Een kwalitatief onderzoek naar de zorgnoden van sekswerkers in Vlaanderen en de rol van de huisarts.

Ada Buyssens, Universiteit Gent

Promotor: Anna Galle, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2025 – 2026]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

INHOUDSTAFEL

1 Inleiding 4

1.1 Situatieschets 4

1.2 Wetgevend kader van sekswerk in België 5

1.3 Organisaties in Vlaanderen 6

1.4 Deze thesis 6

2 Methode 7

2.1 Opzet van de studie 7

2.2 Populatie 8

2.3 Dataverzameling en analyse 8

3 Resultaten 9

3.1 Zorg- en ondersteuningsnoden 11

3.1.1 Zorgnoden 12

3.1.2 Ondersteuningsnoden 16

3.2 Barrières voor zorg 18

3.2.1 Structurele en administratieve barrières 18

3.2.2 Stigma 21

3.2.3 Kennis, vaardigheden en attitudes van zorgverleners 22

3.3 Positieve punten 24

3.3.1 Multidisciplinaire werking 24

3.3.2 Laagdrempelige zorg 24

3.3.3 Wetgeving 25

3.4 Verbeterpunten 25

3.4.1 Laagdrempelige zorg 25

3.4.2 Educatie sekswerkers 26

3.4.3 Kennis, vaardigheden en attitude van zorgverleners 26

3.4.4 Structurele maatregelen 27

3.5 Rol van de huisarts 28

4 Discussie 28

4.1 Zorg- en ondersteuningsnoden 28

4.2 Barrières en faciliterende factoren 29

4.3 België als voorloper 30

4.4 Rol van de huisarts 32

4.5 Tekortkomingen 33

5 Referentielijst 35

6 Bijlagen 37

6.1 Interviewgids 37

VOORWOORD

In dit voorwoord wil ik graag een aantal mensen bedanken voor hun waardevolle bijdrage aan het tot stand komen van deze thesis.

In de eerste plaats wil ik mijn promotor, Anna Galle, oprecht bedanken voor haar begeleiding, ondersteuning en constructieve feedback gedurende dit traject. Daarnaast gaat mijn dank uit naar Martine Claeyssens en Dirk Avonts voor hun advies en hulp. Ook wil ik de participanten van deze studie bedanken voor hun tijd en interessante bijdragen.
Verder wil ik Anna Buyssens, Maya Mukasa, Anaïs Gossé, mijn ouders en Cesar De Sutter-Pinoy bedanken voor hun hulp, steun en aanmoediging.

1 Inleiding

1.1 Situatieschets

De term ‘sekswerk’ ontstond in de jaren 1980 als verzamelnaam voor alle vormen van commerciële seksuele/erotische dienstverlening (1). Sekswerkers zijn vrouwen, mannen en non-binaire personen, inclusief trans personen die werkzaam zijn in de erotische dienstensector (2). De term ‘sekswerk’ kadert prostitutie niet langer als afwijkend gedrag of een uiting van (vrouwelijke) onderdrukking, maar benadert het als een werkvorm in de context van arbeid (1). Door te focussen op het arbeidsaspect, verschuift de aandacht van morele oordelen naar de diverse vormen van werk binnen de seksindustrie, elk met hun eigen omstandigheden en beroepsgebonden risico’s. Het is belangrijk om dit te onderscheiden van mensenhandel waarbij er sprake is van uitbuiting met gebruik van psychologisch of fysiek geweld, of waarbij iemand gedwongen wordt om seksuele handelingen uit te voeren of wanneer het verdiende geld moet worden afgestaan aan een derde. Uitbuiting is niet eigen aan sekswerk, het komt in meerdere arbeidssectoren voor, zoals in de land- en tuinbouwsector (2).

Sekswerk wordt nog vaak omgeven door een negatieve connotatie en geassocieerd met uitbuiting, mensenhandel, drugs en geweld (3). Deze associatie is echter slechts gedeeltelijk representatief voor de realiteit. Wereldwijd wordt geschat dat tussen 45% en 75% van de sekswerkers ooit te maken krijgt met werkgerelateerd geweld (4). In de praktijk blijkt dat slechts een minderheid van het sekswerk plaatsvindt onder dwang of in contexten van mensenhandel, terwijl het merendeel zich situeert in meer autonome vormen van sekswerk, zij het vaak binnen kwetsbare socio-economische omstandigheden (3). Die omstandigheden kunnen wel leiden tot een grijze zone waarin afhankelijkheid van derden, uitbuiting, druggebruik en geweld kan voorkomen (5). In de laatste decennia wordt in academische literatuur en bij experts gepleit voor een meer genuanceerde benadering. Bij deze benadering wordt er rekening gehouden met de diversiteit binnen het sekswerkveld en is sekswerk per definitie niet synoniem voor slachtofferschap. Zo blijkt uit ervaringen en getuigenissen dat sekswerk net kan leiden tot meer autonomie en empowerment. In een onderzoek door de Australische regering gaf 50% van de bevraagde sekswerkers aan dat zij hun werk als een grote bron van voldoening ervaren (3). Dit neemt niet weg dat deze populatie kwetsbaar is en het erkennen van de complexiteit en diversiteit binnen sekswerk is belangrijk als context waarbinnen zorgnoden en gezondheidsrisico’s sterk kunnen verschillen. Sekswerkers vormen een diverse groep die geconfronteerd wordt met unieke uitdagingen op het gebied van gezondheid en welzijn (1,3).

Eerstelijnszorg verleend door onder andere (huis)artsen, verpleegkundigen en maatschappelijke werkers is essentieel voor het waarborgen van de gezondheid en het welzijn van de bevolking. Uit onderzoek blijkt dat sekswerkers vaker te maken hebben met lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen dan niet-sekswerkers. Ze hebben een groter risico op onder andere seksueel overdraagbare infecties (SOI's), psychische stress, geweld, en middelenmisbruik (5). Wereldwijd geeft een groot aantal sekswerkers aan dat zij meerdere keren te maken hebben gehad met stigma en geweld op het werk (2). Uit een

onderzoek in Zuid-Afrika blijkt dat 79% van de sekswerkers te maken heeft met fysiek geweld, 72% met economisch geweld, 77% met seksueel geweld en 89% met emotioneel geweld (2). In een onderzoek in Nederland uit 2018 gaven 60% van de bevraagde sekswerkers aan in het laatste jaar fysiek geweld te hebben ervaren, 78% ervaarde seksueel geweld, 93% ervaarde een vorm van emotioneel geweld en 58% een vorm van economisch geweld (2). Daarbij wordt gezien dat criminalisering van sekswerk in verband staat met een grotere kwetsbaarheid voor geweld (2-5).
Specifiek voor deze populatie is de toegang tot kwalitatieve en laagdrempelige eerstelijnszorg dus van cruciaal belang om aan deze hogere zorgnoden te voldoen. Uit het effectonderzoek uit 2012 blijkt dat van de bevraagde sekswerkers in Vlaanderen bijna 90% een vaste huisarts had, maar slechts 45% hiervan was op de hoogte van hun beroep (1). Uit onderzoek blijkt dat sekswerkers vaak drempels ervaren voor het raadplegen van reguliere gezondheidszorginstellingen (1,2). De drempels kunnen te maken hebben met angst voor stigma of discriminatie, negatieve ervaringen met zorgverleners, een gebrek aan kennis over sekswerk-specifieke noden bij zorgverleners, structurele barrières zoals onzekere verblijfsstatus of financiële beperkingen, en het ontbreken van gepaste zorg onder andere soa-screening wanneer het beroep niet gekend is en er geen juiste risico-inschatting kan gemaakt worden (1,2,5).

1.2 Wetgevend kader van sekswerk in België

Sekswerk neemt in België een bijzondere plaats in binnen het juridisch landschap. Volgens een schatting van de federale politie in 2015 zouden er 26.000 sekswerkers in België werkzaam zijn (6). Tot voor de hervorming van het seksueel strafrecht in 2022 werd sekswerk gekenmerkt door een langdurig gedoogbeleid, waarbij de activiteit zelf niet strafbaar was, maar waarbij vrijwel alle omkaderende aspecten ervan wel gecriminaliseerd werden (6). Derden die met sekswerkers samenwerkten zoals verhuurders, boekhouders, chauffeurs, bankiers of uitbaters werden strafbaar gesteld op basis van een ruime en vage definitie van pooierschap. Deze juridische paradox had ingrijpende gevolgen voor de leef- en werkomstandigheden van sekswerkers en beperkte hun toegang tot fundamentele sociale en economische rechten (7). Het was voor sekswerkers quasi onmogelijk om hun activiteiten op een legale en gecontroleerde manier te organiseren. De sector bestond, maar kon juridisch niet bestaan. Dit leidde tot structurele uitsluiting, onzekerheid en een verhoogde kwetsbaarheid voor misbruik en uitbuiting (7).
De beperkingen van dit gedoogbeleid werden onder meer duidelijk zichtbaar tijdens de COVID-19-crisis. Sekswerkers beschikten over geen enkele vorm van officiële erkenning, hadden geen sociaal statuut en vielen buiten bestaande vangnetten bij inkomensverlies (6). Dit benadrukte de nood aan een duidelijk wettelijk kader waarin sekswerk erkend wordt als arbeid en waarin rechten en plichten juridisch verankerd zijn (6,7).

Op 1 juni 2022 trad de hervorming van het Belgisch seksueel strafrecht in werking, waarbij sekswerk uit het Strafwetboek gehaald en de strafbaarstelling van derde partijen werd opgeheven, waardoor dienstverlening aan sekswerkers zoals boekhouding, verzekeringen of verhuur niet langer verboden is (6). De hervorming betekent geen volledige deregulering. Misbruik of uitbuiting van sekswerkers voor financieel gewin, het verhinderen van stoppen met sekswerk, mensenhandel, bepaalde afspraken niet respecteren of klanten die niet betalen,

blijven strafbaar (6). De strafwet hanteert hierbij het concept van ‘abnormaal voordeel’, dat toelaat om misbruik en uitbuiting gericht te vervolgen zonder de volledige sector te criminaliseren (7). Hoewel de decriminalisering een cruciale eerste stap vormde, betekende dit niet automatisch een toegang tot arbeidsrechten. Daarom werd op 3 mei 2024 een specifieke arbeidswet voor sekswerkers goedgekeurd. Deze wet maakt het mogelijk om sekswerk uit te oefenen onder een arbeidscontract, met toegang tot sociale zekerheid, waaronder ziekteverzekering, pensioen, werkloosheid en zwangerschapsverlof. Tegelijk stelt de wet duidelijke voorwaarden aan werkgevers en voorziet deze in bijkomende bescherming tegen beroepsspecifieke risico’s (7). De arbeidswet voorziet onder meer in expliciete vrijheden voor sekswerkers, zoals het recht om klanten of seksuele handelingen te weigeren, handelingen te onderbreken en het werk te organiseren op een wijze die zij zelf bepalen. Deze rechten zijn gekoppeld aan bescherming tegen ontslag of sancties. De wet is enkel van toepassing op sekswerk onder contract en geldt niet voor zelfstandige sekswerkers, noch voor activiteiten zoals pornografie, webcamwerk of striptease (7).

Tijdens de uitvoering van deze studie, op 18 augustus 2025, werd door de Belgische federale regering een nieuw koninklijk besluit goedgekeurd dat de lijst van erkende beroepsziekten uitbreidt. Seksueel overdraagbare infecties HIV (humaan immunodeficiëntievirus), hepatitis B, syfilis, HPV (humaan papillomavirus), chlamydia, gonorroe en trichomoniasis werden erkend als beroepsziekten voor sekswerkers die werken onder een arbeidsovereenkomst zoals vastgelegd in de wet van 3 mei 2024 (8). Hiermee hebben zij recht op terugbetaling van medische kosten en een vergoeding voor loonverlies. Met deze uitbreiding van de lijst van beroepsziekten versterkt België de bescherming van sekswerkers nog verder (8).

Samengevat markeert de Belgische wetgeving sinds 2022 een fundamentele koerswijziging: van een gedoogbeleid naar een model dat sekswerk erkent als arbeid en arbeidsrechten centraal stelt als instrument tegen misbruik en uitbuiting. Deze juridische evolutie is vooruitstrevend en kreeg nationaal, maar vooral ook internationaal veel aandacht (9,10).

1.3 Organisaties in Vlaanderen

In Vlaanderen zijn er verschillende organisaties die zich specifiek inzetten voor sekswerkers zoals onder andere Utsopi, Boysproject en Violett. Utsopi fungeert als vakbond en spreekorgaan voor sekswerkers en wordt bestuurd en gerund door sekswerkers (7). Boysproject is een sociale organisatie voor mannelijke en transgender sekswerkers in Antwerpen (6). Violett is een organisatie die preventieve en curatieve medische, sociale en administratieve hulp biedt aan sekswerkers. Sekswerkers kunnen er terecht voor medisch advies, preventie, onderzoeken en behandeling van seksueel overdraagbare infecties (1).
Daarbovenop bestaat het Vlaamse eerstelijnszorg landschap uit huisartsen, wijkgezondheidscentra en onder meer verslavingszorgcentra die laagdrempelige medische zorgen aanbieden waar sekswerkers beroep op kunnen doen.

1.4 Deze thesis

Voorgaand onderzoek heeft aangetoond dat sekswerkers belangrijke barrières ervaren bij het raadplegen van reguliere gezondheidszorg (2,5). Deze barrières worden onder andere

gevormd door stigma, discriminatie, migratiestatus, weinig laagdrempelige zorg en socio-economische klasse. Daarbij zijn sekswerkers een kwetsbare groep met specifieke zorgnoden en toegankelijke gezondheidszorg voor deze populatie is dan ook cruciaal (1,2,5). Hoewel er toenemende aandacht is voor de gezondheid en het welzijn van sekswerkers blijft het inzicht in hun zorgnoden specifiek in Vlaanderen beperkt. Bovendien ontbreekt recent empirisch onderzoek in Vlaanderen naar de perspectieven van zorgverleners met betrekking tot deze doelgroep. In het bijzonder is er een lacune in kennis over hun ervaringen met sekswerkers, de drempels die zij in de praktijk waarnemen en de verbeterpunten die zij identificeren binnen het huidige zorglandschap. Deze studie beoogt deze leemte aan te vullen door de ervaringen van zorgverleners met betrekking tot de eerstelijnszorg voor sekswerkers in Vlaanderen te verkennen, en inzicht te verwerven in de gepercipieerde zorgnoden, drempels en mogelijke verbeterpunten binnen de bestaande zorgverlening.

In deze studie werden zorgverleners via semigestructureerde interviews bevraagd over hun ervaringen met de eerstelijnszorg voor sekswerkers in Vlaanderen. De verkregen data werd thematisch geanalyseerd met als doel inzicht te verwerven in de door zorgverleners gepercipieerde zorgnoden, de drempels bij zowel het verkrijgen als verlenen van zorg, alsook de door hen voorgestelde verbeterpunten voor het zorglandschap. Daarnaast werd specifiek aandacht besteed aan de rol van de huisarts binnen deze zorgcontext. Door inzicht te krijgen in de ervaringen en aanbevelingen van zorgverleners die werken met sekswerkers, kunnen gezondheidsdiensten beter worden afgestemd op de specifieke behoeften van deze groep. Dit kan leiden tot een betere gezondheidsuitkomst voor sekswerkers, vermindering van gezondheidsongelijkheden en een meer inclusieve benadering van de eerstelijnszorg in Vlaanderen.

2 Methode

Dit onderzoek hanteert een kwalitatieve onderzoeksopzet waarbij aan de hand van interviews met zorgverleners getracht werd inzicht te krijgen in de zorgnoden van sekswerkers en het functioneren van het zorglandschap voor sekswerkers in Vlaanderen vanuit een professioneel perspectief. Een kwalitatieve benadering werd gekozen om diepgaande inzichten te verkrijgen in ervaringen, percepties en structurele uitdagingen binnen de gezondheidszorg voor sekswerkers.

2.1 Opzet van de studie

Bij de opzet van deze studie werd vooraf overleg gepleegd met experts binnen een gespecialiseerde organisatie werkzaam binnen het werkveld van sekswerk. Op basis van hun praktijkervaring werd geadviseerd om in het kader van deze kleinschalige kwalitatieve studie te focussen op interviews met zorgverleners, eerder dan op interviews met sekswerkers zelf. Sekswerkers vormen een heterogene en vaak moeilijk bereikbare populatie, waardoor het includeren van een beperkte groep deelnemers het risico op beperkte representativiteit met zich mee zou brengen. Het bevragen van zorgverleners met ervaring binnen verschillende domeinen van de gezondheidszorg en met sekswerkers, werd daarom beschouwd als een haalbare en correcte keuze om een breed overzicht te krijgen van zorgnoden binnen deze

populatie. Om de perspectieven van sekswerkers te integreren, werd ook een expert geïncludeerd die verbonden is aan Utsopi, de Belgische Unie voor Sekswerkers. Op deze manier werd getracht om, naast de professionele ervaringen van zorgverleners, ook inzichten te verzamelen die gebaseerd zijn op de stem en belangenbehartiging van sekswerkers zelf.

2.2 Populatie

Zorgverleners, waaronder verschillende artsen, verpleegkundigen, maatschappelijke werkers en gezondheidsmedewerkers werkzaam in Vlaanderen binnen de gezondheidszorg en sociale organisaties voor sekswerkers werden, aangesproken via e-mail of telefonisch om mee te werken aan dit onderzoek. Er werd bewust gezocht naar diverse disciplinaire achtergronden, leeftijden, werkervaring en gender om een zo heterogeen mogelijke populatie te kunnen includeren. De inclusie van participanten werd verdergezet tot datasaturatie werd bereikt.

2.3 Dataverzameling en analyse

De data werd verzameld via semigestructureerde interviews, aan de hand van een vooraf ontwikkelde interviewgids, die als leidraad voor de interviews gold. De interviewgids is raadpleegbaar in de bijlage. De interviews werden afgenomen fysiek, via teams of telefonisch tussen augustus 2025 en december 2025. De duur van de interviews was gemiddeld 45 minuten. De audio van de interviews werd opgenomen en nadien getranscribeerd met behulp van het programma Whispr, nagelezen en gecorrigeerd.

De analyse van de ruwe data werd uitgevoerd aan de hand van het zes-stappenmodel voor thematische analyse beschreven door Naeem et al (11). Dit model beschrijft een systematische aanpak om patronen en thema's in kwalitatieve data te identificeren en te structureren. De analyse verloopt in zes stappen: 1. vertrouwd raken met de data door herhaald lezen van de transcripties, 2. het genereren van codes, 3. het zoeken naar thema's door codes te groeperen, 4. het herzien en verfijnen van deze thema's, 5. het definiëren en benoemen van de uiteindelijke thema's en 6. het rapporteren van de resultaten en het integreren van de bevindingen in een conceptueel model. De transcripties werden dus eerst grondig gelezen en belangrijke passages en informatie werden gemarkeerd. Daarna vond op een inductieve wijze de codering van de data plaats aan de hand van het programma MAXQDA. De codes werden gegroepeerd per thema om een codeboomstructuur te verkrijgen. Hierna kon een verdere analyse plaatsvinden, om zo structuur en verbanden te vinden aan de hand van thema's en subthema's, om daarna een conceptueel model te ontwikkelen. Tijdens het schrijfproces werd ChatGPT occasioneel gebruikt als hulpmiddel voor taalondersteuning, herformulering en structurering van teksten. Het gebruik beperkte zich tot redactionele ondersteuning. Alle inhoudelijke keuzes, analyse, interpretatie en conclusies zijn door de onderzoeker zelf ontwikkeld en gecontroleerd.

De studie werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent in december 2024, referentienummer THE-2024-0319. In lijn met ethische richtlijnen binnen kwalitatief onderzoek werd geïnformeerde toestemming benaderd als een dynamisch en continu proces. Naast schriftelijke toestemming aan de hand van een 'informed consent form', werd gedurende de interviews sensitief omgegaan met signalen van ongemak

of twijfel, waarbij deelnemers de ruimte kregen om antwoorden te nuanceren, vragen te weigeren of het interview te beëindigen. Ook werd benadrukt dat bij twijfel, vragen of nood tot nuancering achteraf contact mocht worden opgenomen om dit te bespreken. Anonimiteit en vertrouwelijkheid werden gewaarborgd door het anonimiseren van alle onderzoeksdata en het veilig opslaan van de gegevens in een afgeschermde digitale omgeving. Toegang tot de data was beperkt tot de onderzoeker en promotor van deze studie. In rapportages werden geen herleidbare persoonsgegevens opgenomen. Validiteit en betrouwbaarheid van deze studie werden gewaarborgd door voorafgaand aan het onderzoek een uitgebreid literatuuronderzoek te doen en advies te vragen aan experts werkzaam in het werkveld met sekswerkers en promotor omtrent onderzoeksopzet en onderzoeksvraag. Daarnaast werd aan de hand van het literatuuronderzoek de interviewgids opgemaakt en werd regelmatig de voortgang van het onderzoek afgetoetst bij de promotor. De interviews werden systematisch afgenomen met dezelfde interviewgids en in hun volledigheid getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd.

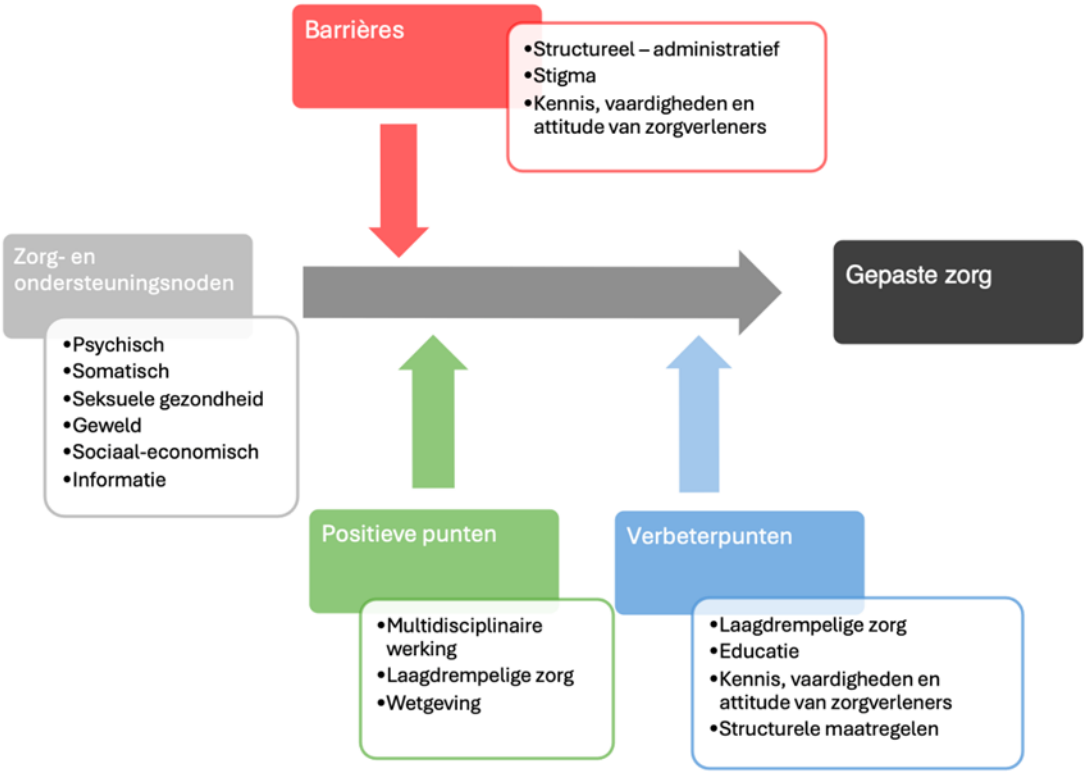
3 Resultaten

In totaal werden 11 zorgverleners geïnterviewd, werkzaam binnen diverse organisaties en initiatieven in de gezondheidszorg, waarvan een deel specifiek in gespecialiseerde organisaties voor sekswerkers. Het betreft 4 mannen en 7 vrouwen tussen 26 en 71 jaar, met verschillende beroepsachtergronden: 4 (huis)artsen, 1 medewerker vakbondsorganisatie, 2 verpleegkundigen, 3 maatschappelijk werkers en 1 verantwoordelijke van een daklozenopvangcentrum. Onder de artsen is momenteel 1 werkzaam als algemeen huisarts, 2 binnen een organisatie die medische zorg specifiek richt op sekswerkers, en 1 als verslavingsarts. De verpleegkundigen zijn beiden tewerkgesteld binnen een zorgorganisatie specifiek voor sekswerkers. Onder de maatschappelijke werkers is er 1 sociaal werker verbonden aan een organisatie met werking specifiek voor sekswerkers, 1 maatschappelijke werker verbonden aan een eerstelijnsorganisatie gericht op algemeen welzijn die niet specifiek gericht is op werking met sekswerkers en 1 straathoekwerker. De verantwoordelijke van de daklozenopvang heeft ook werkervaring als straathoekwerker met sekswerkers.

Beroep/functie	Aantal participanten	Categorie bij citaat
Niet-klinisch		
Medewerker vakbondsorganisatie	1	Medewerker sociale organisatie
Straathoekwerker	1	Maatschappelijk werker
Maatschappelijk werker welzijnsorganisatie	1	Maatschappelijk werker
Medewerker daklozenopvang centrum	1	Medewerker sociale organisatie
Sociaal werker in organisatie specifiek voor sekswerkers	1	Maatschappelijk werker
klinisch		
Huisarts	1	Arts
Arts in verslavingscentrum	1	Arts
Arts in organisatie specifiek voor sekswerkers	2	Arts
Verpleegkundige in organisatie specifiek voor sekswerkers	2	Verpleegkundige

Tabel 1: Functies van participanten en categorisatie, categorieën werden gebruikt om het risico te vermijden dat individuen herkend zouden kunnen worden bij de rapportage van de citaten.

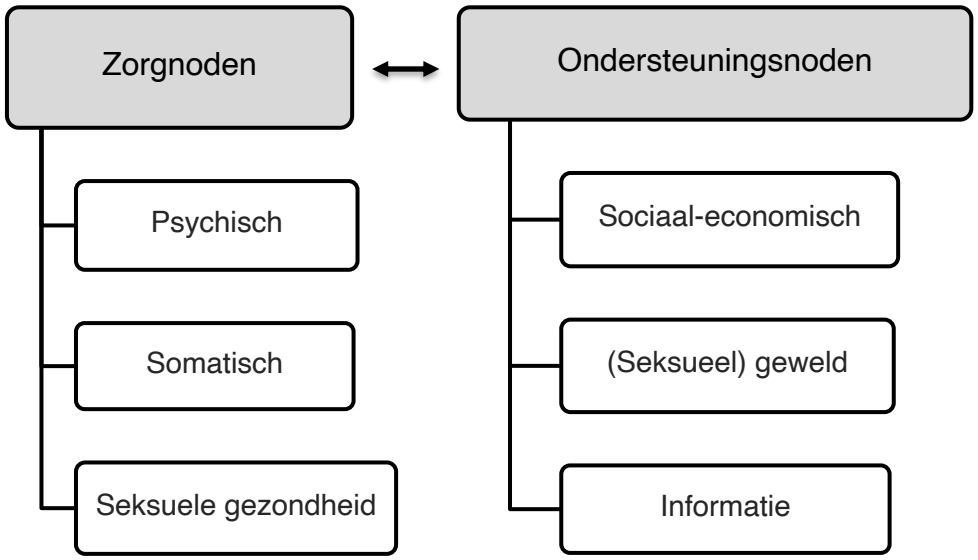
In dit kwalitatieve onderzoek wordt aan de hand van interviews ingegaan op verschillende thema's binnen de zorg voor sekswerkers, in eerste plaats de zorgnoden die worden waargenomen, maar ook barrières voor toegang tot zorg, mogelijke verbeterpunten binnen het zorglandschap en de rol die huisartsen hierin kunnen opnemen. Hieronder worden de visies en perspectieven van de experts met betrekking tot deze thema's weergegeven.



Figuur 3: Conceptueel model met de verschillende zorg- en ondersteuningsnoden, barrières, positieve punten en verbeterpunten die werden aangegeven door de participanten in de interviews.

3.1 Zorg- en ondersteuningsnoden

In de interviews kwamen twee grote thema's naar voor, zorgnoden en ondersteuningsnoden. Binnen deze twee thema's werden verschillende onderwerpen aangehaald, die hieronder per thema besproken zullen worden. We maken een onderscheid tussen zorg- en ondersteuningsnoden maar zien dat hierin ook veel verbanden liggen. Psychische-, somatische- en seksuele gezondheidsnoden blijken vaak ingebed in bredere sociaal-economische kwetsbaarheden zoals financiële instabiliteit, dakloosheid en administratieve barrières. Hiermee wordt duidelijk dat zorgverleners niet alleen geconfronteerd worden met individuele gezondheidsproblemen, maar ook met structurele en maatschappelijke factoren die het bieden van adequate zorg bemoeilijken.



Figuur 1: Onderverdeling zorg- en ondersteuningsnoden. Het onderwerp informatie betreft zowel gezondheidsinformatie als praktische informatie over rechten en administratie.

3.1.1 Zorgnoden

3.1.1.1 Psychische zorg

Deze zorgnood werd het meest frequent aangehaald doorheen de verschillende interviews. Meerdere participanten geven aan dat mentale gezondheidsproblemen sterk aanwezig zijn binnen de populatie van sekswerkers. "er zijn *heel vaak mentale zorg problemen*" *(arts 4)* en een "*grote psychiatrische nood*" (*arts 2)*. Andere participanten nuanceren dit en hebben het over "*sommige*" of "*soms wel noden op vlak van mentale gezondheid en daar medicamenteuze ondersteuning of behandeling in*" *(verpleegkundige 2)*.
Als oorzaak hiervan worden een aantal dingen aangehaald zoals trauma, fysiek geweld, verslavingsproblematiek, stigma, eenzaamheid en sociaal isolement. Maar ook psychoses en andere psychiatrische aandoeningen, zoals angst-, dwang- en persoonlijkheidsstoornissen, depressie en genderdysforie. Sociaal isolement wordt door participanten enerzijds in verband gebracht met de geheimhouding die sekswerkers hanteren rond hun beroep ten opzichte van familie, kinderen en naaste sociale cirkel. Volgens een participant leidt die geheimhouding tot stress: "*(...) en dat zorgt dan weer voor heel veel isolement, gevoel van eenzaamheid, en een enorme psychische last om te dragen. Door het feit dat je eigenlijk de hele tijd iets moet verzwijgen bij je vrienden, bij je familie. Bij sommige sekswerkers gaat zelfs zover dat de eigen partner er niet van af weet, en dat zijn natuurlijk wel…dat is psychologische stress, en dat is ook een hele hoge, hele grote zorgnood.*" *(Medewerker sociale organisatie 1)*
Anderzijds benoemen participanten ook de eenzaamheid bij sekswerkers die vanuit het buitenland naar hier komen om te werken en hun familie en thuis moeten achterlaten.

Verschillende zorgverleners geven aan dat het vaak moeilijk is om psychologische ondersteuning te bieden. "*omdat dat iets is waar we vaak het gevoel hebben dat we niet goed kunnen op antwoorden*" *(arts 4)*
Daarbij wordt aangegeven dat verwijzen naar de juiste instanties en toegang te krijgen tot hulp moeilijk is omwille van de lange wachttijden voor psychische zorg in Vlaanderen. Verschillende zorgverleners geven aan dat er ook positieve samenwerkingsverbanden bestaan met psychologen. Zo werd een voorbeeld gegeven van een samenwerking met spaanstalige psychologen, toen hier veel vraag naar was. Maar ook hier werd benoemd dat er uitbreiding nodig was, voornamelijk van betaalbare en laagdrempelige psychologische zorg zoals de eerstelijnspsychologische zorg, een systeem waarbij mensen voor een gereduceerd tarief psychologische hulp kunnen krijgen in Vlaanderen. Medewerkers bij straathoekwerk en andere outreach-organisaties benoemen ook de extra aandacht die ze besteden om mensen, al dan niet sekswerkers, in psychiatrische kwetsbaarheid op te sporen en te helpen.

Verslavingszorg

Verslavingsproblematiek werd door de participanten frequent aangehaald als een belangrijk aspect binnen de psychische zorg. Hierbij werd benadrukt dat het vaak gaat om bijzonder precaire situaties, waarbij sekswerk eerder een vorm van "overlevingswerk" wordt en niet steeds als dusdanig wordt benoemd. "*Bijvoorbeeld, ik ga met een man mee naar huis, want dan heb ik onderdak vannacht, wordt niet per se als sekswerk gezien. En anderzijds is (...) je lichaam verkopen voor drugs (...) nog een groter taboe.*" *(Arts 3)*
Daarnaast werd aangegeven dat middelengebruik vaak samen voorkomt met andere kwetsbaarheidsfactoren, zoals dakloosheid en financiële problemen, wat bijdraagt aan een verhoogde kwetsbaarheid van deze groep. Alcohol werd frequent benoemd als gebruikte substantie, met name in barcontexten waar het consumeren van alcohol deel uitmaakt van het werk. Ook het gebruik van andere middelen, zoals cocaïne en cannabis, werd vermeld. In sommige gevallen werd verwezen naar de zogenaamde "chemsex", waarbij middelengebruik integraal deel uitmaakt van de seksuele activiteit. "*(...) of de echte chemsex.*" *(Verpleegkundige 1)*
Verschillende participanten halen aan dat er specifieke zorgcentra en zorgverleners zijn die zorg bieden voor mensen met verslaving in Vlaanderen, zoals Free clinic vzw in Antwerpen en MSOC in Gent. Binnen Free Clinic werd een project aangehaald dat specifiek gericht is op werking rond vrouwen met verslavingsproblematiek. De participanten geven aan dat zij regelmatig samenwerken met deze organisaties en hiernaar doorverwijzen.

3.1.1.2 Somatische zorg

Tijdens de interviews werd vaak verwezen naar verschillende somatische zorgnoden. Verschillende participanten gaven aan dat de aard van somatische klachten bij sekswerkers vaak vergelijkbaar is met deze binnen de algemene populatie, waaronder algemene medische klachten, tandheelkundige problemen en chronische aandoeningen. Tegelijk werd gewezen op bepaalde beroepsgerelateerde risico's, waarbij frequente persoonlijke contacten mogelijk bijdraagt aan een verhoogde prevalentie van infectieuze aandoeningen, zoals bovenste luchtweginfecties. Zoals één expert aangaf: "*Bovenste luchtweginfecties is zeker een aandachtspunt.*" *(Arts 1)*

Participanten rapporteerden dat vragen rond somatische gezondheid regelmatig voorkomen in de praktijk. Het organiseren van gepaste zorg en doorverwijzing blijkt echter niet altijd evident, onder meer door structurele barrières (zie verder: barrières voor zorg). Daarnaast werd herhaaldelijk benadrukt dat continuïteit van zorg en opvolging uitdagend kan zijn, bijvoorbeeld bij personen zonder vaste verblijfplaats, zonder ziekteverzekering of in precaire socio-economische omstandigheden.

3.1.1.3 Seksuele gezondheid

Medische zorgen in het kader van seksuele gezondheid en seksueel overdraagbare infecties (SOI's) werd frequent aangehaald als een belangrijke zorgnood binnen de populatie van sekswerkers gezien hun beroepsrisico. Naast screening en behandeling van SOI's, merkten meerdere participanten op dat er regelmatig vragen gesteld worden rond vaginale hygiëne. Volgens hen bestaan bepaalde misvattingen over intieme hygiëne, waarbij vrouwelijke sekswerkers zich soms te frequent of te intensief wassen, wat kan leiden tot verstoring van de vaginale flora en een verhoogde prevalentie van infecties zoals bacteriële vaginose en candida. Zoals een zorgverlener aangaf: "*(...) meer dan in een andere populatie bacteriële vaginoses en candida, soms door misvattingen en spoelingen met isobetadine en veel wassen…*" *(Verpleegkundige 1)*
Tegelijk werd benadrukt dat zorgvragen rond seksuele gezondheid doorgaans goed behandelbaar zijn binnen het huidige zorgaanbod. Participanten verwezen hierbij naar laagdrempelige initiatieven in Vlaanderen, zoals Violett, die zich richten op beroepsgebonden gezondheid van sekswerkers en waar screening, behandeling en opvolging van seksuele gezondheidsproblemen toegankelijk worden aangeboden.

HIV-zorg werd door verschillende participanten aangehaald als een belangrijk, maar complex domein binnen de zorg voor sekswerkers. Enerzijds werd benadrukt dat de HIV-prevalentie binnen bepaalde groepen in België relatief laag blijft, wat door participanten deels werd toegeschreven aan historisch preventiebeleid en harm reduction strategieën. Zoals één zorgverlener aangaf: "*Wij hebben een heel lage HIV-prevalentie bij sekswerkers… dat komt door het beleid van condooms uitdelen, tolerant zijn voor sekswerkers en spuiten uitdelen.*" *(Arts 1)*
Anderzijds werden belangrijke zorgnoden gesignaleerd met betrekking tot toegang tot behandeling en continuïteit van zorg. Participanten beschreven dat sommige sekswerkers, met name personen met een migratieachtergrond, reeds een HIV-diagnose hebben bij aankomst in België of hier gediagnosticeerd worden, maar soms geen toegang hebben tot medicatie of opvolging door het ontbreken van ziekteverzekering en geldige identiteitsdocumenten. Sociaal werkers gaven aan dat een aanzienlijk deel van hun werk bestaat uit het regelen van mutualiteit of het aanvragen van dringende medische hulp via het OCMW om toegang tot deze behandelingen mogelijk te maken.
Daarnaast werden praktische en administratieve barrières binnen het zorgsysteem beschreven, bijvoorbeeld bij de aflevering van HIV-medicatie via apotheken. Volgens verschillende participanten is de complexe administratie en onzekerheid rond terugbetaling een drempel voor samenwerking en het verkrijgen van de correcte zorg, zeker gezien de hoge kostprijs van HIV-medicatie. Er worden wel initiatieven aangehaald om deze kwetsbare groepen te helpen, zoals een project vanuit het RIZIV waarbij gratis PrEP (pre-exposure

prophylaxis) en PrEP-opvolging als preventie tegen HIV-infectie gegeven wordt bij specifieke risicogroepen die geen verzekering hebben.

Transgenderzorg

Binnen het thema van seksuele gezondheid wordt ook transgenderzorg als belangrijk beschouwd. Verschillende participanten benoemen de specifieke zorgnoden en barrières voor reguliere zorg in kader van hormonale therapie. Zij benoemen verschillende structurele- en administratieve barrières zoals complexe afsprakensystemen, problemen met identiteitsdocumenten en terugbetaling van zorg. Hierdoor grijpen sommigen naar automedicatie met onveilige hooggedoseerde hormonale preparaten.
Verschillende participanten beschreven hoe in dergelijke situaties een harm reduction aanpak gehanteerd wordt om gezondheidsrisico's te beperken. Zo wordt er begeleiding aangeboden volgens een vast protocol, opgesteld in samenspraak met het UZ Gent, om het gebruik van potentieel risicovolle hormonale middelen te monitoren: "*Gender-affirming hormonal therapy bij transvrouwen die eigenlijk een beetje vanuit harm reduction… (...) om te vermijden dat ze te veel automediceren, doen we dat.*" *(Arts 3)*
Maar tegelijk werd ook aangegeven dat deze zorg niet altijd binnen een optimale omkadering kan plaatsvinden. "*Een kleinere groep, maar wel een belangrijke groep hebben die transgender is (…) dat is een zorgvraag die niet zo frequent voorkomt bij de algemene bevolking (…) Maar waar dat er dan ook wel vaak vragen rondkomen. Of waar wij dan ook hormoontherapie geven. Maar niet altijd in de beste omkadering natuurlijk. Hoe wij dat aanbieden, dat is niet per se de beste zorg, denk ik.*" *(Arts 4)*

Samenvattend tonen de interviews aan dat sekswerkers een brede waaier aan zorgnoden hebben, waarbij psychische zorg als heel belangrijk wordt benoemd. Trauma, stigma, sociaal isolement, geweld en precaire leefomstandigheden lijken hierbij belangrijke onderliggende factoren. Ook verslavingsproblematiek blijkt sterk verweven met andere kwetsbaarheden, zoals dakloosheid en financiële problemen, waardoor zorgvragen vaak complex en multidimensioneel zijn. Daarnaast worden somatische en seksuele gezondheidsproblemen frequent benoemd. Hoewel veel somatische klachten vergelijkbaar zijn met deze in de algemene populatie, zijn er ook beroepsgebonden risico's, zoals infectieuze aandoeningen en seksuele gezondheidsproblemen. SOI-screening, HIV-zorg, vaginale gezondheid en transgenderzorg vormen belangrijke aandachtspunten. Hoewel er in Vlaanderen verschillende initiatieven bestaan die inspelen op deze noden, wordt de toegang tot zorg vaak bemoeilijkt door structurele barrières zoals lange wachttijden, financiële problemen, gebrek aan ziekteverzekering en andere administratieve moeilijkheden. Hierdoor blijven continuïteit van zorg en tijdige doorverwijzing belangrijke uitdagingen.

3.1.2 Ondersteuningsnoden

3.1.2.1 Sociaal-economisch

Woonsituatie

Zoals hierboven al vermeld, is dakloosheid en (straat)sekswerk een situatie die als heel precair benoemd werd door de participanten. Waarbij soms seksuele handelingen in ruil voor een slaapplaats worden aangeboden. Daarnaast werd sterk benadrukt dat de algemene veiligheidssituatie voor vrouwen op straat uiterst kwetsbaar is.
Volgens de participanten is er door het straatleven is veel trauma, waardoor weer psychische problemen ontstaan en dit bemoeilijkt de opvolging omdat betrokkenen vaak in een voortdurende overlevingsmodus functioneren. Maar ook voor medische problemen, zowel chronisch als acuut, blijkt het bieden van zorg en opvolging aan sekswerkers zonder vaste woonplaats heel uitdagend. Gezondheidszorg is, op momenten waarin de sekswerker slaapplek of eten moet vinden, niet prioritair. "*Als je aan het overleven bent, kom je niet op een afspraak, want je bent aan het overleven.*" *(Medewerker sociale organisatie 2)*
"*Als iemand geen vaste, geen verblijfplaats tout court heeft, dan maakt elke aanpak van elk gezondheidsprobleem heel moeilijk.(...) Het is een beetje dweilen met de kraan open, wat we wel blijven doen, hè. Voor al de duidelijkheid.*" *(Arts 2)*
Doordat er geen vast adres is, kunnen facturen soms niet worden opgestuurd of ontvangen waardoor mensen verder in financiële problemen kunnen terechtkomen.

Financiële problemen

De financiële situatie van sekswerkers heeft volgens de participanten een grote invloed op hun welzijn, zorg- en ondersteuningsnoden. In sommige gevallen kunnen financiële problemen ook een reden zijn om sekswerk te doen, zoals hierboven reeds vermeld in kader van bv. druggebruik of dakloosheid.
"*Bij een groot aantal sekswerkers is er ook een financiële situatie die erbarmelijk is, en we zitten met heel veel alleenstaande moeders. En dan heb je eigenlijk aan de ene kant financiële problemen, schulden die moeten afbetaald worden, (...)*" *(Medewerkers sociale organisatie 1)*
Een andere manier waarop financiële problemen worden herkend zijn het meenemen van gratis menstruatieproducten. Participanten geven aan dat door financiële problemen soms zorg gemeden wordt, maar ook bepaalde medicatie niet kan aangekocht worden. Participanten benoemen dat er verschillende initiatieven bestaan waar mensen gratis zorgverlening kunnen krijgen, zoals Violett en wijkgezondheidscentra om hieraan tegemoet te komen. Vaak gaat financiële onzekerheid gepaard met identiteitsdocumenten en administratie die niet in orde zijn. Mensen hebben geen verzekering, waardoor medische zorgen moeilijk op te starten zijn door hoge financiële kosten en ook chronische opvolging moeilijk is. "*(...)de acute crisis kan je doen, maar de verdere opvolging, of de revalidatie, daar is er geen geld voor.*" *(Medewerker sociale organisatie 2)*
Daarbij wordt er gezien dat bij ernstige financiële problemen andere noodzaken vaak prioritair zijn en zal medische zorg pas later aan bod komen.

Sociaal-economische factoren komen naar voor als een centrale determinant die verschillende zorgnoden met elkaar verbindt. Dakloosheid, financiële- en administratieve

kwetsbaarheid beïnvloeden niet alleen de gezondheid en het welzijn van sekswerkers, maar bepalen ook in sterke mate hun toegang tot en gebruik van zorg. Deze resultaten tonen dat gezondheidsproblemen niet los gezien kunnen worden van de bredere leefomstandigheden, en dat interventies op sociaal-economisch- en beleidsniveau essentieel zijn voor duurzame en kwalitatieve gezondheidszorg.

3.1.2.2 (Seksueel) geweld

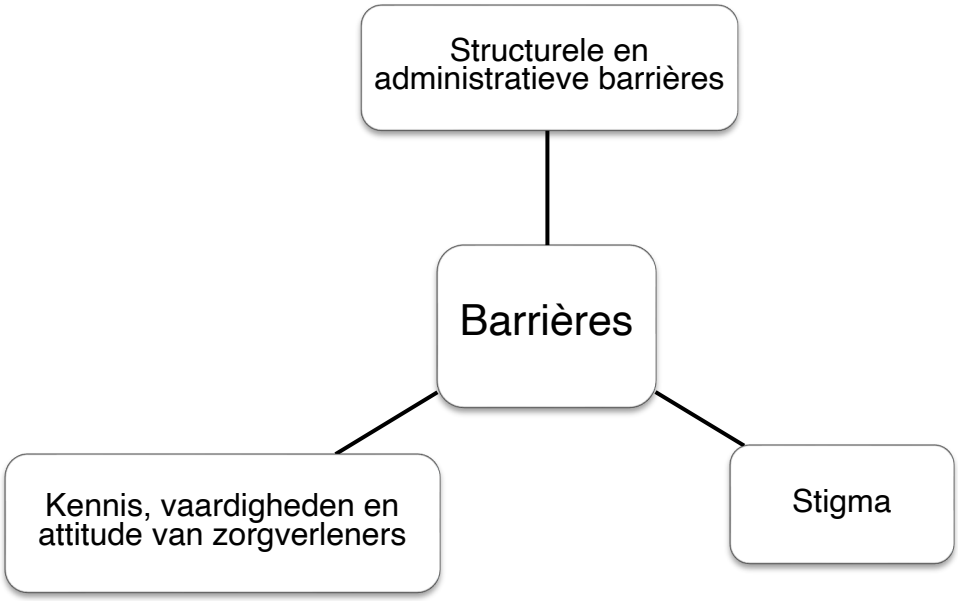
Volgens verschillende participanten hebben sekswerkers in vergelijking met de algemene populatie meer kans om in aanraking te komen met (seksueel) geweld, zeker straat-sekswerkers. "*De veiligheid voor vrouwen en sekswerkers op straat is heel precair. Er is heel veel seksueel geweld.*" *(Arts 2)*
Participanten geven aan dat er soms een voorgeschiedenis van misbruik of seksueel geweld is en dat de kans om opnieuw met seksueel geweld in aanraking te komen dan groter is. Soms worden klanten ontvangen in heel onveilige omstandigheden. Veiligheid en angst voor agressie wordt echt als een reëel probleem gezien volgens verschillende participanten.
Het Zorgcentrum voor seksueel geweld is een instantie in Vlaanderen die zorg biedt na seksueel geweld. Samenwerkingen hiermee lopen volgens participanten over het algemeen vlot maar soms is het niet gemakkelijk om een goede opvolging te voorzien. Zorgverlener hierover: "*(...)De opvolging is heel moeilijk. Nadien dan…,ook psychosociaal. Je mag dan wel een aantal gesprekken doen, maar als je geen telefoon hebt of niet iemand bent die op afspraak kan komen, is dat niet evident. Ook al is die hulpverlening gratis. En bij een gewone standaard psycholoog krijgen is helemaal hopeloos. Dus er is zeker een grote nood.*" *(Arts 2)*
Er wordt ook aangehaald dat er angst is om aangifte te doen na geweld. "*Wij kennen gevallen van personen die slachtoffer zijn van geweld die uiteindelijk het land zijn uitgezet geweest toen ze dat geweld gingen rapporteren.*" (Medewerker sociale organisatie 1) En zolang die straffeloosheid blijft bestaan zal geweld blijven bestaan volgens deze participant.
Participanten zien dat er bij jonge mannen die seks hebben met mannen en transvrouwen veel geweld voorkomt, zij worden als een kwetsbare groep benoemd.

3.1.2.3 Informatie

Als belangrijk aandachtspunt werd door een participant ook gewezen op een behoefte aan toegankelijke informatie voor sekswerkers, met name rond rechten, juridische bescherming, administratie en specifieke hulpverlening. Er is nood aan duidelijke informatie over hun positie binnen het wettelijk kader en specifieke ondersteuning. "*Waar sekswerkers wel naar op zoek zijn is naar informatie… wat zijn onze rechten? Op welke manier zijn wij door de wet beschermd?*" *(Medewerker sociale organisatie 1)*
Deze informatiebehoefte wordt volgens de participanten deels opgevangen door initiatieven en organisaties waar sekswerkers terecht kunnen voor ondersteuning en uitwisseling van informatie, bijvoorbeeld via bijeenkomsten door en met sekswerkers. Maar ook door de vele maatschappelijke werkers in organisaties die zo veel mogelijk proberen deze informatie duidelijk te delen.

3.2 Barrières voor zorg

Verschillende barrières werden aangehaald door de participanten tijdens de interviews, deze worden hieronder besproken per thema. Een duidelijk onderscheid tussen de thema's is moeilijk te maken, gezien zij onderling sterk verbonden zijn met elkaar. Enerzijds zijn er structurele barrières binnen het zorgsysteem, zoals administratieve complexiteit, financiële drempels en beperkte toegankelijkheid. Anderzijds spelen factoren, zoals stigma en angst voor het (zorg)systeem en zorgverleners een belangrijke rol. Tot slot zijn ook de kennis, attitude en vaardigheden van zorgverleners een belangrijke factor, waarin o.a. communicatie, taalbarrière en opleiding naar voor komen. Deze gelaagdheid wijst erop dat problemen van de zorgtoegankelijkheid niet het gevolg zijn van één enkele factor, maar van een combinatie van barrières op verschillende niveaus die elkaar beïnvloeden.



Figuur 2: Barrières aangegeven door de participanten onderverdeeld in thema's.

3.2.1 Structurele en administratieve barrières

3.2.1.1 Geen verzekering

Een belangrijke structurele barrière voor toegang tot gezondheidszorg die door meerdere participanten werd aangehaald, betreft het ontbreken van een ziekteverzekering. Participanten benadrukten dat sekswerkers zonder aansluiting bij een mutualiteit bijzonder kwetsbaar zijn en vaak geconfronteerd worden met financiële en administratieve drempels bij het zoeken naar medische zorg. Hoewel dit probleem niet exclusief is voor sekswerkers, werd het binnen deze populatie regelmatig vastgesteld als een drempel voor zorg.
Verschillende participanten gaven aan dat sekswerkers niet altijd op de hoogte zijn van hun rechten of verzekeringsstatus, waarbij verschillen bestaan afhankelijk van migratiestatus en verblijfsrecht. Zo hebben personen afkomstig uit EU-landen een andere juridische en

administratieve positie dan personen van buiten de EU, wat ook voor zorgverleners niet altijd duidelijk is. Daarnaast werd beschreven dat sommige mobiele sekswerkers medische opvolging voornamelijk in hun land van herkomst ontvangen en in België enkel beroep doen op acute zorg of check-ups. De participanten geven aan dat Belgische sekswerkers doorgaans wel geïntegreerd zijn binnen het bestaande zorgsysteem.

Zonder toegang tot een verzekering is medische zorg duur, zelfs gewone consultaties kunnen dan financieel onhaalbaar zijn. Maar in het bijzonder zijn behandelingen zoals een zwangerschapsafbreking, conisatie, HIV-opvolging,... heel duur. "*als ze een abortus nodig hebben en ze zijn niet verzekerd…*" *(Verpleegkundige 1)*
Participanten benadrukten daarnaast dat sociaal werkers vaak een cruciale rol spelen in het faciliteren van toegang tot zorg, onder meer door het aanvragen van verzekeringen en dringende medische hulp of ondersteuning via het OCMW: "*Wij hebben ook een heel sociaal team, dus als mensen niet verzekerd zijn gaan zij aan de slag om dringende medische hulp aan te vragen…*" *(Arts 2)*
Participanten benoemen verschillende projecten waar tegemoetgekomen wordt aan mensen zonder verzekering, zodat zij toch de nodige behandeling kunnen krijgen, indien er onvoldoende financiële middelen zijn, zoals het PrEP-project dat reeds hierboven vermeld werd. Organisaties zoals Dokters van de Wereld worden aangehaald waarbij iedereen ongeacht verzekeringsstatus of verblijfsstatus gratis medische zorg kan krijgen. "*Als je geen ziekenkas hebt, kun je niet bij elke arts terecht. Maar kan je wel bij dokters van de wereld terecht.*" *(Medewerker sociale organisatie 2)*

3.2.1.2 Geen geldige verblijfsdocumenten

De meest precaire situaties werden beschreven bij personen zonder geldige verblijfspapieren, sekswerkers die op straat werken en personen die in informele of illegale arbeidsomstandigheden werken. Deze groepen blijken het moeilijkst bereikbaar, ook voor opvolging. Personen zonder geldige verblijfsstatus hebben in België wel recht op dringende medische hulp, waarbij zij toegang krijgen tot de Belgische gezondheidszorg. Maar ook daarbij is het een vereiste om 3 maanden op dezelfde plek te verblijven, wat soms moeilijk is bij mobiele sekswerkers die voortdurend van werk- en verblijfplaats veranderen. Er wordt ook aangegeven door een participant dat er een drempel is om medische zorg te zoeken of aangifte te doen voor bijvoorbeeld seksueel geweld wegens angst op deportatie. "*Wij kennen gevallen van personen die slachtoffer zijn van geweld die uiteindelijk het land zijn uitgezet geweest toen ze dat geweld gingen rapporteren.*" *(Medewerker sociale organisatie 1)*

3.2.1.3 Geen vaste verblijfplaats

Volgens verschillende participanten is het verplaatsen van de mobiele sekswerkers ook een grote drempel voor zorg en vooral opvolging van zorg. "*(...) en ook het niet weten waar ze de week nadien zijn. Dus het is niet dat de mobiele sekswerkers voor een maand of twee maanden ergens blijven. Die veranderen wekelijks. En dat maakt het wel heel moeilijk. En dat is niet dat die een straat verder gaan, die verhuizen echt van provincie.*" *(Verpleegkundige 2)*
En ook zoals hierboven reeds vermeld, voor het aanvragen van de dringende medische hulp, OCMW-ondersteuning of mutualiteit moeten personen langere tijd op dezelfde verblijfplaats

blijven. "*Want als je nu als huisarts iemand zonder papieren in je consultatie hebt. Oké, dan kun je met OCMW aan de slag gaan en zo. Maar dat is wel met een voorwaarde dat iemand gewoon daar regelmatig kan komen. En op één plaats blijft.*" *(Arts 4)*
"*Als iemand geen vaste, geen verblijfplaats tout court heeft, dan maakt elke aanpak van elk gezondheidsprobleem heel moeilijk.*" *(Arts 2)*

3.2.1.4 Moeilijke zorgtoegankelijkheid

Verschillende participanten geven aan dat het zorgsysteem in België vrij ingewikkeld is. Maar ook cultureel kunnen er verschillen zijn, waarbij bijvoorbeeld het concept huisarts niet voldoende gekend is. "*(...) zij komen dan vaak bijvoorbeeld van Latijns-Amerika of van Oost-Europa en dat het concept huisarts niet gekend is bij hen. Dus als zij problemen hebben in hun land dan gaan zij naar het spoed of naar het ziekenhuis, dus het hebben van een vaste huisarts die uw dossier kent, die u opvolgt, dat is vaak iets wat zij niet kennen.*" *(Maatschappelijk werker 1)*
Volgens dezelfde participant is educatie over het zorglandschap dan ook van groot belang, zodat mensen hun weg vinden naar de gepaste zorg.
Het afsprakensysteem wordt ook genoemd als drempel, hiervoor zijn meerdere redenen zoals een mobiele en/of onregelmatige levensstijl, taalbarrière, geen identiteitsdocumenten,…
"*Want je hebt mensen die overdag slapen ja en 's nachts werken ehm…Maar op zich ja, werken de meeste huisartsen tot zeven uur. (...) Maar dat is dan denk ik weer moeilijker bij sociale diensten bijvoorbeeld die om vier of vijf uur toe zijn. Dat dat soms lastig is*" *(Arts 3)*
Participanten geven ook aan dat de online inboeksystemen voor moeilijkheden kunnen zorgen, enerzijds zijn ze soms heel ingewikkeld, anderzijds moet je vaak inloggen met identiteitsdocumenten of andere gegevens die soms niet voorhanden zijn.
"*Onze doelgroep heeft soms geen Belgische identiteitskaart, heeft geen Itsme, heeft soms ook vaak geen Belgisch telefoonnummer. Dus om afspraken in te boeken, dat is bijvoorbeeld ook bij huisartsen, dus heel vaak via zo'n online inboeksysteem waarbij je dan de eerste keer moet registreren. Dat zijn dan dingen, ja dat gaat dan niet.*" *(Maatschappelijk werker 1)*
Een trend die meerdere participanten waarnemen, is het afnemen van 'het vrije spreekuur', waarbij patiënten zonder afspraak bij de huisarts of andere zorgverleners terecht kunnen. De participanten zijn het er over eens dat het een goede manier is om mensen te bereiken, die moeilijk op afspraak kunnen komen.
De wachttijden voor zorg worden ook aangehaald, in het bijzonder voor psychische zorg. "*Als het gaat over mentale gezondheid zijn die wachtlijsten natuurlijk ook wel een heel belangrijke barrière. Dus het is niet zo evident altijd om als Vlaamse zorgvrager op korte termijn mentale gezondheidszorg te verkrijgen.*" *(Verpleegkundige 2)*
In combinatie met de patiëntenstop die door veel huisartsen wordt toegepast, is het soms erg moeilijk om patiënten juist te kunnen verwijzen of de gepaste hulpverlening te geven. Een ander voorbeeld dat wordt aangehaald is de tandheelkundige zorg, waar soms ook lange wachttijden en patiëntenstops bestaan. "*Dat hadden we twee weken geleden of zo weer iemand die dringend tandzorg nodig had en die dan gewoon naar Spanje is gegaan. Omdat dat sneller ging dan hier iets zoeken.*" *(Arts 4)*
"*Maar in het algemeen is dat een zeer moeilijke tandartsen. Om een plaats te vinden en ook voor mensen dan die niet verzekerd zijn. Dat is echt problematisch. Waardoor dat er zeker tandzorgen dan worden uitgesteld.*" *(Maatschappelijk werker 1)*

3.2.1.5 Financiële problemen

Financiële moeilijkheden worden door het merendeel van de participanten aangehaald als een belangrijke drempel voor toegang tot zorg. Hoewel deze problematiek niet exclusief is voor de sekswerkpopulatie, wordt ze binnen deze groep als bijzonder relevant beschouwd, voornamelijk door de soms socio-economisch kwetsbare positie waarin sommige sekswerkers zich bevinden. Een gebrek aan aansluiting bij een ziekteverzekering vormt hierbij een belangrijke factor, zoals hierboven reeds besproken en vermeld door verschillende participanten. Daarnaast geven zij aan dat zelfs voor personen met aansluiting bij een ziekteverzekering de kostprijs van zorg een probleem kan zijn. Erelonen, remgelden en andere supplementen kunnen ervoor zorgen dat consultaties, onderzoeken en behandelingen financieel moeilijk toegankelijk blijven.
"*Financieel is sowieso een barrière*" *(Maatschappelijk werker 1)*
"*Als er dan medicatie wordt voorgeschreven, dat ze het niet kunnen betalen (...)*" *(Arts 2)*

3.2.2 Stigma

Stigma werd door vrijwel alle participanten aangehaald als een belangrijke barrière voor toegang tot zorg en werd frequent besproken doorheen de interviews. Participanten beschreven zowel ervaringen met stigma binnen de gezondheidszorg als een breder maatschappelijk stigma. Binnen de gezondheidszorg werd verwezen naar een blijvend taboe en een gebrek aan kennis bij zorgverleners, wat kan leiden tot stereotypering en vooroordelen. Volgens participanten worden sekswerkers soms benaderd vanuit aannames dat zij steeds slachtoffer zijn, gedwongen worden tot sekswerk of dat stoppen met sekswerk steeds de gewenste oplossing is. Zoals een zorgverlener aangaf: "*Er is heel veel gebrek aan kennis en ook veel vooroordelen… en mensen voelen dat.*" *(Arts 2)*
Dit kan bijdragen aan gevoelens van onveiligheid en wantrouwen en uiteindelijk een barrière zijn om zorg te zoeken. Door het stigma zijn sekswerkers terughoudend om hun beroep te delen met zorgverleners. Verschillende participanten beschreven dat patiënten hun beroep niet vermelden uit angst voor oordeel, vertrouwelijkheidsproblemen of ongepaste reacties. Terwijl sekswerk slechts één aspect is van de identiteit, en niet een allesbepalend kenmerk van de persoon. Een participant gaf ook aan dat zorgverleners of mensen in het algemeen soms net heel geïnteresseerd of geïnterigeerd zijn door de "*onbekende wereld*" *(Maatschappelijk werker 1)* van sekswerk, waarbij er soms ook ongepaste vragen kunnen gesteld worden. Meerdere participanten gaven wel aan dat destigmatisering de afgelopen jaren is toegenomen, onder meer door decriminalisering aan de hand van nieuwe wetgeving en maatschappelijke sensibilisering. Maar toch blijft stigma volgens hen een belangrijke factor die toegang tot zorg beïnvloedt. Daarnaast werd door veel participanten benadrukt dat er goede samenwerkingen zijn met organisaties die een heel brede blik dragen, zoals o.a. de HIV referentie centra, de verslavingszorgcentra, zorgcentra voor seksueel geweld, en wijkgezondheidscentra.

Naast daadwerkelijk ervaren stigma werd door de participanten ook herhaaldelijk gewezen op de anticiperende angst voor negatieve reacties of vooroordelen, waardoor sekswerkers zorg vermijden of uitstellen of terughoudend zijn om open te communiceren over hun werkcontext.
"*Omdat ze schrik hebben voor het oordeel van die huisarts.*" *(Arts 2)*

Participanten benadrukten dat deze angst soms even bepalend kan zijn als effectieve negatieve ervaringen. Er wordt beschreven dat sekswerkers het moeilijk vinden om hun beroep te vermelden, ook wanneer dit medisch relevant is, bijvoorbeeld bij een risico-inschatting voor PEP (Post Exposure Prophylaxis) of na seksueel geweld. Angst om uitgelachen te worden, problemen te krijgen met politie of andere instanties, of negatieve reacties te ervaren, kan ervoor zorgen dat mensen noodzakelijke zorg vermijden of uitstellen. Verschillende participanten geven aan dat sekswerkers medische zorg soms uitstellen of vermijden uit vrees voor repercussies op andere levensdomeinen. Zoals een participant aangeeft: "*Nee, ik denk dan dat dat uiteindelijk om het gewoon samen te vatten is, dat de zoektocht naar hulp als het gaat over gezondheid wordt heel vaak uitgesteld of zal niet gebeuren uit angst dat dit negatieve repercussies zal hebben op de rest van hun leven.*" *(Medewerker sociale organisatie 1)*
Er speelt dan ook een belangrijke bezorgdheid over de informatie die geregistreerd wordt in medische dossiers en mogelijk gedeeld kan worden. Hierbij is het beroepsgeheim heel belangrijk, en er wordt gezien dat patiënten hier soms niet genoeg van op de hoogte zijn.
De laatste decennia wordt er meer en meer beroep gedaan op de elektronische medische dossiers of EMD's, Sumehrs, COZO,… elektronische platformen waar gegevens en testresultaten van patiënten worden opgeslagen en geraadpleegd kunnen worden door andere zorgverleners en de patiënten zelf. Participanten geven aan dat dit soms voor een drempel zorgt om eerlijk te zijn over hun beroep als sekswerker en dat er in sommige gevallen liever beroep gedaan wordt op de anonieme zorgverlening die bijvoorbeeld door Violett wordt voorzien. Daarnaast wordt verteld dat sommige mensen terughoudend zijn om tegen hun eigen huisarts te zeggen dat ze sekswerker zijn net omdat er zo een goede vertrouwensband bestaat, of dat bijvoorbeeld ook hun kinderen, partner, andere familie bij dezelfde huisarts verbonden zijn. Ten slotte wordt ook aangehaald dat eerdere traumatische ervaringen, bijvoorbeeld in het land van herkomst, het vertrouwen in autoriteiten en zorginstellingen kunnen beïnvloeden.

Stigma en angst zijn belangrijke factoren die invloed hebben op de toegang tot zorg. Waar stigma vooral wijst naar externe attitudes en ervaringen, weerspiegelt de angst een geïnternaliseerde reactie hierop. De resultaten suggereren dat zelfs de verwachting van negatieve reacties voldoende kan zijn om zorg te vermijden, waardoor deze barrière ook aanwezig kan zijn zonder directe negatieve ervaringen.

3.2.3 Kennis, vaardigheden en attitudes van zorgverleners

3.2.3.1 Taalbarrière

Een barrière door taal wordt door alle participanten aangegeven als een belangrijke drempel voor toegang tot zorg. Dit is niet exclusief voor de sekswerkpopulatie, maar gezien er vaak een migratieachtergrond is, komt dit veel voor binnen deze populatie. Als er geen gemeenschappelijke taal is, is zorg verlenen moeilijk door slechte communicatie, moeilijk opbouwen van een vertrouwensrelatie, slecht inschatten van de zorgnoden,... "*Taalbarrière (...) Dat is toch echt niet te onderschatten. We hebben heel veel Spaanstalige sekswerkers.(...) Maar die taal is toch wel een belangrijke.*" *(Verpleegkundige 2)*

Communicatie met een taalbarrière kan uitdagend zijn in een zorgcontext, maar er bestaan veel tools (zoals tolken, vertaalapps,…) om communicatiedrempels te overwinnen. Deze tools toepassen is een belangrijke vaardigheid die kan aangeleerd worden aan zorgverleners. Inzet hierop in opleidingen en bijscholingen is van grote meerwaarde om de zorgkwaliteit en -toegankelijkheid te verbeteren.

Zoals hierboven reeds vermeld wordt er aangegeven dat het zorgsysteem in België heel ingewikkeld is en zeker wanneer er een taalbarrière is. "*(...)omdat het ingewikkeld is daar te zijn. Het aanmeldingssysteem aan de computer. Het UZ en de meeste ziekenhuizen, daar staan ook mensen. Dus ze zetten daar ook op in. Maar het is gewoon niet eenvoudig voor mensen die geen Nederlands spreken. Of we hebben ook soms mensen die zelfs niet kunnen lezen of schrijven, om hun weg te vinden in heel het landschap.*" *(Maatschappelijk werker 1)*
Ook hieruit wordt weer duidelijk hoe deze barrières onderling verbonden zijn en elkaar kunnen versterken. Een reeds complex zorgsysteem zal voor iemand die de taal niet spreekt of ongeletterd is nog complexer en onbegrijpelijker zijn.

3.2.3.2 Kennis en attitude zorgverleners

Verschillende participanten merken op dat specifieke kennis soms ontbreekt bij zorgverleners en dat ook dit erbij toe kan dragen dat bijvoorbeeld een sekswerker niet meer bij de eigen huisarts wilt gaan voor SOI-testen, omdat deze hiervoor bijvoorbeeld enkel een bloedafname doet. Ook veroordelende communicatie kan zorgen voor negatieve ervaringen en weinig vertrouwen in zorgverleners. "(*...) Of de huisarts heeft me al een keer met de vinger gewezen omdat ik op korte tijd twee keer een SOA-test heb gevraagd. En… dus ik durf het niet bespreken.*" *(Verpleegkundige 1)*
Dergelijke negatieve attitudes bij zorgverleners lijken voort te vloeien uit zowel het bredere maatschappelijke stigma rond sekswerk als uit een gebrek aan specifieke kennis en communicatievaardigheden. Sekswerkers bijvoorbeeld voornamelijk benaderen vanuit een perspectief van slachtofferschap en onderdrukking, zorgt voor een stereotypering die in veel gevallen niet klopt en de vertrouwensrelatie ernstig kan schaden.

Kennis, vaardigheden en attitude van zorgverleners beïnvloeden rechtstreeks de kwaliteit van de zorgrelatie. Beperkingen hierin kunnen leiden tot misverstanden, slechte vertrouwensrelatie en slechte inschatting van zorgnoden. Deze factoren versterken op hun beurt zowel structurele drempels als gevoelens van stigma en angst.

Samenvattend tonen de resultaten dat de barrières voor toegang tot zorg op verschillende niveaus voorkomen en onderling sterk verbonden zijn. Sekswerkers worden vaak geconfronteerd met meerdere barrières tegelijk, waarbij deze elkaar nog verder kunnen versterken. Dit cumulatief effect maakt dat vooral de meest kwetsbare groepen, zoals personen zonder verblijfsdocumenten of zonder stabiele woon- en leefsituatie, disproportioneel getroffen worden en belangrijke barrières ervaren om kwalitatieve en juiste zorg te verkrijgen.

3.3 Positieve punten

Tijdens de interviews werd de participanten ook gevraagd naar positieve elementen binnen het huidige zorglandschap voor sekswerkers die de zorgtoegankelijkheid faciliteren. Deze thema's werden aangehaald:

3.3.1 Multidisciplinaire werking

Een terugkerend thema was het belang van multidisciplinaire samenwerking, die door meerdere participanten als een belangrijke sterkte werd benoemd. Goede samenwerkingen tussen en binnen organisaties en zorginstanties maken het mogelijk om sekswerkers multidisciplinair te ondersteunen en om complexe zorgvragen efficiënter aan te pakken.
Samenwerkingen met HIV-referentiecentra, LUNA abortuscentra, gynaecologische praktijken, OCMW's, wijkgezondheidscentra, CAW's, huisartsen, zorgcentra na seksueel geweld, mobiele teams geestelijke gezondheidszorg, straathoekwerk en nog meer worden frequent aangehaald als heel waardevol. Zo beschrijft een participant: "*We hebben een goede samenwerking met het HIV-referentiecentrum bijvoorbeeld in onze regio. Ook regelmatig contact indien nodig met het abortuscentrum. (…) Maar er zijn ook wel contacten met straathoekwerk.*" *(Verpleegkundige 2)*
Daarnaast wordt benadrukt dat samenwerkingen met OCMW's in verschillende centrumsteden zoals Gent, Antwerpen en Brugge over het algemeen vlot verlopen, hoewel er wordt aangegeven dat de kwaliteit van deze samenwerking soms afhankelijk kan zijn van de lokale context: "*met de ene OCMW heb je al beter contact dan met de andere*" *(Verpleegkundige 1)*

3.3.2 Laagdrempelige zorg

Naast formele zorgstructuren worden ook laagdrempelige initiatieven als belangrijke sterkte gezien. Projecten waarbij sekswerkers elkaar ontmoeten, zoals maandelijkse bijeenkomsten georganiseerd door en voor sekswerkers, dragen bij aan het doorbreken van sociaal isolement en creëren ruimte voor uitwisseling van informatie.
Initiatieven zoals "*Operatie Alert*", aangehaald door *medewerker sociale organisatie 1,* waarbij zorgverleners worden ondersteund om alert te zijn voor verschillende vormen van geweld, illustreren hoe samenwerking tussen organisaties kan bijdragen aan een verhoogde sensibilisering binnen het zorglandschap. Specifieke organisaties die zich richten op de gezondheid en het welzijn van sekswerkers worden door de participanten als bijzonder waardevol beschouwd. Zo wordt de werking van Violett herhaaldelijk aangehaald als een voorbeeld van laagdrempelige, beroepsgerichte gezondheidszorg. Binnen deze setting wordt zorg geboden rond seksuele gezondheid, anticonceptie, gynaecologische klachten, educatie en preventie zoals vaccinaties. Er wordt gewerkt op een outreachende manier enerzijds online, maar ook fysiek naar de werkplekken toe en de zorg is anoniem en gratis. "*Zowel outreaching via advertentiesites dat we mensen aanspreken als dan ook fysiek outreaching naar mensen te gaan. (...) dat is het grootste deel wat dat zeer drempelverlagend is ja, absoluut.*" *(Arts 3)*
De participanten noemen nog andere gespecialiseerde organisaties en projecten, zoals PICUM (belangenbehartiging voor ongedocumenteerde migranten), Fairwork (ondersteuning

van arbeidsmigranten), het Boys Project in Antwerpen (gericht op mannelijke en transgender sekswerkers) en het vrouwenproject van Free Clinic Antwerpen, waar drughulpverlening op een gendersensitieve en laagdrempelige manier wordt aangeboden. Het belang van outreachend werken en harm reduction werd frequent benadrukt. Zowel fysieke als online outreach worden gezien als essentiële strategieën om moeilijk bereikbare groepen te bereiken. Harm reduction-principes, zoals spuitenruilprogramma's, preventieve gezondheidszorg en de opvolging van hormoonbehandeling bij transpersonen, worden door participanten beschreven als waardevolle initiatieven binnen de gezondheidszorg voor sekswerkers.

3.3.3 Wetgeving

Tot slot werd door meerdere participanten het progressieve karakter van de Belgische wetgeving rond sekswerk aangehaald als een belangrijke positieve ontwikkeling binnen het bredere zorg- en beleidslandschap. België wordt beschouwd als een internationale voorloper op het vlak van destigmatisering en decriminalisering van sekswerk, aldus meerdere participanten. "*Ik weet wel dat België echt wel een zeer zware voorloper is op het vlak van destigmatisering van sekswerkers en dus uiteindelijk ook met de decriminalisering van de sekswerkers ook wel echt wel in een 'pole position' is op wereldvlak*." *(Medewerker sociale organisatie 1)*
Hoewel de recente wetswijzigingen als een belangrijke stap vooruit worden ervaren, geven verschillende participanten aan dat de concrete impact op het terrein voorlopig nog beperkt voelbaar is. Verschillende participanten wijzen erop dat de nieuwe regelgeving nog onvoldoende doorgedrongen is bij zowel sekswerkers zelf als bij de bredere populatie en zorgstructuren. "*Ik denk dat het nog wat vroeg is (…) Het is nog niet zo doordrongen bij alle sekswerkers, laat staan bij de rest van het zorglandschap.*" *(Verpleegkundige 2)*
De participanten geven aan dat er momenteel vooral vragen en onzekerheden zijn rond de praktische implicaties van de nieuwe wetgeving en welk effect dit heeft op de sekswerkers. Tegelijkertijd leeft er bij participanten hoop dat de aangepaste wetgeving als hefboom kan fungeren om verdere destigmatisering te bevorderen en de maatschappij en specifiek zorgverleners te ondersteunen in het normaliseren van sekswerk als beroep. "*Ik ben heel blij met die aangepaste wetgeving en ik zou heel graag zien dat dat als hefboom wordt gebruikt, om de hulpverleners te leren om dat beroep te normaliseren.*" *(Arts 1)*

3.4 Verbeterpunten

Tijdens de interviews werd ook aan de participanten gevraagd welke verbeterpunten zij zien binnen het huidige zorglandschap voor sekswerkers. Hierbij kwamen verschillende thema's naar voren, gaande van structurele aanpassingen binnen het zorgsysteem tot aandachtpunten in de attitude, communicatie en educatie van zorgverleners.

3.4.1 Laagdrempelige zorg

Verschillende participanten benadrukken het belang van voldoende financiële investeringen in laagdrempelige zorginitiatieven en outreachend werk, waarbij kwetsbare groepen actief bereikt worden. Het uitbreiden van straatwerking, eventueel met medische professionals zoals

psychiaters of artsen, werd voorgesteld als mogelijke strategie om zorgnoden sneller te detecteren en kwetsbare groepen toe te leiden naar gepaste hulpverlening. Zoals een participant aangeeft: "*Dat is de straatpsychiater, de straatarts (…) dat je inderdaad met straathoekwerk een bepaalde ronde doet en een inschatting kan maken.*" *(Medewerker sociale organisatie 2)*
Structurele barrières binnen het zorgsysteem blijven volgens participanten een belangrijk aandachtspunt. Zo wordt de beperkte terugbetaling voor frequente SOI-testen als problematisch ervaren: "*Als je meerdere keren per jaar test voor chlamydia, gonorroe (…) daar zit een beperking op van de terugbetaling.*" *(Arts 2)*
De toegang tot psychologische zorg wordt expliciet genoemd als verbeterpunt door verschillende participanten. Lange wachttijden en beperkte beschikbaarheid van gespecialiseerde ondersteuning maken het moeilijk om tijdig gepaste mentale zorg te voorzien. Participanten pleiten onder andere voor een verdere uitbreiding van eerstelijnspsychologische zorg in Vlaanderen. Verder wordt gewezen op het belang van bijkomende financiële middelen enerzijds om kwetsbare groepen beter te kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld voor essentiële medische zorgen zoals abortus wanneer mensen niet verzekerd zijn. Anderzijds om reeds bestaande zorgorganisaties verder uit te kunnen breiden.

3.4.2 Educatie sekswerkers

Educatie wordt gezien als een belangrijke factor voor het verbeteren van levenskwaliteit en zorg voor kwetsbare groepen, ook in het geval van sekswerkers. Dit betreft zowel gezondheidsvaardigheden en zelfredzaamheid, als informatie over rechten, beschikbare hulpverlening en ondersteuningsstructuren. Empowerment en toegang tot correcte informatie worden door verschillende participanten gezien als essentieel om sekswerkers beter te ondersteunen.

3.4.3 Kennis, vaardigheden en attitude van zorgverleners

Meerdere participanten benadrukten dat hulpverleners moeten opletten voor een paternalistische 'hulpverleningsreflex', waarbij te snel ingevuld wordt wat nodig is voor de patiënt. Volgens de participanten kan dit leiden tot vervreemding en zelfs zorgmijding: "*Door het in een hulpverleningsreflex te gaan overpakken (…) jaag je haar eigenlijk weg uit heel uw hulpverlening.*" *(Maatschappelijk werker 3)*
Er wordt aangehaald dat voorzichtig moet omgegaan worden met visies en hulpverlening die uitgaan van de eigen waarden en normen, omdat dit de vertrouwensrelatie en opvolging kan schaden. "*(...) en dat is wel heel vaak een conflict met hulpverlening en hulpverleners zien dat vaak niet van zichzelf maar ze werken naar een doel, ze brengen hun eigen waarden en normen daar in en je krijgt eigenlijk een traject dat bijna gestuurd is op de middenklasse.*" *(Medewerker sociale organisatie 2)*
Niet-oordelende communicatie wordt door de participanten gezien als cruciaal. Het scheppen van een veilige en respectvolle omgeving staat hierin centraal. Het begint al bij de woordkeuze: "*Ja taal is heel belangrijk denk ik. Daarin zeker met taboe onderwerpen, en met abortus is dat ook zo. Al je al niet spreekt over plegen van een abortus. is dat wel een heel groot verschil.*" *(Verpleegkundige 1)*

Daarbij dienen zorgverleners zorgvuldig om te gaan met informatie rond sekswerk en expliciete toestemming te vragen alvorens dit in patiëntendossiers te registreren. Aangezien dit mogelijk gevolgen kan hebben voor het sociale en professionele leven van patiënten. Maar participanten benadrukken ook dat het bespreken van sekswerk ook net noodzakelijk is voor correcte risico-inschatting en gepaste medische zorg. De kunst ligt hierin op een respectvolle en neutrale manier te communiceren, voldoende uitleg te geven en zo een vertrouwensrelatie op te bouwen. De attitude van zorgverleners wordt hier dan ook als belangrijk aandachtpunt aangegeven, *"Wat een probleem kan zijn is de attitude. Dus dat ze zeggen "ik voel mij gewoon onwennig bij zo iemand"(...) volgens mij door onervarenheid."* *(Arts 1)*
Volgens de participant kan deze onervarenheid gecompenseerd worden door educatie en dialoog, in de opleiding van zorgverleners maar ook aan de hand van bijscholingen zoals LOK-groepen bij huisartsen (dit zijn groepen van collega-artsen of apothekers waarin informatie en praktijkvoering onderling besproken wordt). "*(...) medische zorg voor sekswerkers, dat zou een onderwerp kunnen zijn voor een LOK-groep, dat zou heel interessant zijn. Hè, omdat ze dan er kunnen over praten, wat casuïstiek (...) Dus dat zijn zeer goeie discussies die helpen de attitude te veranderen, en als mensen praten over iets, is, dat is mijn idee, worden ze altijd progressiever (...) worden ze altijd meer geneigd en empathischer.*" *(Arts 1)*
Verschillende participanten geven aan dat educatie van zorgverleners, van artsen tot onthaalmedewerkers heel belangrijk is. Volgens de meeste participanten hebben huisartsen voldoende medische kennis rond seksuele gezondheid en medische pathologie om de meeste zorgvragen op te vangen. Toch wordt ook gewezen op een gebrek aan kennis rond specifieke onderwerpen zoals vaginale hygiëne en veilig sekswerk in combinatie met voorgeschreven behandelingen, maar ook op een gebrek aan kennis over kwetsbare groepen en hun specifieke zorgnoden. "*Maar ik denk dat wel allee, dat wij meer opgeleid worden voor zo de middenklasse en specialistische geneeskunde en zo de dingen waar dat precaire groepen mee te maken hebben vaak bijna exotisch zijn en ook onderhandelt ofzo in onze opleiding.*" *(Arts 2)*
Er wordt bedacht dat binnen de opleidingen voor zorgverleners tijdens lessen over seksuele gezondheid ook expliciet een les rond sekswerk zou kunnen aangeboden worden. Er wordt dus voorgesteld om enerzijds educatie in de opleidingen meer toe te passen op kwetsbare groepen, anderzijds ook de bestaande hulpverleners door middel van samenwerkingen en bijvoorbeeld LOK-groepen verder bewust te maken van stigma, nieuwe inzichten en attitude en communicatievaardigheden die kunnen helpen om kwetsbare groepen te benaderen.

3.4.4 Structurele maatregelen

Tot slot wijzen meerdere participanten op bredere maatschappelijke factoren zoals woningtekorten, gebrek aan opvangstructuren en beperkte sociale ondersteuning voor kwetsbare groepen. Zo wordt de complexe regelgeving rond de dringende medische hulp als log en moeilijk toepasbaar beschreven, zeker bij mobiele populaties of mensen zonder vaste verblijfplaats, die vaak niet aan de voorwaarden voldoen. Ook de samenwerking met apothekers binnen dit systeem verloopt volgens verschillende participanten moeizaam door administratieve en financiële drempels. En dan is er de groep die overal tussen valt en wel geldig verblijfsrecht heeft maar geen beroep kan doen op de mutualiteiten in België. Deze structurele uitdagingen beginnen vanuit politieke beleidskeuzes, hebben een directe impact

op de zorgtoegankelijkheid, levenskwaliteit van kwetsbare groepen en verhogen de druk op eerstelijnszorg en sociale organisaties.

3.5 Rol van de huisarts

Tijdens de interviews werd gevraagd aan de participanten hoe zij de rol van de huisarts zien in de zorg voor sekswerkers en welke aanbevelingen zij hebben.

Participanten benoemen dat voor somatische klachten en opvolging van chronische pathologie de huisarts van groot belang is. Daarnaast kan de huisarts volgens hen ook een belangrijke rol als vertrouwenspersoon hebben: "*(...) we weten wel dat huisartsen heel vaak vertrouwenspersonen zijn van sekswerkers.*" *(Medewerker sociale organisatie 1)*
Tegelijk wordt ook besproken dat een te goede vertrouwensband soms net nadelig kan zijn om open over bepaalde onderwerpen te praten, zoals sekswerk. Wanneer bijvoorbeeld de hele familie of partner ook bij dezelfde huisarts gaat. "*(...) Ja, die weet dat ik ook met mijn kinderen hier kom. Gaat het beeld van mij veranderen? Dat speelt zeker mee.*" *(Arts 3)*
Op de vraag waarom sekswerkers hun weg naar de huisarts soms niet vinden, worden er verschillende oorzaken toegelicht. Het probleem van de patiëntenstops komt vaak naar voor, maar ook culturele verschillen en geen vaste verblijfplaats hebben zijn mogelijke factoren. Participanten benadrukken echter dat dankzij individuele engagementen en multidisciplinaire samenwerking veel huisartsen onderdeel uitmaken van een dedicated team om de zorg voor kwetsbare groepen op te nemen.

4 Discussie

Deze thesis had als doel om de specifieke zorgnoden van sekswerkers in Vlaanderen te verkennen aan de hand van ervaringen van zorgverleners en na te gaan hoe huisartsen hierin een ondersteunende rol kunnen vervullen. De resultaten tonen aan dat zorg- en ondersteuningsnoden zich situeren op verschillende niveaus, waarbij medische, psychosociale en structurele factoren sterk met elkaar verweven zijn. Naast de specifieke zorgnoden kwamen ook barrières binnen het zorglandschap naar voren waaronder stigma, kennis, attitude en vaardigheden van zorgverleners en administratieve- en structurele barrières. In deze discussie worden de belangrijkste bevindingen geïnterpreteerd in relatie tot bestaande literatuur, de Belgische beleidscontext en wordt er een blik op de toekomst geworpen naar verder onderzoek.

4.1 Zorg- en ondersteuningsnoden

Wat we kunnen besluiten uit de interviews is dat de zorg- en ondersteuningsnoden van sekswerkers complex zijn en zich situeren in verschillende thema's: psychische zorg, somatische zorg, seksuele gezondheid, sociaal-economische noden, (seksueel) geweld en nood aan informatie.
In verschillende studies wordt beschreven dat sekswerkers met specifieke uitdagingen te maken krijgen, ook op vlak van gezondheid. Uit deze onderzoeken blijkt dat sekswerkers vaker te maken hebben met mentale gezondheidsproblemen, een groter risico hebben op

onder andere SOI's, geweld en middelenmisbruik (2-5). In een recent kwalitatief onderzoek bij sekswerkers in Vlaanderen, gepubliceerd in maart 2026, kwamen gelijkaardige zorgnoden naar voren, waaronder SOI's, mentale gezondheidsproblemen en somatische klachten zoals rugpijn en migraine (12).
Deze bevindingen komen overeen met wat de zorgverleners bevraagd in deze studie zien in de praktijk. Uit de interviews blijkt dat bepaalde zorgvragen, zoals seksuele gezondheid, soi-screening en somatische klachten goed opgevangen kunnen worden in bestaande zorgstructuren. Echter door onderfinanciering van deze zorgorganisaties en specifieke barrières op verschillende niveaus is het soms niet mogelijk om de juiste zorg te raadplegen of te bieden.

4.2 Barrières en faciliterende factoren

De resultaten in deze studie tonen belangrijke structurele barrières binnen het zorgsysteem. Het ontbreken van een ziekteverzekering, complexe administratieve procedures, stigma, taalbarrière, een complex zorgsysteem en financiële problemen vormen belangrijke drempels. Sekswerkers bestaan uit een diverse populatie, de meest kwetsbare groep wordt benoemd als de sekswerkers met migratieachtergond zonder geldige verblijfsdocumenten, personen zonder een stabiele verblijfplaats in Vlaanderen en sekswerk in combinatie met middelenmisbruik. De hogervermelde barrières zijn niet exclusief voor sekswerkers, maar vormen een belangrijke factor voor het uitstellen of vermijden van zorg volgens de ervaring van zorgverleners in deze studie

Een belangrijk thema dat doorheen de interviews naar voren kwam is het aanhoudende stigma rond sekswerk. Participanten beschreven zowel directe negatieve ervaringen als een anticiperende angst voor stigma, waarbij sekswerkers zorg vermijden of uitstellen uit vrees voor oordeel, discriminatie of negatieve consequenties. Dit sluit aan bij bestaande literatuur waarin stigma wordt beschreven als een belangrijke factor voor het vermijden en uitstellen van zorg (2,5,12-15).

Tegelijkertijd werden verschillende positieve elementen binnen het Vlaamse zorglandschap vermeld. Organisaties en initiatieven, die zowel via outreachend werk, harm reduction-programma's en multidisciplinaire samenwerkingen zorgen voor een laagdrempelige en toegewijde hulpverlening naar sekswerkers toe. Deze faciliterende factoren komen overeen met bevindingen uit andere onderzoeken (5,12-15). Deze organisaties fungeren tevens als een brug tussen sekswerkers en reguliere gezondheidszorg (12). Om verder barrières en faciliterende factoren te herkennen binnen organisaties in ons zorgsysteem is het belangrijk om regelmatig aan zelfreflectie te doen en te kijken hoe er drempelverlagend kan gewerkt worden. Door kritische vragen te stellen bv. waarom geraken specifieke doelgroepen niet tot onze organisatie of zorginfrastructuur? En wat kan hieraan gedaan worden?

De educatie van de huidige en toekomstige zorgverleners is cruciaal en extra aandacht voor kwetsbare groepen zoals sekswerkers in de opleidingen zou een grote meerwaarde zijn. Educatie van zorgverleners kan onder andere bestaan uit specifieke lessen over zorgnoden van kwetsbare populaties, communicatie-skills, werken met vertaalapps en tolken en uitleg over het bestaande zorglandschap en specifieke rechten van bv. sekswerkers

Daarnaast blijft het belangrijk om vanuit het beleid te zorgen voor voldoende financiering van bestaande zorgorganisaties en besparingen in de zorg te vermijden, want kwetsbare populaties worden hierdoor het hardst geraakt (12-15).

De barrières en faciliterende factoren die in deze studie naar voren komen, vertonen duidelijke overeenkomsten met bevindingen uit internationaal onderzoek. Zo beschrijft een cross-sectionele studie bij eerstelijnswerkers in het Verenigd Koninkrijk gelijkaardige drempels in de toegang tot zorg voor straat-sekswerkers, waaronder inflexibele zorgsystemen, beperkte middelen van de diensten en onvoldoende sensitieve en niet-oordelende zorg (13). Er werden ook vergelijkbare faciliterende factoren beschreven, zoals outreachend werk, laagdrempelige en flexibele consultatie regelingen (zoals drop-in systemen, gelijkaardig met het vrije spreekuur), het creëren van een veilige en niet-oordelende omgeving en het belang van een vertrouwensrelatie tussen zorgverleners en sekswerkers. Hoewel deze studie specifiek focust op straat-sekswerkers binnen de Britse context, ondersteunen de bevindingen de resultaten van deze thesis, waarin flexibiliteit, samenwerking tussen diensten en kennis over specifieke kwetsbare groepen als belangrijke elementen worden gezien om de toegang tot zorg te verbeteren (13).
Wanneer we deze resultaten vergelijken met studies waarin sekswerkers zelf bevraagd werden, zoals twee Nederlandse studies uit 2022 en 2026, zien we gelijkaardige barrières, waaronder stigma, angst voor oordeel en onvoldoende kennis of bewustzijn bij zorgverleners (14,15). Faciliterende factoren zoals vertrouwelijkheid, een niet-oordelende houding, outreach en laagdrempelige, gratis zorgverlening worden aangehaald als belangrijke voorwaarden voor toegankelijke en kwalitatieve zorg voor sekswerkers (14,15).
In een Vlaamse studie uit 2026, waarin sekswerkers bevraagd werden, komen vergelijkbare barrières naar voren, zoals stigma, discriminatie, beperkte kennis bij zorgverleners en bezorgdheid over confidentialiteit. Deze barrières blijken in deze studie ook sterk met elkaar verweven (12).

4.3 België als voorloper

Daarnaast werd ook beschreven dat België een voorloper is op vlak van destigmatisering en wetgeving in vergelijking met andere landen. Het nieuwe wettelijke kader, beschreven in de inleiding, geldt als een van de meest uitgebreide pogingen om sekswerk expliciet als legitiem beroep te erkennen, met arbeidsrechten die gelijkwaardig zijn aan die in andere sectoren. België is het eerste land in Europa, en na Nieuw-Zeeland het tweede land in de wereld om sekswerk op deze manier te decriminaliseren (6,12). In tegenstelling tot bijvoorbeeld buurlanden Duitsland en Nederland, waar sekswerk weliswaar wettelijk toegestaan is onder heel strikte voorwaarden, maar waar volledige arbeidsbescherming nog steeds ontbreekt (7,16).
De progressiviteit van het Belgische beleid wordt ook in internationale media erkend zoals in *The Guardian* (2024) en *Associated Press* (2024) (9,10).
Een belangrijke kanttekening is wel dat de wetgeving geen wettelijk kader biedt voor sekswerkers zonder geldige verblijfsdocumenten, waarmee een heel kwetsbare groep uitgesloten wordt. Deze structurele kwetsbaarheid vertaalt zich tevens naar de gezondheidszorg, waar angst voor deportatie, beperkte kennis van rechten en een log systeem leidt tot zorgmijding of laattijdige zorgvraag. De bevindingen uit deze studie

bevestigen dat hulpverleners deze groep als moeilijk bereikbaar en op te volgen beschouwen, wat wijst op een belangrijke blinde vlek binnen het huidige beleid. Terwijl uit onderzoek ook blijkt dat deze groep net het meest in contact komt met geweld en discriminatie (4). We kunnen dan ook de vraag stellen of de maatregelen wel effectief en rechtvaardig zijn en op welke manier we net de meest kwetsbare groepen kunnen bereiken en beschermen.

Internationaal vormen andere landen interessante vergelijkingspunten:
In Nederland en Duitsland is sekswerk legaal en gereguleerd, maar zijn er strenge voorwaarden zoals verplichte vergunningen en administratieve verplichtingen die het overgrote deel van de sekswerkers toch nog naar de illegale / niet-gereguleerde economie drijven (2,16,17). In Zweden wordt een criminalisering van de klanten en tussenpersonen (verhuurders, chauffeurs,...) van sekswerkers toegepast (3,17). Volgens voorstanders van dit model zou het geleid hebben tot een vermindering van de vraag naar sekswerk. In de praktijk ziet men echter dat sekswerkers hierdoor te maken krijgen met stigma en eerder terecht komen in de illegaliteit en daardoor ook minder snel hulp zoeken uit angst voor straf of uitzetting in geval van sekswerkers zonder geldige identiteitsdocumenten. De drempels om medische hulp te zoeken of aangifte te doen van uitbuiting of geweld zijn veel hoger (5). Nieuw-Zeeland wordt vaak genoemd als een prominent voorbeeld van decriminalisering, sinds de “Prostitution Reform Act” van 2003 wordt sekswerk als legale dienstverlening erkend en hebben sekswerkers dezelfde arbeidsrechten als andere werknemers. In tegenstelling tot Duitsland en Nederland worden er geen extra voorwaarden opgelegd voor sekswerkers ten opzichte van andere werknemers (3,17). Door administratieve en financiële drempels te verlagen, probeert men te voorkomen dat sekswerk in het illegale circuit wordt uitgeoefend en dat er op een gelijkwaardige manier beroep kan gedaan worden op politiediensten, medische zorg en sociale hulpverlening zonder angst voor repercussies (3,17). Evaluaties van het Nieuw-Zeelandse model laten zien dat deze aanpak kan bijdragen aan verbeterde autonomie en veiligheid voor sekswerkers, onder meer doordat zij klanten kunnen screenen en wantoestanden gemakkelijker kunnen melden zonder strafrechtelijke repercussies (3,17).

Tegelijkertijd blijft ook kritiek bestaan, zowel nationaal als internationaal. Sommige feministische en abolitionistische organisaties (zoals Isala vzw, de Frans katholieke beweging Mouvement du Nid en de Coalition for the Abolition of Prostitution) verzetten zich tegen de erkenning van sekswerk als arbeid, omdat zij stellen dat sekswerk inherent verbonden is met uitbuiting en genderongelijkheid (16). Isala vzw tekende, ondersteund door nog 8 andere organisaties, beroep aan bij het Grondwettelijk Hof om de wet nietig te verklaren. Een uitspraak hierover wordt pas tegen eind 2026 verwacht. In hun open brief riepen zij op om het Zweedse model, dat de aankoop van seks criminaliseert, te overwegen als alternatief voor de Belgische decriminalisering (16).

De participanten in deze studie zijn het er over eens dat de decriminalisering en recent het erkennen van beroepsziekten voor sekswerkers een belangrijke stap is richting verdere destigmatisering en betere bescherming van sekswerkers (7,8). Voorlopig worden in de praktijk nog weinig concrete veranderingen waargenomen, onder meer door de strenge voorwaarden en omdat de praktische toepassing ervan nog onvoldoende gekend is bij zowel sekswerkers als zorgverleners (7,16). In mei 2025 zouden nog maar 4 sekswerkers een aanvraag ingediend hebben bij de FOD werkgelegenheid (18).

In een recent kwalitatief onderzoek gepubliceerd in maart 2026 werden Vlaamse sekswerkers bevraagd over hun ervaringen met de wetswijzigingen van 2022 (12). De resultaten tonen aan dat de decriminalisering tot op heden geen substantiële verbetering heeft opgeleverd in de toegankelijkheid van zorg voor sekswerkers. De onderzoekers concluderen dat decriminalisering op zich onvoldoende is om de zorgtoegankelijkheid te verbeteren en benadrukken de nood aan bijkomende maatregelen om structurele barrières en stigma aan te pakken. Hun aanbevelingen sluiten aan bij de bevindingen uit deze studie: het vergroten van bewustzijn en begrip bij hulpverleners omtrent sekswerkers en hun specifieke zorg- en ondersteuningsnoden via gerichte educatie, het betrekken en versterken van organisaties voor en door sekswerkers, en het bevorderen van laagdrempelige zorg, onder meer door wachttijden te verkorten (12). Verder onderzoek met diverse en grotere onderzoekspopulaties doorheen de tijd is nodig om de gevolgen van de recente wetsveranderingen in de praktijk verder te onderzoeken.

4.4 Rol van de huisarts

Wat betreft de rol van de huisarts in de zorg voor sekswerkers benadrukken de participanten dat zij een belangrijke rol kunnen spelen als toegankelijke en continue zorgverlener. Gezien de diversiteit van de populatie sekswerkers is het moeilijk om een eenduidig advies te geven over het invullen van de rol als huisarts.

De participanten geven aan dat huisartsen doorgaans over voldoende medische kennis beschikken om kwalitatieve zorg te bieden. Enerzijds worden problemen aangegeven omtrent de attitude of specifieke kennis van huisartsen. Een duidelijke introductie bij consultaties zou kunnen helpen om een open en vertrouwde omgeving te creëren. Waarbij bepaalde vragen kunnen worden ingeleid en uitgelegd wordt waarom deze belangrijk zijn om te stellen, het beroepsgeheim te benoemen en de keuzevrijheid te garanderen om niet op bepaalde vragen te moeten antwoorden. Anderzijds wordt aangegeven dat sekswerkers hun beroep soms niet durven delen met hun zorgverleners, en specifiek hun huisarts, om verscheidene redenen. Zo is er angst voor stigma of oordeel, bezorgdheden over confidentialiteit op vlak van medische programma's maar ook naar bijvoorbeeld familie toe die bij dezelfde huisarts ingeschreven zijn. Uit het effectonderzoek in 2012 had 90% van de bevraagde sekswerkers in Vlaanderen een vaste huisarts, maar slechts 45% was op de hoogte van hun beroep (1). Uit het kwalitatieve onderzoek in 2026 met sekswerkers in Vlaanderen bleek de huisarts ook een heel belangrijke functie te vervullen in de zorg voor sekswerkers, gezien zij vaak het eerste contact zijn bij gezondheidsklachten. De sekswerkers gaven hierin aan dat een open houding met hun huisarts over hun beroep net als positief werd ervaren (12).

Educatie tijdens de opleiding geneeskunde, trainingen en overleg in LOK-groepen rond stigma-bewustzijn, communicatie en specifieke aandachtpunten bij sekswerk, zoals vaginale hygiëne, soa-risico, mentaal welzijn, en andere kwetsbare groepen kunnen hierbij ondersteunend zijn. Binnen de huisartsenpraktijk lijkt een multidisciplinaire werking veel voordelen te bieden doordat nog meer ingezet kan worden op bijvoorbeeld educatie en wegwijs in het zorglandschap door onder andere maatschappelijk werkers. Er kan laagdrempelig verwezen worden naar psychologen, verpleging en andere zorgverleners. In de toekomst zou hier nog meer op kunnen ingezet worden.

4.5 Tekortkomingen

In de eerste plaats is het belangrijk te benadrukken dat sekswerkers geen homogene groep vormen. De populatie is heel divers wat betreft werkcontext, socio-economische positie, migratiestatus, genderidentiteit en sociale bescherming. Uitspraken over 'de sekswerkpopulatie' zijn daarom moeilijk te maken en kunnen leiden tot veralgemeningen en stereotyperingen die in veel gevallen niet kloppen. Een belangrijke beperking binnen deze studie is dat het onderscheid tussen deze verschillende subgroepen onvoldoende expliciet gemaakt werd. Zo bestaat er enerzijds een groep sekswerkers met toegang tot ziekteverzekering en reguliere gezondheidszorg, en anderzijds een meer socio-economisch kwetsbare groep, die vaak geconfronteerd wordt met barrières zoals het ontbreken van ziekteverzekering, onzekere verblijfsstatus of beperkte financiële middelen. Dan is er nog een grote groep die zich tussen deze twee uitersten bevindt. Door in deze studie participanten actief in het werkveld met deze verschillende subgroepen te includeren, werd getracht een volledig en accuraat beeld te creëren. Deze heterogeniteit bemoeilijkt echter het formuleren van algemene conclusies en benadrukt de nood naar meer onderzoek dat rekening houdt met specifieke subgroepen binnen de sekswerkpopulatie.

Toekomstig onderzoek dat nog beter rekening houdt en focust op deze diversiteit kan bijdragen aan een beter begrip van zorgnoden en aan meer gerichte aanbevelingen voor de klinische praktijk en verdere beleidsontwikkeling.
Daarnaast focust deze studie op het bevragen van een beperkte groep zorgverleners, waarbij de resultaten hun professionele perspectieven weergeven en niet de directe ervaringen van sekswerkers zelf. Bovendien waren de geïncludeerde zorgverleners vaak werkzaam binnen organisaties of contexten met een specifieke focus op kwetsbare groepen, waaronder sekswerkers. Dit suggereert dat zij mogelijk meer geëngageerd en sensitief zijn voor deze problematiek dan de gemiddelde huisarts of zorgverlener, wat een selectiebias kan introduceren en de generaliseerbaarheid van de resultaten kan beperken. Toekomstig grootschalig onderzoek waarin een diverse groep sekswerkers zelf en zorgverleners bevraagd worden naar hun ervaringen met het Vlaamse zorglandschap in combinatie met kwantitatieve gegevens zou dan ook een grote meerwaarde zijn.

Eindconclusie

Deze studie toont aan dat de zorg- en ondersteuningsnoden van sekswerkers in Vlaanderen veelzijdig zijn en zich situeren op zowel medisch, psychosociaal als structureel niveau. Tegelijk onderstrepen de bevindingen dat sekswerkers geen homogene groep vormen, waardoor een genuanceerde en contextgevoelige benadering essentieel is.

Naast belangrijke barrières zoals stigma, administratieve complexiteit, socio-economische kwetsbaarheid en kennis, vaardigheden en attitude van zorgverleners kwamen ook verschillende sterktes van het Vlaamse zorglandschap naar voren, waaronder outreachend werk, harm reduction en sterke samenwerkingen tussen gespecialiseerde organisaties en reguliere zorg. Verschillende zorgverleners, waaronder ook huisartsen, kunnen hierin een belangrijke ondersteunende rol spelen, met aandacht voor toegankelijkheid, communicatie en stigma-bewustzijn.

Aanbevelingen uit deze studie voor beleidsmatige keuzes in Vlaanderen zijn uitbreiding van het eerstelijnspsychologische zorgsysteem, inkorten van de wachttijden voor zorg, financiële ondersteuning van bestaande laagdrempelige (zorg-)initiatieven en educatie van zorgverleners. Deze maatregelen kunnen bijdragen tot een betere zorgtoegankelijkheid en kwalitatieve zorg voor sekswerkers.

Verder onderzoek dat expliciet vertrekt vanuit de ervaringen van de diverse populatie sekswerkers met het Vlaams zorglandschap, evenals naar de impact van de recente wetswijzigingen, is noodzakelijk om het zorgaanbod nog beter te kunnen afstemmen op hun zorgnoden.

5 Referentielijst

1. van Nunen K, Gryseels C, Van Hal G. Effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers. Universiteit Antwerpen. 2012. p.187

2. Kloek M, Dijkstra M. Sekswerk, stigma en geweld in Nederland. Aidsfonds. 2018

3. Weitzer R. Prostitution: Facts and Fictions. Contexts. 2007. 6(4), p. 28-33

4. Deering K N, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P, Argento E, Shannon K. A systematic Review of the Correlates of Violence Against Sex Workers. American Journal of Public Health. 2014. 104, e42_e54

5. European Sex Workers' Rights Alliance. "two pairs of gloves" Sex workers experiences of discrimination in healthcare settings in Europe. 2023.

6. Belgische Federale Overheidsdienst Justitie. Sekswerk. (Geraadpleegd op 12 februari 2026) *https://justitie.belgium.be/nl/themas/veiligheid_en_criminaliteit/sekswerk*

7. UTSOPI. Decriminalisering van sekswerk en arbeidsrechten voor sekswerkers in België. (Geraadpleegd op 20 november 2025) *https://www.utsopi.be/our-work/decriminalisation*

8. Koninklijk besluit van 18 augustus 2025 tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 maart 1969 houdende vaststelling van de lijst van beroepsziekten die aanleiding geven tot schadeloosstelling en tot vaststelling van de criteria waaraan de blootstelling aan het beroepsrisico voor sommige van deze ziekten moet voldoen. Belgisch staatsblad, 195e jaargang, verschenen op 27 augustus 2025.

9. Jennifer R. Belgium's sex workers win maternity pay and pension rights in world first. The Guardian. 2024. (Geraadpleegd op 12 februari 2026) *https://www.theguardian.com/world/2024/dec/01/belgium-sex-workers-win-maternity-pay-and-pension-rights-in-world-first*

10. Nouvian T. *A new Belgium law gives sex workers contracts, benefits and safety protection*. AP News. 2024. (Geraadpleegd op 12 februari 2026) *https://apnews.com/article/2f935f414572517d74a46c682419f20b*

11. Naeem M, Ozuem W, Howell K, Ranfagni S. A step-by-step process of thematic analysis to develop a conceptual model in qualitative research. Int J Qual Methods. 2023;22.

12. Boschi A, Brandt T, Van Overmeire R, Bilsen J, & Vesentini L. Sex workers' experiences of access to healthcare in Flanders, Belgium. Culture, Health & Sexuality, 2026. 1–13.

13. Potter LC, Horwood J, Feder G. Access to healthcare for street sex workers in the UK: perspectives and best practice guidance from a national cross-sectional survey of frontline workers. BMC Health Serv Res. 2022. ;22(1):178.

14. Peters CMM, Dukers-Muijrers NHTM., Evers YJ, Hoebe CJPA. Barriers and facilitators to utilisation of public sexual healthcare services for male sex workers who have sex with men (MSW-MSM) in The Netherlands: a qualitative study. BMC Public Health. 2022. ;22(1):1398.

15. Peters CMM, Evers YJ, Mevissen FEF, Bijen MEM, Werner MLS, Dukers-Muijrers NHTM, Hoebe CJPA. Barriers and facilitators to access and utilisation of public sexual

healthcare services for home-based Female Sex Workers (FSW) in The Netherlands: a qualitative study. AIDS Care. 2026. 1-15.

16. Rosa vzw. Arbeidswet voor sekswerk. Pers-pectief. 2025. (Geraadpleegd op 10 februari 2026). *https://rosavzw.be/nl/nieuwsbrieven/pers-pectief/edities-2025/05-06-arbeidswet-voor-sekswerk*

17. Delrue A. Het prostitutiebeleid in België: Een kritische frame-analyse van de congruentie tussen het beleid en de middenveldorganisaties. Masterproef voor het behalen van de graad van Master in Gender en Diversiteit. Universiteit Gent. 2012

18. Reynaers T. Legaal als sekswerker aan de slag: halfjaar na invoering baanbrekende wet slechts vier aanvragen. De Standaard. 2025. (Geraadpleegd op 15 februari 2026) *https://www.standaard.be/economie/legaal-als-sekswerker-aan-de-slag-halfjaar-na-invoering-baanbrekende-wet-slechts-vier-aanvragen/67747929.html*

6 Bijlagen

6.1 Interviewgids

Interview guide:

1. **Inleiding**
   - Bedanking voor tijd en deelname.
   - Korte uitleg over het onderzoek.
   - Uitleg vertrouwelijkheid en anonimiteit van de antwoorden.
   - Toestemming voor het opnemen van het interview en participatie in studie.

2. **Achtergrond Informatie**
   - Leeftijd
   - Kunt u kort uw professionele achtergrond en uw huidige rol binnen uw organisatie beschrijven? *Prompt: Welke verantwoordelijkheden horen concreet bij uw functie?*
   - Hoe lang werkt u al in het veld van eerstelijnszorg/sekswerkersondersteuning? *Prompt: Is er een bepaalde evolutie die u in die periode hebt gezien?*
   - Op welke manier bent u betrokken bij de begeleiding van of zorg voor sekswerkers? *Prompt: Kunt u een voorbeeld geven van hoe dat er in de praktijk uitziet?*

3. **Specifieke Zorgnoden van Sekswerkers**
   - Wat zijn, volgens uw ervaring, de meest voorkomende gezondheidsproblemen die sekswerkers in Vlaanderen ervaren? *Prompt: Eerder fysieke of psychische klachten? Hoe verschillen deze noden van de algemene populatie?*
   - Zijn er specifieke medische of psychosociale behoeften die vaak voorkomen binnen deze groep? *Prompt: Spelen thema's zoals veiligheid, huisvesting of verslaving hierbij een rol?*
   - Hoe verloopt de zorg voor sekswerkers; *Prompt: Hoe verloopt de samenwerking met andere disciplines? op welke manier zijn zorgverleners (/huisartsen) betrokken? Hoe verloopt de zorg in een multidisciplinair team?*

4. **Ervaringen van sekswerkers**
   - Hoe zou u de ervaringen van sekswerkers met huisartsen of andere zorgverleners omschrijven? *Prompt: eerder positief of negatief? Welke factoren dragen bij tot een positieve ervaring volgens u?*
   - Welke barrières ondervinden sekswerkers bij het verkrijgen van eerstelijnszorg? *Prompt: Heeft dat te maken met praktische zaken (bv. financiële drempels, taalbarrières) of eerder met houding van zorgverleners?*
   - Hoe beïnvloeden stigma en discriminatie de toegang tot zorg voor sekswerkers? *Prompt: is dit ook een probleem breder in de maatschappij?*

5. Specifiek voor huisartsen

- Welke uitdagingen ervaren huisartsen bij het bieden van zorg aan sekswerkers?
- Zijn er specifieke kennis- of vaardigheidstekorten die jou hinderen in het bieden van effectieve zorg aan sekswerkers?

6. Verbetering van Zorgverlening

- Welke verbeterpunten ziet u voor de eerstelijnszorg voor sekswerkers? *Prompt: Op het niveau van de praktijk, of eerder op beleidsniveau?*
- Hoe kunnen huisartsen/zorgverleners beter ondersteund worden om de zorg voor sekswerkers te verbeteren? *Prompt: Ziet u mogelijkheden tot bijvoorbeeld meer samenwerking met gespecialiseerde organisaties?*
- Wat zou er moeten veranderen in de opleiding en training van huisartsen/zorgverleners om hen beter voor te bereiden op de zorg voor sekswerkers?
- Welke beleids- of systeemveranderingen zouden de toegang en kwaliteit van zorg kunnen verbeteren? *Prompt: Zijn er voorbeelden uit het buitenland die inspirerend kunnen zijn?*

7. Campagnes/programma's

- Kunt u voorbeelden geven van succesvolle programma's, initiatieven, campagnes die de zorg voor sekswerkers hebben verbeterd? *Prompt: Wat droeg bij tot het succes van de initiatieven? Op welke aspect werd er gefocust?*

8. Afsluiting:

- Is er nog iets anders dat u zou willen toevoegen over dit onderwerp?
- Wilt u graag op de hoogte blijven van deze studie?
- Bedanking deelnemer voor hun tijd en inzichten.