitbuiting en de stress die met het beroep samenhangen, om te gaan. Voor de sekswerker zelf kan het roesmiddelengebruik *functioneel* zijn, omdat het hem/haar in staat stelt om met stress om te gaan, om met klanten om te gaan, om seksuele diensten te verlenen, enz. Tegelijkertijd gaat overmatig roesmiddelengebruik gepaard met allerlei *risico's* voor de sekswerker: hij/zij kan naar klanten toe minder selectief zijn, omdat men minder stevig kan onderhandelen of persoonlijke grenzen minder adequaat kan bewaken. Roesmiddelengebruik kan bijdragen tot minder consistent en efficiënt condoomgebruik en tot groter seksueel risicogedrag. Het kan de sekswerker tevens kwetsbaarder maken voor geweld en misbruik allerhande. Overigens kan de gebruikende sekswerker het slachtoffer worden van dubbele negatieve reacties en sociale uitsluiting, vanwege familie en vrienden, als vanwege officiële instanties en andere sekswerkers. Ze worden als sekswerker én als druggebruiker gestigmatiseerd.

Sekswerkers hebben daarenboven in mindere mate *toegang tot de gezondheidszorg*. Verhandelde vrouwen weten vaak niet eens toegang tot de basisgezondheidszorg te vinden. Ook andere sekswerkers maken zelden gebruik van het hulpverleningsaanbod: ze spreken de taal niet, ze kennen het aanbod niet, ze zijn onvoldoende gemotiveerd en/of administratief niet in orde, ze worden door een pooier of partner onder de knoet gehouden, en bovenal: ze zijn bang voor de afkeuring en het onbegrip van de professionele hulpverleners. Anderzijds vormen ook een aantal eigenschappen van de bestaande hulpverlening barrières: programma's zijn onvoldoende gender-sensitief, sommige hulpverleners kennen

de problemen en noden van sekswerkers niet of ternauwernood, en er zijn vaak onvoldoende plaatsen (wachlijsten). Overigens, niet alleen het zoeken van hulp is voor sekswerkers niet evident, ook op de behandelingstrouw oefenen deze en andere factoren een negatief effect uit.

Hoofdstuk III

De steekproef

In de hoofdstukken 3 tot 7 presenteren wij de resultaten van onze studie, gebaseerd op semigestructureerde interviews met 528 vrouwelijke sekswerkers (het kwantitatieve luik) en diepte-interviews met 25 vrouwelijke sekswerkers (het kwalitatieve luik). In dit hoofdstuk beschrijven we de algemene kenmerken van de steekproef.

1. Spreiding van de steekproef over het grondgebied België

Hieronder tonen we de geografische spreiding van de steekproef en de spreiding van de respondenten over de verschillende prostitutiesectoren (zie **Tabel 1**).

Tabel 1: Geografische spreiding van de steekproef, per sector (N=523)*

	Antwerpen en omgeving	Brussel en omgeving	Charleroi en omgeving	Gent en omgeving	Luik en omgeving	Totaal
Straat	14,8% N=18	23,3% N=27	38,2% N= 34	-	28,4% N=27	20,3% N=106
Raam	20,5% N=25	30,2% N=35	-	33,7% N=34	29,5% N=28	23,3% N=122
Bar/raam	13,9% N=17	15,5 % N=18	20,2% N=18	3,0% N=3	13,7% N=13	13,2% N=69
Bar/club	11,5% N=14	7,8% N=9	-	23,8% N=24	2,1% N=2	9,4% N=49
Privé	24,6% N=30	19,0% N=22	40,4% N=36	25,7% N=26	24,2% N=23	26,2% N=137
Escort	14,8% N=18	4,3% N=5	1,1% N=1	13,9% N=14	2,1% N=2	7,6% N=40
Totaal	N=122 (22,3%)	N=116 (22,2%)	N=89 (17,0%)	N=101 (19,3%)	N=95 (18,2%)	N=523 (100,0%)

* Van 5 respondenten ontbreekt deze informatie.

Hoewel we altijd naar een evenredige vertegenwoordiging van alle prostitutiebranches in elke regio gestreefd hebben, blijkt uit bovenstaande tabel dat wij meer sekswerkers uit de privésector hebben bereikt, en minder straatprostituees. Het aandeel escortdames is om twee redenen kleiner: het was van bij aanvang slechts de bedoeling om deze sector op exploratieve wijze in deze studie te betrekken. Bovendien heeft deze sector een meer verborgen karakter, wat haar voor onderzoekers moeilijker toegankelijk maakt.

In Charleroi en omgeving werden geen sekswerkers uit de raamprostitutie gerekruteerd: deze vorm van prostitutie komt er immers amper voor. In Gent en omgeving komt straatprostitutie weinig voor. Deelnemers aan het focusgroeps gesprek in Gent stellen dat straatsekswerk in deze regio door de politie niet wordt getolereerd. Straatprostituees duiken er sporadisch op, maar worden vaak door sekswerkers uit andere sectoren aan de politie gemeld. Zij beschouwen deze enkelingen als ongewenste concurrentie. Deelnemers aan de focusgroep in Gent vermoeden dat vanuit cafés aan sekswerk wordt gedaan, meer specifiek binnen de Turkse gemeenschap.

2. Sociodemografische kenmerken van de steekproef

2.1. Geslacht

Hoewel we ons in deze studie op *vrouwelijke* sekswerkers richten, werden – zoals toegelicht in de methodologische nota - in de steekproef ook transgenders⁹ opgenomen: 508 respondenten (96,2%) zijn vrouwen, 20 respondenten (3,7%) zijn transgender, waarvan 5 transvestiet (0,9% van de totale steekproef). Deze transvestieten¹⁰ werken in de privésector (2), op straat (1), in de raamprostitutie (1) of in de escortbranche (1). De overige transgenders werken vooral op straat of in de raamprostitutie (telkens 5), in de privésector (3), in een bar of in de escortsector (telkens 1).

2.2. Leeftijd

In **Tabel 2** presenteren we de gegevens inzake leeftijd, per hoofdsector. De rechtse kolom betreft de gegevens voor de hele steekproef. De gemiddelde leeftijd van de sekswerkers in onze steekproef bedraagt 35,7 jaar. De gemiddelde leeftijd van de sekswerkers in de raamprostitutie en de straatprostitutie is wat hoger (respectievelijk 38,7 jaar en 37,5 jaar), terwijl de gemiddelde leeftijd van de respondenten in de bar/raam- en bar/club-sectoren wat lager ligt (32,3 jaar en 32,1 jaar). Dat verschil is statistisch significant ($F(5,516)=6,399$; $p<0,001$).

Respondenten die actief zijn in *Gent en omgeving* zijn significant jonger (de gemiddelde leeftijd bedraagt 31,9 jaar oud) dan de respondenten uit de andere regio's (zij zijn gemiddeld 35,4 tot 38,4 jaar oud) ($F(4,512)=6,047$; $p<0,001$). Ook valt op dat de respondenten die in de *Aarschotstraat* (Brussel) werken, jonger zijn (gemiddeld 26,9 jaar) en de respondenten die in de *carrés rond het Brusselse*

⁹ Een transgender is een persoon die door het leven gaat als iemand van het andere dan het biologische geslacht (in deze steekproef allemaal mannen die als vrouw door het leven gaan).

¹⁰ Een transvestiet is een persoon die kleding van het andere biologische geslacht draagt.

Noordstation en in de Luikse *Rue de Marnix* werken, ouder zijn (de respondenten daar zijn respectievelijk gemiddeld 42,6 en 45,1 jaar oud). ($F(9,228)=7,072$; $p<0,001$).

Tabel 2: Leeftijd van de respondenten, per sector (N=522)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Gemiddeld	37,5	38,7	32,3	32,1	34,8	34,9	35,7
Mediaan	38	36,5	31	31,5	34	33	34
Std. Deviatie	9,7	11,9	8,5	7,6	8,9	8,9	9,9
Minimum	20	18	19	21	20	24	18
Maximum	67	73	55	55	58	56	73
Totaal	N=104	N=120	N=69	N=50	N=139	N=40	N=522

* Van 6 respondenten kennen we de leeftijd niet.

2.3. Nationaliteit, geboorteland en verblijfsstatus

2.3.1. Nationaliteit en geboorteland

We vroegen de respondenten naar hun nationaliteit. Ook peilden we naar hun geboorteland (immers: niet alle mensen met de Belgische nationaliteit, zijn in België geboren). In **Tabel 3** presenteren we de meest voorkomende nationaliteiten en geboortelands in de totale steekproef.

Tabel 3: Nationaliteit (N=526)* en geboorteland van de respondenten (N=524)**

Nationaliteit		Geboorteland	
Belgisch	70,6% N=372	België	64,3% N=339
Frans	7,0% N=37	Frankrijk	6,6% N=35
Nederlands	2,7% N=14	Nigeria	3,0% N=16
Bulgaars	2,1% N=11	Bulgarije	2,3% N=12
Nigeriaans	1,9% N=10	Nederland	2,1% N=11
Italiaans	1,7% N=9	Albanië	1,5% N=8
Spaans	1,3% N=7	Ecuador	1,5% N=8
Albanees	1,3% N=7	Marokko	1,5% N=8
Rest	11,2% N=59	Rest	17,2% N=90
Totaal	N=526	Totaal	N=524

* Van 2 respondenten kennen we de nationaliteit niet.

** Van 4 respondenten kennen we het geboorteland niet.

Naast de (meest genoemde) nationaliteiten die we in **Tabel 3** opsommen, worden nog 26 andere nationaliteiten en 37 andere geboortelanden vernoemd, verspreid over 8 geografische regio's¹¹: de steekproef omvat respondenten (afkomstig) uit Oost-Europa, Zuid-Amerika, West-Europa, Centraal-Amerika, West-Afrika, Zuid-Afrika, Noord-Afrika en Oost-Azië.

Voor 13,5% (N=71) van de totale steekproef verschilt de nationaliteit van het geboorteland. 63,4% (N=45) van deze groep heeft de Belgische nationaliteit maar is elders geboren (in Nigeria, Frankrijk, Marokko en nog 25 andere landen). De grootste groep heeft de Franse nationaliteit (voornamelijk geboren in België en Algerije). Op de derde plaats vinden we de respondenten met een Spaanse nationaliteit (meer dan de helft daarvan is in België geboren). 29,6% (N=21) van de respondenten van wie de nationaliteit verschilt van het geboorteland, werkt in de privésector, 28,6% (N=20) werkt aan het raam en 18,6% (N=13) werkt op de straat of op andere publieke plaatsen.

De respondenten die niet in België geboren zijn, verblijven hier gemiddeld genomen wel al een hele tijd: 11,54 jaar (de mediaan bedraagt 9 jaar). Toch kan dit van individu tot individu erg verschillen: sommige respondenten verblijven hier op het moment van de bevraging minder dan een jaar; één respondent verblijft al 54 jaar in ons land. Sommige respondenten *wonen* evenwel niet in België: 23 respondenten geven als huidige woonplaats een buitenlandse stad, veelal in één van onze buurlanden (Frankrijk (10), Nederland (7), Duitsland (1)) op. Elf van deze respondenten geven expliciet aan dat ze in België komen werken, en na het werk naar hun verblijfplaats in het buitenland terugkeren. Uit de kwalitatieve interviews leren we overigens dat ook de respondenten die in België wonen, bij voorkeur in een andere buurt of stad gaan werken, uit angst door een familielid, vriend of kennis te worden herkend. Voor straatsekswerkers gaat dit niet of minder op.

Hoewel we wat het geboorteland van respondenten betreft tussen de verschillende regio's, prostitutie-sectoren of -buurten geen statistisch significante verschillen hebben gevonden, vinden we een aantal vaststellingen toch opvallend genoeg om ze hier kort op te sommen. Of deze vaststellingen op basis van onze steekproef naar ruimere populaties veralgemeenbaar zijn, blijft onzeker:

- in elke prostitutiebranche bestond de grootste groep respondenten uit in België geboren mensen. Toch valt op dat in de raamprostitutie verhoudingsgewijs minder mensen met de Belgische nationaliteit zaten;
- zowat alle respondenten met West-Afrikaanse *roots* werken in de raamprostitutie;
- één derde van alle respondenten met Oost-Europese roots werkt in de bar/raamsector;
- in Brussel en omgeving werken minder Belgen, terwijl zowat alle Bulgaarse, Nigeriaanse en Ghanese respondenten in Brussel en omgeving actief zijn; de West-Afrikaanse vrouwen werken vooral in de carrés in de Noordbuurt (raamprostitutie), terwijl de meeste respondenten uit Oost-Europa (vooral Bulgarije en Hongarije) de Brusselse Aarschotstraat (bar/raamprostitutie) frequenteren.
- in Antwerpen zijn opvallend meer respondenten met de Nederlandse nationaliteit actief; alle respondenten die in de Atheneumbuurt (straatprostitutie) werken, werden in België geboren.

¹¹ Volgens de GEOBEL Landennomenclatuur van 2009, van FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie.

- o in Gent en omgeving zijn opvallend meer respondenten met de Franse nationaliteit aan het werk; in het Zuidkwartier (raamprostitutie) rekruteerden wij vooral Belgen, Oost-Europeanen en West-Afrikanen.
- o in de rue de Marnix (raamprostitutie Luik) zijn de respondenten voornamelijk in België of Frankrijk geboren; op de Chaussée d'Amour (bar/raamsekswerk Luik) werden alleen Belgische en Franse sekswerkers gerekruteerd. In het stadscentrum van Luik (straatprostitutie) - vooral in de buurt Cathédrale Nord – hebben we voornamelijk vrouwen geïnterviewd die in België geboren zijn.
- o twee op drie geïnterviewde transgenders zijn in Zuid-Amerika geboren (Ecuador en Brazilië). De Ecuadorianen werken in het Antwerpse Schipperskwartier (raamprostitutie) of in het centrum van Brussel (straatprostitutie). De Brazilianen werken in Aarlen in de privésector.

2.3.2. *Verblijfsstatus*

Van alle bevraagde sekswerkers zegt 95,8% (N=505) legaal in België te verblijven of te werken; 3,6% (N=19) is naar eigen zeggen illegaal in het land en drie respondenten antwoorden dat zij hier enkel werken en na de werkdag(en) naar hun thuisland (een buurland) terugkeren. Van de illegale respondenten werkt de helft (52,6%; N=10) op straat of op andere publieke plaatsen. Ze zijn afkomstig uit diverse streken (West-Europa, Oost-Europa, West-Afrika en Zuid-Amerika) en werken verspreid over de onderzochte regio's en prostitutiebuurten. Een kwart van hen werkt in de bar/raamprostitutie in Brussel: zij zijn geboren in Albanië, Bulgarije en Hongarije (vijf respondenten).

2.4. **Gezins - en woonsituatie**

2.4.1. *Burgerlijke staat*

In **Tabel 4** presenteren we de gegevens betreffende de burgerlijke staat van alle respondenten: 41,9% noemt zich alleenstaand, en 23,6% van alle bevraagde sekswerkers is gescheiden.

Tabel 4: Burgerlijke staat van de respondenten, per sector (N=525)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Alleenstaand	34,6% N=37	38,8% N=47	60,9% N=42	48,0% N=24	38,8% N=54	41,0% N=16	41,9% N=220
Gescheiden	31,8% N=34	26,4% N=32	13,0% N=9	12,0% N=6	26,6% N=37	15,4% N=6	23,6% N=124
Getrouwd	15,0% N=16	23,1% N=28	14,5% N=10	10,0% N=5	16,5% n=23	23,1% N=9	17,3% N=91
Feitelijk samenwonend	9,3% N=10	8,3% N=10	10,1% N=7	22,0% N=11	10,1% N=14	17,9% N=7	11,2% N=59
Wettelijk samenwonend	2,8% N=3	2,5% N=3	1,4% N=1	6,0% N=3	5,0% N=7	2,6% N=1	3,4% N=18
Weduwe(naar)	5,6% N=6	0,8% N=1	-	2,0% N=1	2,9% N=4	-	2,3% N=12
Totaal	N=107	N=121	N=69	N=50	N=139	N=39	N=525

* Van 3 respondenten ontbreekt deze informatie.

De verschillen tussen de verschillende prostitutiesectoren zijn statistisch niet significant. Ook tussen de respondenten uit verschillende steden troffen we geen significante verschillen aan.

2.4.2. Kinderen

58,3% van de bevroegde sekswerkers heeft kinderen; gemiddeld hebben zij 1,9 kind (maximum 6 kinderen). Ook hier stelden we geen statistisch significante verschillen vast tussen vrouwen in verschillende prostitutiebranches, of tussen respondenten uit verschillende regio's of buurten.

Voor sekswerkers die moeder zijn, vormt het opvoeden van de kinderen een belangrijke prioriteit. Uit de kwalitatieve interviews blijkt echter dat de verantwoordelijkheden als ouder niet gemakkelijk met de lange werkuren te combineren vallen.

“Nee, allez, ik laat hun niet aan hun lot over of zo, maar 's morgens ben ik een zombie hé. Allez ja, ik moet om 7 uur opstaan om voor mijn kinderen ontbijt te maken en naar school te brengen en zo. Maar... dan ben ik natuurlijk soms in zeer belabberde toestand, hé.” (R025, barsector, 51 jaar)

Veel vrouwen, zo blijkt uit verschillende gesprekken, houden hun werk in de prostitutie voor de kinderen (en voor de familie en de vriendenkring) angstvallig verborgen. Er bestaan uitzonderingen, maar de meeste vrouwen schamen zich voor hun activiteiten. Ze zijn bang voor de sociale gevolgen voor zichzelf en vooral voor de kinderen.

“Maar ik weet zeker nu, nu is hij daar welkom en zo, maar ik weet niet zeker, als ze zouden weten: die moeder is een... ze zouden niet zeggen ‘een prostituee’, maar ‘een hoer’ ... dat hij nog zo welkom zou zijn [haar stem verstilt] [...] En ik denk, voor een kind is dat toch wel... Daarom ben ik ook van het raam weggegaan.” (R002, privésector, 47 jaar)

Verschiedende respondenten die in België tijdelijk als sekswerker aan de slag zijn, leven gescheiden van hun kinderen. Die verblijven bij de familie in het thuisland. Van een aantal respondenten werden de kinderen geplaatst. Die scheiding valt hen zwaar.

2.4.3. Woon situatie

We vroegen de respondenten of ze alleen wonen of met iemand een woning delen (zie **Tabel 5**). Bijna de helft van alle bevroegde sekswerkers (42,8%; N=226) woont alleen. Wie samenwonen, zeggen merendeels (50,7% van de totale steekproef; N=266) de woning te delen met een partner, kind(eren) en/of andere familieleden.

De verschillen tussen prostitutiesectoren zijn niet statistisch significant; desalniettemin valt op dat onder straat- en raamprostituees verhoudingsgewijs meer respondenten alleen wonen, en dat er onder

de sekswerkers in de privésector en de escortsector meer mensen met familieleden samenwonen. Er zijn geen significante verschillen vastgesteld tussen regio's of prostitutiebuurten.

Tabel 5: Woonsituatie van de respondenten, per sector (N=525)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Alleenwonend	50,9% N=54	48,4% N=59	42,9% N=30	42,9% N=21	34,1% N=47	37,5% N=15	42,8% N=226
Met familie	37,7% N=40	46,7% N=57	45,7% N=32	55,1% N=27	62,3% N=86	60,0% N=24	50,7% N=266
Met vrienden	7,5% N=8	3,3% N=4	10,0% N=7	-	2,2% N=3	2,5% N=1	4,4% N=23
Andere**	3,8%	0,8%	-	2,0%	1,4%	-	1,5% N=8
Met collega's	-	0,8% N=1	1,4% N=1	-	-	-	0,4% N=2
Totaal	N=106	N=122	N=70	N=49	N=138	N=40	N=525

* Van 3 respondenten ontbreekt de informatie.

** Onder "andere" groepeerden we respondenten die samenwonen met (ex-)klanten, krakers of een mede-huurder.

We hebben de respondenten ook gevraagd naar de plek waar ze gewoonlijk leven en/of slapen (zie **Tabel 6**).

Tabel 6: Verblijfplaats van de respondenten, per sector (N=527) *

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Vast	77,6% N=83	91,8% N=112	89,9% N=62	84,0% N=42	97,1% N=135	95,0% N=38	89,6% N=472
Wisselend	6,5% N=7	4,9% N=6	10,1% N=7	16,0% N=8	2,2% N=3	5,0% N=2	6,3% N=33
Opvangcentrum	2,8% N=3	-	-	-	-	-	0,6% N=3
Geen	12,1% N=13	0,8% N=1	-	-	0,7% N=1	-	2,8% N=15
Andere	0,9% N=1	2,5% N=3	-	-	-	-	0,8% N=4
Totaal	N=107	N=122	N=69	N=5	N=139	N=40	N=527

* Van 1 respondente ontbreekt de informatie.

89,6% (N=472) van alle bevroegde sekswerkers beschikt over een vaste verblijfplaats. Twee van hen wonen naar eigen zeggen permanent op hun werkplek (een club). Drieëndertig respondenten (6,3% van de totale steekproef) hebben wisselende verblijfplaatsen; 17 van hen slapen nu eens op hun werkplek, dan weer in de eigen verblijfplaats. Respondenten zonder verblijfplaats werken de nacht door, slapen op straat, of soms in een kraakpand, ... Onder de categorie "andere" brachten we respondenten onder die in een caravan of op hotel verblijven. Verschillen tussen prostitutiebranches, regio's of prostitutiebuurten zijn niet statistisch significant. Toch valt op dat nagenoeg alle sekswerkers zonder verblijfplaats in de straatprostitutie actief zijn, en dat twee straatprostituties op het moment van het interview in een opvangcentrum verbleven.

2.5. Opleiding en inkomsten

2.5.1. Opleiding

In onderstaande tabel (Tabel 7) presenteren we de gegevens over de hoogste opleiding die de respondenten hebben gevolgd.

Tabel 7: Opleidingsniveau van de respondenten, per sector (N=520)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Geen	3,8% N=4	2,5% N=3	-	-	-	-	1,3% N=7
Lager	18,9% N=20	21,0% N=25	7,4% N=5	12,2% N=6	12,3% N=17	12,5% N=5	15% N=78
Secundair	64,2% N=68	54,6% N=65	67,6% N=46	61,2% N=30	65,2% N=90	62,5% N=25	62,3% N=324
Hoger	11,3% N=12	16,0% N=19	23,5% N=16	22,4% N=11	21,0% N=29	22,5% N=9	18,5% N=96
Andere**	1,9% N=2	5,9% N=7	1,5% N=1	4,1% N=2	1,4% N=2	2,5% N=1	2,9% N=17
Totaal	N=106	N=119	N=68	N=49	N=138	N=40	N=520

* Van 8 respondenten ontbreekt de informatie.

** Onder de categorie 'andere' rekenen we respondenten die in het buitenland een opleiding hebben gevolgd, en respondenten die volwassenenonderwijs hebben gevolgd.

De meeste respondenten (62,3% van de totale steekproef; N=324) genoten secundair onderwijs, al hebben ze die opleiding niet altijd volledig afgewerkt. Verschillen tussen prostitutie sectoren, regio's of prostitutiebuurten zijn niet statistisch significant.

Zesenvijftig respondenten (10,6% van de totale steekproef) volgden op het ogenblik van het interview nog een opleiding (van een VDAB-opleiding tot universitaire studies). Acht respondenten zijn van plan een opleiding aan te vatten. Uit de kwalitatieve gesprekken bleek dat respondenten die een opleiding volgen of dat overwegen, vaak actief naar ander werk op zoek zijn. Veel vrouwen wensen dit werk niet te blijven doen. Ze zien sekswerk als een tijdelijke baan, een manier om snel (maar niet gemakkelijk) geld te verdienen, en wanneer men ze vraagt waar ze over tien jaar zouden willen staan, blijkt hoezeer ze de prostitutie zouden willen verlaten.

"Ja, ik ben bezig met visagie en nagels. Ik zet nu al nagels. Zo kan ik dat misschien compenseren na de geboorte." (R001, clubsector, 30 jaar)

Uit de prostitutiebranche stappen is desondanks niet evident. Verschillende sekswerkers werken in deze industrie omdat ze geen alternatief zien, anderen omdat ze de financiële mogelijkheden zouden missen.

"C'est dur de s'habituer à ne pas avoir beaucoup, mais c'est facile de s'habituer à avoir beaucoup." (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

Vrouwen die kinderen hebben, vinden werk dat hen in het reguliere circuit wordt aangeboden niet gemakkelijk te combineren met kinderopvang.

“Je vindt geen onthaalmoeders die zich aan uw uren schikken.” (R009, thuisontvangst, 37 jaar)

2.5.2. Inkomsten

51,3% (N=227) van alle bevroegde sekswerkers had de laatste drie maanden één bron van inkomsten; de overige respondenten beschikten over twee (37,1%; N=196) tot maximaal vier (0,8%; N=4) verschillende inkomstenbronnen. In **Tabel 8** presenteren we de *belangrijkste bron* van inkomsten, per sector en voor de totale steekproef. Inkomsten zoals pensioen en kindergeld, hebben we eveneens onder sociale uitkeringen gegroepeerd. Onder illegale activiteiten vallen in het zwart bijklussen zoals poetsen, maar ook criminele activiteiten, zoals diefstal en dealen.

Tabel 8: Belangrijkste bron van inkomsten voor de respondenten, per sector (N=515)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Sekswerk	70,2% N=73	97,5% N=119	95,5% N=63	80,9% N=38	77,2% N=105	80,0% N=32	83,5% N=430
Sociale uitkeringen	26,0% N=27	-	3,0% N=2	6,4% N=3	14,7% N=20	7,5% N=3	10,7% N=55
Salaris/loon regulier arbeidscircuit	1,0% N=1	0,8% N=1	-	4,3% N=2	5,1% N=7	12,5% N=5	3,1% N=16
Financiële ondersteuning**	2,9% N=3	1,6% N=2	1,5% N=1	6,4% N=3	2,2% N=3	-	2,3% N=12
Illegale activiteit	-	-	-	-	0,7% N=1	-	0,2% N=1
Zelfstandige	-	-	-	2,1% N=2	-	-	0,2%
Totaal	N=104	N=122	N=66	N=47	N=136	N=40	N=515

* Van 13 respondenten hebben we de informatie niet gekregen.

** Financiële ondersteuning van echtgenoot/partner/familie/vrienden.

Voor 16,5% (N=85) van alle bevroegden is sekswerk niet de belangrijkste bron van inkomsten. Dat kan op twee manieren worden geïnterpreteerd: één op zes respondenten verricht slechts *occasioneel* sekswerk en haalt méér inkomsten uit andere bronnen (vaak allerlei uitkeringen). Of nog: hoewel men er vaak van uitgaat dat sekswerkers snel en veel geld verdienen, blijkt 16,3% van de bevroegde vrouwen behalve van sekswerk vooral van *andere* inkomstenbronnen afhankelijk.

Verschillen tussen prostitutiebuurten, regio's of prostitutiebuurten zijn niet statistisch significant.

We merken desondanks op dat – in vergelijking met de andere sectoren – opvallend veel straatsekswerkers sociale uitkeringen als *voornaamste* bron van inkomsten opgeven (26% van alle respondenten uit deze sector).

Met betrekking tot de inkomsten uit sekswerk, merken we op dat sommige clubs, bars of andere werkplekken ‘succesvoller’ zijn dan andere; en dat de ene sekswerker in staat is om haar klanten hogere tarieven aan te rekenen dan de andere.

“Met een zakenman bijvoorbeeld kan ik al gemakkelijk een keer 1.000 euro verdienen. [...] Er is veel vraag naar, dus ja. Meer dan naar vrouwenescort dan.” (R007, transvestiet, privé/escortsector, 20 jaar)

“Ik en Melissa [schuilnaam] zitten toch aan een gemiddelde van 300-400 euro per dag. En Charlotte [schuilnaam] die heeft soms drie, vier dagen gewoon niets. Dat is natuurlijk een dame van 50 jaar, hé. Die dat ook nog altijd doet. Die heeft haar cliënteel, sowieso. Maar die heeft die niet wekelijks. En dan hebben we ook een meisje dat nogal tamelijk ‘vol’ is. Die heeft ook haar cliënteel, maar ook niet wekelijks.” (R014, privésector, 37 jaar)

Verschillende respondenten vermelden spontaan dat ze de laatste tijd met sekswerk minder verdienen. Ze wijten dat geregeld aan de recente financiële en economische crisis(sen). Klanten blijven weg, of consumeren minder alcohol (in de zgn. champagnebars bijv.). Dat zorgt voor een dalend inkomen.

“Het zijn soms heel saaie dagen dat ik volledig geen werk heb. [...] Zeker, met die crisisperiode [...] Want ik heb een crisisprijs moeten maken. Want anders zou ik helemaal geen werk gehad hebben.” (R011, thuisontvangst, 39 jaar)

“De prijzen zijn altijd nog hetzelfde gebleven, maar het zijn ook gewoon de klanten. Vroeger had je klanten die elke week voor een uur kwamen. Die komen nu elke week voor een half uur. [...] In fooien zijn ze ook wel drastisch geminderd.” (R014, privésector, 37 jaar)

Andere respondenten ervaren naar eigen zeggen géén weerslag van een sputterende economie. Zij wijzen op jaarlijks terugkerende schommelingen (zo is er doorgaans minder vraag naar seksuele diensten rond de start van het schooljaar, na de kerstperiode, ...) of op situationele omstandigheden (een veranderde verkeerssituatie of openbare werken) die op hun inkomsten een impact uitoefenen. Ongetwijfeld ondervinden bepaalde prostitutie sectoren méér nadelen van de economische crisis dan andere branches. Champagnebars, waar klanten belangrijke bedragen uitgeven, trachten bijv. op de crisis in te spelen door een “all in”-formule aan te bieden. Desalniettemin zouden verschillende bars al de deuren hebben moeten sluiten. Naast het algemene economische klimaat, hebben de nieuwe communicatiemogelijkheden via het internet en de mobiele telefoon de concurrentiestrijd harder gemaakt. Sekswerkers moeten niet meer per se in een bar op klanten zitten te wachten. Anderzijds dient opgemerkt dat het internet, ondanks de onderlinge concurrentie, ook een interessant kanaal kan zijn om andere sekswerkers te leren kennen.

“J’avais ouvert un Facebook spécial. [...] et alors les filles se contactent entre elles et c’est comme ça qu’on a fait connaissance.” (R013, thuisontvangst, 31 jaar)

Sommige respondenten combineren sekswerk met werk in het **reguliere arbeidscircuit** (kantoorwerk, verpleging, ...). Anderen willen naar eigen zeggen wel een andere job uitoefenen, maar zijn bang en bezorgd over het feit dat zij op basis van politiecontroles ‘gesignaleerd’ staan als ‘actief in de prostitutie’. Zij vrezen dat zij hierdoor geen bewijs van goed gedrag en zeden kunnen krijgen, wat hun zoektocht naar werk in het reguliere arbeidscircuit in het gedrang brengt.

In het kwantitatieve luik van het onderzoek gaf amper één respondent aan dat zij het merendeel van haar inkomsten uit illegale activiteiten haalt. Op basis van onze kwalitatieve gesprekken met sekswerkers lijkt hier in ieder geval sprake van een onderschatting. Verschillende respondenten vertelden ons dat zij inkomsten purely uit de handel in gestolen goederen, het verkopen van roesmiddelen of medicatie en het oplichten van klanten. Sommige sekswerkers werken ook 'in het zwart', bijvoorbeeld als poetsdame. Veel vrouwen geven aan dat hun reguliere arbeidsinkomsten en hun uitkeringen (een werkloosheidsuitkering, of een uitkering in geval van ziekte bijv.), ontoereikend zijn, zelfs al gebruiken ze geen drugs:

“Maar ja, doe het maar hé. En dan mag je nog niet verslaafd zijn. Wat is 137 euro nu? Niets, dat is rap op. Pas op, ik ben content dat dat bestaat, het OCMW. Ik heb een appartementje. Maar euh ja. Doe het maar met een 100 euro. Dat gaat gewoon niet, dan mag je nog niet verslaafd zijn. En dan met je verslaving erbij, ja dan helemaal niet.” (R022, straatsector, 30 jaar)

Sommige vrouwen moeten noodgedwongen een wachttijd respecteren, vooraleer ze recht hebben op een uitkering, en zoeken deze periode met andere inkomsten te overbruggen.

“J'ai attendu 1,5 an pour commencer à toucher à ça.” (R008, straatsector, 28 jaar)

Sommigen zien zich verplicht zich te prostitueren om de kosten van het leven aan te kunnen. Ze zijn bang om een uitkering of andere sociale voordelen, te verliezen:

“Je ne mets plus d'annonce parce que j'ai trouvé un appartement social et je ne veux pas de problème.” (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

2.5.3. Perceptie financiën

In het kwantitatieve luik van het onderzoek vroegen we de respondenten ook hun eigen financiële situatie te beoordelen (zie **Tabel 9**). Van de bevraagde sekswerkers schat ongeveer een derde haar financiële situatie in als neutraal (“goed, noch slecht”). Eén op drie noemt haar financiële situatie ‘goed’ of ‘zeer goed’, en een ander derde bestempelt haar situatie als ‘slecht’ of ‘zeer slecht’.

De verschillen tussen de prostitutiebranches zijn statistisch significant ($\chi^2=81,731$; $df=20$; $p<0,001$): méér respondenten in de straatprostitutie noemen hun financiële situatie (zeer) slecht (47,6%). In de escortsector (57,5%) en de bar/club sector (60%) noemt het merendeel van de respondenten zijn financiële toestand (zeer) goed. Ook in de privésector schatten méér respondenten hun financiële situatie positief in. De kwalitatieve gesprekken ondersteunen deze vaststelling. Toch wijzen we op het gevaar van een foute veralgemening: ook in sectoren waar het merendeel van de respondenten de financiële situatie positief beoordeelt, geven sommigen aan dat zij het bijzonder moeilijk hebben om de eindjes aan elkaar te knopen.

Ook tussen de verschillende regio's (steden en hun omgeving) vonden we statistisch significante verschillen ($\chi^2=67,982$; $df=16$; $p<0,001$), maar die hangen wellicht samen met het al dan niet voorkomen van bepaalde prostitutiebranches, en de mate waarin de prostitutiesectoren in de steekproef vertegenwoordigd zijn. In de Antwerpse en Gentse regio's beoordeelden méér respondenten hun financiële situatie als (zeer) goed: maar in beide steden werden ook meer escortmeisjes geïnterviewd. In de Waalse regio's (Charleroi en Luik en omgeving) en de Brusselse regio beschouwden meer respondenten hun situatie als (zeer) slecht; er werden echter ook meer respondenten uit de straatprostitutie geïnterviewd.

Tabel 9: Perceptie van de eigen financiële situatie, per sector (N=523)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Zeer slecht	21,9% N=23	16,5% N=20	17,4% N=12	2,0% N=1	5,8% N=8	12,5% N=5	13,2% N=69
Slecht	25,7% N=27	24,0% N=29	10,1% N=7	8,0% N=4	15,9% N=22	7,5% N=3	17,6% N=92
goed, noch slecht	41,9% N=44	33,9% N=41	46,4% N=32	30,0% N=15	41,3% N=57	22,5% N=9	37,9% N=198
Goed	10,5% N=11	18,2% N=22	18,8% N=13	48,0% N=24	31,2% N=43	45,0% N=18	25,0% N=131
Zeer goed	-	7,4% N=9	7,2% N=5	12,0% N=6	5,8% N=8	12,5% N=5	6,3% N=33
Totaal	N=105	N=121	N=69	N=50	N=138	N=40	N=523

* Van 5 respondenten ontbreekt de informatie.

3. Conclusies

Deze studie richt zich bij definitie op een “*hidden*” en “*hard to reach*” populatie. Sekswerkers vormen een gemarginaliseerde en gestigmatiseerde, moeilijk te bereiken populatie. Onze interesse gaat binnen deze groep naar het roesmiddelengebruik, de gezondheidsproblemen er eventueel mee gepaard gaande, en de ervaringen van sekswerkers met de (drug)hulpverlening. Ook illegaal druggebruik brengt een maatschappelijk taboe en processen van stigmatisering met zich mee. Naarmate het bestudeerde fenomeen gevoeliger en/of bedreigender is, stijgt de kans dat respondenten hun betrokkenheid zullen ontkennen. De onderzoekspopulatie in haar geheel is niet gekend. Cijfergegevens zijn schaars en betekenen alleen *schattingen* van het aantal personen dat sekswerk verricht. Het trekken van een representatieve steekproef uit een grotere populatie die ongekend is, is lastig en zo goed als onmogelijk. Wij probeerden vooral om een *voldoende gevarieerde steekproef* samen te stellen, die rekening houdt met a) mogelijke *geografische* variaties en b) eventuele verschillen tussen soorten *sekswerksectoren*.

In dit hoofdstuk hebben we enkele algemene, sociodemografische kenmerken van de steekproef beschreven. De steekproef omvatte 508 vrouwelijke sekswerkers en 20 transgenders. Hun gemiddelde

leeftijd bedraagt 35,7 jaar.¹² 89,6% van de participanten beschikt over een vaste verblijfplaats; bijna de helft woont met een partner, kind(eren) en/of andere familieleden samen. 18,5% heeft na het secundair onderwijs een hogere opleiding gevolgd (maar niet noodzakelijk afgewerkt).

Voor 83,5% vormt sekswerk de belangrijkste bron van inkomsten. Van de bevroegde sekswerkers bestempelt één op drie haar financiële situatie als '(zeer) slecht'. Ongeveer evenveel noemen hun financiële situatie 'goed' of 'zeer goed'. Van alle participanten zegt 95,8% legaal in België te verblijven of er te werken.

Door de talloze inhoudelijke en methodologische verschillen tussen de studies is het onmogelijk om de variabelen te leggen naast bevindingen waarover elders in de internationale literatuur wordt gerapporteerd. Ook de gespecialiseerde organisaties die aan dit onderzoek hebben meegewerkt (Gh@pro, Pasop en Espace P), registreren niet al deze variabelen op een systematische wijze. Het opbouwen van een vertrouwensband met de doelgroep is immers belangrijker dan het registreren van allerlei kenmerken van de sekswerkers.

Desalniettemin suggereren medewerkers van de gespecialiseerde organisaties (Gh@pro, Pasop en Espace P) dat de gemiddelde leeftijd van de cliënten die zij de laatste jaren zien, enigszins lager ligt dan die van de respondenten in deze studie. 70,6% van de participanten heeft de Belgische nationaliteit, 64,3% is hier geboren. In vergelijking met de samenstelling van het cliënteel dat door de gespecialiseerde organisaties wordt gezien, is dat relatief veel. Volgens Pasop vzw is iets meer dan de helft van de sekswerkers die ze zien van Belgische origine (52% in 2008). Bij Gh@pro vzw (in Antwerpen) is slechts één op drie mensen die hen contacteren van Belgische origine. Espace P publiceert daar in zijn jaarverslagen geen gegevens over.

We vermoeden bijgevolg dat de steekproef, een zgn. '*convenience sample*', in deze studie niet voor alle kenmerken en variabelen representatief is voor de totale populatie van (vrouwelijke) sekswerkers in België. Een en ander heeft zonder twijfel te maken met de inzet van personeel van deze organisaties als *privileged access interviewers*. Ook ten aanzien van de cliënten die de gespecialiseerde prostitutieorganisaties ontmoeten, is de steekproef in deze studie *vertekend* ('*biased*') en bijgevolg niet representatief. Eén van de belangrijkste redenen daarvoor is wellicht de taalbarrière: de vragenlijst werd weliswaar in het Bulgaars, het Duits, het Engels, het Frans, het Roemeens, het Spaans en het Turks vertaald, maar het merendeel van de enquêtes werd in het Nederlands, het Frans, het Engels, het Duits en het Spaans afgenomen.

¹² Door de band startten zij hun (seks)werk op 25,6 jaar. Met andere woorden, gemiddeld hebben de respondenten 10,1 jaar ervaring in de seksindustrie. Zie daarover **hoofdstuk 4**.

Hoofdstuk IV

Sekswerk: een aantal parameters

In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal algemene kenmerken van het sekswerk. We bespreken achtereenvolgens de intrede in de prostitutiewereld (§1): de leeftijd waarop de respondenten met sekswerk begonnen en hun motieven. In de tweede paragraaf beschrijven we de sekswerkcarrières van de participanten. We analyseren de lengte van hun carrière en de mate waarin zij in verschillende sectoren van de seksindustrie actief waren/bleven. Ten slotte presenteren we details over de aard van hun sekswerk in de maand vóór het interview (§3). We bespreken het (arbeids)statuut en het arbeidsregime van de bevroegde sekswerkers, en hun gemiddeld aantal klanten. We bekijken tevens in welke mate de sekswerkers zélf kunnen bepalen hoeveel ze werken, hun mate van vrijheid om klanten te weigeren, en hoe vrij ze zijn om bepaalde seksuele diensten (niet) aan te bieden.

1. Eerste stappen in de prostitutiewereld

Hoewel respondenten om verschillende redenen in de seksindustrie stapten, spelen *financiële overwegingen* vaak een belangrijke rol. Soms zoeken vrouwen naar een manier om zich extra luxe te veroorloven. Sommigen kijken aan tegen een enorme schuldenlast; na een scheiding of door een partner met schulden kwamen zij in een moeilijk financieel parket terecht. Soms lijkt de prostitutie de enige manier om aan geld te geraken en in basisbehoeften te voorzien of om druggebruik te bekostigen.

“Et c'est vrai que c'est l'argent qui m'a fait commencer.” (R006, privéhuis, 40 jaar)

Eens men de schulden afbetaald heeft en/of voldoende geld gespaard heeft, kan men stoppen met werken in de prostitutie.

“Waarschijnlijk vanaf volgende maand begin ik te werken in X [een bedrijf, nvdr]. Dus dan is er toch die overstap terug naar het gewone leven. Ik heb genoeg gespaard en gedaan.” (R007, transvestiet, privé/escortsector, 20 jaar)

Een aantal respondenten stapte naar eigen zeggen in de seksindustrie, omdat ze nieuwsgierig waren en zich seksueel verder wensten te ontplooiën.

“Ik werkte als zelfstandige, dus ik verdiende goed de kost, maar ik had zo iets van: ‘Goh, ik wil precies wat meer proberen’ en a zo.” (R004, thuisontvangst, 45 jaar)

Andere motieven zijn gebaseerd op negatieve ervaringen met relaties of met bepaalde mannen:

“C'est quelque chose au début, la prostitution j'ai fait ça pour me valoriser. Parce que je me vendais des hommes parce que maintenant ils paient pour moi. Et ça m'a donné un peu confiance en moi.” (R005, thuisontvangst, 38 jaar)

Verskillende respondenten vertelden dat ze een vriendin of kennis hadden in de sekssector die hen in het prostitutiewerk introduceerde:

“Ik had toen een vriendin en die werkte toen al in de prostitutie in Nederland en die zei tegen mij van ‘waarom ga je met mij niet eens mee?’.” (R014, privésector, 37 jaar)

In de onderstaande tabel (**Tabel 10**) presenteren we de gegevens betreffende de leeftijd waarop de respondenten met sekswerk begonnen. In de rechtse kolom staan de gegevens m.b.t. de totale steekproef.

Tabel 10: Leeftijd waarop de respondenten met sekswerk startten, per sector (N=525)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Gemiddeld	23,6	26,4	23,9	25,3	27,2	26,5	25,6
Mediaan	21	24,5	24	24	25	24	24
Std. Deviatie	8,2	8,1	5,2	6,4	8,5	8,9	7,9
Minimum	12	15	17	18	15	16	12
Maximum	57	58	38	43	52	52	58
Totaal	N=107	N=120	N=69	N=50	N=139	N=40	N=525

* Van 3 respondenten ontbreekt deze informatie.

Eén vrouw startte op 12-jarige leeftijd (zij werkt momenteel in de straatprostitutie); aan het andere eind van het continuüm vinden we een vrouw die 58 was, toen ze in het sekswerk stapte (zij werkt in de raamprostitutie). Zowat de helft (50,3%; N=264) van alle bevroegde respondenten startte met sekswerk tussen 18 à 24 jaar; nog eens een kwart (28,8%; N=151) startte tussen 25 en 34 jaar.

De gemiddelde leeftijd waarop respondenten met sekswerk begonnen, is 25,6 jaar. Verschillen tussen prostitutiesectoren, regio's of prostitutiebuurten zijn niet statistisch significant.

31 respondenten (5,9% van de totale steekproef) startten met sekswerk *vóór ze meerderjarig* waren. 67,7% (N=21) van deze respondenten werkt momenteel op straat of op andere publieke plaatsen. Hoewel het aantal respondenten te klein is, om statistisch significante verschillen te detecteren, merken we op dat opvallend méér respondenten in de straatprostitutie jonger dan 18 jaar waren, toen ze met sekswerk begonnen.

“Déjà à l'école les professeurs me donnaient de l'argent juste pour montrer leurs sexe ou tout ce qui pouvait se montrer, déjà à l'école ça avait commencé et dans la rue... ben, ils m'ont donné de l'argent, ils me donnaient de l'argent pour plus... coucher avec eux.” (R017, straatsector, 41 jaar)

Vrouwen die op zo'n jonge leeftijd seksuele diensten te koop aanbieden, zijn zeer kwetsbaar en hebben het op verschillende levensdomeinen moeilijk (we komen verder in dit rapport nog terug op straatsekswerkers).

2. Ervaring in de prostitutie

2.1. Ervaring over de gehele carrière

Op basis van hun geboortjaar en de leeftijd waarop zij met sekswerk zijn gestart, konden we (bij benadering, en in jaren uitgedrukt) berekenen hoe veel ervaring de respondenten in de prostitutie hebben (zie Tabel 11).

Tabel 11: Gemiddeld aantal jaren ervaring in de prostitutie, per sector (N=520)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Gemiddeld	14,3	12,4	8,3	6,8	7,6	8,4	10,1
Mediaan	13	9,5	7	5	5	6	8
Std. Deviatie	8,9	10,2	7	6,1	7,1	7,8	8,6
Minimum	0	0	0	0	0	1	0
Maximum	36	43	34	30	31	30	43
Totaal	N=103	N=119	N=69	N=50	N=139	N=40	N=520

* Van 8 respondenten ontbreekt deze informatie.

Gemiddeld hebben alle respondenten 10,1 jaar ervaring in de prostitutie – veelal in verschillende sectoren. De minst ervaren respondente is minder dan 1 jaar bezig; de meest ervaren respondente heeft 43 jaar achter de rug.

Tabel 12: Aantal jaren ervaring in de prostitutie, in categorieën, per sector (N=520)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
<1 jaar	2,9% N=3	2,5% N=3	2,9% N=2	2,0% N=1	3,6% N=5	-	2,7% N=14
1-2 jaar	8,7% N=9	11,8% N=14	18,8% N=13	32,0% N=16	30,2% N=42	17,5% N=7	19,4% N=101
3-5 jaar	6,8% N=7	17,6% N=21	23,2% N=16	18,0% N=9	18,7% N=26	30,0% N=2	17,5% N=91
6-10 jaar	22,3% N=23	21,8% N=26	23,2% N=16	26,0% N=13	18,0% N=25	22,5% N=9	21,5% N=112
11-20 jaar	33,0% N=34	26,9% N=32	26,1% N=18	18,0% N=9	22,3% N=31	17,5% N=7	25,2% N=131
> 20 jaar	26,2% N=27	19,3% N=23	5,8% N=4	4,0% N=2	7,2% N=10	12,5% N=5	13,7% N=71
Totaal	N=103	N=119	N=69	N=50	N=139	N=40	N=520

* Voor 8 respondenten konden we dit niet berekenen.

De verschillen tussen de sectoren zijn statistisch significant ($F(5,514)=12,435$; $p<0,001$): respondenten uit de straat- en de raamprostitutie hebben gemiddeld een langere carrière als sekswerker (respectievelijk 14,3 en 12,4 jaar) dan respondenten uit andere sectoren.

Ook tussen de regio's en tussen de prostitutiebuurten zijn statistisch significante verschillen vastgesteld: respondenten uit de Brusselse en de Luikse regio hebben méér ervaring dan de respondenten uit andere regio's (Antwerpen, Charleroi en Gent): respectievelijk gemiddelde carrières van 11,4 jaar en 12,7 jaar ($F(4,510)=6,325$; $p<0,001$). Respondenten uit de (Brusselse) *Aarschotstraat* hebben gemiddeld *slechts* 5,4 jaar ervaring; respondenten uit de (Antwerpse) *Atheneumbuurt* en de *carrés rond het Noordstation* (in Brussel) zijn meer dan 16 jaar in de prostitutie doende ($F(9,226)=4,648$; $p<0,001$).

In **Tabel 12** presenteren we de jaren ervaring in het sekswerk opgedeeld in een aantal categorieën

De percentages illustreren nog beter de markante (en statistisch significante) verschillen tussen de prostitutiesectoren: vooral straatprostitutiees hebben vaak meer ervaring; 26,2% (N=27) van hen heeft een carrière van 20 jaar en meer in de prostitutie achter de rug. In de bar/club- en in de privésector vinden we vaker vrouwen met weinig ervaring (1 tot 2 jaar) ($\chi^2=67,515$; $df=25$; $p<0,001$).

2.2. Ervaring in de hoofdsector

We vroegen de respondenten hoe lang ze al actief zijn in de sector die ze momenteel (op het moment van het interview) als hun hoofdsector beschouwen (zie **Tabel 13**):

Tabel 13: Ervaring in de hoofdsector, per sector (N=515)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
<1 jaar	9,7% N=10	15,8% N=19	46,4% N=32	65,3% N=32	54,8% N=74	28,2% N=11	34,6% N=178
1-2 jaar	11,7% N=12	26,7% N=32	29,0% N=20	22,4% N=11	29,6% N=40	25,6% N=10	24,3% N=125
3-5 jaar	27,2% N=28	29,2% N=35	11,6% N=8	10,2% N=5	6,7% N=9	35,9% N=14	19,2% N=99
6-10 jaar	24,3% N=25	15,8% N=19	5,8% N=4	2,0% N=1	7,4% N=10	2,6% N=1	11,7% N=60
11-20 jaar	20,4% N=21	10,8% N=13	5,8% N=1	-	1,5% N=2	7,7% N=3	8,3% N=43
> 20 jaar	6,8% N=7	1,7% N=2	1,4% N=1	-	-	-	1,9% N=10
Totaal	N=103	N=120	N=69	N=49	N=135	N=39	N=515

* Voor 13 respondenten konden we de informatie niet berekenen.

Ongeveer één derde (34,6%) van alle bevroegde sekswerkers heeft minder dan één jaar ervaring in de sector die ze (momenteel) als hun 'hoofdsector' beschouwen; 24,3% (N=125) van de respondenten heeft 1-2 jaar ervaring in de huidige hoofdsector. 19,8% van de totale steekproef (N=102) heeft *slechts* 1 tot 6 maand ervaring (niet apart opgenomen in **Tabel 13**). Deze *beperkte* ervaring in de huidige hoofdsector is een indicatie van het dynamische karakter van de sekswerkindustrie.

De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn, maar we merken op dat sekswerkers in de privésector en in de bar/clubs doorgaans minder ervaring hebben, terwijl straatprostituees vaker meer ervaring hebben opgebouwd. Van alle respondenten actief in de privésector, heeft 29,6% (N=40) amper 1 tot 6 maanden ervaring; van de respondenten die in bars of clubs (o.m. op de *Chaussée d'Amour*) werken, heeft maar liefst 40,8% (N=20) maximaal zes maanden ervaring. In de straatprostitutie daarentegen heeft bijna één op drie respondenten méér dan 11 jaar ervaring. Het merendeel van de vrouwen met meer dan 20 jaar ervaring werkt overigens in de straatprostitutie (o.m. de Luikse buurt rond de *Cathédrale Nord*).

2.3. Prostitutie : een dynamische industrie

Prostitutie is een *dynamisch fenomeen*. Het komt vaak voor dat een sekswerker tijdelijk niet actief is. Acht respondenten werkten op het ogenblik van het interview niet. 42,6% (N=225) van de totale steekproef werkte sinds haar debuut onafgebroken in de prostitutie (op vakanties na). 57,4% (N=303) van de respondenten nam voor een langere periode even afstand van het werk. Verschillen tussen prostitutiesectoren, regio's of prostitutiebuurten zijn er op dat vlak niet.

In de kwalitatieve interviews vertellen respondenten meer dan eens dat zij soms even afstand van dit werk nodig hebben. Vrouwen die lange dagen werken, raken op de langere duur uitgeput. Zeker als het sekswerk met het opvoeden van kinderen of met een reguliere tewerkstelling te combineren valt. Ook een zwangerschap, een nieuwe relatie, en gezondheidsproblemen of psychologische klachten zijn redenen om voor een langere periode uit het beroep te stappen.

“Een rustperiode... Daar verlang ik naar. Rust en slapen. [lacht].” (R025, barsector, 51 jaar)

Tabel 14: Ervaring in een andere sector, per (huidige) hoofdsector (N=528)

Ooit gewerkt in...	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Straatprostitutie	100,0% N=107	10,7% N=13	12,9% N=9	8,0% N=4	9,4% N=13	5,0% N=2	28,0% N=148
Raamprostitutie	33,6% N=36	100,0% N=122	38,6% N=27	10,0% N=5	20,1% N=28	17,5% N=7	42,6% N=225
Bar/raamsector	28,0% N=30	21,3% N=26	100,0% N=69	12,0% N=6	19,4% N=27	12,5% N=5	30,9% N=163
Bar/clubsector	34,6% N=37	36,9% N=45	37,1% N=26	100,0% N=50	40,3% N=56	37,5% N=15	43,4% N=229
Privésector	37,4% N=40	24,6% N=30	20,0% N=14	30,0% N=15	100,0% N=133	60,0% N=24	48,5% N=256
Escortsector	25,2% N=27	20,5% N=25	20,0% N=14	30,0% N=15	50,4% N=70	100,0% N=40	36,2% N=191
Totaal	N=107	N=122	N=69	N=50	N=139	N=40	N=528

Vaak wordt het werk in verschillende branches afgewisseld of worden meer sectoren met elkaar gecombineerd (zie **tabel 14**): 67,8% (N=358) van de respondenten was tijdens hun carrière actief in méér

dan één sector. Eén respondente werkte naar eigen zeggen in 13 verschillende sectoren.¹³ De meeste sekswerkers hebben in 2, 3 of 4 seksbranches gewerkt.

Een branche waar veel sekswerkers géén ervaring mee hebben, is de straatprostitutie. Van de vrouwen die in een bar of club werken, of die actief zijn in de escortbranche of het privé-sekswerk, hebben slechts kleine percentages ooit op straat gewerkt. Daarnaast valt op dat veel vrouwen van het escortewerk naar privésekswerk overstappen, en vice versa: 60,0% van de respondenten actief als escortdame, heeft ooit in de privésector gewerkt; 50,4% van de vrouwen in de privésector, heeft ooit escortewerk gedaan.

In het begin van hun sekswerkloopbaan gaan vrouwen op zoek naar een etablissement waar ze zich goed voelen, of een werkritme dat hen ligt. Veel respondenten werken aanvankelijk korte periodes (enkele weken tot een paar maanden) in verschillende branches; of ze werken in verschillende etablissementen binnen eenzelfde sector. Ze experimenteren met dag- en nachtwerk. Soms kunnen de vrouwen in één sector een vast klantenbestand uitbouwen (bijv. de raamprostitutie), waarop ze kunnen terugvallen als ze naar een andere sector (bijv. de privésector) overstappen.

Verschuillende motieven liggen aan de basis voor het veranderen van werkplek of het zoeken naar een ander werkregime: respondenten komen niet overeen met de uitbater, ze worden verplicht om alle klanten te bedienen, ze moeten bepaalde klanten tegen hun zin bedienen of zekere diensten aanbieden. Soms vertrekken ze, omdat er tussen de vrouwen onderling een slechte sfeer bestaat. Vaak veranderen sekswerkers ook van werkplek omwille van het financiële aspect: er ontstaan discussies met de uitbater over de verdeling van de inkomsten, of ze kunnen gewoon méér verdienen in andere sectoren of op andere plekken.

“Dus voor die stap te zetten. Dus dat ik best in het raam begon en dan in privéhuizen, bij wijze van spreken. Om te zien of mij dat lag, ja of neen. [...] Maar na die 5 jaar heb ik gezegd van ‘kijk nu begin ik op mijn eigen’. [...] Omdat, het was niet meer de helft afgeven, het was dan ook al voordeliger voor mij. Weet je, want het is op percent dat je moet werken.” (R011, thuisontvangst, 39 jaar)

Andere respondenten blijven ettelijke jaren in hetzelfde etablissement werken. Zij gaan pas op zoek naar een andere plek of een andere sector, doordat ze zich vervelen, of omdat “hun marktwaarde” begint te dalen.

“Toujours les mêmes lieux, les mêmes gens. [...] Il y a la nouveauté qui joue beaucoup aussi hein [...]. Quand il y a une nouvelle tête, tous les clients ils veulent aller avec la nouvelle tête. Ils aiment bien.” (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

¹³ De respondenten konden aangeven of ze ervaring hadden in één van de volgende sectoren: straat en andere publieke plaatsen, bar/club, raam, bar/raam sauna's en massagesalons, privé, escort, telefoonseks, live shows (peepshows, striptease), porno (foto's, films en video's), internet (webcamerashows), seksfeestjes en swingerfeestjes. Ze konden zelf nog andere branches opgeven.

Het mobiele en dynamische karakter van de seksindustrie is ongetwijfeld toegenomen door de komst van het internet en de mobiele telefonie. In de kwalitatieve interviews geven respondenten aan dat ze minder dan vroeger in een prostitutiehuis of club op klanten moeten zitten te wachten. Ook sekswerkers actief in de straatprostitutie hoeven niet meer op straat te wachten: klanten bellen hen per gsm op, of zij bellen zelf klanten als ze in geldnood zitten.

Daarnaast kunnen gezondheidsoverwegingen aan de basis liggen van de beslissing om naar een andere sector over te stappen. Eén respondente zou naar eigen zeggen binnenkort een antibioticakuur moeten volgen, waardoor het werken in een champagnebar onmogelijk wordt. Om die reden bereidde ze de overstap naar het escortewerk voor.

Ten slotte merken we op dat sekswerkers niet alleen geregeld van de ene branche naar de andere overstappen, maar dat het sekswerk ook afgewisseld (en soms gecombineerd) wordt met tewerkstelling in het reguliere circuit:

“Met zijn ups and downs. Laat ons zeggen, misschien 10 jaar al. Ja. Ik heb ondertussen ander werk ook gedaan, weet wel, omdat ik het dan efkes niet zag zitten.” (R011, thuisontvangst, 39 jaar)

3. Sekswerk de afgelopen 30 dagen

Zelfs in de laatste 30 dagen vóór het interview combineerde een aanzienlijk aantal respondenten méér dan één sekssector: 20,2% (N=106) combineerde zelfs twee of méér branches. Het merendeel daarvan werkte in twee sectoren.

Daarbij valt op dat deze sekswerkers vaak gelijkaardige branches combineren: 35,8% (N=38) van de respondenten die de afgelopen maand meerdere sectoren combineerden, werkte in de escortsector én het privésekswerk. Twaalf respondenten (11,3%) combineerden privésekswerk met seksuele dienstverlening in sauna- en massagesalons. Andere respondenten combineerden barwerk of raamprostitutie met activiteiten in de bar/raamsector.

Veel vrouwen die in een bar, een club of een privéhuis werken, vertelden tijdens de kwalitatieve interviews dat zij met klanten telefoonnummers uitwisselen, om er vervolgens buiten de werkplek mee af te spreken. Deze afspraakjes gebeuren voor eigen rekening, vaak in *combinatie* met werken in een etablissement. Sekswerkers die privé ontvangen, gaan met goede klanten ook mee op restaurant of op reis en combineren escortewerk met privéontvangst.

“Er zijn wel smsjes, of er wordt gebeld om buiten de cluburen af te spreken.” (R001, clubsector, 30 jaar)

Bovendien werken sommige sekswerkers bijvoorbeeld in de ochtend in de ene sector en in de namiddag in een andere.

3.1. Arbeidsstatuut

Bijna de helft van alle bevroegde sekswerkers (48,7%; N=247) werkt naar eigen zeggen louter in het zwart (zie **tabel 15**). Eén op vijf sekswerkers werkt onafhankelijk, en nog eens één op vijf is in loondienst. De lage aantallen in sommige cellen maken het onmogelijk om na te gaan of de verschillen tussen sectoren statistisch significant zijn. Toch stellen we markante verschillen vast: respondenten uit de bar/raam- en de bar/clubsector werken vaker in loondienst. Veel respondenten uit de bar/clubprostitutie en uit privéhuizen geven aan dat ze 50% verdienen op consumpties en “kamers”. Eén respondente werkt in ruil voor onderdak en voedsel

Tabel 15: Arbeidsstatuut van de respondenten, per sector (N=507)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Zwart	92,2% N=95	29,7% 35	14,9% N=10	10,2% N=5	60,6% N=80	57,9% N=22	48,7% N=247
Onafhankelijk	6,8% N=7	38,1% N=45	16,4% N=11	2,0% N=1	20,5% N=27	34,2% N=13	20,5% N=104
Loondienst	-	4,2% N=5	67,2% N=45	65,3% N=32	13,6% N=18	-	19,7% N=100
Loondienst+zwart	-	28,0% N=33	1,5% N=1	22,4% N=11	3,8% N=5	2,6% N=1	10,1% N=51
Zelfstandig+zwart	1,0% N=1	-	-	-	1,5% N=2	5,3% N=2	1,0% N=5
Totaal	N=103	N=118	N=67	N=49	N=132	N=38	N=507

* Van 21 respondenten ontbreekt de informatie.

In de raamprostitutie wordt vaak een specifieke regeling gehanteerd: daar werken de meeste sekswerkers deels in loondienst, en deels in het zwart. In Luik en omgeving geven opvallend meer respondenten aan dat ze onafhankelijk werken (34,1% van de respondenten uit deze regio; N=30). In Charleroi en omgeving werkt zelfs 69,8% van de respondenten (N=60) in het zwart. Deze verschillen tussen regio's zijn statistisch significant ($\chi^2=242,897$; $df=16$; $p<0,001$).

Sommige sekswerkers zijn aan de slag onder een statuut als zelfstandige, anderen staan als dienstster in een dranksluiterij geregistreerd of werken in het zwart. Vooral het ontbreken van pensioenrechten, ziekte-uitkeringen en andere sociale zekerheden zijn een doorn in het oog van velen.

“Il faut que ça bouge. Nous payons des impôts sans pouvoir travailler jusqu'à 65 ans. Rien n'est mis en place pour nous protéger financièrement lors de la retraite.” (F034, bar/raamsector, 27 jaar)

“We hebben gelijk geen rechten. Ge weet wel, allez, ik betaal nu BTW en ik betaal mijn sociale bijdragen. Maar voor de staat, voor de staat ben ik toch maar een hoer, hé. En ik ben ook geen-eens ingeschreven als prostituee want ze hebben daar geen dingen voor. Ik moet 'in schoonheidsdienst', zo noemt het voor mijn Securex [i.e. sociaal secretariaat, nvdr]. Maar dan moet ik op eer tekenen dat ik niets van schoonheidsbehandeling doe. Ja, natuurlijk wil ik tekenen op eer, want dat doe ik niet. Maar allez, dat is toch allemaal zo... ik weet niet... Hier heb je altijd zo een kijk... van die mentaliteiten...” (R002, privésector, 47 jaar)

3.2. Werkomstandigheden

Om inzicht in de werkomstandigheden van onze respondenten te verkrijgen, peilden we naar het aantal werkdagen per week en het aantal werkuren per dag. Hoewel het geen objectieve meting betreft, maar een (subjectieve) inschatting van de respondenten zelf, trachten we met deze variabelen toch het arbeidsregime van de bevroegde sekswerkers te beschrijven (zie paragraaf 4.2.1). We hebben ook vragen gesteld over het gemiddeld aantal klanten (zie paragraaf 4.2.2). Ten slotte hebben we ze gevraagd naar het gevoel van autonomie met betrekking tot een aantal aspecten van het werk (zie paragraaf 4.2.3).

3.2.1. Arbeidsregime

In **Tabel 16** presenteren we het gemiddeld aantal uren per werkdag. Van de bevroegde sekswerkers, werkt de grootste groep respondenten (44,8%; N=227) 4 tot 7 uur op een werkdag. 41,2% (N=209) presteert doorgaans dagen van 8 uur of meer; dat zijn – in vergelijking met reguliere betrekkingen – lange werkdagen.

Tabel 16: Aantal werkuren per (werk)dag, per sector (N=507)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
< 2u/dag	N=9 8,7%	-	-	-	N=6 4,4%	N=6 15,8%	N=21 4,1%
2-3u/dag	N=17 16,5%	N=1 0,9%	N=3 4,5%	-	N=10 7,4%	N=19 50,0%	N=50 9,9%
4-5u/dag	N=36 35,0%	N=41 35,0%	N=9 13,4%	N=3 6,4%	N=21 15,6%	N=6 15,8%	N=116 22,9%
6-7u/dag	N=20 19,4%	N=30 25,6%	N=17 25,4%	N=7 14,9%	N=36 26,7%	N=1 2,6%	N=111 21,9%
8-9u/dag	N=10 9,7%	N=25 21,4%	N=19 28,4%	N=8 17,0%	N=37 27,4%	N=1 2,6%	N=100 19,7%
10u/dag	N=2 1,9%	N=11 9,4%	N=4 6,0%	N=5 10,6%	N=18 13,3%	N=1 2,6%	N=41 8,1%
> 10u/dag	N=9 8,7%	N=9 7,7%	N=15 22,4%	N=24 51,1%	N=7 5,2%	N=4 10,5%	N=68 13,4%
Totaal	N=103	N=117	N=67	N=47	N=135	N=38	N=507

* Van 21 respondenten ontbreekt de informatie.

De verschillen tussen prostitutiebranches zijn niet statistisch significant. Toch valt op dat sekswerkers in enkele sectoren doorgaans langere werkdagen presteren: 78,7% (N=37) van de respondenten die in de bar/clubsector werken, presteert 8 uren of meer op een werkdag. Meer nog: zowat de helft van de respondenten in deze sector actief, werkt dagelijks meer dan 10 uur. In de bar/raamsector is dit meer dan de helft (56,7%; N=38). Ook in de privésector werkt een groot deel (45,9%; N=62) 8 of meer uren per dag. Daartegenover staat dat de helft van de respondenten uit de escortsector (50%; N=19) slechts 2 à 3 uren per dag werkt.

Verschillen tussen prostitutiesectoren, regio's of prostitutiebuurten zijn niet statistisch significant.

We vroegen de respondenten tevens hoeveel dagen ze per week gemiddeld presteren (**Tabel 17**). Iets minder dan de helft (43,8%; N=227) werkt 5 à 6 dagen per week. Eén op tien (10,3%; N=54) werkt zeven dagen op zeven, en heeft geen vrije dag.

Verschillen tussen prostitutiesectoren, regio's of prostitutiebuurten zijn statistisch niet significant. We merken op dat in de sectoren van de straatprostitutie en de escortsector verhoudingsgewijs méér vrouwen slechts 1 of 2 dagen per week werken; anderzijds zijn in de raamprostitutie verhoudingsgewijs méér vrouwen 5 of meer dagen per week actief.

Tabel 17: Aantal werkdagen per week, per sector (N=518)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
7 dagen	N=16 15,2%	N=12 9,9%	N=8 11,4%	N=1 2,1%	N=10 7,4%	N=7 17,9%	N=54 10,1%
5 à 6 dagen	N=25 23,8%	N=72 59,5%	N=33 47,1%	N=22 45,8%	N=67 49,6%	N=8 20,5%	N=227 43,8%
3 à 4 dagen	N=39 37,1%	N=34 28,1%	N=22 31,4%	N=21 43,8%	N=41 30,4%	N=12 30,8%	N=169 32,6%
1 à 2 dagen	N=24 22,9%	N=3 2,5%	N=7 10,0%	N=4 8,3%	N=17 12,6%	N=12 30,8%	N=67 12,9%
<1 à 2 dagen	N=1 1,0%	-	-	-	-	-	N=1 0,2%
Totaal	N=105	N=121	N=70	N=48	N=135	N=39	N=518

* Van 10 respondenten ontbreekt deze informatie.

Tabel 18: Gemiddeld aantal uren per week, per sector (N=506)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Gemiddeld	23,22	35,31	37,15	39,54	32,32	18,22	31,40
Mediaan	15,75	35,75	35,75	38,50	29,75	8,75	29,75
Std. Deviatie	19,28	16,05	18,53	15,06	18,48	21,60	19,11
Minimum	1,50	6,75	3,75	9,75	1,50	1,50	1,50
Maximum	77	77	77	60,50	77	77	77
Totaal	N=103	N=117	N=67	N=46	N=135	N=38	N=506

* Van 22 respondenten konden we dit niet berekenen.

Op basis van het aantal uren per werkdag en het aantal werkdagen per week, konden we voor 506 respondenten het gemiddeld aantal uren per werkweek berekenen (zie **Tabel 18**). Zij werken gemiddeld 31,40 uur per week. De verschillen tussen prostitutiesectoren zijn statistisch significant ($F(5,500)=12,621$; $p<0,001$). Vrouwen in de straatprostitutie en de escortsector presteren door de band genomen minder uren per week (respectievelijk 23,22 en 18,22 uren) dan collega's in de andere sectoren. In de raamprostitutie, de bars en clubs, en de bar/raamsector wordt gemiddeld en respectievelijk 35,31 uren, 39,54 uren en 37,15 uren per week gewerkt. Verschillen tussen regio's en specifieke prostitutiebuurten zijn statistisch niet significant.

Op basis van de bovenstaande gegevens delen we respondenten in naargelang het arbeidsregime (zie **Tabel 19**). Er zijn mensen die 19 uur of minder per week werken (het equivalent van een halftijdse betrekking, of minder); mensen die wekelijks tussen 19 en 38 uur actief zijn (het equivalent van een halftijdse of een voltijdse tewerkstelling, of ergens tussenin), en mensen die méér dan 38 uur per week werken (meer dan een voltijdse betrekking).

Tabel 19: Arbeidsregime van de respondenten, per sector (N=506)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
< halftijds	N=57 55,3%	N=21 17,9%	N=12 17,9%	N=6 13,0%	N=39 28,9%	N=28 73,7%	N=163 32,2%
Halftijds - voltijds	N=30 29,1%	N=53 45,3%	N=30 44,8%	N=23 50,0%	N=50 37,0%	N=5 13,2%	N=191 37,7%
> voltijds	N=16 15,5%	N=43 36,8%	N=25 37,3%	N=17 37,0%	N=46 34,1%	N=5 13,2%	N=152 30,0%
Totaal	N=103	N=117	N=67	N=46	N=135	N=38	N=506

* Voor 22 respondenten konden we dit niet berekenen.

Bekijken we de totale steekproef, dan valt op dat elke categorie telkens ongeveer één op drie respondenten telt. Opvallende vaststelling: 30% (N=152) van alle bevraagde sekswerkers presteert méér dan 38 uur per werkweek.

Verschillen tussen de prostitutiesectoren zijn statistisch significant ($\text{Chi}^2=82,6$, $\text{df}=10$, $p<0,001$). Vooral in de straat- en de escortsector werken opvallend veel respondenten minder dan 19 uur op een week: respectievelijk 55,3% en 73,7%. In de raamprostitutie, de bars, de clubs en de bar/raamsector werken verhoudingsgewijs méér vrouwen meer dan 38 uur per week. Desalniettemin stellen we vast dat de individuele verschillen tussen sekswerkers actief in eenzelfde sector groot kunnen zijn: dat blijkt uit tabel 22, waar de minimum- en maximumwaarden voor het gemiddeld aantal uren per week zijn opgenomen.

Tussen regio's valt een opmerkelijk (en statistisch significant) verschil op: in vergelijking met de andere regio's presteren respondenten uit Antwerpen en omgeving gemiddeld minder uren: het aantal sekswerkers met meer dan 38 uur per week, is lager in vergelijking met de andere steden, en het aantal respondenten dat tussen 19 en 38 uren per week presteert, ligt er hoger ($\text{Chi}^2=22,3$, $\text{df}=8$, $p=0,004$).

Ook op buurtniveau valt op dat we in de buurt van het Brusselse Noordstation (de carrés) en de Aarschotstraat verhoudingsgewijs méér sekswerkers aantreffen met meer dan 38 uren per week ($\text{Chi}^2=56,2$; $\text{df}=18$; $p=0,000$). Dat strookt uiteraard met de eerder beschreven vaststelling dat sekswerkers in de raamprostitutie en de bar/raamsector verhoudingsgewijs vaker meer dan 38 uur per week werken. In de buurt *Cathédrale Nord* te Luik (straatsector) werkt ongeveer de helft van de respondenten minder dan 19 uren per week.

Een aantal deelnemers aan de focusgroeps gesprekken suggereerde een verband tussen het presteren van lange werkdagen en een hoog arbeidsritme en het gebruik van stimulerende middelen. We komen daar verder - bij de bespreking van het roesmiddelengebruik- op terug. Uit de wetenschappelijke litera-

tuur valt af te leiden dat het gemiddeld aantal werkuren per week in se een onvoldoende indicator is voor mogelijke werkdruk, en daarmee samenhangende werkstress en jobsatisfactie. Deze elementen hangen immers niet alleen samen met het aantal werkdagen of werkuren, maar bijv. ook met specifieke jobvereisten (o.m. hoe men klanten moet lokken), de mate van controle over het werk, de mate van sociale steun en allerlei andere omgevingsfactoren (Sargent & Terry, 2000). Ook het tijdstip waarop wordt gewerkt, moet in rekening worden gebracht: een belangrijk element – dat in deze studie niet werd bevraagd – is onder meer of de sekswerker overdag of 's nachts werkt. Het vermoeden bestaat dat roesmiddelengebruik vaker voorkomt onder vrouwen die 's nachts werken.

3.2.2. Gemiddeld aantal klanten

Een andere variabele die ons iets leert over de werkomstandigheden en de werkdruk waaraan de sekswerker onderworpen wordt, betreft het gemiddeld aantal klanten per dag (zie **Tabel 20**). Het gemiddeld aantal klanten van alle bevraagde sekswerkers beloopt 4,13 klanten per dag (mediaan 2,5). Bijna de helft van alle bevraagde respondenten heeft naar eigen zeggen 2 à 3 klanten per dag (N=219; 44,9%). Vaak vertellen ze erbij dat het op het ogenblik van het interview (en de maanden daarvoor) relatief rustig is, door de economische crisis (zie hierboven). We merken terzijde op dat ook deze gegevens vertekend kunnen zijn door het feit dat sekswerkers die veel klanten bedienen, minder tijd kunnen hebben gehad om aan deze studie te participeren.

Tabel 20: Gemiddeld aantal klanten per werkdag, per sector (N=488)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Gemiddeld	3,48	5,57	5,71	3,47	3,44	2,38	4,13
Mediaan	2,5	4,5	4,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Std. Deviatie	1,80	3,01	3,02	1,82	2,07	1,59	2,59
Minimum	0,50	1	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
Maximum	10	11	11	11	11	8,50	11
Totaal	N=101	N=112	N=58	N=47	N=131	N=39	N=488

* Voor 40 respondenten konden we dit niet berekenen.

De verschillen tussen de prostitutiesectoren zijn statistisch significant ($F(5,482)=22,587$; $p<0,001$). Respondenten actief in de raamprostitutie bedienen gemiddeld 5,57 klanten per dag; sekswerkers in de bar/raamsector hebben door de band 5,71 klanten per dag. Daartegenover staat dat vrouwen in de escortsector gemiddeld *slechts* 2,38 klanten per dag bezoeken.

Op basis van het gemiddeld aantal werkuren per dag én het gemiddeld aantal klanten per dag, konden we voor 479 respondenten een werkuren/klant ratio berekenen (zie **Tabel 21**). Over alle bevraagde sekswerkers heen, bedraagt de gemiddelde werktijd iets meer dan twee uur per klant. Er zijn enorme individuele verschillen: sommige sekswerkers hebben een klant per kwartier; anderen werken op 22 uur amper één klant af. In het laatste geval moeten sekswerkers bijzonder veel tijd doorbrengen met

wachten op klanten. Deze individuele verschillen tussen sekswerkers zijn het grootst in de bar/clubsector en de escortsector. In de sector van de raamprostitutie zijn de individuele verschillen tussen sekswerkers het kleinst.

Tabel 21: Gemiddeld aantal uren per klant gewerkt, per sector (N=479)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Gemiddeld	1,77	1,65	1,89	3,49	2,63	2,23	2,19
Mediaan	1,44	1,44	1,49	2,6	2,22	1	1,8
Std. Deviatie	1,48	1,16	1,77	3,14	2,12	3,47	2,12
Minimum	0,40	0,41	0,38	0,59	0,22	0,76	0,22
Maximum	11	8,50	13	22	17	22	22
Totaal	N=99	N=110	N=56	N=45	N=131	N=38	N=479

* Dit kon voor 29 respondenten niet worden berekend.

Tussen regio's of prostitutiebuurten stellen we geen significante verschillen vast, tussen de verschillende sectoren is dat wel het geval: in de bar/clubsector werken respondenten gemiddeld 3,5 uur voor één klant, terwijl raamprostituees 1,65 uur werken voor één klant ($F(5,473)=7,419$; $p<0,001$).

Sekswerkers in bars of clubs moeten tussen het afwerken van klanten dus behoorlijk wat tijd zien te doden, maar uit de kwalitatieve interviews blijkt dat sekswerkers in het algemeen een groot deel van de dag invullen met wachten. Dat eindeloze wachten is een van de aspecten die sekswerk lastig maken.

“Het wachten, dat is echt het lastigste van de job. Vannacht heb ik gewacht tot 3 uur. En ik was sinds 18u aan het werk. Dat is toch lang...” (R001, clubsector, 30 jaar)

Respondenten in de privésector vullen de dode tijd anders in dan sekswerkers in andere sectoren. Sekswerkers die hun klanten thuis ontvangen, doen tussendoor boodschappen en andere huishoudelijke klussen. Sekswerkers in een privéhuis (in een aangename groep vertoevend), kijken samen op de bank tv en “maken het gezellig” in afwachting van een klant. Anders is het gesteld in de bars/clubs of de zogenaamde “bars de consommation”: wachtend beginnen sommige vrouwen te drinken. Er is ook sprake van *illegaal* druggebruik, dat in sommige gevallen door de uitbaters wordt aangemoedigd.

3.2.3. Autonomie over het werk

We vroegen de respondenten ook naar de mate waarin zij zélf bepalen hoeveel ze werken, hun mate van vrijheid om klanten te weigeren, en in welke zin ze vrij zijn om te bepalen welke seksuele diensten ze aanbieden. Met deze antwoorden kunnen we een andere inschatting maken van de werkomstandigheden en het subjectieve gevoel van autonomie van de bevroegden.

Van alle respondenten zegt 88,4% (N=459) zélf te kunnen bepalen hoeveel ze werken. Zestig respondenten (11,6%) hebben niet het gevoel dat ze dit autonoom kunnen beslissen (zie **Tabel 22**).

De verschillen tussen de prostitutiesectoren zijn statistisch significant ($\chi^2=89,318$; $df=5$; $p<0,001$). Binnen de bar/clubprostitutie en de bar/raamprostitutie geven respectievelijk 35,4% en 34,3% aan dat ze niet zelf kunnen bepalen hoeveel ze werken. In de kwalitatieve interviews wordt ter verklaring voor dit gebrek aan autonomie gewezen op contractuele verplichtingen, op concurrentie met collega's en op financiële zorgen. Enerzijds kunnen deze vrouwen vaak in overleg met de bazin en met de collega's afspreken op welke dagen en uren ze zullen werken; anderzijds voelen sommigen zich door de bazin onder druk gezet om méér te werken.

Tabel 22: (Ervaren) autonomie om zelf te bepalen hoeveel er gewerkt wordt, per sector (N=519)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Ja	96,2% N=101	100,0% N=122	65,7% N=46	64,6% N=31	88,9% N=120	100,0% N=39	88,4% N=459
Nee	3,8% N=4	-	34,3% N=24	35,4% N=17	11,1% N=15	-	11,6% N=60
Totaal	N=105	N=122	N=70	N=48	N=135	N=39	N=519

* Van 9 respondenten ontbreekt de informatie.

Alle sekswerkers in de escortbranche en de raamprostitutie hebben het gevoel dat ze zelf kunnen beslissen. Sommigen vertellen erbij dat ze alleen werken, dat ze een eigen escortebureau hebben of een etablissement uitbaten. Ook in de straatprostitutie geven bijna alle respondenten aan dat ze zelf bepalen hoeveel ze werken.

Tussen de verschillende regio's of prostitutiebuurten werden geen significante verschillen vastgesteld.

Tabel 23: (Ervaren) vrijheid om bepaalde klanten te weigeren, per sector (N=520)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Schaal**							
1	85,7% N=90	94,3% N=115	87,1% N=61	75,5% N=37	82,2% N=111	84,6% N=33	86% N=447
2	4,8% N=5	2,5% N=3	2,9% N=2	14,3% N=7	7,4% N=10	7,7% N=3	5,8% N=30
3	4,8% N=5	-	2,9% N=2	4,1% N=2	2,2% N=3	5,1% N=2	2,7% N=14
4	1,9% N=2	0,8% N=1	4,3% N=3	-	4,4% N=6	2,6% N=1	2,5% N=13
5	-	-	2,9% N=2	4,1% N=2	2,2% N=3	-	1,4% N=7
6	1,0% N=1	-	-	2% N=1	0,7% N=1	-	0,6% N=3
7	1,9% N=2	2,5% N=3	-	-	0,7% N=1	-	1,2% N=6
Totaal	N=105	N=122	N=70	N=49	N=135	N=39	N=520

* Van 8 respondenten ontbreekt de informatie.

** Op een schaal van 1 (=absoluut vrij) tot 7 (= absoluut onvrij).

We vroegen de respondenten ook om op een schaal van 1 (=absoluut vrij) tot 7 (= absoluut onvrij) aan te geven hoe vrij ze zich weten om klanten te weigeren (zie **Tabel 23**): van de bevraagde sekswerkers

voelt 86% (N=447) zich absoluut vrij. Zestien respondenten (3,2% van de totale steekproef) voelen zich weinig vrij (score 5, 6 of 7) om klanten te weigeren. Zes sekswerkers (1,2%) hebben naar eigen zeggen geen vrijheid om te weigeren: het betreft twee straatsekswerkers, drie raamprostituees en één sekswerker in een privé-etablissement.

Verschillen tussen prostitutiesectoren, regio's en specifieke prostitutiebuurten doen er statistisch gezien niet toe. Toch valt op dat in de bar- en clubsector verhoudingsgewijs méér vrouwen beweren niet vrij te zijn om klanten te weigeren. Meestal verwijzen ze naar de onderlinge concurrentie tussen de collega's en de "economische druk" om sommige klanten of bepaalde diensten niettemin te aanvaarden.

Tabel 24: (Ervaren) vrijheid om bepaalde diensten te weigeren, per sector (N=520)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Schaal**							
1	89,5% N=94	99,2% N=121	92,9% N=65	95,9% N=47	91,1% N=123	97,4% N=38	93,8% N=488
2	5,7% N=6	-	-	4,1% N=2	3,0% N=4	-	2,3% N=12
3	1,9% N=2	0,8% N=1	5,7% N=4	-	5,9% N=8	2,6% N=1	3,1% N=16
4	1,0% N=1	-	1,4% N=1	-	-	-	0,4% N=2
5	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-
7	1,9% N=2	-	-	-	-	-	0,4% N=2
Totaal	N=105	N=122	N=70	N=49	N=135	N=39	N=520

* Van 8 respondenten ontbreekt de informatie.

** Op een schaal van 1 (=absoluut vrij) tot 7 (= absoluut onvrij).

Op een schaal van 1 (=totaal vrij) tot 7 (= totaal onvrij) konden respondenten aangeven hoe vrij ze zich voelen in het bepalen van de seksuele diensten die ze aanbieden (zie **Tabel 24**). 93,8% (N=488) vindt dat ze absoluut vrij zijn. Amper twee respondenten voelen zich eerder onvrij dan autonoom: zij kunnen niet kiezen welke seksuele dienstverlening ze aanbieden. Beide respondenten werken in de straatprostitutie. Verschillen tussen prostitutiesectoren, regio's en specifieke prostitutiebuurten zijn niet statistisch significant. Vrouwen die zich niet vrij voelen, verwijzen naar de concurrentie en de druk van klanten om bepaalde seksuele diensten te accepteren. In de *carrés van Brussel* merkt een aantal respondenten op zich niet vrij te voelen, door de onveiligheid op straat, vooral 's nachts.

Verhalen van sekswerkers in de kwalitatieve interviews laten uitschijnen dat méér sekswerkers zich de facto niet (helemaal) vrij voelen om sommige klanten of specifieke seksuele diensten te weigeren. Dat lijkt vooral het geval in de sector van de straatprostitutie. Een en ander doet vermoeden dat enkele sekswerkers niet durven toe te geven een bepaalde druk te ervaren. In verschillende focusgroepsprekken wezen deelnemers op een nieuwe verschijningsvorm van pooierschap die door de sekswer-

kers niet als dusdanig wordt ervaren. In hoeverre zijn vrouwen echt vrij om zelf te bepalen hoeveel ze werken, welke klanten en/of diensten ze aanbieden, als er binnen het kader van een relatie emotionele druk wordt uitgeoefend? Volgens deze deskundigen komen die vormen van ‘pooierschap’ niet alleen voor in de straat- en raamprostitutie. Als een partner van de sekswerkactiviteiten op de hoogte is, eraan meewerkt (bijv. door de sekswerker naar de klant of het etablissement te brengen, en weer op te halen) én van die inkomsten leeft, kan ook hij als een pooier worden beschouwd. Het pooierschap komt bijgevolg ook in de privésector, de escortbranche en in de bars of clubs voor.

We hebben de antwoorden op de drie hierboven beschreven vragen (kunnen sekswerkers bepalen hoeveel ze werken; voelen sekswerkers zich vrij om klanten te weigeren en kunnen ze vastleggen welke seksuele diensten ze aanbieden) bijeengevoegd, en zodoende een autonomieschaal geconstrueerd.¹⁴ Deze schaal biedt een globale *indicatie* van het gevoel van autonomie over de werkomstandigheden (**Tabel 25**). De maximum score op deze autonomieschaal was +3; de minimumscore -3.

Tabel 25: Subjectief gevoel van autonomie, per sector (N=520)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Autonomie (score +1, +2 of +3)	97,1% N=102	100,0% N=122	97,1% N=68	98,0% N=48	96,3% N=130	100,0% N=39	97,9% N=509
Neutraal (score 0)	1,0% N=1	-	1,4% N=1	-	0,7% N=1	-	0,6% N=3
Beperkte autonomie (score -1, -2 of -3)	1,9% N=2	-	1,4% N=1	2,0% N=1	3,0% N=4	-	1,5% N=8
Totaal	N=105	N=122	N=70	N=49	N=135	N=39	N=520

* Van 8 respondenten kon dit niet worden berekend.

We beschouwen respondenten die een negatieve totaalscore halen als sekswerkers met verminderde autonomie over de werkomstandigheden. Sekswerkers met een positieve totaalscore hebben wél autonomie over de werkomstandigheden. Respondenten met een 0 als totaalscore vormen een neutrale tussencategorie.

Slechts 8 respondenten scoren negatief op deze geconstrueerde schaal: slechts 1 respondente (0,2%) heeft naar eigen zeggen absoluut geen gevoel van autonomie (score -3). Zeven respondenten (1,3%) scoren -2 of -1. De neutrale tussencategorie omvat drie respondenten (0,6% van de totale steekproef). Zeventig respondenten (13,3%) scoren gematigd positief (+1 of +2), en de grote meerderheid (N=439; 84,4%) scoort “+3”. Het merendeel van alle sekswerkers heeft bijgevolg met betrekking tot diverse aspecten van het sekswerk het gevoel autonoom te kunnen beslissen.

¹⁴ De antwoorden op de vragen omtrent de vrijheid om diensten en klanten te weigeren (telkens op een schaal van 1 tot 7) werden opnieuw gecodeerd: de scores 1, 2 of 3 stonden voor een matig tot absoluut gevoel van autonomie, en werden in een positieve score omgezet (score +1). Respondenten met een score 5, 6 of 7 kregen de score -1. Respondenten die op de schaal van 1 tot 7 de score 4 aanduiden (noch vrij, noch onvrij) kregen een neutrale score 0. De vraag naar de mate waarin respondenten zelf kunnen bepalen hoeveel ze werken, kon met ‘ja’ of ‘nee’ worden beantwoord. Deze antwoorden codeerden we opnieuw naar +1 (ja) of -1 (nee). De scores op de gecodeerde variabelen werden vervolgens opgeteld, en resulteerden in een score per respondent tussen -3 en +3.

Verschillen tussen prostitutiesectoren, regio's en specifieke prostitutiebuurten zijn niet statistisch significant. We merken wel op dat alle respondenten uit de raam- en de escortsector op onze autonomschaal (+3) de maximumscore halen, terwijl in de bar/raamsector en in de bars en clubs meer sekswerkers een wat lagere (maar desondanks positieve) totaalscore laten optekenen (+1 of +2).

4. Conclusies

De gemiddelde leeftijd van de respondenten om met sekswerk te beginnen, was 25,6 jaar (de jongste was 12 jaar oud, de oudste 58). Dat is vergelijkbaar met de bevindingen van een Nederlands onderzoek onder 551 sekswerkers (van Veen *et al.* 2010): in die studie startten de vrouwen gemiddeld op 27-jarige leeftijd met sekswerk. De respondenten in deze studie hebben er gemiddeld een carrière van 10 jaar in de seksindustrie op zitten. Hun gemiddelde ervaring was 10 jaren in het sekswerk (minimum 0 en maximum 43 jaren). Respondenten uit de straat- en raamprostitutie hebben door de band genomen een langere carrière als sekswerker (respectievelijk 14,3 en 12,4 jaar). Respondenten uit de Brusselse en Luikse regio's hebben méér ervaring dan de respondenten uit andere regio's (Antwerpen, Charleroi en Gent). Straatprostitutees hebben doorgaans een langere ervaring opgebouwd in deze sector. Het merendeel van de respondenten met meer dan 20 jaar ervaring werkt in de straatprostitutie.

Ongeveer één derde van alle bevroegde sekswerkers heeft minder dan één jaar ervaring in de sector die ze momenteel als hun 'hoofdsector' beschouwen. Dat is een duidelijke indicatie van het dynamische karakter van de seksindustrie. Vaak wordt het werk in verschillende branches afgewisseld (60% van de respondenten die momenteel escortwerk verrichten, heeft in de privé-sector gewerkt) of worden meer dan één sector met elkaar gecombineerd (38,5% van de escortmeisjes doet ook aan privé-sekswerk). Veel vrouwen stappen over van het escortwerk naar het privésekswerk, en vice versa. De onderliggende redenen voor deze dynamiek zijn divers: conflicten met uitbaters of andere sekswerkers, financiële overwegingen, experimenteren met andere arbeidsregimes, gezondheidsoverwegingen, enz. Een branche waar veel sekswerkers géén ervaring mee hebben, is de straatprostitutie.

Van alle respondenten presteert 41,2% doorgaans dagen van 8 uur of meer: dat zijn – in vergelijking met een reguliere betrekking – lange werkdagen. Eén op tien (10,3%) van de respondenten werkt zeven dagen op zeven, en iets minder dan de helft (43,8%) werkt 5 à 6 dagen per week. Deze vrouwen werken gemiddeld 31,4 uren per week. Vrouwen in de straatprostitutie en de escortsector presteren minder uren per week dan hun collega's in de andere sectoren (raamprostitutie, de bars en de clubs, en de bar/raamsector).

Het gemiddeld aantal klanten bedraagt 4,13 klanten per dag. In de raamprostitutie en in de raam+barsector worden significant meer klanten per dag gezien dan in de escortbusiness: 5,7-3,5 klanten versus 2,4 klanten ($p < 0.001$).

Van alle respondenten zegt 88,4% dat zij zelf kunnen bepalen hoeveel ze werken. Binnen de bar/clubprostitutie en de bar/raamprostitutie geven beduidend meer vrouwen aan dat ze dat niet zelf kunnen bepalen. 86% van alle bevroagde sekswerkers voelt zich absoluut vrij om klanten te weigeren. 93,8% van de respondenten voelt zich absoluut vrij om zelf te bepalen welke seksuele diensten ze aanbieden.

Dat het merendeel van alle bevroagde sekswerkers het gevoel heeft met betrekking tot diverse aspecten van het sekswerk volledig autonoom te kunnen beslissen, lijkt – in vergelijking met de vaststellingen in buitenlandse studies – eerder het gevolg van onderrapportage en vertekeningen in de samenstelling van de bevroagde steekproef, dan het bewijs van uitzonderlijk goede werkomstandigheden in de seksindustrie. In deze steekproef zijn verhoudingsgewijs minder vrouwen vertegenwoordigd die illegaal in het land verblijven, die de taal (het Nederlands, het Frans of het Engels) niet machtig zijn, die voor de gespecialiseerde prostitutieorganisaties niet of moeilijk bereikbaar blijken, die door mensenhandelaars, pooiers of een partner in de seksindustrie werden gedwongen en/of die geen tijd hadden voor een interview. Zowel de autonomie van de sekswerker als het arbeidsvolume betekenen gevoelige onderwerpen in de seksindustrie, en kunnen dus door onderrapportage beïnvloed zijn.

Hoofdstuk V

Roesmiddelengebruik

In dit hoofdstuk presenteren we de gegevens met betrekking tot het roesmiddelengebruik onder de bevraagde sekswerkers (N=528). We hebben het achtereenvolgens over het gebruik van alcohol, benzodiazepinen, cannabis, ecstasy, amfetaminen, cocaïne, crack en heroïne. Bij elk van deze producten bekijken we de *life time prevalentie* (of respondenten ervaring hebben met het middel) en de *last month prevalentie* (of respondenten het middel ook de maand vóór het interview nog hebben ingenomen). We presenteren de gegevens voor de totale steekproef, en per sector. We geven daarbij aan of er tussen prostitutiesectoren, regio's of prostitutiebuurten statistisch significante verschillen zijn vastgesteld. Indien de prevalentiecijfers significante correlaties vertonen met andere (sociodemografische) kenmerken, met de eerder beschreven werkomstandigheden of de subjectieve indicatoren van autonomie, vermelden we dat expliciet.

We vroegen de respondenten ook bij welke gelegenheden ze de middelen hebben gebruikt. We bespreken vervolgens hun gecombineerd gebruik en het polydruggebruik. Vervolgens analyseren we de samenhang tussen het roesmiddelengebruik en het sekswerk. We gaan na of respondenten roesmiddelen gebruiken op de werkplek, of ze met klanten gebruiken of zich met middelen laten betalen, en of het roesmiddelengebruik effect uitoefent op het sekswerk. Ten slotte overzien we de gegevens met betrekking tot alle roesmiddelengebruik per sector.

1. Alcohol

In **Tabel 26** presenteren we de gegevens inzake life time prevalentie ('ooit-gebruik') en last month prevalentie ('huidig gebruik') voor het product alcohol. De rechtse kolom bevat de gegevens met betrekking tot alle bevraagde sekswerkers, de andere kolommen bevatten de gegevens per prostitutiesector.

1.1. Ooit-gebruik van alcohol

Dat bijna alle respondenten ten minste één keer in hun leven alcohol hebben gebruikt, is geen verrassende vaststelling (95,1%. N=502). Andersom is de vaststelling dat een aantal respondenten (4,9%; N=26) nog nooit alcohol heeft geconsumeerd, dat misschien wel. Hoewel zowat de helft van deze

respondenten in West-Europa is geboren, leggen verschillende deelnemers aan de focusgroepsdiscussies een verband met de islamitische achtergrond van sommigen. Dat blijkt overigens ook uit enkele kwalitatieve interviews:

"Pour ma religion, on peut pas faire ça." (F012, straatsector, 47 jaar)

92,6% van alle bevroegde sekswerkers heeft meer dan één keer alcohol geconsumeerd. Toch stellen we significante verschillen vast tussen prostitutiebranches ($\chi^2=15,74$; $df=5$; $p<0,009$): in de bar/club-sector dronken alle respondenten meer dan één keer alcohol, terwijl één op tien raamprostituees (10,7%, $N=13$) aangeeft nog nooit alcohol te hebben genuttigd. Het merendeel van deze geheelonthouders vinden we overigens terug in Brussel en omgeving, in de *Aarschotstraat* en in de *buurt van het Noordstation*. Dat zijn niet toevallig twee prostitutiebuurten waar veel West-Afrikaanse vrouwen – met een islamitische achtergrond - werken. Toch merken we op dat de sekswerkers die nog nooit alcohol hebben geconsumeerd, niet enkel West-Afrikaanse roots hebben, maar ook afkomstig zijn uit Oost- en West-Europa.

Tabel 26: Life time en last month prevalentie van alcohol, per sector (N=528)

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Life time prevalentie	Nooit	3,7% N=4	10,7% N=13	5,7% N=4	-	1,4% N=2	7,5% N=3	4,9% N=26
	1 keer	5,6% N=6	3,3% N=4	-	-	2,2% N=3	-	2,5% N=13
	> 1 keer	90,7% N=97	86,1% N=105	94,3% N=66	100,0% N=50	96,4% N=134	92,5% N=37	92,6% N=489
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528
Last month prevalentie	Nooit	9,3% N=10	13,9% N=17	5,7% N=4	-	3,6% N=5	7,5% N=3	7,4% N=39
	Nee	22,4% N=24	30,3% N=37	12,9% N=9	2,0% N=1	15,1% N=21	10,0% N=4	18,2% N=96
	Ja	68,2% N=73	55,7% N=68	81,4% N=57	98,0% N=49	81,3% N=113	82,5% N=33	74,4% N=393
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528

1.2. Huidig alcoholgebruik

1.2.1. Omvang van het alcoholgebruik

Van alle bevroegde sekswerkers heeft 74,4% ($N=393$) de laatste 30 dagen nog alcohol gedronken. De verschillen in alcoholgebruik tussen de prostitutiebranches zijn statistisch significant ($\chi^2=45,78$; $df=5$; $p<0,001$): in de raamprostitutie vinden we méér sekswerkers die de laatste maand niet gedronken hebben (30,3%, $N=37$), terwijl amper één respondente (2%) uit de bar/clubsector naar eigen zeggen de laatste maand niet gedronken heeft. Zij was bovendien op het moment van de afname van het interview niet als sekswerker actief.

De aantallen zijn te klein om na te gaan of er mogelijk statistisch significante verschillen bestaan tussen regio's of tussen specifieke prostitutiebuurten. We stellen desondanks vast dat in Brussel en omgeving verhoudingsgewijs meer respondenten aangeven in de laatste 30 dagen géén alcohol te hebben geconsumeerd; zij zijn vooral te vinden in de bar/raamsector, in de *Rue de Marnix* en in de *carrés* rond het Brusselse *Noordstation*.

Ook wat het verband tussen alcoholconsumptie en andere kenmerken (geslacht, leeftijd, nationaliteit, gezins- en woonsituatie, opleiding en inkomsten, zie hoofdstuk 3) betreft, konden geen statistisch significante correlaties worden achterhaald.

1.2.2. Frequentie van alcoholgebruik

We vroegen respondenten die de laatste 30 dagen hadden gedronken, *hoe vaak* ze dat hadden gedaan (zie **Tabel 27**).

Tabel 27: Frequentie van alcoholgebruik onder de huidige gebruikers, per sector (N=392)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club*	Privé	Escort	Totaal
1/maand	11,0% N=8	13,2% N=9	14,0% N=8	2,0% N=1	11,5% N=13	15,2% N=5	11,2% N=44
2-3/maand	20,5% N=15	29,4% N=20	19,3% N=11	2,0% N=1	25,7% N=29	21,2% N=7	21,1% N=83
1/week	12,3% N=9	16,2% N=11	12,3% N=7	4,1% N=2	23,0% N=26	18,2% N=6	15,5% N=61
2-3/week	16,4% N=12	22,1% N=15	28,1% N=16	22,4% N=11	23,0% N=26	30,3% N=10	22,9% N=90
4-6/week	13,7% N=10	10,3% N=7	19,3% N=11	44,9% N=22	8,0% N=9	12,1% N=4	16,0% N=63
Dagelijks	24,7% N=18	8,8% N=6	7,0% N=4	24,5% N=12	8,8% N=10	3,0% N=1	13,0% N=51
Totaal	N=72	N=68	N=57	N=49	N=113	N=33	N=392

* Van 1 respondente die de laatste 30 dagen gedronken heeft (N=393), ontbreekt de informatie.

Van wie de laatste 30 dagen alcohol consumeerden, heeft bijna één op drie (29%) dat ten minste vier keer per week gedaan. Deze frequente drinkers maken 21,6% van de totale steekproef uit (N=114). Van deze groep zeggen 51 respondenten (13% van wie de laatste dertig dagen heeft gedronken) zelfs *dagelijks* alcohol te consumeren.

De verschillen tussen prostitutiesectoren zijn significant ($\chi^2=84,65$; $df=30$; $p<0,001$): zo drinkt bijna 70% van de respondenten in een bar/club (N=34) 'frequent' (d.w.z. ten minste 4 keer per week). Ook onder de respondenten in de straatprostitutie, vinden we verhoudingsgewijs méér mensen die 'frequent' drinken: 38,4% (N=28). Wat de percentages betreft van mensen die *dagelijks* alcohol consumeren, springen de sectoren van de straatprostitutie en de bar/clubprostitutie in het oog: één vierde van die vrouwen zegt in de voorbije maand dagelijks alcohol te hebben gebruikt. De proporties van 'frequent' en 'dagelijkse drinkers' zijn bijgevolg hoger in de buurt rond het Brusselse Noordstation (de

carrés) en de Rue de Marnix, de Luikse buurt rond de Cathédrale Nord, en de Antwerpse Atheneumbuurt: steevast buurten die met straatprostitutie of bar/clubs worden geassocieerd.

1.2.3. *Binge drinking*

De afgelopen maand dronk 36% (N=190) van de totale steekproef wel eens 6 of méér eenheden bij eenzelfde gelegenheid (*binge drinking*). Dit is zowat de helft (48,8%) van wie de laatste 30 dagen gedronken hebben (N=393). Verhoudingsgewijs rapporteren méér respondenten uit de bar/clubsector *binge drinking*, in vergelijking met andere prostitutiebranches ($\chi^2=31,90$; $df=5$; $p<0,001$). Verschillen tussen regio's of specifieke prostitutiebuurten zijn niet statistisch significant.

Tabel 28: Frequentie van *binge drinking*, onder de huidige *binge drinkers*, per sector (N=184)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club*	Privé	Escort	Totaal
1/maand	18,8% N=6	30,4% N=7	17,2% N=5	5,0% N=2	27,1% N=13	50,0% N=6	21,1% N=39
2-3/maand	15,6% N=5	34,8% N=8	27,6% N=8	2,5% N=1	29,2% N=14	33,3% N=4	21,7% N=40
1/week	9,4% N=3	13,0% N=3	13,8% N=4	7,5% N=3	16,7% N=8	-	11,4% N=21
2-3/week	12,5% N=4	13,0% N=3	24,1% N=7	40,0% N=16	25,0% N=2	16,7% N=2	23,9% N=44
4-6/week	25,6% N=5	8,7% N=2	13,8% N=4	30,0% N=12	2,1% N=1	-	13,0% N=24
Dagelijks	28,1% N=9	-	3,4% N=1	15,0% N=6	-	-	8,7% N=16
Totaal	N=32	N=23	N=29	N=40	N=48	N=12	N=184

* Van 6 respondenten die de afgelopen 30 dagen 6 eenheden of meer op eenzelfde gelegenheid dronken (N=190), ontbreekt deze informatie.

Van 184 respondenten die de afgelopen dertig dagen wel eens 6 of meer eenheden bij eenzelfde gelegenheid hebben gedronken, weten we ook *hoe vaak* dat is gebeurd (**Tabel 28**). Honderdenvijf respondenten (57,1%) deden het ten minste één keer per week. Dat is één op vijf van alle bevraagde sekswerkers (19,9%). Zestien respondenten (3% van de totale steekproef) drinken naar eigen zeggen *dagelijks* zes of meer eenheden per gelegenheid. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen sectoren hier statistisch significant zijn, maar we stellen wel vast dat de sekswerkers die meer dan één keer per week aan *binge drinking* deden, vooral in de bar/club prostitutie en in de straatprostitutie actief zijn. De aantallen zijn te klein om te achterhalen of er tussen regio's of tussen specifieke prostitutiebuurten mogelijk statistisch significante verschillen bestaan.

1.2.4. *Drinkgedrag op een werk- of vrije dag*

We vroegen de respondenten in te schatten hoeveel glazen ze op *een vrije dag* en op *een werkdag* gemiddeld drinken. Van wie de afgelopen maand had gedronken, stelde 42% (N=165) dat zij op een

werkdag door de band niets drinken. Dat is 31,3% van alle bevraagde sekswerkers. Anderzijds drinkt 9,3% van de totale steekproef (N=49; of 12,5% van wie de afgelopen 30 dagen dronk) gemiddeld 7 of meer glazen op een werkdag (soms zelfs meer dan 20 glazen op een dag). Deze respondenten werken voornamelijk in de bar/clubsector en in iets mindere mate in de straatprostitutie.

Het merendeel van de bevraagde sekswerkers (42% van de totale steekproef; 56,5% van wie de laatste 30 dagen dronk; N=222) drinkt op *een vrije dag* naar eigen zeggen niets. Anderzijds drinkt 3,6% van de totale steekproef (N=19; 4,8% van wie de laatste 30 dagen dronk) op een vrije dag 7 tot meer dan 20 glazen. Deze respondenten zijn voornamelijk in de straatprostitutie actief.

In **Tabel 29** presenteren we het gemiddeld aantal glazen op een vrije dag en op een werkdag per sekswerker. De rechtse kolom bevat de gegevens met betrekking tot alle bevraagde sekswerkers, de andere kolommen bevatten de gegevens per prostitutiesector.

Tabel 29: Gemiddeld aantal glazen op een vrije dag (N=372)* en op een werkdag (N=371) onder de huidige alcoholgebruikers, per sector**

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
VRIJE DAG	Gemiddeld	2,9	0,6	0,8	1	1,7	1	1,5
	Mediaan	1	0	0	0	0	0	0
	Std. Deviatie	5,1	1,1	2,1	2	3,6	1,6	3,3
	Minimum	0	0	0	0	0	0	0
	Maximum	25	6	12	10	30	6,5	30
	Totaal	N=71	N=63	N=55	N=48	N=106	N=29	N=372
WERKDAG	Gemiddeld	4,3	1	3,2	9,9	1	0,9	3
	Mediaan	2	0	2	8	0	1	1
	Std. Deviatie	6,3	1,9	5	7,1	2,4	1	5,26
	Minimum	0	0	0	1	0	0	0
	Maximum	25	10	28	30	19,3	3,5	30
	Totaal	N=70	N=65	N=54	N=46	N=107	N=29	N=371

* Van 21 respondenten die de afgelopen 30 dagen alcohol gebruikt hebben (N=393), kon dit niet worden berekend.

** Van 22 respondenten die de afgelopen 30 dagen alcohol gebruikt hebben (N=393), kon dit niet worden berekend.

Er bestaan bijzonder grote individuele verschillen tussen sekswerkers, zelfs binnen elke prostitutiebranche: de minimum- en maximumwaarden voor het gemiddeld aantal glazen liggen stevast ver uit elkaar. Gemiddeld genomen drinken respondenten die de laatste 30 dagen gedronken hebben, op een vrije dag anderhalf glas en op een werkdag 3 glazen.

Tussen de verschillende prostitutiebranches zijn statistisch significante verschillen vast te stellen, zowel wat het gemiddeld aantal glazen op een werkdag betreft, als wat het gemiddeld aantal glazen op een vrije dag aangaat. In de *bar/clubsector* drinken de respondenten (die de laatste dertig dagen hebben gedronken) gemiddeld 9,9 glazen; in de *straatprostitutie* drinken de respondenten 4,3 glazen *per werkdag*. Dat is opvallend meer dan de respondenten in de andere sectoren (F(5, 365)=32,084; p=0,000).

Ook wat het gemiddeld aantal glazen op een vrije dag betreft, springen de respondenten uit de straatprostitutie in het oog: zij drinken op zo een dag gemiddeld 2,9 glazen, dat is méér dan respondenten uit andere sectoren ($F(5,366)=4,788$; $p=0,000$).

Ook tussen verschillende regio's en buurten vinden we statistisch significante verschillen: het gemiddeld aantal glazen op een werkdag en op een vrije dag is hoger in de Luikse buurt rond de Cathédrale Nord en de Antwerpse Atheneumbuurt: dat zijn de buurten die met straatprostitutie of bar/clubs worden geassocieerd.

We hebben geen statistisch significante correlaties vastgesteld tussen deze variabelen en sociodemografische variabelen, zoals burgerlijke stand, leeftijd, diploma of geboorteland. Er is ook geen (signifcant) verband vastgesteld met de werkomstandigheden (o.m. de hierboven beschreven variabelen omtrent het arbeidsregime, het gemiddeld aantal klanten, enz.) of met het subject ervaren gevoel van vrijheid om het werkritme, het werkvolume of de aangeboden diensten te bepalen.

Van alle bevraagde sekswerkers (die de laatste 30 dagen alcohol hebben genuttigd), is het gemiddeld aantal glazen op een werkdag 3, en op een vrije dag 1,5. Alléén in de privé- en de escortsector is het gemiddeld aantal glazen op een vrije dag hoger dan op een werkdag (zie tabel 36). We hebben de respondenten verder in drie categorieën ondergebracht: wie op een werkdag méér drinken dan op een vrije dag, wie op een vrije dag méér drinken, en wie op beide dagen evenveel drinken (zie **Tabel 30**).

Tabel 30: Verschillend drinkgedrag op een werk- of op een vrije dag, per sector (N=356)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Meer op een werkdag	40,6% N=28	32,3% N=20	69,8% N=37	91,1% N=41	16,0% N=16	37,0% N=10	42,7% N=152
Evenveel	46,4% N=32	46,8% N=29	17,0% N=9	4,4% N=2	55,0% N=55	33,3% N=9	38,2% N=136
Meer op een vrije dag	13,0% N=9	21,0% N=13	13,2% N=7	4,4% N=2	29,0% N=29	29,6% N=8	19,1% N=68
Totaal	N=69	N=62	N=53	N=45	N=100	N=27	N=356

* Van 37 respondenten die de laatste 30 dagen alcohol hebben gedronken (N=393), kon dit niet worden berekend.

152 respondenten (of 42,7% van wie de laatste 30 dagen gedronken had) drinken meer op een werkdag dan op een vrije dag; 38,2% drinkt naar eigen zeggen evenveel. Tussen prostitutiesectoren zijn evenwel statistisch significante verschillen opgemerkt: in de bar/clubsector zegt 91,1% méér te drinken op werkdagen, in de bar/raamsector is dat 69,8%. Anderzijds zeggen méér respondenten uit de privé- en de escortbranches dat ze op werkdagen minder drinken dan op vrije dagen (respectievelijk 29,0% en 29,6%) ($\chi^2=96,165$; $df=10$; $p<0,001$). Sommigen suggereren dat privésekswerkers en escortmeisjes doorgaans over méér vrije tijd beschikken, en dus vaker alcohol consumeren in de vrije tijd (op feestjes, op restaurant, enz.). Dat strookt in ieder geval met de bevindingen omtrent het aantal uren per week dat deze respondenten presteren (zie hierboven).

Ook hier hebben we géén statistisch significante correlaties vastgesteld tussen deze gehercodeerde variabele en sociodemografische variabelen, de werkomstandigheden of met het subject ervaren gevoel van vrijheid om het werkritme, het werkvolume of de aangeboden diensten te bepalen.

1.2.5. Gelegenheden waarop men alcohol gebruikt

Hierboven maakten we al duidelijk dat méér dan de helft van alle bevroegde sekswerkers (die de afgelopen 30 dagen alcohol nuttigden) *op werkdagen* had gedronken. Om meer nauwkeurig te kunnen bestuderen of alcoholconsumptie met het sekswerk zelf verband houdt, vroegen we respondenten bij welke gelegenheden zij de afgelopen 30 dagen alcohol hadden gebruikt (zie **Tabel 31**). Zij konden daarbij aangeven of zij *voor of na het (seks)werk* hadden gedronken, en *op de werkplek*.

Tabel 31: Gelegenheden waarop alcohol wordt gebruikt, onder huidige drinkers, per sector (N=392)***

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Vóór het werk	23,3% N=17	4,1% N=3	-	4,1% N=2	4,4% N=5	-	6,9% N=27
Op het werk	52,1% N=38	33,8% N=23	77,2% N=44	100,0% N=49	29,2% N=33	37,5% N=12	50,8% N=199
Ná het werk	31,5% N=23	26,5% N=18	17,5% N=10	14,3% N=7	33,6% N=38	18,8% N=6	26,0% N=102
Totaal	N=73	N=68	N=57	N=49	N=113	N=32	N=392

* Van één respondente onder de huidige alcoholgebruikers (N=393) ontbreekt deze informatie

** De respondenten konden meer dan één antwoord geven.

De helft van alle respondenten (die de afgelopen 30 dagen hebben gedronken), heeft *op de werkplek zelf* gedronken (N=199; 50,8%). Tussen de verschillende sectoren vinden we belangrijke verschillen ($\chi^2=94,580$; $df=5$; $p<0,001$). Terwijl in de privésector 29,2% van de respondenten aangeeft op de werkplek te drinken, zegt 77,2% van de respondenten in de bar/raamsector op de werkplek te hebben gedronken. Alle respondenten (N=49; 100%) actief in de bar/clubsector, hebben op de werkplek alcohol genuttigd. Dat is geen verrassende vaststelling, want in deze sectoren verdienen de sekswerkers op de alcoholconsumptie. Veel respondenten uit deze sectoren geven aan dat ze verplicht zijn om op de werkplek te drinken, omdat ze er inkomsten uit halen. Veel sekswerkers verdienen trouwens liever geld met het consumeren van alcohol met klanten, dan met seksuele dienstverlening. Zij trachten seksuele contacten zoveel mogelijk te vermijden. Andere sekswerkers bieden uitsluitend seksuele diensten aan en werken dus zonder te verdienen op consumptie en/of zonder te drinken.

Hoewel het aantal respondenten uit de raamprostitutie, het privésekswerk of de escortebranche dat op de werkplek drinkt, in vergelijking met andere sectoren laag is, dient opgemerkt dat het toch om aanzienlijke proporties gaat (respectievelijk 33,8%, 29,2% en 37,2%).

Slechts een beperkt aantal respondenten (6,9%; N=27) zegt de laatste 30 dagen alcohol te hebben geconsumeerd *vóór ze aan het werk gaan*. Eén sector springt hier vooral in het oog: 23,3% (N=17) van de respondenten uit de straatprostitutie zegt alcohol te hebben gedronken *vóór ze aan het werk gaan*.

Eén op vier bevroagde sekswerkers (26%) heeft de afgelopen 30 dagen alcohol gedronken *ná het werk*. Sommige respondenten geven daarbij aan dat dit niet noodzakelijk betekent dat alcoholconsumptie niks met het sekswerk te maken heeft: sommige respondenten zeggen thuis, na het werk, te drinken “om de werkdag door te spoelen”. Dat geldt overigens ook voor het gebruik van andere middelen (zie verder).

2. Benzodiazepinen

Benzodiazepinen omvatten slaap- en kalmeermiddelen, zoals lorazepam (Temesta[®]), diazepam (Valium[®]) en flunitrazepam (Rohypnol[®]). In **tabel 32** presenteren we de gegevens inzake last month-prevalentie (‘huidig gebruik’) voor benzodiazepinen. De rechtse kolom bevat de gegevens met betrekking tot alle bevroagde sekswerkers, de andere kolommen bevatten de gegevens per prostitutiesector. Net zoals in de meeste nationale prevalentiestudies werd de *life time prevalentie* niet bevroagd (T. Decorte, D. Mortelmans, J. Tieberghien, & S. De Moor, 2009).

Tabel 32: Last month prevalentie van benzodiazepinen, per sector (N=528)

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Last month prevalentie	Nee	64,5% N=69	77,0% N=94	82,9% N=58	78,0% N=39	73,4% N=102	72,5% N=29	74,1% N=391
	Ja	35,5% N=38	23,0% N=28	17,1% N=12	22,0% N=11	26,6% N=37	27,5% N=11	25,9% N=137
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528

2.1. Prevalentie van benzodiazepinegebruik

Opvallend veel bevroagde sekswerkers geven aan de laatste maand benzodiazepinen te hebben gebruikt: één op vier respondenten (25,9%; N=137). Van deze groep respondenten zegt 15,3% (N=21) deze middelen op de zwarte markt te hebben gekocht: het betreft voornamelijk respondenten in de straatprostitutie. Drie respondenten (2,2%) kochten de middelen zowel in de apotheek met een voorschrift als op de zwarte markt (twee van hen werken ook in de straatprostitutie). Dit type medicatie wordt meestal op doktersvoorschrift genomen (81,7%; N=112). Dit laat vermoeden dat deze producten in het kader van een behandeling worden genomen. Verschillen tussen prostitutiesectoren, regio's en

specifieke prostitutiebuurten inzake de prevalentie van benzodiazepinegebruik zijn niet statistisch significant.

Er is wel een statistisch significante correlatie tussen de last month prevalentie van benzodiazepinegebruik en de leeftijd van respondenten: hoe ouder de respondenten, hoe hoger het benzodiazepinegebruik ($\chi^2=13,78$; $df=4$; $p<0,009$). Bovendien correleert het gebruik op statistisch significante wijze met het aantal jaren ervaring in het sekswerk: hoe langer de respondent als sekswerker actief is, hoe hoger de kans dat zij de laatste 30 dagen benzodiazepinen heeft gebruikt ($\chi^2=27,098$; $df=5$; $p<0,001$).

In de focusgroepsdiscussies werd gewezen op het feit dat deze vaststellingen gelijklopen met trends die ook onder de algemene bevolking worden vastgesteld. De prevalentie inzake benzodiazepinegebruik wordt enerzijds in verband gebracht met psychische problemen, en anderzijds met het (onnodig of overdreven) voorschrijfgedrag van artsen. Een aantal deelnemers wijst erop dat benzodiazepinen soms door een huisarts worden voorgeschreven, maar niet in het kader van een psychiatrische behandeling.

2.2. Frequentie van benzodiazepinegebruik

We vroegen de respondenten die de laatste 30 dagen benzodiazepinen hebben aangewend, *hoe vaak* dit het geval was (zie **Tabel 33**).

Tabel 33: Frequentie van benzodiazepinegebruik onder de huidige gebruikers, per sector (N=134)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
1/maand	5,3% N=2	11,1% N=3	-	-	2,8% N=1	10,0% N=1	5,2% N=7
2-3/maand	15,8% N=6	7,4% N=2	-	27,3% N=3	13,9% N=5	-	11,9% N=16
1/week	2,6% N=1	-	25,0% N=3	9,1% N=1	5,6% N=2	20,0% N=2	6,7% N=9
2-3/week	10,5% N=4	14,8% N=4	-	9,1% N=1	5,6% N=2	20,0% N=2	9,7% N=13
4-6/week	-	3,7% N=1	-	9,1% N=1	5,6% N=2	-	3,0% N=4
Dagelijks	65,8% N=25	63,0% N=17	75% N=9	45,5% N=5	66,7% N=24	50,0% N=5	63,4% N=85
Totaal	N=38	N=27	N=12	N=11	N=36	N=10	N=134

* Voor drie respondenten ontbreekt deze informatie.

Meer dan de helft van wie de afgelopen maand benzodiazepinen gebruikte, deed dat dagelijks (63,4%; N=85). Dat geldt voor alle prostitutiesectoren. De kleinste proportie van dagelijks benzodiazepinegebruik vinden we in de bar/clubsector, maar ook hier geeft 45,5% van de respondenten (die de laatste maand hebben gebruikt) aan dat ze dagelijks benzodiazepinen consumeerden.

2.3. Gelegenheden waarop men benzodiazepinen gebruikt

Om nauwkeurig te kunnen bestuderen of benzodiazepinengebruik verband houdt met het sekswerk zelf, vroegen we de respondenten bij welke gelegenheden de afgelopen 30 dagen benzodiazepinen werden gebruikt (zie Tabel 34).

Tabel 34: Gelegenheden waarop benzodiazepinen worden gebruikt, onder de huidige gebruikers, per sector (N=135)***

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Vóór het werk	31,6% N=12	22,2% N=6	8,3% N=1	-	16,7% N=6	9,1% N=1	19,3% N=26
Op het werk	5,3% N=2	7,4% N=2	8,3% N=1	18,2% N=2	19,4% N=7	9,1% N=1	11,1% N=15
Ná het werk	28,9% N=11	55,6% N=15	50,0% N=6	36,4% N=4	52,8% N=19	36,4% N=4	43,7% N=59
Andere	57,9% N=22	18,5% N=5	50,0% N=6	45,5% N=5	44,4% N=16	54,5% N=6	44,4% N=60
Totaal	N=38	N=27	N=12	N=11	N=36	N=11	N=135

* Van 2 respondenten die de afgelopen 30 dagen benzodiazepinen gebruikt hebben (N=137), ontbreekt deze informatie.

** De respondenten konden meer dan één antwoord geven.

Van wie de laatste 30 dagen benzodiazepinen gebruikte, deed slechts 11,1% (N=15) dat op de werkplek. Eén op vijf van deze sekswerkers gebruikte slaap- of kalmeermiddelen vóór het werk. Benzodiazepinen worden vooral gebruikt ná het sekswerk (43,7%), of bij andere gelegenheden (44,4%): meestal 's avonds voor het slapengaan of op een vast tijdstip (zoals 2 maal daags). In tegenstelling tot veel andere roesmiddelen worden benzodiazepinen zelden of nooit bij sociale gelegenheden (zoals privé-feestjes, bij het uitgaan, e.d.) gebruikt. Dat is ook logisch gezien de effecten van deze middelen. De aantallen zijn te klein om de statistische significantie van de verschillen tussen de prostitutiebranches na te gaan. Tussen regio's of prostitutiebuurten werden geen significante verschillen vastgesteld.

Volgens de deelnemers aan de focusgroepen moet het benzodiazepine- en eventuele antidepressivagebruik met psychologische moeilijkheden in verband gebracht worden. Deze moeilijkheden zijn niet noodzakelijk gelieerd aan het prostitutiewerk, maar aan het leven op zich. Uit de kwalitatieve gesprekken blijkt dat dit in sommige gevallen toch te maken heeft met sekswerk of met de combinatie van werken in de seksindustrie en moeilijkheden op andere vlakken.

“Als ik dan weggegaan ben van die vent, heb ik dan drie maanden antidepressiva genomen. Omdat ik alles dan opnieuw moest bouwen, en ik zag de kinderen in paniek en ik dacht: ik ga dat nooit aankunnen... en ik moest dan in de vitrine...” (R002, privésector, 47 jaar)

3. Cannabis

In **Tabel 35** presenteren we de gegevens inzake life time prevalentie ('ooit-gebruik') en last month-prevalentie ('huidig gebruik') voor cannabis. De rechtse kolom bevat de gegevens met betrekking tot alle bevraagde sekswerkers, de andere kolommen bevatten de gegevens per prostitutiesector.

Tabel 35: Life time en last month prevalentie van cannabis, per sector (N=528)

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Life time prevalentie	Nooit	28,0% N=30	63,9% N=78	51,4% N=36	24,0% N=12	31,7% N=44	47,5% N=19	41,5% N=219
	1 keer	10,3% N=11	6,6% N=8	8,6% N=6	8,0% N=4	7,2% N=10	12,5% N=5	8,3% N=44
	> 1 keer	61,7% N=66	29,5% N=36	40,0% N=28	68,0% N=34	61,2% N=85	40,0% N=16	50,2% N=265
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528
Last month prevalentie	Nooit	38,3% N=41	70,5% N=86	60,0% N=42	32,0% N=16	38,8% N=54	60,0% N=24	49,8% N=263
	Nee	25,2% N=27	11,5% N=14	20,0% N=14	46,0% N=23	32,4% N=45	27,5% N=11	25,4% N=134
	Ja	36,4% N=39	18,0% N=22	20,0% N=14	22% N=11	28,8% N=40	12,5% N=5	24,8% N=131
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528

3.1. Ooit-gebruik van cannabis

Méér dan de helft van alle respondenten (58,5%; N=309) heeft ten minste één keer cannabis gebruikt. Na alcohol is cannabis bijgevolg het meest gebruikte middel. Het is onder de respondenten het vaakst gebruikte *illegale* roesmiddel. Voor vierenvestig respondenten (8,3% van de totale steekproef) bleef het bij dat eenmalige experiment; de helft van alle bevraagde sekswerkers (N=265; 50,2%) heeft meer dan één keer cannabis gebruikt. De zgn. *discontinuation rate* – het aantal mensen dat wel een keer cannabis heeft gebruikt, maar er niet mee doorgaat- is dus niet erg groot.

De verschillen in life time prevalentie van cannabisgebruik tussen de prostitutiebranches zijn statistisch significant ($\chi^2=48,58$; $df=5$; $p<0,001$). In de bar/clubsector heeft 24% van de bevraagde sekswerkers naar eigen zeggen nog nooit cannabis gebruikt; in de straatprostitutie is dat 28%; terwijl 63,9% van de bevraagde sekswerkers uit de raamprostitutie naar eigen zeggen nog nooit cannabis heeft gebruikt. We hebben geen statistisch significante verschillen vastgesteld tussen de vijf regio's, maar wél een betekenisvol verschil tussen bepaalde prostitutiebuurten. Zo hadden álle respondenten uit de Luikse buurt *Cathédrale Nord* life time ervaring met cannabis, wat ook geldt voor zowat alle respondenten uit de Antwerpse *Atheneumbuurt*. Anderzijds had bijna niemand van de respondenten uit de buurt rond het *Brusselse Noordstation* en niemand uit de *Aarschotstraat* naar eigen zeggen ooit cannabis gebruikt ($\chi^2=73,55$; $df=9$; $p<0,001$). Het betreft hier meestal sekswerkers afkomstig uit Oost-Europa of West-Afrika.

3.2. Huidig cannabisgebruik

3.2.1. Omvang van het cannabisgebruik

Van de bevroegde sekswerkers gebruikte ongeveer één vierde (24,8%; N=131) ook de laatste 30 dagen nog cannabis (zie **tabel 35**). Er zijn statistisch significante verschillen tussen de prostitutiesectoren: zo vinden we de hoogste proporties van ‘huidige cannabisgebruikers’ (d.w.z. mensen die naar eigen zeggen nog de laatste maand cannabis hebben geconsumeerd) in de straatprostitutie (36,4%) en in de privéprostitutie (28,8%). De kleinste proportie vinden we in de escortsector (12,5%) ($\chi^2=16,28$; $df=5$; $p<0,007$). De aantallen zijn te klein om de statistische significantie van de verschillen tussen regio’s of prostitutiebuurten na te gaan.

Deelnemers aan de focusgroepsdiscussies wezen er meer dan één keer op dat het gebruik van cannabis in alle prostitutiebranches voorkomt. Er is sprake van ‘een normalisering’ van cannabisgebruik, zoals dat ook onder de algemene bevolking het geval is.

3.2.2. Frequentie van cannabisgebruik

We vroegen de respondenten die de laatste 30 dagen cannabis gebruikten, *hoe vaak* ze dat deden (zie **Tabel 36**).

Tabel 36: Frequentie van cannabisgebruik onder huidige gebruikers, per sector (N=130)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
1/maand	12,8% N=5	19,0% N=4	-	18,2% N=2	12,5% N=5	-	12,3% N=16
2-3/maand	15,4% N=6	-	14,3% N=2	18,2% N=2	12,5% N=5	20,0% N=1	12,3% N=16
1/week	20,5% N=8	4,8% N=1	7,1% N=1	18,2% N=2	5,0% N=2	20,0% N=1	11,5% N=15
2-3/week	20,5% N=8	9,5% N=2	14,3% N=2	-	10,0% N=4	-	12,3% N=16
4-6/week	15,4% N=6	9,5% N=2	-	-	5,0% N=2	20,0% N=1	8,5% N=11
Dagelijks	15,4% N=6	57,1% N=12	64,3% N=9	45,5% N=5	55,0% N=22	40,0% N=2	43,1% N=56
Totaal	N=39	N=21	N=14	N=11	N=40	N=5	N=130

* Van één respondent die de afgelopen 30 dagen cannabis gebruikt heeft (N=131), ontbreekt de informatie.

Achttienentig respondenten, of 18,6% van alle bevroegde sekswerkers heeft in de afgelopen maand naar eigen zeggen ten minste één keer per week cannabis gebruikt. Sterker nog, zesenvijftig respondenten (43,1% van de respondenten die de laatste maand cannabis hebben geconsumeerd, en 10,6% van de totale steekproef) hebben dat naar eigen zeggen *dagelijks* gedaan.

“Voor mijn tv, in mijn auto als ik aan het rijden ben. Voor ik ga gaan slapen zeker. Ik denk dat dat wel één van de belangrijkste is... Voor ik ga gaan slapen en tijdens mijn slaap wakker worden en direct weer trekken aan een joint, dat ik direct weer kan in slaap vallen. Na het eten... Ja, constant eigenlijk. Als ik ergens naartoe ga, dan denk ik daar al aan van ‘op welke plaats kan ik een joint roken?’, want ik weet dat dat niet overal gaat.” [...] Ik smoor altijd.” (R018, raamsector, 23 jaar)

De verschillen tussen prostitutiesectoren zijn opvallend (zo gebruikt 15,4% van de straatprostituees die de laatste dertig dagen cannabis gebruikten, dagelijks versus 64,3% van de sekswerkers uit de bar/raamsector), maar de aantallen zijn te klein om na te gaan of deze verschillen statistisch significant zijn. Dat geldt ook voor de verschillen tussen regio's of prostitutiebuurten.

3.2.3. Gelegenheden voor cannabisgebruik

Om meer nauwkeurig te kunnen bestuderen of cannabisgebruik verband houdt met het sekswerk zelf, vroegen we onze respondenten bij welke gelegenheden zij de afgelopen 30 dagen cannabis hadden gebruikt (zie **Tabel 37**).

Tabel 37: Gelegenheden waarop cannabis wordt gebruikt, onder huidige gebruikers, per sector (N=131)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Voor het werk	30,8% N=12	22,7% N=5	35,7% N=5	9,1% N=1	17,5% N=7	20,0% N=1	23,7% N=31
Werkplek	51,3% N=20	36,4% N=8	21,4% N=3	18,2% N=2	15% N=6	20,0% N=1	30,5% N=40
Na het werk	51,3% N=20	59,1% N=13	85,7% N=12	72,7% N=8	70,0% N=28	60,0% N=3	64,1% N=84
Vrije dagen	51,3% N=20	40,9% N=9	57,1% N=8	45,5% N=5	30,0% N=12	60,0% N=3	43,5% N=57
Feestjes	15,4% N=6	18,2% N=4	28,6% N=4	-	22,5% N=9	20,0% N=1	18,3% N=24
Andere	25,6% N=10	18,2% N=4	7,1% N=1	18,2% N=2	25,0% N=10	20,0% N=1	21,4% N=28
Totaal	N=39	N=22	N=14	N=11	N=40	N=5	N=131

* De respondenten konden meer dan één antwoord geven.

Van alle respondenten die de laatste dertig dagen cannabis gebruikten, zegt bijna één op drie dat (onder meer) op de werkplek te doen. De verschillen tussen de sectoren zijn opvallend (51,3% van de straatprostituees zegt op hun werkplek cannabis te hebben gebruikt, versus 15% van de sekswerkers in de privésector), maar de aantallen zijn te klein om statistische toetsen uit te voeren.

Cannabis wordt vooral thuis na het sekswerk gebruikt (64,1% van wie de laatste dertig dagen nog cannabis gebruikte). Dit kan betekenen dat cannabis vooral aangewend wordt ter ontspanning na het werk.

“Mais c’est pas comme avant où... Avant je fumais pour être éclatée [...] Maintenant je fume pour se détendre. Voilà, c’est notre petit truc à nous. C’est notre moment à nous, quand les petits sont couchés.” (R021, privésector, 25 jaar)

Daarnaast wordt cannabis gebruikt op vrije dagen (43,6%), tijdens privéfeestjes en bij andere gelegenheden, bijv. 's avonds vóór het slapengaan. De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen sectoren, regio's of prostitutiebuurten statistisch significant kunnen worden genoemd.

Veel respondenten geven aan dat ze op meer momenten cannabis gebruiken (zowel op de werkplek, na het werk als op vrije dagen). Dat zou erop kunnen wijzen dat cannabis voor deze respondenten niet zozeer met sekswerk zelf samenhangt, maar deel uitmaakt van een levensstijl.

4. Ecstasy

In **Tabel 38** presenteren we de gegevens inzake life time prevalentie ('ooit-gebruik') en last month prevalentie ('huidig gebruik') voor ecstasy. De rechtse kolom bevat de gegevens met betrekking tot alle bevraagde sekswerkers, de andere kolommen bevatten de gegevens per prostitutiesector.

Tabel 38: Life time en last month prevalentie van ecstasy, per sector (N=528)

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
<i>Life time prevalentie</i>	Nooit	68,2% N=73	84,4% N=103	64,3% N=45	58,0% N=29	58,3% N=81	52,5% N=21	66,7% N=352
	1 keer	11,2% N=12	3,3% N=4	11,4% N=8	8,0% N=4	12,9% N=18	15,0% N=6	9,8% N=52
	> 1 keer	20,6% N=22	12,3% N=15	24,3% N=17	34,0% N=17	28,8% N=40	32,5% N=13	23,5% N=124
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528
<i>Last month prevalentie</i>	Nooit	79,4% N=85	87,7% N=107	75,7% N=53	66,0% N=33	71,2% N=99	67,5% N=27	76,5% N=404
	Nee	20,6% N=22	11,5% N=14	24,3% N=17	34,0% N=17	25,9% N=36	22,5% N=9	21,8% N=115
	Ja	- N=1	0,8% N=1	-	-	2,9% N=4	10,0% N=4	1,7% N=9
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528

4.1. Ooit-gebruik van ecstasy

Een derde van alle bevraagde sekswerkers (33,3%; N=176) gebruikte ooit al eens ecstasy. Ongeveer één op vier (23,5%; N=124) gebruikte dat middel meer dan één keer. In de raamprostitutie nam 84,4% naar eigen zeggen nog geen ecstasy, terwijl we in de escortbranche het kleinste percentage van respondenten aantreffen dat nimmer ecstasy consumeerde (52,5%). De verschillen tussen de sectoren zijn statistisch significant ($\text{Chi}^2=27,32$; $\text{df}=5$; $p<0,001$). Tussen regio's of prostitutiebuurten evenwel niet.

Wel bestaat er een statistisch significante correlatie tussen de life time prevalentie van ecstasygebruik en de leeftijd van respondenten: hoe ouder de respondenten, hoe hoger het ecstasygebruik ($\text{Chi}^2=13,78$; $\text{df}=4$; $p<0,009$). Bovendien correleert het gebruik op statistisch significante wijze met het aantal jaren ervaring in het sekswerk: hoe langer de respondent als sekswerker actief is, hoe groter de

kans dat zij ervaring heeft met ecstasy ($\text{Chi}^2=12,651$; $\text{df}=5$; $p<0,03$). Tot slot dient opgemerkt dat de meeste respondenten met life time ervaring met ecstasy in West-Europa geboren zijn. Respondenten die dit product nog nooit hebben geprobeerd, zijn vooral uit Oost-Europa en West-Afrika afkomstig.

4.2. Huidig gebruik

Van wie ecstasy uitprobeerde, zegt slechts 5,1% (N=9) dat de laatste dertig dagen vóór het interview nog te hebben gedaan. Dat is amper 1,7% van alle bevroegde sekswerkers. Op één respondent na verdienen deze sekswerkers allemaal hun brood in de privé- of de escortsector.

Zeven van hen hebben de afgelopen maand één keer ecstasy gebruikt; de andere twee respondenten hebben dat twee of drie keer gedaan. Zowat alle respondenten vertellen dat ze ecstasy hebben genomen op een (privé)feestje. Ook wie vroeger ecstasy namen, associëren het gebruik ervan met het (jeugdige) uitgaansleven:

“Dat was elk weekend, van de vrijdag tot de dinsdag, dat wij uitgingen hé... ecstasy hé... heel veel...” (R018, raams sector, 23 jaar)

5. Amfetaminen

In **Tabel 39** presenteren we de gegevens inzake life time prevalentie (‘ooit-gebruik’) en last month prevalentie (‘huidig gebruik’) voor amfetaminen (‘speed’). De rechtse kolom bevat de gegevens met betrekking tot alle bevroegde sekswerkers, de andere kolommen bevatten de gegevens per prostitutie-sector.

Tabel 39: Life time en last month prevalentie van amfetaminen, per sector (N=528)

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
<i>Life time prevalentie</i>	Nooit	67,3% N=72	84,4% N=103	80,0% N=56	68,0% N=34	69,8% N=97	62,5% N=25	73,3% N=387
	1 keer	7,5% N=8	2,5% N=3	1,4% N=1	2,0% N=1	4,3% N=6	7,5% N=3	4,2% N=22
	> 1 keer	25,2% N=27	13,1% N=16	18,6% N=13	30,0% N=15	25,9% N=36	30,0% N=12	22,5% N=119
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528
<i>Last month prevalentie</i>	Nooit	74,8% N=80	86,9% N=106	81,4% N=57	70,0% N=35	74,1% N=103	70,0% N=28	77,5% N=409
	Nee	21,5% N=23	11,5% N=14	17,1% N=12	26,0% N=13	20,9% N=29	20,0% N=8	18,8% N=99
	Ja	3,7% N=4	1,6% N=2	1,4% N=1	4,0% N=2	5,0% N=7	10,0% N=4	3,8% N=20
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528

5.1. Ooit-gebruik van amfetaminen

Ongeveer één op vier bevraagde sekswerkers (26,7%, N=141) heeft ten minste één keer amfetaminen gebruikt. Tussen prostitutiebranches zijn statistisch significante verschillen vastgesteld: het aantal respondenten mét ervaring met amfetaminen is merklijker lager in de raamprostitutie en de bar/raamsector (resp. 15,6% en 20%) in vergelijking met de andere sectoren ($\text{Chi}^2=15,28$; $\text{df}=5$; $p<0,01$).

Een merkwaardige vaststelling betreft het statistisch significante verschil tussen de verschillende regio's: in Antwerpen en Gent hebben méér respondenten ervaring met amfetaminen (resp. 32%; N=39 en 26,7%; N=27), terwijl het aantal respondenten dat nooit amfetaminen gebruikte, in Brussel en omgeving het hoogst is (83,6%; N=97) ($\text{Chi}^2=15,84$; $\text{df}=4$; $p<0,004$). Tussen prostitutiebuurten vinden we geen statistisch significante verschillen. Ook tussen life time prevalentie en andere variabelen, zoals leeftijd, afkomst (geboorteland of nationaliteit), enz. konden we geen statistisch significante correlatie vaststellen.

5.2. Huidig amfetaminegebruik

Twintig respondenten (3,8% van de totale steekproef) gebruikten de laatste 30 dagen vóór het interview nog amfetaminen. De aantallen zijn zo klein, dat het niet zinvol is over de verschillen tussen prostitutiebranches uitspraken te doen. Deze respondenten werken in diverse sectoren, en uiteenlopende regio's en buurten.

Opvallend is wel dat twee op drie van deze respondenten (66,7%, N=12) de laatste dertig dagen naar eigen zeggen *ten minste één keer per week* amfetaminen heeft gebruikt. Drie respondenten (werkzaam in de straatprostitutie, in de escortbranche en in de raamprostitutie) gebruikten dit product *dagelijks*.

De gelegenheden waarop amfetaminen worden gebruikt, zijn divers. Tien respondenten (de helft van wie de laatste dertig dagen heeft gebruikt) hebben op een feestje 'speed' gebruikt. Sommige respondenten (N=5) gebruiken het middel naar eigen zeggen in het kader van een dieet. Eén respondente (in de raamprostitutie actief) geeft uitdrukkelijk aan dat ze het middel gebruikt 'om het sekswerk aan te kunnen'. Ook opmerkelijk is dat acht respondenten (42,1% van wie de laatste dertig dagen amfetaminen heeft gebruikt) *op de werkplek* gebruikten. Deze respondenten zijn werkzaam in verschillende prostitutiesectoren, regio's en buurten.

“Dat was om wakker te blijven hé. Weet je, omdat je zoveel uren moest doen. Dan hebben ze mij dat eens doen proberen en dat viel volledig in de smaak.[...] Op de dagen dat ik moest werken. [...] Van als je begint tot als je gedaan hebt, weet je. [...] Maar ja, bij het uitgaan ook, weet je.”
(R011, thuisontvangst, 39 jaar)

6. Cocaïne

In **tabel 40** presenteren we de gegevens inzake life time prevalentie ('ooit-gebruik') en last month prevalentie ('huidig gebruik') voor cocaïne. De rechtse kolom bevat de gegevens met betrekking tot alle bevraagde sekswerkers, de andere kolommen bevatten de gegevens per prostitutiesector.

Tabel 40: Life time en last month prevalentie van cocaïne, per sector (N=528)

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Life time prevalentie	Nooit	37,4% N=40	73,8% N=90	61,4% N=43	42,0% N=21	54,0% N=75	52,5% N=21	54,9% N=290
	1 keer	2,8% N=3	1,6% N=2	4,4% N=3	8,0% N=4	6,5% N=9	7,5% N=3	4,5% N=24
	> 1 keer	59,8% N=64	24,6% N=30	34,3% N=24	50,0% N=25	39,6% N=55	40,0% N=16	40,5% N=214
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528
Last month prevalentie	Nooit	40,2% N=43	75,4% N=92	65,7% N=46	50,0% N=25	60,4% N=84	60,0% N=24	59,5% N=314
	Nee	31,8% N=34	14,8% N=18	25,7% N=18	18,0% N=9	24,5% N=34	32,5% N=13	23,9% N=126
	Ja	28% N=30	9,8% N=12	8,6% N=6	32,0% N=16	15,1% N=21	7,5% N=3	16,7% N=88
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528

6.1. Ooit-gebruik van cocaïne

Bijna de helft van alle bevraagde sekswerkers gebruikte ooit al eens cocaïne (45%; N=238). Tussen de prostitutiebranches vinden we statistisch significante verschillen ($\text{Chi}^2=35,52$; $\text{df}=5$; $p<0,001$): In de straatprostitutie heeft 62,6% al eens cocaïne gebruikt; aan de andere kant heeft 26,2% van de raamprostituees ervaring met cocaïne.

Ook tussen regio's vinden we significante verschillen ($\text{Chi}^2=11,69$; $\text{df}=4$; $p<0,03$): 55,7% van de respondenten uit Antwerpen en omgeving (N=68) heeft cocaïne gebruikt; in Brussel en omgeving is dat 'slechts' 34,5%. In de andere drie regio's (Gent, Charleroi en Luik) ligt dat percentage tussen 40,4% en 46,3%.

Bijna alle respondenten uit de Antwerpse *Atheneumbuurt* en de Luikse buurt *Cathédrale Nord* hebben ervaring met cocaïne, terwijl we in de Brusselse buurten rond de *Rue de Marnix*, het *Noordstation* en de *Aarschotstraat* zo goed als géén respondenten aantreffen met cocaïnegebruik. In het Antwerpse *Schipperskwartier* had ongeveer één op drie sekswerkers met cocaïne geëxperimenteerd, en in de Luikse *Ville-Basse*, de buurt rond de *Brusselse metrostations* en het Gentse *Zuidkwartier* telkens ongeveer de helft. De verschillen in prevalentiecijfers zijn merkwaardig genoeg ook op buurtniveau statistisch significant ($\text{Chi}^2=88,15$; $\text{df}=9$; $p<0,001$).

6.2. Huidig cocaïnegebruik

6.2.1. Omvang van het cocaïnegebruik

16,7% (N=88) van alle bevroegde sekswerkers gebruikte ook de afgelopen 30 dagen cocaïne. De verschillen in cocaïnegebruik tussen de prostitutiebranches zijn statistisch significant ($\chi^2=29,49$; $df=5$; $p<0,001$): de hoogste prevalenties vinden we onder straatsekswerkers (28%) en sekswerkers in bar/clubs (32%). De laagste prevalenties (last month) vinden we in de escortbranche (7,5%), de raamprostitutie (9,8%) en de bar/raamsector (8,6%). De aantallen zijn evenwel te klein om de verschillen tussen regio's statistisch te toetsen. We stellen wel vast dat de meeste sekswerkers die de laatste 30 dagen nog cocaïne gebruikten, in Antwerpen en Brussel te vinden zijn.

6.2.2. Frequentie van cocaïnegebruik

We vroegen de respondenten die de laatste 30 dagen cocaïne hebben gebruikt (N=88), *hoe vaak* dat het geval was (zie **Tabel 41**).

Tabel 41: Frequentie van cocaïnegebruik onder huidige gebruikers, per sector (N=88)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
1/maand	13,8% N=4	16,7% N=2	40,0% N=2	25,0% N=4	42,9% N=9	33,3% N=1	25,6% N=22
2-3/maand	20,7% N=6	33,3% N=4	-	12,5% N=2	28,6% N=6	33,3% N=1	22,1% N=19
1/week	17,2% N=5	8,3% N=1	40,0% N=2	12,5% N=2	9,5% N=2	-	14,0% N=12
2-3/week	13,8% N=4	25,0% N=3	20,0% N=1	25,0% N=4	9,5% N=2	33,3% N=1	17,4% N=15
4-6/week	13,8% N=4	-	-	6,3% N=1	-	-	5,8% N=5
Dagelijks	20,7% N=6	16,7% N=2	-	18,8% N=3	9,5% N=2	-	15,1% N=13
Totaal	N=29	N=12	N=5	N=16	N=21	N=3	N=86

* Van twee respondenten die de afgelopen 30 dagen cocaïne gebruikt hebben (N=88), ontbreekt de informatie.

Zowat de helft van de sekswerkers die de laatste dertig dagen cocaïne hebben gebruikt, deed dit naar eigen zeggen *sporadisch*: één of slechts enkele keren (46,6%, N=41). De andere helft (51,1%, N=45) heeft de laatste maand *ten minste één keer per week* cocaïne gebruikt.

Dertien van hen (15,1% van wie de laatste 30 dagen aan de cocaïne zaten) gebruikten *dagelijks*. Dat is 2,5% van alle bevroegde sekswerkers. De helft van hen werkt in de straatprostitutie.

De deelnemers aan de focusgroepsdiscussies merken naar eigen zeggen ook in hun dagdagelijkse praktijk een toenemend cocaïnegebruik op in alle prostitutie sectoren. Ze beschouwen de tendens als een afspiegeling van het toenemende cocaïnegebruik in de gehele maatschappij (zie ook de literatuurstudie

hierboven). Bovendien weerspiegelt deze trend zich ook in de registraties van drugshulpverleningscentra, waar een stijging van het aantal behandelingen voor cocaïnegerelateerde problemen wordt vastgesteld.

We constateren evenwel geen statistisch significante verschillen tussen regio's of tussen specifieke prostitutiebuurten.

6.2.3. Gelegenheden waarop cocaïne gebruikt wordt

Om nauwkeuriger te kunnen bestuderen of cocaïnegebruik verband houdt met het sekswerk zelf, vroegen we respondenten bij welke gelegenheden zij de afgelopen 30 dagen cocaïne aanspraken (zie **tabel 42**).

Tabel 42: Gelegenheden waarop cocaïne wordt gebruikt, onder huidige gebruikers, per sector (N=87)***

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Voor het werk	34,5% N=10	-	-	18,8% N=3	9,5% N=2	-	17,2% N=15
Werkplek	20,7% N=6	50,0% N=6	50,0% N=3	81,3% N=13	23,8% N=5	66,7% N=2	40,2% N=35
Na het werk	58,6% N=17	25,0% N=3	16,7% N=1	18,8% N=3	38,1% N=8	33,3% N=1	37,9% N=33
Vrije dagen	37,9% N=11	-	-	12,5% N=2	19,0% N=4	-	19,5% N=17
Feestjes	24,1% N=7	33,3% N=4	33,3% N=2	18,8% N=3	61,9% N=13	66,7% N=2	35,6% N=31
Andere	27,6% N=8	33,3% N=4	33,3% N=2	6,3% N=1	9,5% N=2	-	19,5% N=17
Totaal	N=29	N=12	N=6	N=16	N=21	N=3	N=87

* Van één respondente die de afgelopen 30 dagen cocaïne gebruikt heeft (N=88), ontbreekt de informatie.

** De respondenten konden meerdere antwoordmogelijkheden opgeven.

Een opvallende vaststelling is dat cocaïne vooral op de werkplek en na het werk wordt gebruikt. Vijfendertig respondenten (40,2% van de mensen die de laatste dertig dagen gebruikten) deden dat op het werk. Maar liefst 81,3% (N=13) van de respondenten uit de bar/clubprostitutie (die de laatste dertig dagen cocaïne hebben gebruikt), deed dat (onder meer) op de werkplek. Respondenten uit de privé- en de straatprostitutie gebruiken schijnbaar minder op het werk. De aantallen zijn echter te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn.

Iets meer dan een derde van wie dit roesmiddel de afgelopen 30 dagen gebruikte (35,6%; N=33), deed dat op een feestje. Andere gelegenheden waren: bij vrienden, als ik dronken ben, met collega's na het werk, ...

“Il y a des moments encore où je devenais paranoïaque sur les gens. Donc je me disais: oh si je deviens parano je ne saurai même plus faire un client. Donc là j’attendais vraiment d’avoir terminé de bosser. Je rentrais chez moi et je n’en sortais plus.” (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

Nog een andere vaststelling is dat veel van de cocaïnegebruikende sekswerkers in de straatsector overal gebruiken: vóór het werk, op de werkplek, na het werk, én op vrije dagen. Bovendien signaleren opvallend meer respondenten uit deze branche op een vrije dag te gebruiken.

Een aanzienlijk deel van de respondenten uit de privéprostitutie en de escortbranche gebruikt vooral op privéfeestjes: respectievelijk 61,9% en 66,7%. De aantallen zijn evenwel te klein om na te gaan of de verschillen in statistische zin significant zijn.

7. Crack

In **Tabel 43** volgen de gegevens inzake life time prevalentie ('ooit-gebruik') en last month-prevalentie ('huidig gebruik') voor cocaïne. De rechterkolom bevat de gegevens met betrekking tot alle bevraagde sekswerkers, de andere kolommen bevatten de gegevens per prostitutiesector.

Tabel 43: Life time en last month prevalentie van crack, per sector (N=526)*

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Life time prevalentie	Nooit	77,6% N=83	97,5% N=119	98,6% N=68	96,0% N=48	92,8% N=128	95,0% N=38	92,0% N=484
	1 keer	2,8% N=3	0,8% N=1	-	2,0% N=1	1,4% N=2	-	1,3% N=7
	> 1 keer	19,6% N=21	1,6% N=2	1,4% N=1	2,0% N=1	5,8% N=8	5,0% N=2	6,7% N=35
	Totaal	N=107	N=122	N=69	N=50	N=138	N=40	N=526
Last month prevalentie	Nooit	80,4% N=86	98,4% N=120	98,5% N=68	98,0% N=49	94,2% N=130	95,0% N=38	93,3% N=491
	Nee	8,4% N=9	0,8% N=1	-	-	4,3% N=6	2,5% N=1	3,2% N=17
	Ja	11,2% N=12	0,8% N=1	1,4% N=1	2,0% N=1	1,4% N=2	2,5% N=1	3,4% N=18
	Totaal	N=107	N=122	N=69	N=50	N=138	N=40	N=526

* 2 respondenten kenden het product niet en konden deze vragen niet beantwoorden

7.1. Ooit-gebruik van crack

Tweeënveertig respondenten (7,9% van alle bevraagde sekswerkers) hebben ten minste één keer crack gebruikt. Daarbij merken we op dat dit cijfer wellicht een onderschatting is, omdat veel respondenten het product 'crack' niet kennen. Verschillende enquêteurs hebben erop gewezen dat nogal wat respondenten ervan uitgaan dat rookbare cocaïne (cocaïne met ammoniak of maagzout gekookt, en omgezet in zijn base-vorm) nog steeds cocaïne is, en geen 'crack'.

"[...] Ils ne savent pas que ça s'appelle du crack. Le dealer leur dit que c'est... Il faut purifier la coke avec l'ammoniac. [...] Et quand on leur expliquait alors à ce moment-là ce qu'elles avaient: 'Mais non, elle est plus pure'." (Focusgroep Luik)

De verschillen in life time prevalentie van crackgebruik tussen prostitutiesectoren zijn statistisch significant ($\chi^2=41,14$; $df=5$; $p<0,001$). Eenentwintig respondenten uit de straatprostitutiesector (19,6% van de respondenten uit de sector) gebruikten méér dan één keer crack; in de andere sectoren zijn de percentages aanzienlijk lager. Anders gezegd, van alle sekswerkers die méér dan één keer crack hebben gebruikt, werkt 60% in de straatprostitutie. 22,8% van hen werkt in de privésector.

Ook de verschillen tussen de regio's zijn statistisch significant ($\chi^2=22,62$; $df=4$; $p<0,001$): de grootste groep respondenten die meer dan eens crack hebben gebruikt, rekruteerden we in Luik en omgeving ($N=14$; 40% van wie crack meermaals gebruikt hebben). Tien daarvan werden in de buurt *Cathédrale Nord* gecontacteerd. In Gent en omgeving vonden we slechts drie respondenten.

Er is géén statistisch significante correlatie tussen de life time prevalentie van crackgebruik en de leeftijd van respondenten, hun afkomst (geboorteland of nationaliteit) of opleidingsgraad.

7.2. Huidig crackgebruik

Achttien respondenten (3,4% van alle bevroegde sekswerkers) hebben de laatste maand vóór het interview crack gebruikt. Van wie ooit al crack gebruikten, deed de helft dat de laatste 30 dagen nog. Twee op drie van deze respondenten werken in de straatprostitutie. Zowat de helft van deze sekswerkers ($N=8$) werd in Luik en omgeving gerekruteerd. Bijna alle respondenten werken in buurten die met straatprostitutie worden geassocieerd.

Acht respondenten (44,4% van wie de afgelopen 30 dagen crack gebruikte; 1,5% van de totale steekproef; $N=8$) gebruikten *ten minste één keer per week*. Twee respondenten (11,1% van wie de afgelopen 30 dagen crack gebruikte; 0,4% van de totale steekproef) gebruikten *dagelijks*; zij werken in de straatsector.

De respondenten gebruikten *voornamelijk* thuis na het sekswerk ($N=10$; 55,6% van wie de afgelopen 30 dagen crack gebruikte, 1,9% van de totale steekproef) of vóór het sekswerk en op vrije dagen (telkens $N=6$; 33,3% van wie de afgelopen 30 dagen crack gebruikte; 1,1% van de totale steekproef). Er werd ook bij andere gelegenheden gebruikt ($N=7$; 38,9% van wie de afgelopen 30 dagen crack gebruikte; 1,3% van de totale steekproef): 'zodra ik kan', 'tussen klanten door', ... Vijf respondenten gebruikten op de werkplek (27,8% van wie de afgelopen 30 dagen crack gebruikte; 0,2% van de totale steekproef). De aantallen zijn echter te klein om na te gaan of er significante verschillen bestaan tussen prostitutiesectoren, tussen regio's of tussen specifieke prostitutiebuurten.

8. Heroïne

In **Tabel 44** presenteren we de gegevens inzake life time prevalentie ('ooit-gebruik') en last month prevalentie ('huidig gebruik') voor cocaïne. De rechtse kolom bevat de gegevens met betrekking tot alle bevraagde sekswerkers, de andere kolommen bevatten de gegevens per prostitutiesector.

8.1. Ooit-gebruik van heroïne

Tweeëntachtig respondenten (15,5% van alle bevraagde sekswerkers) gebruikten al eens heroïne. 13,8% (N=73) van de totale steekproef gebruikte het middel naar eigen zeggen méér dan één keer. De verschillen tussen de prostitutiesectoren zijn groot, én statistisch significant ($\chi^2=110,04$; $df=5$; $p<0,001$). Bijna de helft van de respondenten uit de straatprostitutie (46,7%, N=50) gebruikte bij méér dan één gelegenheid. Ook in de bar/clubsector heeft een behoorlijk aantal respondenten (14% van de respondenten uit deze sector, N=7) meer dan één keer heroïne gebruikt.

Tabel 44: Life time en last month prevalentie van heroïne, per sector (N=528)

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Life time Prevalentie	Nooit	53,3% N=57	96,7% N=118	98,6% 69	80,0% N=40	91,4% N=127	87,5% N=35	84,5% N=446
	1 keer	-	1,6% N=2	-	6,0% N=3	2,2% N=3	2,5% N=1	1,7% N=9
	> 1 keer	46,7% N=50	1,6% N=2	1,4% N=1	14,0% N=7	6,5% N=9	10,0% N=4	13,8% N=73
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528
Last month prevalentie	Nooit	53,3% N=57	98,4% N=120	98,6% N=69	86,0% N=43	93,5% N=130	90,0% N=36	86,2% N=455
	Nee	13,1% N=14	1,6% N=2	1,4% N=1	12,0% N=6	5,8% N=8	10,à% N=4	6,6% N=35
	Ja	33,6% N=36	-	-	2% N=1	0,7% N=1	-	7,2% N=38
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528

Toch blijft de meest in het oog springende vaststelling dat 68,5% van alle sekswerkers die méér dan één keer heroïne hebben gebruikt (N=50), op straat en op andere publieke plaatsen aan sekswerk doen. De verschillen tussen regio's zijn statistisch significant ($\chi^2=13,45$; $df=4$; $p<0,01$), maar hangen wellicht samen met de relatieve vertegenwoordiging van prostitutiesectoren in de diverse regio's: de meeste sekswerkers met heroïnegebruik van meer dan één keer treffen we in Luik en Antwerpen aan, meer bepaald in de Antwerpse *Atheneumbuurt* en de Luikse buurt *Cathédrale Nord*. Desalniettemin merken we dat tal van respondenten gerekruteerd werden in de buurt van de Brusselse *metrostations Louiza en Ijzer* en in de *Ville-Basse* in Charleroi.

Er is géén statistisch significante correlatie tussen de life time prevalentie van heroïnegebruik en de leeftijd van respondenten. Hetzelfde geldt voor hun afkomst (geboorteland of nationaliteit). Wel stellen we vast dat het gebruik op statistisch significante wijze correleert met het aantal jaren ervaring in het sekswerk: hoe langer de respondent als sekswerker actief is, hoe groter de kans dat zij ervaring heeft met heroïne ($\text{Chi}^2=24,077$; $\text{df}=5$; $p<0,001$). Daarnaast vinden we ook een significante correlatie tussen het opleidingsniveau en de life time prevalentie van heroïnegebruik: respondenten met een diploma basisonderwijs vertonen een hogere prevalentie dan respondenten met ten minste een diploma hoger onderwijs ($\text{Chi}^2=23,01$; $\text{df}=4$; $p<0,001$).

8.2. Huidig heroïnegebruik

8.2.1. Omvang huidig heroïnegebruik

Achtendertig respondenten (7,2% van de totale steekproef) hebben de laatste 30 dagen vóór het interview nog heroïne gebruikt. Bijna de helft van wie gebruikten, deed dit de laatste 30 dagen ook (46,3%; $N=38/82$). Op twee respondenten na (één uit de bar/clubsector en één uit de privésector) betreft het mensen die als straatsekswerker actief zijn ($\text{Chi}^2=140,81$; $\text{df}=5$; $p<0,001$).

Gezien de concentratie van heroïnegebruikende respondenten in de straatprostitutie, zijn ook de verschillen tussen regio's significant. Het merendeel van deze respondenten werd gerekruteerd in de Antwerpse en Luikse regio's. In Gent en omgeving werden geen respondenten gerekruteerd die de laatste dertig dagen nog heroïne hadden gebruikt ($\text{Chi}^2=39,36$; $\text{df}=4$; $p<0,001$).

Het merendeel van de respondenten gerekruteerd in de Antwerpse *Atheneumbuurt* en de Luikse buurt rond de *Cathédrale Nord*, heeft de laatste maand vóór het interview nog (heroïne) gebruikt. Dat geldt ook voor één op vier van de sekswerkers in de buurt van de *Ville-Basse* in Charleroi.

8.2.2. Frequentie heroïnegebruik

Van wie de laatste 30 dagen heroïne gebruikten ($N=38$), gebruikte 86,8% ($N=33$) *ten minste één keer per week*. Dat is met andere woorden 6,3% van alle bevroegde sekswerkers in deze studie. Meer nog, bijna drie op vier ($N=26$; 68,4% van wie de laatste 30 dagen gebruikten) gebruikte *dagelijks*. Dat is 4,9% van alle bevroegde sekswerkers. Al deze dagelijkse heroïnegebruikers werken in de straatprostitutie.

8.2.3. Gelegenheden waarop heroïne gebruikt wordt

Om nauwkeuriger te kunnen bestuderen of heroïnegebruik verband houdt met het sekswerk zelf, vroegen we respondenten bij welke gelegenheden zij de afgelopen 30 dagen heroïne consumeerden. De

meerderheid gebruikt *na het werk* (71,1% van wie de afgelopen 30 dagen heroïne gebruikte; 5,1% van de totale steekproef; N=27). Bijna evenveel respondenten gebruikten ook *vóór het werk* heroïne (N=26; 68,4% van wie de afgelopen 30 dagen heroïne gebruikte; 4,9% van de totale steekproef).

Iets meer dan de helft van de heroïnegebruikende sekswerkers gebruikt *op vrije dagen* (N=21; 55,3% van wie de afgelopen 30 dagen heroïne gebruikten; 4,0% van de totale steekproef). Zestien respondenten (42,1% van wie de afgelopen 30 dagen heroïne gebruikten; 3,0% van de totale steekproef) gebruikten *op de werkplek*.

De verhalen van deze sekswerkers – vaker actief in de straatprostitutie dan in andere sectoren - suggereren een intensief patroon van gebruik, dat met het sekswerk samenhangt. Deze respondenten gebruiken naar eigen zeggen ‘zodra het kan’ en/of ‘bij of na elke klant’. Belangrijk om weten is dat zij aangeven dat ze sekswerk verrichten om het heroïnegebruik te kunnen betalen. Dat kan erop wijzen dat het sekswerk voor deze respondenten niet de aanleiding was om heroïne te gebruiken, maar wel andersom.

9. Andere producten

Behalve naar het gebruik van alcohol, benzodiazepinen, cannabis, amfetaminen, cocaïne, crack en heroïne hebben we tevens naar het gebruik van andere producten gepeild. 40,3% (N=213) van alle bevraagde sekswerkers gaf aan naast de bovengenoemde middelen andere producten te hebben gebruikt. We hebben alle sekswerkers een lijst voorgelegd (met daarin LSD, snuif/oplosmiddelen, metamfetamine, methadon, buprenorfine, antidepressiva). Ook kregen zij de mogelijkheid om zelf nog andere middelen te noemen.

Tabel 45: Overzicht *life time* en *last month* prevalentie van “andere producten”, (N=528)*

	<i>Life time</i> prevalentie		<i>Last month</i> prevalentie		
	Nooit	> 1 keer	Nooit	Nee	Ja
LSD	91,9% N=485	8,1% N=43	91,9% N=485	8,1% N=43	-
Snuif/oplosmiddelen	95,7% N=505	4,4% N=23	95,7% N=505	4,4% N=23	-
Metamfetamine	98,1% N=518	1,9% N=10	98,1% N=518	1,7% N=9	0,2% N=1
Methadon	87,5% N=462	12,5% N=66	87,5% N=462	4,7% N=25	7,8% N=41
Buprenorfine	97,4% N=514	2,7% N=14	97,4% N=514	2,1% N=11	0,6% N=3
Antidepressiva	76,7% N=405	23,3% N=123	76,7% N=405	15,3% N=81	8,0% N=42
Ander	84,1% N=444	15,9% N=84	84,4% N=444	10,6% N=56	5,3% N=28

* De respondenten konden kiezen uit een lijst met bovenstaande producten. Bovendien bestond de optie om een ander, nog niet vernoemd product op te geven (“Ander”).

In **Tabel 45** presenteren we de gegevens inzake life time prevalentie ('ooit-gebruik') en last month-prevalentie ('huidig gebruik') voor andere middelen. We geven alleen de gegevens met betrekking tot alle bevraagde sekswerkers weer, omdat de reële aantallen te klein zijn om ze per sector op te splitsen.

9.1. Ooit-gebruik van andere producten

Honderddrieëntwintig respondenten (23,3% van de totale steekproef) nam ten minste één keer antidepressiva. Zesenzestig sekswerkers (12,5% van de totale steekproef) nam ooit al eens methadon; drieënveertig mensen (8,1% van de totale steekproef) hebben ervaring met LSD en drieëntwintig respondenten (4,4% van de totale steekproef) gebruikten één keer (of meer) snuif- of oplosmiddelen.

Daarbij dient opgemerkt dat de meeste respondenten die aangeven ooit al methadon en antidepressiva te hebben gebruikt, actief zijn in de straatprostitutie (respectievelijk N=47 en N=35).

Het is enigszins vreemd dat zes respondenten naar eigen zeggen méér dan één keer methadon hebben gebruikt, terwijl ze tegelijkertijd nooit heroïne namen. Methadon wordt immers vooral bij een behandeling voor heroïnegebruik voorgeschreven. Een mogelijke verklaring is het gebruik van methadon als roesmiddel op zich (dus niet in het kader van een behandeling). Het kan ook zijn dat deze respondenten hun heroïnegebruik voor de enquêteur (on)bewust hebben verzwegen.

Vierentachtig respondenten (15,9% van de totale steekproef) hebben naar eigen zeggen met nog andere middelen geëxperimenteerd. De meest genoemde middelen zijn poppers (N=30, 5,5% van alle bevraagde sekswerkers), paddo's en andere hallucinogenen (N=24, 4,5% van de totale steekproef). Daarnaast noemde een kleiner aantal respondenten GHB, ketamine (Special K), 'party drugs', en een rist geneesmiddelen (bijv. narcotische analgetica, zoals morfine).

9.2. Huidig gebruik van andere producten

18% (N=95) van de totale steekproef gebruikte in de 30 dagen voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst een "ander product". Tweeënveertig respondenten (8% van alle bevraagde respondenten) namen de laatste maand nog *antidepressiva*. Eeneneveertig geïnterviewden (7,8% van de steekproef) consumeerden *methadon*. Daarnaast rapporteren kleine aantallen het gebruik van pijnstillers (N=6) en poppers (N=6).

Voor wat methadon en antidepressiva betreft, vinden we statistisch significante verschillen tussen sectoren: het overgrote deel van de respondenten dat deze middelen de laatste maand nog gebruikte, is in de straatprostitutie actief ($\chi^2=127,83$; $df=10$; $p<0,001$). De meesten die de laatste 30 dagen vóór het interview methadon hebben gebruikt, rekruteerden we in Antwerpen (vooral de *Atheneumbuurt*), Brussel of Luik (vooral de buurt rond de *Cathédrale Nord*). Het recente gebruik van antidepressiva

komt ook vaker voor bij respondenten uit de privésector, in vergelijking met andere sectoren ($\chi^2=95,9$; $df=10$; $p<0,001$).

Tijdens de focusgroeps gesprekken benadrukten veel deelnemers dat het gebruik van methadon niet gemakkelijk te interpreteren valt. Methadon impliceert niet automatisch dat de gebruiker met heroïnegebruik gestopt is. Heroïnegebruikers gebruiken methadon immers op de momenten dat ze geen heroïne kunnen bemachtigen. Daarnaast gebruiken sommigen methadon onder begeleiding, in het kader van een substitutiebehandeling, terwijl anderen dit buiten elke behandeling om gebruiken. Veel deelnemers gaan er overigens van uit dat mensen die alléén nog methadon gebruiken, en een punt hebben gezet achter het heroïnegebruik, doorgaans het prostitutiemilieu de rug hebben toegekeerd.

10. Hoofdproduct en gecombineerd gebruik

10.1. Polydruggebruik

De laatste 30 dagen gebruikten 451 respondenten (85,4% van de totale steekproef) ten minste één roesmiddel. Bijna de helft van de totale steekproef ($N=243$; 46% van de totale steekproef) gebruikte de laatste 30 dagen vóór het invullen van de vragenlijst meerdere producten. Hieronder (**Tabel 46**) presenteren we de aantallen van respondenten die de laatste 30 dagen *méér dan één* product hebben gebruikt. De cijfers hebben betrekking op het zogenaamde *polydruggebruik*, d.w.z. het gebruik van meer dan één roesmiddel gedurende de 30 dagen voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. Dat is niet hetzelfde als *gecombineerd gebruik*, d.w.z. het *gelijktijdig* gebruiken van meerdere producten.

Tabel 46: Polydruggebruik gedurende de laatste 30 dagen, per sector (N=528)

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Nooit gebruikt	4,7% N=5	9,8% N=12	5,7% N=4	-	2,2% N=3	2,5% N=1	4,7% N=25
Niet gebruikt laatste 30 dagen	6,5% N=7	17,2% N=21	10,0% N=7	-	9,4% N=13	10,0% N=4	9,8% N=52
Eén product gebruikt	22,4% N=24	47,5% N=58	50,0% N=35	42,0% N=21	38,1% N=53	42,5% N=17	39,4% N=208
Meerdere producten gebruikt	66,4% N=71	25,4% N=31	34,3% N=24	58,0% N=29	50,4% N=70	45,0% N=18	46,0% N=243
Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528

Sommigen rapporteren het gebruik van 8 verschillende producten. De verschillen tussen de sectoren zijn statistisch significant. Opvallend meer respondenten uit de straatsector en de bar/clubsector gebruikten de afgelopen 30 dagen meer dan één product ($\chi^2=46,51$; $df=5$; $p<0,001$). Tussen de regio's of tussen specifieke prostitutiebuurten stellen we geen significante verschillen vast.

Voor ongeveer de helft van de respondenten (43,6%; N=106) betreft het twee producten. Honderdzevenendertig respondenten (56,4% van wie de laatste 30 dagen meer dan één product gebruikten) beweren ten minste drie verschillende middelen te hebben gebruikt.

De aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen tussen prostitutiebranches statistisch significant zijn. Desalniettemin valt op dat respondenten uit de straatprostitutie vaker meer middelen hebben gebruikt (4 tot 6 producten). In de andere sectoren geven de meeste respondenten ‘slechts’ twee producten op.

Hulpverleners (d.w.z. straathoekwerkers én andere professionelen die in de uitoefening van hun beroep met de doelgroep in aanraking komen) hebben de indruk dat het – als het druggebruikers betreft – vaak om polydruggebruik gaat. Straatprostituees gebruiken vaak cocaïne en heroïne in combinatie met alcohol. Volgens sommige deelnemers aan de focusgroeps gesprekken consumeren deze gebruikende sekswerkers ‘alles waar ze de hand op kunnen leggen’. Het enige dat er voor hen toe doet, is het beoogde roeseffect.

“Je compensais le manque en buvant de l’after shave, ou je prenais des Valtran® [narcotisch analgeticum] en injection. Je faisais des mélanges avec ce que j’avais sous la main.” (F007, straatsector, 48 jaar)

Tussen regio’s of buurten kunnen we geen statistisch significante verschillen vaststellen.

10.2. Hoofdproduct

Zoals we eerder beschreven, gebruikte bijna de helft van de totale steekproef (N=243) de laatste 30 dagen meerdere producten. We vroegen onze respondenten ook of ze één van de genoemde producten als hun ‘hoofdproduct’ beschouwden (d.w.z.: het product van hun voorkeur of het ‘belangrijkste’ product). 68,7% van hen (N=167, of 31,6% van alle bevroegde sekswerkers) antwoordde positief. Zeventenzestig respondenten (31,3% van wie méér dan één product gebruikte) hebben naar eigen zeggen geen specifieke voorkeur.

Het vaakst genoemd waren *alcohol* en *cannabis* (telkens 6,6% van de totale steekproef; N=35). Vervolgens werden aangehaald in afnemende frequentie: benzodiazepinen, heroïne, cocaïne, crack, antidepressiva en methadon.

De reële aantallen zijn te klein om na te gaan of er statistisch significante verschillen bestaan tussen de prostitutiebranches. Toch zijn een aantal vaststellingen het vermelden waard:

- Van de respondenten uit de *straatprostitutie* met een hoofdproduct (N=57) noemde 40,4% (N=23) *heroïne*. Twee keer zes respondenten noemden cocaïne en alcohol (telkens 10,5%).
- Van de respondenten uit de *raamprostitutie* die een hoofdproduct aanduiden (N=21), noemde één op drie (N=7) *cannabis* als het belangrijkste product. Vier respondenten kozen benzodiazepinen (19%) en drie respondenten alcohol (14,3%).

- Van de respondenten uit de *bar/raamprostitutie* met een hoofdproduct (N=17) noemden 7 respondenten (41,2%) *alcohol* en evenveel respondenten *cannabis*. Twee respondenten noemden benzodiazepinen (11,8%).
- Van de respondenten uit de *bar/clubprostitutie* met een hoofdproduct (N=22) noemden de meesten *alcohol* (54,5%; N=12). Vier respondenten noemden *cannabis* (18,2%; N=4) en drie respondenten benzodiazepinen (13,6%; N=3).
- Van de respondenten uit de *privéprostitutie* met een hoofdproduct (N=42) noemden twaalf respondenten *cannabis* (28,6%), tien participanten benzodiazepinen (23,8%) en zes deelnemers alcohol (14,3%).
- Van de respondenten uit de *escortprostitutie* met een hoofdproduct (N=8) noemden er drie *amfetamines* (37,5%).

Tussen regio's en specifieke prostitutiebuurten konden geen significante verschillen worden vastgesteld. Opvallend is dat de meerderheid van de respondenten uit de Antwerpse *Atheneumbuurt* en de Luikse buurt rond de *Cathédrale Nord* heroïne als 'hoofdproduct' benoemt.

10.3. Gecombineerd gebruik

27,5% (N=145) van de totale steekproef en 32,2% (N=145/451) van wie de laatste 30 dagen een of meer producten gebruikt hebben, geeft aan twee of méér producten bij eenzelfde gelegenheid te combineren. Het merendeel van deze respondenten (66,2%; N=96) combineert twee producten. In **Tabel 47** presenteren we de meest voorkomende combinaties. De rechterkolom bevat de gegevens met betrekking tot alle bevraagde sekswerkers, de andere kolommen bevatten de gegevens per prostitutiesector.

Tabel 47: Meest voorkomende combinaties (onder respondenten die combineren), per sector (N=145)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Alcohol+cannabis	N=12 24,5%	N=6 42,9%	N=7 53,8%	N=3 15,0%	N=19 50,0%	N=1 10,0%	N=48 33,0%
Alcohol+cocaïne	N=8 16,3%	N=5 35,7%	N=1 7,7%	N=13 65,0%	N=13 34,2%	N=1 10,0%	N=41 28,3%
Alcohol+benzodiazepinen	N=7 14,3%	N=3 21,4%	N=4 30,8%	N=2 10,0%	N=5 13,2%	N=2 20,0%	N=23 15,9%
Alcohol+heroïne	N=14 28,6%	-	-	-	-	-	N=14 2,6%
Alcohol+ander product	N=1 2,0%	-	-	N=2 10,0%	N=4 10,5%	N=2 20,0%	N=9 1,7%
Totaal	N=49	N=14	N=13	N=20	N=39	N=10	N=145

* Er werden nog andere combinaties vermeld die telkens slechts (een) enkele ke(e)r(en) werden genoemd. Ook de combinaties met meer dan twee producten kwamen telkens slechts enkele keren voor.

De reële aantallen zijn te klein om na te gaan of er tussen de prostitutiebranches statistisch significante verschillen bestaan. Een aantal vaststellingen zijn niettemin het vermelden waard:

- De meest populaire combinatie is *alcohol met cannabis* (33% van wie twee of meer producten combineert, N=48). Deze combinatie is gebruikelijk bij 9% van alle bevroegde sekswerkers. Het betreft zowat de helft van de sekswerkers uit de raam-, bar/raam- en de privésector (die combineren).

Eenenveertig respondenten (7,8% van de totale steekproef, of 28,3% van de respondenten die combineren) combineren vaak *alcohol met cocaïne*. Méér dan de helft van de sekswerkers uit de bar/clubsector (die combineren) gebruikten deze combinatie. Verschillende deelnemers aan de focusgroepsgesprekken én respondenten vertellen verhalen over deze combinatie. Voor sekswerkers die een deel van hun inkomsten uit alcoholconsumptie puren, is alcohol een deel van het werk. Alcohol en cocaïne worden afwisselend of samen gebruikt ten einde tijdens de lange shift door te kunnen werken, of om zich minder dronken te voelen en meer champagne te kunnen consumeren. In de barsector verdienen de sekswerkers immers in de eerste plaats op champagneconsumptie. Cocaïnegebruik en alcoholconsumptie gaan hand in hand. Bovendien vermoeden een aantal commentatoren dat deze combinatie vaak als “antidepressivum” wordt gebruikt.

- 4,4% van de totale steekproef (N=23) combineert *alcohol met benzodiazepinen*.
- De meest voorkomende combinatie onder respondenten die drie producten combineren, is *alcohol met cannabis en cocaïne* (N=6; 4,1% van wie die producten combineren).
- 2,7% van de totale steekproef (N=14) combineert *alcohol met heroïne*; deze combinatie vinden we enkel in de straatprostitutie terug.

Soms kadert het combineren van producten in het uitvoeren van het werk. We vermeldden zonet het gecombineerd gebruik van alcohol en cocaïne. Ook andere combinaties kunnen voor sommige sekswerkers functioneel zijn bij het uitvoeren van hun werk. Dat hangt samen met de persoon zelf, de effecten van het roesmiddel op zich en de context waarin dit gebeurt.

“Moi, j’ai un tempérament à fond agressif. Donc le problème de la cocaïne avec la prostitution, c’est quand le client il m’énervait, je pouvais devenir violente. Donc j’ai augmenté les doses d’ecstasy pour avoir un petit peu l’effet de la cocaïne et beaucoup l’effet de l’ecstasy. Donc on fait des mélanges pour avoir l’état dans lequel tu veux vraiment être.” (R005, thuisontvangst, 38 jaar)

Na cocaïnegebruik slikken sommige respondenten occasioneel een benzodiazepine om te kunnen slapen. Veel deelnemers aan de focusgroepsgesprekken vinden dat een logische vaststelling: deze sekswerkers hebben iets nodig om wakker te blijven tijdens het werk en iets om na de shift te kunnen slapen.

“Als ik een lijntje genomen heb, dan wil ik rap slapen. En dan neem ik zo een halfje van die Temesta®” (R002, privésector, 47 jaar)

Zowel uit de focusgroeps gesprekken als uit de kwalitatieve interviews is gebleken dat methadon en heroïne vaak samen of aanvullend worden gebruikt. De fysieke ontwenningssverschijnselen leiden ertoe dat sommige respondenten één van beide producten gebruiken om te kunnen functioneren.

“Souvent je prends l’héroïne le soir, quand je rentre. [...] Et le matin, quand je me lève, je prends ma méthadone pour ma journée. [...] Quand t’as rien, t’es malade, c’est dur. Parce que t’as mal partout. T’es pas bien, t’as mal partout. C’est vraiment quand t’as pas ta méthadone et quand t’as pas le produit hein. Quand t’as pas le produit mais que t’as la méthadone, ça va. T’es pas malade.” (R008, straatsector, 28 jaar)

11. Gebruik op het werk

In deze paragraaf bekijken we de respondenten die aangeven (onder meer) op de werkplek te gebruiken. We bundelen eerst de gegevens met betrekking tot de prevalentie van roesmiddelengebruik op de werkplek uit de vorige paragrafen. Daarna bespreken we het gebruik van roesmiddelen met klanten, het betalen van seksuele diensten met roesmiddelen en de effecten van het roesmiddelengebruik op het sekswerk.

11.1. Roesmiddelen op de werkplek

In totaal gaven 224 respondenten (42,4% van alle bevraagde sekswerkers) aan dat zij (de maand vóór het interview) ten minste één roesmiddel op de werkplek gebruikten. In de meeste gevallen gaat het om één specifiek product (N=158). In **tabel 48** presenteren we de percentages van respondenten die middelen op de werkplek tot zich namen. De rechtse kolom geeft aan hoeveel respondenten (van de totale steekproef) de laatste 30 dagen een middel hebben gebruikt. De linkse kolom geeft het aantal respondenten (van de totale steekproef) aan dat het middel (onder meer) op de werkplek gebruikte.

Tabel 48: Respondenten die op de werkplek gebruiken, onder de huidige gebruikers (N=224)

	Op de werkplek	Huidige gebruikers		Op de werkplek	Huidige gebruikers
Alcohol	N=199 37,7%	N=393 74,7%	Benzodiazepinen	N=15 2,8%	N=137 25,9%
Cannabis	N=40 7,6%	N=131 24,8%	Amfetaminen	N=8 1,5%	N=20 3,8%
Cocaïne	N=35 6,6%	N=88 16,7%	Crack	N=5 0,9%	N=18 3,4%
Heroïne	N=16 3,0%	N=38 7,2%	Ecstasy	-	N=9 1,7%

De reële aantallen zijn te klein om na te gaan of er statistisch significante verschillen bestaan tussen sectoren, regio's of specifieke prostitutiebuurten. Alleen voor wat alcohol betreft, valt op dat alle res-

pondenten die de laatste maand dronken én in de bar/raamsector of de bar/clubsector werken, zulks ook op de werkplek deden.

Het verband tussen roesmiddelengebruik en sekswerk is complex. Het kwalitatieve onderzoeksmateriaal illustreert dat op verschillende manieren. Sommige respondenten zeggen uitdrukkelijk dat zij gebruiken om het werk aan te kunnen of om hun werkdag te vergeten. Enkele aspecten van het werk, zoals het leggen van contacten met klanten, verlopen gemakkelijker onder invloed van bepaalde middelen (zoals alcohol).

“Et là, pas de problème pour faire les clients. Tout le monde. Souriante [...] Je deviens une bonne salope. [...] Et la patronne du coup elle est contente. [...] Et en plus, un effet secondaire de l’ecstasy, c’est tu mouilles beaucoup. [...] Tu prends de la distance avec tout ce qu’il t’arrive donc pour la prostitution, c’est parfait.” (R005, thuisontvangst, 38 jaar)

Andere sekswerkers gebruiken tijdens het wachten op klanten, tegen de verveling. Weer anderen vermijden net alcohol en illegale producten, omdat het gebruik ervan ze verhindert om hun beroep degelijk uit te voeren. Er zijn er die door het sekswerk hun financiële draagkracht zien toenemen, wat meer consumptie mogelijkheden (waaronder drugs) creëert. Ook zijn er sekswerkers die vooral werken om roesmiddelen te kunnen kopen en gebruiken, maar volgens veel respondenten is dit eerder een randfenomeen.

Toch blijft het gebruik voor sommige sekswerkers onlosmakelijk verbonden met het sekswerk. Het een gaat niet zonder het ander, en dat is vooral in de bar/clubsector het geval:

“Ofwel deed ik dat werk en deed ik ermee verder. Maar als ik dan met dat werk stop, dan stop ik ook direct met beiden [alcohol en cocaïne, nvdr].” (R025, barsector, 51 jaar)

Eén respondente vertelt dat zij met collega’s op de werkplek wel eens een glas drinkt of een lijntje cocaïne snuift ‘om de werkweek af te sluiten’:

“Dat is een soort van ontspanning dan van die week... van hier... van de... van de klanten.” (R002, privésector, 47 jaar)

Uitbaters spelen een belangrijke rol in het voorkomen van middelengebruik op de werkplek. Veel hangt af van het feit of de uitbater zelf gebruikt en of hij/zij het gebruik van anderen tolereert: het roesmiddelengebruik door sekswerkers in een welbepaald etablissement wordt er mee door beïnvloed. Sommige uitbaters moedigen het gebruik zelfs aan. Anderen ‘verplichten’ hun werknemers zelfs. Het gebeurt dat uitbaters zelf middelen aan de vrouwen leveren:

“De baas zat daar aan, dus wij kochten bij de baas. Weet je, wij maakten onze bestelling bij hem.” (R011, thuisontvangst, 39 jaar)

Nog andere uitbaters tolereren absoluut níet dat de meisjes op de werkplek gebruiken. Soms schakelen ze zelfs de politie in om gebruikende sekswerkers de deur te wijzen. Zij willen de reputatie van het etablissement gaaf houden:

“Dat is ook, als je ergens wilt beginnen, is het ook het eerste dat ze zeggen: ‘Kijk, als jij een drankprobleem hebt of je zit aan de drugs, dan ga je eruit. Ook al verdien ik door u pakken geld, je gaat eruit.’ En dat hoor ik in elke privé eigenlijk. [...] Er zijn ook heel veel privé’s en als je een goede privé wilt houden, moet je je echt aan de reglementen houden. En dan moet je zien dat je meisjes zich ook aan de reglementen houden en dat wordt door de klanten geapprecieerd.” .
(R014, privésector, 37 jaar)

Tussen beide uitersten in bestaan allerlei variaties: sommige uitbaters laten sekswerkers alleen met klanten gebruiken, anderen tolereren slechts het persoonlijke gebruik van de vrouwen, enz. Er zijn er die vooral veel prestatiedruk op de meisjes leggen, anderen waken tegelijkertijd over hun welzijn. Een andere factor die het verschil maakt, betreft het feit of de uitbaatster zelf ook seksuele diensten verleent. Is dat niet zo, dan treedt de uitbater meer als ‘baas’ op en worden de vrouwen meer onder druk gezet om te presteren. Als de uitbaatster zelf sekswerk verricht, is zij een bijkomende concurrente.

“Mais heureusement il y a toujours la gérante qui nous surveille, car elle ne boit jamais trop...”
(G026, barsector, 26 jaar)

Ook buurtbewoners kunnen hierin een rol spelen. In geval van overlast (gerelateerd aan druggebruik op de werkplek) kan de politie de zaak sluiten. Ook dat kan een reden zijn om het druggebruik van de sekswerkers te verbieden of te temperen. Het risico op een mogelijke politiecontrole oefent dus volgens sommigen een afschrikwekkend effect uit. Tegelijkertijd dient opgemerkt dat enkele respondenten vermoeden dat de politie een uitbater wel eens een hand boven het hoofd houdt:

“Er is nog nooit controle geweest, allez, controle op drugs, of zo. Nog nooit. [...] Dus hij heeft wel ergens duidelijk een hand boven zijn hoofd ergens.” (R025, barsector, 51 jaar)

Ook de infrastructuur van de werkplek speelt een rol. In etablissementen met veel donkere hoekjes kan makkelijker buiten het oog van de uitbater(s) gebruikt worden dan in overzichtelijke en goed verlichte instellingen. In privéhuizen, bars en andere etablissementen waar de meisjes in eenzelfde ruimte met de uitbaatster aan het werk zijn of wachten op een klant, is het moeilijker om (heimelijk) drugs te gebruiken. Overigens, de infrastructuur en de omkadering van een etablissement beïnvloeden natuurlijk ook andere aspecten van het sekswerk, zoals de veiligheid en het welzijn van de vrouwen die er aan de slag zijn.

“Je préfère travailler dans un bar ou une vitrine, le cadre m'aide. Je me sens plus forte, en dehors je suis plutôt timide et réservée, mais le cadre m'aide beaucoup.” (F034, bar/raamsector, 27 jaar)

Een aantal deelnemers aan de focusgroepen zijn van mening dat vrouwen die roesmiddelen gebruiken, vaak gezamenlijk in bepaalde etablissementen aan de slag zijn, en daarenboven een specifiek cliënteel

aantrekken. Andere deelnemers aan de focusgroepen zijn het daar niet mee eens, of kunnen dat niet bevestigen.

11.2. Samen met de klant gebruiken

Dat sommige sekswerkers op de werkplek gebruiken, betekent niet noodzakelijk dat ze met klanten gebruiken. We vroegen de respondenten of, en zo ja, hoe vaak zij samen met klanten roesmiddelen gebruiken.

11.2.1. Frequentie waarop samen met de klant wordt gebruikt

In de onderstaande tabel (**Tabel 49**) geven we de frequentie weer waarin respondenten met klanten gebruiken.

Iets meer dan de helft (N=291; 55,1%) van alle bevroegde sekswerkers gebruikt naar eigen zeggen nooit met een klant. Toch geven ze aan dat klanten wel vragen om samen te gebruiken en/of dat klanten soms gebruiken (zonder dat zij zelf meegebruiken). Veelal gaat het om cocaïne.

Tabel 49: Frequentie middelengebruik met klanten, per sector (N=528)

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Nooit	53,5% N=57	68,9% N=84	35,7% N=25	8,0% N=4	71,2% N=99	55,0% N=22	55,1% N=291
Soms	33,6% N=36	27,0% N=33	48,6% N=34	14,0% N=7	25,9% N=36	35,0% N=14	30,3% N=160
Vaak	9,3% N=10	4,1% N=5	8,6% N=6	38,0% N=19	2,9% N=4	7,5% N=3	8,9% N=47
Altijd	3,7% N=4	-	7,1% N=5	40,0% N=20	-	2,5% N=1	5,7% N=30
Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528

Uit de kwalitatieve interviews weten we dat klanten onder invloed het werk niet altijd gemakkelijker maken. Sommige mannelijke klanten vinden dat seks onder invloed van cocaïne beter is; de vrouwelijke sekswerkers daarentegen ondervinden dat ze dan meer inspanningen moeten leveren. Klanten die gedronken hebben, verliezen soms hun zelfbeheersing, eventueel met fysiek of verbaal geweld tot gevolg.

“Il y en a qui boivent, mais qui deviennent... leur trip c’est d’insulter la fille.” (R003, clubsector, 39 jaar)

Iets minder dan de helft van de totale steekproef (44,9%; N=237) heeft al eens middelen met klanten gebruikt. Het merendeel van deze respondenten zegt dit *soms* te doen (30,3% van de totale steekproef; N=160). Zevenenveertig respondenten (8,9% van de totale steekproef) hebben naar eigen zeggen *vaak*

met klanten gebruikt en dertig respondenten (5,7% van de totale steekproef) doen dit naar eigen zeggen *altijd*.

Tussen de diverse sectoren zijn statistisch significante verschillen vast te stellen ($\chi^2 = 226,47$; $df=15$; $p<0,001$): in de privé- en in de raamsector gebruiken respondenten minder vaak met klanten, terwijl meer respondenten in de bar/clubsector dat vaak of altijd doen. Ook de verschillen tussen regio's zijn statistisch significant ($\chi^2 = 60,96$; $df=12$; $p<0,001$): in de Brusselse regio geven veel meer respondenten aan nooit met klanten te gebruiken; terwijl respondenten uit Gent en omgeving veel vaker aangeven wel eens met klanten te gebruiken.

11.2.2. Roesmiddelen die samen met de klant worden gebruikt

Als respondenten met klanten roesmiddelen gebruiken, gaat het vooral om alcohol: 199 respondenten (37,7% van alle bevraagde sekswerkers) gebruiken soms, vaak of altijd met de klant. Tweeënzestig sekswerkers (11,7% van de totale steekproef) gebruiken wel eens cocaïne met een klant. Voor de andere middelen zijn de aantallen die wel eens met een klant gebruiken, veel kleiner: cannabis (4,2%; $N=22$), amfetaminen (0,8%; $N=4$), heroïne (0,8%; $N=4$), crack (0,6%; $N=3$), benzodiazepinen (0,2%; $N=1$) en ecstasy (0,2%; $N=1$).

In **Tabel 50** presenteren we de frequentie van het gebruik van alcohol en cocaïne (de meest genoemde producten in dit verband). De gegevens slaan alleen op de respondenten die naar eigen zeggen met klanten cocaïne en/of alcohol hebben gebruikt.

Tabel 50: Frequentie alcohol- ($N=199$) en cocaïnegebruik ($N=62$) met klanten, per sector

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Alcohol	Soms	66,7% N=24	86,2% N=25	74,7% N=32	13,6% N=6	90,9% N=30	80,0% N=12	64,5% N=129
	Vaak	22,2% N=8	13,8% N=4	14,0% N=6	40,9% N=18	9,1% N=3	13,3% N=2	20,5% N=41
	Altijd	8,3% N=3	-	11,6% N=5	45,5% N=20	-	6,7% N=1	14,5% N=29
	Totaal	N=35 (17,6%)	N=29 (14,6%)	N=43 (21,6%)	N=44 (22,1%)	N=33 (16,6%)	N=15 (7,5%)	N=199 (100%)
Cocaïne	Soms	88,9% N=16	83,3% N=10	77,8% N=7	33,3% N=3	88,9% N=8	60,0% N=3	75,8% N=47
	Vaak	5,6% N=1	16,7% N=2	11,1% N=1	44,4% N=4	11,1% N=1	20,0% N=1	16,1% N=10
	Altijd	5,6% N=1	-	11,1% N=1	22,2% N=2	-	20,0% N=1	8,1% N=5
	Totaal	N=18 (29,0%)	N=12 (19,3%)	N=9 (14,5%)	N=9 (14,5%)	N=9 (14,5%)	N=5 (8,1%)	N=62 (99,9%)

Komt alcoholgebruik op de werkplek voor, dan gebeurt dat bijna altijd samen met klanten. Eerder gaven we al aan (zie hierboven, **Tabel 31**) dat 199 respondenten 30 dagen vóór het interview alcohol op de werkplek gebruikten. Evenveel respondenten geven aan dat ze met de klant alcohol consumeren.

Slechts enkele respondenten (in diverse sectoren) gebruiken naar eigen zeggen alcohol op de werkplek, maar níét met klanten.

Wat cocaïne betreft, rapporteerden we eerder (zie **Tabel 42**) dat 35 respondenten dat de maand vóór het interview op de werkplek hadden gebruikt. Tweeënzestig respondenten antwoorden dat ze wel eens cocaïne met klanten gebruiken. Mogelijke verklaringen voor deze ogenschijnlijke tegenstrijdigheid kunnen zijn dat sommige respondenten slechts sporadisch (dus niet frequent) met klanten cocaïne gebruiken, of dat bepaalde respondenten wel eens met een klant gebruiken, maar niet noodzakelijk enkel op de hoofdwerkplek. Het kan ook dat ze cocaïne hebben gebruikt met klanten, toen ze nog in andere sectoren, of in de privésfeer werkzaam waren.

Ook wat de andere bevraagde producten betreft, stellen we verschillen vast tussen het aantal respondenten dat de afgelopen 30 dagen een roesmiddel op de werkplek gebruikte, en het aantal respondenten dat hetzelfde middel wel eens met klanten gebruikt.

De aantallen zijn te klein om erachter te komen of de verschillen tussen prostitutiebranches statistisch significant zijn. Toch willen we op twee markante vaststellingen wijzen: 1) vooral alcohol wordt met klanten gebruikt (in alle sectoren); en 2) vooral in de bar/clubsector is de frequentie van het gebruik van alcohol en/of cocaïne met klanten hoog (als respondenten met klanten gebruiken).

We gaven eerder aan dat klanten een belangrijke rol in het roesmiddelengebruik van de sekswerkers kunnen spelen (zie *supra*). Zij brengen roesmiddelen met zich mee of zoeken actief sekswerkers op die hen aan drugs helpen om (samen) bij het seksspel te gebruiken.

“Ils arrivent et ils mettent 25 grammes sur la table hein! De cocaïne et allez! [...] Surtout qu’avec eux, les ministres, c’est simple : c’est soirée privée. Donc il y a personne d’extérieur à part les haut-placés qui viennent et ça fait la fête toute la nuit. [...] Il y en a comme ça, je crois que c’est une fois par mois. [...] Vous avez carrément de la cocaïne plein les tables et tout le monde se sert comme ça.” (R024, clubsector, 25 jaar)

Soms beslissen vrouwen hierin mee te gaan, omdat ze anders de klant verliezen.

“Klanten die zelfs niet binnen komen, gewoon omdat je geen gerief hebt. [...] Eerst vragen ze ‘hoeveel is het voor een uur?’ en dan zeg je de prijs en dan ‘en kan je aan coke geraken?’ en dan ‘nee’ en dan ‘ah, nee, ja’ en dan gaan ze binnen bij iemand anders die er wel kan aangeraken en dat maakt dan niet uit of ze tanden heeft of niet.” (R018, raamsector, 23 jaar)

11.3. Zich laten betalen met producten

11.3.1. Frequentie waarop men zich met producten laat betalen

We vroegen respondenten of zij voor hun seksuele diensten wel eens met producten worden vergoed (zie **Tabel 51**).

Tabel 51: Frequentie waar mee respondenten zich met roesmiddelen laten betalen, per sector (N=528)

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Nooit	74,8% N=80	98,4% N=120	98,6% N=69	98% N=49	97,1% N=135	97,5% N=39	93,2% N=492
Soms	19,6% N=21	1,6% N=2	1,4% N=1	2,0% N=1	2,2% N=3	2,5% N=1	5,5% N=29
Vaak	4,7% N=5	-	-	-	0,7% N=1	-	1,1% N=6
Altijd	0,9% N=1	-	-	-	-	-	0,2% N=1
Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528

De grote meerderheid van alle bevroegde sekswerkers (93,2%; N=492) aanvaardt geen roesmiddelen als betaling. Sommige klanten stellen dat wel eens voor. Vaak gaat het om cocaïne. En toch: zesentwintig respondenten (6,8% van de totale steekproef) liet zich wel eens of zelfs soms (N=29) met roesmiddelen vergoeden voor seksuele dienstverlening.

De aantallen zijn erg klein. Bijgevolg kunnen we niet nagaan of verschillen tussen branches, regio's of buurten statistisch significant zijn. Desalniettemin valt op dat de meeste respondenten die zich wel eens met roesmiddelen laten betalen, in de straatprostitutie actief zijn (N=27). Zes respondenten (1,1% van alle bevroegde sekswerkers) laat zich naar eigen zeggen *vaak* met roesmiddelen vergoeden; vijf van hen werken als straatprostitutuee, één vrouw werkt in de privésector. Eén respondent – actief in de straatsector- laat zich zelfs *altijd* met roesmiddelen betalen.

Deze gegevens kwamen ook tijdens de verschillende focusgroepsdiscussies ter sprake, en naar gelang van de regio werden deze cijfers anders geïnterpreteerd. Deelnemers aan het focusgroeps gesprek in Antwerpen vermoeden dat het “seks voor drugs”-fenomeen onder straatsekswerkers vaker voorkomt dan de cijfers doen vermoeden. Mogelijks bieden de gegevens uit de survey een vertekend beeld omdat de vrouwen dit zelf niet zo percipiëren. Ze doen de dealer een plezier en hebben niet de indruk dat ze in ruil voor hun drug sekswerk verrichten. Bovendien identificeren deze vrouwen zich vaak niet als sekswerker. De deelnemers aan het groepsgesprek in Luik daarentegen vonden de lage prevalentie van het “seks voor drugs”-fenomeen aannemelijker. Sekswerkers weten wat ze willen en aanvaarden geen roesmiddelen in ruil voor seksuele diensten, mede door hun wantrouwen in de kwaliteit van het aangeboden product. In Gent wezen de deelnemers op de opmars van het fenomeen onder de raamseks-

werkers in het *Zuidkwartier*. Sekswerkers zouden zelf een onderscheid maken tussen “*client normal*” en “*client coke*”. Een gewone klant betaalt met geld, een “*client coke*” betaalt met cocaïne:

“Dat er een aantal meisjes zijn die enkel, wat zij noemen ‘client coke’, binnen laten. Dus die die met coke betalen, dus ze nemen geen cash meer aan, ze nemen enkel de drugs aan. [...] Een vrij nieuw fenomeen... dat de laatste tijd precies in the picture komt, maar dat we tot voor kort niet hadden.” (focusgroep Gent)

11.3.2. Producten waarmee ze zich laten betalen

Als respondenten zich wel eens met roesmiddelen voor hun seksuele diensten laten vergoeden, worden cocaïne (4% van de totale steekproef; N=21) en heroïne (2,7% van de totale steekproef; N=14) het vaakst genoemd. Vijf respondenten (0,9% van de totale steekproef) lieten zich wel eens met alcohol betalen. Overigens vertellen vier respondenten dat ze wel eens betaald werden met andere dingen, zoals kledij of dienstencheques:

“Toen heb ik die laptop gehad [...]. Maar dat zijn geen goedkope dingen, hé.” (R007, transvestiet, privé/escortsector, 20 jaar)

11.4. Effecten van roesmiddelgebruik op het seks werk

We vroegen de respondenten of ze onder invloed van hun hoofdproduct (of een product naar keuze), effecten op aspecten van het werk ervaren. We wilden weten of én in welke mate (nooit, soms, vaak of altijd) de onderstaande stellingen van toepassing zijn. Als ik ‘mijn *hoofdproduct*’ gebruikt heb...

1. Heb ik wel eens onbeschermd seks (zonder condoom);
2. Gaat het sekswerk me gemakkelijker af;
3. Voer ik bepaalde sekstechnieken met klanten uit waar ik later spijt van heb;
4. Stuur ik gemakkelijker klanten weg;
5. Ben ik minder selectief in het uitkiezen van klanten;
6. Sta ik steviger in mijn schoenen tijdens de onderhandelingen over welke sekstechnieken, waar dit zal gebeuren en tegen welke prijs;
7. Kan ik langer werken;
8. Kan ik minder lang werken;
9. Kan ik meer klanten ontvangen;
10. Kan ik minder klanten ontvangen.

Daarnaast vroegen we de respondenten of ze al eens onbeschermd seks (zonder condoom) gehad hebben, als ze een onweerstaanbaar verlangen (*craving*) naar hun hoofdproduct voelden.

Tabel 52: Effecten van middelengebruik op verschillende facetten van het sekswerk, per product

			Alcohol	Benzo- diazep- inen	Canna- bis	Cocaïne	Heroïne	Andere	Totaal
Gemak sekswerk	Ja	42,9%	38,7%	50,0%	58,3%	88,0%	54,1%	48,6%	
		N=88	N=12	N=18	N=14	N=22	N=20	N=174	
	(Chi²=20,770; df=5; p<0,002)	Nee	57,1%	61,3%	50,0%	41,7%	12,0%	45,9%	51,4%
		N=117	N=19	N=18	N=10	N=3	N=17	N=184	
	Totaal	N=205	N=31	N=36	N=24	N=25	N=37	N=358	
Minder lang werken	Ja	40,5%	19,4%	19,4%	52,2%	76,0%	21,1%	37,7%	
		N=83	N=6	N=7	N=12	N=19	N=8	N=135	
	(Chi²=32,374; df=5; p<0,001)	Nee	59,5%	80,6%	80,6%	47,8%	24,0%	78,9%	62,3%
		N=122	N=25	N=29	N=11	N=6	N=30	N=223	
	Totaal	N=205	N=31	N=36	N=23	N=25	N=38	N=358	
Onbeschermde seks	Ja	11,2%	9,7%	13,9%	33,3%	76,0%	15,8%	17,8%	
		N=23	N=3	N=5	N=8	N=19	N=6	N=64	
	(Chi²=69,696; df=5; p<0,001)	Nee	88,8%	90,3%	86,1%	66,7%	24,0%	84,2%	82,2%
		N=182	N=28	N=31	N=16	N=6	N=32	N=295	
	Totaal	N=205	N=31	N=36	N=24	N=25	N=38	N=359	
Langer werken	Ja	25,5%	35,5%	22,9%	47,8%	92,0%	47,4%	34,6%	
		N=52	N=11	N=8	N=11	N=23	N=18	N=123	
	(Chi²=50,575; df=5; p<0,001)	Nee	74,5%	64,5%	77,1%	52,2%	8,0%	52,6%	65,4%
		N=152	N=20	N=27	N=12	N=2	N=20	N=233	
	Totaal	N=204	N=31	N=35	N=23	N=25	N=38	N=356	
Onderhandelen	Ja	26,4%	22,6%	44,4%	50,0%	72%	37,8%	33,9%	
		N=53	N=7	N=16	N=12	N=18	N=14	N=120	
	(Chi²=27,876; df=5; p<0,001)	Nee	73,6%	77,4%	55,6%	50,0%	28%	62,2%	66,1%
		N=148	N=24	N=20	N=12	N=7	N=23	N=234	
	Totaal	N=201	N=31	N=36	N=24	N=25	N=37	N=354	
Minder klanten	Ja	33,7%	23,3%	13,9%	39,1%	72,0%	18,4%	32,2%	
		N=69	N=7	N=5	N=9	N=18	N=7	N=115	
	(Chi²=28,753; df=5; p<0,001)	Nee	66,3%	76,7%	86,1%	60,9%	28,0%	81,6%	67,8%
		N=136	N=23	N=31	N=14	N=7	N=31	N=242	
	Totaal	N=205	N=30	N=36	N=23	N=25	N=38	N=357	
Meer klanten	Ja	20,0%	32,3%	22,9%	39,1%	92,0%	45,9%	30,3%	
		N=41	N=10	N=8	N=9	N=23	N=17	N=108	
	(Chi²=61,432; df=5; p<0,001)	Nee	80,0%	67,7%	77,1%	60,9%	8,0%	54,1%	69,7%
		164	N=21	N=27	N=14	N=2	N=20	N=248	
	Totaal	N=205	N=31	N=35	N=23	N=25	N=37	N=356	
Klanten wegsturen	Ja	24,7%	12,9%	33,3%	37,5%	72,0%	31,6%	29,5%	
		N=49	N=4	N=12	N=9	N=18	N=12	N=104	
	(Chi²=29,014; df=5; p<0,001)	Nee	75,3%	87,1%	66,7%	62,5%	28,0%	68,4%	70,5%
		N=149	N=27	N=24	N=15	N=7	N=26	N=248	
	Totaal	N=198	N=31	N=36	N=24	N=25	N=38	N=352	
Minder selectief in klanten	Ja	13,9%	12,9%	13,9%	16,7%	64,0%	10,5%	17,1%	
		N=28	N=4	N=5	N=4	N=16	N=4	N=61	
	Chi²=42,026; df=5; p<0,001	Nee	86,1%	87,1%	86,1%	83,3%	36,0%	89,5%	82,9%
		N=174	N=27	N=31	N=20	N=9	N=34	N=295	
	Totaal	N=202	N=31	N=36	N=24	N=25	N=38	N=356	

Tabel 52 (vervolg): Effecten van middelengebruik op verschillende facetten van het sekswerk, per product

		Alcohol	Benzo- diazepinen	Canna- bis	Cocaïne	Heroïne	Andere	Totaal
Sekstechnieken	Ja	8,3% N=17	6,5% N=2	5,6% N=2	16,7% N=4	72,0% N=18	10,5% N=4	13,1% N=47
	Nee	91,7% N=188	93,5% N=29	94,4% N=34	83,3% N=20	28,0% N=7	89,5% N=34	86,9% N=312
	Totaal	N=205	N=31	N=36	N=24	N=25	N=38	N=359
Geen condoom bij craving	Ja	4,2% N=10	-	1,8% N=1	16,0% N=4	80,0% N=20	4,8% N=2	8,6% N=37
	Nee	95,8% N=227	100,0% N=44	98,2% N=54	84,0% N=21	20,0% N=5	95,2% N=40	91,4% N=391
	Totaal	N=237	N=44	N=55	N=25	N=25	N=42	N=428

In **tabel 52** presenteren we het aantal respondenten dat onder invloed van roesmiddelengebruik effecten op het sekswerk ervoer. De tabel geeft enkel het aantal respondenten weer dat een effect hebben ervaren: de antwoordcategorieën soms, vaak en altijd zijn hier bijeengebracht onder de categorie ‘ja’. De rechtse kolom bevat het aantal respondenten dat bij elke stelling bevestigend antwoordde.

We presenteren de resultaten slechts voor de meest aangehaalde producten: alcohol, cannabis, benzo-diazepinen, cocaïne en heroïne. Enkele respondenten pasten de stellingen toe op andere producten (zo beantwoordde één respondente de stellingen m.b.t. methadon) of op combinaties van producten (zij gebruiken doorgaans verschillende middelen tegelijkertijd, en konden de genoemde effecten bijgevolg niet aan een welbepaald product toeschrijven). Deze respondenten zijn in de tabel samengebracht in de kolom “andere”.

De cijfers onderschatten wellicht of bijna zeker het voorkomen van effecten van roesmiddelengebruik op het sekswerk. Immers, de respondenten werd eerst gevraagd om het roesmiddel aan te duiden dat ze het meest gebruikten, of dat hun voorkeur wegdroeg (‘hoofdproduct’). Vervolgens werden de effecten daarvan op de diverse aspecten van het sekswerk bevraagd. Respondenten konden dus niet het effect van andere middelen toelichten. Overigens is het best mogelijk dat het dubbele taboe (op sekswerk én op middelengebruik) bijdraagt tot een onderrapportering van de wisselwerking tussen beide aspecten. Tot slot merken we op dat het zgn. ‘hoofdproduct’ van de respondent een roesmiddel kan zijn dat zij vooral naast het sekswerk, in de recreatieve sfeer, gebruikt. Ook in dat geval rapporteert de sekswerker logischerwijs dat het gebruik geen invloed op het sekswerk heeft. Uit de kwalitatieve data (zowel de individuele interviews als de focusgroesgesprekken) blijkt in ieder geval dat het roesmiddelengebruik vóór en tijdens het werk wél een impact uitoefent.

Bijna de helft van alle respondenten die deze vraag beantwoordden (48,6%), zegt dat het sekswerk hen na het gebruik van een roesmiddel makkelijker afging. Honderdvijfendertig respondenten (37,7% van

wie deze vraag beantwoordde) kan minder lang werken als ze onder invloed zijn van een roesmiddel; maar bijna evenveel sekswerkers (N=123; 34,6% van wie de vraag beantwoordde) zeggen net wel langer aan de slag te kunnen blijven. Eén op drie (N=120; 33,9%) zegt sterker in zijn schoenen te staan om met klanten te onderhandelen over de prijs, over de seksuele diensten of over de plek waar men seks zal hebben. Overigens zeggen 104 respondenten (29,5% van wie antwoordde) dat ze onder invloed een klant makkelijker kunnen wegsturen.

Ook over het effect van roesmiddelengebruik op het aantal klanten dat men aankon, is de populatie verdeeld: 32,2% (N=115) zegt onder invloed minder klanten te ontvangen, 30,3% (N=108) beweert juist méér klanten te kunnen ontvangen.

Een kleine groep respondenten (N=47; 13,1%) zegt met roesmiddelen bepaalde seksuele diensten toe te staan, waar ze naderhand spijt van hebben.

Vierenzestig respondenten (N=64, 17,8%) hebben onder invloed wel eens onbeschermd seks. Meer dan de helft van hen (N=34) werkt in de straatprostitutie, en vooral in de Luikse buurt rond de *Cathédrale Nord* en de Antwerpse *Atheneumbuurt*. De anderen werken in diverse sectoren.

Zevenendertig respondenten (N= 8,6%) hebben al eens zonder condoom gevrijd toen ze een sterk verlangen naar het roesmiddel van hun keuze voelden (*craving*). Als dat (lichamelijke of psychische) verlangen naar een *hit* te groot wordt, accepteren ze onveilige seks. Bijna allemaal zijn ze in de straatprostitutie bezig. Slechts enkelen werken in andere sectoren, en het verschil is statistisch significant ($\chi^2=95,868$; $df=5$; $p<0,001$).

Tussen de diverse branches kan overigens een aantal verschillen worden vastgesteld:

- Respondenten actief in de straatprostitutie ervaren vaker het effect van roesmiddelengebruik op het sekswerk: ze rapporteren meer onbeschermd seks, vinden het sekswerk vaker makkelijker, zeggen dat ze vlugger bepaalde seksuele diensten toestaan, ze zijn minder selectief in hun klantkeuzes en rapporteren dat ze onder invloed van *craving* soms een condoom achterwege laten. Tegelijkertijd rapporteren straatprostituees meer dan sekswerkers uit andere sectoren dat ze met een middel beter kunnen onderhandelen en klanten makkelijker kunnen wegsturen.
- Aan de andere kant van het spectrum bevinden zich de respondenten actief in de raamprostitutie: zij rapporteren –in vergelijking met de respondenten uit andere prostitutiebranches- steevast minder vaak effecten van roesmiddelengebruik op het sekswerk.

De reële aantallen zijn te klein om na te gaan of er statistisch significante verschillen tussen regio's of specifieke prostitutiebuurten bestaan.

Of het gebruik invloed op het sekswerk uitoefent, en hoe sterk de impact is, is uiteraard mede afhankelijk van het gebruikte product. De verschillen qua effect van diverse producten op het sekswerk zijn meestal statistisch significant: we hebben dat in de linkse kolom van **Tabel 47** aangegeven, zie hier-

boven). Alleen wat het accepteren van seksuele diensten betreft waar men achteraf spijt van heeft en het achterwege laten van een condoom bij *craving*, zijn de verschillen tussen de producten statistisch niet significant. Voor alle aspecten geldt dat het effect proportioneel vaker wordt toegeschreven aan *heroïne*, dan aan andere middelen.

“Ça me permettait déjà de m’habiller comme je voulais. [...] Ça me permettait dans la rue d’avoir plus de franchise et de moins avoir peur. [...] Même si tu es fatiguée tu ne sens pas la fatigue.”
(R016, thuisontvangst, 42 jaar)

Respondenten geven niet zo dikwijls aan dat ze onder invloed van *alcohol* onbeschermd seks hebben, langer kunnen werken of meer klanten ontvangen, vergeleken bij andere middelen (zoals cocaïne of heroïne). Ook wat alcohol betreft stellen we vast dat meer respondenten in de straatprostitutie invloed ondervinden bij het sekswerk, en opvallend minder respondenten uit de raamsector. Niet verwonderlijk is de vaststelling dat velen in de bar/clubsector aangeven dat alcoholconsumptie op meer dan een aspect van het sekswerk een invloed heeft. Zij noteren vaker onbeschermd seks te hebben als ze gedronken hebben. Ook zeggen ze meer dat alcohol het hen makkelijker maakt om aan seks te doen:

“Als je nuchter bent, is het moeilijk om te starten [...]. Ik weet niet wat zeggen tegen de klanten [...]. Je laat je sneller gaan, je verlaagt je grenzen [...]. Je gaat dingen toelaten die je je achteraf beklaagt. Meestal is dat door de drank. Het zijn de diensten die je dan aanbiedt aan de klanten.”
(R001, clubsector, 30 jaar)

De hierboven beschreven verschillen tussen de straatprostitutie en de bar/clubsector enerzijds en de raamprostitutie anderzijds blijven bestaan, als we alleen naar het product alcohol kijken. Respondenten uit de bar/clubsector en uit de straatsector rapporteren vaker dat ze klanten makkelijker wegsturen als ze gedronken hebben, in vergelijking met respondenten uit de privésector ($\chi^2=23,006$; $df=5$; $p<0,001$). Respondenten uit de straatsector rapporteren frequenter dat ze onder invloed van alcohol sterker in hun schoenen staan bij het onderhandelen over te leveren diensten; respondenten uit de raamsector rapporteren dat minder ($\chi^2=24,303$; $df=5$; $p<0,001$). Géén respondent uit de raamprostitutie zegt onder invloed van alcohol méér klanten aan te kunnen; terwijl straatprostituees zo iets wel vaak opperen ($\chi^2= 21,598$; $df=5$; $p<0,002$). Hetzelfde geldt voor de invloed van alcohol op langer werken: géén enkele sekswerker uit de raamsector haalde dat aan, terwijl respondenten uit de straatprostitutie en de club/barsector dat wel deden ($\chi^2= 27,368$; $df=5$; $p<0,001$).

Over andere middelen kunnen we weinig kwantificerende uitspraken doen. Kwalitatieve interviews vertellen respondenten wel over het effect van verschillende producten. Sommigen vertellen dat het gebruik van cocaïne – in tegenstelling tot wat sommigen zouden vermoeden – vaak leidt tot minder lange werkdagen: de psychologische (neven)effecten leiden ertoe dat sekswerkers paranoïde kunnen worden en hun werkdag vroeger afsluiten. Ook benzodiazepinegebruik kan het sekswerk beïnvloeden:

“Je n’ai plus de barrières en fait quand je prends mon Stilnox[®]. C’est comme ça que je suis arrivée à des extrêmes comme recevoir quelqu’un en pleine nuit sans prendre beaucoup de précautions [...] Le plus gros problème c’est la désinhibition. C’est le fait que je suis poussée à plein d’actes. Enfin, je n’ai plus de barrières, tout est possible, on se fout de tout. Je ne vois plus les conséquences.” (R013, thuisontvangst, 31 jaar)

De effecten van middelengebruik op het sekswerk zijn ook afhankelijk van individuele kenmerken van de sekswerker zelf, en de omstandigheden waarin wordt gebruikt. Bovendien wijzen deelnemers aan de focusgroeps gesprekken erop dat benzodiazepinegebruik na het werk (bijv. ‘s avonds) ook effect kan hebben op het werk daags nadien. Als benzodiazepinen dagelijks worden ingenomen, treedt er een continu effect op en is het mogelijk dat deze middelen genomen worden om met (negatieve) aspecten van het sekswerk om te (blijven) kunnen omgaan.

12. Eigenheid van sectoren

We wezen hierboven al op enkele verschillen in cijfers tussen de verschillende prostitutiesectoren. Die gegevens werden in vijf steden (Gent, Antwerpen, Brussel, Luik en Charleroi) aan terreindeskundigen voorgelegd, waarbij ze het voorwerp uitmaakten van discussie inzake interpretatie. In deze paragraaf verwerken we een aantal van die vaststellingen of observaties. Een en ander vullen we verder aan met data uit de kwalitatieve interviews met sekswerkers.

12.1. Straatprostitutie

In de focusgroeps gesprekken besteedden we tevens veel aandacht aan de vaststellingen inzake straatprostitutie, zoals dat ook in de internationale literatuur gebeurt. Dikwijls heeft men het over een ‘subgroep’ onder de straatsekswerkers, die zeer zichtbaar en kwetsbaar is.

Tijdens de gesprekken in Brussel en Charleroi werd benadrukt dat niet alle straatsekswerkers roesmiddelen gebruiken. Men onderscheidt in beide steden twee groepen: aan de ene kant een ‘stabiele’ groep straatsekswerkers die om financiële overwegingen seksuele diensten aanbiedt, en anderzijds een kleine groep van opvallend zichtbare straatsekswerkers. Die laatsten zijn kwetsbaar op verschillende levensdomeinen. Deze vrouwen gebruiken verschillende roesmiddelen (polydruggebruik) en veroorzaken vanuit politieel en beleidsmatig oogpunt meer dan eens overlast. Doorgaans zijn ze dakloos, niet in orde met hun administratie, enz. Hoewel die kleine subgroep het imago van de straatsekswerkers sterk bepaalt, doen deze vrouwen slechts sporadisch aan sekswerk, als ze geld nodig hebben om drugs te kunnen kopen. Terreinwerkers noemen dit vaak ‘prostitutie als overlevingstechniek’. Toch is het belangrijk te benadrukken dat het om een kleine groep gaat, een fractie van alle sekswerkers.

“C’est le plus petit bout de l’iceberg de la prostitution.” (focusgroep Brussel)

In de focusgroepsgesprekken in Antwerpen en Luik hadden deelnemers eerder de indruk dat de hierboven beschreven vaststellingen uit de kwantitatieve survey het reële gebruik *onderschatten*.

“Onder de meisjes die ik ken, is iedereen verslaafd.” (focusgroep Antwerpen)

Ofschoon iedereen het erover eens is dat niet alle sekswerkers in de straatprostitutie over één en dezelfde kam mogen worden geschoren, kent iedereen de schrijnende verhalen van sommige straatprostitutees. Bepaalde respondenten groeien op in opvangtehuizen of op straat, komen op zeer jonge leeftijd in aanraking met roesmiddelen en met prostitutie.

“Et pour finir, on ne travaille plus que pour ça.” (R019, straatsector, 32 jaar)

In Brussel zou het gebruik onder straatsekswerkers minder zichtbaar zijn geworden én sterk gedaald. Dat is mede in de hand gewerkt door de klant. Die verkiest een gezonde, jonge vrouw in plaats van een geïntoxiceerde en een door druggebruik lichamelijk getekende vrouw.

In de straatprostitutie worden vooral heroïne en/of cocaïne, in combinatie met alcohol, gebruikt. Bovendien komt intraveneus roesmiddelengebruik vooral in deze sector voor. Cocaïne en crack zijn volgens een aantal observatoren de laatste jaren meer in trek, zoals dat ook in bredere maatschappelijke kringen het geval is. Cocaïne wordt vaker gebruikt, is goedkoper geworden en bijgevolg ook toegankelijker. Toch wordt heroïne in de branche van de straatprostitutie nog meer gebruikt dan cocaïne; zij is ook niet duur en bijgevolg goedkoper in aanschaf. In de verschillende focusgroepen stelden deelnemers dat vrouwen met een heroïneafhankelijkheid eerder in de straatsector terecht komen.

In alle focusgroepsgesprekken werd het gebruik met de context gelieerd. Er is altijd een dealer in de buurt die zijn koopwaar proactief aanbiedt.

“Il y a toujours quelqu’un qui va être là, quelque part [...]. Parce que la demande est là.” (Focusgroep Charleroi)

Zogenaamde “vriendjes” spelen een niet te verwaarlozen rol. Het pooierschap is veranderd; druk en dwang worden subtiel uitgeoefend. Fysiek geweld heeft plaats gemaakt voor emotionele relaties die snel wisselen en waarin het “vriendje” de rol van de “*amant*” vervult. Wanneer de relatie afspringt, verdwijnt de vrouw ook uit de prostitutie. Vaak heeft een man verschillende vrouwen die voor hem werken. Andere relaties zijn echter wel stabiel en hebben ogenschijnlijk weinig met pooierschap van doen. Verschillende vrouwen prostitueren zich om hun eigen gebruik en dat van het “vriendje” te bekostigen. In zulke situaties kan men zich de vraag stellen of er van pooierschap sprake is, dan wel van een ‘gedeeld partnerschap in verwervingscriminaliteit’ waarbij de vrouw zich van seksuele strategieën bedient en de man andere (illegale) strategieën uittekent, zoals het stelen en doorverkopen van dvd’s. Desalniettemin kan ook in zulke relaties van fysiek geweld sprake zijn:

“Et voilà, ce qui s’est passé et comme il est caractériel et que... il frappe pas mal.” (R019, straatsector, 32 jaar)

Sommige deelnemers wijzen op verschillen naargelang het geslacht en de herkomst van de sekswerkers. Onder transvestieten zou er meer worden gebruikt. Straatsekswerkers in Brussel en uit Oost-Europese landen afkomstig zouden naar verluidt onder strenge controle van een pooier staan. Deze vrouwen zouden - zo opperde een deelnemer aan de focusgroep – minder gebruiken, omdat ze er van de pooier de financiële middelen niet voor krijgen.

“Elles sont nombreuses parmi ces filles là à dépendre d’un proxénète, [...] et qui contrôle très fort leur rentrée d’argent. Donc peut-être elles ont plus difficilement accès à ça.” (Focusgroep Brussel)

De straatprostitutie vertoont volgens veel deelnemers belangrijke verschillen met de andere sectoren, niet alleen wat het roesmiddelengebruik betreft, maar ook wat de (on)veiligheid aangaat. De bescherming die een binnenhuisgelegenheid biedt, is immers op straat niet te vinden.

“Quand vous faites ça, le racolage en rue, vous vous faites agresser, y a personne qui est là pour vous aider.” (R024, clubsector, 25 jaar).

Vrouwen die in deze branche terecht komen, hebben minder keuzemogelijkheden. Zij zouden ook dichter bij de werkplek wonen, omdat ze zich minder makkelijk kunnen verplaatsen. In andere sectoren zoeken sekswerkers net een voldoende afstand tussen woonplaats en werkplek op, om hun anonimiteit te verzekeren. Maar ook vanuit gezondheidsoverwegingen lijkt de straatprostitutie een minder aantrekkelijke branche. Wie urenlang, in weer en wind, op straat op een klant dient te wachten, wordt makkelijker ziek.

“Ce serait bien qu’on arrête de travailler en rue. [...] Il fait froid, il pleut.[...] Il y a des voitures quand elles passent, [...] qui nous insultent. [...] Faudrait qu’ils mettent des bars.” (R008, straatsector, 28 jaar)

Bovendien zijn straatsekswerkers erg zichtbaar, niet slechts voor hulpverleners, maar ook voor klanten, buurtbewoners en voorbijgangers. Die tonen vaak weinig respect. Soms kunnen ze zelfs een dreiging vormen voor de fysieke en emotionele integriteit van de sekswerker:

Prostitutie blijkt overigens een dynamisch fenomeen; en ook in de straatprostitutie zijn nieuwe ontwikkelingen opgetreden. Mede onder invloed van het repressieve optreden van lokale politiediensten (‘schoonmaakacties’) deden nieuwe wervingsstrategieën hun intrede. De opkomst van het internet en de mobiele telefonie hebben ertoe bijgedragen dat sekswerkers niet altijd op straat op een klant hoeven te staan wachten.

“En als ik is in Antwerpen ben en ik denk van oké, dan ga ik eerder eens een berichtje sturen: Joo, ik ben in Antwerpen. Als het mij past. En dan zien. Dat zijn er een stuk of 4, 5. Dat er dan iemand

mij eens terug belt. Dat zijn gemakkelijke mensen waar dat ik van aan kan.” (R023, straatsector, 33 jaar)

12.2. Raamprostitutie

Uit de boven gepresenteerde cijfers blijkt het gebruik van roesmiddelen binnen de raamprostitutie minder vaak voor te komen dan onder sekswerkers in andere sectoren. Dat kan te maken hebben met het feit dat sekswerkers in deze sector erg zichtbaar en identificeerbaar zijn:

“Mijn broer weet het, maar die is dat via via te weten gekomen, omdat ik voor het raam gezeten heb. Ja, dus ge wordt altijd wel een keer gezien, hé.” (R002, privésector, 47 jaar)

Vrouwen in deze sector hebben een bepaald arbeidsethos. Zij hebben een stabiel leven, aanvaarden sekswerk als een baan, werken doorgaans in minder precaire omstandigheden en grijpen (bijgevolg?) minder naar roesmiddelen. Ook de uitbaters spelen daarbij een rol: als een vrouw niet voor het werk komt opdagen, het huurgeld voor de vitrine niet betaalt, of na haar shift niet naar behoren schoonmaakt, zal ze eruit worden gezet. Bovendien worden raamsekswerkers niet door een *gerante* of *patron* in de gaten gehouden, zoals dat bij sekswerkers in een bar of club het geval is. Daardoor ervaren ze wellicht minder druk en hebben ze weinig behoefte aan roesmiddelen om met de werkgerelateerde stress om te gaan. Overigens kenmerkt de raamprostitutie zich door kortdurende seksuele die nesten (“*binnen en buiten*”): klanten blijven minder lang, zodat er ook geen tijd is om samen te drinken en/of roesmiddelen te gebruiken.

Desalniettemin veronderstellen veel deelnemers aan de focusgroeps gesprekken dat het werkelijke roesmiddelengebruik in deze sector hoger ligt dan uit de gepresenteerde cijfers naar voren komt. Hulpverleningsorganisaties benadrukken dat in deze sector een onderscheid dient te worden gemaakt tussen sekswerkers die overdag werken, en raamprostituees die ‘s nachts werken. Men veronderstelt dat het gebruik onder sekswerkers die nachtshiften doen, hoger ligt. Die vrouwen zouden vooral naar pepmiddelen grijpen. Het gebruik van heroïne zou nauwelijks opgemerkt worden, cannabisgebruik daarentegen zou onder raamsekswerkers vaak voorkomen.

“Ja, in het glazen straatje [raamprostitutiebuurt in Gent-Zuid, nvdr] was er daar druggebruik. Ja, daar heb ik er zelf ook aan gezeten dan, dus speed [amfetamines, nvdr], weet je, om wakker te blijven want je bent daar van 8u ‘s avonds tot 7u ‘s morgens weet je.” (R011, thuisontvangst, 39 jaar)

In alle focusgroepen maakten deelnemers verder een onderscheid naar leeftijd. Jongere vrouwen in de raamsector zouden kwetsbaarder zijn en vaker roesmiddelen gebruiken. Vrouwen die op *latere* leeftijd bewust kiezen om in de seksindustrie aan de slag te gaan, zouden stabiel in het leven staan en minder roesmiddelen gebruiken.

De relatief hoge gebruikspercentages voor benzodiazepinen moeten begrepen worden als symptomen van eenzaamheid en psychologische problemen. Deze vrouwen voelen zich erg geïsoleerd; ze schamen

zich over hun activiteit door het taboe en de negatieve connotatie die ermee samenhangen. Dat leidt op zijn beurt tot sterke gevoelens van eenzaamheid.

“La solitude leur pèse vraiment et c’est ça qui leur fait prendre des calmants surtout je pense.”
(Focusgroep Brussel)

Raamprostitutiebuurten kenmerken zich anderzijds wel door een vorm van solidariteit onder de sekswerkers. Er bestaat in ieder geval meer sociale controle en contact dan onder vrouwen die alleen op een privé-adres werken.

“Maar daar heb je contact natuurlijk met de een en de ander. We zitten daar tegenover elkaar en er is ... Heb je een condoom nodig, ga je naar dat meisje. Het je een fles champagne nodig, ga je naar dat meisje. Dus er is toch wel een zekere ... solidariteit... bij bepaalde. Zo ja, je hebt meer contact daar. Ik bedoel, ik voelde me minder alleen aan het raam dan hier [privé-appartement, nvdr].” (R002, privésector, 47 jaar)

Ook in de raamprostitutie zijn dealers alom tegenwoordig. Zij bieden de producten aan, maar moeten ook snel producten aan de sekswerkers op vraag van de klant kunnen leveren.

“Je had daar een dealer die daar rondliep, die ging dan rond bij iedereen. Dat is zoals de meisjes met hun lingerieverkoop. Die gaan dan ook in het glazen straatje om hun lingerie te verkopen.”
(R011, thuisontvangst, 39 jaar)

Klanten spelen – in deze én in de andere sectoren - een belangrijke rol. Omdat bepaalde klanten met een sekswerker willen gebruiken, moeten ze snel en makkelijk aan producten kunnen raken. Daardoor verkleint de stap naar zelf gebruiken, ook zonder een klant. Sekswerkers zouden elkaar ook onderling aanzetten om drugs te gebruiken, doordat het het werk vergemakkelijkt. Tot slot hebben veel raamsekswerkers ook een “vriendje” of een pooier die ze onder druk zet of ze met roesmiddelen tot prostitutiewerk zou “verleiden”. Het gaat weliswaar niet om de klassieke netwerken van mensenhandel (‘matroesjka’s’), maar ook de recente, meer subtiele vormen van pooierschap kunnen met emotioneel, verbaal of fysiek geweld gepaard gaan. Als een getrouwde vrouw met kinderen sekswerk verricht, lijkt dat minder verdacht, al kan ook zij onder invloed staan van een partner die (het merendeel van) de inkomsten binnenrijft.

“Ja, achteraf hoor je dan wel veel van ‘ja, hij had nog een ander’. Zoals die oudere vrouw, die haar pooier is gestorven een paar jaar geleden. En die had natuurlijk zijn gsm nog. Ze heeft nog zo een meisje of 5 ontdekt, dat ook werkte voor hem. Dat was dan ook zagezegd haar vriendje...”
(R018, raamsector, 23 jaar)

Vrouwen die al langer werken en ten aanzien van de pooier of het netwerk van pooiers meer vrijheid verworven hebben, hebben meer financiële middelen om zich producten aan te schaffen. Deelnemers aan de focusgroepen vermoeden dat die sekswerkers eerder naar kalmeermiddelen zullen grijpen.

Ook in de sector van de raamprostitutie wijzen velen op hoger roesmiddelengebruik bij transvestieten:

“Wij zitten ook met een redelijk aantal transvestieten en ik denk, als we daar gaan kijk en naar het cocaïnegebruik, dat dat veel hoger ligt, veel, veel hoger dan bij de dames.” (Focusgroep Antwerpen)

Vooraf in de *carrés* in de Brusselse *Noordbuurt* voelen de respondenten zich onveilig. Steevast halen ze ook het gebrekkige politieoptreden in de buurt aan. Ramen worden ingeslagen, ze worden uitgescholden, ... Bovendien ontbreekt het veel klanten, voorbijgangers en buurtbewoners aan respect ten aanzien van de sekswerkers.

In de focusgroepen werd ten slotte het vermoeden geuit dat jonge vrouwen via georganiseerde netwerken in de prostitutie worden binnengeloodst. Vaak verschijnen buitenlandse vrouwen net na hun 18^{de} verjaardag in een raambuurt; velen betwijfelen of zij geheel vrijwillig in de branche stappen. Oudere vrouwen uit hetzelfde land van herkomst zouden bij het rekruteren van sekswerkers een rol spelen. Soms vermoedt men dat deze vrouwen voor hun meerderjarigheid al in meer verborgen vormen van prostitutie actief zijn geweest. Vooral internet zou hierin een rol spelen.

12.3. Bar/raamprostitutie

De sector ‘bar/raam’-prostitutie was vooral het voorwerp van een gesprek in de focusgroep te Brussel. Het gebruik zou in deze sector hoger liggen dan uit de cijfers naar voren komt. Volgens de deelnemers wordt er vooral cannabis gebruikt, en andere stimulerende producten die met een hoog werkritme in verband worden gebracht. Stimulantia hangen vooral af van het feit of er dag en nacht moet worden gewerkt, en niet zozeer van het feit dat men zich prostitueert. Onder Bulgaarse bar/raamsekswerkers zou “Pico” worden gebruikt, een recreatief roesmiddel dat onder Roemeense en Bulgaarse straatkinde- ren populair is. Dit product zou vooral voor het sekswerk geconsumeerd worden en zou vergelijkbare effecten als ecstasy hebben.

Een typisch fenomeen in deze sector is de *“dame de compagnie”*; niet zelden maakt zij deel uit van het georganiseerde netwerk achter de prostitutie. In welke mate zij een rol speelt bij het gebruik is niet duidelijk; deze dames vormen in ieder geval het doorgeefluik tussen de sekswerkers en de buitenwereld. Er wordt overigens een onderscheid gemaakt tussen ‘dames de compagnie’ die het welzijn van de meisjes bewaken en anderen die tot het netwerk behoren en er zijn om de sekswerkers te controleren *“surtout dans le milieu Bulgare.”* (Focusgroep Brussel).

Ook in deze sector werken sommigen onder het gezag van pooiers, die niet allemaal eenzelfde mate van geweld en dwang hanteren. Hoewel we in het kader van deze studie niet op de internationale netwerken achter de prostitutie focussen, getuigde één van de respondenten over de periode dat ze in de Aarschotstraat werkte. Ook zij stond onder een pooier, die nog wel in internationale handel van wa-

pens, drugs, vrouwen ... verwickeld zat: *“il faisait toute sorte de trafic”*. Afhankelijkheid van roesmiddelen wordt wel degelijk aangewend om vrouwen in de prostitutie te krijgen en ze erin te houden.

“Ça l’arrangeait bien aussi que je tombais dans la consommation [...] il me tenait comme ça [...] Et quand il revenait, il fallait son argent, son enveloppe d’argent. [...] Et c’est comme ça que j’ai vu, j’ai su qu’il avait d’autres filles [...] Ce n’était pas la même chose qu’il avait avec moi, la relation.” (R003, clubsector, 39 jaar)

Als in de andere sectoren houden dealers zich in de gekende prostitutiebuurten op en spelen klanten een rol. Tot slot zijn deelnemers aan de Brusselse focusgroep van mening dat sekswerkers in de bar+ramen ‘gegroepeerd’ zitten. Bepaalde etablissementen trekken sommige sekswerkers (en klanten) aan. Hier en daar wordt gebruikt en werken gebruikende sekswerkers, in andere etablissementen wordt zoiets niet aanvaard en worden gebruikende sekswerkers de deur gewezen.

12.4. Bar/clubsector

De bar/clubsector kreeg in alle focusgroeps gesprekken veel aandacht. Het hoge alcoholgebruik in de branche verbaasde niemand. Alcoholconsumptie is er *“part of the job”* en vormt vaak een belangrijkere bron van inkomsten in vergelijking met de seksuele dienstverlening.

“Normaal drink je zeker 3-4 flessen per nacht. Maar er wordt meer besteld; er wordt veel uitgegooten of gefoefeld. [...] In verhouding ga je ook meer verdienen aan drank dan aan kamers.” (R001, clubsector, 30 jaar)

Er bestaan evenwel verschillen tussen bars. In sommige etablissementen mogen de vrouwen – zonder dat de klant het merkt weliswaar - champagne weggieten, in andere etablissementen niet.

“In X [naam van een club, nvdr] vroeger, daar moest je alles opdrinken. Je mocht niets weggieten. Daar was het iedere nacht een ramp. Nu blijven uw slippers plakken in het tapijt, van al de drank die we weggieten.” (R001, clubsector, 30 jaar)

Er zijn bars waar de consumptie niet zo hoog ligt en waar de gerante aanvaardt dat sekswerkers niet drinken. In andere bars wordt dit niet getolereerd.

“Le client disait: ‘à la limite je t’offre... tu bois un Perrier, mais je t’offre la bouteille sans la mettre’. Je dis : ‘Non, je ne peux pas par principe de la maison’.” (R003, clubsector, 39 jaar)

Sommige sekswerkers in deze branche drinken enkel om geld te verdienen. Zij trachten hun alcoholconsumptie buiten de werkuren zoveel mogelijk te beperken. Anderen drinken op de werkplek en buiten de werkuren, omdat ze er zelf zin in hebben.

“Als er geen een klant is geweest, dan gaan die nog helemaal zat naar huis.” (R025, barsector, 51 jaar)

Ook het hoge cocaïnegebruik kwam in de focusgroepen vaak aan bod. Onder invloed van cocaïne voelt men zich minder snel dronken en kan men doorwerken.

“Ze moeten die champagne opkrijgen, hé. Dus al je pakt, word je niet zat, hé. Dus die bazen laten dat allemaal toe. Allez, het brengt op. Hoeveel kost het niet, zo een fles? Dus voor hem is het goed, als het meisje gebruikt, want die laat veel meer toe, die zijn veel lossier... en je kunt veel meer drinken.” (R002, privésector, 47 jaar)

Bovendien moeten de vrouwen in deze sector presteren, klanten aantrekken en ze entertainen. Ook dat kan een verklaring bieden voor het hogere gebruik van stimulerende middelen. In de raamprostitutie kunnen vrouwen zich met allerlei andere zaken bezighouden (breien bijvoorbeeld, of telefoneren), terwijl ze op een klant wachten. Bovendien blijven de klanten niet lang. In de bar/clubsector is het werk veel intensiever, en bijgevolg moeilijker zonder middelengebruik vol te houden.

“Tout le monde prend, tout le monde fume ... de toute manière, si vous n'avez pas ça, vous ne sauriez pas. Non. Y a des nouvelles qui nous faisaient rire, y a des nouvelles qui venaient : moi, je ne touche à rien qu'elles disaient. Ok, ça va. Vous revenez un mois après, elle était... elle prenait hein. Parce qu'elle-même le voyait bien, tenir une nuit, sans rien prendre, et avec la musique... Vous avez toujours la musique à fond. Il faut tout le temps danser, surtout celles qui sont en vitrine, il faut qu'elles se montrent, il faut qu'elles dansent. Et celles qui sont à l'intérieur même du bar qui dansent au niveau des bars et tout ça pour se montrer, qui sont juste en soutard et en string. Faut quand même bien que... et y en a qui sont timides, donc euh pour que... moi-même je suis très timide, si je ne prenais pas une latte, je... vous me verriez même pas en soutien-gorge rien du tout hein. Donc euh... pour cacher la timidité, fallait qu'elle prenne donc pour finir c'est carrément elle qui prenait et qui venait près de nous nous demander : 'Oh, y a pas moyen de prendre une latte?'.” (R024, clubsector, 25 jaar)

In deze sector spelen de infrastructuur van het etablissement en de uitbaatsters een belangrijke rol (zie ook eerder).

“Donc vous faites rien de la soirée, alors le patron vous donne un gramme: 'tiens, amuse-toi'.” (R024, clubsector, 25 jaar)

De sekswerkers raden elkaar onderling aan om te gebruiken. Het gebeurt zelfs dat ze elkaar drogeren:

“Même les filles, elles s'amusaient, c'était leur jeu hein. C'était leur jeu, d'aller dans les verres de chacun et de mettre la ... un petit peu... d'ecstasy. J'ai fait: 'Mais vous êtes connes hein!' Parce que si jamais la fille elle se fait violer après, elle ne le sait même pas.” (R024, clubsector, 25 jaar)

12.5. Privéprostitutie

De branche van de privéprostitutie is minder zichtbaar en toegankelijk. Professionele hulpverleners hebben bijgevolg een beperkte kennis van het gebruik onder deze sekswerkers. Men gaat ervan uit dat het roesmiddelengebruik in deze sector eerder occasioneel voorkomt en weinig gelieerd is aan het sekswerk. Deze vrouwen zouden – als ze al gebruiken – vooral onder vrienden en op feestjes middelen gebruiken. De gevolgen van zo een recreatief gebruik kunnen zich wel op het werk manifesteren (moe zijn, stoned toekomen, ...).

In enkele privéhuizen zijn de vrouwen jonger en soms voelen ze zich niet goed in hun vel. Observatoren vermoeden dat het middelengebruik onder deze vrouwen vaker voorkomt. Bovendien heeft deze branche een meer verborgen karakter, wat wel eens bewust wordt opgezocht door gebruikende sekswerkers. In die zin kan het zijn dat sommige vrouwen in deze sector meer gebruiken dan bijvoorbeeld vrouwen in de raamprostitutie.

In tal van kwalitatieve interviews suggereren respondenten dat in de privéhuizen juist meer wordt gebruikt, omdat de meisjes aan de klant en aan de bazin aandacht moeten besteden. Zij zouden niet altijd even vrij zijn in wie ze afwerken en de manier waarop. Dat maakt het werk in de privésector psychisch meer belastend. Bovendien zijn er ook in privéhuizen uitbaters die hun sekswerkers het gebruik van roesmiddelen aanpraten en hen roesmiddelen verkopen. Ook onderling raden vrouwen in deze sector elkaar een en ander aan. In andere privéhuizen wordt gebruik niet getolereerd, of wordt alleen de consumptie van alcohol en/of cannabis ongemoeid gelaten.

“Nee, er wordt niet gedronken met de klanten. [...] Nee, dat wordt niet getolereerd.” (R014, privésector, 37 jaar)

Ook in deze sector wordt melding gemaakt van pooiers, mannen dus die aanwezig zijn en de touwtjes in handen hebben, of van een vaste partner die mee van de inkomsten uit het sekswerk geniet.

“En dat de pooiers erop staan te lachen, hé. Ja. Of dat ze de gsm’s van die maskes pakken en de goot in gooien. Omdat ze vaste klanten opslaan in hun gsm. Het zijn praktijken zenne, die daar gebeuren. Ho, ho. [...] Dat ze de maskes opstompen met het beste spul eerst en dan het slechtere verkopen. [...] of de maskes met hun rug tegen de muur zetten en ‘ge gaat die klant doen of ...’. Ze verplichten tot iets. Dat zij niet willen doen. [...] Dat was een kerel en die zat overal bij. De telefoon nam die op, die verplichtte zelfs zijn eigen vrouw van pillen in te pakken met de klanten. Die stoorde maskes dat een vriend hadden. Die dreigde daar dan mee, dat hij het hen ging vertellen, als ze als niet meer voor hem wilden werken. En zo ja. [...] Dat ge ’s nachts uit uw bed gebeld werd. Door die pooier dan. Dat ge uw deur moet opendoen, dat ge vijftig euro moet geven voor huur. Zo van die toestanden. Dat ze blijven bellen. Kinderen zelfs wakker maken.” (R009, thuisontvangst, 37 jaar)

“Il l’a su. Ça a été une scène mais il ne m’a jamais demandé d’arrêter. Ben oui, il ne travaillait plus, c’était bien facile pour lui. [...] Une semaine après il me conduisait même en voiture jusque-là.” (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

De vrouwen die hun klanten thuis ontvangen, zijn natuurlijk nog minder zichtbaar voor de professionele actoren. Men veronderstelt – zowel in de interviews als tijdens de focusgroepen - dat zulke vrouwen voornamelijk alcohol en medicatie gebruiken.

“Oui, les somnifères et les tranquillisants, beaucoup. J’ai l’impression que c’est fréquent. Quand je lis sur Youppie.net [i.e. een Franstalige website onder het motto ‘le forum des coquineries’ (forum voor schelmenstreken): een website waarop sekswerkers adverteren, nvdr]. Enfin, on a un coin de filles, entre nous, parfois il y en a une avec un sale truc et puis qui lâche : « Ah oui, j’ai pris des valiums, et puis je pensais à rien.” (R013, thuisontvangst, 31 jaar)

Desondanks weten we uit de kwalitatieve gesprekken dat ook hier cocaïnegebruik kan kaderen in het werk – maar inderdaad veelal na het werk. Ook deze sekswerkers hebben het gsm-nummer van een dealer om op vraag van de klant in roesmiddelen te kunnen voorzien.

12.6. Escortprostitutie

De meeste deelnemers aan de focusgroeps gesprekken konden weinig of geen uitspraken doen over de escortbranche, een *verborgen* branche waar men geen zicht op heeft. In de focusgroeps gesprekken en de kwalitatieve interviews met sekswerkers zelf kwam naar voren dat het onderscheid met de privésector vaag is. Verschillende sekswerkers combineren de twee sectoren.

“Dat was van 9 uur ’s morgens tot euh... tot 22.00 ’s avonds, dacht ik. Dat ik privé deed. En dan van 22.00 ’s avonds tot 6 uur ’s morgens, deed ik dan mijn escortes nog een keer.” (R011, thuisontvangst, 39 jaar)

Veel escortbureaus zijn niet gekend. Escortwerk neemt eerder de vorm aan van het begeleiden van een klant naar een diner of op een tripje. Escortwerk wordt vaak voorgesteld als een betere, meer elitaire vorm van sekswerk, maar een aantal deelnemers aan de focusgroepen beschrijft weinig rooskleurige toestanden. Loverboys introduceren roesmiddelen in het leven van jonge, naïeve meisjes en hanteren de producten om ze van drugs en van henzelf afhankelijk te maken. Zo worden de meisjes de escortbranche of de privésector in geloodst.

Ook in deze sector komt het voor dat met de klant wordt gebruikt, dat er samen een fles champagne gekraakt wordt of een lijntje coke gesnoven. Toch lijken de kwalitatieve data de kwantitatieve bevindingen te bevestigen: onder deze sekswerkers komt roesmiddelengebruik minder vaak voor, en als er (occasioneel) gebruikt wordt, situeert het zich vaak in de vrije tijd.

12.7. Over de sectoren heen

Hoewel veel respondenten naar eigen zeggen geen roesmiddelen gebruiken, wijzen veel sekswerkers er tegelijkertijd op - zowel in het kader van de kwantitatieve survey als in de kwalitatieve interviews – dat middelengebruik onder sekswerkers alomtegenwoordig is. Sommigen durven er zich niet over uitspreken:

“Dat is heel verdoken. Misschien zie ik het niet. Ik ben ook een leek maar ik heb die indruk; er wordt meer gebruikt dan je denkt. Je hoort dat van meisjes die weg zijn, dat die gebruiken.” (R001, clubsector, 30 jaar)

Anderen benadrukken dan weer dat er onder sekswerkers minder gebruikt wordt dan mensen denken. Ze hopen dat de voorliggende studie zal bijdragen tot een juister beeld over de Belgische prostitutie-

wereld. Of en in welke mate respondenten zicht hebben op het gebruik van andere sekswerkers hangt uiteraard samen met de groep van sekswerkers waar ze in terechtkomen, en de plek waar ze werken:

“Maar nu dat ik in die andere bar werk, hoe, ja, er wordt enorm veel drugs gebruikt. Zelfs met klanten.” (R018, raamsector, 23 jaar)

De meeste respondenten zijn van mening dat er “veel gepakt wordt”. Men maakt daarbij dikwijls een onderscheid naar gelang van de leeftijd van sekswerkers. Hoe jonger de vrouwen, hoe naïëver ze in het leven en in het beroep zouden staan. Ze worden verliefd op een pooier die hen voorziet van stimulantia om langer te kunnen werken. Vaak vertellen respondenten dat dergelijke vrouwen *afhankelijk* raken vóór ze het goed en wel beseffen en in een vicieuze cirkel terecht komen waarin enkel gewerkt wordt om een volgende dosis drugs te kunnen betalen.

Ook het onderscheid tussen sekswerkers die overdag en ‘s nachts werken, wordt vaak aangehaald. Zowel respondenten als deelnemers aan de focusgroepen stellen dat het gebruik van alcohol en andere producten hoger is onder sekswerkers ‘s nachts. Stimulantia worden dan aangewend om gedurende de lange (nachtelijke) uren wakker te blijven, maar ook om schroom en gevoelens van schaamte te overwinnen.

Bovendien wordt het middelengebruik van sekswerkers in verband gebracht met het middelengebruik van klanten. Velen komen onder invloed aan of willen ter plekke middelen gebruiken. Zo kunnen klanten in de bevoorrading van roesmiddelen een belangrijke rol spelen. Respondenten rapporteren ook dat sommigen misbruik maken van het gegeven dat bepaalde sekswerkers gebruiken; de grenzen van een geïntoxiceerde of *afhankelijke* sekswerker worden door sommige klanten niet gerespecteerd. Ze brengen producten met zich mee en eisen zelfs dat de sekswerker (met hen) gebruikt, anders stappen ze naar de concurrentie.

Het feit dat in elke gekende prostitutiebuurt dealers aanwezig zijn, wijst eveneens op middelengebruik in die buurt. Ze bieden actief hun koopwaar aan en leveren op vraag van de klant aan sekswerkers. Roesmiddelen worden ook door klanten en uitbaters van etablissementen binnengebracht. Ook pooiers zijn in elke sector actief en beïnvloeden het gebruik. Pooiers nemen verschillende rollen aan, gaande van liefhebbende echtgenoot tot malafide man die vrouwen met een *afhankelijkheid* het sekswerk binnenloodsen en houden.

Welke middelen gebruikt worden, hangt af van de motieven voor het gebruik: sommigen roken cannabis om de tijd tussen twee klanten te doden, anderen snuiven cocaïne om de hele nacht te kunnen doorwerken. Anderen nemen een benzodiazepine om na een werkdag de slaap te kunnen vatten. Bovendien kan middelengebruik ook afhangen van wat in een specifieke buurt voorhanden is. Zo wezen enkele respondenten op het feit dat in de *Aarschotstraat* vooral cannabis met klanten wordt gebruikt, omdat de buurt zich situeert in een omgeving waar veel Maghrebijnen wonen en Noord-Fransen rondhangen, die cannabis gebruiken.

Sekswerkers onder invloed van roesmiddelen zouden volgens de respondenten ook grote moeilijkheden ondervinden om nuchter of *clean* te werken. Ze belanden in een vicieuze cirkel van gebruik en prostitutie. In de focusgroepen werd ook melding gemaakt van vrouwen die gekend staan voor drugsfeiten en later in de prostitutie worden opgemerkt. Sommige respondenten verwijten de druggebruikende sekswerkers onder de prijzen te werken waardoor de concurrentie onderling wordt versterkt. Ondanks die idee kennen respondenten ook sekswerkers die helemaal níet gebruiken, of die gebruikt hebben totdat ze een man ontmoetten. Voor die man keerden die vrouwen in één beweging het sekswerk én het roesmiddelengebruik de rug toe.

13. Conclusie

In dit hoofdstuk beschreven we de gegevens met betrekking tot het roesmiddelengebruik onder de bevraagde sekswerkers (N=528) aan de hand van de *life time prevalentie* (het aantal respondenten dat ten minste één keer een middel heeft gebruikt) en de *last month prevalentie* (het aantal respondenten dat een maand vóór het interview een middel gebruikte). Bij wie de laatste dertig dagen vóór het interview nog gebruikten, analyseerden we ook de frequentie van de consumptie en de gelegenheden waarop het middel werd gebruikt.

Lifetime prevalenties van de belangrijkste middelen waren: alcohol (95,1%), cannabis (58,5%), cocaïne (45,1%), ecstasy (33,3%), amfetamines (26,7%), heroïne (15,5%) en crack (8%). *Last month prevalenties* van de belangrijkste middelen waren: alcohol (74,4%), cannabis (25,9%), cocaïne (16,7%), heroïne (7,2%), amfetamines (3,8%), crack (3,4%) en ecstasy (1,7%). Het betreft vaak *polydruggebruik*: bijna de helft van het totaal bevraagde sekswerkers (46%) gebruikte de maand vóór het interview meer dan één product. Ook *gecombineerd gebruik* (d.w.z. de consumptie van twee of meer producten bij eenzelfde gelegenheid) komt vaak voor: 32,2% van wie de laatste dertig dagen gebruikte, combineerde. De meest voorkomende combinaties zijn alcohol+cannabis, alcohol+cocaïne, en alcohol+benzodiazepinen.

We hebben eerder aangehaald dat een internationale vergelijking van prevalentiecijfers zo goed als onmogelijk is, door de grote verschillen tussen de vele onderzoeken. Studies richten zich op heel uiteenlopende prostitutiesectoren, of hanteren verschillende definities of omschrijvingen van de te bestuderen populatie. Ze maken gebruik van andere inclusie- of exclusiecriteria, ze gaan anders tewerk om potentiële respondenten te rekruteren. Ook wat de gekozen onderzoeksstrategieën (kwalitatieve versus kwantificerende benaderingen) aangaat en de specifieke dataverzamelingstechnieken (type van vragenlijsten, formulering van de vragen, en wijze van afname) vertonen de studies zulke belangrijke verschillen, dat een gedetailleerde vergelijking onmogelijk is. Daarbenevens richten studies zich doorgaans op *lokale* prostitutiefenomenen, die op hun beurt door *contextuele factoren* worden beïnvloed: het lokale en nationale prostitutiebeleid, het lokale en nationale drugbeleid, kenmerken van de lokale

drugsmarkten (zoals de beschikbaarheid van bepaalde roesmiddelen, specifieke distributiekkanalen...), globale trends in het roesmiddelengebruik onder de algemene bevolking, en allerlei politieke, culturele, historische en economische ontwikkelingen op het lokale vlak. Het behoort niet tot de centrale doelstelling van ons onderzoek om te speuren naar verklaringen voor de talloze verschillen inzake prevalentiecijfers in de diverse internationale studies. Toch presenteren we in hoofdstuk 8 een overzicht van de bevindingen in gelijkaardige studies in het buitenland, opdat de lezer de bevindingen van deze studie in de context van de internationale literatuur kan bezien.

Ook het vergelijken van de prevalentiecijfers in onderhavige studie met gegevens over de algemene bevolking is bijzonder moeilijk. Een nationaal prevalentieonderzoek naar roesmiddelengebruik onder de algemene bevolking is in België, in tegenstelling tot de meeste Europese lidstaten, nog niet gebeurd. Voor een aantal middelen (zoals cocaïne, heroïne, amfetamines en ecstasy) zijn geen exact vergelijkbare gegevens beschikbaar, omdat in het kader van de Belgische gezondheidsenquête gepeild wordt naar het gebruik tijdens de laatste 12 maanden vóór het interview (*last year prevalence*). We sommen hieronder de belangrijkste vaststellingen op, en vergelijken waar mogelijk met de voorhanden zijnde gegevens inzake de algemene bevolking.

In deze studie gaf 95,1% van de vrouwelijke sekswerkers aan dat ze *ooit alcohol* hebben gebruikt. 74,4% heeft *de maand vóór het interview* alcohol genuttigd. In de Belgische Gezondheidsenquête werd gepeild naar het alcoholgebruik tijdens de afgelopen 12 maanden: 81% van de Belgische bevolking, ouder dan 15 jaar, dronk de afgelopen 12 maanden. Onder de Belgische vrouwen ligt dat percentage iets lager: 77% van de Belgische vrouwen dronk het afgelopen jaar alcohol. Beter vergelijkbaar zijn de gegevens inzake de frequentie van alcoholconsumptie: 14,5% van de vrouwelijke Belgische bevolking drinkt volgens de Nationale Gezondheidsenquête 4 keer of meer per week. In onze steekproef hebben ongeveer dubbel zoveel respondenten in de maand vóór het interview met een gelijkaardige frequentie gedronken: 29% (N=114). Terwijl 8,7% van de Belgische vrouwen volgens de Belgische gezondheidsenquête dagelijks drinkt (Gisle *et al.*, 2010), zegt 13% (N=51) van de bevroegden in deze studie dagelijks alcohol te gebruiken.

In de maand vóór het interview heeft 21,1% (N=39) van onze respondenten één keer aan *binge drinking* gedaan, d.w.z. dat ze 6 of meer eenheden alcohol bij eenzelfde gelegenheid dronken. 11,4% (N=21) deed dat ten minste één keer per week. Zestien sekswerkers (8,7%) drinken naar eigen zeggen dagelijks zes of meer eenheden bij eenzelfde gelegenheid. Ter vergelijking: 6,2% van de Belgische vrouwen heeft dat in de 12 maanden vóór het interview maandelijks gedaan, 3,2% ten minste één keer per week, en 0,5% dagelijks. (Gisle *et al.*, 2010).

Volgens de meest recente Gezondheidsenquête gebruikte 3% van de Belgische bevolking (tussen 15 en 64 jaar) de laatste 30 dagen vóór het interview *cannabis*. Bij de vrouwelijke bevolking ligt de last month prevalentie nog wat lager: 1,9% (Gisle, 2010). In deze studie rapporteert 24,8% van de vrouwe-

lijke sekswerkers (N=131) dat ze in de maand vóór het interview cannabis hebben gebruikt. Ook wat de frequentie van het cannabisgebruik betreft, lijken de cijfers van de Gezondheidsenquête en de gegevens in de studie danig te verschillen. 26% van de Belgische vrouwen die de afgelopen 30 dagen cannabis gebruikten, deed dat meer dan 20 dagen per maand (Gisle, 2010). 51,9% (N=67) van de sekswerkers die de laatste maand cannabis consumeerden, deed dat ten minste 4 keer per week.

De cijfers met betrekking tot *cocaïne* zijn niet vergelijkbaar, maar suggereren een belangrijk verschil. In de Belgische gezondheidsenquête gaf 0,5% van de Belgische vrouwen (van 15 tot 64 jaar) aan de laatste 12 maanden cocaïne te hebben gebruikt (Gisle, 2010). Ter vergelijking: 16,7% (N=88) van de bevraagde sekswerkers in deze studie gaf aan cocaïne te hebben gebruikt in de maand vóór het interview. Hetzelfde geldt voor *heroïne*. 7,8% (N=38) van de respondenten in onze studie gaf aan de maand vóór het interview heroïne te hebben geconsumeerd; 9,5% (N=50) gebruikte de afgelopen maand heroïne en/of methadon en/of buprenorfine. In de Belgische gezondheidsenquête werd gepeild naar het gebruik van heroïne of een substituut (zoals methadon of buprenorfine) tijdens de laatste 12 maanden: amper 0,1% van de Belgische vrouwen rapporteerde dat gebruik (Gisle, 2010).

Ook wat het gebruik van *amfetaminen en ecstasy* betreft, is de vergelijking tussen onze steekproef en de gegevens uit de nationale Gezondheidsenquête lastig. In deze studie bevroegen we het gebruik van beide producten apart, in de nationale gezondheidsenquête werd gepeild naar het gebruik van amfetamines en/of ecstasy. 0,4% van de Belgische vrouwen gebruikte de afgelopen 12 maanden amfetaminen en/of ecstasy (Gisle, 2010). In onze steekproef gaf 5,3% (N=28) aan één of beide producten de laatste dertig dagen te hebben gebruikt.

Eén op vier sekswerkers (25,9%; N=137) in onze studie geeft aan de laatste maand benzodiazepinen te hebben gebruikt. In de Gezondheidsenquête worden de *benzodiazepinen* niet bevraagd. Wel geeft dit nationaal instrument ons cijfers over het gebruik van anxiolitica en hypnotica (kalmeer- en slaapmiddelen)¹⁵. 6% van de Belgische vrouwen gebruikte de 24 uren voorafgaand aan de bevraging anxiolitica en 4,4% hypnotica. Een onderzoek uitgevoerd door Projekt Farmaka rapporteerde in een toevallige steekproef van 1500 volwassenen uit Oost-Vlaanderen benzodiazepinegebruik bij 18,8% (Boudry, Habraken, Soenen, & Verhamme, 2003). In de Belgische Gezondheidsenquête van 2008 rapporteert 7,2% van de Belgische vrouwen de afgelopen 24 uur een antidepressivum gebruikt te hebben (Van der Heyden, 2010). Een opvallende vaststelling is overigens de statistisch significante correlatie tussen het benzodiazepinegebruik en de leeftijd van de bevraagde sekswerkers: hoe ouder de respondenten, hoe hoger het benzodiazepinegebruik. Ook uit de Belgische gezondheidsenquête van 2008 blijkt dat het gebruik van psychotrope geneesmiddelen (vooral slaap- en kalmeermiddelen) met de leeftijd lineair toeneemt, zowel bij de vrouwelijke als de mannelijke bevolking (Van der Heyden, 2010).

¹⁵ Benzodiazepinen zijn een geneesmiddelengroep met kalmerende of slaapverwekkende en anxiolytische of angstwerende eigenschappen. Tot de anxiolitica en hypnotica behoren nog andere geneesmiddelen dan enkel de benzodiazepinen.

Een belangrijke vraag betreft de *samenhang tussen middelengebruik en sekswerk*. Van alle respondenten die de afgelopen 30 dagen dronken, deed de helft dat op de werkplek. Alcoholconsumptie op de werkplek komt in alle prostitutiesectoren frequent voor, maar in de bar/clubsector maakt zij deel uit van de werkroutine: in deze sector verdienen de sekswerkers immers op die consumptie. Veel sekswerkers verdienen trouwens liever geld met het consumeren van alcohol met klanten, dan met seksuele dienstverlening. Een en ander verklaart ook waarom *frequent drinken* (ten minste 4 keer per week) en *binge drinking* (zes of meer eenheden bij eenzelfde gelegenheid) vooral door sekswerkers actief in deze sector, worden gerapporteerd.

Van alle respondenten die de laatste dertig dagen cannabis gebruikten, zegt bijna één op drie dat (onder meer) op de werkplek te doen. Respondenten geven aan dat ze ook op andere momenten cannabis gebruiken (op vrije dagen, na het werk, enz.), wat erop wijst dat cannabis niet zozeer met het sekswerk samenhangt, maar van een levensstijl deel uitmaakt.

Van alle respondenten die de laatste dertig dagen cocaïne gebruikten, zegt 40,2% dat (onder meer) op de werkplek te doen. Zestien respondenten (42,1% van wie de afgelopen 30 dagen heroïne gebruikten; 3% van de totale steekproef) gebruikten op de werkplek. De verhalen van deze sekswerkers – vaker actief in de straatprostitutie dan in andere sectoren - suggereren een intensief patroon van gebruik, dat met het sekswerk samenhangt. Deze respondenten gebruiken naar eigen zeggen ‘zodra het kan’ en/of ‘bij of na elke klant’. Ze geven aan dat ze sekswerk verrichten om het cocaïne- of heroïnegebruik te kunnen betalen.

Het verband tussen roesmiddelengebruik en sekswerk is complex. Sommige respondenten zeggen uitdrukkelijk dat zij gebruiken om het werk aan te kunnen of om hun werkdag te vergeten. Enkele aspecten van het werk (zie hieronder) verlopen gemakkelijker onder invloed van bepaalde middelen (zoals alcohol). Anderen gebruiken tijdens het wachten op klanten, tegen de verveling. Weer anderen vermijden net alcohol en illegale producten, omdat het gebruik ze verhindert hun beroep degelijk uit te voeren. Toch blijft het gebruik voor sommige sekswerkers onlosmakelijk verbonden met het sekswerk, en dat is vooral in de bar/clubsector het geval. Uitbaters spelen een belangrijke rol in het voorkomen van middelengebruik op de werkplek. Veel hangt af van het feit of de uitbater zelf gebruikt en of hij/zij het gebruik van anderen tolereert. Sommige uitbaters moedigen het gebruik zelfs aan.

Iets meer dan de helft (N=291; 55,1%) van de bevroegde sekswerkers gebruikt naar eigen zeggen nooit met een klant. Als respondenten met klanten roesmiddelen gebruiken, gaat het vooral om alcohol: 199 respondenten (37,7% van alle bevroegde sekswerkers) gebruiken soms, vaak of altijd alcohol met de klant. Klanten kunnen ook een belangrijke rol in het illegaal roesmiddelengebruik van de sekswerkers spelen: zij brengen roesmiddelen met zich mee of zoeken actief sekswerkers op die hen aan drugs helpen om (samen) bij het seksspel te gebruiken. Sekswerkers geven aan dat klanten vragen om samen illegale roesmiddelen te gebruiken en/of dat klanten soms gebruiken (zonder dat zij zelf mee gebruiken). Tweeënzestig sekswerkers (11,7% van de totale steekproef) gebruiken wel eens cocaïne met een klant. Voor de andere middelen zijn de aantallen die met een klant gebruiken, veel kleiner: 4,2% ge-

bruikte wel eens cannabis met een klant (N=22), en telkens minder dan 1% gebruikte wel eens amfetaminen, heroïne, crack, of ecstasy met een klant. Vooral in de bar/clubsector is de frequentie van het gebruik van alcohol en/of cocaïne met klanten hoog.

De grote meerderheid van alle bevraagde sekswerkers (93,2%; N=492) aanvaardt geen roesmiddelen als betaling, ofschoon sommige klanten dat wel durven voor te stellen. De meeste respondenten die zich wel eens met roesmiddelen (meestal cocaïne of heroïne) laten betalen, zijn in de straatprostitutie actief (N=27). Vergeleken met het totaal aantal bevraagde sekswerkers, is dat nog steeds een kleine groep. Deelnemers aan het focusgroepsgesprek in Antwerpen vermoeden dat het “seks voor drugs”-fenomeen onder straatsekswerkers vaker voorkomt dan de cijfers doen vermoeden.

We hebben in deze studie ook geprobeerd na te gaan of het roesmiddelengebruik het sekswerk (negatief of positief) beïnvloedt. De cijfers die we hier presenteren, vormen omwille van onze vraagstelling en het dubbele taboe (op sekswerk en middelengebruik) wellicht een onderrapportering van de wisselwerking tussen beide aspecten. Bijna de helft van alle respondenten (48,6%), zegt dat het sekswerk hen na het gebruik van een roesmiddel makkelijker afging. Honderdvijfendertig respondenten (37,7% van wie deze vraag beantwoordde) kunnen onder invloed van een roesmiddel minder lang werken; maar bijna evenveel sekswerkers (N=123; 34,6% van wie de vraag beantwoordde) zeggen net wel langer aan de slag te kunnen blijven. Eén op drie zegt sterker in zijn schoenen te staan om met klanten te onderhandelen over de prijs, over de seksuele diensten of over de plek waar men seks zal hebben. Ongeveer evenveel respondenten zeggen dat ze onder invloed een klant makkelijker kunnen wegsturen. Ook over het effect van roesmiddelengebruik op het aantal klanten dat men aankon, is de populatie verdeeld: 32,2% (N=115) zegt onder invloed minder klanten te ontvangen, 30,3% (N=108) beweert juist méér klanten te kunnen ontvangen. Een kleine groep respondenten (N=47; 13,1%) zegt met roesmiddelen bepaalde seksuele diensten toe te staan, waar ze naderhand spijt van hebben. Vierenzeestig respondenten (N=64, 17,8%) hebben onder invloed wel eens onbeschermd seks. Zevenendertig respondenten (N= 8,6%) hebben al eens zonder condoom gevrijd, toen ze een sterk verlangen naar het roesmiddel van hun keuze voelden (*craving*). Als dat (lichamelijke of psychische) verlangen naar een *hit* te groot wordt, accepteren ze onveilige seks.

Respondenten actief in de straatprostitutie ervaren vaker het effect van roesmiddelengebruik op het sekswerk: ze rapporteren meer onbeschermd seks, vinden het sekswerk vaker makkelijker, zeggen dat ze vlugger bepaalde seksuele diensten toestaan, ze zijn minder selectief in hun klantkeuzes en rapporteren dat ze onder invloed van *craving* soms een condoom achterwege laten. Tegelijkertijd rapporteren straatprostituees meer dan sekswerkers uit andere sectoren dat ze met een middel beter kunnen onderhandelen en klanten makkelijker kunnen wegsturen. Aan de andere kant van het spectrum bevinden zich de respondenten actief in de raamprostitutie: zij rapporteren –in vergelijking met de respondenten uit andere prostitutiebranches- stevast minder vaak effecten van roesmiddelengebruik op het sekswerk.

Tot slot wijzen we op een aantal verschillen tussen prostitutiesectoren. In de focusgroepsgesprekken waren de vaststellingen inzake *de straatprostitutie* vaak het voorwerp van discussie. Ook in de internationale literatuur krijgt deze sector de meeste aandacht, hoewel ze een minderheid uitmaken van de sekswerkers die in een stad of regio actief zijn. Straatprostitutiees zouden vaker roesmiddelen gebruiken, ze zouden met meer gezondheidsproblemen kampen, en ze zouden in velerlei opzichten een bijzondere kwetsbare groep van sekswerkers uitmaken. In de straatprostitutie worden vooral heroïne en/of cocaïne, in combinatie met alcohol, gebruikt. Bovendien komt intraveneus roesmiddelengebruik vooral in deze sector voor. Cocaïne en crack zijn de laatste jaren meer in trek, maar het betreft vooral vrouwen met een heroïneafhankelijkheid die in de straatprostitutie terecht komen.

Onze bevindingen suggereren dat het gebruik van roesmiddelen binnen *de raamprostitutie* minder voorkomt dan onder sekswerkers in andere sectoren. Dat kan te maken hebben met het feit dat sekswerkers in deze sector erg zichtbaar en identificeerbaar zijn, en dat de sector zich door kortdurende seksuele diensten ("*binnen en buiten*") kenmerkt: klanten blijven minder lang, zodat er geen tijd is om te drinken en/of roesmiddelen te gebruiken. Vrouwen in deze sector hebben een bepaald arbeidsethos. Zij hebben een stabiel leven, aanvaarden sekswerk als een baan, werken doorgaans in minder preciaire omstandigheden en grijpen (bijgevolg?) minder naar roesmiddelen. Ook de uitbaters spelen daarbij een rol: als een vrouw niet voor het werk komt opdagen, het huurgeld voor de vitrine niet betaalt, of na haar shift niet naar behoren schoonmaakt, zal ze eruit worden gezet. Desalniettemin veronderstellen veel deelnemers aan de focusgroepsgesprekken dat het werkelijke roesmiddelengebruik in deze sector hoger ligt dan uit de gepresenteerde cijfers naar voren komt, en dat het gebruik onder sekswerkers 's nachts hoger ligt. De relatief hoge gebruikspersentages voor benzodiazepinen moeten begrepen worden als symptomen van eenzaamheid en psychologische problemen. Deze vrouwen voelen zich geïsoleerd; ze schamen zich voor hun activiteit door het taboe en de negatieve connotatie die ermee samenhangen.

In de *bar/raamprostitutie* vermoeden veel deelnemers aan de focusgroepsdiscussie in Brussel omwille van het hoge werkritme een hoger gebruik van cannabis en stimulerende middelen, dan uit de cijfers in deze studie naar voren komt. Alcoholconsumptie is in de *bar/clubsector* "*part of the job*"; zij vormt vaak een belangrijkere bron van inkomsten dan de eigenlijke seksuele dienstverlening. Er bestaan evenwel belangrijke verschillen tussen bars: in sommige etablissementen mogen de vrouwen – zonder dat de klant het merkt - drank weggieten, in andere etablissementen niet. In deze sector moeten de vrouwen presteren, klanten aantrekken en ze entertainen. Ook dat kan een verklaring bieden voor het hogere gebruik van stimulerende middelen. Ook hier spelen de infrastructuur van het etablissement en de uitbaatsters een betekenisvolle rol.

Over de *privéprostitutie* en de *escortbranche* kunnen we weinig harde uitspraken doen. Het onderscheid tussen beide sectoren blijft vaag. Verschillende sekswerkers combineren de twee sectoren. Professionele hulpverleners hebben in mindere mate contact met deze sekswerkers, en hun kennis van het

gebruik onder deze vrouwen is bijgevolg beperkt. Sommigen gaan ervan uit dat de vrouwen in deze sectoren slechts occasioneel of recreatief gebruiken. Andere vermoeden dat de privésector opgezocht wordt door jongere vrouwen die zich niet goed in hun vel voelen, en door gebruikende sekswerkers. De kwalitatieve data suggereren dat in de privéhuizen méér wordt gebruikt dan algemeen wordt aangenomen. Sommigen suggereren dat de uitbaters daar vaak een belangrijke rol in spelen. Ook in de escortsector komt het voor dat met de klant wordt gebruikt. Toch lijken de kwalitatieve data de kwantitatieve bevindingen te bevestigen: onder deze sekswerkers komt roesmiddelengebruik minder voor, en als er (occasioneel) gebruikt wordt, situeert het zich vaak in de vrije tijd.

Tot slot werden in alle sectoren verhalen genoteerd over de *rol van dealers en pooiers*. Dealers bieden hun koopwaar actief aan en leveren op vraag van de klant aan sekswerkers. Roesmiddelen worden ook door klanten en uitbaters van etablissementen binnengebracht. Pooiers zijn in elke sector actief en beïnvloeden het gebruik. Ze nemen daarbij verschillende rollen aan, gaande van liefhebbende echtgenoot tot malafide man die vrouwen met een *afhankelijkheid* het sekswerk binnenloodsen en ze er houden.

Hoofdstuk VI

Problematisch gebruik en afhankelijkheid

Eén van de doelstellingen van onderhavige studie is na te gaan of (sommige) vrouwelijke sekswerkers door hun roesmiddelengebruik op lichamelijk, geestelijk en sociaal vlak problemen ondervinden. We willen er ook achterkomen welke noden vanuit het perspectief van de sekswerker het prangendst zijn. In dit hoofdstuk bekijken we ‘problematisch gebruik’ van roesmiddelen onder de bevraagde sekswerkers, op basis van twee definities. Eerst gaan we in op de prevalentie van injecterend gebruik (en het delen van injectiemateriaal). Vervolgens bestuderen we respondenten die ‘regelmatig gebruiken’ (d.w.z. ten minste één keer per week). Daarna bekijken we hoeveel respondenten op basis van de *Severity of Dependence Scale* als ‘afhankelijke gebruikers’ bestempeld kunnen worden. Ten slotte bespreken we aan de hand van kwalitatieve data de problemen en noden vanuit het perspectief van de respondenten zelf. We hebben het dan niet alleen over druggerelateerde problemen, maar tevens over de belangrijkste behoeften van deze sekswerkers in algemene zin.

1. *Problematisch* gebruik

1.1. Een definitie van *problematisch* gebruik

Volgens het “Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD)” (i.e. het *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* – EMCDDA-, in dit rapport verder met EWDD aangeduid) wordt problematisch gebruik gedefinieerd als injecterend gebruik, of langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen (EMCDDA, 04/01/2011). Wat onder ‘regelmatig gebruik’ moet worden begrepen, verduidelijkt de definitie van het EWDD evenwel niet. In deze studie definiëren wij ‘regelmatig gebruik’ als het ‘ten minste één keer per week gebruiken van een middel’. We beschikken niet over informatie over hoe lang de respondenten al bepaalde roesmiddelen tot zich nemen. Over injecterend gebruik en de frequentie verzamelden we wel informatie.

1.2. Intraveneus gebruik

We vroegen de respondenten of ze al injecteerden, en zo dat het geval is, of ze dit de laatste 30 dagen deden (zie **tabel 53**). De rechtse kolom bevat de gegevens met betrekking tot alle bevraagde sekswerkers, de andere kolommen bevatten de gegevens per prostitutiesector.

Tabel 53: Life time en last month prevalentie van intraveneus gebruik, per sector (N=528)

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Life time prevalentie	Nooit	60,7% N=65	98,4% N=120	100,0% N=70	92,0% N=46	97,1% N=135	90,0% N=36	89,4% 472
	1 keer	0,9% N=1	-	-	2,0% N=1	-	5,0% N=2	0,8% N=4
	> 1 keer	38,3% N=41	1,6% N=2	-	6,0% N=3	2,9% N=4	5,0% N=2	9,8% N=52
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528
Last month prevalentie	Nooit	61,7% N=66	98,4% N=120	100,0% N=70	94,0% N=47	97,1% N=135	95,0% N=38	90,2% N=476
	Nee	18,7% N=20	1,6% N=2	-	6,0% N=3	2,9% N=4	5,0% N=2	5,9% N=31
	Ja	19,6% N=21	-	-	-	-	-	4% N=21
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528

1.2.1. Life time prevalentie intraveneus gebruik

Een grote meerderheid van de bevraagde sekswerkers (N=472; 89,4% van de totale steekproef) heeft naar eigen zeggen nog geen roesmiddel geïnjecteerd. Zesenvijftig respondenten (10,6% van alle bevraagde sekswerkers) gebruikten ten minste één keer intraveneus. De meesten deden dat meer dan één keer.

De aantallen zijn te klein om te verifiëren of de verschillen tussen sectoren, regio's of prostitutiebuurtstatistisch significant zijn. Toch valt op dat drie op vier respondenten (N=41) die al eens injecteerden, in de *straatprostitutie* actief zijn. De anderen zitten verspreid in alle andere sectoren.

De respondenten die al eens hebben geïnjecteerd, rekruteerden we vooral in de Luikse buurt rond de *Cathédrale Nord* (N=15), de Antwerpse *Atheneumbuurt* (N=10), de Brusselse metrostations *Louiza en IJzer* (N=7) én in de *Ville-Basse* in Charleroi (N=6). Het zijn allemaal buurten met straatprostitutie.

Er is geen statistisch significant verband tussen de leeftijd van sekswerkers en het feit of ze ooit hebben geïnjecteerd. De gemiddelde leeftijd van de sekswerkers in onze steekproef bedraagt 35,7 jaar (zie hoofdstuk 3). De respondenten die al hebben geïnjecteerd, zijn gemiddeld 36,6 jaar oud; de respondenten die nooit intraveneus gebruikten, zijn gemiddeld 35,5 jaar.

Bekijken we de leeftijd waarop respondenten met sekswerk begonnen, dan vinden we wél een statistisch significant verschil. De gemiddelde leeftijd waarop respondenten die al hebben geïnjecteerd, met sekswerk begonnen, is 20,8 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop respondenten die nooit hebben geïn-

jecteerd, zich aan sekswerk begaven, is 26,2 jaar ($p < 0,000$). Ter vergelijking: de gemiddelde leeftijd van alle bevroagde respondenten voor sekswerk, is 25,6 jaar.

Ook wat de lengte van de sekswerkcarrière aangaat, vinden we een statistisch significant verschil tussen respondenten die geïnjecteerd hebben (met een gemiddelde carrière van 15,8 jaar) en respondenten die nooit intraveneus gebruikten (zij hebben doorgaans 9,4 jaar ervaring in de seksindustrie) ($p < 0,000$). Ter vergelijking: alle bevroagde respondenten hebben doorgaans 10,1 jaar ervaring in de prostitutie.

1.2.2. Last month prevalentie intraveneus gebruik

Eénentwintig respondenten hebben naar eigen zeggen ook de laatste dertig dagen vóór het interview nog geïnjecteerd: dat is 4% van alle bevroagde sekswerkers, en 37,5% van wie ooit intraveneus gebruikte. Al deze respondenten zijn in de straatprostitutie actief. Zowat de helft ervan rekruteerden we in de Luikse buurt rond de *Cathédrale Nord* ($N=10$); 6 respondenten werken in de Antwerpse *Atheneumbuurt*; en telkens twee respondenten contacteerden we rond de Brusselse *metrostations Louiza en IJzer* en de *Ville-Basse* in Charleroi.

De gemiddelde leeftijd van de sekswerkers in onze steekproef bedraagt 35,7 jaar (zie hoofdstuk 3). De gemiddelde leeftijd van respondenten die de laatste maand injecteerden, bedraagt 36,3 jaar; de gemiddelde leeftijd van de andere respondenten is 35,6 jaar. Dat verschil is niet statistisch significant.

Bekijken we de leeftijd waarop respondenten met sekswerk begonnen, dan vinden we weer een statistisch significant verschil. De gemiddelde leeftijd waarop respondenten die de afgelopen dertig dagen hebben geïnjecteerd, aan sekswerk toe waren, is 21,7 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop respondenten die de laatste maanden niet injecteerden, met sekswerk begonnen, is 25,8 jaar ($p < 0,05$).

Ook inzake de lengte van de sekswerkcarrière vinden we een statistisch significant verschil tussen respondenten die (de laatste maand) injecteerden (met een gemiddelde carrière van 14,7 jaar) en respondenten die nooit intraveneus gebruikten (zij hebben gemiddeld 9,9 jaar ervaring in de seksindustrie) ($p < 0,05$).

Voor tien van deze sekswerkers (de helft van wie de laatste maand intraveneus gebruikten) vormt *sekswerk* de belangrijkste bron van inkomsten. Voor tien andere sekswerkers vormen een *werkloosheidsuitkering* of andere *sociale uitkeringen* hun belangrijkste bron van inkomen. Eén respondent leeft van de financiële ondersteuning van haar partner.

Deze 21 respondenten zijn *polydruggebruikers*, met 3 tot 8 verschillende roesmiddelen in de laatste dertig dagen. 19 van hen *combineerden* in die tijd 2 tot 5 verschillende producten bij eenzelfde gelegenheid.

Van wie de laatste 30 dagen intraveneus gebruikten, zeggen 12 dat ze dat *soms* met klanten deden. Eén respondent doet dat *vaak*. Acht doen dat *nooit* (38,1% van wie de laatste 30 dagen intraveneus ge-

bruikte). Dertien (61,9% van wie de laatste 30 dagen intraveneus gebruikten) laten zich voor hun seksuele diensten wel eens met roesmiddelen betalen. Eén van ze doet dat ‘altijd’, twee ‘vaak’.

Alle respondenten deden in verband met hun roesmiddelengebruik op professionele hulpverlening een beroep. Meer nog, de meerderheid (N=19) was bij het invullen van de vragenlijst voor druggerelateerde problemen in *begeleiding*.

De aantallen zijn te klein om na te gaan of deze respondenten op statistisch significante wijze verschillen van niet intraveneus gebruikenden, maar het valt op dat proportioneel meer respondenten in deze subgroep geen vaste verblijfplaats hebben (N=8, 38,1% van wie de laatste dertig dagen intraveneus gebruikten). In de totale steekproef maakt dat amper 2,8% uit (zie boven). De data lijken ook te suggereren dat deze respondenten door de band genomen lager geschoold zijn, in vergelijking met de totale steekproef. Tot slot merken we op dat het vooral om vrouwen met de Belgische nationaliteit gaat (N=19). Eén sekswerker is Italiaanse, één andere heeft de Spaanse nationaliteit.

Van wie de laatste dertig dagen injecteerden, gebruikten er 16 *heroïne* (76,2% van wie de laatste 30 dagen intraveneus gebruikten) en 12 injecteerden *cocaïne* (57,1% van wie de laatste 30 dagen intraveneus gebruikten). Twee respondenten werkten met *methadon*.

De meerderheid van deze werkers heeft de laatste 30 dagen *ten minste één keer per week* geïnjecteerd (80,9% van wie de laatste 30 dagen intraveneus gebruikten). Zeven van hen (één op drie) injecteerden naar eigen zeggen *dagelijks*. Vier minder dan één keer per week.

1.2.3. *Delen van injectiemateriaal*

Aan de respondenten die ooit intraveneus gebruikten (N=56), vroegen we of ze hun injectiemateriaal wel eens met anderen deelden. Meer dan de helft van hen (N=29) heeft dat ooit gedaan. Dat is 5,5% van de bevroegde sekswerkers.

Negen respondenten (d.w.z. 1,7% van alle bevroegde sekswerkers, en 42,9% van wie de laatste 30 dagen intraveneus gebruikten) deden dat de laatste 30 dagen nog: injectiemateriaal delen of materiaal opnieuw gebruiken. Het betreft allemaal mensen uit de straatprostitutie.

Verskillende respondenten gaven bij het invullen van de vragenlijst aan dat ze thans geen materiaal delen, vroeger wel en op die manier met hepatitis besmet raakten. Ze waren toen niet van het bestaan ervan op de hoogte. Ook de deelnemers aan de focusgroeps gesprekken bevestigden dat vrouwen in het begin van hun ‘carrière’ nogal eens met hepatitis C besmet raken.

Over het algemeen zijn de respondenten op de hoogte van de gevaren van intraveneus gebruik. Verschillenden zijn er zich evenwel niet van bewust dat bloedoverdraagbare aandoeningen via het delen van andere parafernalia, zoals snuifrietjes, overgedragen kunnen worden. In het licht van de toename in het crackgebruik noopt deze vaststelling tot bezorgdheid. Diverse deelnemers aan de focusgroepen beweren dat de normalisering van roesmiddelengebruik deze ontwikkeling in de hand werkt.

Andere respondenten zijn op de hoogte van de risico's op besmetting, maar houden er geen rekening mee op momenten van sterke ontwenningverschijnselen. Overigens zijn ook klanten vaak onvoldoende op de hoogte van eventuele risico's in verband met SOI's, zowel bij het delen van gebruiksmateriaal als via onveilige seks. Soms negeren ze zelfs doelbewust de risico's:

“Ze zouden de mensen, de mensen, ik bedoel de klanten, meer moeten informeren ergens. Weet ik veel, interesseert me niet waar, van geslachtziektes. Mijn ondervinding is, de klanten vragen altijd zonder condoom.” (R022, straatsector, 30 jaar)

Sekswerkers in alle sectoren wijzen op het feit dat de klanten zelf consistent condoomgebruik bemoeilijken. Zo vormen ze een gevaar voor de sekswerkers en bij uitbreiding voor de algemene bevolking.

1.3. Regelmatig gebruik

Volgens het “Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving” valt het ‘regelmatig gebruiken’ van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen ook onder de omschrijving van ‘problematisch druggebruik. Wat onder ‘regelmatig gebruik’ moet worden verstaan, verduidelijkt de definitie van het EWDD evenwel niet. In deze studie definiëren wij ‘regelmatig gebruik’ als het ‘ten minste één keer per week gebruiken van een middel’.

1.3.1. Regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en amfetaminen

In **Tabel 54** presenteren we de gegevens inzake het gebruik van heroïne, cocaïne, crack en amfetaminen de laatste dertig dagen vóór het interview. De rechtse kolom bevat de gegevens met betrekking tot alle bevraagde sekswerkers, de andere kolommen bevatten de gegevens per prostitutiesector. Per middel maken we een onderscheid tussen respondenten die het product de laatste dertig dagen ‘regelmatig’ (d.w.z. ten minste één keer per week), ‘occasioneel’ (minder dan één keer per week) of ‘niet’ hebben gebruikt.

Zevenenzeventig respondenten gebruikten de laatste dertig dagen vóór het interview ten minste één keer per week (‘regelmatig’) één of meer producten. Met andere woorden, 14,6% van de bevraagde sekswerkers zou volgens de definitie van het EWDD ten minste één middel ‘op problematische wijze’ gebruiken. Een op drie van deze respondenten gebruikte de afgelopen 30 dagen twee producten op regelmatige wijze. Nog eens één op drie gebruikte drie verschillende producten regelmatig.

De reële aantallen zijn te klein om na te gaan of er tussen sectoren, regio's of buurten statistisch significante verschillen optreden. Toch maken we per product enkele opmerkingen:

- We vinden ‘regelmatige’ gebruikers van cocaïne proportioneel meer in de straatprostitutie en in de bar/clubsector terug. De helft van de respondenten uit de *Atheneumbuurt* gebruikt ten minste één keer in de week cocaïne. In de andere gekende straatprostitutiebuurten ligt dit aantal verhoudingsgewijs lager.

- Op één sekswerker na werken alle respondenten met regelmatig heroïnegebruik in de straatprostitutie. De meesten werden gerekruteerd in de Luikse buurt rond de *Cathédrale Nord* en in de Antwerpse Atheneumbuurt.
- Alle respondenten die geregeld crack gebruiken, werken in de straatsector. Ook hier rekruteerden we verhoudingsgewijs velen van hen in de Luikse buurt rond de *Cathédrale Nord*.

Tabel 54: Regelmatig gebruik van amfetaminen (N=526)*, cocaïne (N=526), heroïne (N=528) en crack (N=528), per sector**

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Amfetaminen	Niet gebruikt	96,3% N=103	98,4% N=120	100,0% N=69	96,0% N=48	95,7% N=132	90,0% N=36	96,6% N=508
	Occasioneel	-	0,8% N=1	-	2,0% N=1	2,2% N=3	2,5% N=1	1,1% N=6
	Regelmatig	3,7% N=4	0,8% N=1	-	2,0% N=1	2,2% N=3	7,5% N=3	2,3% N=12
	Totaal	N=107	N=122	N=69	N=50	N=138	N=40	N=526
Cocaïne	Niet gebruikt	72,6% N=77	90,2% N=110	92,8% N=64	68,0% N=34	84,9% N=118	92,5% N=37	83,7% N=440
	Occasioneel	9,4% N=10	4,9% N=6	2,9% N=2	12,0% N=6	10,8% N=15	5% N=2	7,8% N=41
	Regelmatig	17,9% N=19	4,9% N=6	4,3% N=3	20,0% N=10	4,3% N=6	2,5% N=1	8,6% N=45
	Totaal	N=106	N=122	N=69	N=50	N=139	N=40	N=526
Heroïne	Niet gebruikt	66,4% N=71	100,0% N=122	100,0% N=70	98,0% N=49	99,3% N=138	100,0% N=40	92,8% N=490
	Occasioneel	3,7% N=4	-	-	-	0,7% N=1	-	0,9% N=5
	Regelmatig	29,2% N=32	-	-	2,0% N=1	-	-	6,3% N=33
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528
Crack	Niet gebruikt	88,8% N=95	99,2% N=121	98,6% N=69	98,0% N=49	98,6% N=137	97,5% N=39	96,6% N=510
	Occasioneel	1,9% N=2	-	-	-	0,7% N=1	-	0,6% N=3
	Regelmatig	9,3% N=10	0,8% N=1	1,4% N=1	2,0% N=1	0,7% N=1	2,5% N=1	2,8% N=15
	Totaal	N=107	N=122	N=70	N=50	N=139	N=40	N=528

* Informatie over de frequentie van amfetaminegebruik ontbreekt van 2 respondenten die de afgelopen 30 dagen amfetaminen gebruikt hebben (N=20).

** Informatie over de frequentie van cocaïnegebruik ontbreekt van 2 respondenten die de afgelopen 30 dagen cocaïne gebruikt hebben (N=88).

1.3.2. Regelmatig gebruik van andere roesmiddelen

Het regelmatig gebruik van andere dan de zonet beschreven roesmiddelen valt niet onder de definitie van ‘problematisch gebruik’ door het “Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving”. Toch vinden we het relevant om na te gaan in hoeverre respondenten middelen als cannabis, alcohol en benzodiazepinen op regelmatige basis consumeren. Immers, 353 respondenten (66,9% van

alle bevroegde sekswerkers) gebruiken ten minste één keer per week één of meer producten. Meer dan de helft (58,4%; N=206) gebruikt slechts één product regelmatig; de rest twee of meer producten op regelmatige wijze.

- 265 respondenten (50,2% van de totale steekproef) heeft in de laatste 30 dagen ten minste eens per week *alcohol* genuttigd; 105 respondenten (19,9% van alle bevroegde sekswerkers) hebben op zijn minst één keer in de week meer dan 6 glazen bij eenzelfde gelegenheid gedronken (*binge drinking*). Intensief alcoholgebruik kan cardiovasculaire problemen veroorzaken, levercirrose, kanker, depressie en problemen in het gezin of op het werk (World Health Organization, 2004). We benadrukten al eerder dat dit fenomeen vaak onder sekswerkers voorkomt die in de bar/clubprostitutie actief zijn.
- 111 respondenten (21% van de totale steekproef) gebruikten de laatste maand regelmatig *benzodiazepinen*.
- 98 respondenten (18,6% van de totale steekproef) consumeerden de laatste maand regelmatig *cannabis*.

Of regelmatig gebruik van deze producten door de sekswerkers als problematisch wordt *ervaren*, is een andere kwestie.

“Plusieurs trucs, sans que ça causait forcément des problèmes.” (R013, thuisontvangst, 31 jaar)

“Ça me permet de vivre complètement normalement entre guillemets. Et je vais dire ‘oui’ dans le sens que le matin, je me lève une heure plus tôt que mon fils. Parce que si je n’ai pas pris [héroïne, nvdr], je ne peux pas bouger. Parce que là je suis réellement en manque, d’avoir passé toute ma nuit et tout, donc.” (R012, straatsector, 33 jaar)

Sekswerkers zijn zich volgens enkele deelnemers aan de focusgroepen soms niet bewust van mogelijke risico's aan regelmatig gebruik verbonden, vooral met betrekking tot alcohol en voorgeschreven medicatie.

“Als ik veel gewerkt heb, is het me soms al opgevallen dat ik om 10u al zin heb om te aperitieven. Ik voel dat er iets aan het veranderen is. [...] Maar dat is iets dat ik in de gaten moet houden. [...] Hoe meer je drinkt, hoe meer je kan drinken op den duur. In het begin word je zat na een halve fles. Na een maand en half kan je na 3 flessen nog normaal spreken. [...] Ik zie het niet echt als een probleem. Ik heb er ook nog niet met iemand over gesproken. Maar ik zou liever vaker naar boven gaan. [...] Maar die meisjes worden niet zat; je krijgt er zo een grote lever van op de duur.” (R001, clubsector, 30 jaar)

Alcohol, medicatie en cannabis hebben het *imago* onschuldig en onschadelijk te zijn of alleszins minder *problemen* te genereren dan andere *illegale* producten. Het gebruik ervan is ook onder de algemene bevolking ruim verspreid. Door de ‘normalisering van gebruik’ minimaliseren sommigen hun schadelijke effecten. Bij voorgeschreven medicatie is de verantwoordelijkheid van de huisarts natuurlijk belangrijk. Gebruik van geneesmiddelen door iemand met expertise en met een zekere autoriteit voor-

geschreven, wordt door de cliënt niet of minder in vraag gesteld. Geneesmiddelen worden immers voorgeschreven met het oog op het welzijn, en kaderen in een medicamenteuze behandeling van psychische problemen.

“Antidepressiva, maar [...] dat is mijn steuntje, hé.” (R004, thuisontvangst, 45 jaar)

“Toen wekelijks, en nu is dat dagelijks geworden. Gewoon ’s avonds, om wat rustiger te worden. Mijn dokter zegt dat zelf. Het is beter dan dat ik Xanax[®] [merknaam voor alprazolam, een kortwerkend geneesmiddel, behorend tot de benzodiazepinen. De voornaamste toepassing is bij de behandeling van angststoornissen en soms ter ondersteuning van de behandeling van depressie, nvdr] moet voorschrijven, hé. Omdat ik een nogal stressy karakter heb. Allez ja, ik kan niet goed tegen de stress.” (R009, thuisontvangst, 37 jaar)

Hulpverleners wijzen er in de focusgroepen op dat cliënten die zich bij hen aanbieden, vaak ‘vergeten’ om het gebruik van geneesmiddelen te vermelden. Medicatie beschouwen zij immers niet als roesmiddelen.

Ook het *cannabisgebruik* normaliseerde zich. Bovendien spelen sommige huisartsen hierin ook een rol. Verschillende respondenten vertellen dat hun huisarts het gebruik van cannabis als een beter alternatief bestempelde voor het roken van tabak of voor het slikken van benzodiazepinen.

“Et il dit: Ben, arrêtez vos cigarettes et fumez des joints, vous vous sentirez beaucoup mieux. Un médecin !” (R020, privésector, 34 jaar)

Sommigen bestempelen zichzelf als abstinente, terwijl ze nog cannabis gebruiken. Velen vertellen en benadrukken dat ze tijdens hun zwangerschap niets gebruikten, op methadon en in enkele gevallen op jointjes na. Als vrouwen deze middelen tijdens een zwangerschap blijven gebruiken, kan het ongeboren kind daar de gevolgen van ondervinden.

“En, ben ik te weten gekomen dat ik zwanger was, dan ben ik met alles gestopt. Ik heb de rest van mijn zwangerschap clean gedaan. Wel veel gesmoord.” (R022, straatsector, 30 jaar)

Ook omtrent andere roesmiddelen, inclusief methadon, bestaan misvattingen. Niet alle sekswerkers zijn goed geïnformeerd. Talrijke respondenten vertellen bijvoorbeeld zich niet bewust te zijn geweest van de ‘*verslavende*’ eigenschappen van cocaïne. Velen denken overigens dat de gebruikte roesmiddelen niet *verslavend* en/of schadelijk zijn, waren ze niet ‘met allerlei *rommel*’ versneden.

“La cocaïne ça a augmenté et pour finir ça c’est devenu le problème. Je pensais toujours que ça c’était une petite distraction comme ça et que ça ne portait pas à conséquence. On dit qu’on n’est pas accro à la coke mais ça c’est faux hein. [...] Parce qu’avec l’héro tu le sais, tu t’y attends, mais avec la cocaïne tu es surpris, tu te dis : non c’est pas possible. Ah ben si ! Moi, j’étais incapable de faire quoi que ce soit.” (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

2. *Severity of Dependence Scale*

2.1. *Severity of Dependence Scale*

De *Severity of Dependence Scale* (SDS) evalueert de psychologische aspecten van afhankelijkheid aan de hand van 5 items. Die hebben te maken met een individuele bezorgdheid, met angst over het gebruik of met het gevoel de controle over het gebruik te verliezen. De psychometrische kwaliteiten van de SDS zijn wetenschappelijk aangetoond binnen volwassen populaties die illegale roesmiddelen en alcohol gebruiken (Gossop, Best, Marsden, & Strang, 1997; Gossop, Darke, *et al.*, 1995; Gossop, Marsden, & Stewart, 2002).

We legden onze respondenten deze vragen voor:

1. Heeft u het idee dat u geen controle meer had over uw gebruik?
2. Was u angstig of ongerust door het vooruitzicht een fix of dosis te missen?
3. Heeft u zich over uw gebruik zorgen gemaakt?
4. Heeft u gewenst dat u kon stoppen?
5. Hoe moeilijk vindt u het om te stoppen of niet te gebruiken?

Op de eerste vier vragen konden de respondenten nooit (score 0), soms (score 1), vaak (score 2) of altijd (score 3) antwoorden. Op de vijfde vraag konden de respondenten kiezen uit deze mogelijkheden: niet moeilijk (score 0), redelijk moeilijk (score 1), heel moeilijk (score 2), onmogelijk (score 3). De scores op alle items worden opgeteld en leveren een score tussen 0 en 15 op. Hoe hoger de score, hoe sterker de afhankelijkheid.

Bovendien werden *cut-off scores* bepaald voor gebruik van amfetaminen, cocaïne, benzodiazepinen en cannabis bij volwassenen (De las Cuevas, Sanz, De la Fuente, Padilla, & Berenguer, 2000; Kaye & Darke, 2002; Swift, Copeland, & Hall, 1998; Topp & Mattick, 1997). Deze *cut-off* score geeft aan vanaf welke waarde een SDS-score met een bepaalde mate van *afhankelijkheid* - zoals gedefinieerd door de DSM IV - overeenkomt. De *cut-off* scores verschillen naargelang het product. Van afhankelijkheid is er sprake vanaf een score 5 voor amfetaminen, en een score 3 voor alcohol, cocaïne (of-schoon dit ook op 4 kan liggen (Gonzalez-Saiz *et al.*, 2009), cannabis, heroïne en benzodiazepinen. Ook voor ecstasy werd de SDS als een valabel instrument bevonden, waarbij een *cut-off* score van 4 wordt gehanteerd (Bruno *et al.*, 2009; Gonzalez-Saiz *et al.*, 2009). Voor de berekening van afhankelijkheid van crack, een derivaat van cocaïne, baseren we ons op de *cut-off* waarde van cocaïne. Bij de berekening van de SDS-score van methadon hanteren we dezelfde *cut-off* waarde als voor heroïne. In het geval van antidepressiva baseren we ons op de *cut-off* waarde van benzodiazepinen.

2.2. Afhankelijkheid: overzicht

Hieronder bekijken we een voor een de groep respondenten die de dertig dagen vóór het interview een middel hebben gebruikt. We gaan na hoeveel een SDS-score behalen overeenkomend met afhankelijkheid (“ja”) en hoeveel respondenten als níet afhankelijk kunnen worden bestempeld (“nee”). Om de gegevens in het juiste perspectief te zien, bevat elke tabel het aantal en het percentage van respondenten die het product de afgelopen 30 dagen niet gebruikten. De rechtse kolom bevat de gegevens met betrekking tot alle bevroegde sekswerkers, de andere kolommen bevatten de gegevens per prostitutie-sector. Tot slot weze opgemerkt dat de SDS-score enkel kon worden berekend voor respondenten die alle items beantwoordden.

2.2.1. Afhankelijkheid van alcohol

Tabel 55: Afhankelijkheid van alcohol volgens de *Severity of Dependence Scale*, per sector (N=509)*

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Alcohol	Niet gebruikt	34% N=34	45,4% N=54	18,6% N=13	2,1% N=1	19,5% N=26	17,9% N=7	26,5% N=135
	Nee	44% N=44	48,7% N=58	65,7% N=46	68,8% N=33	62,4% N=83	74,4% N=29	57,6% N=293
	Ja	22% N=22	5,9% N=7	15,7% N=11	29,2% N=14	18% N=24	7,7% N=3	15,9% N=81
	Gemiddelde SDS-score	2,71	0,74	0,98	2,06	1,34	0,88	1,47
	Mediaan SDS-score	0	0	0	1	0	0	0
	Totaal	N=100	N=119	N=70	N=48	N=133	N=39	N=509

* Van 19 respondenten die de afgelopen 30 dagen dronken (N=393), kon dit niet worden berekend.

15,9% (N=81) van de bevroegde sekswerkers is – op basis van een SDS-score van ten minste 3 - meer of minder van alcohol afhankelijk (zie **Tabel 55**). Proportioneel gezien vinden we meer respondenten met een SDS-score ‘afhankelijk’ in de straatprostitutie en in de bar/clubsector. Dat verschil met de andere sectoren is statistisch significant ($\chi^2=60,365$; $df=10$; $p<0,001$).

Ook tussen de regio’s treffen we betekenisvolle verschillen aan: zowel in de Luikse als in de Brusselse regio rekruteerden we proportioneel meer alcoholafhankelijke respondenten (één op vier telkens), in de andere regio’s schommelt het percentage rond de 10% ($\chi^2=18,364$; $df=8$; $p<0,02$). Ongeveer de helft van de respondenten uit de Luikse buurt rond de *Cathédrale Nord* en rond de Brusselse *metrostations Louiza en IJzer*, behalen een SDS-score die op alcoholafhankelijkheid wijst.

2.2.2. Afhankelijkheid van benzodiazepinen

Tabel 56: Afhankelijkheid van benzodiazepinen volgens de *Severity of Dependence Scale*, per sector (N=509)*

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Benzodiazepinen	Niet gebruikt	67% N=69	80,3% N=94	82,9% N=58	78,0% N=39	77,9% N=102	76,3% N=29	76,8% N=391
	Nee	11,7% N=12	8,5% N=10	4,3% N=3	14,0% N=7	9,9% N=13	10,5% N=4	9,6% N=49
	Ja	21,4% N=22	11,1% N=13	12,9% N=9	8,0% N=4	12,2% N=16	13,2% N=5	13,6% N=69
	Gemiddelde SDS-score	4,15	3,26	5,58	2,55	4	3,67	3,90
	Mediaan SDS-score	3	3	5,50	1	3	3	3
	Totaal	N=103	N=117	N=70	N=50	N=131	N=38	N=509

* Van 19 respondenten die de afgelopen 30 dagen benzodiazepinen gebruikten (N=137), kon dit niet worden berekend.

Negenenzestig respondenten (d.w.z. 13,6% van alle bevroegde sekswerkers) zijn – op basis van een SDS-score van ten minste 3 - in meer of mindere mate afhankelijk van benzodiazepinen (zie **Tabel 56**). Tussen de sectoren treffen we géén betekenisvolle verschillen aan, maar tussen de regio's is dat wel het geval: in Gent is slechts 2,1% (N=2) van de respondenten afhankelijk van dit geneesmiddel, terwijl de proportie van afhankelijke respondenten in de andere regio's hoger ligt, in Luik gaat het om 20% van de bevroegde sekswerkers (N=19) ($\chi^2=20,637$; $df=8$; $p<0,009$). Tussen specifieke prostitutiebuurten vinden we geen statistisch significante verschillen.

2.2.3. Afhankelijkheid van cocaïne

Tabel 57: Afhankelijkheid van cocaïne volgens de *Severity of Dependence Scale*, per sector (N=509)*

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Cocaïne	Niet gebruikt	72,6% N=77	91,7% N=110	91,4% N=64	68,0% N=34	86,8% N=118	92,5% N=37	84,3% N=440
	Nee	1,9% N=2	4,2% N=5	7,1% N=5	18,0% N=9	5,1% N=7	2,5% N=1	5,6% N=29
	Ja	25,5% N=27	4,2% N=5	1,4% N=1	14,0% N=7	8,1% N=11	5,0% N=2	10,2% N=53
	Gemiddelde SDS-score	7,62	3,10	1,33	3,25	4,39	4,67	4,94
	Mediaan SDS-score	9	1,50	0	1,50	4	5	4
	Totaal	N=106	N=120	N=70	N=50	N=136	N=40	N=522

* Van 6 respondenten die de afgelopen 30 dagen cocaïne gebruikten (N=88), kon dit niet worden berekend.

10,2% (N=53) van de sekswerkers is – op basis van een SDS-score van ten minste 3 - in grotere of kleinere mate afhankelijk van cocaïne (zie **tabel 57**). De reële aantallen zijn te klein om na te gaan of verschillen tussen prostitutiebranches, regio's of buurten statistisch significant zijn. Toch merken we

op dat meer dan de helft van de cocaïneafhankelijke respondenten in de straatprostitutie actief is (N=27).

2.2.4. Afhankelijkheid van cannabis

Tabel 58: Afhankelijkheid van cannabis volgens de Severity of Dependence Scale, per sector (N=520)*

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Cannabis	Niet gebruikt	66,7% N=68	83,3% N=100	80,0% N=56	78,0% N=39	71,7% N=99	87,5% N=35	76,3% N=397
	Nee	21,6% N=22	14,2% N=17	14,3% N=10	16,0% N=8	17,4% N=24	7,5% N=3	16,2% N=84
	Ja	11,8% N=12	2,5% N=3	5,7% N=4	6,0% N=3	10,9% N=15	5,0% N=2	7,5% N=39
	Gemiddelde SDS-score	2,15	1,90	1,71	2,55	2,64	3,20	2,29
	Mediaan SDS-score	1,50	0,50	0,50	0	1	2	1
	Totaal	N=102	N=120	N=70	N=50	N=138	N=40	N=520

* Van 8 respondenten die de afgelopen 30 dagen cannabis gebruikten (N=131), kon dit niet worden berekend.

7,5% (N=39) van alle bevroegde sekswerkers is – op basis van een SDS-score van ten minste 3 - meer of minder afhankelijk van cannabis (zie **tabel 58**). De reële aantallen zijn te klein om erachter te komen of verschillen tussen prostitutiebranches, regio's of buurten statistisch van tel zijn. We merken op dat de cannabisafhankelijke respondenten vooral in de straatprostitutie actief lijken te zijn.

2.2.5. Afhankelijkheid van heroïne

Tabel 59: Afhankelijkheid van heroïne volgens de Severity of Dependence Scale, per sector (N=526)*

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Heroïne	Niet gebruikt	67% N=71	100,0% N=122	100,0% N=70	98,0% N=49	100,0% N=138	100,0% N=40	93,2% N=490
	Nee	0,9% N=1	-	-	-	-	-	0,2% N=1
	Ja	32,1% N=34	-	-	2,0% N=1	-	-	6,7% N=35
	Gemiddelde SDS-score	9,89	-	-	4	-	-	9,72
	Mediaan SDS-score	11	-	-	4	-	-	11
	Totaal	N=106	N=122	N=70	N=50	N=138	N=40	N=526

* Van 2 respondenten die de afgelopen 30 dagen heroïne gebruikten (N=38), kon dit niet worden berekend.

6,7% (N=35) van de bevroegde sekswerkers is – op basis van een SDS-score van ten minste 3 - in meer of mindere mate afhankelijk van heroïne (zie **tabel 59**). De reële aantallen zijn (alweer) te klein om vast te stellen of verschillen tussen prostitutiebranches, regio's of buurten statistisch significant zijn. We merken op dat, op één respondente na, alle heroïneafhankelijke respondenten in de straatpros-

titutie opereren. We rekruteerden deze respondenten vooral in de Antwerpse *Atheneumbuurt* en in de Luikse wijk rond de *Cathédrale Nord*, en minder in de *Ville-Basse* in Charleroi. In alle andere prostitutiebuurten hebben we zo goed als geen heroïneafhankelijke respondenten gecontacteerd.

2.2.6. Afhankelijkheid van andere middelen

In verband met andere producten worden de absolute aantallen te klein om betekenisvolle analyses te kunnen verrichten. We sommen enkele gegevens op:

- 5,2% (N=27) van de bevroagde sekswerkers is – op basis van een SDS-score van ten minste 3 - meer of minder afhankelijk van *methadon*. Twee op drie respondenten zijn overigens ook van heroïne afhankelijk. Zoals voor heroïne, merken we op dat alle respondenten in de straatprostitutie opereren (vooral in de Antwerpse *Atheneumbuurt* en in de Luikse buurt rond de *Cathédrale Nord*).
- 3,6% (N=19) van alle bevroagde sekswerkers is – op basis van een SDS-score van ten minste 3 - in zekere mate afhankelijk van *antidepressiva*.
- 2,3% (N=12) van alle bevroagde sekswerkers voelt zich – op basis van een SDS-score van ten minste 3 - in zekere mate afhankelijk van *crack*.
- Zes sekswerkers (1,1% van alle bevroagde respondenten) zijn – op basis van een SDS-score van ten minste 3 - in meer of mindere mate afhankelijk van *amfetamines*.
- Eén respondente (0,2% van alle bevroagde sekswerkers) is – op basis van een SDS-score van ten minste 3 - afhankelijk van *ecstasy*.

2.3. Afhankelijkheid: omvang

Op basis van de scores op de *Severity of Dependence Scale* ervaren 201 respondenten een mate van afhankelijkheid ten opzichte van één (of meer) van de eerder genoemde producten: dat is 30,1% van de totale steekproef.

Meer dan de helft van de respondenten (N=118) is afhankelijk van één product (zie **Tabel 60**). De anderen zijn afhankelijk van twee tot zes verschillende producten. Opnieuw weze opgemerkt dat de meerderheid van de afhankelijke respondenten uit de straatprostitutie van meer dan één product afhankelijk is. We vinden geen statistisch significante verschillen tussen regio's of prostitutiebuurten.

Tabel 60: Aantal producten waar respondenten afhankelijk van zijn, onder afhankelijk, per sector (N=201)

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
1 product	44,6% N=33	85,2% N=23	61,9% N=13	61,9% N=13	62,5% N=30	60,0% N=6	58,7% N=118
2 producten	18,9% N=14	7,4% N=2	28,6% N=6	19,0% N=4	25% N=12	20,0% N=2	19,9% N=40
3 producten	23,0% N=17	7,4% N=2	9,5% N=2	19,0% N=4	6,3% N=3	20,0% N=2	14,9% N=30
4 producten	12,2% N=9	-	-	-	6,6% N=3	-	6% N=12
5 producten	-	-	-	-	-	-	-
6 producten	1,4% N=1	-	-	-	-	-	0,5% N=1
Totaal	N=74	N=27	N=21	N=21	N=48	N=10	N=201

2.4. Kwalitatieve data omtrent ‘afhankelijkheid’

We vestigen er nogmaals de aandacht op dat een individu dat volgens de SDS-schaal van een product afhankelijk is, niet noodzakelijk door dat roesmiddelengebruik moeilijkheden ervaart. Dat hangt van individuele factoren af. Wat de ene als ‘een verslaving’ ervaart, krijgt voor een ander niet dezelfde connotatie.

“Dat vond ik mijn verslaving: ik had er [aan alcohol, nvdr] elke dag behoefte aan.” (R004, thuisontvangst, 45 jaar)

Zolang men in het dagelijkse leven geen (grote) moeilijkheden ondervindt – of dat niet zo percipieert, stelt men het roesmiddelengebruik doorgaans niet in vraag. Wie overmatig gebruikt, heeft volgens sommige observatoren vaak de neiging om het gebruik en de (neven)effecten te minimaliseren. Bovendien dient een onderscheid te worden gemaakt tussen psychologische en fysieke afhankelijkheid. Die bouwt zich op zonder dat men zich ervan bewust is.

Het relatief hoog aantal respondenten dat op basis van de SDS-score afhankelijkheid van alcohol, benzodiazepinen of antidepressiva vertoont, verbaasde de meeste deelnemers aan de focusgroepen niet. Naar hun mening weerspiegelen de data de hoge prevalentie van het gebruik van deze middelen onder de algemene bevolking. Voor mensen in de seksindustrie zijn ze niet uniek. Bovendien wijzen de deelnemers op de sterk verslavende eigenschappen van benzodiazepinen. Het gaat om voorgeschreven medicijnen, maar niet iedereen is zich van de risico’s bewust.

« Moi, ma grande dépendance, mon gros problème, c’est le Stilnoct[®], le somnifère. [Stilnoct is de merknaam voor het slaapmiddel zolpidem, nvdr] [...] Ça, c’est vraiment ma drogue.” (R013, thuisontvangst, 31 jaar)

Een belangrijke nuance die door de respondenten én de deelnemers aan de focusgroepen werd gemaakt, is dat afhankelijkheid, zoals gebruik, niet noodzakelijk aan de activiteiten in de prostitutie gelieerd is. Afhankelijkheid hangt vooral samen met psychische problemen, zoals depressie s.

“J’ai consommé des médicaments. J’en étais même dépendante. Il y a de cela 5 ou 6 ans. Je dormais 20 heures par jour. Ma consommation était due à des faits antérieurs et non liée à l’activité.”
(F024, bar/raamsector, 28 jaar)

Sommigen in de focusgroepen gaan ervan uit dat de data met betrekking tot middelenafhankelijkheid een onderschatting zijn, te wijten aan het feit dat de respondenten zich soms geen rekenschap geven van hun afhankelijkheid. Zo zou wat alcohol aangaat een periode van abstinentie nodig zijn eer men er zich van bewust wordt het product nodig te hebben om te functioneren. Alcohol bevindt zich in een grijze zone. Een aantal commentaren van respondenten wijst inderdaad in deze richting. Anderen vertellen dat ze nooit angstig of ongerust zijn om een dosis - vooral benzodiazepine - te missen, wat volgens hen komt doordat ze steeds een voorraad in huis hebben.

Desondanks moet worden in rekening gebracht dat geneesmiddelen ingenomen worden in het kader van een ziektebeeld, bijv. een depressie of slapeloosheid.

“Je contrôle mon usage mais si je ne prends pas ce médicament [een benzodiazépine, nvdr] je ne sais pas dormir.” (C009, straatsector, 60 jaar)

Overmatig benzodiazepinegebruik is soms sterk met andere problemen verweven. Zolang die problemen niet worden opgelost, lijkt het lastig om het benzodiazepinegebruik te verminderen of achterwege te laten. Langdurige of chronische medicamenteuze behandelingen zijn derhalve geen uitzondering. Toch lijkt een jarenlange behandeling met antidepressiva niet altijd toereikend. Zoals bij roesmiddelen treedt bij medicatie een vorm van gewenning op.

“Tous les matins, ça fait depuis 2005. Je prends régulièrement des médicaments. On change. Je dois retourner chez le psychiatre pour changer. Parce que l’effet n’est plus le même.” (R006, privéhuis, 40 jaar)

Patronen van gebruik zijn door de tijd heen overigens zelden constant: episodes van onthouding, occasioneel en geregeld gebruik wisselen elkaar af. Veel respondenten bouwen voor zichzelf controlemechanismen in, opdat het gebruik de spuigaten niet uitloope. Zo vertellen sommigen dat ze voor hun roesmiddelen nooit zelf betalen, en ze alleen gebruiken als vriendinnen of klanten het geld ervoor opvoeren. Anderen kiezen er bewust voor om niet in een champagnebar aan de slag te gaan, om *alcoholafhankelijkheid* te vermijden. Anderen dan weer halen doelbewust geen alcohol in huis, om het gebruik van cocaïne te temperen:

“Ik heb hier ook geen champagne staan. Omdat ik ook weet, eens ik champagne ga drinken, dan ga ik een beetje zijn, dan ben ik met een klant geweest, dan ga ik zeggen: ‘goh, nu heb ik zin in een lijntje’. Het is altijd die alcohol die... gelijk als je teveel drinkt, heb je zin in een sigaret. Wel, dat is juist hetzelfde.” (R002, privésector, 47 jaar)

Sommige respondenten beweren hun contacten met gebruikende sekswerkers zoveel mogelijk te beperken, om het eigen gebruik onder controle te houden. Anderen limiteren het roesmiddelengebruik tot enkele momenten, met dezelfde bedoeling.

“Tijdens mijn werk doe ik het niet [...] uit respect voor de mensen doe ik dat niet. Dat ze dat niet ruiken en dat ze niet zo zeggen van: die heeft al gedronken. Dus ik drink nooit tijdens mijn uren.” (R004, thuisontvangst, 45 jaar)

“Je ne vais plus prendre avant vendredi soir. Je le sens. Je vais essayer au moins vendredi soir quoi. Et la je prendrais [cocaïne, nvdr] avec quelqu'un et voilà quoi.” (R020, privésector, 34 jaar)

De motieven om het gebruik te temperen, kunnen divers zijn. Er zijn er die bezorgd zijn om hun gezondheid, of ze hebben andere nadelen van het gebruik ondervonden:

“Parce que le problème, c'est la cocaïne me rend agressive. [...] mais je vais le massacrer, le client, avec de la coke. Je ne peux pas prendre de la coke. [...] Et après je vais aller où? Je vais aller en prison. Je vais faire quoi de ma vie? C'est pour ça que je n'en prends plus.” (R005, thuisontvangst, 38 jaar)

Andere vrouwen temperen hun gebruik om financiële redenen: ze hebben niet voldoende geld, of ze willen sparen voor een of ander doel:

“Je suis très pauvre, alors je fume beaucoup moins [cannabis, nvdr] [...] Ce n'est pas moi qui a décidé, c'est mon portefeuille.” (R006, privéhuis, 40 jaar)

3. Conclusie

Volgens het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD) kan problematisch gebruik gedefinieerd worden als injecterend gebruik, of langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen. In deze studie bestudeerden we ook het regelmatig gebruik van alcohol, benzodiazepinen en cannabis.

Zesenvijftig respondenten (10,6% van de bevroegde sekswerkers) hebben ten minste één keer intraveneus gebruikt. Eénentwintig sekswerkers (4% van de totale steekproef) hebben de maand vóór het interview nog geïnjecteerd, meestal cocaïne en/of heroïne. Tussen intraveneus gebruik en de leeftijd waarop ze met sekswerk zijn begonnen, bestaat er telkens een significant verband. Intraveneuze gebruikers zijn doorgaans op jongere leeftijd aan de slag gegaan. Ze hebben een langere sekswerkcarrière achter de rug. Het betreft meestal lager opgeleiden zonder vaste verblijfplaats. Meer dan de helft van deze respondenten laat zich voor hun seksuele diensten wel eens met roesmiddelen betalen. Een meerderheid was op het ogenblik van het interview in begeleiding voor druggerelateerde problemen.

Meer dan 50% van deze sekswerkers heeft ooit injectiemateriaal gedeeld of spuiten opnieuw gebruikt. Ze zijn bijna allemaal in de straatprostitutie actief.

Volgens het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving valt het 'regelmatig gebruik' van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen ook onder de omschrijving van 'problematisch druggebruik'. De definitie van het EWDD maakt echter niet duidelijk wat onder 'regelmatig gebruik' dient te worden begrepen. In deze studie definiëren wij 'regelmatig gebruik' als het 'ten minste één keer per week consumeren van een middel'. Zevenenzeventig respondenten (14,6% van alle bevroegde sekswerkers) gebruiken volgens de definitie ten minste één (en vaak twee of drie) van de hierboven genoemde middelen 'op problematische wijze'. Regelmatige gebruikers van cocaïne, crack of heroïne vinden we proportioneel meer terug in de straatprostitutie. Ofschoon het 'regelmatig gebruik' van alcohol, cannabis en benzodiazepinen niet onder de EWDD-definitie van 'problematisch gebruik' valt, stellen we vast dat aanzienlijke proporties van de bevroegde steekproef de laatste dertig dagen vóór het interview 'regelmatig' alcohol (50,2%), cannabis (18,6%) of benzodiazepinen (21%) tot zich namen.

Een andere indicator voor problematisch middelengebruik is de *Severity of Dependence Scale* (SDS), waar de wetenschappelijke validiteit van aangetoond is meer dan één studie naar middelengebruik bij volwassen populaties. Deze psychometrische schaal evalueert de psychologische aspecten van afhankelijkheid aan de hand van 5 items, die met een individuele bezorgdheid te maken hebben, met angst om het gebruik en met het gevoel de controle over het gebruik te verliezen. 15,9% van alle bevroegde sekswerkers vertoont een zekere mate van afhankelijkheid van alcohol. Deze respondenten vinden we vooral terug in de bar/clubsector en in de straatprostitutie. Negenenzestig respondenten (13,6% van de steekproef) zijn in meer of mindere mate afhankelijk van benzodiazepinen. 10,2% van de bevroegde sekswerkers is (in meer of mindere zin) afhankelijk van cocaïne, 7,5% van cannabis en 6,57% van heroïne. Op basis van de scores op de *Severity of Dependence Scale* ervaren 201 respondenten (30,1%) een zekere afhankelijkheid van één (of meer) roesmiddelen.

We merken op dat een sekswerker die volgens deze SDS-schaal van een product afhankelijk is, niet noodzakelijk problemen ondergaat of het middelengebruik zelf als 'problematisch' bestempelt. Uit de kwalitatieve data treedt overigens naar voren dat veel respondenten informele controlemechanismen toepassen om het middelengebruik onder controle te houden of te temperen. Ten slotte wijzen we er op dat met deze cijfers niet kan worden nagegaan of er tussen het sekswerk en eventuele afhankelijkheidsproblemen een causaal verband valt aan te wijzen. Het vermoeden dat middelenaafhankelijkheid bij deze populatie samenhangt met psychische problemen blijft in ieder geval een interessante onderzoekspiste voor de toekomst.

Hoofdstuk VII

Gebruik van het zorgaanbod en (druggerelateerde) noden van sekswerkers

In dit hoofdstuk hebben we het over de ervaringen van onze respondenten met de (drug)hulpverlening. Aan de hand van kwantitatieve data bespreken we of, en in welke mate, de (druggebruikende) sekswerkers op professionele hulpverleners een beroep hebben gedaan, en welke de aard van die zorgverlening was (§1). Op basis van de kwalitatieve data die we verzamelden (via individuele interviews met sekswerkers en via focusgroepsgesprekken met deskundigen) beschrijven we vervolgens hoe zij daarop terugblikken (§2). We sommen de belangrijkste knelpunten op, zoals die vanuit het perspectief van de sekswerkers worden beleefd. We besteden ook aandacht aan de suggesties en denkpistes voor verbetering van het (druggerelateerde) zorgaanbod voor sekswerkers die (door hun roesmiddelengebruik) problemen ondervinden.

1. Gebruik van het zorgaanbod

1.1. Contact met professionele hulpverleners

Van de bevroegde sekswerkers gebruikte 95,3% (N=503) ooit één of meer producten. We vroegen of ze met betrekking tot hun roesmiddelengebruik *ooit hulp hebben gezocht* (zie **tabel 61**).

Tabel 61: Aantal respondenten dat hulp zoekt, per sector (N=490)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Ja	57,4% N=58	12,6% N=13	10,8% N=7	18,0% N=9	18,7% N=25	18,9% N=7	24,3% N=119
Nee	42,6% N=43	87,4% N=90	89,2% N=58	82,0% N=41	81,3% N=109	81,1% N=30	75,7% N=371
Totaal	N=101	N=103	N=65	N=50	N=134	N=37	N=490

* Van 13 respondenten die méér dan één keer gebruikten (N=503), ontbreekt deze informatie.

Van wie ooit een product gebruikt hebben, zocht 23,6% (23,2% van alle bevroegde sekswerkers; N=119) ten minste al één keer professionele hulp. Drie op vier respondenten deden dat bijgevolg (nog) niet. Voor méér dan de helft van deze respondenten (N=75; of 63,0% van wie al eens op de hulpverlening een beroep deden) was de behandeling op het moment van het interview lopende of maar zeer

recent afgelopen. Dat gegeven kan ermee te maken hebben dat de meeste respondenten in onze studie via gespecialiseerde organisaties werden gerekruteerd.

Tussen de prostitutiesectoren stellen we statistisch significante verschillen vast ($\text{Chi}^2=78,368$; $\text{df}=5$; $p<0,001$): respondenten uit de straatprostitutie zetten vaker de stap naar de hulpverlening, en respondenten uit de raam- en bar/raamprostitutie zoeken in mindere mate professionele hulp voor hun roesmiddelengebruik. Bijna de helft van wie hulp zochten, is in de straatprostitutie actief (48,7% van wie hulp zochten, $N=58$). Die vaststelling strookt overigens met de prevalentie van roesmiddelengebruik in de prostitutiesectoren: we gaven eerder al aan dat het gebruik van verschillende middelen vaker voorkwam onder respondenten uit de straatprostitutie, dan onder de elders gerekruteerde respondenten. Onder de respondenten uit de raam- en bar/raamsector lag het middelengebruik doorgaans ook lager. Tussen de regio's stellen we geen opvallende verschillen vast. Wel statistisch significante verschillen zijn er tussen tal van gekende prostitutiebuurten. Zo goed als *alle* respondenten uit de Antwerpse *Atheneumbuurt* en de Luikse buurt rond de *Cathédrale Nord* richtten zich tot professionele hulpverleners voor hun middelengebruik. In de andere prostitutiebuurten betreft het telkens een minderheid ($\text{Chi}^2=85,203$; $\text{df}=9$; $p<0,001$).

In het vorige hoofdstuk gingen we na hoeveel respondenten kunnen worden bestempeld als '*problematische gebruikers*'. Volgens een definitie van het "Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving" (EWDD) hebben we het over problematisch gebruik wanneer amfetaminen, cocaïne *en/of* opiaten langdurig *en/of* regelmatig *of* intraveneus worden gebruikt. 'Regelmatig gebruik' staat in deze studie voor het 'ten minste één keer per week gebruiken van een middel'. Zevenenzeventig respondenten (14,6% van de bevraagde sekswerkers) vallen onder de omschrijving van 'problematisch gebruik'. In **tabel 62** bekijken we hoeveel respondenten van deze subgroep in verband met roesmiddelengebruik hulp hebben gezocht.

Tabel 62: Aantal respondenten dat hulp zoekt, onder *problematische gebruikers*, per sector (N=77)

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Ja	95,5% N=42	57,1% N=4	33,3% N=1	36,4% N=4	37,5% N=3	75,0% N=3	74,0% N=57
Nee	4,5% N=2	42,9% N=3	66,7% N=2	63,6% N=7	62,5% N=5	25,0% N=1	26,0% N=20
Totaal	N=44	N=7	N=3	N=11	N=8	N=4	N=77

Drie op vier ($N=57$; 74%) van wie de afgelopen 30 dagen *problematisch* gebruikten (volgens de eerder vermelde definitie) hebben *in het verleden* hulp gezocht. Anders gezegd, één op vier verzeilde (nog) niet bij de hulpverlening terecht (zie *supra*).

De absolute aantallen vallen te klein uit om na te gaan of de verschillen tussen prostitutiesectoren of –buurten statistisch van belang zijn. We signaleren dat – op de respondenten uit de straatprostitutie na – opvallend weinig 'problematische gebruikers' op de hulpverlening al een beroep hebben gedaan. Een

grote meerderheid – en soms haast allemaal – van de ‘problematische gebruikers’ die we in de vier gekende straatprostitutiebuurten rekruteerden, sprak de professionele hulpverlening aan. Er lijkt daarbij geen verband te bestaan met het type product, al gaat het meermaals om heroïne en/of cocaïne.

Tot slot merken we op dat 89,3% van alle respondenten die ooit injecteerden (N=50) in het verleden hulp zochten in verband met hun roesmiddelengebruik.

In het vorige hoofdstuk gingen we voor verschillende middelen na hoeveel respondenten volgens de *Severity of Dependence Scale* als ‘afhankelijk’ kunnen worden bestempeld. We onderzochten telkens de respondenten die deze producten dertig dagen vóór het interview nog gebruikten. In de onderstaande tabel (**tabel 63**) geven we weer hoeveel op basis van hun SDS-score als ‘afhankelijk’ genoteerd, hulp zochten.

Tabel 63: Aantal respondenten dat hulp zoekt, onder afhankelijke gebruikers, per sector (N=201)

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Ja	74,3% N=55	37,0% N=10	19,0% N=4	28,6% N=6	35,4% N=17	60,0% N=6	48,8% N=98
Nee	25,7% N=19	63,0% N=17	81,0% N=17	71,4% N=15	64,6% N=31	40,0% N=4	51,2% N=103
Totaal	N=74	N=27	N=21	N=21	N=48	N=10	N=201

Op basis van de scores op *Severity of Dependence Scale* ervaren 201 respondenten een mate van afhankelijkheid van één (of meer) van de genoemde producten: dat is 30,1% van de totale steekproef. Van deze participanten deed ongeveer de helft (N=98, 48,8%) reeds op professionele hulpverleners een beroep. Dat is, anders geformuleerd, 18,6% van de bevraagde sekswerkers. Ongeveer evenveel respondenten (N=103) zetten (nog) geen stap naar de hulpverlening.

Tussen de prostitutiesectoren noteren we statistisch significante verschillen ($\chi^2=35,614$; $df=5$; $p<0,001$), die met de hierboven beschreven bevindingen gelijklopen: ‘afhankelijke’ respondenten uit de straatprostitutie zetten vaker de stap naar de hulpverlening, en ‘afhankelijke’ respondenten uit de raam- en bar/raamprostitutie zoeken veel minder professionele hulp voor hun roesmiddelengebruik.

De absolute aantallen zijn te klein om eventuele verschillen tussen regio’s of prostitutiebuurten statistisch vast te stellen, maar we merken (alweer) op dat veel ‘afhankelijke’ respondenten uit de straatprostitutie al op de hulpverlening een beroep deden. Het gaat vooral om respondenten die van meer dan één product afhankelijk zijn, veelal cocaïne (N=38), heroïne (N=35), benzodiazepinen (N=33) en/of alcohol (N=31).

1.2. Frequentie van contacten met professionele hulpverleners

Wie de hulpverlening erbij haalden, vroegen we *hoe vaak* ze dat hadden gedaan. Van 103 respondenten kregen we daarover informatie. In **tabel 64** presenteren we het gemiddeld aantal keren dat deze respondenten hulp zochten.

Tabel 64: Gemiddeld aantal keer dat hulp werd gezocht, per sector (N=103)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Gemiddeld	8,2	3,3	1,8	3,4	2,5	2	5,3
Mediaan	5,5	1	2	2	2	1	3
Std. Deviatie	7,8	5,6	0,5	4,5	1,8	1,8	6,5
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	30	20	2	15	6	6	30
Totaal	N=48	N=11	N=5	N=9	N=23	N=7	N=103

* Van 16 respondenten van wie we weten dat ze voor roesmiddelengebruik hulp zochten (N=119), ontbreekt deze informatie.

Gemiddeld genomen beriepen deze respondenten zich 5,3 keer op professionele drugshulpverleners (de mediaan bedraagt 3). Er zijn respondenten die, naar eigen zeggen, tot 30 keer toe naar een drugshulpverlener of –centrum stapten. Sekswerkers uit de straatprostitutie vroegen opvallend meer naar hulp (gemiddeld 8,2; de mediaan bedraagt 5,5). De verschillen tussen de prostitutiebranches zijn statistisch significant ($F(5,97)=4,462$; $p<0,002$).

In **tabel 65** presenteren we deze gegevens in een aantal categorieën. De helft van de respondenten die drugshulp inriepen, zocht één tot drie keer contact (54,4%). Dat is, anders gezegd, 10,6% van de bevraagde sekswerkers.

Tabel 65: Aantal keer dat hulp werd gezocht, in categorieën, per sector (N=103)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
1-3 keer	29,2% N=14	81,8% N=9	100,0% N=5	77,8% N=7	65,2% N=15	85,7% N=6	54,4% N=56
4-10 keer	47,9% N=23	9,1% N=1	-	11,1% N=1	34,8% N=8	14,3% N=1	33% N=34
11-20 keer	14,6% N=7	9,1% N=1	-	11,1% N=1	-	-	8,7% N=9
> 20 keer	8,3% N=4	-	-	-	-	-	3,9% N=4
Totaal	N=48	N=11	N=5	N=9	N=23	N=7	N=103

* Van 16 respondenten van wie we weten dat ze voor roesmiddelengebruik hulp zochten (N=119), kon dit niet worden berekend.

De absolute aantallen zijn te klein om na te gaan of de verschillen statistisch significant zijn. Het valt op dat meer respondenten uit de straatprostitutie met de drugshulpverlening veelvuldig contact hebben gehad (vooral respondenten uit de Antwerpse *Atheneumbuurt* of uit de Luikse buurt rond de *Cathédra-*

le Nord). Elf respondenten uit die sector zochten meer dan tien keer een drugshulpverlener op. In de andere sectoren samen treffen we amper twee respondenten aan die zo vaak hulp zochten.

We vroegen deze respondenten ook met *hoeveel instanties* zij contact opnamen. Het merendeel consulteerde twee tot zes verschillende centra of instanties (N=80; 67,2% van wie ooit hulp zochten) (zie **Tabel 66**). De verschillen tussen prostitutiesectoren, regio's of prostitutiebuurten zijn statistisch niet significant.

Tabel 66: Aantal gecontacteerde instanties, onder respondenten die hulp zochten, per sector (N=118)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Gemiddeld	3	1,5	1,7	1,7	2,3	1,7	2,5
Mediaan	3	1	1	1	2	1	2
Std. Deviatie	1,4	0,5	1,1	0,9	1,4	1	1,4
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	2	4	3	6	3	6
Totaal	N=58	N=12	N=7	N=9	N=25	N=7	N=118

* Van één iemand onder de respondenten die hulp zochten (N=119), kon dit niet worden berekend.

1.3. Type en aard van de genoten hulpverlening

In **Tabel 67** presenteren we een overzicht van de verschillende types hulpverlening waar deze respondenten een beroep op deden. Het vaakst blijkt dat om een huisarts (70%) te gaan, gevolgd door de ambulante en de residentiële drugshulpverlening (respectievelijk 41,7% en 39,2%) en de algemene ziekenhuizen (38,3%).

Tabel 67: Gecontacteerde diensten, onder respondenten die hulp zochten, per sector (N=119)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Huisarts	79,3% N=46	69,2% N=9	71,4% N=5	44,4% N=4	69,2% N=18	28,6% N=2	70,0% N=84
Ambulant	62,1% N=36	23,1% N=3	-	22,2% N=2	26,9% N=7	28,6% N=2	41,7% N=50
Residentiële	50,0% N=29	7,7% N=1	14,3% N=1	22,2% N=2	46,2% N=12	28,6% N=2	39,2% N=47
Ziekenhuis	43,1% N=25	23,1% N=3	28,6% N=2	44,4% N=4	42,3% N=11	14,3% N=1	38,3% N=46
Andere diensten	19,0% N=11	23,1% N=3	57,1% N=4	33,3% N=3	34,6% N=9	71,4% N=5	29,2% N=35
Straathoekwerk	53,4% N=31	-	-	-	7,7% N=2	-	27,5% N=33
Totaal	N=58	N=13	N=7	N=9	N=25	N=7	N=119

* De respondenten konden meer dan één antwoordmogelijkheid opgeven. Hierdoor is de optelsom van de rijtotaal groter dan het aantal respondenten dat voor roesmiddelengebruik reeds hulp zocht (N=119).

Opvallend is dat straatprostituees vaak op straathoekwerkers terugvallen, terwijl dat in andere prostitutiesectoren nauwelijks het geval is. ($\chi^2=21,698$; $df=4$; $p=0,001$). Ook met de ambulante drugshulpverlening wordt in verhouding vaker door straatprostituees contact gezocht dan door sekswerkers uit

de andere branches. Dat we in deze studie tevens met ambulante drugshulpverleningscentra samenwerkten om respondenten te rekruteren (o.m. in de Antwerpse *Atheneumbuurt*), kan wijzen op een bias in de steekproef (en bijgevolg vertekende vaststellingen).

Vijfendertig respondenten (29,2% van wie ooit hulp zochten) deden naar eigen zeggen (onder meer) op andere diensten een beroep. Meestal gaat het om een psychiater, een psycholoog of een organisatie voor mensen in de prostitutie. Naast de geïnstitutionaliseerde (drug)hulpverlening zoeken respondenten ook hun heil in alternatieve behandelingswijzen (zoals ‘*mindfulness*’, zuiveringskuren e.d.). Bovendien doen respondenten niet slechts op geïnstitutionaliseerde hulpverlening een beroep, maar combineren ze dat met persoonlijke strategieën of copingmechanismen (zie verder in dit hoofdstuk). Verschillende respondenten vertellen bijvoorbeeld dat ze na een medicamenteuze huisartskuur naar het buitenland op reis gingen.

“Si je le sens, j’arrête et je vais chercher le métha. Sinon il faut que je parte en vacances. Je ne vais pas prendre le risque de me faire choper à la douane. Et puis de consommer là-bas, je peux faire ça en Belgique.” (R012, straatsector, 33 jaar)

We vroegen de respondenten die bij professionele hulpverleners te rade gingen (N=119), welk type van zorg of behandeling zij genoten: psychosociale begeleiding, substitutiebehandelingen, kortdurende ontwenningkuren (detoxificatie), psychiatrische behandeling, e.d. (zie **Tabel 68**).

Negenenveertig respondenten ondergingen maar één type zorg, de anderen noemden twee of meer types van behandeling (het maximum aantal types door een respondent genoemd, was 5). Door de band genomen (de mediaan) genoot men twee behandelingstypes. Tussen de sectoren vonden we geen noemenswaardige verschillen.

Tabel 68: Type behandeling, onder respondenten die hulp zochten, per sector (N=118)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Psychosociaal	75,9% N=44	41,7% N=5	14,3% N=1	44,4% N=4	48,0% N=12	28,6% N=2	57,6% N=68
Substitutie	74,1% N=43	16,7% N=2	14,3% N=1	66,7% N=6	28,0% N=7	49,2% N=3	52,5% N=62
Detox	60,3% N=35	-	28,6% N=2	33,3% N=3	36,0% N=9	-	41,5% N=49
Psychiatrisch	41,4% N=24	41,7% N=5	42,9% N=3	33,3% N=3	36,0% N=9	28,6% N=2	39% N=46
Andere	12,1% N=7	25,0% N=3	57,1% N=4	33,3% N=3	44,0% N=11	57,1% N=4	27,1% N=32
Totaal	N=58	N=12	N=7	N=9	N=25	N=7	N=118

* Van één iemand onder de respondenten die hulp zochten (N=119), ontbreekt deze informatie.

Het merendeel van de respondenten (N=68; 57,6% van wie hulp zochten) genoot een vorm van psychosociale begeleiding. De helft van de respondenten (N=62; 52,5% van wie hulp zocht) volgde een substitutiebehandeling. Nog eens 49 respondenten kregen een detoxificatiebehandeling (41,5%) en 46 respondenten ontvingen psychiatrische bijstand (39%). Onder ‘andere’ types van zorg klasseerden we

het loutere verkrijgen van voorschriften voor medicatie, groepstherapie en deelname aan bijeenkomsten van *Alcoholics Anonymous*.

De absolute aantallen zijn te klein om na te gaan of verschillen tussen sectoren statistisch betekenisvol zijn. In elk geval treft het dat evenredige proporties van respondenten in elke sector op psychiatrische behandeling een beroep deden. Wat psychosociale begeleiding betreft, valt op dat 75,9% van de respondenten uit de straatprostitutie naar dit type zorg greep, versus amper 14,3% uit de bar/raamsector en 28,6% van de escortdames. Respondenten uit de straatprostitutie en de bar/clubsector werkten dan weer opvallend vaker met substitutiebehandelingen dan de respondenten uit de andere sectoren.

1.4. Zich kenbaar maken als sekswerker?

We vroegen de respondenten die ooit contact met de (drug)hulpverlening zochten, ook of zij de hulpverstrekkers van hun activiteiten in de prostitutie op de hoogte brachten (zie **tabel 69**). Voor vijf respondenten bleek die vraag niet van toepassing, omdat ze nog niet als zodanig actief waren, toen ze zich tot de drughulpverlening richtten.

Tabel 69: Zorgverstrekkers op de hoogte van activiteiten, per sector (N=117)*

	Straat	Raam	Bar/raam	Bar/club	Privé	Escort	Totaal
Niet van toepassing	-	-	14,3% N=1	11,1% N=1	7,7% N=2	14,3% N=1	4,3% N=5
Nooit	14% N=8	18,2% N=2	-	66,7% N=6	34,6% N=9	28,6% N=2	23,1% N=27
Soms	22,8% N=13	18,2% N=2	14,3% N=1	-	15,4% N=4	-	17,1% N=20
Vaak	21,1% N=12	-	14,3% N=1	-	7,7% N=2	-	12,8% N=15
Altijd	42,1% N=24	63,6% N=7	57,1% N=4	22,2% N=2	34,6% N=9	57,1% N=4	42,7% N=50
Totaal	N=57	N=11	N=7	N=9	N=26	N=7	N=117

* Van 2 respondenten die hulp zochten (N=119), ontbreekt deze informatie.

Bijna één op vier respondenten (N=27; 23,1% van wie ooit hulp zochten) heeft de hulpverlener(s) nooit verteld in de prostitutie werkzaam te zijn. 17,1% van wie hulp zocht, heeft dat 'soms' gecommuniceerd, en 12,8% deed dit naar eigen zeggen 'vaak'. Vijftig respondenten (42,7% van wie al hulp zochten) hebben de hulpverlener(s) 'altijd' toevertrouwd sekswerker te zijn. Intussen blijven de absolute aantallen te klein om na te gaan of de verschillen tussen prostitutiebranches, regio's of prostitutiebuurten statistisch significant zijn.

2. (Druggerelateerde) noden van sekswerkers

2.1. Andere zorgen zijn prioritair

Een doelstelling van deze studie betreft het detecteren van de belangrijkste behoeften van sekswerkers. Zowel uit de informele gesprekken met hen vóór en na de afname van de kwantitatieve vragenlijst, als uit de kwalitatieve interviews en de focusgroeps gesprekken blijkt dat druggerelateerde problemen voor de respondenten doorgaans niet de hoogste prioriteit uitmaken. Hoewel sommige vrouwen de nefaste invloed van roesmiddelengebruik wel degelijk onderkennen, is dat niet hun hoofdbekommerenis. Andere problemen zijn voor hen belangrijker.

2.1.1. Negatieve vooroordelen en stigmatisering: nood aan erkenning

Respondenten gaan in de eerste plaats gebukt onder het negatieve beeld dat de maatschappij over ze heeft. Mensen kennen het fenomeen onvoldoende en koesteren ten aanzien van sekswerkers veel *negatieve vooroordelen*.¹⁶ De sterke wens leeft dat deze studie tot een correcter beeld over sekswerk en de omvang van roesmiddelengebruik onder sekswerkers bijdraagt. Dat treedt in alle getuigenissen (de survey, de interviews én de focusgroeps gesprekken) naar voren.

“Se rendre compte que parmi les prostituées il n’y a pas que des droguées? Qu’on est des femmes avant tout.” (L014, raamsector, 38 jaar)

Het stigma dat aan activiteiten in de prostitutie kleeft, is voor velen een zware last om te dragen. Voor sommigen is het een reden om hun toevlucht tot roesmiddelen te nemen. Onder de algemene bevolking is het negatieve beeld over vrouwen die zich prostitueren nog sterker ten aanzien van wie ook roesmiddelen nemen.

“Ik vraag me af: Zouden de mensen een andere kijk op ons hebben, zouden we dan niet minder gebruiken, denk je? Is dat, zou daar geen link tussen zitten dat... Wij hebben altijd een dubbel leven zo... ge weet wel... Voor de buitenwereld moet je altijd liegen en dat komt zwaar over, ge weet wel. Dus, met dat je altijd constant liegt, blijf je altijd in dat kringetje waar je niet moet liegen... En dat dat taboe daar eens van af is.” (R002, privésector, 47 jaar)

Respondenten besteden in hun verhalen vooral aandacht aan hun probleem van *eenzaamheid* gelieerd aan het beroep. Zij trachten enerzijds hun professionele activiteiten zoveel mogelijk voor familie, vrienden en kennissen geheim te houden, uit angst om hun sociale contacten te verliezen.

¹⁶ Ook over de klanten overheerst een eenzijdig en negatief beeld, dat echter niet op alle klanten toepasbaar is. Het cliënteel van sekswerkers is even divers als het prostitutiefenomeen zelf. Mensen uit alle rangen en standen, van dokwerkers tot hooggeplaatste politici, betalen voor seksuele diensten.

“Maar de buitenwereld heeft dat nooit geweten, ik ben altijd blijven werken. [...] Mensen hebben het beeld van een alcoholist, dat dat mensen zijn die niet werken en dat zijn mensen aan de zelfkant van de maatschappij die van 's morgens tot 's avonds op café zitten.” (R004, thuisontvangst, 45 jaar)

Die voortdurende leugens en dat dubbelleven wegen zwaar door. Een belangrijk aandeel van hun leven moeten ze verborgen houden. Ook aan de voordelen uit het sekswerk gehaald, moeten zij een andere uitleg geven. Ze kunnen bij erg weinig mensen terecht met de verhalen die zich dagdagelijks op de werkvloer afspelen. Bovendien werken sommigen veel dagen en lange uren, waardoor hun sociale contacten verwateren en verloren gaan:

“Ik vind dat het grootste nadeel is dat je weinig sociaal leven hebt. [...] Dus je vermijdt ah zo de mensen een beetje, want dan gaan ze vragen beginnen stellen over uw werk en zo. Voor iemand te leren kennen, is het ook moeilijk want je moest constant liegen. [...] Maar ik, ik, ik heb geen gewone contacten niet meer met de buitenwereld. Je blijft in je kring.” (R002, privésector, 47 jaar)

“La prostituée dans l'échelle sociale, elle est juste au-dessus du clochard. [...] Mais, c'est toujours mentir. Mentir pour la drogue. Mentir pour la prostitution. Je suis tout le temps obligée de mentir. Et ça, des fois ça m'énerve. Mais on ne peut pas parler aux gens de ça.” (R005, thuisontvangst, 38 jaar)

Wie in de seksindustrie haar geld verdient, kan daarbuiten op weinig begrip rekenen, dus blijft men in hetzelfde milieu hangen. Hun sociale netwerk wordt kleiner, zodat ze op de lange duur enkel nog sekswerkers kennen.

“Zoals op school ook, als ze na het school nog iets gaan drinken, ik maak altijd dat ik direct weg ben, dat ik niet te veel contact heb, dat ik niet te veel moet uitleggen wat ik doe. Ergens voel ik mij daar altijd slecht bij. Ik heb mensen waar ik een goede band mee heb en die er niet van weten.” (R018, raamsector, 23 jaar)

De meeste respondenten houden hun beroepsactiviteiten én hun druggebruik verborgen, al kan het soms ook anders:

“Jozefien [dochter van de respondente, nvdr] weet dat. Die, in het begin was dat heel moeilijk voor haar. Maar dan achteraf zei ze ook van: ‘Mama hoeveel centen hebt ge verdiend vandaag?’ [...] Omdat ik haar dat zelf verteld heb. Ik heb haar dat zelf verteld. Waarom en hoe. Ze was toen elf. Het is nog maar pas dat ze het weet, zenne [...] En dat ik ook wil stoppen, hé. Dat weet ze ook. [...] en ze zegt dan wel: ‘ja mama, dat is heel goed. Zoekt gij u een gewone job, dan kunt ge... dan kunnen we verder.’” (R009, thuisontvangst, 37 jaar)

De verhalen van de respondenten maken duidelijk dat ze niet wakker liggen van (mogelijke) druggerelateerde problemen, maar zich de meeste zorgen maken over de sociale moeilijkheden die uit het beroep voortvloeien. Meer dan Jan Modaal zich doorgaans realiseert, wegen het maatschappelijke taboe en het stigma rond het beroep zwaar op deze mensen:

“De maatschappij is nog niet klaar. Allez ja, ze doen een amalgaam zo. Je doet dat werk dus je bent slecht.” (R002, privésector, 47 jaar)

Als sekswerkers kinderen hebben, krijgen ze ook *als moeder* negatieve reacties. Moeders zetten hun kinderen op de eerste plaats. Ze werken om hen een goede opvoeding te kunnen betalen, om hen een beter leven te kunnen geven. Kinderen zorgen er anderzijds voor dat deze sekswerkers zich te midden van de problemen die ze bij het prostitutiewerk ervaren, staande houden.

“Je m’en fous. Moi, je m’en fous de moi. Moi, je ne m’aime pas spécialement. [...] Mais il y a ma fille, ça c’est bien alors. J’ai toutes les raisons de rester.” (R006, privéhuis, 40 jaar)

De negatieve vooroordelen ten aanzien van sekswerkers oefenen overigens ook een impact uit op hun contact met officiële instanties en hulpverleners. Sekswerkers die van geweldsdelicten of *stalking* het slachtoffer worden, zijn zelden geneigd om bij de politie aangifte te doen.

“Nee, ook ergens een beetje je trots, een schaamtegevoel van: ik ben een prostituee. Je doet dat wel en je doet dat voor het geld. Maar je schaamt je daar wel ergens over. Hoe moet ik dat nu zeggen. [...] Ook al is dat niet waar, je kan dat niet bewijzen dat je hem niet uitgenodigd hebt en vermits dat je een prostituee bent, gaan ze er sowieso van uit van: ‘ja, die zal wel haar adres gegeven hebben om hem thuis te ontvangen’. Dus je krijgt sowieso een stempel. En dat weten wij allemaal, dus wat doe je? Je zwijgt gewoon. Omdat je gewoon niet wilt dat te veel mensen weten wat je doet.” (R014, privésector, 37 jaar)

Veel sekswerkers vrezen dat ze door politiediensten en andere instanties niet ernstig zullen worden genomen. Dat geldt ook ten aanzien van de professionele (drug)hulpverlening. Respondenten hoorden negatieve verhalen van anderen, of ze hebben met bepaalde hulpverleningscentra zelf minder goede ervaringen. Ze werden onheus behandeld of ze stootten op tegenstand en onbegrip voor hun werk en hun eventuele druggebruik. Veel sekswerkers hebben het gevoel dat de maatschappelijke vooroordelen ten aanzien van prostitutie ook onder hulpverleners, politiediensten en andere actoren leven. Ze zijn daarom minder geneigd om ernaartoe te stappen. In die omstandigheden is het voor hen bijzonder lastig om een kwaliteitsvolle vertrouwensrelatie met de (drug)hulpverleners uit te bouwen.

Zowel de sekswerkers zelf als de meeste deelnemers aan de focusgroepen pleiten voor meer en een betere sensibilisering omtrent en de bekendmaking van de prostitutiewereld. Het taboe rond prostitutie en de negatieve stereotypering van sekswerkers leven onder de algemene bevolking én onder allerlei actoren: politiediensten, huisartsen en (drug)hulpverleners. Sensibiliseren is evenwel een algemeen maatschappelijk verhaal waar economische en migratieaspecten in verweven zijn.

In het laatste hoofdstuk bespreken we een aantal mogelijkheden ten einde de kennis over en het begrip voor sekswerkers te vergroten en uit de taboesfeer te halen.

2.1.2. Een degelijk statuut: de nood aan betere regulering

Veel respondenten betreuren het feit dat beleidsbeslissingen, die hen rechtstreeks aanbelangen, zonder consultatie van de sector worden genomen, en daardoor ook dikwijls geen rekening houden met het welzijn van de sekswerkers. Steden en gemeenten voeren immers vaak een (politieel) beleid waar zij de dupe van zijn. Het ‘opkuisen’ van raamprostitutiewijken, openbare werkzaamheden, arrestaties van straatsekswerkers, enz. leiden tot minder zichtbare vormen van prostitutie, en creëren de indruk van willekeur en een ongelijke behandeling.

“Ou tu déplaces le bar et les filles ou tu déplaces personne.” (R012, straatsector, 33 jaar)

Sommige sekswerkers hekelen het gebrek aan een federale regulering van sekswerk. Het huidige wettelijke kader zorgt ervoor dat veel sekswerkers in een etablissement aan de welwillendheid (of de grillen) van de uitbaters en de eigenaars van de panden zijn overgeleverd. Zij moeten hun inkomsten delen, of laten inpikken, of ze krijgen hoge huurprijzen aangerekend. Sekswerkers die uit het beroep willen stappen of elders wensen te werken, krijgen hun C4 niet, tenzij ze hiervoor veel geld neertellen. Vooral Brusselse respondenten wijzen op het ‘*proxénétisme mobilier*’: de huurprijzen zijn torenhoog en wie daarover klaagt, mag represailles vanwege de eigenaar verwachten. Deze respondenten staan naar eigen zeggen met de rug tegen de muur. De panden zijn bovendien veelal onvoldoende uitgerust om op een veilige en hygiënische manier te kunnen werken. Zo ontbreken dikwijls sanitaire voorzieningen.

De meeste vrouwen die we gesproken hebben, verkiezen regulering, opdat pensioenrechten en andere sociale zekerheden kunnen worden opgebouwd. Vaak zijn sekswerkers als dienstster ingeschreven, maar ze betalen allerlei lasten en/of hoge huurprijzen, zonder dat ze rechten opbouwen of kunnen afdwingen. Door sekswerk als een reguliere vorm van arbeid te erkennen en er een degelijk statuut aan te koppelen, kunnen werkomstandigheden aan sociale rechten en voorwaarden voor veiligheid en hygiëne verbonden worden. Dat houdt niet enkel voor sekswerkers zelf, maar tevens voor de omwonenden, de buurt, de klanten en bij uitbreiding de algemene bevolking een verbetering in. Bovendien kunnen ook de betalingsvoorwaarden en de huurprijzen aan banden worden gelegd, opdat financiële uitbuiting en huisjesmelkerij op dit niveau worden teruggedrongen.

Veel participanten dringen er op aan dat er van overheidswege op zijn minst een duidelijk standpunt aangaande sekswerk wordt ingenomen. Het uitklaren van de wettelijk dubieuze situatie en de hieruit voortvloeiende onzekerheid betekenen voor vele sekswerkers een stap in de goede richting.

Andere behoeften, zoals het regelen van onderdak, eten en een uitkering, zijn nog belangrijker.

2.2. Druggerelateerde problemen

Dat andere problemen voor sekswerkers, zoals de negatieve vooroordelen, het gebrek aan een degelijk arbeidsstatuut en het sociale isolement, prangender zijn, betekent niet dat zij met middelengebruik geen problemen (kunnen) ervaren. Roesmiddelengebruik onder sekswerkers komt wel degelijk voor, al betreft het een minderheid. Bovendien houdt het roesmiddelengebruik niet altijd verband met het sekswerk. Gebruik is overigens niet hetzelfde als overmatig of *problematisch* gebruik, al bestaat dat laatste natuurlijk wel.

“À l’hôpital on est considérées comme de la crasse quand on dit qu’on travaille en bar. On sent de la froideur, l’égard change, voire on se fait traiter de folle!” (F024, bar/raamsector, 28 jaar)

Respondenten die (intensief) gebruiken, kampen met verschillende *fysieke klachten*: ontstoken injectieplaatsen, bloedneuzen (van het snuiven), ademhalingsproblemen (van het ‘chinezen’), ... Heroïnegebruikers vertellen vaak dat ze het middel nodig hebben om te kunnen functioneren. De fysieke ontwenning is dermate dat velen blijven gebruiken om haar tegen te gaan.

“Als je niets gebruikt, ben je ziek, hé. Dus je hebt dat eigenlijk wel nodig, hé. [...] Normaal moet je daar stoned van zijn en ik voel dat niet. Ik voel niets meer bij de bruine [heroïne, nvdr]. Ik kan functioneren maar daar blijft het dan ook bij.” (R022, straatsector, 30 jaar)

Sommige sekswerkers ondervinden ernstige gezondheidsproblemen, maar ondernemen geen actie:

“Je fume excessivement beaucoup [cannabis, nvdr] que même ma pneumologue m’a dit : ‘est-ce possible de fumer comme ça ?’ [...] Non, j’exagère, c’est vrai. [...] Donc, je suis très fortement asthmatique, je fume quand même.” (R006, privéhuis, 40 jaar)

In sommige gevallen heeft dit te maken met een beperkte kennis over de (langtermijn)gevolgen van bepaalde ziekten. Anderen willen vooral in het heden leven, en weigeren stil te staan bij de risico’s op langere termijn, in de toekomst. Zolang de problemen niet acuut zijn, doen ze niks. Bovendien houdt een medische behandeling ook kosten in en voor sommigen zijn deze kosten te hoog.

“J’ai eu l’hépatite C. C’est à cause de la coke ça. J’ai shooté après un copain à moi. [...] Je ne la soigne pas. [...] je ne la sens pas. Ça fait 2 ans, 3 ans que je l’ai. Ça me dérange pas.” (R008, straatsector, 28 jaar)

Intensief roesmiddelengebruik kan een aantal *psychische problemen* veroorzaken, maar die kwamen minder ter sprake. Voor sommigen wegen de psychologische gevolgen zwaarder door dan de fysieke of sociale muizenissen:

“Mais la première chose c’est vrai que c’était psychologique et puis la santé. Et puis le reste vient tout seul. Vous avez un bon moral. [...] Un esprit sain dans un corps sain. Donc une fois que vous avez le bon esprit, ben ça va, tout le reste va tout seul.” (R024, clubsector, 25 jaar)

Vooral met betrekking tot het sekswerk zelf worden de psychologische effecten van het roesmiddelengebruik als erg negatief ervaren. Verschillende respondenten wijzen er bijv. op dat ze na het gebruik van cocaïne paranoïde gevoelens ontwikkelden, wat op het sekswerk een negatief effect had:

“Want op de duur kunt ge, begin je paranoia te worden. Je begint te denken dat die klanten je gaan afmaken en... ge begint te flippen, echt.” (R009, thuisontvangst, 37 jaar)

Anderen vertellen dan weer over andere psychische problemen, zoals depressie, slapeloosheid, burn-out en verminderde concentratie:

“Ge takelt af, ge geraakt volledig euh... Ja, ik voel mij al veel... Mentaal ben ik heel veel dingen kwijt. Mijn concentratievermogen is afgenomen.” (R023, straatsector, 33 jaar)

Ook de *sociale gevolgen* van overmatig middelengebruik vormen een belangrijk aandachtspunt. Zoals het sociale netwerk van veel sekswerkers zich naderhand verengt tot een kring van collega-sekswerkers, trekken intensieve gebruikers na verloop van tijd alleen nog met andere gebruikers op.

“En op de duur begint ge al uw familieleden, al uw dierbaren die rondom u staan, die begint ge zo af te sluiten. Ge begint in uw eigen wereldje te komen. [...] Bepaalde vrienden laat ge binnen en bepaalde vrienden niet. En diegenen die cocaïne binnenbrengen, die laat ge binnen. En de rest die laat ge buiten. Maar dat zijn de juiste vrienden niet hé.” (R009, thuisontvangst, 37 jaar)

Dat is niet slechts het gevolg van een bewuste keuze; niet-gebruikende sekswerkers sluiten de druggebruikenden vaak uit.

“Ja, er waren rotte appels, om het zo te zeggen. Die gebruikten meestal cocaïne of gewoon drugs.” (R001, clubsector, 30 jaar)

Hun sociale netwerk wordt kleiner. Op de lange duur gaan de gesprekken alleen nog over het gebruik. Tegelijkertijd ervaren sekswerkers het gebruikersmilieu niet als een sociaal vangnet: ze rekenen onderling niet op een helpende hand of een luisterend oor.

“In dat wereldje sta je er helemaal alleen voor.” (R022, straatsector, 30 jaar)

Drugproblemen worden nogal eens automatisch aan illegale roesmiddelen gelieerd. Sommige respondenten ervaren vooral problemen met legale producten, zoals tabak of alcohol:

“Allez, eerlijk gezegd, ik ga meer moeite hebben met de drank... dat is zo een gewoonte van, je komt thuis en je wilt ontspannen. Van dat ben ik banger. [...] en dan ga je een beetje drinken van eenzaamheid ook. [...] maar ik ga nu weer gaan sporten, dan ben ik meer ontspannen. Ik ga niet zat naar mijn bed, hé, maar toch regelmatig... het is te veel [...] volgens mijn ding dan.[...] Maar de drank, ik moet eraan denken en zeggen: ‘nee, vanavond niet’. Dat is het verschil dat ik met de coke, allez, met de coke moet ik niet zeggen: ‘ah, vanavond pak ik niets’.” (R002, privésector, 47 jaar)

In de *barsector* bijvoorbeeld worden (soms in combinatie met cocaïne of andere roesmiddelen) soms enorme hoeveelheden alcohol geconsumeerd. Alcohol is in deze sector “a *part of the job*” en een algemeen maatschappelijk aanvaard roesmiddel. Negatieve gevolgen van overmatig gebruik worden ontkend; men is er zich soms niet eens bewust van. Zelfs als men er zich rekenschap van geeft en uitdrukkelijk aangeeft met het gebruiksrhythme op de werkplek problemen te ervaren, wordt het gebruik niet altijd aangepakt. De problemen zijn – zo redeneren verschillende sekswerkers – immers tijdelijk van aard en zullen overgaan als ze met het prostitutiewerk stoppen (dan zullen ze ook met het roesmiddelengebruik ophouden).

Ook respondenten uit *andere sectoren* beschouwen gezondheidsproblemen ten gevolge van roesmiddelengebruik niet als hun belangrijkste bekommernis. Zolang het normale functioneren in het dagdagelijkse leven niet verhinderd wordt, worden moeilijkheden ten gevolge van roesmiddelengebruik erbij genomen.

“Maar als je nog altijd goed blijft functioneren, is dat niet zo erg, hé.” (R004, thuisontvangst, 45 jaar)

2.3. Zelfregulering en persoonlijke strategieën

Als sekswerkers ten gevolge van hun middelengebruik problemen ondervinden, stappen ze niet noodzakelijk naar de professionele (drug)hulpverlening. Dat kan te maken hebben met het maatschappelijke klimaat en de negatieve vooroordelen, die we hierboven aanhaalden. Ook met tal van andere barrières die we verder in dit hoofdstuk beschrijven. Het gebeurt dat deze mensen wél iets ondernemen, al komt dat er niet altijd op neer dat zij met middelengebruik stoppen. Sommigen verminderen de frequentie of de hoeveelheid van gebruik; anderen stoppen met bepaalde middelen en blijven andere producten gebruiken:

“Puis j’ai attrapé un ulcère à l’estomac. Donc la boisson : fini !” (R024, clubsector, 25 jaar)

Nog een strategie betreft het overschakelen naar andere roesmiddelen of andere manieren van gebruik, die als minder schadelijk worden bestempeld:

“J’en avais marre. Parce que je voyais mes dents qui devenaient toutes noires. J’étais de plus en plus arrangée au niveau de la gorge. Donc je me suis dit : ‘La fumette, il faut que j’arrête’.” (R020, privésector, 34 jaar)

“J’ai une hernie discale. J’ai une scoliose, de l’arthrose dans le dos. À cause de toutes mes couillonnades. Et j’ai attrapé une... C’est une bronchite chronique et de l’asthme. Juste à cause de la cocaïne. Je n’avais rien. J’étais en plein, plein, ... j’étais en bonne santé [...] Au niveau du nez, j’ai dû me faire opérer parce que j’avais plus de cloison nasale. [...] Mais après ça, j’avais ça, donc j’ai trouvé la solution; c’est de la fumer.” (R024, clubsector, 25 jaar)

Kinderen plegen een motivatie te betekenen om het gebruik onder controle te houden of stappen naar abstinentie te ondernemen. Andere moeders die intensief gebruiken en eventueel het hoederecht verloren hebben, zien het terugwinnen van dit recht als een motivatie om met hun gebruik te stoppen.

“Walter [zoon van de respondente, nvdr] zei: ‘Ik wil wel dat mijn kinderen een oma hebben’. Ik zei: ‘Ja Walter, dat is waar’. Ik zeg: ‘Mama gaat stoppen’.” (R002, privésector, 47 jaar)

“Maar op de eerste plaats, allez, ik heb een goed contact met mijn dochter, maar ik bedoel... [...] Op termijn gewoon misschien drie keer of zo bij mij...” (R023, straatsector, 33 jaar)

Er zijn respondenten die voor hun druggebruik nooit hulp zochten, maar zélf stopten, zonder enige professionele interventie.

“Je suis fière de ma force de caractère. Quand je dis stop, c'est stop. J'ai arrêté l'ecstasy, la cocaïne, le speed sans aide médicale.” (F025, bar/raamsector, 29 jaar)

Anderen vonden hulp bij familie. Overigens wil niet iedereen die hulp zoekt, per definitie *stoppen* met gebruik. Als iemand alsnog naar een professionele hulpverlener of gespecialiseerd centrum stapt, kan dat met uiteenlopende persoonlijke doelen zijn: sommigen betrachten volledige abstinentie, anderen willen de controle over hun gebruik herwinnen. Weer anderen willen met bepaalde middelen ophouden, maar niet met andere, en nog anderen willen vooral de nadelen van middelengebruik reduceren.

“Pour ma méthadone. J'en ai marre d'acheter en rue et de pas savoir quelle dose je dois prendre. Peur d'en prendre trop, ou alors j'en ai pas assez.” (R019, straatsector, 32 jaar)

3. De stap naar de (drug)hulpverlening

3.1. Een gebrek aan motivatie

Sommige respondenten zijn onvoldoende gemotiveerd om iets aan hun gebruik te veranderen. Ze beseffen dat ze hun gebruik niet meer onder controle hebben, wat op verschillende levensdomeinen sporen nalaat. Ondanks het feit dat ze op fysiek, psychologisch of sociaal vlak nadelen van het gebruik ondervinden, zetten ze de stap naar de hulpverlening (nog) niet, omdat andere problemen belangrijker zijn.

“Dikwijls gehad. Ik wil stoppen en ik wil een ander leven. Dat moet hier veranderen. Maar je hebt de kracht niet.” (R009, thuisontvangst, 37 jaar)

Soms ondervinden sekswerkers ernstige gezondheidsproblemen, maar formuleren zij geen expliciete hulpvraag. Ze zijn zich van de ernst van het probleem niet bewust, of minimaliseren de nadelen. Soms

is hun kennis van de risico's verbonden aan het gebruik van bepaalde producten en specifieke gebruikswijzen gebrekkig en zelfs foutief.

Geïmmigreerde sekswerkers, die geen landstaal machtig zijn, blijken nogal eens geheel onwetend en onvoldoende geïnformeerd inzake gevaren en risico's van het sekswerk enerzijds en het roesmiddelengebruik anderzijds. Deze vrouwen zijn bovendien bevreesd dat ze naar het land van herkomst zullen worden teruggestuurd. Hierdoor vermijden ze het contact met allerlei instanties en bijgevolg ook met de (drug)hulpverlening. Klanten zouden van deze extra kwetsbaarheid misbruik durven te maken. Sensibiliserings- en informatiecampagnes mogen niet alleen sekswerkers als doelpubliek beogen. Ook de uitbaters van etablissementen spelen een rol bij een degelijke voorlichting. Specifieke campagnes naar hen toe vormen een waardevolle denkpiste.

Het komt voor dat sekswerkers doelbewust níet met het gebruik willen stoppen, omdat het ze in staat stelt de harde realiteit periodiek te ontvluchten.

“Il n’y a plus rien dans la tête, je suis libre, je crois être un oiseau [...] Je suis bien, les problèmes sont jamais des problèmes, jamais des problèmes si je prends la coke... [...] Il faut même pas parler d’arrêter ou de diminuer, c’est un truc... non, je ne vois pas ma vie à jeun. Je ne vois pas ça... non. [...] Je prends mes médicaments et les drogues, je ne veux pas arrêter. Non, non, non, ...”
(R017, straatsector, 41 jaar)

Welk nadelig druggebruik op fysiek, psychologisch of sociaal vlak de aanleiding vormt om hulp te zoeken, verschilt van individu tot individu. Voor enkele respondenten vormde een acuut gezondheidsprobleem uiteindelijk de start van een hulpverleningstraject.

“Quand vous vous réveillez à l’hôpital, que vous avez des machines branchées partout, des tuyaux partout, là, vous réfléchissez.” (R024, clubsector, 25 jaar)

Nog anderen worden door familie, vrienden of buitenstaanders naar de hulpverlening geleid, bijv. naar aanleiding van een escalerend gezondheidsprobleem.

“Mijn moeder, die kwam ‘s morgens de oudste dan ophalen voor het school en zo en ik wou niet dat die binnenkwam en zo. En op de duur, ja, die zag dat ook aan mij hé. [...] Dan heeft ze gezegd: ik bel de dokter op. En dan, die hebben mij naar het ziekenhuis laten gaan en de ambulance opgebeld en hup.” (R009, thuisontvangst, 37 jaar)

Een kleine groep van kwetsbare, gebruikende *straatsekswerkers* klopt bij de hulpverlening pas aan als de nood het hoogst is, zoals bij een ongewenste zwangerschap. Een heleboel vrouwen zit in een vicieuze cirkel van druggebruik en sekswerk. Er blijft geen tijd over om voor zichzelf te zorgen of om stappen te ondernemen om orde op zaken te stellen.

“Je ne quittais plus ma bouteille [crack, nvdr] [...] Je ne foutais plus rien. Boulot, dodo, fumer, boulot, dodo, fumer. Alors, l’hygiène, tu laisses tout traîner. Il fait de plus en plus dégueulasse [...] En fait, finalement, je ne faisais plus ma lessive.” (R003, clubsector, 39 jaar)

Deze vrouwen gaan stevast terug naar hun “vriend” of dealer, waardoor ze onvermijdelijk in hetzelfde gebruik- en werkritme blijven hangen. Een resolute breuk met deze personen zou een goede stap kunnen betekenen, maar dikwijls zijn het hun enige emotionele relaties. We merken nog op dat straatprostituees in deze studie wél vaker naar de hulpverlening stappen, dan sekswerkers in andere, meer verborgen sectoren. Het probleem van de gebrekkige motivatie om naar de hulpverlening te stappen, kan dus in andere branches nog groter zijn.

Komt een gebruiker plots wél in een acute noodsituatie terecht, vormt zo’n ‘rock bottom’-ervaring dan de aanzet voor actie. Ernstige of aanhoudende problemen die storen, kunnen gedragsverandering veroorzaken:

“Maar ik ben dan ook eigenlijk voor mezelf ook willen stoppen omdat ik daar last van had, ik had hoestbuien en ... Allez ja, problemen aan mijn longen zelfs. [...] En ik ben daarna ook terughervallen tot als ik eigenlijk euhm...in '98 echt wel echt last had, dat ik zo eigenlijk hoestbuien met veel euhm... ja, slijmen en zo en dat ik eigenlijk zei... en ik had ook ademnood, dat ik wel eigenlijk zei van toen als ik rookte dat ik zei van: 'ik moet stoppen met mezelf te versmachten eigenlijk'.”
(R004, thuisontvangst, 45 jaar)

Soms zetten sekswerkers onder impuls van anderen de stap naar de hulpverlening, al formuleren ze zelf geen uitgesproken hulpvraag.

“Het is dankzij hun dat ik verder gegaan ben. Dat ik naar het ziekenhuis gegaan ben en zo. Ik heb mij laten behandelen. Die zagen mij aftakelen gewoon. Zienderogen, elke dag meer en meer.”
(R009, thuisontvangst, 37 jaar)

“Il faut le vouloir aussi. Mais c'est tout à fait possible.” (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

Voor de hulpverleners blijft het zoeken naar het moment waarop een sekswerker ontvankelijk is voor gezondheidsbevorderende boodschappen, en een bruikbaar aanknopingspunt om een gesprek aan te gaan. Als sekswerkers hulp komen zoeken, is het van belang om preventieve en curatieve zorg op diverse domeinen aan te bieden.

Uit één van onze focusgroepsdiscussies bleek dat straatsekswerkers wellicht méér ontvankelijk zijn voor een discours rond fysieke veiligheid en een preventieboodschap rond agressie. In diverse interviews en focusgroepen raakte ook duidelijk dat het lichamelijke aspect en het uiterlijk van de sekswerker bijzonder belangrijk zijn. Sommige vrouwen verminderen hun alcoholgebruik spontaan, of brengen het in ieder geval ter sprake bij de (drug)hulpverlener, als ze merken dat hun gewicht toeneemt. Worden ze zwanger, dan is dat vaak een keerpunt in de gebruikscarrière:

“J'étais enceinte donc je n'ai pas touché à rien.” (R005, thuisontvangst, 38 jaar)

“Pourtant pendant ma grossesse, je n'ai rien pris. [...] Pendant la grossesse on peut le prendre plus sérieux.” (R012, straatsector, 33 jaar)

Sekswerkers willen doorgaans bewaken dat ze goed voor de dag komen, wat een belangrijke insteek kan zijn voor gezondheidsbevorderende boodschappen en drugpreventie.

3.2. Kennis van de hulpverlening

Wie in verband met zijn/haar gebruik professionele hulp zoekt, moet kennis hebben van de mogelijkheden inzake drugshulpverlening. Onder gebruikers is door de band wel geweten waar men terecht kan. Gebruikers wijzen elkaar trouwens vaak de weg naar bepaalde centra of verslavingsartsen.

“Un type qui consommait aussi, qui achetait au même dealer qui moi, qui m’avait parlé de ça.”
(R016, thuisontvangst, 42 jaar)

Bovendien doen verschillende organisaties aan *outreach*-werk en sluit het straathoekwerk bij de levensstijl van gebruikende straatsekswerkers aan. De ambulante drugshulpcentra zijn relatief laagdrempelig en toegankelijk.

“Ceux qui passent, ils vous donnent carrément des seringues et tout ça [...] Si vous leur dites que vous voulez vous en sortir, je suis sûre et certaine, ils vous laissent pas comme ça.” (R024, clubsector, 25 jaar)

Veel commentatoren in de focusgroepen zijn van mening dat gebruikende straatsekswerkers de sociale kaart goed kennen en – als ze dat willen - de weg naar de hulpverlening weten te vinden. Toch zoeken sommigen de hulpverlening niét op. Ze vermijden het contact met andere sekswerkers en worden door hulpverleners niet bereikt. Andere sekswerkers blijven in dezelfde buurt rondhangen: ze werken, slapen en gebruiken binnen dezelfde kleine periméter en kennen alleen die beperkte omgeving. Wat zich daarbuiten afspeelt, is onbekend terrein. Zij vinden bijgevolg niet de weg naar verder afgelegen zorgstructuren.

De (drug)hulpverlening bereikt minder respondenten uit de andere sekswerksectoren, vanwege hun verborgen karakter. Sekswerkers uit die sectoren kennen het aanbod bijgevolg minder goed en vinden het niet zo makkelijk om (in verband met roesmiddelengebruik) hulp te zoeken. In de sectoren waar binnenshuis wordt gewerkt, spelen collega’s en uitbaters een niet te onderschatten rol. In sommige etablissementen dragen zij zorg en verantwoordelijkheid voor elkaar, doch niet overal. Ze geven elkaar raad en bruikbare tips, en kunnen – voor zover ze zelf van hulpverleningsmogelijkheden op de hoogte zijn – mensen doorsturen. Vrouwen die alleen werken en leven, vinden de weg naar de hulpverlening minder vlot.

Een accurate kennis van de voorhanden zijnde zorgstructuren hangt ogenschijnlijk samen met de leeftijd. Respondenten suggereren dat jongeren de weg naar de drugshulpverlening makkelijker vinden dan oudere sekswerkers. Bij die laatsten gaat het overigens vaker om alcoholgebruik. Kortstondige informatiecampagnes over de bestaande diensten genereren enkel tijdelijk effecten. Respondenten

beschikken vaak over gedateerde informatie, maar weten niet of bepaalde instanties vandaag nog bestaan.

“J’avais téléphoné à Infor-drogues [Franstalige telefoonlijn voor alle vragen in verband met drugs, nvdr] et j’avais demandé la liste de m’envoyer la liste des centres. Des centres de désintoxication et ils m’ont envoyé la liste quoi. [...] Comme il y a maintenant dans les métros et tout. [...] à l’époque ça c’était quand même un numéro qui revenait partout. Dans tous les journaux euh... dans le Vlan [gratis zoekertjeskrantje, nvdr], dans les abris-bus, dans les arrêts de métro. Et ça, c’est fini hein, on ne les voit plus. Je ne sais pas s’ils existent encore.” (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

Oudere sekswerkers en sekswerkers in de meer verborgen branches, zoals in privéhuizen en champagnebars, blijken nogal eens minder goed geïnformeerd en weten niet waar ze met hun vragen terecht kunnen. Het lijkt bijgevolg aangewezen om de managers en uitbaters van prostitutie-etablisementen als een bijkomende doelgroep voor informatiecampagnes te beschouwen. Zij kunnen continu informatie over drugs en drugshulpverleningscentra aan sekswerkers doorspelen.

Niet enkel de drugshulpverleningcentra zijn onvoldoende gekend, ook de organisaties die met de werkgerelateerde problemen werken, zijn niet altijd gekend. Dat deze organisaties niet alle sekswerkers bereiken, valt – volgens respondenten én deelnemers aan de focusgroepen - te wijten aan een personeelsgebrek en een tekort aan middelen. Daardoor kunnen in andere buurten waar ook sekswerkers actief zijn, geen bijkomende antennes worden opgericht. Het aanbod van deze organisaties kan nochtans op veel waardering van de sekswerkers rekenen.

Veel prostitutieorganisaties maken thans ook van het internet gebruik om op de populatie van sekswerkers zicht te blijven houden. Anderzijds gebruiken sekswerkers het internet ook vaak om klanten te ronselen en om informatie op te delven, bijvoorbeeld inzake drugs. Het internet is immers voor een groot deel van de bevolking een belangrijke bron van informatie.

“J’ai fait des recherches sur le net, pour voir comment on pouvait arrêter etcetera. Et comme ça, j’ai découvert que le crack et la coke en fait, c’était la même chose » (R020, privésector, 34 jaar)

Hoewel er veel goede informatieve sites zijn, rijden respondenten zich vaak verloren in het overaanbod aan informatie. Over de risico’s van de zogenaamde *hard* drugs is doorgaans makkelijker informatie te vinden. Informatie over cannabis en *legale* middelen, zoals alcohol en geneesmiddelen, is dan weer minder beschikbaar. Omdat het internet ontegensprekelijk een belangrijk medium uitmaakt, dat veel mogelijkheden biedt, zeker voor de doelgroep van sekswerkers, is het nuttig om via de sites van prostitutieorganisaties basisinformatie over roesmiddelen (en het effect op sekswerk) beschikbaar te stellen, en/of links te construeren naar de websites van preventiecentra en drugshulpverleningsorganisaties. Echter, men mag er niet van uitgaan dat iedereen via het internet de weg naar de hulpverlening weet te vinden. Immers, niet iedereen heeft (regelmatig of makkelijk) toegang tot het internet.

Voornamelijk tijdens de focusgroepsgesprekken is gepleit voor het opzetten van een *inloop- of medisch centrum in de prostitutiebuurten*. Naast medische zorgen (vaccinaties, gynaecologische onderzoeken, ..) kunnen vrouwen in een dergelijk initiatief psychosociale ondersteuning krijgen en naar andere instanties correct doorverwezen worden. Hierbij aansluitend suggereerden enkele respondenten en deelnemers aan focusgroepen dat een *verplichte, medische check-up* op geregelde tijdstippen de prostitutiesector ten goede zou komen. Sommigen pleiten ook voor het invoeren van een certificaat van goede gezondheid. Sekswerkers hanteren wel eens onveilige technieken waardoor ze de gezondheid van andere sekswerkers, klanten en de rest van de algemene bevolking in het gedrang mee brengen.

3.3. Barrières

Dat een aantal sekswerkers geen beroep op professionele hulpverleners doen, heeft niet slechts te maken met het feit dat zij het aanbod niet kennen. In verhalen van de sekswerkers duiken tal van barrières op.

3.3.1. De rol van politie

Sekswerkers uit alle sectoren komen in aanraking met de politie. Zij controleert geregeld de identiteit en de werkvergunning van sekswerkers, en probeert na te gaan of zij vrijwillig in de seksbusiness werken. De politie patrouilleert ook vaak in gekende prostitutiebuurten met het oog op de openbare orde en veiligheid.¹⁷ Verschillende respondenten vinden dat de politie dat werk goed doet. Zij geeft de sekswerkers het gevoel dat er controle is én dat ze er is, mochten zij in de problemen raken.

“Die kwamen gewoon controleren of dat je dat werk doet, of dat je dat werk vrijwillig doet, of dat je niet met illegaal personeel werkt [...] en of dat je dus met alles in regel bent. [...] Maar ze zijn er ook voor u te helpen [...] en dat vond ik dan wel positief eigenlijk.” (R004, thuisontvangst, 45 jaar)

Anderzijds boezemt de registratie van sekswerkers door de politiediensten als dienst/sexwerker velen angst in. Zij vrezen dat hun kansen op de reguliere arbeidsmarkt hierdoor in het gedrang komen. Voor sommige sekswerkers geldt de grootste angst dat hun activiteiten op het bewijs van goed gedrag en zeden vermeld raken, met negatieve gevolgen ten aanzien van hun kansen op de reguliere arbeidsmarkt.

“Vanaf dat je ingeschreven bent in een club, staat dat op uw strafblad; soms heb je een blanco strafblad nodig voor aan werk te geraken. Hoe moet je gaan verklaren aan uw vrienden en familie

¹⁷ We merken op dat veel Brusselse sekswerkers spontaan rapporteren dat in de Brusselse prostitutiebuurten weinig politiepatrouilles gebeuren, zodat de prostituees zich makkelijker onveilig voelen.

waarom je die job niet hebt? Wij dachten ook aan adoptie. Waarschijnlijk gaat dat niet doorgaan daardoor.” (R001, clubsector, 30 jaar)

Andere vrouwen zijn niet te spreken over het politieoptreden in hun buurt. Straatsekswerkers klagen vaker over hun willekeurige optreden. Zij hebben de indruk dat de ene sekswerker eerder dan een andere opgepakt wordt, of dat bepaalde agenten sekswerkers pesten en provoceren.

“Dat de politie meer eenlijnig moet zijn en niet: ‘die wel en die niet’. [...] Dat is een beetje profiteren van hun, hoe noemen ze het, hun niveau.” (R022, straatsector, 30 jaar)

In de Antwerpse en Luikse straatprostitutiebuurten treedt de politie volgens respondenten tegen de straatsekswerkers streng op. Zo verschuift de scène zich steeds meer ‘ondergronds’. Het repressieve beleid, dat met indrukwekkend machtsvertoon gepaard gaat, heeft ook een impact op klanten en omstanders. Dergelijke aanpak bestendigt het negatieve beeld over sekswerk en leidt tot meer maatschappelijke uitsluiting. Het fenomeen verdwijnt ondergronds, wat op zijn beurt een negatieve impact op het welzijn en de gezondheid van deze sekswerkers uitoefent.

Zo een politieel optreden vormt bovendien een extra barrière om hulpbehoevende (straat)sekswerkers naar de hulpverlening te oriënteren. Mediagenieke en ‘zichtbare’ acties in gekende straatprostitutiebuurten bemoeilijken de *outreach*-activiteiten. Hulpverleners leggen minder makkelijk contact met de doelgroep. Verschillende deelnemers pleiten daarom voor het organiseren van sensibiliserende workshops voor ambtenaren van politie en justitie. Die moeten leiden tot minder willekeur en minder pesterijen vanwege individuele ambtenaren. Op die manier wordt de impact van politieel acties op *outreach*- en preventiewerk gereduceerd.

De samenwerking tussen politie en hulpverlening verloopt daarenboven niet altijd vlot. Er zou meer doorverwijzing mogelijk gemaakt moeten worden, zonder dat het beroepsgeheim onder druk komt te staan. Desondanks pleit men aan beide zijden voor een complementaire werking waarbij de nodige informatie wordt uitgewisseld. Politieagenten rapporteren dat doorverwijzing niet altijd mogelijk is; de toegang tot en de openingstijden van de hulpverlening staan een vlotte doorverwijzing op elk mogelijk moment van de dag (en nacht) in de weg. Een noodnummer en de uitbreiding van de permanentieuren waarop een hulpverlener bereikt kan worden, zouden dit knelpunt oplossen.

3.3.2. De rol van de huisarts

Aangezien veel respondenten in eerste instantie bij hun huisarts te rade gaan, speelt hij/zij een belangrijke rol in het zorgtraject. De ervaringen van sekswerkers met hun huisarts zijn evenwel niet onverdeeld positief. Velen zijn bang dat ze door de huisarts niet ernstig worden genomen. Zij (of collega's) hebben negatieve ervaringen, werden onheus behandeld of stotten op tegenstand en onbegrip voor

hun werk en eventueel gebruik. Veel deelnemers aan de focusgroepen noemen het ontbreken van een vertrouwensband met de huisarts verontrustend. Als sekswerkers niet open en eerlijk over hun beroepsactiviteiten en/of hun roesmiddelengebruik kunnen vertellen, kan de zorgverstrekking nooit adequaat gebeuren. Dat slaat ook op de screening op SOI's. Als patiënten zich niet openlijk durven te verantwoorden waarom ze zo vaak op SOI's gescreend willen worden, gebeurt de screening te weinig frequent. Prostitutie-organisaties bieden zulke testen aan, maar beschikken over onvoldoende middelen om dat, zoals het hoort, op geregelde tijdstippen te doen. Bovendien komen vrouwen na hun werkuren liever niet naar een organisatie die –alweer- met hun beroepsactiviteiten te maken heeft. Ze dagen niet op de afspraak op. Er is nood aan bijkomende opleiding en training van artsen (en andere zorgverstrekkers) omtrent het omgaan met (poli)druggebruikende cliënten met een chaotische levensstijl. De kennis over en het begrip voor sekswerkers bij artsen moet dringend vergroten.

Verscheidene respondenten wijzen erop dat bepaalde artsen gemakkelijk medicatie voorschrijven of op vraag van de patiënt dosissen verhogen. Dit wordt door de patiënten niet altijd gewaardeerd.

“Il donne tout ce que tu veux: des somnifères, des relaxants, des antidépresseurs. [...] J'ai eu mon sevrage là-bas au moment de ma grossesse. J'ai voulu augmenter mon dosage de méthadone, ben il l'augmentait. Si je voulais le diminuer, il le diminuait. C'est le médecin qui prend la décision, je suis désolée. S'il décide de descendre de tels milligrammes, maintenant on descend autant. Ce n'est pas le patient qui explique!” (R012, straatsector, 33 jaar)

“Mon médecin traitant m'a beaucoup dopée aux antidépresseurs. [...] Je lui ai dit : 'Attendez docteur, là, il y a un problème. Moi, j'essaie de me retirer de la drogue et vous me remettez encore plus à la drogue. Ça ne va pas du tout'.” (R003, clubsector, 39 jaar)

Het voorschrijfgedrag van artsen is ontegensprekelijk een kwestie van vraag en aanbod. Enerzijds zijn patiënten zich onvoldoende bewust van de risico's van medicatie op voorschrift, anderzijds wordt door sommige artsen te gemakkelijk op dergelijke medicatie teruggevallen. Medicatiegebruik en het voorschrijven van medicatie behoeven blijvende aandacht. Een huisarts is een belangrijke figuur in het behandelingstraject – ook van sekswerkers. Hij/zij is een eerste aanspreekpunt bij tal van gezondheidskwalen. Het ontbreken van een vertrouwensrelatie kan gecounterd worden door een beter bewustzijn van de huisartsen en een grotere openheid bij de sekswerker. Huisartsen vormen een specifieke doelgroep voor het informeren en sensibiliseren.

Zeker als een medicamenteuze behandeling wordt opgestart, is het belangrijk dat de arts de patiënt voldoende inlicht over de neveneffecten, de termijn en de wijze waarop het geneesmiddel moet worden ingenomen, etc. Sommige artsen verstrekken niet alle nuttige informatie, waardoor medicamenteuze behandelingen verkeerd verlopen. Als respondenten op slinkse wijze voorschriftplichtige geneesmiddelen bemachtigen – op de zwarte markt, via een familielid of vrienden, proberen ze soms zélf - zonder professionele ondersteuning - een substitutie- of detoxificatiekuur te starten.

“Wij hebben Antabus® [disulfiram is een medicament dat wordt gebruikt bij de behandeling van (chronisch) alcoholisme. Het zorgt er voor dat de patiënt bij alcoholiname geconfronteerd wordt

met onaangename effecten zoals onwel worden, zich doodziek voelen, braken, hoofdpijn, versnelde hartslag, transpiratie, rood aanlopen, etc. Disulfiram wordt onder andere op de markt gebracht onder de naam Refusal[®] en Antabus[®], nvdrl] *toch een paar maanden gebruikt. Maar ja, wij konden ons dan uiteindelijk toch niet... euhm... de combinatie niet laten en daarmee hebben we dan ook gezegd van: 'dat is eigenlijk gevaarlijk, we doen dat niet meer'.*" (R004, thuisontvangst, 45 jaar)

"Je suis en traitement méthadone. [...] J'ai jamais été en cure, ni dans un centre, j'ai toujours... [...] Donc des médicaments, des trucs de substitution... [...] J'achetais la méthadone en rue moi. [...] J'ai pris un traitement de Xanax[®] [merknaam voor alprazolam, een kortwerkend geneesmiddel, behorend tot de benzodiazepinen. De voornaamste toepassing is bij de behandeling van angststoornissen en soms ter ondersteuning van de behandeling van depressie, nvdrl]. [...] Je les achète en rue. [...]] Mais j'achète tout en rue. Je n'ai pas les traitements à la pharmacie. [...] Je connais beaucoup de gens, des toxicomanes, beaucoup, donc qui font leur business comme ça." (R019, straatsector, 32 jaar)

Er zijn huisartsen die bovendien hun machtspositie misbruiken en extra geld aanrekenen voor het voorschrijven van (substitutie)medicatie. Respondenten zeggen overigens dat sommige huisartsen zich *in natura* laten betalen, als ze weten dat hun patiënte aan sekswerk doet.

3.3.3. Tekort aan opvangplaatsen en wachtlijsten

Volgens sommigen zijn er bovendien onvoldoende centra en onvoldoende middelen om aan de vraag tegemoet te komen. Er wordt uitdrukkelijk gewezen op de lange wachtlijsten, die demotiverend werken op wie hulp zoeken.

"J'étais motivée à ce moment-là. Vous savez comment ça va hein. Quand on veut, il ne faut pas attendre 3 semaines, parce que sinon c'est fini hein." (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

Het is belangrijk om daarbij een onderscheid te maken tussen werkelijke wachtlijsten, die zorgen dat cliënten noodgedwongen lang moeten wachten vóór ze geholpen *kunnen* worden, en 'wachtperiodes', waarbij potentiële cliënten het bewijs van voldoende motivatie moeten leveren vooraleer ze daadwerkelijk tot een behandelingsprogramma worden toegelaten. Die laatste worden door sommige centra doelbewust ingelast.

"Mais j'ai tellement insisté. Je téléphonais 3 fois par jour et je leur envoyais une lettre tous les jours: 'je veux, je veux, je veux'. Pour finir, 6 ou 7 jours après, ils m'ont téléphoné: 'allez oui, maintenant il y a une place'. Mais ça marche aussi à la motivation." (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

Respondenten én deelnemers aan de focusgroepen zijn het eens dat er hoe dan ook onvoldoende plaatsen beschikbaar zijn. Dat geldt ook voor opvangcentra voor slachtoffers van mensenhandel en voor vluchthuizen voor vrouwen. Vrouwen die door een pooier of een netwerk van mensenhandelaars worden gecontroleerd en er willen uitstappen, kunnen zelden op een veilige plek terecht. Pooiers zélf, ook in subtiele verschijningsvormen, betekenen een belangrijke barrière om naar de hulpverlening te stappen.

“Je ziet echt vrouwen die niet mogen komen of waar de partner beneden staat te wachten [...]. Omdat vaak in die koppels de man afhankelijk is van het inkomen van de vrouw. Daarom verliezen ze ze niet graag uit het oog en dan is een werking waar dat zij alleen welkom zijn, zeer bedreigend...” (focusgroep Antwerpen)

Andere respondenten geven aan dat zij wisten waar ze konden aankloppen, maar dat zij er niet (direct) terecht konden. Vooral voor een kleine groep van *gemarginaliseerden* en kwetsbaren die meer dan één roesmiddelen gebruiken, is dit een terugkerend knelpunt. Op verschillende levensdomeinen cumuleren zij moeilijkheden. Ze zijn nauwelijks te motiveren voor de stap naar de hulpverlening. Ze leven chaotisch en zijn meer doende met het regelen van onderdak, voedsel en inkomsten (o.m. om hun druggebruik te financieren) dan met het aanpakken van hun druggerelateerde problemen. Het gaat ook om vrouwen die 's nachts werken, terwijl de meeste diensten en instellingen alleen open zijn als zij slapen. Het gaat om een kleine groep, maar hun nood is groot. Voor deze specifieke groep is er behoefte aan meer, en meer intensieve nuldelijnszorg, en een uitbreiding van het aantal opvangplaatsen voor daklozen.

Deelnemers aan de focusgroepen pleiten in dit verband voor een crisis- of observatiecentrum, waar deze mensen in geval van een acute vraag onmiddellijk terecht kunnen, bijvoorbeeld voor enkele dagen tot een week of twee. Met een multidisciplinair team kan zo een opname worden aangegrepen om op diverse domeinen zorg te verlenen. Zulke cliënten moeten op heel wat diensten en instellingen een beroep doen om hun multipelen problemen én administratieve chaos aan te pakken. In een crisis- of observatiecentrum kunnen zij via een gecentraliseerde aanpak begeleid worden. De inplanting van een dergelijk centrum gebeurt best weloverwogen: dicht bij deze specifieke doelgroep.

“Pour faire mes papiers et tout, j'étais plus en règle avec rien du tout. Il a fallu que je recommence tout à zéro : me réinscrire au chômage et tchic et tchac, parce que j'étais en règle de rien du tout. [...] quand vous vous réveillez le matin et qu'il faut faire tous les papiers, il faut retourner dans des bureaux et tout ça et que vous êtes complètement paumé... Je vous dis, c'est quand même mon assistante sociale du du Petit Bourgogne [Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège, nvdr], donc de l'hôpital psychiatrique, qui a fait tous les papiers avec moi. Parce que moi je faisais plus rien. Mais encore heureux qu'ils étaient là quand même. Mais encore heureux qu'ils étaient là quand même. Je me suis dit eu... y a quand même des gens comme ça euh... qui sont là pour aider les gens. Parce que... je dis autrement les gens ils s'en sortiraient jamais. Jamais, jamais. Moi, j'ai cru que j'allais jamais m'en sortir hein. Mais ça va, je suis quand même bien tombée.” (R024, clubsector, 25 jaar)

Samenwerking met justitie is daarbij wenselijk. Als politiediensten sekswerkers met een acuut probleem administratief aanhouden, kunnen zij in een dergelijk centrum terecht. Toch dient ook met de grenzen van de zorgstructuren en de hulpverleners die er werken, rekening te worden gehouden. Cliënten moet duidelijk worden gemaakt dat ze niet keer op keer met dezelfde vraag kunnen terugkeren. Zij moeten na verloop van tijd blijk geven de aangereikte adviezen ter harte te nemen en stappen te hebben ondernomen.

In sommige steden verloren prostitutiegerichte organisaties het contact met enkele branches in de seksindustrie. Dat heeft te maken met de specifieke locatie van een organisatie, die te ver weg ligt, voor sommige sekswerkers moeilijk bereikbaar is, of zich in een buurt bevindt die mensen door de reputatie afschrikt. Prostitutieorganisaties leggen daarom moeilijk contacten met sekswerkers in andere (prostitutie)buurten en andere branches. Veel respondenten pleiten daarom voor het oprichten van extra antennes in andere buurten.

3.3.4. *Drugshulpverlening: een negatief imago onder sekswerkers?*

Over drugshulpverleningscentra doen negatieve verhalen de ronde. Die bijv. over rare ervaringen verspreiden zich als lopende vuurtjes onder het doelpubliek, en hebben een ontradend effect op andere sekswerkers. Sommige sekswerkers hebben veel contacten met (drug)hulpverleners gehad, maar ervaren een zekere therapiemoeheid. Keer op keer bleek het contact weinig vruchtbaar of de behandeling niet succesvol. Op den duur staan ze afkerig tegenover elke vorm van hulpverlening.

“J’ai toujours vu ça... et ils abandonnaient parce qu’ils savaient rien faire avec moi. Alors maintenant je veux juste mes médicaments et les papiers comme quoi je suis venue me présenter.”
(R017, straatsector, 41 jaar)

Zulke verhalen werken drempelverhogend en maken dat mensen geen hulp zoeken.

“Ik moet mij in, in het hol van de leeuw zetten. Hier tussen de gebruikers...” (R023, straatsector, 33 jaar)

“Ik kende dat al langer hoor maar iedereen sprak daar zeer slecht over. [...] Er werd binnen gebruikt en ja, dat klopt inderdaad. Er wordt binnen gebruikt. Maar het is aan u om ja of nee te zeggen. Op straat moet je het ook doen, hé, en dan vind ik dat eigenlijk een goede les. Als je het daar nog niet doet, laat staan dan op straat.” (R022, straatsector, 30 jaar)

Veel sekswerkers willen met druggebruikers niet geassocieerd worden. Ze voelen zich als alcohol- of medicatiegebruiker niet op hun plaats tussen illegale druggebruikers. Als mensen met uiteenlopende problemen samen in één programma of op één afdeling belanden, haken ze makkelijk af. Zowel in de interviews als tijdens de focusgroeps gesprekken benadrukken deelnemers dat veel cliënten zich niet op hun plaats voelen in een groep waarin zowel mensen met psychiatrische problemen als mensen met een drugprobleem worden ondergebracht.

“Je ne me suis pas sentie à ma place au milieu des personnes suicidaires, ...” (F015, straatsector, 32 jaar)

Dit heeft ermee te maken dat sekswerkers zich veelal distantiëren van sekswerkers die in andere prostitutiesectoren actief zijn. Ook met het feit dat gebruikers zich een ander imago willen aanmeten dan gebruikers die andere middelen gebruiken (gebruikers van medicatie versus gebruikers van illegale

producten, of alcoholconsumenten versus illegale druggebruikers). Respondenten vinden dat de organisatie en de werking van de residentiële drugshulpverlening niet aangepast zijn is aan vrouwen die vooral van medicatie *afhankelijk* zijn (en die in de bar- en privésector actief zijn). Zij bestempelen niet zichzelf, maar de anderen, die van illegale drugs afhankelijk zijn, als de ‘echte probleemgevallen’.

“Les autres gens, ça c’était le plus difficile. Parce que bon, les centres hein, tous les gens sont mélangés. Des gens qui ne sont, ni de ton niveau social, ni du même, ni du même, de la même race, ni de la même langue...” (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

Ook tijdens de focusgroepsgesprekken wezen verschillende deelnemers erop dat het ontbreken van specifieke diensten en centra gespecialiseerd in welbepaalde problemen of doelgroepen, een knelpunt vormt. Bovendien zijn ze – dat beschreven we hierboven al – bang dat hun professionele activiteiten als sekswerker op (morele) afkeuring van de (drug)hulpverlener zullen botsen. Zij hebben weinig vertrouwen in reguliere zorgverstrekkers, sociale diensten en gespecialiseerde drugshulpverleners. Ze hebben nood aan specifieke diensten. Deze specifieke diensten moeten echter complementair zijn met bestaande diensten en die laatste bijstaan in het verbeteren van hun activiteiten (Mak, 1997). Het uitbreiden van de reikwijdte en verdere decentralisering van de bestaande prostitutieorganisaties lijken aangewezen.

3.3.5. *Zorgverlening op maat van de individuele sekswerker*

Voldoende informatie over wat kan worden verwacht tijdens het aangeboden (of opgelegde) programma, is onontbeerlijk. De filosofie, de doelstellingen en de toelatingsvoorwaarden verschillen tussen de centra onderling. Belangrijk is dat deze bij de mogelijkheden en wensen van de cliënten aansluiten. Als men niet weet wat zal komen, verliest men zijn geduld en breekt men de behandeling vroegtijdig af.

“Une seule chose, c’est de bien renseigner les gens avant. Comme par exemple, comme moi par exemple à Enaden et par rapport aux Hautes-Fagnes, ce sont deux optiques tout à fait différentes. Donc la première ils te considèrent comme guéries même si tu prends encore de la métha et l’autre non. L’autre tu dois être abstinent total.” (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

Zowat alle deelnemers aan deze studie (sekswerkers en deskundigen) erkennen hoe belangrijk het is dat de hulpverlening met de *mogelijkheden, noden en doelstellingen* van de cliënten rekening houdt. Veel respondenten streven geen abstinentie na, maar gecontroleerd gebruik.

“Nu is het: de dope pakt mij en de bedoeling is dat ik de dope pak. Versta je? Daar wil ik geraken.” (R022, straatsector, 30 jaar)

Bovendien moeten de *motieven voor gebruik* in rekening gebracht worden. Als rond die motieven niet gewerkt wordt, kan geen effectieve verandering in het gebruikstraject ingelast worden. Wie drinken

om problemen te vergeten of cocaïne snuiven om de werkstress aan te kunnen, behoeven een andere aanpak.

“Et la cocaïne, l’avantage c’est que tu peux penser à tes problèmes sans pleurer. [...] C’est pour ça aussi que j’en prenais en fait. Parce que je n’ai pas trouvé d’aide ailleurs que dans la drogue. [...] parce que quand tu penches vers la drogue, ce que tu as besoin, c’est d’avoir quelqu’un qui te donne une autre solution.” (R005, thuisontvangst, 38 jaar)

Een behandeling in combinatie met het zich in regel stellen met allerlei sociale en administratieve zaken, wordt enorm geapprecieerd. Volgens sommige respondenten wordt hier onvoldoende aandacht aan besteed. Maar uiteindelijk is de realiteit zo complex, dat de enige aanbeveling kan zijn: werken op mensenmaat, *op maat van het individu* met aandacht voor diens motieven, mogelijkheden en doelstellingen.

Deelnemers aan de focusgroepsdiscussies opperen dat straatsekswerkers eerder voor hun problemen met hun cocaïne-, crack- en/of heroïnegebruik hulp zoeken. Sekswerkers uit de bar/club- en privésector zouden eerder door hun alcohol- of benzodiazepinegebruik bij de hulpverlening aankloppen. En het zou vooral om wat oudere mensen gaan.

Verscheidende respondenten hebben tijdens de kwalitatieve interviews over hun ervaringen bij bepaalde interventies verteld. De ene put moed uit een groepstherapie en voelt zich daardoor gestimuleerd, een ander vindt dat moeilijk en verkiest een kleinschalig project met een focus op individuele gesprekken. Bij kleinschalige programma’s kunnen hulpverleners meer tijd en aandacht aan de cliënten spenderen.

“Vous voyez, ce que vous vous faites pour le moment, le temps que vous prenez à parler tchitchac avec elle... eux ils s’en foutent. Ils sont là ‘ah, vous êtes quel numéro ?’ [...] Ils en ont rien à foutre de nous! T’arrives là-bas, tu demandes... Hein, c’est vrai ça hein? Il me faut deux fois septante mg par jour et il me faut quatre Xanax[®] [merknaam voor alprazolam, een kortwerkend geneesmiddel, behorend tot de benzodiazepinen. De voornaamste toepassing is bij de behandeling van angststoornissen en soms ter ondersteuning van de behandeling van depressie, nvdr], trois Diazepam[®] et deux ... Ils vont vous les donner. Ils en ont rien à foutre ! On est des numéros !” (partner R019, straatsector, 32 jaar)

Kleinschaligheid kan ook de onderlinge zorg tussen cliënten bevorderen. Het delen van ervaringen met lotgenoten biedt ondersteuning. Anderen tonen hoe het kan of hoe het juist niet moet. Desondanks zorgt het samenzijn van individuen met uiteenlopende karakters soms voor spanningen.

“Want met die mens kom je overeen en ik niet en met die mens kom ik wel overeen, versta je?” (R022, straatsector, 30 jaar)

Sommigen opteren voor een strikt en streng regime; anderen haken net daarom af. Weer andere respondenten hebben veel baat bij ergotherapie en psychotherapeutische gesprekken. En toch hebben sommigen er niks aan.

“Je ne vois pas franchement l’utilité de la science.” (R012, straatsector, 33 jaar)

Voor nog anderen is het noodzakelijk om in de eigen buurt behandeld te kunnen worden, dicht bij het gezin, de familie en de vrienden. Er zijn er die liever weggaan uit de vertrouwde buurt, waar ze vooral mensen kennen die ook gebruiken en dealen. Nog anderen vinden het juist leerzaam om vast te stellen dat zij in dezelfde buurt kunnen blijven functioneren *zonder drugs*.

“Tu fais autre chose, tout en étant dans ton endroit, dans ta ville. Donc tu te rends compte que c’est quand même possible.” (R016, thuisontvangst, 42 jaar).

Veel respondenten vinden het positief als familieleden bij de therapie betrokken worden. Zo kunnen hun naasten inschatten als ze een moeilijk moment doormaken en kunnen ze na het afronden van een behandeling hervat helpen te voorkomen.

“Vu que lui il venait à des entretiens avec ma psychologue. Donc il se déplaçait jusqu’à Malmédy pour pouvoir intervenir dans ma guérison et donc lui il connaissait les effets pendant que j’avais consommé et c’est vrai que quand maman est partie j’ai consommé à fond. [...] Il m’a pris chez lui ...” (R003, clubsector, 39 jaar)

Bezoek tijdens een residentieel programma kan als positief worden ervaren, men heeft nood aan *sociale steun* van buitenaf, zeker na het programma. Anderzijds is het bezoek soms een link naar het gebruikersmilieu, wat het weer moeilijker maakt.

“Alors on sait où tu es et on vient te donner des trucs.” (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

Desondanks zijn contacten met de buitenwereld en de familie voor verschillende respondenten heel belangrijk. Het kan een extra stimulans betekenen om de behandeling tot een goed einde te brengen. Soms had een intensieve gebruikscarrière een nefaste invloed op familiale situaties. Het herstellen van het contact in het kader van een behandeling kan daarom bijzonder heilzaam zijn.

Paren van wie beide partners gebruiken, vormen een apart aandachtspunt. Vaak fungeert zo een duo ook als partnerschap in verwervingscriminaliteit, om zich roesmiddelen te kunnen aanschaffen. Als slechts één van beide iets aan het druggebruik wil doen, is die niet geneigd om de stap naar de drugshulpverlening alléén te zetten. Gebeurt dat wel, dan is de kans doorgaans kleiner dat een programma of behandeling succesvol wordt afgerond.

“Arrêter et votre compagnon consomme, ce n’est pas la peine.” (R012, straatsector, 33 jaar)

Een kleine groep polydruggebruikers, voor wie andere noden (het regelen van onderdak, eten en een uitkering) prangender zijn dan druggerelateerde problemen, heeft naar hun getuigenis baat gehad bij het straathoekwerk en andere vormen van *outreach*. Zij drukken hun waardering uit voor de intensieve begeleiding die zij genoten. Ze zijn er zich van bewust een chaotisch leven te leiden, hun afspraken

moeilijk na te komen en weinig zorgzaam met zichzelf om te springen. Zij stellen het geduld van deze hulpverleners erg op prijs:

“Die hebben me heel goed geholpen. [...] Wat veel voorkomt is afspreken en niet komen, hé. Euh ja, dan maak je maar een andere afspraak, hé. Via hun mag je bellen, dat kost ook allemaal geld. Ja, echt wel goede hulp.” (R022, straatsector, 30 jaar)

Même si vous avez pas droit au CPAS et tout ça hein. Vous allez, on vous met dans un centre, on vous met en cure, on refait tous les papiers avec vous, on vous aide, vous récupérez vos droits. Et tout ça. C'est ça que je dis, y a toujours moyen de s'en sortir. Toujours.” (R024, clubsector, 25 jaar)

De persoon van de hulpverlener maakt een belangrijke schakel uit in het hele zorgtraject. Eerst en vooral is de vertrouwensband tussen hulpverlener en cliënt van primordiaal belang. Als het tussen de hulpverlener en de cliënt niet klikt, haakt hij/zij af. En omgekeerd: als een hulpverlener waar men een goede band mee had opgebouwd, vertrekt, dreigt ook de therapie te worden onderbroken.

“Want op de duur bouw je een band op met die mensen, hé. Maar dan valt die weg en dan die en weer nieuw.” (R022, straatsector, 30 jaar)

Een aantal respondenten dat al lang in het drugshulpverleningscircuit zit, signaleert een negatieve trend: ze hebben de indruk dat sommige hulpverleners na verloop van tijd moe en uitgeblust lijken, en hun initiële interesse en passie voor het werk kwijt raakten. Cliënten merken dat en ondervinden een negatieve impact op hun begeleiding.

Daarenboven weten sommige hulpverleners niet waarover ze praten, zeggen een aantal respondenten. Hulpverleners moeten niet noodzakelijk zelf met roesmiddelengebruik ervaring hebben, maar ze moeten wel voldoende geïnformeerd en degelijk opgeleid zijn. Dat is niet altijd het geval, vinden deze sekswerkers. Cliënten voelen zich naar eigen zeggen beter begrepen door ervaringsdeskundige hulpverleners. Ze hebben bovendien een voorbeeldfunctie.

“Het toffe daaraan is, aan X [hulpverlener, nvdr], is, die weet waarover die spreekt. Versta je? En dat maakt het eigenlijk goed. Tegenover een mens die nooit gebruikt heeft. Jullie kunnen jullie dat nu wel een beetje voorstellen maar... Je weet niet echt wat dat is, tegenover een mens die dat wel weet. Versta je?” (R022, straatsector, 30 jaar)

Dat pleit voor het inschakelen van ex-sekswerkers die succesvol een drugshulpverleningsprogramma hebben doorgelopen. Zij kunnen als *peer counselors* en *outreach workers* worden ingezet. Zogenaamde ervaringsdeskundigen kennen de cultuur en dienen als een positief rolmodel (Weiner, 1996).

In de grootsteden is er tevens nood aan aandacht voor culturele en taalbarrières. Het continu werken met *tolken en culturele bemiddelaars* kan soelaas bieden om tussen het personeel van specifieke diensten en sekswerkers goede communicatie op te zetten en te onderhouden.

“Mais bon, y aurait déjà ne fut-ce que 2 ou 3 succursales d'Espace P, mais ailleurs que dans ce quartier. Parce qu'il y a quand même d'autres quartiers qu'on travaille aussi.” (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

3.3.6. *Grillige parcours: nood aan trajectbegeleiding*

Het traject dat elk individu aflegt, is doorgaans niet continu: dat geldt voor de sekswerkcarrière en het patroon van roesmiddelengebruik, zo goed als voor het zorgtraject van de sekswerkers die we in deze studie bestudeerden. Respondenten waren vaak actief in verschillende sekssectoren. Ook hun roesmiddelengebruik vertoont een dynamisch en complex verloop. Tegelijkertijd hebben talrijke respondenten ervaring met meer dan een centrum. Soms verlaten ze het ene centrum voor een ander programma dat beter bij hun wensen en noden aansluit. Soms geven wachtlijsten, toelatingsvoorwaarden of andere elementen, zoals nabijheid van familie en vrienden, de doorslag.

Soms wordt een programma of initiatief waar men zich goed in voelt, geschrapt, afgebouwd of verhuisd. Het moeizaam opgebouwde contact met de hulpverlening gaat dan, in bepaalde gevallen, verloren.

“Maar dan is die namiddaggroep weggegaan. De Sleutel is heel veel veranderd, er zijn mensen weggegaan. Dan heb ik het voor bekeken gehouden.” (R022, straatsector, 30 jaar)

Ook hervallen maakt deel uit van een veranderingsproces bij druggebruikers. Persoonlijke moeilijkheden kunnen hen ertoe brengen toch opnieuw te gebruiken – en later weer in het hulpverleningscircuit op te duiken. Respondenten die niet vrijwillig stopten, bijvoorbeeld bij een gevangenisstraf, vallen na verloop van tijd terug, zoals na de invrijheidstelling.

De zorgtrajecten van vele respondenten worden bijgevolg gekenmerkt door tussenstadia en periodieke onderbrekingen. Sommigen komen onder justitiële druk bij de drugshulpverlening terecht. Anderen zetten de stap zelf en gaan op zoek naar informatie of instanties. Er zijn er die bij de huisarts starten, die hen naar een algemeen ziekenhuis doorverwijst. Vandaaruit komen ze in een gespecialiseerd centrum terecht. Vrouwen met een gezin verkiezen de huisarts boven een residentieel programma waarin voor kind(eren) en andere gezinsleden geen plaats is.

Polydruggebruikers die vooral in de straatprostitutie actief zijn en op verschillende levensdomeinen problemen ervaren, komen bij de hulpverlening met een acuut probleem terecht, en verdwijnen vaak even snel als ze kwamen, om wat later met hetzelfde probleem opnieuw aan te kloppen.

“Je ne sais pas trop calculer le nombre de fois, il y avait eu plusieurs occasions. J'achète actuellement la méthadone en rue, car je n'ai plus de mutuelle...” (F038, bar/raamsector, 30 jaar)

Zulke cliënten verwachten onmiddellijk hulp en brengen weinig begrip op als de gespecialiseerde centra niet meteen op hun vraag ingaan. Bovendien kloppen deze mensen dikwijls bij verschillende instanties tegelijkertijd aan; zij (s)hoppelen als het ware tussen de verschillende organisaties.

Andere sekswerkers stappen in de eerste plaats naar hun huisarts, die hen adressen van meer gespecialiseerde diensten aan de hand doet.

“Ik heb altijd een huisdokter gehad [...] Maar dan later heb ik hem dan gezegd van ‘ik zou daarmee willen stoppen’ en hij heeft dan een keer slaappillen en kalmeerpillen gegeven. [...] En hij zei: ‘als het dan niet lukt dan zullen we wel naar De Sleutel [centrum voor ambulante drugshulpverlening, nvdr] moeten gaan eigenlijk’.” (R018, raamsector, 23 jaar)

Enkele respondenten belandden al op de spoeddienst van een ziekenhuis. Daar worden patiënten met een overdosis na een korte elementaire behandeling weer weggestuurd, zonder een gesprek of een doorverwijzing. In bepaalde ziekenhuizen weigert men zelfs de verzorging, zeggen sommige respondenten. Deelnemers aan de focusgroepen stellen dat zorgverstrekkers soms niet weten hoe ze met sommige doelgroepen moeten omgaan. Geïntoxiceerde patiënten met een lange gebruikscarrière en een chaotische levensstijl boezemen hen angst in. Ze moeten met specifieke strategieën worden aangepakt. Niet elke zorgverstrekker is daar voldoende voor getraind of opgeleid. Andere commentatoren schrijven de houding van sommige ziekenhuizen toe aan de bezorgdheid over openstaande facturen.

“J’ai fait une tentative de suicide et puis j’ai dit stop. [...] De là, on m’a transférée. On a téléphoné pour voir s’il y avait des places au Petit Bourgogne [Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège, nvdr], y avait de la place...” (R024, clubsector, 25 jaar)

Gezien deze uiteenlopende trajecten, bestaat de behoefte aan een goede communicatie tussen drugshulpverleningcentra, prostitutieorganisaties, huisartsen en overige zorgverstrekkers. *Trajectbegeleiding* is een term die aansluit bij de noden van velen.

3.3.7. Nazorg en hervalpreventie

Nazorg is in het kader van het voorkomen van hervallen heel belangrijk. Deelnemers aan de focusgroepen beschrijven een ‘typisch’ zorgtraject als een cyclus, waarbij de sekswerker bij de huisarts start, die haar naar een ambulante centrum doorverwijst. Vervolgens stroomt de cliënte naar de residentiële drugshulpverlening door, om voor opvolging opnieuw bij de huisarts te belanden. Dergelijke opvolging is echter vaker af- dan aanwezig, ten dele omdat men na het afronden van een programma het nut ervan niet inziet.

“C’est que quant tu sors, de la clinique tu vas à pieds jusqu’au truc. Bon, moi je l’ai fait mais y en a beaucoup, ils sortent, ils se sentent forts parce qu’ils sont désintoxiqués mais ils se précipitent sur le premier truc venu hein.” (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

Dikwijls wisselen periodes van abstinentie en terugvallen zich af. Toch betekent eenmalig gebruik niet noodzakelijk dat men opnieuw in een vicieuze cirkel belandt.

“Boulot, dodo, fumer, boulot, dodo, fumer [crack, nvdr].” (R003, clubsector, 39 jaar)

Om hervallen te voorkomen, passen respondenten – los van professionele ondersteuning – informele controlemechanismen toe. Financiële afwegingen, zoals de kostprijs van het gebruik of van de ontwenningsskuur, betekenen voor sommigen een stimulans om niet meer of minder te gebruiken. Als men hervalt, heeft dat ermee te maken dat men na een behandelingsprogramma weer in het milieu belandt en er andere gebruikers en dealers tegen het lijf loopt. Om die reden breken bepaalde respondenten met hun kennissen uit het milieu en/of trekken ze naar een andere stad.

“Je dois quitter tous ces gens, je dois quitter cet endroit. Tu sors dehors, tu ne vois que ça. On t’appelle: ‘tu veux quelque chose?’. On t’appelle de l’autre côté: ‘ah tu veux goûter quelque chose?’. Tu ne sais pas faire un pas sans qu’on te demande.” (R016, thuisontvangst, 42 jaar)

Anderen vinden steun bij collega’s om te stoppen of te minderen. Een sociaal netwerk is voor veel respondenten onontbeerlijk om een drugsvrij leven of gecontroleerd gebruik vol te kunnen houden.

“Mais soit, je vais en arrière et je retourne avec la drogue. Soit je vais en avant et je réussis sans la drogue. Mais je suis toujours au milieu. Y a pas moyen d’aller devant.” (R005, thuisontvangst, 38 jaar)

Veel participanten stellen dat (het hervatten van) de activiteiten in de prostitutie een groot risico op hervall inhoudt: in de seksindustrie worden ze immers méér blootgesteld aan gelegenheden om te gebruiken. Klanten vragen om (samen) roesmiddelen te gebruiken en dealers frequenteren de gekende prostitutiebuurten met hun koopwaar. Een beter uitgebouwde nazorg via ambulante drugshulpverlening en/of de huisarts kan bijgevolg een extra ondersteuning bieden om een andere levensstijl aan te knopen.

3.3.8. Schadebeperkende maatregelen

Verschillende respondenten én deelnemers aan de focusgroepen breken een lans voor de uitbreiding van bestaande *harm reduction*-initiatieven. Spuitenruilprogramma’s worden positief geëvalueerd, maar door de risico’s van het delen van gebruiksmateriaal, pleit men voor het aanbieden van goedkope en kosteloze rokerskits. Dit is een financiële kwestie en er is nood aan voldoende financiering.

“Ça serait mieux de donner des kits de fumette pour éviter de se retrouver dans la situation que j’ai connue. Ça éviterait à beaucoup de personnes de passer au fixe.” (C009, straatsector, 60 jaar)

Tot slot wordt vanuit diverse hoeken geopperd dat gebruikersruimten veel negatieve aspecten van het gebruik kunnen counteren. Men zoekt thans al plekken om samen rustig en ongestoord te gebruiken. Mochten die van overheidswege georganiseerd en gecontroleerd worden, zou alles hygiënisch en veilig kunnen gebeuren. Uiteraard moet worden bewaakt dat deze plekken geen oorden worden waar

druggerelateerde criminaliteit kan tieren. Voor wie niet willen of kunnen stoppen, betekent een gecontroleerde gebruikersruimte een verhoging van de levenskwaliteit. In de focusgroepen raadt men zelfs aan om niet alleen gecontroleerde heroïnevertrekking in te voeren, maar tevens gecontroleerde cocaïneverstrekking. Zo een aanbod vereist een enorme investering in personeel; de klok rond moet er in permanentie worden voorzien. Dergelijke centra zouden voor sommige vrouwen bovendien een uitweg uit het sekswerk betekenen.

“Comme ça tu... t’as pas besoin d’être prostituée comme ça, on n’a pas le besoin de... je devais me prostituer pour avoir ma dose hein, quand j’ai ma dose, je rentre, je prends ma métha et je vais terminer.” (R017, straatsector, 41 jaar)

3.3.9. Loopbaanbegeleiding en exitstrategieën

Veel respondenten drukken de wens uit om een reguliere baan te bemachtigen en de seksbusiness te verlaten. Maar elementen als een lage scholing, een strafblad, financiële moeilijkheden,... dragen ertoe bij dat ze op de reguliere arbeidsmarkt weinig kansen krijgen. Ze zijn werken uit economische noodzaak als sekswerker en hun financieel precaire situatie zorgt ervoor dat zij geen hulp zoeken en zich elementaire medische zorgen dienen te onzeggen.

Prostitutieorganisaties kunnen *loopbaanbegeleiding*, zowel binnen als buiten de sekswerkindustrie, aanbieden. In dit aanbod is het zaak het bestaande aanbod aan goedkope en kosteloze opleidingen te kennen en kenbaar te maken. Zij vergroten de kans om in de reguliere arbeidsmarkt aan de slag te kunnen. De meeste vrouwen, zeker als ze een bepaalde leeftijd hebben bereikt, wensen uit de prostitutie te stappen. Complementair aan loopbaanbegeleiding binnen de sekswerkindustrie bestaat er nood aan *exitstrategieën*.

Mensen actief in de prostitutie worden vaker blootgesteld aan roesmiddelen(gebruik). Er actief in blijven doet het risico op hervallen toenemen. Toch hoeft dit niet te betekenen dat de seksindustrie in zijn geheel moet worden verlaten. Verandering van etablissement of sector kan een degelijke kwaliteitsverbetering met zich meebrengen. Vrouwen die met alcohol problemen ervaren en in de zogenaamde champagnebars werken, kunnen bijvoorbeeld bewust voor een andere sector kiezen:

“Ik zou heel graag in een bar werken, allez in een club. [...] Ik babbel graag, ik zou dat graag... die mannen ze wat entertainen. Ik zou dat eigenlijk wel graag doen, maar ik kan dat niet of ik wil dat niet doen omdat daar drank bij hoort. Dus dat ik ‘temptation’. [...] Ik mag dat niet doen, want dan ben ik verloren.” (R004, thuisontvangst, 45 jaar)

Ook binnen eenzelfde sector blijft het gebruik vaak gerelateerd aan de infrastructuur, de houding van uitbaters ten aanzien van roesmiddelengebruik en het gebruik van collega's. Zo kan een setting die de gelegenheid tot roesmiddelengebruik creëert, voor een andere omgeving ingeruild worden, waarin dat fenomeen niet of minder aan de orde is.

4. Conclusie

Van wie ooit een product gebruikten hebben, zocht zowat één op vier (23,2% van alle bevraagde sekswerkers; N=119) al eens professionele hulp voor haar roesmiddelengebruik. Drie op vier deden dat dus (nog) niet. Bij meer dan de helft ervan was de behandeling op het moment van het interview nog lopende of zeer recent afgelopen. Dat kan ermee te maken hebben dat veel respondenten in deze studie via gespecialiseerde organisaties werden gerekruteerd.

In het vorige hoofdstuk gaven we aan dat zevenenzeventig respondenten (14,6%) volgens de definitie van het EWDD dertig dagen vóór het interview één of meer middelen op ‘problematische’ wijze gebruikten (d.w.z. ze injecteerden of ten minste één keer per week consumeerden ze). Eén op vier van hen kwam (nog) niet bij de hulpverlening terecht. Op basis van de scores op de *Severity of Dependence Scale* ervaren 201 betrokkenen een mate van afhankelijkheid van alcohol, benzodiazepinen, cocaïne, cannabis, heroïne, amfetamines, methadon, antidepressiva en/of crack. Van deze participanten heeft de helft (48,8%) op professionele hulpverleners een beroep gedaan.

Een opvallende vaststelling is dat méér ‘afhankelijke’ respondenten uit de straatprostitutie de stap naar de hulpverlening zetten, vergeleken met ‘afhankelijke’ respondenten uit de raamprostitutie en de bar/raamprostitutie. Ze doen ook vaker een beroep op de drugshulpverlening. Als sekswerkers professionele hulp zoeken, gebeurt dat via de huisarts (70%), gevolgd door de ambulante en residentiële drugshulpverlening. Straatprostituees richten zich vaak tot straathoekwerkers, terwijl dat in andere prostitutiesectoren niet of nauwelijks het geval is (al kan deze bevinding ook vertekend zijn door het feit dat straathoekwerkers mee hebben gewerkt aan de afname van vragenlijsten bij straatprostituees).

Zowel uit de informele gesprekken met sekswerkers vóór en na de afname van de kwantitatieve vragenlijst als uit de kwalitatieve interviews met sekswerkers en de focusgroepsgesprekken blijkt dat drugsgerelateerde problemen voor de respondenten doorgaans niet de hoogste prioriteit uitmaken. Respondenten leggen in hun verhalen de nadruk op de negatieve vooroordelen ten aanzien van hun werk, de gebrekkige regulering van en het taboe rond het beroep en de eruit voortvloeiende sociale gevolgen: het dubbelleven, de eenzaamheid, het sociale isolement, enz. Voor veel sekswerkers stimuleert het maatschappelijke stigma hun toevlucht tot roesmiddelengebruik.

Respondenten die (intensief) gebruiken, kampen met lichamelijke klachten en/of psychische problemen en worden op sociaal vlak het voorwerp van maatschappelijke uitsluiting (door familie en vrienden én door andere sekswerkers). Druggerelateerde problemen worden niet steeds aangepakt: ze worden geminimaliseerd of ontkend, ze worden beschouwd als van voorbijgaande aard of als niet-prioritair. Zolang de problemen niet escaleren of acuut zijn, ondernemen velen niks, of ze trachten met persoonlijke strategieën het gebruik te reguleren of te temperen.

Dat sekswerkers moeilijk de stap naar de (drugs)hulpverlening zetten, heeft te maken met tal van factoren. Velen onder hen zijn bang door politiediensten en andere instanties niet ernstig te worden genomen. Minder dan de helft van alle respondenten die hulp zochten, vertrouwden de hulpverlener 'altijd' toe dat ze sekswerker waren. Bijna één op vier heeft dat de hulpverlener in kwestie nog nooit verteld.

Ervaringen van sekswerkers met hun huisarts zijn niet onverdeeld positief. Velen (of hun collega's) hebben negatieve ervaringen, werden onheus behandeld of stootten op tegenstand en onbegrip voor hun werk en eventueel gebruik. Met het oog op adequate zorgverstrekking is het gemis aan een vertrouwensband met de huisarts bijzonder verontrustend. Hetzelfde geldt ten aanzien van de professionele (drug)hulpverlening: veel sekswerkers voelen dat de maatschappelijke vooroordelen ten aanzien van prostitutie ook onder hulpverleners leven. Daarom zijn ze minder geneigd om ernaartoe te stappen. In die omstandigheden is het voor hen lastig om een kwaliteitsvol vertrouwen met de (drug)hulpverleners uit te bouwen. Voor de hulpverleners is het vaak zoeken naar het geschikte moment waarop een sekswerker ontvankelijk is voor gezondheidsbevorderende boodschappen. Idem dito voor een bruikbaar aanknopingspunt om het gesprek met de sekswerker aan te gaan.

Zichtbare politieacties in gekende straatprostitutiebuurten bemoeilijken de outreachactiviteiten van straathoekwerkers, waardoor hulpverleners weinig makkelijk met hun doelgroep contact krijgen. Gemigreerde sekswerkers, die geen van de landstalen machtig zijn, vrezen naar het land van herkomst teruggestuurd te zullen worden en vermijden daarom het contact met de (drugs)hulpverlening.

Straatprostituees die gebruiken, kennen de sociale kaart doorgaans goed en weten – indien ze willen – de weg naar de hulpverlening te vinden. Sekswerkers uit de andere – meer verborgen - sekswerksectoren en oudere sekswerkers worden in mindere mate bereikt: zij kennen het hulpaanbod minder goed en vinden het niet zo makkelijk om (in verband met roesmiddelengebruik) hulp te zoeken.

Er bestaat een behoefte aan meer informatie voor sekswerkers over de risico's van middelengebruik, de mogelijke negatieve gevolgen op het sekswerk en op andere levensdomeinen, en het zorgaanbod inzake druggerelateerde problemen.

Andere knelpunten zijn het tekort aan centra of middelen om aan de vraag tegemoet te komen (de lange wachtlijsten), de geografische inplanting van hulpverleningsinstellingen (te ver of in een 'ruige' buurt), het ontbreken van gespecialiseerde diensten en centra, de reikwijdte van de bestaande prostitutieorganisaties, het gebrek aan zorg op maat van de individuele hulpvrager, de nood aan trajectbegeleiding, loopbaanbegeleiding en nazorg (met aandacht voor exitstrategieën uit de sekswereld), de nood aan extra schadebeperkende maatregelen, en de culturele en taalbarrières in de (drugs)hulpverlening. Zorgverstrekkers weten niet steeds hoe ze met sekswerkers en druggebruikers als doelgroepen moeten omgaan. Geïntoxiceerde patiënten met een lange gebruikscarrière en een chaotische levensstijl boezemen wel eens angst in. Ze moeten met specifieke strategieën worden aangepakt, en niet elke zorgverstrekker is daar voldoende voor getraind of opgeleid.

Hoofdstuk VIII

Conclusies en aanbevelingen

Sommige sekswerkers gebruiken roesmiddelen, anderen doen dat niet of nauwelijks. Een aantal druggebruikers verleent seksuele diensten om hun druggebruik te bekostigen, de meesten doen dat niet. Deze studie is opgezet om een zicht te krijgen *op de omvang en de aard van het legale en illegale middelengebruik onder vrouwelijke sekswerkers in België*, op de mogelijke problemen in verband met het roesmiddelengebruik bij deze populatie, en hun eventuele nood aan specifieke preventieve en curatieve gezondheidszorgen. Onder de term ‘*drugs*’ verstaan we niet enkel illegale roesmiddelen, maar ook alcohol en het niet-medische gebruik van geneesmiddelen. Onder ‘*sekswerk*’ verstaan we een uitwisseling van seksuele diensten in ruil voor iets van waarde.

Dit onderzoek richt zich per definitie op een ‘*hidden*’, ‘*underserved*’ en ‘*hard to reach*’ populatie. Sekswerk en illegaal druggebruik brengen een maatschappelijk taboe en processen van stigmatisering met zich mee. Naarmate het bestudeerde fenomeen gevoeliger en/of bedreigender is, stijgt de kans dat respondenten hun betrokkenheid zullen ontkennen. De onderzoekspopulatie in haar geheel is niet gekend. Cijfergegevens zijn schaars en betekenen alleen *schattingen* van het aantal personen dat sekswerk verricht. Het trekken van een representatieve steekproef uit een grotere populatie die ongekend is, is zo goed als onmogelijk. Bovendien werden de sekswerkers in deze studie gerecrueteerd via professionele prostitutieorganisaties, en die werkwijze leidt ongetwijfeld tot een vertekening van de onderzoeksresultaten (het betreft immers vooral sekswerkers waarmee deze organisaties een goede vertrouwensband hebben opgebouwd). Wij probeerden vooral een *voldoende gevariëerde steekproef* samen te stellen, die rekening houdt met a) mogelijke *geografische* variaties en b) eventuele verschillen tussen soorten *sekswerksectoren*.

Met het oog op het beantwoorden van de hierboven beschreven onderzoeksvragen, kozen we voor een *multimethod design*, waarbij verschillende onderzoeksstrategieën met elkaar worden gecombineerd: een literatuurstudie, een kwantitatieve survey onder 528 sekswerkers, kwalitatieve interviews met 25 sekswerkers én vijf focusgroeps gesprekken (één per deelnemende stad) met sleutelfiguren die zich beroepsmatig met het onderwerp van deze studie bezig houden. De gegevens werden verzameld in de regio’s Antwerpen, Gent, Brussel, Charleroi en Luik. We onderscheiden in deze studie vijf prostitutiesectoren: de straatprostitutie, de raamprostitutie, de barprostitutie (bar/raam- en bar/clubprostitutie), het privé-sekswerk en de escortbranche.

In België werd al onderzoek verricht naar specifiek fysieke gezondheidsproblemen bij sekswerkers en medische interventies hierop, vaak in samenwerking met organisaties zoals asbl Espace P, vzw Pasop en vzw Gh@pro (Mak *et al.*, 2003; Mak *et al.*, 2004; Mak *et al.*, 2005; Wouters *et al.*, 2007). Al meer dan tien jaar bieden deze organisaties gezondheidsvoorlichting en –opvoeding en (para)medische dienstverlening aan sekswerkers. Het aanbod richt zich vooral op de *beroepsgerelateerde gezondheidsrisico's* en biedt de kans om zich gratis en op anonieme wijze te laten onderzoeken. Deze werkwijze heeft een reële impact op de seksuele gezondheid van de algemene bevolking. Immers, door de bescherming en –indien nodig – de behandeling van sekswerkers, worden ook de klanten en hun partners thuis van SOI gevrijwaard.

Over het *roesmiddelengebruik onder sekswerkers in België* en de druggerelateerde noden van deze specifieke doelgroep zijn zo goed als geen cijfers of kwalitatieve gegevens beschikbaar. Zowel sekswerk als druggebruik associeert men in de internationale literatuur met aanzienlijke gezondheidsrisico's. Sekswerkers worden blootgesteld aan seksueel overdraagbare infecties (SOI), geweld, ongewenste zwangerschap, alcohol- en druggebruik, enz. (Day & Ward, 1997; Mak *et al.*, 2004; Ward & Day, 2006). Ook druggebruik is met gezondheidsrisico's gelieerd, onder meer via bloedoverdraagbare virussen. Verschillende onderzoekers suggereren dat de combinatie van de twee, drugs én sekswerk, voor de gezondheid nog meer risico's met zich meebrengt (Gossop, Powis, *et al.*, 1995).

In de literatuur wordt vaak vooropgesteld dat het middelengebruik verschilt naargelang het type sekswerk (De Graaf *et al.*, 1995). Het meeste wetenschappelijke onderzoek focust daarbij op straatprostitutie. Verschillende studies suggereren dat deze sekswerkers het meest worden blootgesteld aan een verhoogd infectieniveau, meer gebruik van zgn. hard drugs, grotere afhankelijkheidsproblemen en risicovoller gedrag (Pyett & Warr, 1997; Ward *et al.*, 1999). Met onze studie willen we in ieder geval ook het druggebruik in enkele andere sectoren van de seksindustrie in kaart brengen.

De psychologische stress van een beroep als sekswerker in het algemeen kan het druggebruik verhogen en sekswerkers in een neerwaartse spiraal doen verzeilen (Young *et al.*, 2000). Omdat druggebruik én sekswerk een crimineel label dragen, werken ze stereotypering en stigmatisering in de hand. Druggebruikende sekswerkers raken daardoor meer geïsoleerd en hebben nood aan zorgend menselijk contact (Kurtz *et al.*, 2005). In de internationale literatuur wordt gewezen op tal van barrières voor sekswerkers om op de reguliere gezondheidszorg en andere hulp-/dienstverlening een beroep te doen. Ook angst voor het politieapparaat en angst voor discriminatie en stigmatisering door andere patiënten en het personeel in de gezondheidszorg spelen een rol (Jeal & Salisbury, 2004b; Romans *et al.*, 2001). Er bestaat nood aan specifieke (medische en psychosociale) hulpverlening voor deze kwetsbare doelgroep (daarmee bedoelen we de sekswerkers in het algemeen en druggebruikende sekswerkers in het bijzonder). Daarbij verdienen zowel gezondheidsvoorlichting en –opvoeding als schadebeperkende boodschappen aandacht (Mak *et al.*, 2003).

1. De steekproef (N=528)

De steekproef omvat 508 vrouwelijke sekswerkers en 20 transgenders. Hun gemiddelde leeftijd bedraagt 35,7 jaar. De gemiddelde leeftijd van de cliënten die medewerkers van de gespecialiseerde organisaties (Gh@pro, Pasop en Espace P) de laatste jaren zien, ligt enigszins lager dan die van de respondenten in deze studie. Van alle participanten zegt 95,8% legaal in België te verblijven of te werken. 70,6% van hen heeft de Belgische nationaliteit, 64,3% is hier geboren. In vergelijking met de samenstelling van het cliënteel dat door de gespecialiseerde organisaties doorgaans wordt gezien, liggen deze percentages relatief hoog. Volgens Pasop vzw is iets meer dan de helft van de sekswerkers die ze zien van Belgische origine (52% in 2008). Bij Gh@pro vzw (in Antwerpen) is slechts één op drie mensen die hen contacteren van Belgische origine (www.Gh@pro.be). Espace P publiceert daar in zijn jaarverslagen geen gegevens over.

89,6% van de participanten beschikt over een vaste verblijfplaats; bijna de helft woont samen met een partner, kind(eren) en/of andere familieleden en 18,5% heeft na het secundair onderwijs nog een hogere opleiding genoten. Voor 83,5% vormt sekswerk de belangrijkste bron van inkomsten.

De gemiddelde leeftijd waarop de sekswerkers in de prostitutie stapten, is 25,6 jaar: gemiddeld hebben alle respondenten 10,1 jaar ervaring in de seksindustrie. Respondenten uit de straat- en raamprostitutie hebben een langere carrière als sekswerker (respectievelijk 14,3 en 12,4 jaar). Het merendeel van de respondenten met meer dan 20 jaar ervaring werkt in de straatprostitutie.

Ongeveer één derde van alle bevroegde sekswerkers heeft minder dan één jaar ervaring in de sector die ze momenteel als hun 'hoofdsector' beschouwen. Dat is een duidelijke indicatie van het dynamische karakter van de seksindustrie.

Deze gegevens worden niet op een gestandaardiseerde wijze bevroegd (en geregistreerd) bij de sekswerkers die bij de vzw's Gh@pro, Pasop en Espace P over de vloer komen. We kunnen de bovenstaande gegevens m.b.t. onze steekproef dus niet vergelijken met de populatie(s) die met de professionele prostitutie-organisaties in contact kwamen, en kunnen dus moeilijk vergeleken worden met een grotere groep sekswerkers.

We vermoeden dat de steekproef, een zgn. '*convenience sample*', niet wat alle kenmerken en variabelen betreft, voor de totale populatie van (vrouwelijke) sekswerkers in België representatief is.

2. Omvang van het roesmiddelengebruik onder de bevroegde sekswerkers

503 respondenten (95,5% van de totale steekproef) gebruikten in het leven meermaals één of meerdere van de bevroegde producten. Er is een *hogere prevalentie van roesmiddelengebruik* in het algemeen en illegale drugs in het bijzonder onder sekswerkers in vergelijking met de algemene bevolking. Het ver-

gelijken van de prevalentiecijfers met gegevens over de algemene bevolking is echter bijzonder moeilijk. Een nationaal prevalentieonderzoek naar roesmiddelengebruik onder de algemene bevolking is in België, in tegenstelling tot de meeste andere Europese lidstaten, nog niet gebeurd. Voor een aantal middelen (zoals cocaïne, heroïne, amfetamines en ecstasy) zijn geen exact vergelijkbare gegevens beschikbaar, omdat in het kader van de Belgische gezondheidsenquête met andere vragen werd gewerkt (Gisle *et al.*, 2010). Toch wijzen de resultaten van deze studie – geheel in lijn met buitenlandse studies die de prevalentie van druggebruik onder sekswerkers vergelijken met het voorkomen van druggebruik onder de algemene bevolking (Haasen, 2001) Potterat *et al.*, 1998) – uit dat het middelengebruik in deze groep hoger is dan bij de algemene bevolking: een hogere ‘life time’-prevalentie, hogere ‘last month’-prevalenties en hogere prevalenties van wekelijks en dagelijks gebruik van cannabis, cocaïne, heroïne, amfetamines en ecstasy.

Deze vaststelling geldt ook voor het *gebruik van alcohol*. Zoals andere studies (Li *et al.*, 2010; Inciardi *et al.*, 2005; Folch *et al.*, 2008; Plant *et al.*, 1990; Gossop *et al.*, 1994; Gossop *et al.*, 1995) legt ook dit onderzoek een hogere *lifetime* prevalentie (ooit-gebruik), hogere prevalenties van wekelijks of dagelijks *alcoholgebruik* onder sekswerkers én een hogere prevalentie van *binge drinking*, in vergelijking met de algemene bevolking bloot. Vele auteurs menen dat de sociale karakteristieken van sekswerk een context van alcoholgebruik creëren. Deze karakteristieken omvatten zowel individuele eigenschappen van de sekswerkers (kennis, houdingen en vaardigheden) als de complexe interacties tussen omgevings-, individuele, relationele, situationele en institutionele factoren (Li *et al.*, 2010). Onderzoek in Miami bij 407 vrouwelijke sekswerkers toonde aan dat 97% ooit alcohol had geconsumeerd en dat 78% in de laatste maand dagelijks alcohol had gebruikt (Inciardi *et al.*, 2005). Deze percentages zijn te vergelijken met de in onze studie. Onderzoek in Spanje concludeerde dat bijna de helft van de vrouwelijke sekswerkers (47,9%) één of meermaals per week alcohol gebruikte (Folch *et al.*, 2008).

58% van de participanten in deze studie gebruikte ooit cannabis. Cocaïne werd door 45% van de deelnemers ten minste één keer geprobeerd, en 17% gebruikte het middel de maand voor het interview.

15,5% gebruikte ooit heroïne, en 7,2% gebruikte het de laatste maand. Tussen de (‘life time’) prevalentie van heroïnegebruik en het aantal jaren ervaring in de seksindustrie stelden we een statistisch significant verband vast: heroïnegebruikende respondenten hebben doorgaans een langere carrière in het sekswerk achter de rug. Alléén bij heroïnegebruik vonden we een significant verband met het opleidingsniveau van de respondenten: onder hoger opgeleide respondenten troffen we minder heroïnegebruik aan.

Eén op vier sekswerkers (25,9%; N=137) in onze studie geeft aan de laatste maand benzodiazepinen te hebben gebruikt. Hoewel in de nationale Gezondheidsenquête niet naar benzodiazepinengebruik wordt gevraagd, maar wel naar het gebruik van anxiolytica en hypnotica (kalmeer- en slaapmiddelen), wijzen ook deze cijfers op hogere prevalenties in vergelijking met de algemene bevolking.

Een opvallende vaststelling is overigens de statistisch significante correlatie tussen het benzodiazepinegebruik en de leeftijd van de bevroagde sekswerkers ($p < 0,009$): hoe ouder de respondenten, hoe hoger het benzodiazepinegebruik. Ook uit de Belgische gezondheidsenquête van 2008 blijkt dat het gebruik van psychotrope geneesmiddelen (vooral slaap- en kalmeermiddelen) met de leeftijd lineair toeneemt, zowel bij de vrouwelijke als bij de mannelijke bevolking (Van der Heyden, 2010). Bovendien bleek er een statistisch significant verband tussen het aantal jaren ervaring in de seksindustrie en de prevalentie van (recent) benzodiazepinegebruik ($p < 0,001$): het zijn vooral de sekswerkers met een lange sekswerkcarrière die de maand vóór het interview nog benzodiazepinen hadden genomen.

Het gaat heel vaak om *polydruggebruik*. Ook *gecombineerd gebruik* (d.w.z. de consumptie van twee of meer producten bij eenzelfde gelegenheid) komt vaak voor. De meest voorkomende combinaties zijn alcohol+cannabis, alcohol+cocaïne en alcohol+benzodiazepinen. In de huidige studie rapporteerde 46% van de sekswerkers het gebruik van meer dan één roesmiddel, al dan niet tegelijkertijd. Deze bevindingen sluiten naadloos aan bij vaststellingen die in buitenlands onderzoek werden gedaan (Brecht *et al.*, 2008; Lorvick *et al.*, 2006; Falcón, 2007; Surratt *et al.*, 2006).

Trends in het roesmiddelengebruik onder sekswerkers kunnen in belangrijke mate de patronen van roesmiddelengebruik onder de algemene bevolking reflecteren. Zo kunnen de relatief hoge prevalenties van het gebruik van cannabis, cocaïne en benzodiazepinen gekoppeld worden aan algemene trends die de laatste jaren in de Belgische samenleving werden gesignaleerd.

Ondanks de grote verschillen in methodiek, definities en lokale situaties tussen de gerapporteerde studies in de internationale literatuur, proberen we toch een vergelijking te maken met de hier gepresenteerde data. Zeer veel studies rapporteren een hoge prevalentie van illegaal druggebruik binnen groepen vrouwelijke sekswerkers; gaande van 47,5 procent tot 95 procent (Dalla, 2000; Kuhns *et al.*, 1992; Potterat *et al.*, 1998; Risser *et al.*, 2006; Sterk, 2000; Valandra, 2007; Weiner, 1996; Williamson & Folaron, 2003; Yacoubian *et al.*, 2000). In **Tabel 70** presenteren we een overzicht van de prevalenties van middelengebruik in de internationale literatuur. In de onderste rij zijn een aantal vergelijkbare percentages opgenomen uit onze Belgische studie. De sectoren waarin gepeild wordt naar druggebruik bij sekswerkers, verschillen vaak van die in de hier voorgestelde studie. Vaak wordt de focus gelegd op een specifieke sector, meestal de straatprostitutie. Het feit dat onze studie zich op vijf verschillende prostitutiebranches richtte, maakt ze – ook internationaal gezien – wellicht uniek en relevant.

Philpot (1989) beschreef lang geleden al een grotere prevalentie van allerlei druggebruik bij sekswerkers, vergeleken met andere vrouwen die via een medische consultatie voor SOI werden gezien. Hij rapporteerde vooral het gebruik van marihuana, slaappillen, amfetamines, cocaïne en heroïne, en wees op de hogere prevalenties van intraveneus druggebruik en alcohol- en drugconsumptie. In een andere studie werd het middelengebruik bij sekswerkers en bij vrouwelijke gedetineerden vergeleken,

en men concludeerde dat sekswerkers meer roesmiddelen gebruikten, en alcohol dronken vanaf een jongere leeftijd (Kuhns, 1992).

Tabel 70: Prevalentie van middelengebruik onder sekswerkers: overzicht van buitenlandse studies

Auteur	Land	Jaar publicatie	jaar studie	Populatie aantal	Sector	Roesmiddelen gebruik	IV DU	Crack	Marihuana	Cocaine	nasale heroïne	Alcohol	Tabak	Medicijnen	Benzodiazepines	Poppers	Opiaten	Xtc	Amfetamines	Andere
Goldstein	US	1979				40-85%														
Doerr	Duitsland	1990		3290			74%													
Colomo	Spanje	1990		323			45%													
McKeganey	Schotland	1990		208			59%													
Weiner		1996		1963	straat		28,40%	68,30%	43,70%	39,40%	23,10%									
Ward	UK	2000	1989-9 en 1995-6	193+143				11,4% en 33,6%												
Cagliero & Lagrange	Frankrijk	2003	2002	173		18%			16%	18%		42%	64%	20%	2%	5%	14%			3%
Korff	Nederland	2004	2004	92			68%	89%	51%	9%		52%								
Zurhold	Duitsland	2005	2002	114		100%	85,10%	91,50%												
Terrence Higgins Trust	UK	2006		37			22%													
Van Laar	Nederland	2007	2002	109		34%														
Jeal & Salisbury	UK	2007	2004	142	straat en bordeel		85%	87%	24%											
Folch	Spanje	2009		400			9,30%													
Loza	Mexico	2010		914		14%	18% ooit													
Ilic	Servië	2010		113+78	straat en binnen		15%													
Surratt	US	2010		806	straat	100%														
huidige studie	België	2011				95%		3,40%	24,80%	16,70%	7,20%	74,40%			25,90%			1,70%	3,80%	18%

Gossop *et al.* (1994) onderzocht de relatie tussen drugs en prostitutie aan de hand van interviews met 51 vrouwen in Zuid-Londen die de laatste vier weken als prostituée hadden gewerkt én opiaten of stimulantia hadden gebruikt. Zij stelden onder meer dat twee derden van de vrouwen uit de prostitutie zouden stappen als ze het middelengebruik achterwege konden laten. Meer dan de helft van de onderzochte sekswerkers gebruikte heroïne. Dat is niet vergelijkbaar met de vaststellingen die wij in deze studie hebben gedaan: slechts 7% van de sekswerkers in deze Belgische studie gebruikte tijdens de maand vóór de enquête heroïne.

In een grootschalige studie bij 1.963 vrouwelijke sekswerkers in New York bleek crack de meest gebruikte illegale drug (68.3%) (Weiner 1996). Andere illegale middelen die vaak werden gebruikt, waren marihuana (43.7%), cocaïne (39.4%), intraveneuze heroïne (28.4%) en nasale heroïne (23.1%). Ongeveer één vijfde gebruikte methadon (20.6%), al dan niet legaal verkregen. Een groot aandeel (43.3%) gaf aan ooit drugs te hebben geïnjecteerd. Ongeveer één vierde (25.1%) rapporteerde intraveneus gebruik ten tijde van het interview (Weiner, 1996). Meer dan de helft van de respondenten (54.5%) gebruikte op het moment van het interview alcohol en meer dan drie vierde (84.9%) rookte sigaretten.

Uit een onderzoek gevoerd bij 325 vrouwelijke sekswerkers in Miami, bleek dat bijna alle vrouwelijke sekswerkers ooit alcohol en marihuana gebruikten. Iets meer dan een derde gebruikte reeds heroïne. 13.8% van de ondervraagde sekswerkers injecteerde drugs gedurende de laatste maand voor de studie (Surratt *et al.*, 2004). Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de gegevens in deze studie.

Ook wat de prevalentie van specifieke gebruikspatronen betreft levert een vergelijking van bestaande onderzoeksresultaten grote verschillen op. Zo bleken 74% van de 3.290 sekswerkers in een studie in Frankfurt *intraveneus* te gebruiken (Doerr *et al.*, 1990) terwijl een studie in Madrid in ongeveer dezelfde periode 45% intraveneuze gebruikers onder een steekproef van 323 vrouwelijke sekswerkers rapporteerde (Colomo *et al.*, 1990) en in onze studie slechts 7%. In een studie in Glasgow bleken 59% van de 208 bevroegde sekswerkers intraveneuze gebruikers (McKeganey *et al.*, 1990). In meer recente literatuur vinden we veel crackgebruik in de VS: 74,4% in Miami (Surratt *et al.*, 2004). De grote verschillen met de bevindingen in onze studie kunnen te maken hebben met verschillen in recruiteringsstrategieën: de meeste van de hoger genoemde studies recruteerden hun respondenten via HIV-preventieprogramma's.

3. Verschillen in prevalentie van middelengebruik tussen sectoren

De meeste onderzoekers gaan ervan uit dat er inzake middelengebruik belangrijke verschillen kunnen bestaan tussen *prostitutiesectoren of types van sekswerk* (bijv. sekswerkers die binnenshuis werken versus prostitutees actief op zichtbare plaatsen) (Falcon, 2007; Harcourt *et al.*, 2001). In de internatio-

nale literatuur krijgt de straatprostitutie de meeste aandacht: straatprostituees zouden meer en vaker drugs gebruiken, meer intraveneus ook, op een meer problematische wijze zelfs én vaker drugafhankelijk zijn dan sekswerkers die op andere plekken werken (Gilchrist *et al.*, 2005; Harcourt *et al.*, 2001; Philpot *et al.*, 1989).

In deze studie hebben wij ook een aantal opvallende verschillen in prevalentie van middelengebruik tussen prostitutiesectoren vastgesteld. In **tabel 71** vatten we de gegevens inzake *life time* en *last month* prevalentie per sector samen. In de volgende paragrafen beschrijven we enkele opvallende kenmerken van de vijf sectoren die we bestudeerden.

Tabel 71: Overzichtstabel van *life time*- en *last month*-prevalentie van verschillende producten, per sector

		Straat	Raam	Bar/raam	Bar/Club	Privé	Escort	Totaal
Alcohol	LTP	96,3% N=103	89,3% N=109	94,3% N=66	100,0% N=50	98,6% N=137	92,5% N=37	95,1% N=502
	LMP	68,2% N=73	55,7% N=68	81,4% N=57	98,0% N=49	81,3% N=113	82,5% N=33	74,4% N=393
Cannabis	LTP	72,0% N=77	36,1% N=44	48,6% N=34	76,0% N=38	68,3% N=95	52,5% N=21	58,5% N=309
	LMP	36,4% N=39	18,0% N=22	20,0% N=14	22,0% N=11	28,8% N=40	12,5% N=5	24,8% N=131
Benzodiazepinen	LMP	35,5% N=38	23,0% N=28	17,1% N=12	22,0% N=11	26,6% N=37	27,5% N=11	25,9% N=137
Cocaïne	LTP	62,6% N=67	26,2% N=32	38,4% N=27	58,0% N=29	46,0% N=64	47,5% N=19	45,1% N=238
	LMP	28,0% N=30	9,8% N=12	8,6% N=6	32,0% N=16	15,1% N=21	7,5% N=3	16,7% N=88
Heroïne	LTP	46,7% N=50	3,3% N=4	1,4% N=1	20,0% N=10	8,6% N=12	12,5% N=5	15,5% N=82
	LMP	33,6% N=36	-	-	2,0% N=1	0,7% N=1	-	7,2% N=38
Amfetaminen	LTP	32,7% N=35	15,6% N=19	20,0% N=14	32,0% N=16	30,2% N=42	37,5% N=15	26,7% N=141
	LMP	3,7% N=4	1,6% N=2	1,4% N=1	4,0% N=2	5,0% N=7	10,0% N=4	3,8% N=20
Crack	LTP	22,4% N=24	2,5% N=3	1,4% N=1	4,0% N=2	7,2% N=10	5,0% N=2	8,0% N=42
	LMP	11,2% N=12	0,8% N=1	1,4% N=1	2,0% N=1	1,4% N=2	2,5% N=1	3,4% N=18
ecstasy	LTP	31,8% N=34	15,6% N=19	35,7% N=25	42,0% N=21	41,7% N=58	47,5% N=19	33,3% N=176
	LMP	-	0,8% N=1	-	-	2,9% N=4	10,0% N=4	1,7% N=9

Life time prevalentie: percentage mensen van een gegeven populatie dat minstens één keer in zijn/haar leven een product heeft gebruikt.

Last month prevalentie: percentage mensen van een gegeven populatie dat de laatste maand (vóór het interview) een product heeft gebruikt.

In de sector van de *straatprostitutie* springt de prevalentie van heroïne-, cocaïne- en/of crackgebruik eruit. Zowat alle heroïnegebruikende respondenten zijn als sekswerker op straat of op andere publieke plaatsen actief. Cocaïne en crack zijn de laatste jaren meer in trek, maar het betreft vooral vrouwen met een heroïne-*afhankelijkheid* die in de straatprostitutie verzeilen. Bovendien rapporteren ook veel respondenten uit de straatsector dat ze nog een ander product (vooral methadon (N=34) en antidepressiva (N=15)) gebruikt hebben. Ook intraveneus druggebruik komt vooral in deze sector voor.

Binnen de *raamprostitutie* dronk meer dan de helft van de participanten alcohol gedurende de laatste maand, gebruikte ¼ cannabis en 9% cocaïne. Sekswerkers zijn in deze sector erg zichtbaar en

identificeerbaar. De sector kenmerkt zich door kortdurende seksuele diensten (“*binnen en buiten*”) en vaak een stabielere thuissituatie. Desalniettemin veronderstellen veel deelnemers aan de focusgroeps-gesprekken dat het werkelijke roesmiddelengebruik in deze sector hoger ligt dan uit de gepresenteerde cijfers naar voren komt, en voornamelijk dat het gebruik onder sekswerkers ’s nachts hoger ligt. De groep van vrouwen die ’s nachts werken, werd niet apart bevraagd. De relatief hoge gebruikspercentages voor benzodiazepinen kunnen als symptomen van eenzaamheid en psychische problemen worden geïnterpreteerd.

Onder de vrouwen in de *bar/raamsector* actief, rapporteert 81,4% alcoholgebruik in de laatste maand, 17% cannabisgebruik en 8,6% cocaïnegebruik. Deze cijfers liggen iets lager dan bij de vorige groep uitgenomen voor alcohol. Deelnemers aan de focusgroepsdiscussie in Brussel vermoeden echter omwille van het intense werkritme een hoger gebruik van cannabis en stimulerende middelen, dan uit de cijfers in deze studie naar voren komt. Alcoholconsumptie is ook in de *bar/clubsector* “*part of the job*”; zij vormt vaak een belangrijkere bron van inkomsten in vergelijking met de seksuele dienstverlening. Bovendien is het cocaïnegebruik beduidend hoger (32%) onder de respondenten in deze branche.

De *privésector* scoort min of meer in lijn met het globale gemiddelde, behalve wat het heroïnegebruik betreft; dit wordt door slechts 1 respondente uit deze branche gerapporteerd. Deze sector is minder zichtbaar en toegankelijk. Een aantal deelnemers aan de focusgroepsdiscussies (vooral hulpverleners) gaat ervan uit dat deze meer verborgen sector opgezocht wordt door jongere vrouwen die zich niet goed in hun vel voelen en door gebruikende sekswerkers. De kwalitatieve data suggereren dat in de privéhuizen méér wordt gebruikt dan algemeen aangenomen, al of niet onder invloed van uitbaters.

Over de *escortbranche* kunnen we weinig harde uitspraken doen. Het is een grotendeels *verborgen* branche, en het onderscheid met de *privésector* blijft vaag. Verschillende sekswerkers combineren de twee sectoren. Ook in deze sector komt het voor dat met de klant wordt gebruikt. Toch lijken de kwalitatieve data de kwantitatieve bevindingen te bevestigen: onder deze sekswerkers komt roesmiddelengebruik minder voor, en als er (occasioneel) gebruikt wordt, situeert het zich vaak in de vrije tijd.

We wijzen op de verschillen inzake *life time* prevalentie en *last month* prevalentie van een aantal middelen, zoals ecstasy, amfetamines en cocaïne. Er zijn – in elke sector van de seksindustrie – respondenten die met één of meer middelen hebben geëxperimenteerd. Toch kunnen ze niet als regelmatige gebruikers worden beschouwd. Dat is overigens ook het geval onder de algemene bevolking. Het gaat vaak om vluchtige experimenten met partydrugs in het uitgaansleven.

Van alle respondenten die de afgelopen 30 dagen alcohol gedronken hebben, deed de helft dat op de werkplek zelf. Alcoholconsumptie op de werkplek komt in alle prostitutiesectoren frequent voor, en in de *bar/clubsector* maakt die consumptie deel uit van de werkroutine. *Frequent drinken* (ten minste 4 keer per week) en *binge drinking* (zes of meer eenheden bij eenzelfde gelegenheid) worden vooral door sekswerkers actief in deze sector gerapporteerd. Een Armeens onderzoek concludeerde dat

50% van de sekswerkers alcohol gebruikt voordat ze aan een werkdag beginnen en dat bijna één vierde (24%) gedurende de afgelopen week werd gedwongen om alcohol te gebruiken vóór het sekswerk (Markosyan *et al.*, 2007).

Van de respondenten die de laatste dertig dagen cannabis gebruikten, zegt bijna één op drie dat (onder meer) op de werkplek te doen. Ze zeggen ook op andere momenten cannabis te gebruiken (op vrije dagen, na het werk, enz.), wat erop kan wijzen dat cannabis niet zozeer met het sekswerk zelf samenhangt, maar deel uitmaakt van een levensstijl.

Van de respondenten die de laatste dertig dagen cocaïne gebruikten, zegt 40,2% dat (onder meer) op de werkplek te doen. Zestien respondenten (42,1% van wie de afgelopen 30 dagen heroïne gebruikten; 3% van de totale steekproef) gebruikten (heroïne) op de werkplek. De verhalen van deze sekswerkers – vaker actief in de straatprostitutie dan in andere sectoren - suggereren een intensief patroon van gebruik, dat met het sekswerk samenhangt. Ze geven aan dat ze sekswerk verrichten om het cocaïne- of heroïnegebruik te kunnen betalen.

4. Sekswerk en middelengebruik: samenhang en wisselwerking

Een belangrijke vraag betreft de samenhang tussen middelengebruik en sekswerk. Het verband tussen roesmiddelengebruik en sekswerk is complex. In de kwalitatieve interviews zeggen sommigen uitdrukkelijk dat zij gebruiken om het werk aan te kunnen of om hun werkdag te vergeten. Uit de kwantitatieve survey leiden we af dat enkele aspecten van het werk, zoals het leggen van contacten met klanten, onder invloed van bepaalde middelen (zoals alcohol) gemakkelijker verlopen. Andere sekswerkers gebruiken tijdens het wachten op klanten, tegen de verveling. Weer anderen vermijden net alcohol en illegale producten, omdat het gebruik ervan ze verhindert om hun beroep degelijk uit te voeren. Toch blijft het gebruik voor sommige sekswerkers onlosmakelijk verbonden met het sekswerk, en dat is vooral in de bar/clubsector het geval. De kwalitatieve data suggereren dat uitbaters in het voorkomen van middelengebruik op de werkplek een belangrijke rol spelen. Veel hangt af van het feit of de uitbater zelf gebruikt en of hij/zij het gebruik van anderen tolereert. Sommige uitbaters moedigen het gebruik zelfs aan.

De meerderheid van alle bevraagde sekswerkers (93,2%; N=492) aanvaardt geen roesmiddelen als betaling. De meeste respondenten die zich wel eens met roesmiddelen (meestal cocaïne of heroïne) laten betalen, zijn in de straatprostitutie actief (N=27). Deelnemers aan het focusgroepsgepraak in Antwerpen vermoeden dat het “seks voor drugs”-fenomeen onder straatsekswerkers vaker voorkomt dan de cijfers doen vermoeden.

In de internationale literatuur werd eerder al gewezen op het gebruik van cocaïne en alcohol om het beroep van sekswerker uit te kunnen oefenen en vol te houden. Intensief middelengebruik wordt in verband gebracht met onveilige seksuele contacten en een verhoogde kwetsbaarheid in het

onderhandelen met klanten (Falcon et al, 2007). Ook in deze studie probeerden we na te gaan of het roesmiddelengebruik het sekswerk (negatief of positief) beïnvloedde. De cijfers die we presenteren, vormen omwille van onze vraagstelling en het dubbele taboe (op sekswerk en middelengebruik) wellicht een onderrapportering van de wisselwerking tussen beide aspecten. Bijna de helft van alle respondenten (48,6%) zegt dat het sekswerk hen na het gebruik van een roesmiddel makkelijker afging. Honderdvijfendertig respondenten (37,7% van wie deze vraag beantwoordde) kan minder lang werken als ze onder invloed zijn van een roesmiddel; maar bijna evenveel sekswerkers (N=123; 34,6% van wie de vraag beantwoordde) zeggen juist langer aan de slag te kunnen blijven. Eén op drie zegt sterker in zijn schoenen te staan om met klanten te onderhandelen over de prijs, over de seksuele diensten of over de plek waar men seks zal hebben. Ongeveer evenveel respondenten beweren onder invloed een klant makkelijker weg te kunnen sturen. Ook over het effect van roesmiddelengebruik op het aantal klanten dat men aankan, is de populatie verdeeld: 32,2% (N=115) zegt onder invloed minder klanten te ontvangen, 30,3% (N=108) beweert juist méér klanten aan te kunnen. Een kleine groep respondenten (N=47; 13,1%) zegt met roesmiddelen bepaalde seksuele diensten toe te staan, waar ze naderhand spijt van hebben. Vierenzestig respondenten (N=64, 17,8%) hebben onder invloed wel eens onbeschermd seks.

Respondenten actief in de straatprostitutie ervaren vaker het effect van roesmiddelengebruik op het sekswerk: ze rapporteren meer onbeschermd seks, vinden het sekswerk gemakkelijker, ze staan bepaalde seksuele diensten vlugger toe, ze zijn in hun klantkeuzes minder selectief en onder invloed van *craving* laten ze soms een condoom achterwege. Tegelijkertijd rapporteren straatprostitutees meer dan sekswerkers uit andere sectoren dat ze met een middel beter kunnen onderhandelen en klanten gemakkelijker kunnen wegsturen. Aan de andere kant van het spectrum bevinden zich de respondenten actief in de raamprostitutie: zij rapporteren –in vergelijking met de respondenten uit andere prostitutiebranches- steevast minder vaak effecten van roesmiddelengebruik op het sekswerk.

Uit recent onderzoek (Shannon *et al.*, 2008) in Canada blijkt dat 59% van de druggebruikende (straat)sekswerkers de laatste zes maanden met een klant drugs hadden gebruikt. Meestal betrof het crack (54%). 13% van de sekswerkers gebruikte alcohol met een klant, en 9% gebruikte samen marihuana. 13% van de druggebruikende sekswerkers rapporteerde intraveneus gebruik met een klant (9% cocaïne, 8% heroïne en 6% speed (Shannon *et al.*, 2008). In de huidige studie zegt meer dan de helft (N=291; 55,1%) van alle bevraagde sekswerkers nooit met een klant te hebben gebruikt. Als respondenten met klanten roesmiddelen gebruiken, gaat het vooral om alcohol: 199 respondenten (37,7% van alle bevraagde sekswerkers) gebruiken soms, vaak of altijd alcohol met de klant. Klanten kunnen ook een belangrijke rol in het illegale roesmiddelengebruik van de sekswerkers spelen: zij brengen roesmiddelen mee of zoeken actief sekswerkers op die hen aan drugs helpen om (samen) te gebruiken. Tweeënzestig sekswerkers (11,7% van de totale steekproef) gebruiken wel eens cocaïne met een klant. Voor de andere middelen zijn de aantallen die wel eens met een klant gebruiken, veel kleiner: 4,2% gebruikte wel eens cannabis met een klant (N=22), en telkens minder dan 1% gebruikte wel eens am-

fetaminen, heroïne, crack, of ecstasy. Vooral in de bar/clubsector is de frequentie van het gebruik van alcohol en/of cocaïne met klanten hoog.

5. Invloed van middelengebruik op condoomgebruik bij sekswerkers

Het medische perspectief en het risico op SOI-overdracht krijgen in de literatuur rond sekswerk heel wat aandacht. Druggebruik is daarbij een belangrijke risicofactor. Enerzijds kan (het bekostigen van) gebruik motiveren om het aantal klanten op te drijven. Door het druggebruik kunnen sekswerkers vervolgens de voeling met de werkelijkheid verliezen. Hierdoor vervagen de remmingen en zullen zij meer risicovol gedrag toelaten, zoals voorbehoedsmiddelen verwaarlozen. Ook de werkplek en de daaraan verbonden werkomstandigheden bepalen mee het condoomgebruik; een onprofessionele setting brengt consistent condoomgebruik in het gedrang. Financiële zorgen zetten consistent condoomgebruik verder onder druk. Klanten bieden immers meer geld in ruil voor onveilige seks. Deze dynamiek wordt nog versterkt als de sekswerker roesmiddelengebruik via sekswerk bekostigt.

Sekswerkers komen met meerdere sekspartners in contact en deze partners worden vaak zelf als 'risicovol' beschouwd (ze injecteren zelf drugs en maken een verhoogde kans op hiv of een andere SOI). Intraveneus druggebruik (onder andere door het delen van naalden) jaagt die kansen op overdraagbare infecties evenzeer in de hoogte (Golder *et al.*, 2007).

In deze studie rapporteert 18,5% van de vrouwen soms, vaak of altijd onbeschermd seks onder invloed van drugs. 8,6% zegt onder invloed van craving soms of vaak onbeschermd seks te hebben gehad. In een recent Nederlands onderzoek stelden van Veen *et al.* (2010) vast dat 88% van de vrouwelijke niet-druggebruikende sekswerkers consistent een condoom gebruikten. Onder de druggebruikende sekswerkers was dat slechts 56%. Ook geregeld condoomfalen komt vaker bij druggebruikende sekswerkers voor: 41% tegenover 36% bij de niet-gebruikende vrouwelijke sekswerkers (van Veen *et al.*, 2010). In een Brits onderzoek werd een gelijkaardig omgekeerd verband tussen druggebruik en inconsistent condoomgebruik vastgesteld. Bij vrouwelijke sekswerkers die amfetamines namen, crack rookten, heroïne injecteerden of met hun klanten gebruikten, was het condoomgebruik veel lager dan bij niet-gebruikende vrouwelijke sekswerkers (Johnston *et al.*, 2010). Ook Kalichman *et al.* (2007) concludeert dat het gebruik van drugs, en van alcohol in het bijzonder, meer verband houdt met onveilige seks, dan de frequentie of de kwantiteit van het sekswerk zelf (Kalichman *et al.*, 2007).

Rawson *et al.* (2002) stelden in hun onderzoek bij 321 cliënten van behandelingscentra in New York en Zuid-California dat 76% van de sekswerkers die met hun klanten drugs gebruiken, soms geen condoom gebruikt. In 78% van zulke gevallen bood de klant meer geld voor seks zonder condoom. 18% van de sekswerkers ging daar op in. Bij sekswerkers die niet met hun klanten gebruiken, liggen die percentages opvallend lager: 56% gebruikte soms geen condoom. Slechts 38% kreeg meer geld aangeboden voor seks zonder condoom, en slechts 3% ging op het voorstel in (Rawson *et al.*, 2002).

Loza *et al.* (2010) vonden een sterke correlatie van syfilis infecties bij sekswerkers met intraveneus druggebruik, met druggebruik tijdens het sekswerk en met middelengebruik met klanten.

In een aantal studies wordt geargumenteed dat het negatieve effect van middelengebruik op consistent en efficiënt condoomgebruik groter is onder straatprostituees, dan in andere sectoren, zoals bordelen (Harcourt *et al.*, 2001; Jeal Salisbury, 2007). We merken overigens op dat straatsekswerk ook met een hogere infectie-incidentie met hepatitis B en C wordt geassocieerd, maar deze infecties kunnen zowel door het intraveneus druggebruik als door het sekswerk verworven zijn. Hepatitis B kan bovendien overgedragen worden van moeder op kind én in huishoudens met hepatitis B-dragers worden overgedragen. Mensen afkomstig uit hoog endemische gebieden kunnen dus op een andere manier dan door sekswerk of druggebruik met hepatitis B geïnfecteerd zijn.

In onze studie geven vierenzestig respondenten (17,8% van alle bevroegde sekswerkers) aan dat ze onder invloed van middelen wel eens onbeschermd seks hebben. We kunnen de invloed van middelengebruik op *safe sex* enkel inschatten aan de hand van de (subjectieve) antwoorden van de deelnemers. We beschikken immers niet over objectieve gegevens met betrekking tot de incidentie van SOI, hepatitis of hiv onder de sekswerkers die we in deze studie hebben kunnen bevragen. Omdat vragen inzake condoomgebruik niet altijd eerlijk worden beantwoord (vanwege de sociale wenselijkheid), worden in andere studies dikwijls andere variabelen, zoals incidenties van SOI, gemeten om praktijken i.v.m. *safe sex* te beoordelen. In de Verenigde Staten zijn in de jaren '90 verschillende publicaties over syfilisepidemies verschenen. Zo vond men in een studie in Connecticut bijvoorbeeld een duidelijke relatie tussen syfilis en cocaïnegebruik (Farley, 1990). In een Nederlands onderzoek had 26% van de druggebruikende sekswerkers het laatste jaar een SOI-behandeling ondergaan, tegenover slechts 12% van de niet-druggebruikende sekswerkers (van Veen *et al.*, 2010).

Uit Nederlands onderzoek is gebleken dat het voorkomen van hiv significant hoger is bij druggebruikende injecterende sekswerkers tegenover het voorkomen van hiv bij niet-druggebruikende vrouwelijke sekswerkers en bij druggebruikende niet-injecterende sekswerkers (van Veen *et al.*, 2010). In de populatie die we in deze studie bestudeerden, lijkt intraveneus roesmiddelengebruik beperkt tot een kleine groep van straatsekswerkers. De prevalentie van hiv is bij sekswerkers in België ook heel laag. De overgrote meerderheid van die besmettingen wordt in een ander land (herkomst) of in het homomilieu opgelopen. Deze bevindingen gelden niet enkel voor Nederland en België. In heel West-Europa komt hiv onder vrouwelijke sekswerkers doorgaans bij minder dan 2% voor, behalve bij sekswerkers die drugs gebruiken, en vooral bij wie injecteert (Eurohiv, 2002).

6. Problematisch gebruik en druggerelateerde noden

Aan de hand van de definitie voor problematisch gebruik van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs- en Drugverslaving gingen we na of de respondenten *problematisch* gebruiken (d.w.z. injecterend gebruik, of langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen). Eénentwintig respondenten (4% van de totale steekproef) gebruikten intraveneus tijdens de maand vóór het interview. Zij werken allemaal in de straatprostitutie. Er is telkens een significant verband tussen intraveneus gebruik en de leeftijd waarop zij met sekswerk begonnen. Intraveneuze gebruikers zijn doorgaans op jongere leeftijd met sekswerk gestart en dus hebben ze een langere carrière achter de rug. Het betreft vaak lager opgeleide mensen zonder vaste verblijfplaats. Van wie de laatste dertig dagen nog injecteerden, lieten dertien respondenten (2,5% van de steekproef) zich voor hun seksuele diensten wel eens met roesmiddelen betalen. De meerderheid was op het ogenblik van het interview in begeleiding voor druggerelateerde problemen. Van de sekswerkers die ooit intraveneus gebruikten (N=56), heeft meer dan de helft (N=29) ooit injectiemateriaal gedeeld of gebruikte spuiten opnieuw gebruikt.

Volgens het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving valt het 'regelmatig gebruiken' van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen ook onder de omschrijving van 'problematisch druggebruik'. De definitie van het EWDD maakt echter niet duidelijk wat onder 'regelmatig gebruik' moet worden begrepen. In deze studie definiëren wij 'regelmatig gebruik' als het 'ten minste één keer per week consumeren van een middel'. Zevenenzeventig respondenten (14,6% van alle bevraagde sekswerkers) gebruiken volgens deze definitie ten minste één (en vaak twee of drie) van de hierboven genoemde middelen 'op problematische wijze'. Regelmatige gebruikers van cocaïne, crack of heroïne vinden we proportioneel vaker in de straatprostitutie terug. Hoewel het 'regelmatig gebruik' van alcohol, cannabis en benzodiazepinen niet onder de EWDD-definitie van 'problematisch gebruik' valt, stellen we vast dat aanzienlijke proporties van de bevraagde steekproef de laatste dertig dagen vóór het interview 'regelmatig' alcohol (50,2%), cannabis (18,6%) of benzodiazepinen (21%) gebruikten.

Een andere indicator voor problematisch middelengebruik is de *Severity of Dependence Scale* (SDS), waarvan de wetenschappelijke validiteit in tal van studies naar middelengebruik bij volwassen populaties is aangetoond. Op basis van de scores op de *Severity of Dependence Scale* ervaren 201 respondenten (30,1%) een zekere mate van afhankelijkheid ten opzichte van één (of meer) roesmiddelen. Deze psychometrische schaal evalueert de psychologische aspecten van afhankelijkheid aan de hand van 5 items, die te maken hebben met een individuele bezorgdheid, met angst over het gebruik en met het gevoel de controle over het gebruik al dan niet te verliezen. 15,9% van de bevraagde sekswerkers vertoont een zekere mate van afhankelijkheid van alcohol. Deze respondenten vinden we vooral terug in de bar/clubsector en in de straatprostitutie. Negenenzestig respondenten (13,6% van de steekproef) zijn in meer of mindere mate afhankelijk van benzodiazepinen. 10,2% van alle bevraagde sekswerkers

is (in meerdere of mindere mate) afhankelijk van cocaïne, 7,5% van cannabis, en 6,5% van heroïne. Daarbij merken we op dat een sekswerker die volgens deze SDS-schaal van een product afhankelijk is, niet noodzakelijk problemen ervaart of het middelengebruik zelf als ‘problematisch’ bestempelt. Uit de kwalitatieve data blijkt overigens dat veel respondenten informele controlemechanismen toepassen om het gebruik onder controle te houden of te temperen. Ten slotte wijzen we er op dat met deze cijfers ook niet kan worden nagegaan of er tussen het sekswerk en eventuele afhankelijkheidsproblemen een causaal verband bestaat. Het vermoeden dat middelenafhankelijkheid bij deze populatie samenhangt met psychische problemen is in ieder geval een interessante onderzoekspiste voor de toekomst.

7. Druggerelateerde noden en gebruik van het zorgaanbod

Van wie ooit een product gebruikt heeft, zocht zowat één op vier al eens professionele hulp in verband met roesmiddelengebruik. Drie op vier respondenten deden dat bijgevolg (nog) niet. Bij meer dan de helft was de behandeling op het moment van het interview overigens nog lopende of nog maar recent afgelopen. Dat kan onder meer te maken hebben met het feit dat de meeste respondenten in deze studie via gespecialiseerde organisaties werden gerekruteerd.

Van de zevenenzeventig respondenten (14,6%) die de maand voor het interview op ‘problematiese’ wijze gebruikte (d.w.z. injecteerde of ten minste één keer per week consumeerde), kwam één op vier (nog) niet bij de hulpverlening terecht.

Op basis van de scores op de *Severity of Dependence Scale* ervaren 201 respondenten een zekere mate van afhankelijkheid van alcohol, benzodiazepinen, cocaïne, cannabis, heroïne, amfetamines, methadon, antidepressiva en/of crack. Van deze participanten heeft ongeveer de helft (48,8%) reeds op professionele hulpverleners een beroep gedaan. We kunnen deze cijfers niet vergelijken met de algemene bevolking, omdat er geen vergelijkbare cijfers (m.b.t. de algemene bevolking) beschikbaar zijn.

Een opvallende vaststelling is dat méér ‘afhankelijke’ respondenten uit de straatprostitutie de stap naar de hulpverlening zetten, in vergelijking met ‘afhankelijke’ respondenten uit de raamprostitutie en de bar/raamprostitutie. Ze hebben ook vaker veelvuldig contact met de drughulpverlening. . Straatprostituees doen heel vaak een beroep op straathoekwerkers, terwijl dat in andere prostitutiesectoren niet of nauwelijks het geval is. Dat kan onder meer worden verklaard door het feit dat de hulpverlening aan straatprostituees (bijv. in Antwerpen) onder de koepel van de drughulpverlening valt. Straathoekwerkers bezoeken deze doelgroep zowat dagelijks, en dat verklaart wellicht waarom deze sekswerkers de weg naar de drughulpverlening beter weten te vinden.

Als sekswerkers uit andere sectoren professionele hulp zoeken, gebeurt dat het vaakst via de huisarts (70%), gevolgd door de ambulante en residentiële drughulpverlening. Zowel uit de informele gesprekken met sekswerkers voor en na de afname van de kwantitatieve vragenlijst, als uit de kwali-

tatieve interviews met sekswerkers en de focusgroepsgesprekken blijkt dat drugsgelateerde problemen voor onze respondenten doorgaans niet de hoogste prioriteit vormen. Ofschoon sommige vrouwen wel negatieve gevolgen van hun roesmiddelengebruik onderkennen, is dat doorgaans niet hun belangrijkste zorg. Respondenten leggen in hun verhalen veelal de nadruk op de negatieve vooroordelen ten aanzien van de sekswerker, de gebrekkige regulering van en het taboe rond het beroep, en de sociale gevolgen die daaruit voortvloeien: het dubbelleven, de eenzaamheid, het sociale isolement, de angst voor geweld, enz. Voor sommige sekswerkers is het maatschappelijke stigma een stimulerende factor voor hun vlucht in het roesmiddelengebruik.

Respondenten die (intensief) gebruiken, kampen met lichamelijke klachten en/of psychische problemen en worden op sociaal vlak het voorwerp van maatschappelijke uitsluiting (zowel door familie en vrienden, als door andere sekswerkers). Druggerelateerde problemen worden niet altijd aangepakt: ze worden geminimaliseerd of ontkend, ze worden beschouwd als problemen van voorbijgaande aard of als niet-prioritair. Zolang de problemen niet echt escaleren of acuut zijn, ondernemen veel sekswerkers niets, of ze trachten met persoonlijke strategieën hun gebruik te reguleren of te temperen. Dat sekswerkers maar moeilijk de stap naar de drugshulpverlening zetten, heeft te maken met tal van factoren. Velen zijn bang dat ze door politiediensten en andere instanties niet ernstig worden genomen. Minder dan de helft van alle respondenten die in verband met hun middelengebruik hulp zochten, vertrouwden de hulpverlener 'altijd' toe sekswerker te zijn. Bijna één op vier respondenten heeft dat de hulpverlener in kwestie nog nooit meegedeeld. Een en ander doet vermoeden dat sekswerkers nood hebben aan een aanbod-op-maat via gespecialiseerde prostitutieorganisaties, ook wat druggerelateerde problemen betreft.

De ervaringen van sekswerkers met hun huisarts zijn niet onverdeeld positief. Veel sekswerkers (of hun collega's) hebben negatieve ervaringen, werden onheus behandeld of stootten op tegenstand en onbegrip voor hun werk en eventuele druggebruik. Met het oog op een adequate zorgverstrekking is het ontbreken van een voldoende vertrouwensband met de huisarts bijzonder verontrustend. Hetzelfde geldt ten aanzien van de professionele drughulpverlening: veel sekswerkers hebben het gevoel dat de maatschappelijke vooroordelen ten aanzien van prostitutie ook onder drughulpverleners leven. Zij zijn daarom minder geneigd om ernaartoe te stappen. In die omstandigheden is het voor hen bijzonder lastig om een kwaliteitsvolle vertrouwensrelatie met de hulpverleners uit te bouwen. Voor de drughulpverleners is het vaak zoeken naar het geschikte moment waarop een sekswerker ontvankelijk is voor gezondheidsbevorderende boodschappen, en een bruikbaar aanknopingspunt om het gesprek met de sekswerker aan te gaan.

Zichtbare politieacties in gekende straatprostitutiebuurten kunnen de outreachactiviteiten van straathoekwerkers bemoeilijken, waardoor hulpverleners met hun doelgroep minder makkelijk contact krijgen. Geïmmigreerde sekswerkers, die geen van de landstalen machtig zijn, zijn bang dat ze naar het land van herkomst teruggestuurd zullen worden en vermijden om die reden het contact met de (drugs)hulpverlening.

Straatprostituees die gebruiken, kennen de sociale kaart doorgaans goed en weten – als ze het willen - de weg naar de hulpverlening te vinden. Sekswerkers uit de andere – meer verborgen - seks-werksectoren worden in mindere mate bereikt: zij kennen het hulpaanbod minder goed en vinden het niet zo gemakkelijk om (al dan niet in verband met roesmiddelengebruik) hulp te zoeken. Sommige sekswerkers vertonen klaarblijkelijk geen zichtbare symptomen van overmatig druggebruik, maar ze ondervinden wel kwalijke gevolgen, onder meer via onveilige seks en al te lange werkdagen. Deze minder zichtbare groep van middelengebruikende sekswerkers met weinig inzicht in de risico's en kwalijke gevolgen van (overmatig) middelengebruik verdienen extra aandacht.

Er is nood aan meer informatie over de risico's van middelengebruik, de mogelijke negatieve gevolgen op het sekswerk en op andere levensdomeinen, en het zorgaanbod inzake druggerelateerde problemen. Dat is – méér nog dan voor straatprostituées – het geval voor sekswerkers die in andere branches van de prostitutie actief zijn. Het verdient aanbeveling om – onder meer via het internet - (basis)informatie te verspreiden onder en via sekswerkers in alle prostitutiebranches, en aangepast aan de specifieke werkomstandigheden in elke sector. Ook andere figuren, zoals de uitbaters en 'dames de compagnie', kunnen vanwege hun gezaghebbende positie, een rol spelen in de mondelinge of schriftelijke verspreiding van nuttige informatie.

Andere knelpunten die door onze respondenten werden aangehaald, zijn het tekort aan centra of middelen om aan de vraag tegemoet te komen (de lange wachtlijsten), de geografische inplanting van drughulpverleningsinstellingen (te ver of in een 'ruige' buurt), het ontbreken van gespecialiseerde diensten en centra, de reikwijdte van de bestaande prostitutieorganisaties, het gebrek aan zorg op maat van de individuele hulpvrager, de nood aan trajectbegeleiding, loopbaanbegeleiding en nazorg (met aandacht voor exitstrategieën), de nood aan extra schadebeperkende maatregelen, en de culturele en taalbarrières in de (drugs)hulpverlening. Adequate doorverwijzing is bijzonder belangrijk. Zorgverstrekkers weten niet steeds hoe met sekswerkers en druggebruikers als doelgroep om te gaan. Geïntoxiceerde patiënten met een lange gebruikscarrière en een chaotische levensstijl boezemen soms angst in. Ze moeten met specifieke strategieën worden aangepakt, en niet elke zorgverstrekker is daarvoor voldoende getraind of opgeleid.

Verder zou een campagne met als doelpubliek 'de klanten' van de sekswerkers (prostituënten) voor 'safe seks'-gedrag een bijkomende impuls zijn. Als de klanten geen onveilig gedrag van de sekswerkers verlangen, staat de sekswerker in een sterkere onderhandelingspositie.

8. Aanbevelingen

We formuleren hieronder een aantal aanbevelingen. Elk van deze suggesties impliceert uiteraard bijkomende geldelijke en personele middelen, en daarom hebben we de aanbevelingen gerangschikt in een afdalende volgorde van belang. We maken tevens een onderscheid tussen aanbevelingen inzake de gespecialiseerde hulpverlening aan sekswerkers (A), inzake de reguliere zorgverstrekkers en de professionele drughulpverlening (B), en inzake algemene sensibilisering (C).

A. Uitbreiding van de gespecialiseerde hulpverlening aan sekswerkers

1. In vergelijking met de algemene bevolking is er een hogere prevalentie van roesmiddelengebruik onder sekswerkers. We merken uitdrukkelijk op dat niet alle sekswerkers (il)legale middelen gebruiken, en dat niet elk patroon van gebruik per definitie als ‘probleematisch’ mag worden bestempeld. Tegelijkertijd ondervinden sommige sekswerkers gezondheidsproblemen, maar zij formuleren geen expliciete hulpvraag. Ze zijn zich van de ernst van het probleem niet bewust, of minimaliseren de nadelen. Soms is hun kennis van de risico’s verbonden aan het gebruik van bepaalde producten en specifieke gebruikswijzen gebrekkig en zelfs foutief. Bovendien – we wezen er hierboven al op – vormen de negatieve vooroordelen en het taboe rond sekswerk, en de sociale gevolgen die daaruit voortvloeien, voor sekswerkers in deze studie een grotere prioriteit dan drugsgelateerde problemen. Aangezien middelengebruik ook negatief op veilig sekswerk kan inwerken, en via inconsistent condoomgebruik het risico op overdracht van SOI’s vergroot, is **een specifieke informatiecampagne over roesmiddelen en hun risico’s** wenselijk. Tevens dient aan alcoholgebruik en –misbruik aandacht te worden besteed.
 - a. Er bestaat een nood aan meer informatie voor sekswerkers over de risico’s van middelengebruik, de negatieve gevolgen op het werk en andere levensdomeinen en het zorgaanbod inzake druggerelateerde problemen. Zogenaamde ‘sneeuwbalprojecten’, geleid door prostitutieorganisaties in samenwerking met drugshulpverleningscentra, lijken een nuttige strategie. Bij zulke projecten worden sekswerkers zélf ingeschakeld om informatie te verspreiden, **‘outreaching’ te werken** en sekswerkers met druggerelateerde problemen naar de geschikte instanties te verwijzen. Die manier van werken kan niet alleen bijdragen tot de geloofwaardigheid van de verstrekte informatie, maar werkt ook positief ten aanzien van het eigenwaardegevoel van de sekswerkers. Het verdient aanbeveling om onder en via sekswerkers in alle prostitutiebranches (basis)informatie te verspreiden, aangepast aan de specifieke werkomstandigheden in elke sector. Ook andere figuren, zoals uitbaters en ‘dames de compagnie’, kunnen vanwege hun gezaghebbende positie, bij de mondelinge of schriftelijke verspreiding van nuttige informatie een rol spelen. Er is bovendien nood aan

informatie- en opvoedingscampagnes naar bezoekers/klanten van sekswerkers ('prostituanten'). Zulke campagnes kunnen voor sekswerkers ondersteunend werken, zowel op het vlak van middelengebruik als op het vlak van 'safe sex', agressie, omgang met sekswerkers, etc. In Nederland lopen een aantal van dergelijke projecten, met informatie via affiches in de gedoogzones en verwijzingen naar specifieke websites voor 'prostituanten'. Dit soort van additionele campagnes kan in de bredere hulpverlening worden opgenomen.

- b. Het internet is ontegensprekelijk een belangrijk medium dat veel mogelijkheden biedt, zeker met het oog op de doelgroep. Sekswerkers maken vaak gebruik van het internet, niet enkel voor het adverteren van hun diensten, maar evenzeer voor het opzoeken van informatie. Er is heel wat informatie via het wereldwijde web voorhanden, maar mensen verliezen zich vaak in het overaanbod aan informatie. Hoewel er veel goede informatieve sites zijn, rijden respondenten zich meer dan eens verloren in het overaanbod aan informatie. Over de risico's van de zogenaamde *hard* drugs is doorgaans makkelijker informatie te vinden. Informatie over cannabis en *legale* middelen, zoals alcohol en geneesmiddelen, is dan weer minder beschikbaar. Omdat het internet ontegensprekelijk een belangrijk medium uitmaakt, dat veel mogelijkheden biedt, zeker voor de doelgroep van sekswerkers, verdient het aanbeveling **om via de websites van prostitutieorganisaties op permanente wijze productinformatie over roesmiddelen beschikbaar te stellen**. Deze informatie moet niet alleen betrekking hebben op illegale middelen zoals cocaïne en heroïne, maar evenzeer op cannabis en legale middelen, zoals alcohol en geneesmiddelen (in het bijzonder de benzodiazepinen en antidepressiva). Belangrijker nog dan het aanbieden van de klassieke productinformatie (over de lichamelijke, psychische en sociale risico's van middelengebruik), is de beroepsgebonden insteek: er is nood aan informatie – in verschillende talen ! - over **de mogelijke impact van (overmatig) middelengebruik op de beroepsgebonden risico's** (inconsistent of inefficiënt condoomgebruik, verhoogde kwetsbaarheid voor geweld, enz..). Het verdient ook aanbeveling om naar de websites van gespecialiseerde preventiecentra en drugshulpverleningsorganisaties links te construeren.
- c. Niet alle sekswerkers hebben (regelmatig of makkelijk) toegang tot het internet. Enkele deelnemers aan de focusgroepsdiscussies suggereren daarom het idee van **een centraal gratis telefoonnummer voor sekswerkers**. Via een degelijke, speciale lijn kunnen sekswerkers de contactgegevens en coördinaten van organisaties opvragen en kunnen zij er met specifieke vragen terecht, zowel in verband met drugs als in verband met andere (beroepsgerelateerde) vragen. Of zo een initiatief succesvol kan zijn, hangt van meerdere factoren af. In elk geval lijkt het aangewezen dat zo'n 'hulplijn voor sekswerkers' bemand wordt door mensen die met de prostitutiewereld voldoende voeling hebben. Bovendien

stelt zich de vraag naar de haalbaarheid: veel sekswerkers zijn anderstalig, en moeten dus idealiter in verschillende talen kunnen worden bediend. Wellicht is een meer realistisch voorstel de inbedding van gespecialiseerde informatieverstrekking over drugs in de bestaande prostitutie-organisaties. Uitbreiding van de financiële mogelijkheden van deze organisaties is dan een belangrijke conditio sine qua non.

2. Sekswerkers vormen een moeilijk te bereiken doelgroep, met een specifieke combinatie van noden op allerlei vlakken. **Het is belangrijk om rekening te houden met de behoeften die sekswerkers zelf omschrijven, opdat zij bij het hulpverleningsaanbod aansluiting zouden vinden.** Bovendien verschillen de noden van individu tot individu. Sekswerkers die in minder zichtbare sectoren opereren, zijn eerder vragende partij voor betere faciliteiten voor de bestaande SOI-screening en -behandeling, voorlichting omtrent contraceptie, carrièreondersteuning en financieel advies. Zij verkiezen eerder een discrete dienstverlening voor de seksuele gezondheid. Andere sekswerkers hebben behoefte aan diensten die alle aspecten van hun fysieke, seksuele en mentale gezondheid omvatten, én diensten die hun basislevensbehoeften inlossen (opvang, voedsel en persoonlijke hygiëne). Zij hebben meer nood aan iemand om mee te praten.
3. Het gebruik van de gewone gezondheidszorg is vaak zeer beperkt en hoewel de outreachdiensten door de sekswerkers beter benut worden, doen ze er vaak slechts een beroep op als hun gezondheid de mogelijkheid om seks te verkopen, in de weg staat. Gezien de bijzonder heterogene samenstelling van de doelgroep (een mix van nationaliteiten en culturele achtergronden) spelen ook andere taal- en communicatiebarrières een belangrijke rol. Sekswerkers drukken de wens uit dat de dienstverlening zich in de buurt van hun werkplek bevindt, dat er vrouwelijke dienstverleners en ervaringsdeskundigen werken, dat er condooms uitgedeeld worden en dat er counseling mogelijk is.
4. Prostitutieorganisaties verliezen soms het contact met enkele branches in de seksindustrie, omwille van hun specifieke locatie. We pleiten daarom voor het oprichten van **extra antennes in andere buurten**. Gebrekkige financiering en personeelsbezetting beperken de reikwijdte van professionele prostitutieorganisaties, in het bijzonder met anderstalige sekswerkers, illegale en/of verhandelde prostituees en sekswerkers in de minst zichtbare sectoren (massagesalons, privéhuizen, escortbureaus, enz.). Zowel met het oog op preventie en behandeling van beroepsgerelateerde problemen als ten behoeve van de doorverwijzing naar gespecialiseerde (drugs)hulpverlening, is het **uitbreiden van de (financiële) mogelijkheden van de prostitutieorganisaties** wenselijk.

B. Sensibilisering van de reguliere zorgverstrekkers en de professionele drughulpverlening

5. Als sekswerkers in verband met hun middelengebruik hulp zoeken, kloppen ze vaak bij de huisarts aan. Hun ervaringen zijn evenwel niet onverdeeld positief. Velen zijn bang dat ze door de huisarts niet ernstig worden genomen, of ze werden onheus behandeld. Bepaalde artsen vallen te gemakkelijk op het voorschrijven van medicatie terug. Een huisarts is een belangrijke figuur in het behandelings- of doorverwijzingstraject – ook van sekswerkers. Het ontbreken van een vertrouwensrelatie kan deels gecounterd worden door een beter bewustzijn van de man of vrouw in kwestie en een grotere openheid naar de sekswerker. **Huisartsen moeten o.i. bijgevolg een specifieke doelgroep vormen bij het informeren en sensibiliseren.**

6. Onder zorgverstrekkers, zowel in de gespecialiseerde (drug)hulpverlening als in de algemene gezondheids- en welzijnssector, leven de maatschappelijke vooroordelen ten aanzien van prostitutie. Sekswerkers hebben met drughulpverleners vaak negatieve ervaringen, ze stoten op onbegrip en tegenstand, en zijn bevreesd voor de (voor)oordelen van de zorgverstrekkers. Doorgaans brengen ze de hulpverstrekkers niet op de hoogte van hun activiteiten in de prostitutie. Anderzijds is het voor de hulpverlener geen sinecure om een bruikbaar aanknopingspunt en een geschikt moment te vinden om het gesprek met ze aan te gaan. Soms zijn drughulpverleners bang dat sekswerkers – door de aard van hun professionele activiteit - de normale werking van hun programma's zullen ondermijnen. Tegelijkertijd weten meer algemene zorgverstrekkers (huisartsen, ziekenhuispersoneel, enz.) soms niet hoe ze met sommige doelgroepen dienen om te gaan, laat staan met het middelengebruik in die respectieve sectoren. Geïntoxiceerde patiënten met een lange gebruikscarrière en een chaotische levensstijl boezemen hen angst in. Ze moeten met specifieke strategieën worden aangepakt. Niet elke zorgverstrekker is daar voldoende voor getraind of opgeleid. We pleiten daarom voor **extra training van algemene zorgverstrekkers inzake omgang met middelengebruikende sekswerkers, en voor verbreding van het professionele aanbod inzake drughulpverlening naar gebruikende sekswerkers.**

7. Respondenten én deelnemers aan de focusgroepen zijn het eens dat er hoe dan ook onvoldoende centra, middelen en plaatsen zijn om aan de hulpvraag van middelengebruikers tegemoet te komen. Er zijn lange wachtlijsten die demotiverend werken op wie hulp zoeken. Er is nood aan meer, en meer intensieve nuldelijnszorg. Het opzetten van **huiskamerprojecten en inloopcentra in prostitutiebuurten** verdient aanbeveling: naast medische zorgen (vaccinaties, gynaecologische onderzoeken, ..) kan psychosociale ondersteuning worden geboden, en – indien nodig - correcte doorverwijzing naar meer gespecialiseerde (drug)hulpverleningsorganisaties.

8. Er zijn een aantal specifieke barrières voor *vrouwen* om naar de drugshulpverlening te stappen. Verder in het zorgtraject beletten barrières dat vrouwen in behandeling *blijven*. Sommige programma's zijn geënt op een hoofdzakelijk mannelijk doelpubliek en zijn daardoor enigszins blind voor specifieke behoeften van vrouwen. Drugbehandelingsprogramma's zouden meer aandacht moeten besteden aan de psychologische problemen. Ze zouden meer moeten uitgaan van een model gebaseerd op steun, in plaats van op confrontatie, en ze zouden een minder intimiderende omgeving moeten voorzien als alternatief voor een programma voor beide seksen. De samenstelling van het personeel speelt hier een rol. Vrouwen hebben nood aan vrouwelijke drughulpverleners en positieve rolmodellen. Er is nood aan gespecialiseerde, ondersteunende en anonieme diensten (prenataal, materniteit en drugshulpverlening) voor gebruikende (toekomstige) moeders. Het is hierbij belangrijk dat de zorgverstrekkers over gespecialiseerde kennis beschikken, bijvoorbeeld over veilig methadongebruik tijdens de zwangerschap. Dit dient aangevuld te worden met behandeling van de roesmiddelengebruikende partners om barrières en slechte prognoses te voorkomen.

9. De groep van intensief gebruikende sekswerkers vormt wellicht slechts een kleine subpopulatie onder de sekswerkers in België actief. Deze groep, hoe klein ook, is bijzonder kwetsbaar. De prevalentie van intraveus gebruik van cocaïne en/of heroïne is er hoog, en velen van hen verzeilen in de straatprostitutie als 'survival sex workers'. Om aan de noden van deze intensieve druggebruikers tegemoet te komen, verwijzen we naar een aantal **schadebeperkende initiatieven** die in het buitenland op grote schaal zijn toegepast: spuitenuilprogramma's, het uitdelen van 'rokerskits' (voor crackgebruikers), het installeren van gebruiksruimtes onder medische begeleiding ('safe injection facilities'), enz.

C. Algemene sensibilisering

10. Druggerelateerde problemen vormen voor de sekswerkers in deze studie niet de hoogste prioriteit. Hun belangrijkste zorg betreft de negatieve vooroordelen ten aanzien van het beroep, de gebrekkige regulering van en het taboe rond sekswerk, en de sociale gevolgen die hieruit voortvloeien. Voor sommigen is de maatschappelijke stigmatisering van de sekswerker een stimulerende factor om in roesmiddelengebruik te vluchten. Wij pleiten daarom uitdrukkelijk voor **meer inspanningen op het vlak van algemene sensibilisering omtrent sekswerk**. Prostitutieorganisaties hebben in het verleden initiatieven genomen om de wereld van de prostitutie uit de taboesfeer te halen, om het sekswerk als een kwetsbaar beroep te tonen en de sekswerker een menselijk gezicht te geven. Dergelijke initiatieven verdienen meer financiële ondersteuning en een grotere continuïteit. Ten slotte pleiten we in dit kader voor een sensibiliseringscampagne naar de klanten van sekswerkers, waarbij ook zij met betrekking tot 'safe seks' (al dan niet in verband met midde-

lengebruik) op hun verantwoordelijkheid worden gewezen. Sensibilisering van klanten door de professionele prostitutie-organisaties lijkt niet aangewezen, gezien hun precaire vertrouwensband met de sekswerkers.

11. Het lokaal beleid en het optreden van politiediensten hebben belangrijke effecten op de lokale seksindustrie: ze kunnen niet alleen de maatschappelijke processen van stigmatisering versterken, ze kunnen het fenomeen ondergronds en binnenskamers duwen, waardoor uitbuiting, geweld en onveilig sekswerk toenemen. Criminalisering van de industrie kan de toegang van sekswerkers tot diensten en de reguliere arbeidsmarkt bemoeilijken, en de inspanningen van outreachwerkers in het aanbieden van diensten aan wie het meest kwetsbaar zijn, belemmeren. Veel sekswerkers gaan ervan uit dat gezondheidsdiensten en hulpverleners en het strafrechtelijke apparaat onder één hoedje spelen. Ze zijn bang dat ze bij het controleapparaat zullen worden aangegeven als zij op de gezondheidsdiensten een beroep doen. Het **betrekken van vertegenwoordigers van het politie - en justitieapparaat bij het opzetten van sensibiliseringscampagnes en geïndiceerde preventieve acties** kan leiden tot betere werkomstandigheden, een verhoogde veiligheid van de werkers, een betere relatie met de politie, regelmatige toegang tot diensten én een reductie van de interdependentie tussen (sommige) sekswerkers en roesmiddelen. In Antwerpen biedt de vzw Gh@pro al enkele jaren een cursus zelfverdediging voor vrouwelijke sekswerkers in de raamprostitutie aan. Deze korte cursus wordt door een deskundige gegeven en door de sekswerkers zeer enthousiast onthaald. Ze hebben niet alleen baat bij de zelfverdedigingstechnieken, maar via de cursus ontstaat tussen de betrokkenen tevens een sociaal netwerk. Ook een basiscursus Nederlands helpt deze vrouwen sterker in hun schoenen te staan. In Gent stimuleert de vzw Pasop de ontwikkeling van een sociaal netwerk door het organiseren van een ‘wijze vrouwenraad’, waarbij sekswerkers die langer in het vak staan hun ervaringen delen met sekswerkers die pas beginnen. Zulke initiatieven verdienen een breder draagvlak en zouden frequenter moeten kunnen worden georganiseerd.

Algemene aanbeveling

Zowel met het oog op preventie en behandeling van beroepsgerelateerde problemen als ten behoeve van de doorverwijzing naar gespecialiseerde (drugs)hulpverlening, is het uitbreiden van de (financiële) mogelijkheden van de prostitutieorganisaties wenselijk. Deze organisaties hebben immers meer voeling met de doelgroep van sekswerkers en hun (al dan niet druggerelateerde) problemen. Zij kunnen een belangrijke rol spelen in het informeren van sekswerkers, huisartsen, enz. inzake de algemene en de beroepsgerelateerde risico's van (overmatig) roesmiddelengebruik, en de adequate doorverwijzing naar gespecialiseerde drughulpverlening.

In tweede instantie pleiten we voor initiatieven inzake sensibilisering en bijkomende vorming van algemene zorgverstrekkers (huisartsen, algemene welzijnswerkers, enz.) en verbreding van het zorgaanbod van professionele drughulpverlening.

Ten slotte pleiten we voor een meer consistente regulering, niet enkel met het oog op controle van de industrie maar ook met het oog op emancipatie van de (vrijwillige) sekswerker, en voor meer inspanningen op het vlak van algemene sensibilisering omtrent sekswerk, zowel naar de algemene bevolking (onder meer de klanten) als naar belangrijke actoren zoals politie en justitie.

Referenties

- 't Hart, H., Boeije, H., & Hox, J. (2007). Onderzoeksmethoden.
- Alcaniz, M. (2008). Cambios demograficos en la sociedad global. *Papeles de Poblacion*, 14(57), 227-255.
- Appel, P. W., Ellison, A. A., Jansky, H. K., & Oldak, R. (2004). Barriers to Enrollment in drug abuse treatment and suggestions for reducing them: Opinions of drug injecting street outreach clients and other system stakeholders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(1), 129-153.
- Aral, S. O., & Ward, H. (2005). Modern day influences on sexual behavior. *Infectious Disease Clinics of North America*, 19(2), 297-+.
- Ashforth, B. E., & Kreiner, G. E. (1999). "How Can You Do It?": Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity. *The Academy of Management Review*, 24(3), 413.
- Ashley, O. S., Marsden, M. E., & Brady, T. M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 19-53.
- Baarda, D., de Goede, M., & van Dijkum, C. (2003). *Basisboek Statistiek met SPSS. Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens*. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.
- Barnard, M. A. (1993). Violence and Vulnerability - Conditions of Work for Streetworking Prostitutes. *Sociology of Health & Illness*, 15(5), 683-705.
- Baseman, J., Ross, M., & Williams, M. (1999). Sale of sex for drugs and drugs for sex: An economic context of sexual risk behavior for STDs. *Sexually Transmitted Diseases*, 26(8), 444-449.
- Bernstein, E. (2001), The Meaning of the Purchase, *Ethnography*, 2(3), 389-420.
- Blanken, P., Barendregt, L., & Zuidmulder, L. (2000). Community field work: Bringing drug users into research action *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Understanding and Responding to Drug Use: The Role of Qualitative Research* (Vol. Scientific Monograph Series vol. 4, pp. 291-296). Lisbon EMCDDA.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Booth, R. E., Watters, J. K., & Chitwood, D. D. (1993). Hiv Risk-Related Sex Behaviors among Injection-Drug Users, Crack Smokers, and Injection-Drug Users Who Smoke Crack. *American Journal of Public Health*, 83(8), 1144-1148.
- Boudry, D., Habraken, H., Soenen, K., & Verhamme, K. (2003). *Benzodiazepines. Project Farmaka*. Brussel: VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
- Boys, A., Marsden, J., & Strang, J. (2001). Understanding reasons for drug use amongst young people: a functional perspective. *Health Education Research*, 16(4), 457-469.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(7), 539-545.
- Brents, B. G., & Hausbeck, K. (2005). Violence and legalized brothel prostitution in Nevada - Examining safety, risk, and prostitution policy. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(3), 270-295.
- Brewis, J., & Linstead, S. (2000). "The worst thing is the screwing!"(1): Consumption and the management of identity in sex work. *Gender, work and Organization*, 7, 84.
- Brody, S., Potterat, J. J., Muth, S. Q., & Woodhouse, D. E. (2005). Psychiatric and characterological factors relevant to excess mortality in a long-term cohort of prostitute women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(2), 97-112.
- Brooke, D., Taylor, C., Gunn, J., & Maden, A. (1998). Substance misusers remanded to prison - a treatment opportunity? *Addiction*, 93(12), 1851-1856.
- Brown, W. K. (2006). The Value of Role Models in Inspiring Resilience. *Reclaiming children and youth*, 14(4), 199-202.

- Bruno, R., Matthews, A. J., Topp, L., Degenhardt, L., Gomez, R., & Dunn, M. (2009). Can the severity of dependence scale be usefully applied to 'ecstasy'? *Neuropsychobiology*, *60*(3-4), 137-147. doi: 000253550 [pii]
10.1159/000253550
- Brussa, L. (2009). *Sex work in Europe. A mapping of the prostitution scene in 25 European countries*. Amsterdam: TAMPEP International Foundation.
- Burnette, M. L., Lucas, E., Ilgen, M., Frayne, S. M., Mayo, J., & Weitlauf, J. C. (2008). Prevalence and health correlates of prostitution among patients entering treatment for substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, *65*(3), 337-344.
- Cagliero, S., & Lagrange, H. (2004). La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution f, minine (p. 91). Saint-denis.
- Carr, S., Goldberg, D. J., Elliott, L., Green, S., Mackie, C., & Gruer, L. (1996). A primary health care service for Glasgow street sex workers - 6 years experience of the 'Drop-in Centre', 1989-1994. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, *8*(4), 489-497.
- Chudakov, B., Ilan, K., Belmaker, R. H., & Cwikel, J. (2002). The motivation and mental health of sex workers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *28*(4), 305-315.
- Church, S., Henderson, M., Barnard, M., & Hart, G. (2001). Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *British Medical Journal*, *322*(7285), 524-525.
- Cohen, E., Navaline, H., & Metzger, D. (1994). High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African-American women. *Journal of Psychoactive Drugs*, *26*, 233.
- Colomo, C., Estebanez, P., Alberdi, J., Bru, F., Contreras, G., Zunzunegui, V., & Perez Alvares, T. (1990). Spread of infection among prostitutes of Madrid. *International Conference on AIDS (Meeting abstract)*, *6*, 438.
- Colosi, R. (2010), 'Just get pissed and enjoy yourself': understanding nlap-dancing as 'anti-work', 181-196 in Hardy, K., Kingston, S. and Sanders, T., *New sociologies of sex work*. Farnham: Ashgate Publishing.
- . Connaissances et comportements des personnes prostituées exerçant en communauté, Française de Belgique en matière de prevention de SIDA en 2007. (2008): Espace P.
- Cusick, L. (2003). *UK Home Office study 268: Vulnerability and involvement in drug use and sex work*.
- Cusick, L. (2006). Widening the harm reduction agenda: From drug use to sex work. *International Journal of Drug Policy*, *17*(1), 3-11.
- Cusick, L., & Hickman, M. (2005). 'Trapping' in drug use and sex work careers. *Drugs-Education Prevention and Policy*, *12*(5), 369-379.
- Cusick, L., Martin, A., & May, T. (2003). UK Home Office study 268: Vulnerability and involvement in drugs use and sex work: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Cwikel, J., & Hoban, E. (2005). Contentious issues in research on trafficked women working in the sex industry: Study design, ethics, and methodology. *Journal of Sex Research*, *42*(4), 306-316.
- Cwikel, J., Ilan, K., & Chudakov, B. (2003). Women brothel workers and occupational health risks. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *57*(10), 809-815.
- Dalla, R. L. (2000). Exposing the "pretty woman" myth: A qualitative examination of the lives of female streetwalking prostitutes. *Journal of Sex Research*, *37*(4), 344-353.
- Dalla, R. L. (2001). Et tu brute? A qualitative analysis of streetwalking prostitutes' interpersonal support networks. *Journal of Family Issues*, *22*(8), 1066-1085.
- Davidson, E. A. F. (1999). Evaluating outreach clinics. *Sexually Transmitted Infections*, *75*(3), 198-199.
- Davies, K., & Evans, L. (2007). A virtual view of managing violence among British escorts. *Deviant Behavior*, *28*(6), 525-551.
- Day, S., & Ward, H. (1997). Sex workers and the control of sexually transmitted disease. *Genitourinary Medicine*, *73*(3), 161-168.
- De las Cuevas, C., Sanz, E. J., De la Fuente, J. A., Padilla, J., & Berenguer, J. C. (2000). The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study. *Addiction*, *95*(2), 245-250.

- De Schampheliere, D. (1990). MMPI characteristics of professional prostitutes: A cross-cultural replication. *Journal of Personality Assessment*, 54(1-2), 343-350.
- DeBeck, K., Shannon, K., Wood, E., Li, K., Montaner, J., & Kerr, T. (2007). Income generating activities of people who inject drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 91(1), 50-56. doi: DOI 10.1016/j.drugalcdep.2007.05.003
- Decorte, T., Mortelmans, D., Tieberghien, J., & De Moor, S. (2009). *Haalbaarheid van een repetitieve prevalentiestudie onder de algemene bevolking*. Gent: Academia Press.
- Decorte, T., Mortelmans, D., Tieberghien, J., & De Moor, S. (2009). *Haalbaarheid van een repetitieve prevalentiestudie onder de algemene bevolking*. Gent: Academia Press.
- Degenhardt, L., Day, C., Conroy, E., & Gilmour, S. (2006). Examining links between cocaine use and street-based sex work in New South Wales, Australia. *Journal of Sex Research*, 43(2), 107-114.
- Degraaf, R., Vanwesenbeeck, I., Vanzessen, G., Straver, C. J., & Visser, J. H. (1995). Alcohol and Drug-Use in Heterosexual and Homosexual Prostitution, and Its Relation to Protection Behavior. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, 7(1), 35-47.
- Derluyn, I., Vanderplasschen, W., Sébastien, A., Stoffels, I., Scheirs, V., Vindevogel, S., . . . Broekaert, E. (2008). *Zorgtrajecten van druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden - Trajectoires de soins des usagers de drogues d'origine étrangère*. Gent: Academia Press.
- Desjarlais, D. C., Abdulquader, A., Minkoff, H., Hoegsberg, B., Landesman, S., & Tross, S. (1991). Crack Use and Multiple Aids Risk Behaviors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 4(4), 446-447.
- Docter, R. F., & Fleming, J. S. (2001). Measures of transgender behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 30(3), 255-271.
- Doerr, H. W., Enzensberger, R., Bolender, C., van Laere-Fischer, S., & Peters, M. (1990). Prevalence of HIV infection in prostitutes from Frankfurt/W. Germany. *International Conference on AIDS (Meeting abstract)*, 6, 237.
- Donoghoe, M. C. (1992). Sex, Hiv and the Injecting Drug-User. *British Journal of Addiction*, 87(3), 405-416.
- Donohoe, M. (2003). Causes and health consequences of environmental degradation and social injustice. *Social Science & Medicine*, 56(3), 573-587. doi: Pii S0277-9536(02)00055-2
- El-Bassel, N., Schilling, R. F., Irwin, K. L., Faruque, S., Gilbert, L., VonBargen, J., . . . Edlin, B. R. (1997). Sex trading and psychological distress among women recruited from the streets of Harlem. *American Journal of Public Health*, 87(1), 66-70.
- El-Bassel, N., Simoni, J. M., Cooper, D. K., Gilbert, L., & Schilling, R. F. (2001). Sex trading and psychological distress among women on methadone. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 177-184.
- ElBassel, N., Schilling, R. F., Irwin, K. L., Faruque, S., Gilbert, L., VonBargen, J., . . . Edlin, B. R. (1997). Sex trading and psychological distress among women recruited from the streets of Harlem. *American Journal of Public Health*, 87(1), 66-70.
- EMCDDA. (04/01/2011). Problematic drug use population — an overview of the methods and definitions used “Problem Drug Use (PDU)”. <http://www.emcdda.europa.eu/stats10/pdu/methods>; EMCDDA.
- Epidemiologie van AIDS en HIV-infectie in België - Toestand op 31 december 2007. (2008). Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie.
- Ericksen, K. P., & Trocki, K. F. (1992). Behavioral Risk-Factors for Sexually-Transmitted Diseases in American Households. *Social Science & Medicine*, 34(8), 843-853.
- Erickson, P. G., Butters, J., McGillicuddy, P., & Hallgren, A. (2000). Crack and Prostitution: Gender, Myths, and Experiences. *Journal of Drug Issues*, 30(4), 767-788.
- Eurohiv. (2002). HIV/AIDS surveillance in Europe, end-year report 2002 (Vol. Nr. 68). Saint-Maurice, Paris: Institut de Veille Sanitaire.
- Europap. (2001). *European survey of health and infection risks*: Europap.
- Evans, C., & Lambert, H. (1997). Health-seeking strategies and sexual health among female sex workers in urban India: Implications for research and service provision. *Social Science & Medicine*, 44(12), 1791-1803.

- Falck, R. S., Wang, J. C., Carlson, R. G., & Siegal, H. A. (1997). Factors influencing condom use among heterosexual users of injection drugs and crack cocaine. *Sexually Transmitted Diseases, 24*(4), 204-210.
- Falcón, C. M. (2007). Consequences of cocaine use among prostitutes. *Gaceta Sanitaria, 21*(3), 191-196.
- Farley, M., & Barkan, H. (1998). Prostitution, violence, and posttraumatic stress disorder. *Women & Health, 27*(3), 37-49.
- Faugier, J., & Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach populations. *Journal of Advanced Nursing, 26*(4), 790-797.
- Folch, C., Esteve, A., Sanclemente, C., & al., e. (2008). Prevalence of human immunodeficiency virus, Chlamydia trachomatis, and Neisseria gonorrhoeae and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sexually Transmitted Diseases, 35*(2), 178-183.
- Fortenberry, J. D. (1998). Alcohol, drugs, and STD/HIV risk among adolescents. *Aids Patient Care and Stds, 12*(10), 783-786.
- Freeman, R. C., Collier, K., & Parillo, K. M. (2002). Early life sexual abuse as a risk factor for crack cocaine use in a sample of community-recruited women at high risk for illicit drug use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 28*(1), 109-131.
- Gaffney, J., Velcevsy, P., Phoenix, J., & Schiffer, K. (2008). Practical guidelines for delivering health services to sex workers (p. 167). Amsterdam: Foundation Regenboog AMOC.
- Gilchrist, G., Gruer, L., & Atkinson, J. (2005). Comparison of drug use and psychiatric morbidity between prostitute and non-prostitute female drug users in Glasgow, Scotland. *Addictive Behaviors, 30*(5), 1019-1023.
- Gisle, L. (2010). *Gezondheidsenquête, België, 2008. Het gebruik van illegale drugs*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance.
- Gisle, L., Hesse, E., Driessens, S., Demarest, S., Van der Heyden, J., & Tafforeau, J. (2010). *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport II – Leefstijl en Preventie*. Brussel: Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Golder, S., & Logan, T. K. (2007). Correlates and Predictors of Women's Sex Trading Over Time among a Sample of Out-of-treatment Drugs Abusers. *AIDS behavior, 11*(4), 628-640.
- Goldstein, P. J. (1979). *Prostitution and Drugs*. New York: Lexington Books.
- Gonzalez-Saiz, F., Domingo-Salvany, A., Barrio, G., Sanchez-Niubo, A., Brugal, M. T., de la Fuente, L., & Alonso, J. (2009). Severity of dependence scale as a diagnostic tool for heroin and cocaine dependence. *Eur Addict Res, 15*(2), 87-93. doi: 000189787 [pii] 10.1159/000189787
- Goodyear, M. D. E., & Cusick, L. (2007). Protection of sex workers. *British Medical Journal, 334*(7584), 52-53.
- Gossop, M., Best, D., Marsden, J., & Strang, J. (1997). Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction, 92*(3), 353.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (Sds) - Psychometric Properties of the Sds in English and Austrian Samples of Heroin, Cocaine and Amphetamine Users. *Addiction, 90*(5), 607-614.
- Gossop, M., Marsden, J., & Stewart, D. (2002). Dual dependence: assessment of dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems. *Addiction, 97*(2), 169-178. doi: 28 [pii]
- Gossop, M., Powis, B., Griffiths, P., & Strang, J. (1994). Sexual-Behavior and Its Relationship to Drug-Taking Among Prostitutes in South London. *Addiction, 89*(8), 961-970.
- Gossop, M., Powis, B., Griffiths, P., & Strang, J. (1995). Female Prostitutes in South London - Use of Heroin, Cocaine and Alcohol, and Their Relationship to Health Risk Behaviors. *Aids Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv, 7*(3), 253-260.
- Green, A., Day, S., & Ward, H. (2000). Crack cocaine and prostitution in London in the 1990s. *Sociology of Health & Illness, 22*(1), 27-39.

- Green, C. A., Polen, M. R., Dickinson, D. M., Lynch, F. L., & Bennett, M. D. (2002). Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 23*, 285.
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., . . . Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence, 86*(1), 1-21.
- Griffiths, P., Gossop, M., Powis, B., & Strang, J. (1993). Researching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological en practical issues. *Addiction, 88*, 1617.
- Haasen, C. (2001). Patterns of consumption. *European Addiction Research, 7*(1), 1-1.
- Hall, E. (1989). Gender, work control and stress: a theoretical discussion and an empirical test. *International Journal of Health Services, 19*, 725.
- Haller, D. L., & Miles, D. R. (2004). Personality disturbances in drug-dependent women: Relationship to childhood abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30*(2), 269-286. doi: Doi 10.1081/Ada-120037378
- Harcourt, C., & Donovan, B. (2005). The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infections, 81*(3), 201-206.
- Harcourt, C., van Beek, I., Heslop, J., McMahon, M., & Donovan, B. (2001). The health and welfare needs of female and transgender street sex workers in New South Wales. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 25*(1), 84-89.
- Hart, G., & Barnard, M. (2003). 'Jump on top, get the job done': strategies employed by female prostitutes to reduce the risk of client violence. In E. A. Stanko (Ed.), *The Meanings of Violence* (pp. 32-48). London: Routledge.
- Hudgins, R., McCusker, J., & Stoddard, A. (1995). Cocaine use and risky injection and sexual behaviors. *Drug and Alcohol Dependence, 37*, 7.
- Inciardi, J., Lockwood, D., & Pottieger, A. (1993). *Women and Crack-Cocaine* (p. 197). New York: Macmillan Publising Company.
- Inciardi, J. A., Surratt, H. L., Kurtz, S. P., & al., e. (2005). The effect of serostatus on HIV risk behaviour change among women sex workers in Miami, Florida. *AIDS Care, 17*(Suppl 1), S88-S101.
- Jackson, L., Highcrest, A., & Coates, R. A. (1992). Varied Potential Risks of Hiv-Infection among Prostitutes. *Social Science & Medicine, 35*(3), 281-286.
- Jeal, N., & Salisbury, C. (2004a). A health needs assessment of street-based prostitutes: cross-sectional survey. *Journal of Public Health, 26*(2), 147-151.
- Jeal, N., & Salisbury, C. (2004b). Self-reported experiences of health services among female street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *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 and Gynaecology, 114*(7), 875-881.
- Jeal, N., Salisbury, C., & Turner, K. (2008). The multiplicity and interdependency of factors influencing the health of street-based sex workers: a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections, 84*(5), 381-385.
- Kaye, S., & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction, 97*(6), 727-731.
- Kenen, R. H., & Armstrong, K. (1992). The why, when and whether of condom use among female and male drug users. *Journal of Community Health, 17*(5), 303.
- Kinnell, H., & Praats, C. (2000). Central Regional Report: European Network for HIV/STD Prevention in Prostitution.
- Kuhns, J. B., Heide, K. M., & Silverman, I. (1992). Substance Use Misuse Among Female Prostitutes and Female Arrestees. *International Journal of the Addictions, 27*(11), 1283-1292.
- Kumar, M. S., & Sharma, M. (2008). Women and substance use in India and Bangladesh. *Substance Use & Misuse, 43*(8-9), 1062-1077.
- Kurtz, S. P., Surratt, H. L., Inciardi, J. A., & Kiley, M. C. (2004). Sex work and "date" violence. *Violence Against Women, 10*(4), 357-385.

- Kurtz, S. P., Surratt, H. L., Kiley, M. C., & Inciardi, J. A. (2005). Barriers to health and social services for street-based sex workers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 16*(2), 345-361.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Los Angeles: Sage.
- Kwiatkowski, C. F., & Booth, R. E. (2000). Differences in HIV Risk Behaviors Among Women Who Exchange Sex for Drugs, Money, or Both Drugs and Money. *AIDS and Behavior, 4*(3), 233-240.
- Leigh, B. C., Vanslyke, J. G., Hoppe, M. J., Rainey, D. T., Morrison, D. M., & Gillmore, M. R. (2008). Drinking and Condom use: Results from an Event-Based Daily Diary. *AIDS and Behavior, 12*, 104-112.
- Lennon, M. C. (1994). Women, Work, and Well-Being - the Importance of Work Conditions. *Journal of Health and Social Behavior, 35*(3), 235-247.
- Logan, T. K., Leukefeld, C., & Farabee, D. (1998). Sexual and drug use behaviors among women crack users: Implications for prevention. *Aids Education and Prevention, 10*(4), 327-340.
- Maher, L. (1996). Hidden in the light: Occupational norms among crack-using street-level sex workers. *Journal of Drug Issues, 26*(1), 143-173.
- Maher, L. (1997). *Sexed work: Gender, race and resistance in a Brooklyn drug market*. Oxford: Clarendon Press.
- Mak, R. (1997). Projects for sex workers in Europe. *Genitourinary Medicine, 73*(3), 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., Van Renterghem, L., & Cuvelier, C. (2004). Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers. *Sexually Transmitted Infections, 80*(2), 118-120.
- Mak, R., Van Renterghem, L., & Traen, A. (2005). Chlamydia trachomatis in female sex workers in Belgium: 1998-2003. *Sexually Transmitted Infections, 81*(1), 89-90.
- Mason, J. (1996). *Qualitative Researching*. London: SAGE Publications.
- Maxwell, S. R., & Maxwell, C. D. Examining the "criminal careers" of prostitutes within the nexus of drug use, drug selling, and other illicit activities. *Criminology, 38*(3), 787-810.
- Maxwell, S. R., & Maxwell, C. D. (2000). Examining the "criminal careers" of prostitutes within the nexus of drug use, drug selling, and other illicit activities. *Criminology, 38*(3), 787-810.
- May, T., Edmunds, M., Hough, M., & Harvey, C. (1999). Street Business: The links between sex and drug markets (p. 52): Research, Development and Statistics Directorate. Home Office.
- McKeganey, N., & Barnard, M. (1996). Sex work on the streets - Prostitutes and their clients. Buckingham: Open University Press.
- McKeganey, N., Barnard, M., Bloor, M., & Leyland, A. (1990). Injecting Drug-Use and Female Street-Working Prostitution in Glasgow. *Aids, 4*(11), 1153-1155.
- McKeganey, N., Barnard, M., Leyland, A., Coote, I., & Follet, E. (1992). Female Streetworking Prostitution and Hiv-Infection in Glasgow. *British Medical Journal, 305*(6857), 801-804.
- McKeganey, N. P. (1994). Prostitution and Hiv - What do We Know and Where Might Research be Targeted in the Future. *Aids, 8*(9), 1215-1226.
- Mertens, J. R., & Weisner, C. M. (2000). Predictors of substance abuse treatment retention among women and men in an HMO. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research, 24*(10), 1525-1533.
- Midence, K., & Hargreaves, I. (1997). Psychosocial adjustment in male-to-female transsexuals: An overview of the research evidence. *Journal of Psychology, 131*(6), 602-614.
- Miller, J., & Schwartz, M. D. (1995). Rape Myths and Violence Against Street Prostitutes. *Deviant Behavior, 16*(1), 1-23.
- Mills, K. L., Lynskey, M., Teesson, M., Ross, J., & Darke, S. (2005). Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates. *Drug and Alcohol Dependence, 77*(3), 243-249. doi: DOI 10.1016/j.drugalcdep.2004.08.016
- Minichiello, V., Marino, R., Khan, M. A., & Browne, J. (2003). Alcohol and drug use in Australian male sex workers: its relationship to the safety outcome of the sex encounter. *Aids Care-*

- Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, 15(4), 549-561. doi: Doi 10.1080/0954012031000134782
- Monto, M. A. (2004). Female prostitution, customers, and violence. *Violence Against Women*, 10(2), 160-188.
- Munro, V. E., & Della Giusta, M. (2008). The Regulation of Prostitution: Contemporary Contexts and Comparative Perspectives *Demanding Sex: Critical Reflections on the Regulation of Prostitution* (pp. 1-12). Hampshire: Ashgate.
- Nabben, T., Benschop, A., & Korf, D. J. (2006). *Antenne 2005. Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Needle, R., Kroeger, K., Belani, H., Achrekar, A., Parry, C. D., & Dewing, S. (2008). Sex, drugs, and HIV: Rapid assessment of HIV risk behaviors among street-based drug using sex workers in Durban, South Africa. *Social Science & Medicine*, 67(9), 1447-1455.
- Niv, N., & Hser, Y. I. (2007). Women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs: Service needs, utilization and outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2-3), 194-201.
- Nixon, K., Downe, P., Gorkoff, K., & Ursel, J. (2002). The everyday occurrence - Violence in the lives of girls exploited through prostitution. *Violence Against Women*, 8(9), 1016-1043.
- Olszewski, D., Giraudon, I., Hedrich, D., & Montanari, L. (2009). Thematic paper - Women's Voices: Experiences and perceptions of women who face drug-related problems in Europe: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Patterson, T. (2007). *Intervention study with female sex workers in Mexico*.
- Philpot, C. R., Harcourt, C. L., & Edwards, J. M. (1989). Drug use by prostitutes in Sydney. *British Journal of Addiction*, 84, 499.
- Plant, M. L., Plant, M. A., Peck, D. F., & Setters, J. (1989). The Sex Industry, Alcohol and Illicit Drugs - Implications for the Spread of Hiv Infection. *British Journal of Addiction*, 84(1), 53-59.
- Potterat, J. J., Rothenberg, R. B., Muth, S. Q., Darrow, W. W., & Phillips-Plummer, L. (1998). Pathways to prostitution: The chronology of sexual and drug abuse milestones. *Journal of Sex Research*, 35(4), 333-340.
- Praats, C. (1996). Country report Belgium. In R. Mak (Ed.), *EUROPAP – European Intervention Projects – AIDS Prevention for Prostitutes* (pp. 1-34). Gent: Academia Press.
- Pyett, P. M., & Warr, D. J. (1997). Vulnerability on the streets: female sex workers and HIV risk. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, 9(5), 539-547.
- Raphael, J., & Shapiro, D. L. (2004). Violence in indoor and outdoor prostitution venues. *Violence Against Women*, 10(2), 126-139.
- Rawson, R.A., Washton, A., Domier, C.P. en Reiber, C. (2002), Drugs and sexual effects: role of drug type and gender, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 103-108.
- Rhodes, T., Simic, M., Baros, S., Platt, L., & Zikic, B. (2008). Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study. *British Medical Journal*, 337(7669).
- Roelands, M. (2010). Monitoring illicit drug use among female sex workers in Europe, 2000-2008 *SCIENTIFIC REPORT 2008 / 2009* (pp. 35-40). Brussels: Science at the service of Public health, Food chain safety and Environment.
- Romans, S. E., Potter, K., Martin, J., & Herbison, P. (2001). The mental and physical health of female sex workers: a comparative study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), 75-80.
- Roxburgh, A., Degenhardt, L., Copeland, J., & Larance, B. (2008). Drug dependence and associated risks among female street-based sex workers in the greater Sydney area, Australia. *Substance Use & Misuse*, 43(8-9), 1202-1217.
- Sanchez, L. E. (1997). Boundaries of legitimacy: Sex, violence, citizenship, and community in a local sexual economy. *Law and Social Inquiry-Journal of the American Bar Foundation*, 22(3), 543-580.
- Sanders, T. (2004a). 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. (2004b). Controllable laughter: Managing sex work through humour. *Sociology-the Journal of the British Sociological Association*, 38(2), 273-291.

- Sanders, T., & Campbell, R. (2007). Designing out vulnerability, building in respect: violence, safety and sex work policy. *British Journal of Sociology*, 58(1), 1-19.
- Sargent, L. D., & Terry, D. J. (2000). The moderating role of social support in Karasek's job strain model. *Work and Stress*, 14(3), 245-261.
- Schodts, C. (2008). Jongensprostitutie in Antwerpen (p. 56). interuniversitaire Manama opleiding Jeugdgezondheidszorg: Interuniversitair Katholieke Universiteit Leuven, Universiteit Antwerpen, Universiteit Gent, Vrije Universiteit Brussel.
- Scoular, J., O'Neill, M., Munro, V. E., & Della Giusta, M. (2008). Legal Incursions into Supply/Demand: Criminalising and Responsibilising the Buyers and Sellers of Sex in the UK *Demanding Sex: Critical Reflections on the Regulation of Prostitution* (pp. 13-33). Hampshire: Ashgate.
- Seidman, I. (1998). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers College Press.
- Sevgi, O., Aral, S.O., Lawrence, J.S., Tikhonova, L., Safarova, E., Parker, K.A., Shakarishvili, A., Ryan, C.A. (2003), The Social Organization of Commercial Sex Work in Moscow, Russia, *Sexually Transmitted Diseases*, 30(1), 39-45.
- Shannon, K., Kerr, T., Bright, V., Gibson, K., & Tyndall, M. W. (2008). Drug sharing with clients as a risk marker for increased violence and sexual and drug-related harms among survival sex workers. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, 20(2), 235-241.
- Sharpe, K. en Earle, S. (2003), Cyberpunters and cyberwhores: prostitution on the Internet, in Jewkes, Y. (ed.), *Dot. Cons: crime, deviance and identity on the internet*, 36-52. Devon: Willan.
- Shaver, F. M. (1994). The regulation of prostitution: Avoiding the morality traps. *Canadian Journal of Law and Society*, 9, 123.
- Simpson, M., & McNulty, J. (2008). Different needs: Women's drug use and treatment in the UK. *International Journal of Drug Policy*, 19(2), 169-175.
- Smith, F. M., & Marshall, L. A. (2007). Barriers to effective drug addiction treatment for women involved in street-level prostitution: a qualitative investigation. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17, 163-170.
- Spice, W. (2007). Management of sex workers and other high-risk groups. *Occupational Medicine-Oxford*, 57(5), 322-328.
- Spina, M., Mancuso, S., Sinicco, A., Vaccher, E., Traina, C., DiFabrizio, N., . . . Tirelli, U. (1997). Increase of HIV seroprevalence among professional prostitutes in Italy. *Aids*, 11(4), 545-546.
- Sroka, S. (2003). Prostitutie: roep om legalisering? (p. 5): RoSa. Documentatiecentrum en Archief voor Gelijke Kansen, Feminisme en Vrouwenstudies.
- Sterk, C. E. (1997-2000). *Sex and Substance use instruments*.
- Sterk, C. E., Dolan, K., & Hatch, S. (1999). Epidemiological Indicators and Ethnographic Realities of Female Cocaine Use. *Substance Use & Misuse*, 34(14), 2057.
- Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Kersch, V., McSweeney, T., Schaaf, S., . . . Werdenich, W. (2007). The victimization of dependent drug users: findings from a european study, UK. *European Journal of Criminology*, 4(4), 385-408.
- Stewart, D., & Shamdasani, P. (1990). Focus groups. Theory and Practice. *Applied Social Research Methods Series*. 20
- Strathdee, S. A., Philbin, M. M., Semple, S. J., Pu, M., Orozovich, P., Martinez, G., . . . Patterson, T. L. (2008). Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-US border cities. *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1-3), 132-140.
- Surratt, H. L., Inciardi, J. A., Kurtz, S. P., & Kiley, M. C. (2004). Sex work and drug use in a subculture of violence. *Crime & Delinquency*, 50(1), 43-59.
- Swift, W., Copeland, J., & Hall, W. (1996). Characteristics of women with alcohol and other drug problems: Findings of an Australian national survey. *Addiction*, 91(8), 1141-1150.
- Swift, W., Copeland, J., & Hall, W. (1998). Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. *Addiction*, 93(11), 1681-1692.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*.
- Taylor, A. (1993). *Women Drug Users*. Oxford: Clarendon Press.
- Taylor, N. J., & Kearney, J. (2005). Researching hard-to reach populations: Privileged access interviewers and drug using parents. *Sociological Research Online*, 10(2), -.

- Topp, L., & Mattick, R. P. (1997). Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction*, 92(7), 839-845.
- Trafficking in Persons Report. June 2008*. (2008). U.S. Department of State Publication 11407. Office of the under Secretary for Democracy and Global Affairs and Bureau of Public Affairs.
- Trafficking in Persons. Global Patterns*. (2006). United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).
- Tyler, K. A., Whitbeck, L. B., Hoyt, D. R., & Yoder, K. A. (2000). Predictors of self-reported sexually transmitted diseases among homeless and runaway adolescents. *Journal of Sex Research*, 37(4), 369-377.
- United Kingdom Network of Sex Work Projects. Response to "Paying the price"*. (2004). Manchester: UK NSWP.
- UNODC. (2004). *United Nations convention against transnational organized crime and the protocols thereto*. New York: United Nations.
- 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 den Hazel, R., Lesger, D., Peters, T., van Oijen, S., Loopmans, M., Gabiam, K., & Kesteloot, C. (2008). *Prostitutie Brussel in Beeld. Bouwstenen voor een integraal prostitutiebeleid*. Arnhem: Seinpost Adviesbureau BV.
- Van der Heyden, J. (2010). *Gezondheidsenquête, België, 2008. Gebruik van geneesmiddelen*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance.
- Van Laar, M. W., Cruts, A. A. N., Verdurmen, J. E. E., van Ooyen-Houben, M. M. J., & Meijer, R. F. (2007). *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van Veen, M., Götz, H., van Leeuwen, P., Prins, M., & van de Laar, M. (2010). HIV and Sexual Risk Behavior among Commercial Sex Workers in the Netherlands. *Archives of Sexual Behaviour*, 39(3), 714-723.
- Vande Velde, L., De Vrieze, S., & De Proost, S. (2007). Prostitutiebeleid in Antwerpen, Brussel en Charleroi. In G. Vermeulen (Ed.), *Betaalseksrecht : naar regulering of legalisering van niet-problematische prostitutie?* (pp. 309-358). Antwerpen: Maklu.
- Vandepitte, J., Lyerla, R., Dallabetta, G., Crabbe, F., Alary, M., & Buve, A. (2006). Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world. *Sexually Transmitted Infections*, 82, III18-III25.
- 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., Höing, M., & Vennix, P. (2002). *De sociale positie van prostituees in de gereguleerde bedrijven. Een jaar na wetwijziging*. Utrecht; Den Haag: Rutgers Nisso groep.
- Vanwezenbeeck, I. (2005). Burnout Among Female Indoor Sex Workers. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 627-639.
- Venics, L., & Vanwesenbeeck, I. (2000). *Er gaat iets veranderen in de prostitutie... De sociale positie en het psychosociaal welzijn van prostituees in prostitutiebedrijven voorafgaand aan de opheffing van het bordeelverbod*. Utrecht/Den Haag: NISSO/Ministerie van Justitie.
- Vioque, J., Hernandez-Aguado, I., Garcia, E. F., de la Hera, M. G., & Alvarez-Dardet, C. (1998). Prospective cohort study of female sex workers and the risk of HIV infection in Alicante, Spain (1986-96). *Sexually Transmitted Infections*, 74(4), 284-288.
- Wahab, S. (2005). Special issue: Violence within the sex industry. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(3), 263-269.
- Ward, H., & Aral, S. O. (2006). Globalisation, the sex industry, and health. *Sexually Transmitted Infections*, 82(5), 345-347.
- Ward, H., & Day, S. (2006). What happens to women who sell sex? Report of a unique occupational cohort. *Sexually Transmitted Infections*, 82(5), 413-417.
- Ward, H., Day, S., Green, A., Cooper, K., & Weber, J. (2004). Declining prevalence of STI in the London sex industry, 1985 to 2002. *Sexually Transmitted Infections*, 80(5), 374-378.
- Ward, H., Day, S., & Weber, J. (1999). Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 year period. *Sexually Transmitted Infections*, 75(5), 340-343.

- Ward, H., Pallearos, A., Green, A., & Day, S. (2000). Health issues associated with increasing use of "crack" cocaine among female sex workers in London. *Sexually Transmitted Infections*, 76(4), 292-293.
- Warr, D. J., & Pyett, P. M. (1999). Difficult relations: sex work, love and intimacy. *Sociology of Health & Illness*, 21(3), 290-309.
- Wechsberg, W. M., Luseno, W. K., & Lam, W. K. (2005). Violence against substance-abusing South African sex workers: intersection with culture and HIV risk. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, 17, S55-S64.
- Weiner, A. (1996). Understanding the social needs of streetwalking prostitutes. *Social Work*, 41(1), 97-105.
- Weitzer, R. (1991). Prostitutes Rights in the United-States - the Failure of a Movement. *Sociological Quarterly*, 32(1), 23-41.
- Weitzer, R. (2000). Why we need more research on sex work *Sex for Sale* (pp. 1-13). New York: Routledge.
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., Blumenthal, J. A., Helms, M. J., Luecken, L., Pieper, C. F., . . . Suarez, E. C. (1997). Psychosocial correlates of job strain in a sample of working women. *Archives of General Psychiatry*, 54, 543.
- Wonders, N. A., & Michalowski, R. (2001). Bodies, Borders, and Sex Tourism in a Globalized World: A Tale of Two Cities - Amsterdam and Havana. *Social Problems*, 48(4), 545-571.
- World Health Organization. (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Geneva: World Health Organization.
- Wouters, K., Leuridan, E., Van Herck, K., Van Ardenne, N., Roelofs, I., Mak, R., . . . Van Damme, P. (2007). Compliance and immunogenicity of two hepatitis B vaccination schedules in sex workers in Belgium. *Vaccine*, 25(10), 1893-1900.
- Young, A. M., Boyd, C., & Hubbell, A. (2000). Prostitution, Drug Use, and Coping with Psychological Distress. *Journal of Drug Issues*, 30(4), 789-800.
- Zimmerman, C., Hossain, M., Yun, K., Gajadziev, V., Guzun, N., Tchomarova, M., . . . Watts, C. (2008). The health of trafficked women: A survey of women entering posttrafficking services in Europe. *American Journal of Public Health*, 98(1), 55-59.
- Zurhold, H. (2005). *Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution. Eine explorative Studie*. Berlin: VWB Verlag.