

Inhoudstafel

1.	Dankwoord	p2
2.	Inleiding en motivatie	p2
3.	Doelstelling	p4
4.	Methodologie	p5
5.	Resultaten	p8
	Deel 1 : Literatuurgegevens	p8
	Deel 2 : Onderzoeksresultaten	p17
6.	Besluit en aanbevelingen	p50
7.	Samenvatting	p52
	Referenties	p54
	 Bijlagen	
	Bijlage 1 : Studieverloop en timing	
	Bijlage 2 : Interviewformulier hulpverleners	
	Bijlage 3 : Enquêteformulier jongens	
	Bijlage 4 : Goedkeuring Ethische Commissie	
	Bijlage 5 : Personalia	
	Bijlage 6 : Wettekst	
	Bijlage 7 : Statistiek tabellen	

I. Dankwoord

Eindelijk zijn we erdoor geraakt!

Het schrijven van deze masterproef was me niet gelukt zonder de steun en uitgebreide adviezen van mijn promotor Prof. Van Damme en co-promotor Dr. Leuridan. Ik wil hen dan ook hartelijk bedanken voor de tijd en energie die ze mee in dit werk gestoken hebben.

Ook de trajectbegeleiders van Boysproject en medewerkers van Gh@pro voor het afnemen van vragenlijsten en het geven van informatie: bedankt.

Dank aan alle personen die ik heb mogen interviewen en natuurlijk alle jongens en mannen voor het invullen van de enquêtes.

Bedankt ook Katrien Vanhalle voor de juridische adviezen.

En tenslotte mijn familie: mijn man Sven voor de hulp bij het lezen, het geduld en het blijven aanmoedigen. Hanne, Rien en Tita dankjewel ook voor jullie geduld en jullie blijvend goede humeur zelfs als 'mama weer eens aan haar thesis moest werken'. En oma en opa voor de opvang!

II. Inleiding en motivatie

Mannelijke Sekswerkers (MSW) zijn blootgesteld aan gezondheids- en andere risico's, waaronder SOI (Seksueel Overdraagbare Infecties), geweld, alcohol- en druggebruik. Vaak zijn er barrières om beroep te doen op de reguliere gezondheidszorg en andere hulpverlening. Er is dus nood aan specifieke (medische en psychosociale) hulpverlening voor deze kwetsbare doelgroep.

In de volksmond wordt er veel gespeculeerd over *'de homo's van 't park'*, maar er is nog weinig over geschreven. Het is zeker niet mijn ambitie om 'alles' in kaart te brengen. Wel wilden we nagaan in de literatuur wat er allemaal geschreven is rond jongensprostitutie en een beschrijving geven van het 'Boysproject' (mannelijk prostitutieproject in Antwerpen) en de medische hulpverlening van 'Gh@pro vzw' (gezondheidshuis Antwerpse prostitutie) in dat kader. Zelf ben ik één van de artsen die werken bij Gh@pro vzw.

Het doel van deze studie is de beschrijving van de specifieke kenmerken van mannelijke jonge sekswerkers in Antwerpen. Aan de hand van medische gegevens, vragenlijsten en interviews met betrokken instanties wordt een beeld geschetst van deze specifieke doelgroep binnen de Antwerpse prostitutie.

Verder willen we een beschrijving geven van de bestaande brede hulpverlening voor deze zeer kwetsbare groep. De aandacht gaat vooral naar jonge mannelijke sekswerkers tot de

leeftijd van 25 jaar. Oudere mannen werden echter ook bevraagd, omdat ze vaak tijdens de adolescentie al bij prostitutie betrokken waren.

Meer in het bijzonder gaan we de SOI status nakijken, hun kennis hierover en hun kennis over seksueel risicogedrag, alsook de vaccinatiestatus tegen hepatitis B en andere basisvaccinaties.

Verschillende prevalentiestudies tonen aan dat MSW hogere SOI prevalenties hebben, verschillend seksueel gedrag vertonen en verschillende demografische karakteristieken hebben tegenover vrouwelijke sekswerkers^{1,2,3}.

Resultaten van SOI screening bij de populatie MSW in Antwerpen werden beschreven in 2005⁴. Bij 45.5% van de MSW werden toen een of meerdere SOI vastgesteld. De prevalentie van HIV was 10.8%, hepatitis B doorgemaakte infectie 28.9%, syfilis 12.5%, gonorrhoe 1.7% en Chlamydia trachomatis 9.7%. Deze gegevens stemmen overeen met internationale gegevens en zijn beduidend hoger dan bij de vrouwelijke sekswerkers in dezelfde stad.⁵

De gegevens tonen aan dat een specifieke aanpak en aandacht voor de MSW noodzakelijk is. In de toenmalige studie werden onvoldoende gegevens verzameld om relevante verschillen aan te tonen in seksueel gedrag in vergelijking met vrouwelijke sekswerkers en er werd ook niet gepeild naar de algemene gezondheidstoestand en de basisvaccinaties bij deze doelgroep.

Daarom leek het ons ook zeer nuttig de specifieke eigenschappen van deze populatie verder te onderzoeken en te peilen naar zowel het seksueel gedrag als de kennis omtrent SOI en hun preventie. Dit laatste is vooral van belang om de prevalentie van de SOI te doen dalen bij deze hoog-risico groep. Aangezien de mannen vaak al jong in de prostitutie terecht komen, is het zeker van belang de jongste groep te onderzoeken en eventueel, naar aanleiding van deze studie, op maat hulp aan te bieden bij specifieke problemen.

Gh@pro vzw, Gezondheidshuis Antwerpse prostitutie, biedt preventieve medische en sociaal georiënteerde hulp voor problemen gerelateerd aan het beroep. Het accent ligt vooral op het geven van een preventieboodschap, gezondheidsvoorlichting en –opvoeding.

Daarnaast behoort vroegtijdige opsporing en behandeling van SOI tot de prioriteiten, alsook een vaccinatieprogramma voor hepatitis B, indien nodig.

Er wordt consultatie gehouden in alle verschillende sectoren van de prostitutie: raamprostitutie in het Schipperskwartier, privéhuizen en bars in de provincie Antwerpen, jongensprostitutie in de buurt van het stadspark en in de consultatieruimte van het gezondheidshuis in het Schipperskwartier. Belangrijk is dat anonimiteit en vertrouwelijkheid worden gewaarborgd. Alle contacten worden zodanig geregistreerd dat een goede opvolging mogelijk is, zonder dat aan

de anonimiteit van de sekswerker geraakt wordt. De gegevens van het vaccinatie- en screeningsprogramma worden nauwgezet bijgehouden en opgevolgd.

De aangeboden diensten worden gratis georganiseerd. De reden hiervoor is tweërlei: sommige sekswerkers kunnen zich geen testen veroorloven via de reguliere preventieve dienstverlening en het systeem waarborgt de onafhankelijkheid van de werking.

Indien nodig, zal het team actief doorverwijzen en desgewenst zelf de contacten maken met de reguliere hulpverlening.

Sinds de start van het pilootproject in 1999 tot eind april 2008 werden in totaal 3108 mensen gevolgd door Gh@pro vzw, hiervan zijn 2775 vrouwen en 333 mannen.

De vzw werkt met een 'mobiele equipe', bestaande uit een arts en een sociaal verpleegkundige. Voor sommige subpopulaties wordt het team aangevuld met een outreacher die het voorbereidende werk doet en contacten legt met de doelgroep. De kern van deze werkwijze is het hulpverleningsaanbod actief naar de doelgroep brengen, waarbij de sekswerker benaderd wordt vanuit zijn/haar 'beroepsrisico'. De outreachers gaan sekswerkers opzoeken op hun werkplek. Ze geven hen informatie en voorlichting en organiseren contacten met de arts.

Voor de mannelijke prostitutie in Antwerpen wordt deze outreachtaak vervuld door de vzw Boysproject. Gh@pro vzw heeft een samenwerkingscontract met het Boysproject om tweewekelijks een raadpleging te houden in hun aanloophuis in de Quellinstraat, voor het organiseren en aanbieden van de preventief medische consulten. De straathoekwerking en o.a. het bekend maken van de medische consultatie, gebeurt door hen. Vaak hebben we hier te maken met jongens eerder dan met mannen .

III. Doelstellingen

Het onderzoek heeft als doel bij te dragen tot het formuleren van een antwoord op de volgende onderzoeksvragen bij de doelgroep mannelijke sekswerkers tussen 16 en 25 jaar oud:

1. Beschrijving van het vzw Boysproject (mannelijk prostitutieproject in Antwerpen) en de hulpverlening van Gh@pro vzw in dat kader.
2. Wat is de prevalentie van SOI en wat is de vaccinatiestatus van hepatitis B (en eventueel andere vaccins die op schoolleeftijd in orde dienen te zijn) in deze doelgroep?
3. Wat is de kennis van de doelgroep over SOI en de risico's van seksueel contact?

4. Welke hulpverlening (sociaal, medisch, juridisch) bestaat er voor deze hoog-risico groep voor SOI ?

IV. Methodologie

Deze eindverhandeling omvat :

1. Literatuurstudie
2. Interviews met de betrokken instanties en hulpverleners: trajectbegeleiders (straathoekwerkers) van vzw Boysproject, schooldirecteurs, CLB artsen, jeugdbrigade (politie Antwerpen), advocaat van de jeugdrechtbank, rechter van de jeugdrechtbank. (Bijlage 2)
3. Een prospectieve epidemiologische studie bij een cohorte mannelijke sekswerkers van 16 tot 25 jaar werd uitgevoerd.
 - o Gegevensverzameling via enquêtes bij de doelgroep, afgenomen door een arts, verpleegkundige of trajectbegeleider. Het doel is om 40 à 50 jongens te includeren van 16 tot 25 jaar, werkzaam in de prostitutie, die op consultatie komen bij vzw Gh@pro of vzw Boysproject. Er werd eerst mondelinge informatie gegeven en nadien mondelinge toestemming gevraagd om een vragenlijst af te nemen. (Bijlage 3)
 - o Een gedeelte van de analyse gebeurde op retrospectief verzamelde data: de data van bloed- en urineonderzoeken uit de elektronische databank van Gh@pro vzw.
 - o De enquêtes werden afgenomen tussen 01/01/2008 en 30/4/2008.
 - o Een goedkeuring van de Ethische Commissie van de Universiteit Antwerpen werd bekomen om deze cohorte samen te stellen. (Bijlage 4)

1. Voor de **literatuurstudie** heb ik eerst gezocht via Pubmed met de zoektermen "prostitut* AND male": met deze zoekactie kreeg ik meer dan 2000 artikels. Met dezelfde zoektermen maar met de MeSH termen waren er nog 1711 resultaten. Vervolgens heb ik enkele limieten ingevuld: alleen Engelse en Franse artikels, male, humans, reviews en meta-analysen, verschenen na 1 januari 1990 en voor 31 december 2007; op deze manier vond ik 85 artikels. Als ik als extra zoekterm 'minor' toevoegde, waren er geen artikels beschikbaar. Bij extra zoekterm 'child', waren er 8 artikels. Hieruit (uit die 85, resp. 8) heb ik aan de hand van het abstract gekeken of er relevante informatie in stond voor mijn onderzoek. Uiteindelijk waren er

15 bruikbare reviews of meta-analysen. De artikels die ik uiteindelijk gebruikt heb voor het tot stand brengen van deze tekst, worden vermeld in de referentielijst.

Er waren reeds 4 artikels geschreven door medewerkers van Gh@pro vzw die natuurlijk ook geraadpleegd werden voor deze thesis ^{4,6,7,8}. De referenties van de oorspronkelijke artikels werden nagekeken en dit leverde ook enkele interessante artikels op. Uiteindelijk waren er een 10- tal bruikbare relevante artikels.

Ook uit de jaarverslagen van Gh@pro vzw, Pasop vzw en het Boysproject heb ik data gehaald ^{5,9,10}.

De verhandelingen voorgedragen tot het behalen van de graad van Gediplomeerde in de Gespecialiseerde Studies in de Jeugdgezondheidszorg van Mieke De Boeck 'Kennis en gebruik van (nood)anticonceptie bij jongeren' (academiejaar 2005-2006) en van Kris Keersmaekers 'Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor anderstalige nieuwkomers: een onderzoek naar compliance bij doorverwijzing in de preventieve jeugdgezondheidszorg en impact van trajectbegeleiding hierop' (academiejaar 2004-2005) werden nagelezen.

Als achtergrondinformatie werd het boek 'De Roma van Brussel' geraadpleegd ¹¹.

Om een eerste kijk te krijgen, bekeek ik de website van het Boysproject, Sensoa (Vlaams service- en expertisecentrum voor seksuele gezondheid en HIV (Human Immunodeficiency Virus)), Europap (netwerk van 18 West- en Centraal- Europese landen die de gezondheid en well-being van sekswerkers promoten met o.a. HIV en SOI preventie), Child Focus (het Europees Centrum voor vermiste en seksueel uitgebuite kinderen), WHO (World Health Organization), UNAIDS en via deze kanalen nog vele andere interessante links.

2. Mondelinge **interviews met de betrokken instanties**: trajectbegeleiders (straathoekwerkers) van het Boysproject, schooldirecteurs, CLB artsen, jeugdbrigade (politie Antwerpen), advocaat van de jeugdrechtbank, rechter van de jeugdrechtbank werden door mij afgenomen in de periode januari tot april 2008.

Voor de gegevens van de verschillende betrokken partijen die geïnterviewd werden, verwijs ik naar bijlage 5 : Personalialia.

3.A. De **enquêtes** met de doelgroep (jongens van 16 tot 25 jaar die werken in de prostitutie) werden mondeling afgenomen in de periode januari tot april 2008 door een arts (ikzelf), een verpleegkundige van Gh@pro vzw of een straathoekwerker van Gh@pro vzw of Boysproject.

Het doel was om 40 à 50 jongens te includeren van 16 tot 25 jaar, werkzaam in de prostitutie, die op consultatie komen bij vzw Gh@pro of het vzw Boysproject. Er werd eerst mondelinge informatie gegeven en nadien toestemming gevraagd om een vragenlijst af te nemen. De enquêtes werden opgesteld naar het voorbeeld van de standaardenquêtes van Gh@pro vzw, die op hun beurt werden opgesteld naar analogie met de vragenlijsten die gebruikt worden door Europap (zie 1.4.). Daarom werden de huidige vragenlijsten niet meer apart gevalideerd in onze studie.

Voor de **verwerking van de vragenlijsten** werden de gegevens uit de datasets in Excel-spreadsheets ingevoerd en verwerkt. De gegevens werden samengevat en gepresenteerd door middel van draaitabellen en draaigrafieken.

Bepaalde statistiek werd uitgevoerd op de resultaten van deze studie. De onderzoeksgroep was klein en bijgevolg was het niet altijd mogelijk om statistische bewerkingen betrouwbaar uit te voeren. Er werd geopteerd om Chi-kwadraat testen met 2*2 tabellen uit te voeren waar mogelijk, en daaruit een p-waarde te berekenen om de probabiliteit van de vooropgestelde stelling na te gaan (als grens werd p groter of kleiner dan 0,05 genomen).

Uitgesproken conclusies kunnen we van onderzoek op deze schaal niet verwachten, hoewel een duidelijke problematiek zich wel kan aftekenen en een grote studie binnen dit soort populatie eigenlijk moeilijk haalbaar is.

3.B. De laboresultaten van alle onderzoeken uitgevoerd op Gh@pro vzw bij de ondervraagde jongens, werden verzameld.

Een algemene SOI screening wordt routinematig uitgevoerd op de consultaties met goedkeuring van de patiënten: een bloedstaal voor bepaling van HIV (antistoffen), Syfilis (FTA en VDRL) en hepatitis B (HBsAg, anti-HBc en anti-HBs) alsook een urinestaal voor bepaling van Chlamydia trachomatis en Gonorrhoe via PCR (Cobas Amplicor). De patiënten worden allemaal tijdens een controleraadpleging op de hoogte gesteld van de resultaten van de onderzoeken en, zo nodig, doorverwezen voor verdere behandeling.

De gegevensbank van Gh@pro vzw wordt gebruikt om de SOI gegevens van de mannelijke populatie sekswerkers die door Gh@pro vzw worden gevolgd, te beschrijven. Dit is een retrograde data-analyse in tegenstelling tot de prospectieve gegevensverzameling met de enquêtes. De gegevens van alle mannelijke patiënten werden “unlinked anonymous” geanalyseerd. De gegevens over land van herkomst en geboortedatum werden wel gebruikt en gelinkt aan de resultaten van de SOI screening. Patiënten weten dat ze deelnemen aan het onderzoek, omdat er een enquête wordt afgenomen. Ook deze resultaten werden “unlinked anonymous” verwerkt.

V. Resultaten

Deel 1 : literatuurgegevens

1.1. Achtergrond

Prostitutie wordt in het 'Van Dale' woordenboek gedefinieerd als: 'seks, uitgeoefend tegen betaling', een prostituée wordt vervolgens verklaard als 'een vrouw die tegen betaling seksuele handelingen verricht' en een sekswerker is 'iemand die werkzaam is in de seksindustrie, bijvoorbeeld als prostitué of als pornoacteur'. In de laatste omschrijving betreft het zowel mannen als vrouwen.

In deze scriptie gebruiken we de woorden prostituée voor een VSW (vrouwelijke sekswerker), prostitué voor een MSW en prostitué(e) als het over beiden gaat.

Mannen en vrouwen die werkzaam zijn in de prostitutie noemen zichzelf vaak 'sekswerker'. Dit is een meer respectvolle benaming dan 'prostitué' en benadrukt dat het gaat om werk eerder dan om een identiteit. Het is belangrijk om sekswerk als een beroep te bekijken, eerder dan een bepaald gedrag. Deze benadering helpt ook om het zelfrespect te verhogen onder sekswerkers⁷.

'Kinderprostitutie' wordt door Child focus als volgt gedefinieerd: 'het gebruik van een kind voor seksuele handelingen tegen betaling of een andere vorm van vergoeding.'¹².

Er bestaan verschillende redenen waarom sekswerkers dit beroep gaan uitoefenen. Een deel van de sekswerkers prostitueert zich uit financiële noodzaak (bv. schulden) of omdat hun partner hen heeft achtergelaten en ze als alleenstaande ouder hun kinderen dezelfde levensstijl willen geven. Een belangrijk deel van deze groep, vaak vrouwen, hebben een diploma als verpleegkundige of verzorgster e.a. in de zorgsector, maar omwille van de moeilijke uurregeling in combinatie met het gezin, 'kiezen' zij uiteindelijk om op een snelle manier toch een redelijk inkomen bijeen te krijgen. Een klein deel doet het om studies te financieren. Een grote groep van sekswerkers wordt door omstandigheden zoals bv. illegaliteit in de prostitutie 'gedwongen': zij kunnen slachtoffer zijn van mensenhandel. Zeker niet alle sekswerkers worden gedwongen: er zijn ook mensen die zich uit vrije wil prostitueren. Een kleine minderheid doet het 'omdat ze graag aan seks doen'.

Hoewel mensenhandel met het oog op seksuele uitbuiting voornamelijk gebeurt bij vrouwen en meisjes, moet toch ook mannelijke prostitutie in rekening gebracht worden. Mannen en jongens werken enerzijds als escorte, maar ook in de straatprostitutie, in de barprostitutie, en heel soms in privé-huizen. In België zijn slechts enkele organisaties specifiek gericht op deze doelgroep. Mannelijke minderjarigen in de prostitutie betreffen voornamelijk jongens uit ex-

Joegoslavië en Centraal- en Oost- Europa (Roemenië en Bulgarije). Het gaat om een erg mobiele groep, die vermoedelijk ook in andere Europese landen actief is in de prostitutie. Ze zijn vaak dakloos, komen uit arme, behoeftige of ontheemde gezinnen of hebben verschillende jaren doorgebracht in jeugdinstellingen. In tegenstelling tot de vrouwelijke prostituées werken de jongens voornamelijk voor zichzelf. Mannelijke prostitutie blijkt aldus voornamelijk vrijwillig te zijn. Daarom is het ook zo moeilijk om te bepalen wanneer deze praktijken uitmonden in uitbuiting¹³. Het is moeilijk om cijfers te geven van het aantal minderjarigen dat seksueel wordt uitgebuit, omdat kinderprostitutie, kinderhandel en kinderpornografie illegale fenomenen zijn en veel uitbuiting aldus verborgen blijft¹².

Omwille van een strikte controle op minderjarigen in de prostitutie en omwille van een strenge aanpak in bepaalde Belgische steden, kunnen we vermoeden dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden van zichtbare naar meer onzichtbare prostitutie (advertenties, massage-salons, privé-escorte,...), ten einde de controle te ontlopen.

Ongeacht of seksuele exploitatie nu initieel vrijwillig of onder dwang werd ondergaan, het plaatst deze jongeren alleszins voor enorme risico's inzake gezondheid (SOI's, HIV/AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome)) en fysiek en mentaal welzijn.

1.2. Verschillende vormen van sekswerk in Europa¹⁴

Straatprostitutie

Sekswerkers ronselen hun klanten op straat en geven de seksuele dienstverlening in een auto, een hotel of in een park. De straatprostitutie is meer gelieerd aan drugverslaving omdat het organisatieniveau hier erg laag is. De sekswerkers huren geen ruimte en er is geen werkgever zoals in vele georganiseerde vormen.

Georganiseerde prostitutieplaatsen zoals seksclubs, bordelen,...

De manier waarop seksclubs georganiseerd zijn, varieert van plaats tot plaats. Meestal neemt een sekswerker een klant mee naar een ruimte om seksuele diensten te verlenen. De klant betaalt het management en de sekswerkers ontvangen een percentage. Extra geld verdienen ze door alcohol te drinken met de klant of door extra diensten aan te bieden als ze alleen met de klant zijn. De klant kan onveilige seks vragen en de sekswerker moet dan zijn of haar grenzen strikt bewaken. Daartegenover kan het management een klimaat van veilige seks ondersteunen door de klanten duidelijk te maken dat onveilige seks niet beschikbaar is én door condooms en glijmiddelen aan de sekswerkers te geven.

Raamprostitutie

In sommige steden werken sekswerkers achter een 'winkelraam' om zich aan de klanten te presenteren. De seksuele dienstverlening vindt plaats in een klein kamertje juist achter het raam. Om aan te geven dat ze een klant hebben, sluiten ze de gordijnen van het raam. Bij deze vorm van prostitutie brengen sekswerkers meestal minder tijd door met een klant en verdienen ze minder op drank. Gemiddeld is het aantal klanten hoger dan in een club. Raamsekswerkers moeten voor hun raam dagelijks huur betalen, als er geen klanten opdagen verliezen ze geld.

Privé-huizen of appartementen

Deze vorm van sekswerk neemt toe maar is zeer moeilijk te lokaliseren. Meestal wordt er reclame gemaakt via advertenties in kranten, internet, tijdschriften of via taxichauffeurs. De manier waarop reclame gemaakt wordt, is afhankelijk van de wetgeving en hoe die door de overheid toegepast wordt. De werkplek is van buiten uit niet herkenbaar. Vaak is het een appartement of een huis in een gewone buurt. Deze sekswerkers werken alleen of met collega's.

Veiligheid is een belangrijk onderwerp want er is geen sociale controle op wat er in het privé-huis gebeurt. Videofoons bij de ingang, alarmknoppen, een grote hond, of andere maatregelen verhogen de veiligheid.

Escortebureaus

In de meeste steden van de wereld zijn er escortebureaus. Moderne communicatietechnieken en internet vervingen het fotoboek in een kantoor waardoor het risico voor werkgevers daalde. De seksuele dienstverlening wordt in een hotel gegeven of bij de klant thuis. Escortes worden per uur betaald. Soms huurt een klant een escorte om uit te gaan of voor een korte vakantie. Veiligheid is ook hier een belangrijk item. Escortebureaus verzorgen vaak het transport en staan in voor de bescherming van hun werknemers. Over veilige seks onderhandelt de sekswerker zelf maar een 'veilige seks politiek' van het management vergemakkelijkt dit.

Sauna's en massage-instituten

Niet alle sauna's en massage-instituten geven seksuele dienstverlening. Deze instituten kunnen wel opgezet zijn om aan prostitutie te doen. Het gevaar is dat massagesalons niet over condooms mogen beschikken, dus de veiligheid van de seksuele contacten neemt hierdoor sterk af. Bij 'erotische massage' komt orale seks meer voor dan vaginale of anale seks.

1.3. Wettelijk kader

Prostitutie is van alle tijden en van alle culturen. Het wordt vaak omschreven als een noodzakelijk kwaad en bijgevolg gedoogd in de schemerzone van de wet.¹⁵

Het wettelijk kader is verschillend van land tot land, maar vooral de manier waarop de overheid de bestaande wetgeving toepast in de praktijk is belangrijk.¹⁴

Hulpverlening is echter universeel en onafhankelijk van bestaande wetten en morele overwegingen. In alle contacten tussen de overheid en gezondheidswerkers moet de missie zijn: 'de gezondheidsrisico's van sekswerk tot een minimum beperken'. Zelfs de meeste abolitionisten (strekking uit de 19^e eeuw die streven naar de afschaffing van de wettelijke regeling van prostitutie), erkennen de toegang van gezondheidswerkers tot sekswerkers en de noodzaak van geld om gezondheidsprogramma's uit te voeren. Er kan hulpverlening gegeven worden zonder een discussie op te starten of sekswerk al dan niet moet bestaan en zo ja, hoe het in een wettelijk kader georganiseerd zou moeten worden.¹⁴

In België, net zoals in de meeste andere Europese landen is prostitutie op zich bij meerderjarigen niet strafbaar maar wel de exploitatie ervan. Toch wordt er vaak slechts opgetreden wanneer aan de prostitutie andere criminele activiteiten verbonden zijn of wanneer overlast veroorzaakt wordt en wordt er in feite een gedoogbeleid gevoerd ten aanzien van vrijwillige prostitutie. In België wordt prostitutie niet officieel erkend maar in de meeste gemeenten wordt een gedoogbeleid gevoerd ten aanzien van zichtbare prostitutie. Er is zelfs eerder sprake van een reguleringsstelsel waarbij prostituées worden ingeschreven als dien(st)ers en zo gekoppeld worden aan de horecawetgeving. De reglementeringen zijn vaak enkel gericht op de zichtbare vorm van prostitutie. Het gevaar bestaat dat er dan een verschuiving komt naar de minder zichtbare en dikwijls gewelddadiger vorm van prostitutie. Gezien de hiërarchie van de wetgeving en de tegenspraak in de praktijk zit men dus uiteindelijk in een grijze zone.¹⁵

Seks op openbare plaatsen (vb in het park, op straat of in de auto) is wel verboden. Seksuele contacten op openbare plaatsen zijn niet toegelaten, het kan gezien worden als 'openbare zedenschennis' of het kan bestraft worden als 'exhibitionisme' (geslachtsdelen tonen, enz). Reclame maken voor prostitutie is ook verboden, zelfs in bedekte bewoordingen. Dit geldt zowel voor prostitutie bij minderjarigen, als bij meerderjarigen. Pooierschap, dus geld verdienen met de prostitutieactiviteiten van anderen, is ook verboden en strafbaar; ook dit geldt zowel voor minderjarige als meerderjarige prostitués.¹⁶

De wet in België zegt dat de klant van een minderjarige prostitué (minder dan 18 jaar) strafbaar is, zelfs al is de klant niet op de hoogte van de minderjarigheid. De toestemming van de minderjarige is hierbij niet van belang. Ook de ontucht of prostitutie van een minderjarige bijwonen (bijvoorbeeld in peepshows of seksshows) is strafbaar. Minderjarige prostituées worden door de overheid beschouwd als slachtoffer. Ze zullen met het oog op bescherming worden opgevolgd als ze in aanraking komen met de politie. Een politieagent is wel verplicht een bewijs van zijn functie te tonen, een badge of een kaart, zelfs al is hij in burger. ^{16,17}

In België zijn er 2 belangrijke wetten die toegepast worden bij minderjarige prostituées:

- 1) prostitutie van een minderjarige is verboden volgens het strafwetboek, art 379-382 (Bijlage 6)
- 2) de jeugdbeschermingswet, dit is een algemene beschermingswet voor minderjarigen (wet van de jeugdbescherming 1965 in Belgisch Staatsblad : www.fgov.be/justitie/BS)

1.4. Bestaande hulpverleningssettings voor brede prostitutie

In **België** zijn er verschillende organisaties die werken met mannelijke sekswerkers.

In Antwerpen zijn dat Gh@pro vzw en Boysproject. (zie verder).

In Brussel is er CAW (Centrum Algemeen Welzijn) Mozaïek met afdeling Adzon, dit is een vergelijkbaar project als het Boysproject in Antwerpen. Een andere organisatie is Espace P, dit is vergelijkbaar met Gh@pro vzw. Bij beide projecten is er medische hulpverlening.

In Gent bestaat Pasop (cfr. Gh@pro) en straathoekwerk Gent-JOPRO, zij verwijzen voor medische consultaties door naar Pasop.

In Luik is er Icar Liège (cfr. Gh@pro), zij doen ook zelf medische consultaties.

Europa

Europap (Europees netwerk voor HIV/SOI preventie in prostitutie) is een netwerk van 18 West en Centraal Europese landen, waaraan meer dan 400 gezondheidsprogramma's, projecten voor sekswerkers en sociaal ondersteunende programma's verbonden zijn. Het is een overkoepelende organisatie die informatie uitwisselen, guidelines opstellen (in 1998 Hustling for Health, in 11 verschillende talen), soms workshops geven, e.a.¹⁸

Hier volgen een aantal voorbeelden van organisaties in Europese landen .

In **Nederland** bestaan er de GGD's, dit zijn gemeentelijke gezondheidsdiensten die voor iedereen toegankelijk zijn. Alle GGD's hebben een aantal basistaken waaronder

jeugdgezondheidszorg, gezondheidsvoorlichting, infectieziektebestrijding (waaronder SOI consultaties)...¹⁹

Naast de GGD is er in Amsterdam een P&G292, dit staat voor prostitutie en gezondheidscentrum 292. Je kan er terecht als prostitué(e) uit alle sectoren voor hulp en advies, SOI testen en hepatitis B vaccinaties.²⁰

In de **UK** zijn er GUM clinics: dit staat voor genito-urinary medicine. Het zijn National Health Service klinieken voor alle aspecten van seksuele gezondheid. Er wordt gratis en vertrouwelijk advies gegeven aan iedereen, ook SOI testen en zo nodig behandeling.²¹

In **Zwitserland** (Genève) is er een project 'Le service male sexwork' die informatie geven en oriëntatie voor seksuele gezondheid, sociale en juridische hulpverlening. Er zijn gelijkaardige projecten in Zurich, Bazel en Lucerne.²²

Een voorbeeld buiten Europa:

In **Australië**, Sydney is er een publiek SOI en HIV centrum, Sydney Sexual Health Center, waar zowel prostitué(e)s als andere mensen zich kunnen laten testen.¹

1.5. SOI en mannen prostitutie

Sekswerkers hebben een groot risico om SOI op te lopen.^{23,24}

In tabel 1 worden enkele studies over mannelijke sekswerkers vergeleken. Deze studies werden via de literatuurzoektocht gevonden zoals in de methode vermeld werd, en geselecteerd op basis van beschikbare gegevens over SOI.

Referentie	Jaar	aantal MSW	bloed	urine	hepB vacc	hep B	hiv	gono	chlam	syphilis	genitale wratten	genitale herpes
Antwerpen ⁽⁴⁾	2005	129	ja	ja	ja	28.9%	10.8%	1.7%	9.7%	12.5%	0.8%	0.8%
Londen ⁽²⁵⁾	2003	?	nee	nee								
Uruguay ⁽³⁾	2003	200	ja	nee		50.5%	21.5%					
Sydney ⁽¹⁾	2000	94	ja	ja		1.7%	6.5%	4.7%	1.7%	2.9%	20.9%	7.7%
Londen ⁽²⁾	2000	88	nee	nee								
Pakistan ⁽²⁶⁾	1999	208	ja	nee		3.4%	0%			37%		

Tabel 1. SOI bij mannelijke sekswerkers in verschillende literatuurstudies

De studie uit Londen (augustus 2003)²⁵ van de ENMP (European network of male prostitution), maakt een vergelijking tussen migrerende en niet migrerende mannelijke

sekswerkers (tussen 24 en 27 jaar). Met migrerende sekswerkers worden alle sekswerkers bedoeld waarvan het land van herkomst verschillend is dan het land waar ze wonen en werken. Er werden vragenlijsten afgenomen in UK, Frankrijk en Duitsland. Er werden geen SOI testen afgenomen, er werd alleen gevraagd naar de toegang tot gezondheidszorg en specifiek toegang tot hepatitis B vaccinatie (niet-migrerende 95.7% en migrerende 96.8%) en toegang tot HIV tests en counselling (niet-migrerende: 94.6% en migrerende 95.7%).

De eerdere studie uit Londen (2000)² gaat de kennis van mannelijke sekswerkers over SOI na: de gemiddelde kennis per SOI was sterk verschillend: HIV 83%; hepatitis B 89%; genitale wratten 52%; herpes 59%; syfilis 58%; gonorrhoe 62%; chlamydia 0% en niet-specifieke urethritis 0%.

Uit alle studies blijkt dat het voorkomen van SOI bij mannelijke sekswerkers hoog is en de kennis verschilt naargelang de ziekte en het land.

Outreach programma's in verschillende Belgische steden hebben de toegang tot gezondheidszorg verbeterd en het aantal SOI bij sekswerkers doen dalen.^{6,24,27,28}

1.6. Hepatitis B vaccinatie en mannen prostitutie

Een hepatitis B vaccinatieprogramma bij een hoog-risico groep zoals sekswerkers is dikwijls heel moeilijk^{29,30,31}. Redenen hiervoor zijn: hun (vaak) illegale status, de hoge kostprijs van het vaccin, onwetendheid over het belang van transmissie van hepatitis B in hun beroep en beperkte toegang tot de reguliere gezondheidszorg²⁴.

Deze doelgroep is moeilijk bereikbaar en herkenbaar; het is niet gemakkelijk om hen in te lichten en te motiveren. Het is een bijzonder mobiele groep waardoor het risico van drop-out voor een drie-dosissenschema reëel is⁶.

Om deze doelgroep wel te bereiken is actieve outreach zeer belangrijk met straathoekwerkers die contact hebben met de sekswerkers op hun werkplek. Het gezondheidshuis moet zeer laagdrempelig zijn. Een mobiel team van een dokter en een verpleegster die de vaccinaties ter plaatse gaan toedienen, zonder dat er verwacht wordt dat de sekswerker naar het gezondheidshuis komt, is de beste manier.³²

Uit verschillende studies bleek dat indien er een versneld vaccinatieschema toegepast wordt (0.1.4 maanden in plaats van het klassieke 0.1.6. maanden schema) of een super-versneld schema (0.1.2.12 maanden of 0.7.21.360 dagen), een groter deel van de doelgroep (o.a. MSW) bereikt wordt, althans voor het eerste deel van het vaccinatieschema. Het probleem is dat de derde en eventueel de vierde dosis vaak niet meer gegeven kunnen worden, en er dus geen levenslange protectie is tegen hepatitis B.^{32,33, 34,35,36}

Om de compliantie verder te verbeteren in een moeilijk te bereiken hoog-risico groep, moeten andere strategieën (vb. herinnering systeem, outreach, aanmoedigingsschema's) overwogen worden.^{32,35,36,37}

1.7. Kennis over HIV preventie en condoomgebruik

Een rapport voor het opstellen van guidelines van UNAIDS (WHO) wil de kennis van jonge mensen (15-24jaar) i.v.m. HIV preventie nagaan, alsook het condoomgebruik van jonge mensen bij occasionele partners.

Aan de hand van 5 vragen wordt gekeken of ze weten hoe HIV preventie correct gebeurt en worden algemene misverstanden verworpen: vb. dat een gezond- uitzierend persoon wel besmet kan zijn met HIV, of dat je geen HIV kan overkrijgen door met iemand van 1 bord te eten.

Om te kijken of de jongeren veilig seksueel contact hebben, wordt eerst gevraagd of ze al seksueel actief zijn. Zo ja, of ze de laatste 12 maanden seks gehad hebben met een occasionele partner (een andere dan hun vaste partner) en hoeveel zulke partners? Werd er de laatste keer dat er seks was een condoom gebruikt?

Dit is een aanbeveling van de WHO, de bedoeling is om deze vragen in alle landen te stellen, liefst om de 2 jaar (minstens elke 4 à 5 jaar).³⁸

1.8. Achtergrond Roma cultuur¹¹

De notie van preventie is vreemd aan de denkwijze van Roma. Succes en ziekte hebben volgens hen te maken met geluk. Mensen berusten in hun lot, gezondheid is in de handen van God. Mensen leven in het hier en nu en hanteren een korte termijnvisie. Dit is nog meer uitgesproken bij hen die van dag tot dag moeten overleven omdat hun verblijfsstatuut (nog) niet in orde is. Een gezond lichaam is voor Roma geen kapitaal dat moet verzorgd en onderhouden worden. Zolang men niet ziek is, ziet men de noodzaak niet in van een doktersbezoek. Na een doktersonderzoek wordt de ziekte evenmin goed opgevolgd. Als men zich beter voelt, wordt medicatie onmiddellijk stopgezet. Het nut van vaccinaties stelt men in vraag.

Gezondheidsthematiek voor Roma moet in een multi-problematische context worden gezien. Zowel kansarmoede, die deels een gevolg is van hun precare verblijfsituatie als cultuurgebonden elementen hebben een sterke invloed op de gezondheid van Roma.

1.9. Conclusie literatuur

Er is in de literatuur heel veel terug te vinden over HIV/AIDS en SOI of SOA (Seksueel Overdraagbare Aandoeningen), maar voornamelijk met betrekking op de algemene bevolking. Als er over prostitutie geschreven wordt, gaat het meestal over vrouwelijke prostitutie en weinig over mannelijke sekswerkers en al helemaal niet over minderjarigen. Child Focus heeft het soms wel over seksueel misbruik bij minderjarigen maar dat gaat dan vooral over meisjes uit de mensenhandel die gedwongen worden in de prostitutie en slechts weinig over jongens.¹²

Er is heel wat literatuur over MSM (mannen die seks hebben met mannen) maar weinig over mannelijke sekswerkers en zo ja, dan gaat het vaak over psychologische en sociologische factoren.

Uit de weinige literatuur rond mannelijke prostitutie, onthouden we vooral dat de incidenties van SOI hoger liggen dan bij de vrouwelijke sekswerkers, vb. uit de studie van Gh@pro 2005: HIV bij MSW 10%, bij VSW (vrouwelijke sekswerkers) 2% en bij de algemene bevolking slechts 0.16%.⁴ Anderzijds is ook belangrijk dat de doelgroep veel moeilijker te bereiken is, zeker de minderjarigen.

Deel 2. Onderzoeksresultaten

De resultaten worden weergegeven volgens de onderzoeksvragen opgesteld in de inleiding van deze studie.

2.1. Beschrijving van de vzw's Gh@pro en Boysproject

(onderzoeksvraag 1).

2.1.1 Gh@pro vzw

In 1999 werd een pilootproject opgestart vanuit de dienst Epidemiologie en Sociale Geneeskunde van de Universiteit Antwerpen op initiatief van Prof. Dr. Pierre Van Damme en Mevr. Anne Vercauteren, in samenwerking met de vzw Payoke. Aanvankelijk was het hoofddoel een vaccinatiecampagne tegen hepatitis B (geelzucht) te implementeren. Hepatitis B is één van de levensbedreigende infecties die voor personen met wisselende seksuele partners een groot risico vormt, via seksueel contact.

Het project werd stilaan aangewend om een vertrouwensrelatie met sekswerkers op te bouwen en aanvullende informatie over gezondheid en gezondheidsrisico's te geven. Kortom, de hepatitis B vaccinatie paste in een breder Gezondheidsvoorlichting- en Opvoedings(GVO)project. Daarom werd in mei 2002 de vzw Gh@pro opgericht ten behoeve van de sekswerkers in de Provincie Antwerpen met als doelstelling een "geïntegreerde preventieve hulpverlening aan sekswerkers aan te bieden, zowel op het gebied van gezondheid, als op psychisch, sociaal en juridisch vlak". We baseren ons hiertoe op het model van de arbeidsgeneeskunde. Het team bestaat momenteel uit twee deeltijdse artsen, een voltijds en een deeltijds verpleegkundige, een maatschappelijk werkster, een outreacher en een deeltijdse administratieve kracht. Het aantal personen dat tot 30/4/8 op medische consultatie gezien werd was 3108 waarvan 2775 vrouwen en 333 mannen.

De vereniging heeft tot doel:

- Het bevorderen van de preventieve gezondheidszorg en hulpverlening voor sekswerkers: mannen en vrouwen.
- Het incorporeren van het sociaal luik Connect@ binnen de werking van Gh@pro: verder uitwerken van een doorverwijssysteem voor juridische en/of sociaal/psychosociale hulpverlening
- Het oprichten en verder uitbouwen van een geïntegreerde zorg voor sekswerkers op preventief medisch, sociaal, juridisch en psychosociaal vlak.

- De implementatie en evaluatie van een hepatitis B vaccinatieprogramma voor sekswerkers in de provincie Antwerpen.

De sekswerkers worden benaderd via hun beroep. SOI worden gezien als professionele risico's en aandoeningen. Via een 'mobiele equipe' worden de sekswerkers bereikt op of in de buurt van hun werkplaats. Bovendien is er bijna dagelijks mogelijkheid tot raadpleging in onze eigen consultatieruimte.

De 'mobiele equipe' is een multidisciplinair team, bestaande uit een arts en een sociaal verpleegkundige. Voor sommige subpopulaties wordt het team aangevuld met een outreacher die het voorbereidende werk doet en contacten legt met de doelgroep. De kern van deze werkwijze, is het hulpverleningsaanbod actief naar de doelgroep brengen, waarbij de sekswerker wordt benaderd vanuit zijn/haar 'beroepsrisico'. Door de hulpverlening te organiseren op de werkplaats vallen er barrières weg. Er kan gesproken worden in een vertrouwelijke sfeer, over de specifieke problemen verbonden aan het beroep.

Outreachers-activiteit is van cruciaal belang voor het welslagen van het project op langere termijn. De outreachers gaan sekswerkers opzoeken op hun werkplek. Ze geven hen informatie en voorlichting en organiseren contacten met de arts, al dan niet in het gezondheidshuis. Zonder dit arbeidsintensieve werk kunnen niet dezelfde resultaten bereikt worden. De 'mobiele equipe' past in een flexibel model dat kan inspelen op de typische lokale noden van bepaalde steden en/of buurten.

Belangrijk is dat anonimiteit en vertrouwelijkheid worden gewaarborgd. Alle contacten worden zodanig geregistreerd dat een goede opvolging mogelijk is, zonder dat aan de anonimiteit van de sekswerker geraakt wordt. De gegevens van het vaccinatie- en screeningsprogramma worden nauwgezet bijgehouden en opgevolgd.

De aangeboden diensten worden gratis georganiseerd. De reden hiervoor is tweërlei. Sommige sekswerkers kunnen zich geen testen veroorloven via de reguliere preventieve dienstverlening. Bovendien waarborgt dit systeem de onafhankelijkheid van de werking.

Indien nodig, zal het team actief doorverwijzen en desgewenst zelf de contacten leggen met de bestaande reguliere hulpverlening.

In de praktijk wordt getracht de prestaties te meten aan de hand van een lijst van doelstellingen en indicatoren waarvan onze organisatie gebruik maakt voor rapportering aan de Vlaamse Gemeenschap.

Zowel de preventieve als de curatieve reguliere gezondheidszorg zijn vaak moeilijk bereikbaar voor sekswerkers en kunnen dikwijls niet specifiek ingaan op hun noden. Voor sommigen zijn de werkomstandigheden zodanig, dat ze niet in de bestaande gezondheidszorg passen (lange werkdagen, soms zeven dagen per week, de onmogelijkheid om de werkplaats te verlaten,

onbekendheid met het lokale hulpverleningsaanbod, taal- problemen, e.d.) Bovendien is er vaak een negatieve houding bij de reguliere hulpverleners waardoor sekswerkers hun beroep niet meedelen. Daardoor kunnen ze beroepsspecifieke problemen niet bespreken.

Naar analogie met de vorige jaren kunnen we aannemen dat minder dan de helft een eigen huisarts heeft. Slechts een klein percentage van de vaste huisartsen is op de hoogte van het beroep. Buiten de gediagnosticeerde SOI, zijn ook vele andere gezondheidsproblemen aanwezig, zoals een groot aantal abortussen door moeilijke toegang tot anticonceptie, verwondingen door fysiek geweld, alcohol- en druggebruik. Het is van groot belang deze personen een specifieke hulpverlening aan te bieden, waarbij rekening gehouden wordt met al deze problemen.

Alle sekswerkers worden ingelicht over SOI, over het belang van vaccinatie tegen hepatitis B, over overdracht van infectieziekten en risico's, over veilig vrijen en het gebruik van condooms en glijmiddel in hun professionele seksuele relaties.

Geïnteresseerden kunnen zich via bloedtesten laten screenen op hepatitis B, HIV en syfilis; via cervicale/vaginale swab of via urinestaal voor de mannen op gonorrhoe en chlamydia. Ook gratis gynaecologisch onderzoek is mogelijk (kankeruitstrijkje en opsporing van niet-seksueel overdraagbare infecties). Er wordt in de mate van het mogelijke (taalproblemen, tijdsnood,...) een vragenlijst afgenomen met vragen over demografie, medische voorgeschiedenis, professionele infectierisico's en aard van seksuele contacten. Tijdens deze gesprekken ligt het accent vooral op het geven van een preventieboodschap en gezondheidsvoorlichting en - opvoeding. Er wordt over verschillende mogelijkheden van anticonceptie gesproken.

Tijdens een tweede medische visite worden de resultaten overlopen. In geval van afwezigheid van bescherming tegen hepatitis B krijgt men de kans zich te laten vaccineren. Indien andere SOI worden vastgesteld, wordt een behandeling ingesteld als er geen verdere gespecialiseerde hulp noodzakelijk blijkt. Er is ook ruimte om in te gaan op vragen, eventueel door te verwijzen naar andere professionele instanties (psychosociaal, juridisch,...) of de tweede lijnsgezondheidszorg en aandacht te besteden aan algemene GVO-aspecten (hygiëne, condoomgebruik, SOI, veilig werken,...).

Er volgen nog visites voor de tweede en de laatste vaccinatie, 1 maand en 4 tot 6 maanden na de eerste vaccinatie. Een maand na de toediening van het laatste vaccin wordt opnieuw een bloedafname uitgevoerd om de immunologische respons na te gaan. Tevens wordt er, indien gewenst, opnieuw gescreend op de verschillende infecties. Wanneer het hele schema is afgelopen, kan men steeds terugkomen voor een nieuwe controle: bloed, urine/swab of gynaecologisch onderzoek. Er wordt aangeraden om de zes maanden een controle te laten uitvoeren, of eerder bij risico (vb. klapcondoom, ...).

De vaccinatie bestaat uit het toedienen van 3 dosissen tegen hepatitis B. In 2007 werd opnieuw gekozen voor Engerix B®. Een deel van de vaccinaties werd de voorbije jaren uitgevoerd in het kader van een studie rond verkorting van het hepatitis B vaccinatie schema. De analyse van de gegevens bevestigt dat een even goede bescherming en even hoge couverture van vaccinatie wordt bekomen indien een verkort schema wordt toegepast dan wel het langere schema.

Een eventuele psychologische, praktische vraag komt gemakkelijk aan bod tijdens één van de opeenvolgende geplande consultaties. De vertrouwensband is dan meestal sterk genoeg om over meer gevoelige problemen te kunnen praten en eventueel advies of hulp te aanvaarden.

2.1.2. Boysproject vzw

Boysproject is een Antwerpse sociale organisatie voor jongens en mannen in de prostitutie. Het maakt deel uit van CAW De Terp (Centrum Algemeen Welzijn) van Antwerpen.

Hun team bestaat uit 3 vaste medewerkers en 3 vrijwilligers.

De bedoeling is om hulp te verlenen aan jongens en mannen die werkzaam zijn in de prostitutie zonder prostitutie te veroordelen. Er wordt geen waarde-oordeel geveld, maar wel ondersteuning gegeven aan de sekswerkers. Er wordt gezocht naar een evenwicht tussen 'harm-reduction' en een individuele hulpverlening op maat.

Samen met de jongens of mannen wordt er gezocht naar alternatieven, of er naast prostitutie een andere manier van inkomen mogelijk is. Soms via een opleiding of een herscholing, of via de werkwinkel of andere kanalen.

De sekswerkers worden via verschillende **methodieken** bereikt, bijvoorbeeld door outreach in het stadspark, op straat en in de bars aan het Centraal Station. De laatste maanden zijn er regelmatig razzia's gehouden door de politie in en rond het stadspark waardoor er verschuivingen gebeuren van de vroegere werkplekken naar nieuwe locaties. Ondanks het feit dat men meent 'te weten' waar zich momenteel de nieuwe werkplekken bevinden, weet men eigenlijk niet echt waar de jongens en mannen de klanten nu ontmoeten.

Er is een huis in de stad waar de mannelijke sekswerkers terecht kunnen. Vroeger was dit 'de aanloopkamer' op 1 avond in de week of op afspraak, maar dit is onlangs (half maart 2008) veranderd naar een nieuw concept, namelijk 'drop-in'. De jongens kunnen nu 3 dagen per week langskomen, o.a. meer tijdens daguren. Op deze manier willen de trajectbegeleiders onmiddellijk als het nodig is een afspraak kunnen maken met doorverwijskanalen wat niet mogelijk was tijdens de avonduren. Een aantal keer per jaar worden er activiteiten gepland, bijvoorbeeld bowling, zwemmen, bezoek Atomium, ...De activiteiten zijn een middel om de

jongens te bereiken en geen doel op zich. Ze dienen eerder om de contacten van de jongens met het Boysproject te bevorderen en zo een vertrouwensrelatie op te bouwen.

Er zijn verschillende soorten vragen waarmee de jongens naar de trajectbegeleiders stappen: materiële hulpvragen, hulpvragen rond administratie, medische hulpvragen, bemiddelingsvragen, vragen rond school/werk.

Eén van de projecten is gerichte doorverwijzing. Er wordt samen met JAC+ (Jongeren Advies Centrum), inloopcentrum 'De Steenhouwer' en Vluchtelingenwerking van PSC (Prostitutie Sociaal centrum) gewerkt rond een gemeenschappelijk thema 'samenwerking met / toeleiding naar hulpverleningsmodules in de reguliere sector'. Nog andere organisaties waarnaar wordt doorverwezen zijn Gh@pro vzw (medisch, beroepshalve), Artsen zonder Grenzen (medische zorgen voor mensen zonder papieren), enkele huisartsen in de buurt, de Acht (integratiecentrum voor Antwerpse Minderheden), de jongerenwerkwinkel, OCMW,...

Hierop komen we verder nog terug.

Een derde manier om sekswerkers te bereiken is via internet. Eén avond per week gaan de medewerkers van de vzw online op een populaire chatsite voor escortjongens. Op andere avonden in de week doen projecten uit Brussel, Gent en Luik hetzelfde (onder dezelfde naam). Op deze manier wordt voor een maximale bereikbaarheid voor de doelgroep gezorgd.

De **doelgroepen** die bereikt worden verschillen volgens de benaderingsmethoden.

De grootste groep zijn jongens tussen 18 en 25 jaar met een range van ongeveer 15 tot 40 jaar.

1. Op internet is er vooral (+/- 70%) contact met Belgen en Nederlanders van net over de grens, soms andere West-Europeanen. Vaak zijn de personen iets ouder, ze beschouwen prostitutie echt als 'werk' en zijn vaak gespecialiseerd in een item. De andere 30% zijn Noord-Afrikanen, Oost-Europeanen, andere Afrikanen en Zuid-Amerikanen. Op jaarbasis zijn er meer dan 350 contacten geweest tussen een outreacher van Boysproject en sekswerkers die werken via internet, tijdens een chatmoment.
2. De tweede groep, straatprostitutie kan onderverdeeld worden in de jongens die in groep naar de aanloopkamer kwamen (A), zij prostitueren zich voornamelijk in het stadspark (of tot voor kort toch). Het tweede deel (B) prostitueert zich voornamelijk op straat en in de bars maar niet in het park. Tussen die 2 groepen is er een kleine overlap. Groep A bestaat grotendeels uit Roma jongeren (80-90%). Groep B bestaat uit Roma jongens, Belgen, Zuid-Amerikanen, Maghrebijnen (Noord-West Afrika), Roemenen,... Op jaarbasis zijn er meer dan 200 contacten geweest tussen Boysproject en straatprostitutiejongens.

Van de jongens onder de 18 jaar gaat er volgens de trajectbegeleiders slechts de helft naar school (of zelfs minder) en is er veel spijbelproblematiek. Echt werkend is een minderheid (10%). Werkzoekend zijn ze theoretisch allemaal. Maar soms zijn er te hoge verwachtingen: ze moeten papieren hebben om officieel te mogen werken, velen kunnen alleen Nederlands spreken maar op sollicitaties wordt ook gekeken of ze kunnen lezen en schrijven.

Legaliteit op zich is ook een probleem, naar schatting zou maar 30-40% legaal zijn. Van de illegalen zijn er ook een deel die (vb. door fraude bij asielprocedures) nooit aan papieren geraken of tijdelijk legaal zijn. Deze problematiek gaat echter buiten het bestek van dit werk.

Nog enkele gegevens uit de mondelinge interviews met trajectbegeleiders:

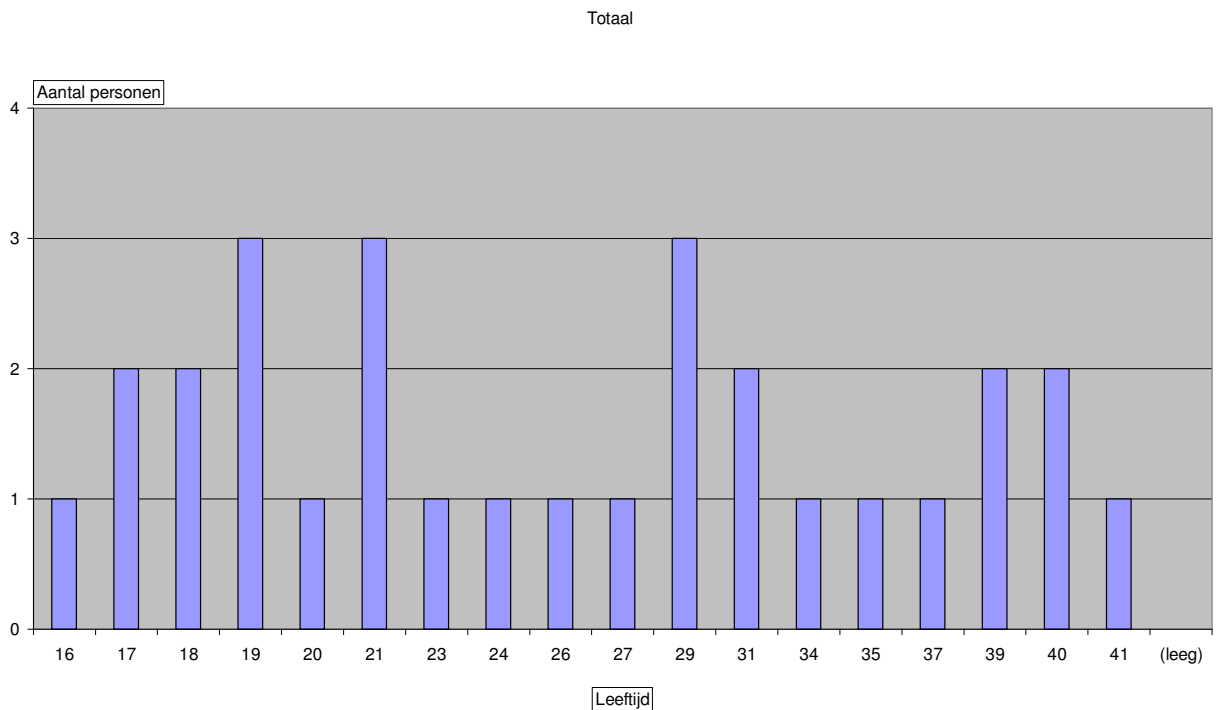
- Enkele prostitués leven op straat en hebben geen vast onderkomen, ze zoeken dan een klant of een vriend om bij te overnachten.
- Bij de Roma groep is veel delinquent gedrag (70-75%): zakkenrollen, stelen, ...
- Geweld staat bij de Roma's in een ander perspectief 'een goede vader geeft zijn kinderen af en toe een pak rammel', soms worden er ook klanten afgeperst. Geweld heeft eerder een positieve connotatie 'opkomen voor zichzelf', tegenover de negatieve associatie bij ons.
- Er is veel druggebruik bij de jongens, tot 80% met joints erbij, bij de Zuid-Amerikanen komt dit minder voor.
- De kennis over SOI is heel slecht bij de jongens van de straat: soms volledig foute ideeën (HIV is een soort griep!!), een SOI krijg je van seks met mannen of met 'sletten' maar dat staat los van hun vrouwelijke partners.
- Op de website van Boysproject staat een prachtige tip: 'de klant is koning, jij bent keizer'.

2.2. Beschrijving van de enquête resultaten bij de doelgroep

2.2.1. Personalia gegevens

In totaal zijn er 32 enquêtes afgenomen. Drie jongens hebben de enquête twee keer ingevuld bij 2 verschillende ondervragers, maar omdat hun antwoorden soms totaal tegenovergesteld zijn, heb ik de eerst ingevulde enquête opgenomen voor de resultatenberekening en de tweede bijgehouden om onze vermoedens over 'niet altijd correcte' of 'sociaal wenselijke antwoorden' te staven. Daar zal ik verder op ingaan in paragraaf 2.2.2.1.

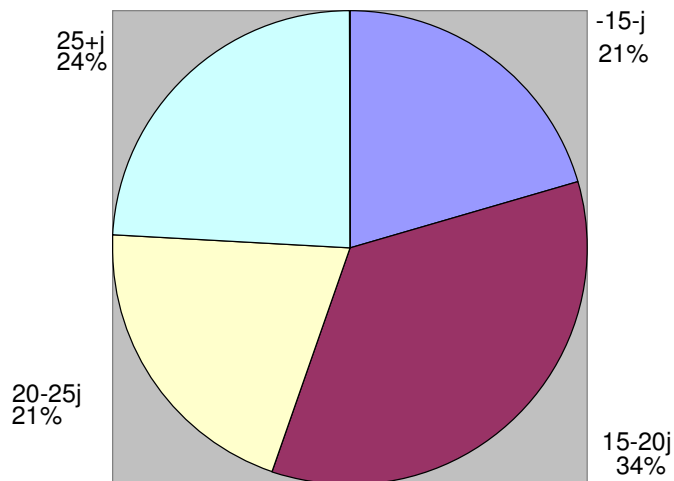
2.2.1.1. Leeftijd



Figuur 1. Leeftijd op moment van enquête

Op het moment van afname van de enquête was de jongste persoon 16 jaar en de oudste 41 jaar. Er waren 14 jongens jonger dan 25 jaar en 15 mannen ouder dan 25 jaar.

Bij de huidige leeftijd is de gemiddelde leeftijd 26,9 en de mediaan 26 jaar.



Figuur 2. Startleeftijd prostitutie

Drie Zuid-Oost Europese jongens antwoorden op de vraag 'sinds hoe lang oefen je dit beroep nu uit', 'niet' of 'ik babbel alleen met de klanten'. Maar ze antwoorden wel op de vraag ivm condoomgebruik, daarom kunnen we ervan uit gaan dat ze niet willen toegeven dat ze zich prostitueren.

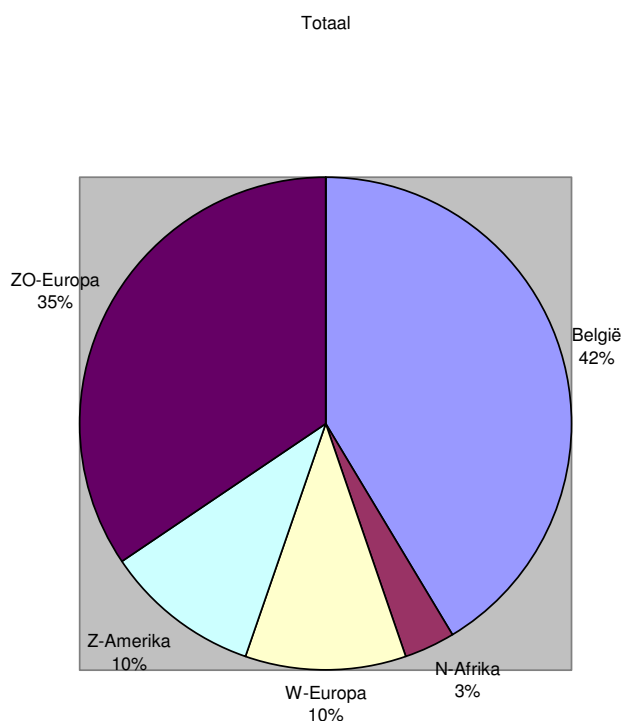
Als we kijken naar de leeftijd waarop de jongens in de prostitutie terecht gekomen zijn, was 21% jonger dan 15 jaar. Meer dan een derde (34%) is gestart tussen de leeftijd van 15 en 20 jaar. Eén op 5 (21%) was tussen 20 en 25 jaar en bijna een kwart (24%) was ouder dan 25 jaar. Meer dan de helft was dus jonger dan 20 jaar wanneer hij startte als sekswerker (in onze steekproef).

De gemiddelde startleeftijd is 20,8 jaar en de mediaan is 20 jaar.

2.2.1.2. Nationaliteit

Jongens die werken als sekswerker in Antwerpen hebben erg uitlopende nationaliteiten.

In ons onderzoek hadden we 9 verschillende nationaliteiten: België (12), Ecuador (3), Frankrijk (2), Kosovo (4), Macedonië (1), Roemenië (3), Spanje (1), Tunesië (1), Ex-Joegoslavië (2). Figuur 3 toont de nationaliteiten in de verschillende regio's.



Figuur 3. Geografische verdeling

2.2.1.3. Legaliteit en ziekteverzekering

Op de vraag of hun verblijf in België legaal is of niet, antwoorden 23 personen ja (79%), 5 personen nee (17%) en 1 persoon zegt expliciet dat hij een asielaanvraag heeft ingediend.

Legaal: ja/nee	Totaal
ja	23
ja: asielaanvraag	1
nee	5
Eindtotaal	29

Tabel 2. Legaliteit

Van de legale personen hebben 18 van de 24 (75%) wel een ziekteverzekering, 4 personen hebben geen ziekteverzekering en 2 personen weten het niet. Van de illegalen heeft niemand een ziekteverzekering. In de hele groep heeft dus 31% (5 illegale en 4 legale personen) geen ziekteverzekering.

Ziekteverzekering	Totaal
Weet niet	2
Ja	18
Nee	9
Eindtotaal	29

Tabel 3. Ziekteverzekering

2.2.1.4. Opleiding en werksituatie

Er zijn heel uiteenlopende opleidingsgraden bij deze populatie sekswerkers. Twee personen hebben een universitaire opleiding gehad. Drie mannen hebben een diploma van een hogere opleiding (hotelmanagement, secretariaat talen, informatica).

Van de personen ouder dan 18 jaar, zijn er dertien jongens tot hun 18^e naar school gegaan, 1 jongen tot z'n 17^e, en 3 tot hun 16^e.

Momenteel zijn er 3 jongens die nog geen 18 jaar zijn, hiervan is één jongen gestopt op 12 jarige leeftijd, een andere jongen ging niet meer naar school vanaf z'n 17^e en de derde jongen gaat nog naar school, hij volgt deeltijds onderwijs onder de vorm van een leercontract.

Bij 4 personen werd er geen antwoord gegeven op deze vraag.

Op de vraag of de ondervraagde op het moment van de enquête aan het werk is, geven tien personen geen antwoord. Negen personen zeggen dat ze momenteel niets doen. Twee personen geven als antwoord 'zwart werk'. Twee personen zeggen dat ze werkloos zijn. Vier personen zijn legaal aan het werken momenteel. Eén persoon geeft als antwoord dat hij werkt als prostituee. Eén jongen geeft als antwoord dat hij een opleiding volgt voor schilder.

2.2.1.5. Familiale situatie

Burgerlijke stand	alleenstaand	getrouwd	samenlevingscontract	samenwonend	Totaal
<25 jaar	11	2		1	14
>25 jaar	5		2	8	15
Totaal	16	2	2	9	29

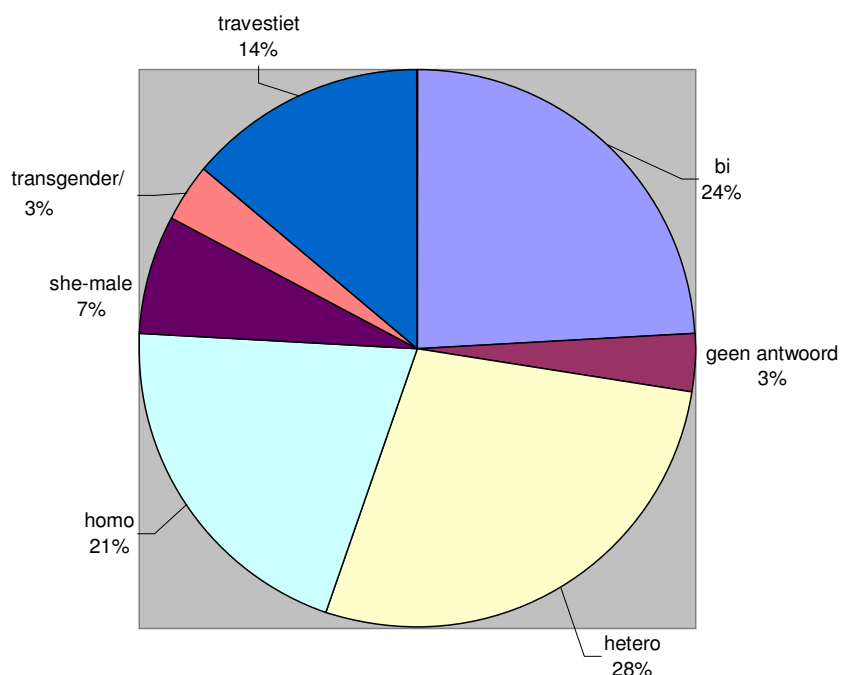
Tabel 4. Burgelijke stand per leeftijdsgroep

Bij deze vraag hebben we een onderverdeling gemaakt tussen de groep ouder dan 25 jaar en de groep jonger dan 25 jaar. In de groep jonger dan 25 jaar is het grootste deel (78%)

alleenstaand; 14% is getrouwd met een vrouw en 7% woont samen met een vrouw. De twee getrouwde jongens en de samenwonende jongen wonen met vrouw of vriendin (en 1 persoon met kind) bij hun ouders in.

Van de groep die ouder is dan 25 jaar, is het merendeel (53%) samenwonend. Van deze samenwonenden wonen 7 van de 8 (87,5%) met een vriend samen en 1 van de 8 (12,5%) met een vriendin. Twee mannen (13%) hebben een samenlevingscontract met een vriend. Vijf mannen (33%) zijn alleenstaand. Van de alleenstaanden hebben 3 van de 5 mannen een vriendin en zijn 2 personen echt alleenstaand.

2.2.1.6. Seksuele geaardheid



Figuur 4. Seksuele geaardheid

De grootste groep uit onze steekproef (8 personen of 28%) vindt zichzelf heterofiel. De tweede grootste groep (7 personen of 24%) beschrijft zichzelf als biseksueel; 6 personen (21%) noemen zichzelf echt homofiel. Een klein deel vindt zichzelf travestiet (4 personen of 14%). 2 mannen zijn she-male (een she-male is een man die gedeeltelijk geopereerd is: een borstreconstructie maar genitaal is hij nog steeds man). Eén persoon is transgender (dit is

een persoon die een geslachtsverandering heeft ondergaan), en één persoon wil op de vraag niet antwoorden.

Als we terug een onderverdeling maken in twee groepen, de groep ouder dan 25 jaar en een tweede groep jonger dan 25 jaar ziet de verdeling er als volgt uit (Tabel 4).

seksuele geaardheid	<25 jaar	>25 jaar	Eindtotaal
bi	4	3	7
geen antwoord		1	1
hetero	7	1	8
homo	1	5	6
she-male		2	2
transgender/zoekend	1		1
travestiet	1	3	4
Eindtotaal	14	15	29

Tabel 5. Seksuele geaardheid per leeftijdsgroep

De jongere groep lijkt op het eerste zicht meer heteroseksueel geaard te zijn. Een Chi-kwadraat test werd uitgevoerd waarbij de she-male, transgender en travestiet bij de homo's werden gerekend (de definitie van "Mannen die seks hebben met mannen" wordt dan gebruikt). Er zijn in de groep ondervraagde sekswerkers inderdaad significant meer heteroseksuelen bij de jongere groep mannen dan bij de oudere groep mannen ($p= 0,004$). (Bijlage 7A)

Tabel 6 toont de seksuele geaardheid naar geografische afkomst: van de Belgen voelt de meerderheid zich homo terwijl de Zuid-Oost Europeanen zich voornamelijk hetero benoemen. De Zuid-Amerikanen zijn biseksueel of travestiet.

Geografische verdeling	Bi N (%)	Geen antwoord N (%)	Hetero N (%)	Homo N (%)	She-male N (%)	Transgender/ zoekend N (%)	Travestiet N (%)	TOTAAL N
België	3 (25)	-	1 (8)	5(42)	1(8)	-	2(17)	12
N-Afrika	1 (100)	-	-	-	-	-	-	1
W-Europa	-	-	1 (33)	1(33)	1(33)	-	-	3
Z-Amerika	1 (33)	-	-	-	-	-	2(67)	3
ZO-Europa	2 (20)	1 (10)	6 (60)	-	-	1(10)	-	10
TOTAAL	7 (24)	1 (3)	8 (28)	6 (21)	2(7)	1(3)	4(14)	29

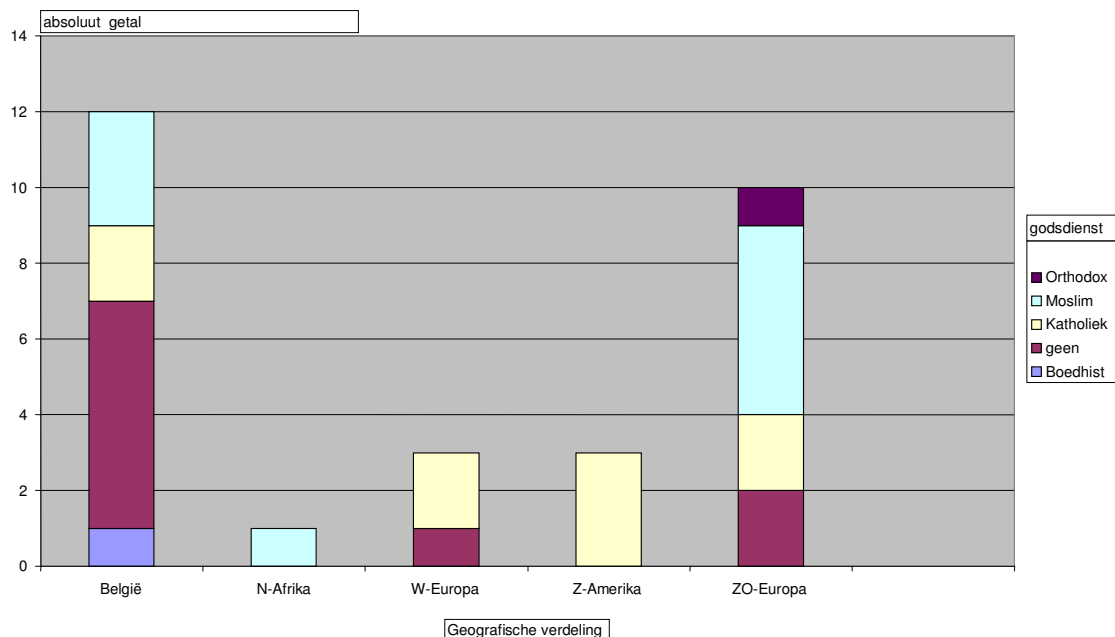
Tabel 6. Seksuele geaardheid versus geografische afkomst

2.2.1.7. Godsdienst

Een van de gestelde vragen aan de sekswerkers was ‘heb je een godsdienst, en zo ja welke’. De bedoeling van deze vraag was om een verband te zoeken met hun antwoord op de vraag naar hun seksuele geaardheid.

Godsdienst	Totaal
Boeddhist	1
geen	9
Katholiek	9
Moslim	9
Orthodox	1
Eindtotaal	29

Tabel 7. verdeling volgens godsdienst



Figuur 5. Godsdienst versus afkomst

Figuur 5 geeft het aantal sekswerkers volgens hun afkomst weer; en in elke regio is vervolgens het aandeel van de verschillende godsdiensten aangeduid.

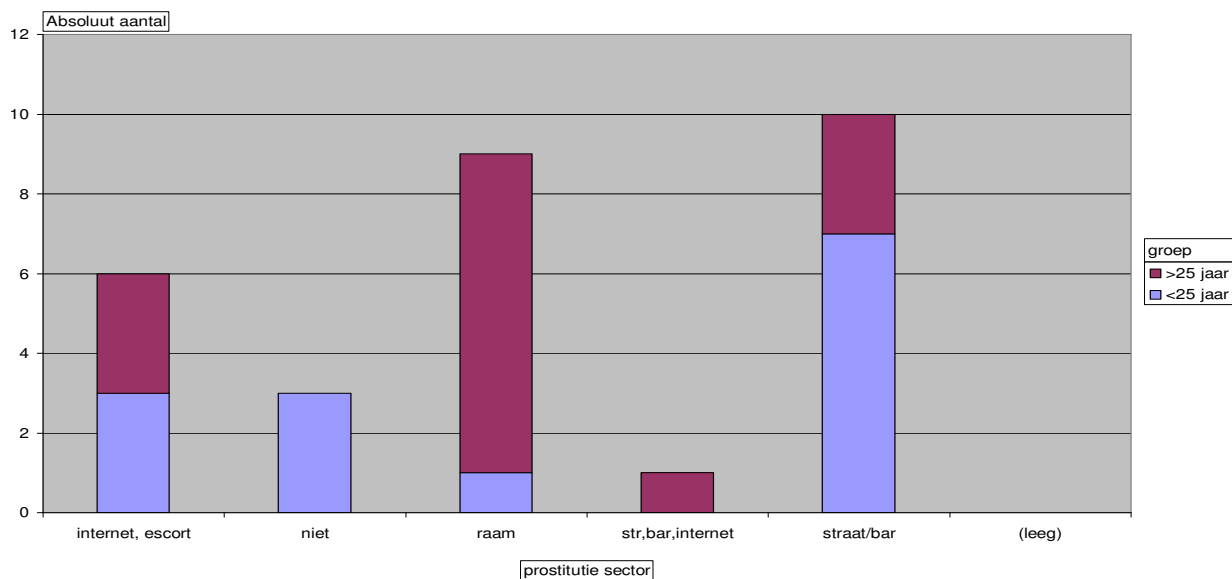
Van de Belgen heeft de grootste groep (6/12 of 50%) geen godsdienst, 3 personen (25%) zijn Moslim (2 van hen zijn van origine van Zuid-Oost Europa en 1 jongen zijn ouders zijn Turks, zelf is hij in België geboren). Van de Belgen is de grootste groep homo (5/12 of 42%) en 3 personen (25%) zijn biseksueel, (zie tabel 6: geografie en seksuele geaardheid)

Bij de Zuid-Oost Europeanen is de grootste groep (5/10 of 50%) Moslim. Bij de Zuid-Oost Europeanen is de grootste groep hetero (6/10 of 60%).

De Zuid-Amerikanen zijn allemaal katholiek. Van hen vinden 2 personen (67%) zichzelf travestiet en 1 persoon (33%) noemt zich homo.

2.2.2. Gegevens ivm de werkgeschiedenis

2.2.2.1 Prostitutie sector



Figuur 6. Prostitutie sectoren

Er zijn verschillende prostitutiesectoren waarin de ondervraagden werken. In bovenstaande tabel werd opnieuw een onderscheid gemaakt tussen de plus- en de min-25 jarigen.

Van de min 25 jarigen werkt de grootste groep (7 personen of 50%) in de straat- en of barprostitutie, 3 personen (21%) werken via internet, 1 persoon (7%) werkt in de raamprostitutie en drie personen (21%) zeggen dat ze niet werken.

Van de plus 25 jarigen werkt het grootste deel in de raamprostitutie (8 mannen of 53%), 3 personen werken in de straat- en of barprostitutie (20%), 3 personen werken via internet als escort (20%) en 1 persoon werkt zowel in de straat en barprostitutie als via internet.

Ondanks de kleine aantallen, is het verschil in sector tussen de jongere en de oudere groep significant ($p = 0,02$), wanneer we de internet/escort buiten beschouwing laten (evenveel personen in beide groepen). (Bijlage 7B)

2.2.2.2 Sekstechnieken

Sekstechniek	Orale seks	Anale seks
Ja	27	23
Nee	2	5
Nee, alleen SM	-	1
Totaal aantal personen	29	29

Tabel 8. Sekstechnieken

Bij het peilen naar welke sekstechnieken er worden toegepast, werd er gevraagd of er orale seks was en/of anale seks.

Op de vraag of er orale seks is met klanten antwoorden 27 personen (93%) ja, en 2 personen (7%) nee. Op de vraag of er anaal contact is, zeggen 23 personen (79%) ja, 6 personen nee (21%), waarvan 1 persoon zegt dat hij wel SM heeft met de klant.

Orale seks	Veilig	Onveilig	Totaal
<25 jaar	5	8	13
>25 jaar	12	3	15
Totaal	17	11	28

Tabel 9. Condoomgebruik bij orale seks

Anale seks	Veilig	Onveilig	Totaal
<25 jaar	6	4	10
>25 jaar	13	1	14
Totaal	19	5	24

Tabel 10. Condoomgebruik bij anale seks

Als we gaan kijken naar hoe veilig de seksuele contacten bij onze doelgroep verlopen, hebben we opnieuw een splitsing gemaakt tussen min en plus 25 jarigen.

Op de vraag of er al dan niet een condoom wordt gebruikt bij oraal contact, antwoordt 1 persoon dat hij geen oraal contact heeft. Slechts 61% (17/28) zegt altijd een condoom te gebruiken, waarvan 71% (12/17) ouder is dan 25 jaar en 29% (5/17) jonger dan 25 jaar. Elf % (3/28) gebruikt nooit een condoom bij oraal contact, zij zijn allemaal jonger dan 25 jaar.

Als veilig seksueel contact werd benoemd wie altijd een condoom gebruikt; wie soms, meestal of nooit een condoom gebruikt werd als 'onveilig' benoemd.

Van de personen die anaal contact hebben met klanten, gebruikt 79% (19/24) altijd een condoom. Hiervan is 68% (13/19) ouder dan 25 jaar en 32% (6/19) jonger dan 25 jaar. Niemand antwoordt dat hij 'nooit' een condoom gebruikt bij anale seks. 22% (5/24) gebruikt

niet altijd een condoom (soms of meestal) bij anaal seksueel contact! Van deze 5 personen zijn er 4 jonger dan 25 jaar (80%).

Als we ondanks de lage cijfers, de stelling: 'er wordt minder veilig oraal en anaal aan seks gedaan met klanten bij de jongere groep' statistisch toetsen, is voor orale seks inderdaad het gedrag van de jongere groep significant minder veilig ($p=0,02$) en voor anale seks bedraagt de p-waarde 0,05. De cijfers liggen nochtans even ver uit elkaar tussen beide groepen maar de totaal aantallen personen is veel lager, vandaar de minder secure berekening van de p-waarde voor anale seks. (Bijlage 7C en 7D)

2.2.2.3. Kennis over SOI

(onderzoeksvraag 3)

Eerst werd een open vraag naar de kennis over SOI gesteld. De antwoorden waren heel verschillend. Sommigen antwoordden 'goede kennis' of 'veel', anderen 'niets' of gaven een paar voorbeelden van SOI. Eén persoon zei : 'bijna alles, dankzij Gh@pro'.

Nadien werd systematisch elke SOI nagevraagd, en werd aangekruist of de persoon al van de specifieke infectie had gehoord. (Er werd niet heel gedetailleerd nagevraagd of ze iets over die bepaalde ziekte konden vertellen.)

Kennis SOI N=29 (<25j N=14; >25 j N=15)	hiv	hepatitis B	herpes genitalis	HPV (wratten)	syfilis	chlamydia	gonorroe	schaamluis	schurft	trichomonas
Totaal ja	25	19	16	13	18	17	19	22	19	3
Ja <25 jaar	10	4	6	3	4	5	6	8	6	0
Ja >25 jaar	15	15	10	10	14	12	13	14	13	3
Totaal nee	4	10	13	16	11	12	10	7	10	26
Nee<25jaar	4	10	8	11	10	9	8	6	8	14
Nee>25jaar	0	0	5	5	1	3	2	1	2	12

Tabel 11. Kennis over seksueel overdraagbare infecties

Op de vraag of er een risico bestaat voor het opdoen van een SOI bij anaal contact zonder condoom gaf iedereen een 'ja' antwoord. Of er risico is bij pijpen zonder condoom zei 90% 'ja' en 10% 'nee'. Als er gevraagd wordt hoe groot dat risico is, zijn de antwoorden heel uiteenlopend. Zes personen geven geen antwoord. 10 personen weten dat er anaal een groter risico is dan oraal. 9 personen antwoorden dat het risico groot is. Ivm oraal contact wordt er globaal gedacht dat het risico op overdracht klein is. Eén persoon zegt dat het risico 'bijna onbestaande is.'

Risico inschatting zonder condoom	orale seks	anale seks
ja	26	28
nee	3	-
nvt	-	1
Totaal aantal personen	29	29

Tabel 12. Risico inschatting van orale en anale seks zonder condoom

2.2.3. Gegevens ivm de gezondheid

2.2.3.1. Huisarts

Aan alle deelnemers werd gevraagd of ze een vaste huisarts hebben. Hierop antwoordt 48% ja en 52% nee. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen een huisarts in België of in het thuisland. Sommige personen antwoorden Gh@pro, maar omdat wij geen algemene huisartsgeneeskunde uitoefenen, werd dit als een negatief antwoord beschouwd.

2.2.3.2. Vaccinaties

(deel van onderzoeksvraag 2)

Deze paragraaf handelt over de vaccinatiestatus bij onze doelgroep van vaccinaties die op schoolleeftijd in orde dienen te zijn, maar niet over de hepatitis B vaccinaties. Dit wordt verder in de tekst besproken.

Er werd aan de deelnemers gevraagd waarvoor ze als kind gevaccineerd waren, door wie (Kind en Gezin, CLB arts, huisarts, pediater), en om eventueel een boekje mee te brengen.

Niemand is achteraf nog eens teruggekomen met zijn boekje.

48% van de jongens antwoordde niets op de vraag waarvoor ze als kind gevaccineerd werden. Andere antwoorden waren: op school; volgens het vaccinatieprogramma in het thuisland; ik heb spuitjes gehad, maar ik weet niet meer waarvoor,...

Over de vaccinatiestatus van vaccinaties die op schoolleeftijd in orde dienen te zijn, hebben we dus geen cijfermateriaal.

2.2.3.3. Middelengebruik en geweld op het werk

Bij de volgende vragen moet rekening gehouden worden met niet altijd correcte antwoorden, soms wordt het persoonlijk gebruik niet toegegeven, en wordt er een meer sociaal aanvaardbaar antwoord gegeven.

Aantal personen die roken	Totaal
ja	18
nee	11
Eindtotaal	29

Tabel 13. Rookgedrag

Bij het peilen naar het rookgedrag antwoordt 62% ja, en 38% nee.

Alcoholgebruik	Totaal
bij gelegenheid	18
nee	7
regelmatig: meer dan 10E/d	1
regelmatig: minder dan 10E/d	3
Eindtotaal	29

Tabel 14. Alcoholgebruik

Het alcoholgebruik bij onze populatie is als volgt verdeelt: 24% drinkt nooit (dit houdt geen verband met het Moslim-zijn. Van de Moslims zegt 44% dat ze nooit alcohol gebruiken en 56% wel); 62% drinkt bij gelegenheid; 10% drinkt regelmatig alcohol maar minder dan 10^E/dag en 3% (1 persoon) drinkt meer dan 10^E/dag.

Druggebruik	Totaal
ja, alleen joints	2
ja, niet IV	17
ja, niet IV + IV	1
nee	9
Eindtotaal	29

Tabel 15. Druggebruik

Op de vraag 'ben je ooit in contact geweest met drugs?' antwoordt slechts 31% (9/29) van niet; 7% (2/29) gebruikt alleen joints, 59% (17/29) gebruikt niet-intraveneuze drugs (oa. speed, cocaïne, pillen) en 1 persoon (3%) zei dat hij ook IV drugs gebruikte.

Geweld op het werk	Totaal
ja	3
ja: fysiek	3
ja: fysiek (SM)	1
ja: verbaal	5
ja: verbaal en fysiek	5
ja: verbaal en fysiek (ook zelf geweld gebruikt)	1
nee	11
Eindtotaal	29

Tabel 16. Geweld op het werk

Een andere vraag die gesteld werd was 'of je ooit geweld was tegengekomen op het werk'. Van de hele doelgroep is 38% (11/29) nog nooit geweld tegengekomen tijdens de werksituatie, 62% (18/29) al wel. Van diegenen die reeds geweld waren tegengekomen gaf 17% (3/18) geen verdere uitleg; 28% (5/18) was alleen verbaal geweld tegengekomen, 28% (5/18) zowel verbaal als fysiek, 17% (3/18) vermelden alleen fysiek geweld. Eén persoon zei 'fysiek geweld' in het kader van de werksituatie (SM) en één persoon zei dat hijzelf ook al geweld had gebruikt tijdens het werk.

Als we de groep van druggebruikers naast de groep van 'geweld op het werk' houden, zijn er toch enkele verbanden.

Aantal personen	geweld		
	ja	nee	Totaal
druggebruik			
ja	15	3	18
ja, joints		2	2
nee	3	6	9
Eindtotaal	18	11	29

Tabel 17. Drugs versus geweld op het werk

Vijftien van de 29 personen namen drugs en waren al geweld op het werk tegengekomen (52%). De groep die geen drugs gebruikte en geen geweld tegenkwam bedroeg 6 man (21%); 3 personen (10%) gebruikte geen drugs maar was al wel geweld tegengekomen op het werk; 3 andere personen (10%) gebruikte wel drugs maar was nog geen geweld tegengekomen, en de 2 personen die alleen joints gebruikten (7%) waren ook nog geen geweld tegengekomen. Anderzijds kunnen we zeggen dat van de personen van onze steekproef die reeds geweld waren tegengekomen op het werk, 83% (15/18) drugs gebruikten. De kans dat bij druggebruik ook het contact met geweld toeneemt, wordt inderdaad statistisch bevestigd ($p=0,03$).

(Bijlage 7E)

2.3. Burden of disease van SOI en vaccinatiestatus van hepatitis B

(onderzoeksvraag 2)

2.3.1. Seksueel overdraagbare infecties

Van de 29 verschillende personen die een enquête hebben ingevuld, zijn er 2 deelnemers die geen medisch dossier hebben bij Gh@pro vzw. Van 1 jongen klopte de geboortedatum niet en kon het dossier niet worden terug gevonden. Eén jongen had nog geen testen willen laten afnemen. Eén jongen had wel een urinestaal laten nemen maar geen bloedstaal. Twee personen laten zich bij de huisarts testen. Daarom verschilt het totaal aantal geteste personen per SOI en komt het niet overeen met het totaal aantal ondervraagde personen.

SOI	Hiv	Syfilis	Gonorrhoe	Chlamydia
positief	4 (19%)	4 (17%)	3 (12,5%)	6 (25%)
negatief	21	20	21	18
Totaal geteste personen	25	24	24	24

Tabel 18. SOI bij de ondervraagden

Er werd beschreven of een test *ooit* positief geweest is. Sommige personen hebben regelmatig een bloed- of urinestaal laten nemen bij Gh@pro vzw, anderen maar 1 maal, sommigen lang geleden, anderen recent. Sommigen laten zich elders testen maar konden wel zeggen welke SOI ze gehad hadden. Daarom was het niet mogelijk om een incidentie of prevalentie exact te berekenen.

Vier personen zijn HIV positief, dit is 19% (4/21) van de geteste personen. Twee van hen worden door het Tropisch Instituut in Antwerpen (ITG) opgevolgd, één persoon laat zich bij z'n huisarts opvolgen. Eén persoon werd tijdens ons onderzoek positief getest, en verwezen naar het ITG.

Vier van de personen die zich lieten testen voor syfilis, hadden ooit een positieve test (17% of 4/24); 3 werden door Gh@pro vzw positief getest, 1 persoon op het ITG.

Wat betreft gonorrhoe, waren er 3 positieve testen (3/24) of 12,5% die ooit gonorrhoe hebben gehad; 1 van de personen had een positieve keelkweek; 87,5% (21/24 personen) hadden negatieve testen.

Zes personen hebben ooit een positieve chlamydia test gehad, dit is 25% (4/24), achttien personen bleven negatief (75% of 18/24). Eén van deze 6 personen testte tweemaal positief.

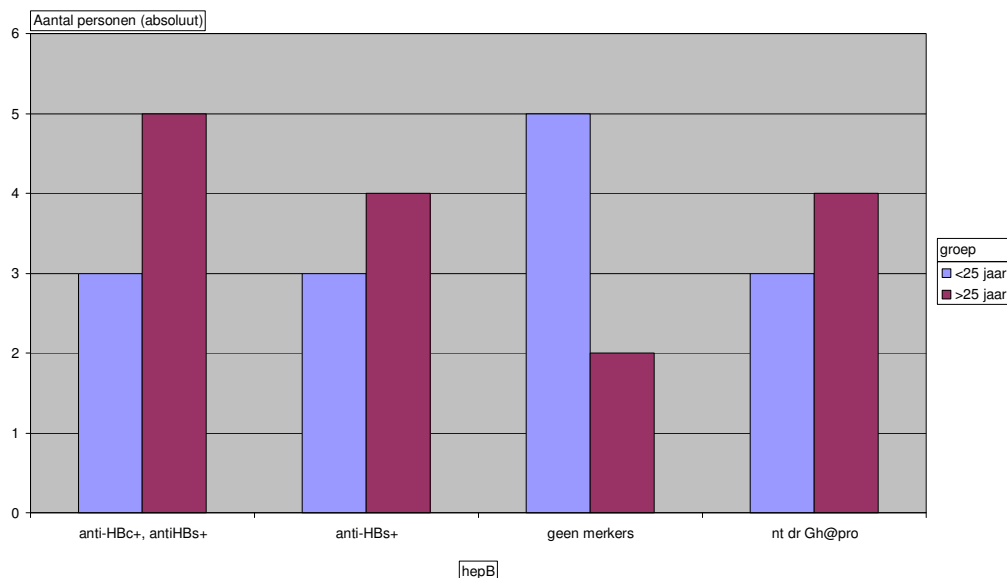
Alle chlamydia testen en gonorrhoe testen in dit onderzoek, werden door Gh@pro vzw uitgevoerd.

Slechts enkele personen lieten zich systematisch elke 6 maanden screenen door Gh@pro, het zou dus kunnen dat er sommigen nog een SOI gehad hebben die niet door Gh@pro gevonden werd maar door een andere arts of dat de SOI symptomloos verliepen.

Er werd ook mondeling gevraagd aan de deelnemers of ze ooit al een SOI hadden gehad. Hierop antwoordt slechts 45% (13/29) dat ze nog nooit een SOI hadden doorgemaakt, en 55% (16/29) had minstens 1 SOI doorgemaakt. Naast HIV, syfilis, gonorrhoe en chlamydia werden ook schurft, schaamluis en herpes vermeld.

2.3.2. Hepatitis B

(deel onderzoeksvraag 2)



Figuur 7. Hepatitis B

Zeven personen van de 29 deelnemers (24%) werden niet door Gh@pro vzw getest voor hepatitis B seromerkers. Van 3 min 25 jarigen hebben we geen info. Van 4 plus 25 jarigen zeiden 3 personen dat ze wel gevaccineerd zijn door ITG of de huisarts en 1 persoon zei dat hij hepatitis B heeft gehad.

De andere 22 personen zijn wel door Gh@pro vzw getest.

36% (8/22) heeft een positieve serologie voor een vroeger doorgemaakte hepatitis B infectie (HB core As en surface As positief), 32% is beschermd na vaccinatie (alleen HB surface As

positief). Er zijn 7 personen die een negatieve serologie hebben voor alle HBV-merkers (32% heeft geen merkers).

Van de personen die een volledig vaccinatieschema hebben doorlopen, werd 57% door Gh@pro vzw gevaccineerd, 28% in schoolverband en 14% door de huisarts.

Als we gaan kijken naar de groep min 25 jarigen van wie de gegevens gekend zijn, heeft 27% van de geteste jongens hepatitis B vroeger doorgemaakt, 27% is immuun na vaccinatie en 45% is niet beschermd. De 5 min 25 jarige jongens zijn met een vaccinatie schema gestart.

Van de 2 plus 25 jarigen die nog niet beschermd waren, is er 1 persoon die z'n 3 vaccinatiedosisen tegen hepatitis B reeds heeft gekregen maar nog geen controle bloedname heeft laten doen; de andere persoon is nog niet terug bij Gh@pro vzw geweest om een vaccinatieschema te starten.

2.4. Hulpverleners en betrokken instanties

(onderzoeksvraag 4)

Om tot een breder beeld te komen van welke instanties betrokken zijn bij jongensprostitutie en hoe hun zicht is op minderjarige jongens die werken als sekswerker, werden interviews afgenomen met trajectbegeleiders, schooldirecteurs, CLB artsen, de jeugdbrigade van de politie, een advocaat van de jeugdrechtbank en de leidend jeugdrechter van de jeugdrechtbank.

2.4.1. Trajectbegeleiders

De interviews met de trajectbegeleiders werden grotendeels verwerkt in de beschrijving van het Boysproject.

Op de vraag wat er bestaat als brede hulpverlening wordt er een onderscheid gemaakt tussen legale en illegale jongens. De jongens met wettige verblijfspapieren kunnen hulpverlening krijgen via de Acht, PSC (Prostitutie Sociaal Centrum), de jongerenwerkwinkel, het huis van Nederland, OCMW, JAC...Voor de illegalen is het veel moeilijker om begeleiding te vinden.

Wat betreft medische hulp kunnen zowel de legale als de illegale jongens terecht bij Gh@pro, het CLB, AZG. Jongens met een SIS kaart worden ook naar de reguliere gezondheidszorg doorverwezen (huisartsen en eventueel ziekenhuizen, specialisten).

Op Boysproject hebben alle jongens een individuele begeleider, die soms meegaat naar bepaalde doorverwijzingen, helpt met de sekswerker zijn papieren. Op deze manier wordt een persoonlijke band gecreëerd.

2.4.2. Schooldirecteurs

Twee schooldirecteurs van scholen uit het Noorden van Antwerpen met een grote allochtone populatie en OKAN leerlingen (Onthaalklassen voor Anderstalige Nieuwkomers) hebben meegewerkt.

Op de vraag of er ook illegale leerlingen in de school zaten, werd positief geantwoord. Bij inschrijving in de school worden er documenten gevraagd, nadien komt dit alleen naar boven als er een buitenlandse uitstap is. Het is een groot probleem bij de illegale groep om ze op school te krijgen en te houden. Er is ook spijbelproblematiek en school'shopping'. Op beide scholen zitten Roma jongens, vnl. legaal. Ze gaan gewoon mee met de anderen naar het CLB.

In de ene school waren enkele jaren geleden 2 meisjes verdwenen die bleken 'geronseld' te zijn voor sekswerk in Amsterdam. Van mannelijke minderjarige sekswerkers was niets geweten.

In de buurt van de andere school was een 10-tal jaren geleden een man opgepakt die jongens van de school lokte en betaalde voor seks. Bij beide scholen komen onderwerpen als seks, geaardheid, preventie, veilig vrijen, condoomgebruik en SOI aan bod. In de ene school is er 1 maal per jaar een themaweek rond 'gezondheid', waar er o.a. rond deze onderwerpen wordt gewerkt; en verder tijdens de lessen biologie, zedenleer, godsdienst, wetenschapsvakken.

De andere school meldt overkoepelende PAV projecten (project algemene vakken) waarvan één thema seksualiteit is.

Als we hen vragen naar hulpverlening voor Roma-jongeren en prostitutie-jongeren antwoorden ze in de eerste plaats het CLB. Elk signaal van een leerling of leerkracht wordt gezien als een belangrijk signaal. De ene school werkt met 'jongerengidsen' waarvan elke leerling een exemplaar krijgt (ook op [www. jongereninformatie.be](http://www.jongereninformatie.be)), hierin vinden de jongeren informatie over alledaagse problemen en vragen waar ze mee zitten (o.a. over seks). Er wordt bijvoorbeeld info gegeven over veilig vrijen, SOI en adressen gegeven waar ze terecht kunnen (Sensoa, JAC,...). Verder wordt er doorverwezen naar het JAC, vertrouwensartsencentrum, juridische dienst van afdeling stedelijk onderwijs van de stad Antwerpen, wetswinkel.

Eén van de 2 directeurs vroeg om onze contactgegevens (Gh@pro en Boysproject) dat als ze ooit een leerling tegenkwamen die werkt in de prostitutie, ze naar ons konden doorverwijzen.

2.4.3. CLB artsen

Ik heb de 5 CLB's van Antwerpen via mail aangeschreven. Slechts 2 CLB artsen hebben een vragenlijst ingevuld, ondanks een tweede oproep.

Beide artsen zien zowel legale als illegale leerlingen, ook Roma jongens komen naar de consultatie. Gegevens over vroegere vaccinaties verzamelen is niet altijd evident, soms via Kind en Gezin. Bij de ene arts laten Roma kinderen zich soms inenten na herhaaldelijke contactpogingen. Bij de andere arts laat deze groep zich meestal wel inenten.

Eén arts was nog niet in contact gekomen met prostitutiejongens (of toch niet dat ze wist); de andere arts al wel. Op hun CLB was er een melding geweest door de politie. Zij hadden een jongen betrapt in het stadspark, de jongen was homo en worstelde daar mee.

Wat betreft hulpverlening, antwoordt één arts dat er een 'boysproject' bestaat voor jonge mannelijke prostitués aan het stadspark. Anderzijds zijn er verschillende instanties die hulpverleners aan Roma kinderen, maar niet op maat naar hen gemaakt.

De tweede arts geeft als antwoord 'de Acht'.

De Acht vzw, Antwerps Minderhedencentrum, is een integratiecentrum. Ze komen op voor de noden, belangen en behoeften van alle etnisch-culturele minderheden zoals allochtonen, vluchtelingen, mensen zonder wettig verblijf en woonwagenbewoners. Er wordt gewerkt rond 5 thema's: onderwijs, werk, welzijn, vrije tijd, opvang en onthaal³⁹.

2.4.4. Jeugdbrigade van de politie

De jeugdbrigade bestaat uit politiemensen en een sociale dienst.

Zij beschouwen min 18 jarige mannelijke prostitués als slachtoffer, hiervoor willen zij jeugdbeschermend optreden. Hun bedoeling is een jongere zo lang mogelijk buiten justitie te houden door vrijwillige medewerking.

Sekswerkers jonger dan 18 jaar krijgen een proces verbaal: 'seks voor geld met een meerderjarige'. Er wordt een maatschappelijk assistent bij betrokken die nagaat of de familie op de hoogte is, bij Roma jongeren is dit vaak wel het geval.

In eerste instantie wordt er gezocht naar vrijwillige hulpverlening voor de jongen en eventueel zijn familie. Bijvoorbeeld: zijn er familie of vrienden die bescherming kunnen bieden, JAC, Boysproject, Comité voor Bijzondere Jeugdzorg (CBJ). Het CBJ verleent hulp op vrijwillige basis bij een problematische opvoedingssituatie (POS) of in geval van urgente situaties, vb. seksueel misbruik⁴⁰. Als de jongen of zijn familie stopt met de begeleiding kan wel de jeugdrechtbank ingeschakeld worden via een bemiddelingscommissie.

Als vrijwillige hulpverlening niet werkt of niet mogelijk is (ouders werken niet mee), wordt het jeugdparquet met een PV ingelicht over de POS situatie. Die gaan dan de procureur inlichten

met melding over de situatie. Ofwel geeft de procureur de opdracht aan de jeugdbrigade om de situatie duidelijk te stellen (dan blijft de zaak bij de jeugdbrigade); ofwel kan er dringend een jeugdrechter bijgehaald worden; ofwel wordt er een bemiddelingscommissie opgesteld die alle betrokkenen probeert samen te brengen om te zien of hulpverlening mogelijk is. Nadien wordt de zaak dan geseponeerd ofwel terug naar het parket van de jeugdrechtbank doorgestuurd. Eens de zaak bij de jeugdrechtbank terecht komt, is de opvolging voor de consulent (maatschappelijk assistent) van de jeugdrechtbank en niet meer voor de jeugdbrigade.

Via het CBJ of de jeugdrechtbank kan er besloten worden tot plaatsing in een opvoedkundige setting. (Dit kan een open of gesloten instelling zijn.) De jeugdbrigade zelf kan niet rechtstreeks plaatsen.

Eerste groot probleem hier: de instellingen zitten vol. Tweede probleem: de jongens gaan lopen, 'verdwijnen'. (Roma gezinnen verhuizen soms naar een ander land.)

Op de vraag wat er als brede hulpverlening bestaat, wordt een uitgebreid antwoord gegeven. Er bestaan verschillende herscholingsprojecten. Er is de stedelijke dienst integratie Antwerpen (DIA), zij werken rond inburgering, gelijke kansen,...Andere organisaties zijn de Acht, Antwerpse straathoekwerkers (Astrov), Pina -18 (een dienst van de stad Antwerpen speciaal voor anderstalige nieuwkomers onder de 18 jaar, die helpen met doorverwijzing naar de juiste dienst), Protestants sociaal centrum (een vzw die mensen hun verhaal laat doen, ev. materiële hulp biedt)⁴¹, JAC, Boysproject, CLB's, Artsen Zonder Grenzen, en anderen.

2.4.5. Advocaat van de jeugdrechtbank

Wat zijn de doelstellingen van een advocaat van de jeugdpermanentie bij mannelijke prostitués: bij min 18 jarigen moet geprobeerd worden om de jongens uit de prostitutie te halen, anderzijds moeten ze beschermd worden, eventueel door plaatsing in een veilig milieu (gesloten instelling, pleegezin,...) (cfr. 2 wetten). Plus 18 jarigen kunnen dader of slachtoffer zijn, zij zijn een cliënt en hun belangen moeten behartigd worden.

Voor een advocaat is een jonge sekswerker altijd slachtoffer, soms kunnen er ook nog strafbare feiten bijkomen (drugs, diefstal) dan zijn ze ook dader.

Een min 18 jarige wordt via de jeugdpermanentie voortgeleid bij de jeugdrechtbank. Naast beschermende maatregelen (plaatsing) wordt ook gezorgd voor psychologische en medische ondersteuning en er wordt een toekomstplanning opgemaakt.

Er zijn verschillende soorten instellingen waar deze jongeren terecht kunnen komen: oriëntatiecentra, gesloten instellingen, open instellingen (jongeren gaan gewoon naar school).

Onder de 18 kunnen jongens niet in de gevangenis geplaatst worden. Het grote probleem is plaatsgebrek in de instellingen.

Op de vraag wat er van opvolging is na de instelling, wordt er geantwoord dat kinderen dikwijls in de prostitutie terecht komen o.w.v. een probleemsituatie thuis, dat ze niet voldoende begeleiding krijgen. Bij diegene die bijna volwassen zijn, wordt er soms een tussenstap gemaakt 'begeleid zelfstandig wonen'.

Wat betreft brede hulpverlening wordt er bij de prostitutiejongens per dossier gekeken welke hulp de persoon nodig heeft. Specifiek voor de Roma kinderen is er interventie via het jeugdrechtbankteam die zorgen voor thuisbegeleiding en mensen die hun taal spreken en cultuur kennen.

Zelf was deze advocate reeds met prostitutie jongens in contact gekomen via de jeugdpermanentie en ook als cliënt.

2.4.6. Jeugdrechter en voorzitter van de jeugdrechtbank

De doelstelling van een rechter van de jeugdrechtbank i.v.m. minderjarige prostituees: prostitutie is een misdrijf, en een misdrijf kan je niet tolereren. Anderzijds moeten de jongens wel bescherming krijgen (cfr. 2 wetten). De jeugdrechtbank komt met mannelijke sekswerkers in contact als slachtoffers en als daders.

Wanneer een min 18 jarige op de jeugdrechtbank terecht komt, wordt een advies gevraagd aan een consulent van de sociale dienst van de jeugdrechtbank. Deze gaat de omstandigheden van de minderjarige nakijken (familiale situatie,...). Soms worden de kinderen verplicht door hun ouders, of jongens die begonnen met bloemen te verkopen en uiteindelijk in de prostitutie terecht komen.

Personen die ouder zijn dan 18 jaar komen niet op de jeugdrechtbank terecht, tenzij uitzonderlijk iemand die onder verlengd toezicht staat.

De instellingen waar deze jongens geplaatst worden, (rekening houdend met de beschikbaarheid van de plaatsen) kunnen psychiatrische instellingen zijn, open of gesloten instellingen of centra voor grensoverschrijdend gedrag (in dit geval seksueel).

De rechter vindt prostitutiejongens een moeilijk publiek om op te volgen; in principe worden ze opgevolgd, maar ze laten het vaak niet toe (sociaal zwakkere milieus). Soms vluchten er jongens of doen ze gewoon verder.

Wat betreft hulpverlening worden de prostitutie jongens doorverwezen naar de Bijzondere Jeugdbijstand. Er bestaat een ook een Agentschap Jongerenwelzijn (vanuit de Vlaamse overheid), zij bieden ondersteuning aan de Comités voor Bijzondere Jeugdzorg, de sociale dienst van de jeugdrechtbank en de bemiddelingscommissies,... Het agentschap wil hulp bieden aan jongeren in een moeilijke leefsituatie⁴⁰.

De hulpverlening voor Roma kinderen is een probleem, dit zou op Europees vlak aangepakt moeten worden.

De rechter vindt prostitués vaak slachtoffer van hun opvoeding. De jeugdrechtbank wil de focus leggen op de persoonlijkheid van elk slachtoffer. Ze heeft het gevoel vrij machteloos te staan tegenover Oostbloklanden en hun vaak arme prostitués. (Hiertegenover staan de rijke prostitués die veel moeilijker op te pakken zijn.)

2.5. Bespreking van de resultaten

Bij het afnemen van de enquêtes was het nodig dit onder begeleiding te doen van een arts, trajectbegeleider of andere. De vragenlijsten waren in het Nederlands opgesteld, soms zijn er toch wat taalproblemen en weet men niet zeker dat de sekswerkers voldoende kunnen lezen en schrijven.

In dit onderzoek waren zeker enkele tekortkomingen: ons onderzoek was kleinschalig wat niet toelaat om grote conclusies te trekken. Bij het afnemen van enquêtes zou nog beter nagevraagd moeten worden of er niet eerder al een vragenlijst werd afgenomen, anders vullen sommige personen bij verschillende onderzoekers meermaals een lijst in.

2.5.1. Personaliagegevens

De bedoeling was om 40 à 50 jongens tussen 15 en 25 jaar te interviewen. Ook de groep van jongens die bereikt worden door Boysproject via het internet tijdens 'chatmomenten', reageerden niet op de vraag van een trajectbegeleider om een vragenlijst in te vullen. Vandaar dat we ook interviews afgenomen hebben van iets oudere mannen, en omdat we als vraag o.a. stelden: 'sinds hoe lang oefen je dit beroep nu uit?' konden we toch gegevens verzamelen over een jonge populatie.

In onze studie was de gemiddelde leeftijd 26,9 en de mediaan 26 jaar. Bij Gh@pro was de gemiddelde leeftijd in 2007 bij de follow-up groep 31 met een mediaan van 29; bij de nieuwe personen was de gemiddelde leeftijd 29 en de mediaan 27.⁵ In dit onderzoek was de gemiddelde leeftijd dus iets lager.

De startleeftijd van de jongens is soms heel jong, de jongste persoon was maar 12 jaar. Meer dan de helft was jonger dan 20 jaar. Een grote groep is dus nog schoolplichtig en zou via CLB's bereikt kunnen worden.

Jongens die werken als prostitué in Antwerpen hebben heel verschillende nationaliteiten.

Natuurlijk gaat het hier om een steekproef en is het geen correcte weergave van de realiteit.

In ons onderzoek hadden we 9 verschillende nationaliteiten. Joegoslavië bestaat niet meer, maar sommige jongens zijn al jaren in België en benoemen zichzelf nog als Joegoslaaf, een mogelijke reden is dat hun ouders tot een verschillende regio behoorden en ze mogelijks daarom het land ontvlucht zijn. Op de vraag 'welke nationaliteit heb je?' antwoordden zij 'Joegoslavië'. Als we dit per regio bekijken, zijn de 2 grootste groepen Belgen en Zuid-Oost Europeanen, 2 kleinere groepen van Zuid-Amerikanen en West-Europeanen (maar niet-Belgen) en 1 Noord-Afrikaan. Achteraf gezien hadden we beter nog het onderscheid gemaakt tussen nationaliteit en eventueel land van herkomst. Als we dit naast de gegevens van Gh@pro leggen zijn er bij Gh@pro nog meer verschillende nationaliteiten, in 2007 werden sekswerkers gezien uit 60 verschillende landen, dit zijn zowel vrouwelijke als mannelijke sekswerkers.⁵

Bij het informeren naar legaliteit hebben de jongens schrik voor problemen en geven mogelijks een onjuist antwoord. Anderzijds bestaan er verschillende vormen en statuten van legaliteit, voorlopige legaliteit (vb. toeristenvisum) en illegaliteit, dat op deze vraag niet zo'n eenvoudig ja-nee antwoord kan gegeven worden.

Op de vraag naar de huidige werksituatie, is er niet altijd een antwoord. Deels is dit waarschijnlijk te wijten aan het feit dat de vraag samen vermeld staat met de vraag 'tot welke leeftijd ben je naar school geweest. De vragen ivm. school en werk tonen aan dat het opleidingsniveau en de werksituaties zeer verschillend zijn. Dat zowel personen met een laag onderwijs niveau als met een hoog opleidingsniveau in de prostitutie terecht kunnen komen. Anderzijds is er slechts 1 persoon die als antwoord prostitutie geeft.

De cijfers over seksuele geaardheid, godsdienst en nationaliteit lijken misschien niet zo veelzeggend, door het kleine aantal ondervraagden en door interfererende factoren (vb. leeftijd, afkomst, scholing,...) kunnen geen duidelijke conclusies getrokken worden.

We kunnen wel zeggen dat in de groep ondervraagde sekswerkers meer heteroseksuelen bij de jongere groep mannen zijn dan bij de oudere groep mannen ($p=0,004$) waarvan het grootste deel onder de noemer valt 'mannen die seks hebben met mannen'.

Subjectief krijgen we de indruk dat er een verband is tussen godsdienst en seksuele geaardheid: de Zuid-Oost Europese jongens zijn vaak Moslim en noemen zichzelf hetero. Een voorzichtige interpretatie zou kunnen zijn dat Moslim jongens zichzelf niet als homo zien maar wel als hetero, en ook privé eventueel een vriendin hebben. Na een aantal jaren stappen zij vaak uit de prostitutie en kiezen voor een klassieke gezinssituatie met vrouw en kinderen. Mogelijke redenen zouden kunnen zijn dat ze door sekswerk experimenteren met seksualiteit omdat homo-zijn niet toegelaten is in hun Moslim cultuur, hetzelfde zou ook gelden voor Roma-jongeren: zij zien zichzelf niet als homo of als prostitué, en geven dat vaak ook niet toe. Dat komt naar voren uit de discrepantie van de antwoorden op vragen als 'hoe lang doe je dit beroep' waarop er niet geantwoord wordt en even later 'gebruik je bij oraal contact een

condoom', waarop 'soms' geantwoord wordt. Anderzijds beschouwen ze zichzelf soms niet als prostitué omdat ze 'alleen orale seks hebben'.

Wat betreft de godsdienst bij Zuid-Amerikanen, zij zijn vooral katholiek, maar omdat homo en travestie geen plaats hebben in de katholieke cultuur komen sommigen naar hier om hun seksuele geaardheid te kunnen uiten, soms ondanks een universitair diploma in het thuisland. Andere Zuid-Amerikanen komen naar hier voor een betere levensstandaard.

Als we kijken naar de verschillende prostitutiesectoren kunnen we besluiten dat in onze steekproef de groep van min 25 jarigen voornamelijk in de straat- en barprostitutie werkt. Van de plus 25 jarigen werkt het grootste deel in de ramen. Ondanks de kleine aantallen, is het verschil in sector tussen de jongere en de oudere groep echt significant ($p = 0,017$) wanneer we de internet/escort buiten beschouwing laten (evenveel personen in beide groepen).

Aan de hand van de vragen over condoomgebruik bij seksueel contact kunnen we besluiten dat er heel vaak onveilig seksueel contact is bij jongensprostitutie. De groep plus 25-jarigen hebben wel meer veilige seks dan de jongere groep. Slechts 1 persoon gebruikt niet altijd een condoom bij anaal contact. Drie personen hebben soms onveilige orale seks.

Bij de min 25-jarigen is er wel vaak onbeschermd seksueel contact, oraal nog meer dan anaal. Als we ondanks de lage cijfers, de stelling: 'er wordt minder veilig oraal en anaal aan seks gedaan met klanten bij de jongere groep' statistisch toetsen, is voor orale seks inderdaad het gedrag van de jongere groep significant minder veilig ($p=0,02$), voor anale seks bedraagt de p-waarde 0,05.

Mogelijke redenen hiervoor zijn: op vraag van de klant die meer betaalt zonder condoom, te weinig kennis over de risico's van pijpen zonder condoom en onbeschermd anale seks of onder invloed van alcohol of drugs meer losbandig gedrag.

Tenslotte moeten we ook hier weer rekening houden met niet altijd correcte antwoorden, mogelijks is er nog minder veilig contact dan wordt toegegeven.

2.5.2. Gegevens i.v.m. de kennis over SOI

Als we de antwoorden over de kennis van SOI vergelijken en de totale groep nogmaals in plus en min 25-jarigen verdelen, zien we toch enkele duidelijke verschillen.

De kennis van de oudere groep is over de hele lijn duidelijk beter dan bij de jongere groep. Van de mannen ouder dan 25 jaar weet gelukkig iedereen van het bestaan van HIV; bij de jongens onder de 25 jaar heeft 29% nog nooit van HIV gehoord! Ook van hepatitis B hebben alle personen ouder dan 25 jaar al gehoord maar 71% van de jongste groep zou niet van het bestaan afweten. (Dit klopt niet met de gegevens ivm de vaccinaties, daar kom ik verder op terug). Trichomonas is de minst gekende SOI, slechts 10% heeft er ooit van gehoord. Van de min 25 jarigen heeft nog niemand ervan gehoord, van de plus 25-jarigen 20%. De kennis van

de andere SOI ligt ertussen. Vaak hangt de kennis samen met het al dan niet zelf gehad hebben van een SOI, dat vermeldden ze ook zelf: vb. 'ja, dat heb ik gehad'.

Als we deze cijfers naast de resultaten van een studie uit Londen² leggen, zien we dat ook daar de kennis over SOI sterk wisselt naargelang de infectie. De kennis over HIV is goed (83%), in onze studie is dit bij de plus 25-jarigen beter maar bij de min 25-jarigen slechter (71%). De kennis over hepatitis B in Londen is groot (89%), waarschijnlijk omdat er op het moment van afname van de vragenlijsten een hepatitis B campagne liep. Ook hier scoort onze oudere groep beter maar de jongeren slechter. Over de andere SOI was er maar matige kennis² dit is ook zo bij ons.

Aan de hand van de antwoorden op de vraag of er risico bestaat voor het opdoen van een SOI bij anaal of oraal contact zonder condoom kunnen we besluiten dat een heel deel van de jongens wel weet dat er risico is op het opdoen en overbrengen van SOI, maar dat er niet altijd gehandeld wordt naar deze kennis.

2.5.3. Gegevens over de gezondheid

Van alle deelnemers hadden 48% een vaste huisarts en 52% niet. Dit komt overeen met de gegevens uit het jaarverslag van Gh@pro vzw: minder dan de helft van de sekwerkers heeft een vaste huisarts.⁵ Van de legale personen heeft $\frac{3}{4}$ een ziekteverzekering, van de illegalen niemand.

Niemand is achteraf nog eens teruggekomen met zijn vaccinatieboekje. Eén van de redenen zou kunnen zijn, dat hun moeder niet op de hoogte is van wat ze doen en ze het daarom niet wilden vragen. Andere redenen zijn waarschijnlijk dat ze het vergaten en geen zin hadden om die moeite te doen. Of dat er geen boekje (meer) ter beschikking was. Dit zijn veronderstellingen, feit is dat ik geen exacte vaccinatiegegevens heb over andere vaccinaties. Eventueel zouden via vaccin-net gegevens over vorige vaccinaties opgespoord kunnen worden, maar omwille van de anonimiteit van de deelnemers was dat niet mogelijk.

Bij onze populatie komt middelengebruik veel voor: 62% rookt, dit is een relatief hoog percentage.

Qua alcoholgebruik: een vierde drinkt nooit maar dit houdt geen verband met het Moslim-zijn. Van de Moslims zegt 44% dat ze nooit alcohol gebruiken en 56% wel.

Ook het druggebruik is hoog: slechts 31% gebruikt niets, 7% gebruikt alleen joints, 59% gebruikt niet-intraveneuze drugs (o.a. speed, cocaïne, pillen) en 1 persoon (3%) zei dat hij ook IV drugs gebruikte. Bij al deze antwoorden moet rekening gehouden worden met niet altijd correcte antwoorden, soms wordt persoonlijk gebruik niet toegegeven of wordt een meer sociaal aanvaardbaar antwoord gegeven.

Een andere vraag die gesteld werd was 'of je ooit geweld was tegenkomen op het werk'.

Achteraf gezien zijn er hierop wel enkele bemerkingen. SM werd niet specifiek in rekening gebracht. Ook werd er geen onderscheid gemaakt tussen 'als slachtoffer' en 'als dader', wat bij de jongere groep van de straat toch voorkomt, anderzijds is dat wel een moeilijk te bevragen feit.

Er bleek wel een verband tussen druggebruik en geweld op het werk. Van de personen uit onze studie die reeds geweld waren tegengekomen op het werk, gebruikte 83% drugs. De kans dat bij druggebruik ook het contact met geweld toeneemt, wordt statistisch bevestigd ($p=0,03$).

2.5.4. Gegevens over SOI en hepatitis B

Het voorkomen van SOI bij mannelijke sekswerkers is hoog. Dit blijkt uit onze studie en ook uit vroegere studies en de internationale literatuur (cfr. Tabel 1). Per regio zijn er wel verschillen welke SOI méér voorkomen, vb in endemische streken voor HIV zal deze ziekte uiteraard meer voorkomen bij een groep sekswerkers. Veel hangt ook af van de grootte van de onderzochte populatie en de methode van onderzoek.

HIV kwam bij 19% van onze ondervraagden voor; in Uruguay³ was 21,5% van de personen HIV positief en in Antwerpen⁴ in 2005 10.8%; in Sydney¹ slechts 1.7% en in Pakistan²⁶ bij niemand.

Syfilis kwam in onze studie bij 17% voor, in Pakistan bij 37%; in Antwerpen bij 12.5%; en in Sydney bij 2.9%.

Ook voor chlamydia en gonorroe verschillen de cijfers: gonorroe: in Sydney 4.7%, in Antwerpen (2005) 1.7% en in dit onderzoek 12.5%. Chlamydia kwam in Sydney 1.7% voor, in Antwerpen (2005) 9.7% en in het huidige onderzoek 25%.

Er werd ook mondeling gevraagd aan de deelnemers of ze ooit al een SOI hadden gehad. Hierop antwoordt slechts 45% dat ze nog nooit een SOI hadden doorgemaakt, en 55% had minstens 1 SOI doorgemaakt. Naast HIV, syfilis, gonorroe en chlamydia werden ook schurft, schaamluis en herpes vermeld.

Blijkbaar is het percentage veel hoger in het huidige onderzoek, maar het gaat om een kleinere populatie sekswerkers dan de vergelijkende studies, waarbij bovendien een elektronische databank is gebruikt en alle screeningsresultaten in het verleden in rekening werden gebracht. In de loop der jaren daalt het percentage gediagnosticeerde SOI in de populatie sekswerkers die door Gh@pro wordt bereikt, mannen en vrouwen samen (zie jaarverslagen Gh@pro⁵). Bij de mannen is deze tendens echter niet zo duidelijk. Er is natuurlijk wel een groter verloop, nieuwe jongens die gedurende enkele jaren in de sector werken en nadien eruit stappen. We kunnen hierbij besluiten dat de preventieboodschap niet

zo goed aanslaat bij deze specifieke subgroep, en dat aangepaste manieren om ze te bereiken en informeren noodzakelijk zijn.

In Uruguay komt hepatitis B endemisch voor, hier heeft 50.5% van de sekswerkers hepatitis B doorgemaakt.³ In Antwerpen in een studie bij mannelijke sekswerkers uit 2005 had 28.9% hepatitis B gehad. Het grootste deel waren mannen afkomstig uit endemische gebieden (Zuid-Amerika, Afrika of Azië).⁴ In de huidige studie had 36% hepatitis B doorgemaakt, ook deels door afkomst uit endemische landen, niemand van hen is chronische drager. Er is nog nooit een acute hepatitis B infectie gediagnosticeerd op Gh@pro, vermoedelijk komen de meeste infecties uit het land van herkomst, en mogelijks een deel door perinatale transmissie. Van de min 25-jarigen, van wie de gegevens bekend zijn, had 27% hepatitis B vroeger doorgemaakt, 27% is immuun na vaccinatie maar 45% is niet beschermd. Omdat hepatitis B toch nog heel wat voorkomt is een vaccinatieprogramma zeker belangrijk. De jongens die wij tegenkomen zijn vaak spijbelaars en school'shoppers'. Dat maakt het gevaarlijk dat ze ontsnappen aan catch-up vaccinatieprogramma's via CLB's.

Er werden meer urinetesten afgenomen dan bloedstalen door Gh@pro vzw. Een deel van de Zuid-Oost Europese jongens die we op Boysproject zien, durven geen bloed te laten nemen, maar willen wel een urinestaal geven. Enerzijds hebben ze schrik van naalden en anderzijds is er ook wat struisvogelpolitiek: wat je niet weet, deert je niet. Sommigen denken 'dat zij wel niets zullen hebben'. Als je bij de hetero-groep naar hun eigen vrouw of vriendin verwijst, erop wijst dat ze aan hen een ziekte kunnen doorgeven of er mogelijks later fertiliteitsproblemen zouden kunnen optreden, laten ze zich soms sneller testen.

2.5.5. Hulpverleners

2.5.5.1. Trajectbegeleiders

De coördinator van Boysproject meldt dat er eigenlijk geen nood is aan nieuwe organisaties maar wel aan sensibilisatie en uitbreiding binnen de bestaande organisaties.

Wachtlijsten om binnen te geraken is ook een probleem.

Op Boysproject hebben alle jongens een individuele begeleider, die soms meegaat naar bepaalde doorverwijzingen, helpt met de sekswerker zijn papieren. Op deze manier wordt een persoonlijke band gecreëerd. Anderzijds is het 'een stok achter de deur', want een groot probleem is dat jongens gewoon niet naar hun afspraak gaan, soms meermaals, en dat bevordert natuurlijk niet de samenwerking met sommige instanties.

2.5.5.2. Schooldirecteurs

Het is een groot probleem bij de illegale groep om de jongens op school te krijgen en te houden. Er is ook spijbelproblematiek en school-'shopping'.

Beide directeurs zeiden dat het best zou kunnen dat er jongensprostitués onder hun leerlingen zitten, zonder dat het geweten is.

2.5.5.3. CLB artsen

Slechts 2 CLB artsen hebben een vragenlijst ingevuld. Een mogelijke reden is misschien dat weinig artsen al in contact geweest zijn met jongensprostitutie.

Als CLB arts moet je opletten dat je eventuele kleine signalen opvangt, die kunnen wijzen in de richting van prostitutie.

2.5.5.4. Jeugdbrigade

Als eindopmerking werd er gezegd dat het aanbod van hulpverlening te klein is en dat er werk moest gemaakt worden van de asielwetgeving, om meer kinderen uit de illegaliteit te halen.

2.5.5.5. Advocaat van de jeugdrechtbank

Het grootste probleem is plaatsgebrek in de overvolle instellingen. Anderzijds komen prostitutiejongens vaak om andere redenen (drugs, delinquentie, diefstal,...) met de jeugdrechtbank in contact.

2.5.5.6. Jeugdrechter

Ook de jeugdrechter meldt het plaatsgebrek in de instellingen, en anderzijds moeilijkheden om prostitutiejongens daadwerkelijk op te volgen, omdat ze dit niet altijd toelaten, gewoon verder doen of vluchten. Een heel deel van de jongeren die met de jeugdrechtbank in contact komen, komen nadien met het echte gerecht in aanraking.

De hulpverlening voor Roma kinderen is een probleem dat volgens de jeugdrechter op Europees vlak moet aangepakt worden.

Ze heeft het gevoel vrij machteloos te staan tegenover arme prostitué(e)s uit Oostbloklanden.

VI. Besluit en aanbevelingen

Deze thesis beoogt het beschrijven en in kaart brengen van een groep mannelijke sekswerkers in Antwerpen, waarvan een gedeelte minderjarig is. Via de werking van Gh@pro vzw (aanbod van gratis en anonieme preventieve gezondheidszorg) is er toegang tot deze zeer kwetsbare populatie. Dit is een relatief kleinschalig project, maar in de totale bevolkingsgroep van jongens tussen 15 en 25 jaar is deze groep jongens gelukkig relatief niet zo groot. Al deze resultaten moeten als een “convenience sample” van vrijwilligers beschouwd worden die bereid waren om mee te werken en mogen niet als een exacte afspiegeling van jongens- (en mannen) prostitutie gezien worden.

De resultaten van deze studie beschrijven zowel medische aspecten van de doelgroep als sociologische bevindingen en hun eventuele relatie.

Het voorkomen van SOI bij mannelijke sekswerkers is hoog.

In de huidige studie had 36% hepatitis B doorgemaakt. Omdat hepatitis B toch nog heel wat voorkomt in deze risicogroep is een vaccinatieprogramma zeker belangrijk, best na screening. De jongens die wij tegenkomen zijn vaak spijbelaars en school'shoppers'. Dat maakt het gevaarlijk dat ze ontsnappen aan catch-up vaccinatieprogramma's via CLB's.

HIV kwam bij 19% van onze ondervraagden voor; syfilis bij 17%; 12.5% heeft ooit gonorrhoe gehad en 25% van de personen had ooit chlamydia. Al deze cijfers liggen boven de cijfers bij VSW en ver boven de algemene bevolkingscijfers.

We kunnen hierbij besluiten dat de preventieboodschap niet goed aanslaat bij deze specifieke subgroep, en dat aangepaste manieren om ze te bereiken en informeren noodzakelijk zijn.

De kennis over SOI en veilig vrijen is bedroevend laag. Sommige personen hebben nog nooit over HIV gehoord! Soms denken jongens dat een vaccin voor hepatitis B hen beschermd 'tegen alles', ook HIV.

Daarom is seksuele voorlichting in scholen en via CLB's heel belangrijk.

Uit onderzoek blijkt dat vooral schoolartsen goed geplaatst zijn om seksuele voorlichting te geven op school.⁴² CLB artsen zien voor zichzelf een taak weggelegd in de individuele en collectieve seksuele opvoeding van jongeren maar ervaren gebrek aan tijd en ondersteuning van hun eigen equipes en schooldirecties.⁴³ Maar het probleem bij HIV preventiecampagnes is dat er weinig gefocust wordt op homo- en biseksuele jongeren. Er zou meer rekening gehouden moeten worden met traditionele culturele en etnische factoren.⁴⁴

We zien dit ook uit de gesprekken met de trajectbegeleiders en andere eventuele betrokken instanties (CLB artsen, schooldirecteurs...) die contact met deze jongeren hebben, dat preventie-informatie juist deze groep moeilijker bereikt. Ze gaan immers onregelmatig naar

school en zijn nergens gegroepeerd aan te spreken. Daarom dienen preventiecampagnes vooral dit soort groepen jongeren te beogen, die de boodschap moeilijk krijgen.

Anderzijds miskennen ze gemakkelijk het risico dat ze lopen. Vanuit hun achtergrond en cultuur is het soms misschien beter de nadruk te leggen op de risico's voor hun latere gezin dan wel op de risico's voor henzelf: een voorbeeld hiervan zijn de Roma jongeren: als er aan hen gezegd wordt dat ze moeten opletten omdat ze anders hun vriendin of vrouw kunnen besmetten en later fertiliteitsproblemen kunnen krijgen, heeft dit veel meer effect.

Als je als arts geconfronteerd wordt met minderjarige jongens die werken in de prostitutie, beschouw je dit niet als 'normaal'. Natuurlijk zou de ideale oplossing zijn om alle jongens uit de prostitutie te krijgen, maar dat is geen realistische doelstelling. En het is niet aan ons om hun keuze te veroordelen, maar wel om hulp te bieden. Belangrijk is dat we sekswerkers benaderen met respect en prostitutie beschouwen als een 'beroep' eerder dan als een 'gedrag', met SOI als professionele risico's.⁷ Anderzijds is het een zeer kwetsbare groep die extra begeleiding nodig heeft.

Uit de interviews met de betrokken instanties en de literatuur blijkt dat er wel verschillende mogelijkheden zijn voor hulpverlening maar dat het probleem eerder is te weten waar je best hulp kunt zoeken, de wachtlijsten en het concreet opvolgen van afspraken door de jongens. En in eerste instantie moeten de jongens bereikt worden. Hiervoor is outreach een geschikte manier.²⁷

Wat wel een probleem is, is opvolging op langere termijn. Na een periode van begeleiding, als deze al lukt, wat gebeurt er dan met de jongens? Vaak komen ze toch terecht in delinquentie en dergelijke.⁴⁵

Hieraan wil Boysproject in de toekomst werken, jongens een toekomst perspectief bieden, toch zonder hun eventuele keuze voor prostitutie te veroordelen. Dit vraagt mogelijkheid tot persoonlijke begeleiding wat zeer arbeidsintensief is, en hiervoor is personeel en budget nodig.

Een groep die 'een grijze zone' vormt, zijn de jongens die via internet werken. Zij zijn nog moeilijker te bereiken.

In het kader van jeugdgezondheidszorg is het belangrijk dat schoolartsen een notie hebben over het bestaan van jongensprostitutie. In grootsteden komt sekswerk bij minderjarigen voor, al is het vaak verdoken. In samenwerking met scholen moeten ogen en oren openstaan om kleine signalen op te vangen. Eventueel zou in de opleiding dit item aan bod kunnen komen, vb. vermelding over Belgische organisaties waarmee samengewerkt kan worden op het moment dat een schoolarts een jongensprostituë tegenkomt.

VII. Samenvatting

Artsen die werken bij prostitutie worden soms geconfronteerd met minderjarige jongens die als sekswerker werken. In het kader van de opleiding jeugdgezondheidszorg werd besloten hierover een studie op te zetten.

De bedoeling was om de specifieke kenmerken van mannelijke minderjarige sekswerkers in Antwerpen na te gaan.

Er werd informatie verzameld uit de literatuur, en er werden interviews met betrokken partijen gevoerd (trajectbegeleiders, schooldirecteurs, CLB-artsen, jeugdbrigade van de politie, advocaat van de jeugdrechtbank en jeugdrechter). Daarnaast werden enquêtes afgenomen met mannelijke sekswerkers (MSW).

Aan de hand van al deze informatie werd een beschrijving gegeven van de hulpverlening: Boysproject (mannelijk prostitutie project in Antwerpen), Gh@pro vzw (gezondheidshuis Antwerpse prostitutie waar gratis en anoniem preventieve en eventueel curatieve gezondheidszorg verleend wordt), de scholen en CLB-artsen, de jeugdbrigade van de politie, de jeugdrechtbank en advocaten.

Het voorkomen van SOI (Seksuele overdraagbare infecties) bij MSW is hoog. In de huidige studie had 36% hepatitis B doorgemaakt. (Deels door afkomst uit endemische landen). Omdat hepatitis B toch nog heel wat voorkomt is een vaccinatieprogramma zeker belangrijk. De jongens die wij tegenkomen zijn vaak spijbelaars en school'shoppers'. Dat maakt het gevaarlijk dat ze ontsnappen aan catch-up vaccinatieprogramma's via CLB's.

HIV kwam bij 19% van onze ondervraagden voor; syfilis bij 17%, 12.5% heeft ooit gonorrhoe gehad en 25% van de personen had ooit chlamydia.

De kennis over SOI en veilig vrijen is bedroevend laag. Sommige personen hebben nog nooit over HIV gehoord! Daarom is seksuele voorlichting in scholen en via CLB's heel belangrijk.

Maar het probleem bij HIV preventiecampagnes is dat er weinig gefocust wordt op homo en biseksuele jongeren. Er zou meer rekening gehouden moeten worden met traditionele culturele en etnische factoren.

De ideale oplossing zou zijn om alle jongens uit de prostitutie te krijgen, maar dat is geen realistische doelstelling. Het is niet aan ons om hun keuze te veroordelen, maar wel om hulp te bieden. Belangrijk is dat we sekswerkers benaderen met respect en prostitutie beschouwen als een 'beroep' eerder dan als een 'gedrag', met SOI als professionele risico's.

Er bestaan heel wat mogelijkheden voor hulpverlening maar het probleem is te weten waar je best hulp kunt zoeken, de wachtlijsten en het concreet opvolgen van afspraken door de jongens. En in eerste instantie moeten de jongens bereikt worden. Hiervoor is outreach een geschikte manier.

Wat wel een probleem is, is opvolging op langere termijn.

In het kader van jeugdgezondheidszorg is het belangrijk dat schoolartsen een notie hebben over het bestaan van jongensprostitutie. In samenwerking met scholen moeten ogen en oren openstaan om eventuele kleine signalen op te vangen en gericht door te verwijzen.

Referenties

1. Estcourt CS, Marks C, Rohrsheim R, *et al.* HIV, sexually transmitted infections, and risk behaviours in male commercial sex workers in Sydney. *Sex Transm Inf* 2000;76:294-298.
2. Ziersch A, Gaffney J, Tomlinson DR. STI prevention and the male sex industry in London: evaluating a pilot peer education programme. *Sex Transm Inf* 2000;76:447-453.
3. Russi JC, Serra M, Viñoles J, *et al.* Sexual transmission of hepatitis B virus, hepatitis C virus and human immunodeficiency virus type 1 infections among male transvestite commercial sex workers in Montevideo, Uruguay. *Am J Trop Med Hyg* 2003;68(6):716-720.
4. Leuridan E, Wouters K, Stalpaert M, Van Damme P. Male sex workers in Antwerp, Belgium: a descriptive study. *Int J STD AIDS* 2005;16:744-748.
5. Jaarverslag 2007 Ghapro vzw : www.ghapro.be.
6. Wouters K, Van Damme P, Vercauteren A, Verheyen J, Castermans S, Meheus A. Sexually transmitted infections (STI) among prostitutes in Antwerp, Belgium: Importance and feasibility of a hepatitis B vaccination programme. *Arch Public Health* 2002;60:27-38.
7. Van Damme P, Leuridan E, Wouters K, Mak R, Prévost C. Can health programmes lead to mistreatment of sex workers? (correspondence) *Lancet* 2003 Jul 26;362:328-329.
8. Van Ardenne N, Roelofs I, Leuridan E, Wouters K, Van Damme P. Audit on offering and accepting hepatitis B vaccine by sex workers (letter). *Int J STD AIDS* 2004 Jul;15:493-494.
9. Jaarverslag 2007 Pasop vzw : www.pasop.info.
10. Personal communication Boys project. 2008 Jan.
11. MArchhi L. De Roma van Brussel. 2nd ed. Brussel:Foyer; 2006.
12. Verlinden A, Child Focus. De opvang in België van niet-begeleide minderjarigen, slachtoffer van seksuele uitbuiting . Aanbevelingen voor goede praktijk. 2004 Jan. Available online: http://www.childfocus.be/uploads/documents/70-149.rapport_mena_nl.pdf
13. IOM. Trafficking in UAM's for sexual exploitation in the European Union; 2001;34-37
14. Practical guidelines for delivering health services to sex workers. Europap 2003. Available online: <http://www.europap.net/dl/guidelines/layoutNL.pdf>
15. Sroka S. Prostitutie: roep om legalisering? RoSa. Documentatiecentrum en Archief Voor Gelijke Kansen, Feminisme en Vrouwenstudies. Available online : <http://www.rosadoc.be>
16. [http:// www.boysproject.be](http://www.boysproject.be) (accessed dec 2007).
17. <http://www.adzon.be> (accessed april 2008).
18. <http://www.europap.net> (accessed april 2008)
19. Gemeentelijke gezondheidsdiensten Nederland. Available online: http://www.ggd.nl/ggdnl/startpagina/show_pagina.asp?paginanr=110&style=1&titel=G (accessed mei 2008)
20. Prostitutie en informatiecentrum P&G292 Amsterdam. Available online: <http://www.Derodedraad.nl/index.php?id=719&type=2> (accessed mei 2008).
21. GUM clinics-Sexual Health-STD's UK. Available online : <http://www.homehealth-uk.com/medical/gumclinics.htm> (accessed mei 2008)
22. Male sexwork Genève>Santé. Available online: <http://www.malsexwork.net/sante/index.php> (accessed mei 2008)
23. Francois G, Hallauer J, Van Damme P. Hepatitis B vaccination: how to reach risk groups. *Vaccine* 2002; 21: 1-4.
24. Wouters K, Leuridan E, Van Herck K, *et al.* Compliance and immunogenicity of two hepatitis B vaccination schedules in sex workers in Belgium. *Vaccine* 2007;25:1893-1900.
25. Mai N, Gaffney J, Price A. Report on pilot study on male sexworkers migratory behaviour. 2003 Aug; Available online <http://www.enmp.org> (accessed dec 2007)

-
26. Baqi S, *et al.* Seroprevalence of HIV, HBV and Syphilis and associated risk behaviours in male transvestites (Hijras) in Karachi, Pakistan. *Int J STD AIDS* 1999;10:300-304.
27. Mak R, Traen A, Claeysens M, Van Renterghem L, Leroux-Roels G, Van Damme P. Hepatitis B vaccination for sex workers: do outreach programmes perform better? *Sex Transm Inf* 2003;79:157-159.
28. Prévost C, Cheront C, Bertrand F, Tonglet R. Pertinence et faisabilité d'un programme de vaccination contre l'hépatite B proposé à un groupe de prostituées à Bruxelles, Belgique. *Arch Public Health* 2000;58:37-48
29. Jilg W. Selective risk group strategies in Europe. *Vaccine* 1995; 13(Suppl 1):S44-46
30. Opaneye AA. Audit of hepatitis B immunization at the genitourinary medicine department in Middlesbrough, UK. *Int J STD AIDS* 2002;13:268-270.
31. Bhaduri S, Gosling C. Audit of hepatitis B immunization (letter). *Int J STD AIDS* 2003;14:65.
32. Mak R. Hepatitis B vaccination for sex workers in Europe. *Viral Hepatitis* 2001; 10:7-8.
33. Van Steenberghe JE. Results of an enhanced outreach programme of hepatitis B vaccination in the Netherlands (1998-2000) among men who have sex with men, hard drug users, sex workers and heterosexual persons with multiple partners. *J Hepatol* 2002;37:507-513.
34. McMillan A. Hepatitis B vaccination of men who have sex with men: experience with an accelerated course of vaccination in a genitourinary medicine clinic. *Int J STD AIDS* 2005;16:633-635.
35. Sethi G, Holden BM, Greene L, *et al.* Hepatitis B vaccination for male sex workers: the experience of a specialist GUM service. *Sex Transm Inf* 2006; 82:84-85.
36. Van Herck K, Leuridan E, Van Damme P. Schedules for hepatitis B vaccination of risk groups: balancing immunogenicity and compliance. *Sex Transm Inf* 2007;83:426-432.
37. Sansom S *et al.* Hepatitis A and B vaccination in a sexually transmitted disease clinic for men who have sex with men. *Sex Transm Dis* 2003; 30:685-8.
38. United Nations General Assembly. Special Session on HIV/AIDS guidelines on construction of core indicators. *UNAIDS/02.51E/ISBN92-9173-238-9* (2002 Aug) pdf. Available online <http://www.unaids.org>.
39. Antwerps minderheden centrum de Acht. Available online: <http://www.de8.be/content.php> (accessed mei 2008).
40. Comité Bijzondere Jeugdzorg. Available online: <http://www.wvc.vlaanderen.be/jongerenwelzijn> (accessed mei 2008).
41. Protestants sociaal centrum PSC Antwerpen. Available online: <http://www.pscantwerpen.be> (accessed mei 2008).
42. Peremans L. Strategieën ter preventie van ongewenste tienerzwangerschappen: Hoe verloopt het noodpil consult bij de hulpverlener? Een kwalitatief onderzoeksproject in samenwerking met WVVH, KAVA en VWVJ (2001-2003).
43. De Boeck M. Kennis en gebruik van (nood)anticonceptie bij jongeren. Eindverhandeling JGZ 2005-2006.
44. Harper G. Sex isn't that simple: culture and context in HIV prevention interventions for gay and bisexual male adolescents. *Am. Psychologist*. 2007;62:806-819
45. Personal communication jeugdrechtbank. 2008 Jan.

