

Monitor seksuele gezondheid 2024

Sekswerkers



Achtergrond

Dit rapport beschrijft een monitor naar de seksuele gezondheid van sekswerkers in Nederland. In Nederland is sekswerk een legaal en gereguleerd beroep, waarbij volwassenen vrijwillig en op basis van eigen keuze seksuele diensten leveren in ruil voor geld, goederen of diensten. De Nederlandse seksbranche kenmerkt zich door diversiteit. Ongeveer 60% van de sekswerkers zijn migranten (1). In de periode voor de covid-19-pandemie kwamen zij voornamelijk uit Oost-Europa en Latijns-Amerika, maar berichten uit het veld wijzen erop dat er na de pandemie veel nieuwe sekswerkers, uit andere gebieden, bij gekomen zijn. Zo lijken er bijvoorbeeld nieuwe Arabisch-, Russisch- en Portugeessprekende sekswerkers te zijn. Daarbij zijn sekswerkers divers in gender; cisgender man of vrouw, transgender man of vrouw en non-binair of anders. Evenzo zijn ook de klanten divers. Seksuele gezondheid wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gedefinieerd als:

“Een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekte. Het vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties, evenals de mogelijkheid om plezierige en veilige seksuele ervaringen te hebben, vrij van dwang, discriminatie en geweld.” (2)

Daarbij legt de WHO uit: *“Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle personen worden gerespecteerd, beschermd en vervuld” (2)*. Hieronder valt onder andere het recht op passende seksuele gezondheidszorg, waarbij voor sekswerkers op maat gemaakte (gespecialiseerde) seksuele gezondheidsdiensten sterk worden aanbevolen (3). Seksuele gezondheidsdiensten in Nederland worden voornamelijk gefaciliteerd door de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) en worden voor sekswerkers gratis aangeboden (4). In de grote steden Amsterdam (ACS, Amsterdam Center for Sex Workers), Rotterdam (Door2Door), Den Haag (Spot46, SHOP), Utrecht (Belle) en Tilburg (PMW013) bestaan

gespecialiseerde seksuele gezondheidsdiensten voor sekswerkers. In andere delen van Nederland kunnen sekswerkers gebruikmaken van de algemene GGD-diensten, waarbij sommige locaties specifieke toegangsuren voor sekswerkers aanbieden. De op maat gemaakte diensten in de grote steden worden met name beschouwd als zeer toegankelijk, gezien hun gevoeligheid voor de behoeften en veiligheid van sekswerkers, de inclusie van sekswerkers in het team en hun alomvattende aanpak van seksuele gezondheid inclusief financieel en mentaal welzijn en geweld (5). Dit onderzoek heeft tot doel de seksuele gezondheid van sekswerkers in Nederland te monitoren. Hieronder bespreken we de actuele stand van zaken en de huidige kennis op dit gebied.

Hiv en soa's

In Nederland lijken het human immunodeficiency virus (hiv) en andere seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) relatief vaak voor te komen onder sekswerkers. Recente gegevens over hiv-prevalenties onder sekswerkers in Nederland zijn niet beschikbaar. Desalniettemin had onder degenen die in 2022 de GGD services (Centra Seksuele Gezondheid, CSG) bezochten, een opvallende 21% van de transgender vrouwen hiv, en meer dan de helft van hen deed sekswerk (in de afgelopen 6 maanden) (6). Onder transgender mannen had 1% hiv terwijl 8% sekswerk deed, en onder andere genderdiverse personen had 5% hiv en 14% deed sekswerk. Daarbij had 24% van de transgender mannen een positieve testuitslag voor een soa, vergeleken met 22% voor transgender vrouwen en 16% voor genderdiverse individuen. Onder cisgender vrouwen die sekswerk deden, testte 12% positief voor een soa. In Nederland zijn alleen gegevens beschikbaar van degenen die toegang hebben tot seksuele gezondheidszorg binnen de CSG en die zich ook identificeren en durven te outen als sekswerker. De beschikbare gegevens suggereren dat hiv en soa nog steeds veel voorkomen onder sekswerkers in Nederland, maar ook dat belangrijke data voor sekswerkers nog mist. Ten eerste is de CSG-data niet volledig geanalyseerd voor sekswerkers specifiek. Ook bevat de CSG-data enkel gegevens van sekswerkers die zich bij de CSG laten testen en zich hier ook outen als sekswerker, wat geen geheel

beeld geeft van alle sekswerkers (bijvoorbeeld de sekswerkers die zich niet laten testen, niet bij de CSG laten testen of zich niet outen als sekswerker) (7). Dit benadrukt het cruciale belang om hun toegang tot zorg als prioriteit te beschouwen en dit voortdurend te monitoren.

Toegang tot seksuele gezondheidszorg

Niet alle sekswerkers hebben voldoende toegang tot seksuele gezondheidszorg (5,7–9) Onder de regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling) focust de CSG zich op het opvangen van groepen die buiten de reguliere zorg vallen en het bereiken van mensen die niet naar de huisarts durven, willen of kunnen gaan (4). Het aanbieden en toegankelijk maken van gespecialiseerde seksuele gezondheidsdiensten voor sekswerkers wordt sterk aanbevolen door de WHO en UNAIDS en draagt bij aan het verbeteren van de gehele seksuele gezondheid van sekswerkers en het reduceren van hiv en soa onder sekswerkers en de algemene bevolking (3). Echter, buiten de gespecialiseerde diensten in de grote steden, merkt Soa Aids Nederland dat de expertise bij CSG's met betrekking tot sekswerk vermindert, evenals het begrip van het belang van een actieve benadering en betrokkenheid van deze groep. Sekswerkers kunnen specifieke kwetsbaarheden, zorgvragen en gezondheidsrisico's hebben (3,9). Wanneer ze naar de huisarts of online gaan voor een soa-test blijft het gesprek vaak beperkt of achterwege, terwijl juist de mogelijkheid om een goed counselinggesprek te voeren bij gespecialiseerde CSG-diensten een duidelijke toegevoegde waarde is voor veel sekswerkers. Zo mist dan bijvoorbeeld passende ondersteuning en advies over veilig werken, mentaal welzijn, rechten en financiën, welke juist door sekswerkers als belangrijke, onderbelichte onderwerpen van seksuele gezondheid worden gezien (5,9). Als het daarnaast niet veilig of comfortabel voelt om te zeggen dat je sekswerk doet, is het ook onzeker of alle noodzakelijke-soa tests worden uitgevoerd en blijft soa-preventie (condoomgebruik, hepatitis A- en B-vaccinaties en PrEP tegen hiv) onbesproken. Klanten vallen daarbij tegenwoordig ook niet meer onder de ASG-regeling en kunnen daardoor geen gebruik meer maken van de gratis CSG-diensten, wat de soa- en

hiv-risico's in sekswerk mogelijk verhoogd. Tijdens de covid-19-lockdown bleek het testgedrag onder klanten laag; slechts 19% liet zich minimaal 1x testen over een periode van 3.5 maand (5).

Ook worden sekswerkers steeds minder goed bereikt. Dit is bijvoorbeeld terug te zien in de afname in onderzoekdeelname en de meldingen van lege GGD inloopsprekuren voor sekswerkers sinds corona (5,10). Ook wordt er, vooral sinds de coronapandemie, weinig tot geen (peer-)outreach (veldwerk) gedaan, terwijl dit wereldwijd juist als essentieel ingrediënt van succesvolle diensten voor sekswerkers gezien wordt (3,11). In Nederland is het onduidelijk hoeveel sekswerkers onvoldoende bereikt worden. We hebben bijvoorbeeld geen informatie over het aantal sekswerkers in Nederland, de mate waarin sekswerkers gebruikmaken van andere diensten (zoals huisartsen of online testen), welke sekswerkers geen toegang hebben tot seksuele gezondheidszorg, en in welke mate dit alles de seksuele gezondheid beïnvloedt. Mogelijk vinden juist specifieke groepen de weg naar de gespecialiseerde sekswerk services niet, zoals asielzoekers die sekswerk doen, jonge sekswerkers, sekswerkers buiten de randstad en lhbtqi+-sekswerkers (7,9). Ook heeft de covid-19-pandemie er mogelijk voor gezorgd dat bepaalde sekswerkers die link met zorg zijn verloren, en dat er een nieuwe groep sekswerkers in Nederland is, welke nog niet voldoende aan zorg gelinkt is.

Geweld en aangifte doen

Geweld en veiligheid zijn belangrijke onderdelen van de seksuele gezondheid van sekswerkers. Sekswerkers maken wereldwijd veel geweld mee (12). De mate en vormen van geweld die sekswerkers meemaken verschilt sterk per land. Onderzoek uit 2018 in Nederland laat zien dat sekswerkers veel verschillende vormen van geweld meemaken (10). Zo maakten de meeste sekswerkers een vorm van geweld mee, waarbij sociaal emotioneel geweld het vaakst voorkwam. Van de sekswerkers die in 2018 reden hadden om aangifte te doen deed 20% dit ook (10). Ook tijdens de covid-19-pandemie werkten veel sekswerkers, ondanks de lockdownmaatregelen, illegaal door. Dit omdat de meeste sekswerkers,

in tegenstelling tot andere contactberoepen, geen toegang hadden tot financiële steun. Financiële problemen bleek een sterk bepalende factor voor seksuele gezondheidsrisico's (13). In deze kwetsbare omstandigheden maakten de werkende sekswerkers vaak geweld mee. Zo rapporteerde 41% fysiek of seksueel geweld, maar deed slechts 5% aangifte (13). Dit werd met name veroorzaakt door angst voor de politie of het feit dat de politie de aangifte niet serieus nam.

Sekswerkbeleid

Het beleid met betrekking tot sekswerk, geweld, seksueel risicogedrag en hiv en soa zijn nauw met elkaar verbonden. Onderzoek toont aan dat beleid dat bepaalde aspecten van sekswerk criminaliseert en zo illegaal en onveilig sekswerk bevordert, een negatieve invloed heeft op de seksuele gezondheid van sekswerkers (14–16). Verder blijkt uit onderzoek dat in landen waar sekswerk volledig is gedecriminaliseerd, sekswerkers de beste seksuele gezondheid ervaren. Sekswerkers onder repressief beleid lopen gemiddeld 3 keer meer risico op geweld, hebben 1,5 keer vaker seks zonder condoom en 2 keer vaker hiv en soa in vergelijking met sekswerkers in gedecriminaliseerde landen (15). Het beleid met betrekking tot sekswerk is daarmee een nauwe en belangrijke indicator voor seksuele gezondheid.

In Nederland is sekswerk onder voorwaarden gelegaliseerd, maar in de afgelopen decennia is het beleid rondom sekswerk steeds complexer en restrictiever geworden. Een sekswerker met asiolverzoek in Nederland legde tijdens het Europese sekswerk- en gezondheidscongres in Brussel uit: *“De Nederlandse wet is een vierkant, maar ik ben een driehoek”*. Ze wil graag legaal werken, maar dit lukt niet omdat haar persoonlijke situatie niet binnen de wetgeving past. Dit is de worsteling van veel sekswerkers. Daarbij komt dat veel legale, vergunde werkplekken in de loop der tijd zijn verdwenen doordat sekswerklocaties op gemeentelijk niveau werden gesloten of verboden. In vergelijking met het jaar 2000 is het aantal legale, vergunde werkplekken met 50% afgenomen in 2014 en met 66% tot 75% in 2020 (17,18). Ook de covid-19-pandemie heeft ertoe

geleid dat sekswerkers gedwongen werden illegaal te gaan werken, en het is onduidelijk waar zij sindsdien werken en hoe het met hen gaat (5).

Het steeds restrictievere beleid rondom sekswerk laat zich ook zien in de mogelijke invoering van een nieuwe wet “Wet Regulering Sekswerk” (Wrs). De Wrs is gebaseerd op het “Zweedse model”, dat door UNAIDS, de WHO, wetenschappers en sekswerkorganisaties fel bekritiseerd wordt vanwege de negatieve effecten op de seksuele gezondheid van sekswerkers (3,19). In Nederland zal, bij invoering van de wet, van sekswerkers worden verwacht dat ze zelfredzaamheidsbeoordelingen ondergaan, zich registreren bij ambtenaren en in een database worden opgenomen. Ook zullen klanten strafbaar worden gesteld wanneer een sekswerker niet geregistreerd is (20). In Duitsland heeft een vergelijkbare registratieplicht ertoe geleid dat 83% van de sekswerkers die eerder legaal werkten, zich niet heeft geregistreerd (21). Te verwachten problemen zijn onder andere het niet meer durven bezoeken van CSG's, het niet durven vertellen dat je sekswerker bent, toegenomen risicogedrag vanwege onveilige werkomstandigheden, gehaaste onderhandelingen, verminderd condoomgebruik, een toename in soa's en geweld (16,22–24).

Gebrek aan data

Er is in Nederland een gebrek aan data over de seksuele gezondheid van sekswerkers. In de eerste plaats is het goed mogelijk dat specifieke groepen sekswerkers met een hoger risico op een slechtere seksuele gezondheid de weg naar gespecialiseerde seksuele gezondheidszorg niet vinden, maar er is nog geen onderzoek gedaan naar de omvang en kenmerken van deze groep. Daarbij ontbreekt ook voor sekswerkers die wel bekend zijn bij de zorg structurele dataverzameling, ondanks de wereldwijde focus op seksuele gezondheidszorg voor sekswerkers inclusief de 95-95-95-doelen voor hiv-preventie, testen en behandeling (25). In 2015 bleek dat 66% van de sekswerkers die hiv hebben, niet-gediagnosticeerd was (26). Het is daarnaast onbekend hoeveel sekswerkers met hiv regelmatig ART-behandeling krijgen en hoeveel viraal

onderdrukt zijn. Het is goed mogelijk dat (mobiele) sekswerkers naast hiv-testbarrières ook barrières ondervinden bij het consistent innemen van ART (27). Evenzo worden belangrijke preventieparameters niet onderzocht, zoals condoom- en PrEP-gebruik en vaccinaties. Tegelijkertijd is er weinig bekend over de huidige stand van zaken omtrent mentaal welzijn, financiële veiligheid en geweld, terwijl deze in eerdere studies voor en tijdens de covid-19-pandemie als belangrijke onderdelen van seksuele gezondheid van sekswerkers naar voren kwamen (5,10,13).

Het doel van dit onderzoek is het opzetten en uitvoeren van een structurele monitoring van de seksuele gezondheid van sekswerkers in Nederland via een kwantitatieve online vragenlijst, in nauwe samenwerking met sekswerkers.

HOOFD-
VRAAG

Wat is de seksuele gezondheid van sekswerkers in Nederland?

Methoden

Studie design

Voor dit onderzoek werd data verzameld via een anonieme online vragenlijst, waarin sekswerkers werd gevraagd naar hun ervaringen in 2024. De studie had een cross-sectioneel design met een retrospectief element, waarbij werd teruggevraagd naar ervaringen in het afgelopen half jaar. De vragenlijst richtte zich op alle sekswerkers en was primair kwantitatief, maar bevatte ook enkele open kwalitatieve vragen. Om wetenschappelijke kwaliteit en sensitiviteit te waarborgen, werd gedurende het gehele onderzoek gewerkt met participatief onderzoek en een stuurgroep bestaande uit zorgprofessionals, sekswerkers, onderzoekers en experts.

Het participatieve onderzoek omvatte sekswerkers die als community-onderzoekers onderdeel waren van het onderzoeksteam. Zij namen actief deel aan alle onderzoeksfases, waaronder de onderzoeksopzet, de ontwikkeling van de vragenlijst, de werving van deelnemers, de data-interpretatie en het schrijven en presenteren van de eindproducten. Daarnaast werd een stuurgroep ingezet om mee te denken over de onderzoeksopzet, de vragenlijst, de outreach-activiteiten, de data-analyse en het opstellen van het eindrapport. Sleutelfiguren met een breed netwerk binnen de sekswerkgemeenschap werden betrokken om deelnemers te werven en bij te dragen aan de interpretatie van de onderzoeksresultaten.

De studie werd goedgekeurd door de medisch ethische toetsingscommissie (METC) van het Erasmus MC onder nummer: MEC-2024-0534.

Dataverzameling

Voor de ontwikkeling van de vragenlijst werden verschillende belanghebbenden geraadpleegd voor input en feedback, waaronder sekswerkers, Soa Aids Nederland, het RIVM, wetenschappers en zorgprofessionals. Het uiteindelijke doel was het creëren van een anonieme vragenlijst die binnen 20 minuten ingevuld kon worden, wat strategische keuzes vereiste. De vragenlijst richtte zich op onderwerpen zoals werk, soa's en hiv, mentaal welzijn, toegang tot zorg, zorgbehoeften en ervaringen met geweld. Daarnaast was het streven om de vragenlijst

zodanig op te stellen dat deze na enkele jaren opnieuw uitgevoerd kon worden. De vragenlijst werd opgesteld op taalniveau B1 om toegankelijkheid voor een breed publiek te waarborgen. Voor een specifieke groep sekswerkers voor wie het invullen van de volledige vragenlijst te complex bleek, werd er een kortere en eenvoudigere versie van de vragenlijst ontwikkeld. Deze versie bevatte vereenvoudigde vragen om ervoor te zorgen dat deze groep alsnog kon bijdragen aan het onderzoek. De vragenlijst werd vertaald naar het Nederlands, Engels, Spaans, Hongaars en Roemeens om een breed bereik te garanderen. Voor de dataverzameling werd de online tool Limesurvey ingezet. Sekswerkers van 18 jaar en ouder die in 2024 in Nederland werkten, ongeacht geslacht of gender, konden deelnemen.

In de eerste maanden van 2024 werd, in nauwe samenwerking met community-onderzoekers en de stuurgroep, een uitgebreid outreachplan opgesteld. Samen met (ervarings)experts, op basis van eerdere ervaringen met vergelijkbaar onderzoek en aanbevelingen uit wetenschappelijk onderzoek werd een strategie ontwikkeld om een zo breed mogelijke groep sekswerkers in Nederland te bereiken (28). Hierbij werd besloten om snowball sampling toe te passen via 9 community-onderzoekers die een divers netwerk van sekswerkers door het hele land vertegenwoordigen, variërend in provincie, gender en nationaliteit/moedertaal. Het doel was om tussen de 250 en 300 sekswerkers te betrekken bij het invullen van de vragenlijst. Als vergoeding ontvingen deelnemers 20 euro contant of een voucher ter waarde van €20 voor een online webwinkel.

Analyse

Alle data werden geanalyseerd met de software R, waarbij een uitgebreide data cleaning werd uitgevoerd om de kwaliteit en consistentie van de gegevens te waarborgen. Vervolgens werden bepalende variabelen voor seksuele gezondheid geïdentificeerd, waaronder gender, leeftijd, verblijfsstatus, inkomen en het aantal klanten. Beschrijvende statistieken, zoals aantallen (N), percentages (%) en 95% betrouwbaarheidsintervallen, werden berekend om inzicht te krijgen in de kenmerken van de onderzoekspopulatie.

Daarnaast werden multivariate logistische en lineaire regressieanalyses uitgevoerd met een backward selectieprocedure om de meest relevante determinanten van seksuele gezondheid te identificeren. De regressieanalyses werden specifiek uitgevoerd voor de afhankelijke variabelen: hiv, soa's, soa-testen, geweld, inkomen, harddrugsgebruik, hepatitis B-vaccinatie en, mentaal welzijn en werktevredenheid. Deze selectie van variabelen zijn als belangrijkste focus voor het onderzoek door experts geïdentificeerd en geven geen volledig beeld van de seksuele gezondheid. De onafhankelijke variabelen die categoriaal in iedere multivariate analyse werden meegenomen waren:

- **gender**

- 1: cis vrouwen*,
- 2: cis mannen,
- 3: trans vrouwen en
- 4: overige gendergroepen,

- **leeftijd**

- 1: 18-24,
- 2: 25-34 en
- 3: 35+*,

- **verblijfsstatus**

- 1: Nederlands paspoort*,
- 2: EU paspoort/kennis of expat visum en
- 3: ongedocumenteerd, asielstatus of anders,

- **gemiddeld aantal klanten per week**

- 1: geen,
- 2: ik zag wel klanten, maar minder dan 1 klant per week,
- 3: 1-10 klanten per week en
- 4: meer dan 10 klanten per week* en

- **inkomen**

- 1: voldoende om prettig te kunnen leven*,
- 2: onvoldoende; niet genoeg inkomen om naast mijn woning en boodschappen nog prettig te leven,
- 3: ernstig onvoldoende; niet genoeg inkomen om mijn woning en boodschappen te betalen.

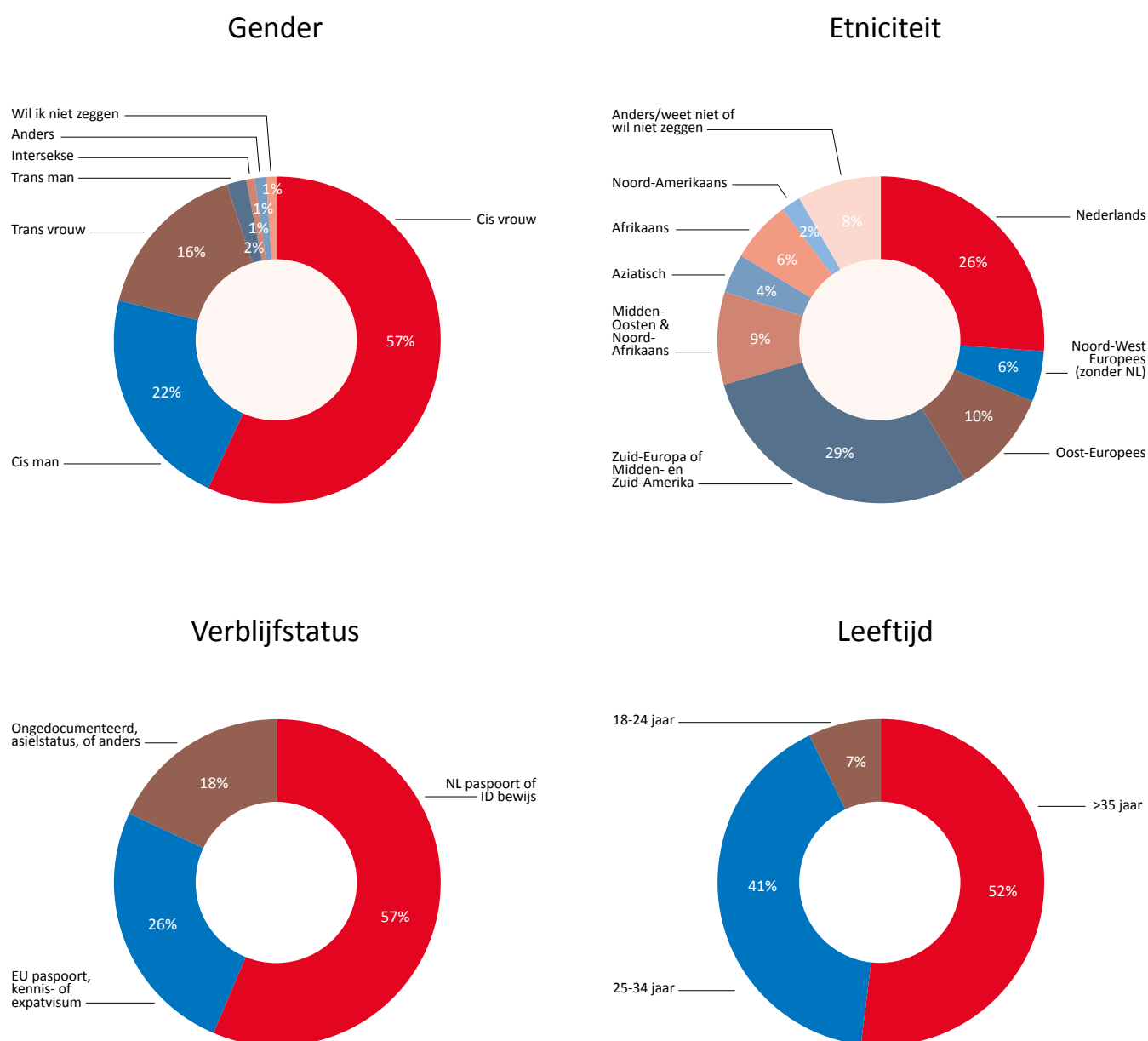
*is referentie categorie, gekozen op basis van grootste aantal.

Deze variabelen (gender, verblijfsstatus, leeftijd, aantal klanten en inkomen) werden in alle multivariate analyses meegenomen en vervolgens werd middels backward selectie en de laagste AIC waarde het beste model gekozen. De variabelen die overbleven in het beste model worden in dit rapport gepresenteerd. Bijvoorbeeld als gender als bepalende factor overbleef in het beste model voor het hebben van een soa presenteren we de percentages voor hiv per gender groep in de resultaten.

Resultaten

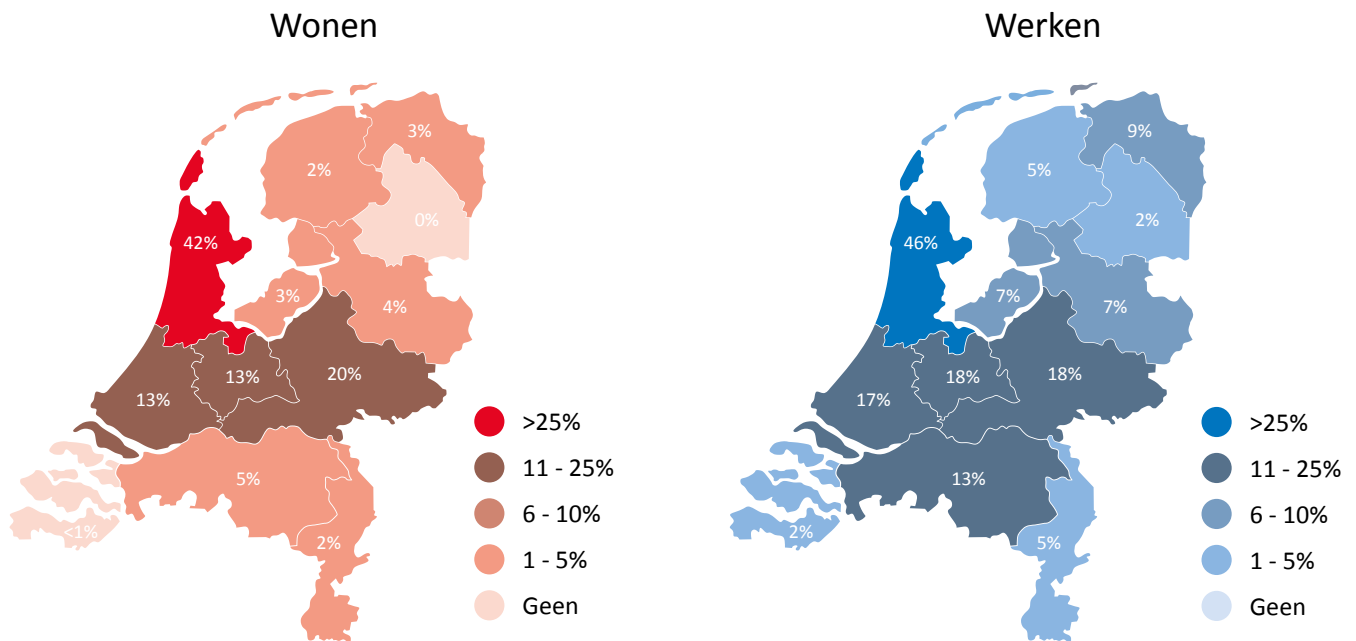
Respondenten beschrijving

In totaal namen 268 sekswerkers deel aan het onderzoek, waarvan de resultaten een diverse groep respondenten laten zien (zie figuur 1).



Figuur 1. Respondenten beschrijving op basis van gender, etniciteit, geboorteland, verblijfsstatus en leeftijd

De meerderheid identificeerde zich als cisgender vrouw (57%), gevolgd door cisgender man (22%) en transgender vrouw (16%). Daarnaast waren er kleinere aantallen transgender man (2%), intersekse (1%) en respondenten die zich als “anders” identificeerden (1%). Wat betreft etniciteit, was 29% Zuid-Europees of Midden- en Zuid-Amerikaans, 26% Nederlands, 10% Oost-Europees, 9% Midden-Oosten en Noord-Afrikaans, 6% Noordwest-Europees, 6% Afrikaans, en kleinere aantallen uit Aziatisch, Noord-Amerikaans en Oceanisch. Wat geboorteland betreft, is 39% van de respondenten geboren in Nederland, terwijl 61% uit andere landen afkomstig is. Verder heeft 57% een Nederlands paspoort of ID, 26% beschikt over een EU-paspoort of expatvisum, en 18% heeft illegaal verblijf, asielp proces of anders. Leeftijdsgewijs is 52% van de respondenten ouder dan 35 jaar, 41% valt in de leeftijdscategorie van 25-34 jaar, en 7% is tussen de 18 en 24 jaar oud. Verder geeft 63% aan voldoende inkomen te hebben, 23% heeft een onvoldoende inkomen, en 13% heeft een ernstig onvoldoende inkomen.

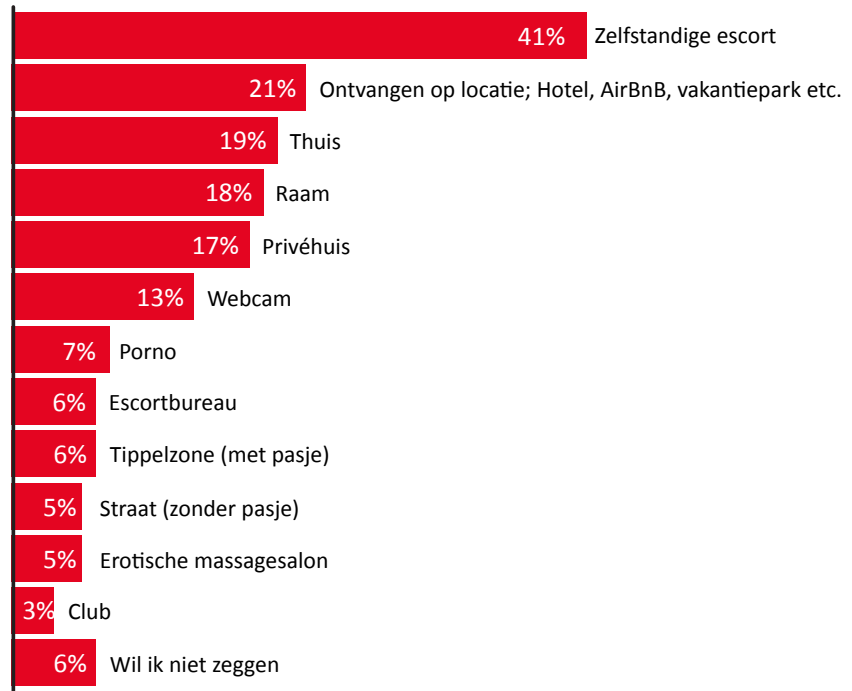


Figuur 2. Verdeling respondenten per provincie voor wonen en werken

Figuur 2 toont de verdeling van de respondenten naar woon- en werkprovincie. Wat betreft de woonprovincie, is Noord-Holland de grootste groep met 42%, gevolgd door Gelderland (20%), Utrecht (13%) en Zuid-Holland (13%). Kleinere aantallen respondenten komen uit Overijssel (4%), Flevoland (3%), Groningen (3%), Noord-Brabant (5%), Limburg (2%) en Friesland (2%). Er waren ook 3% die uit het buitenland kwamen, 3% die

aangaven “niet van toepassing” te zijn, en 3% die hun woonprovincie niet wilden aangeven. Wat betreft de werkprovincie, is Noord-Holland opnieuw de grootste groep met 46%, gevolgd door Gelderland (18%), Utrecht (18%) en Zuid-Holland (17%). Ook hier komen kleinere aantallen respondenten uit Overijssel (7%), Flevoland (7%), Groningen (9%), Friesland (5%), Noord-Brabant (13%), Limburg (5%) en Zeeland (2%). Er zijn 6% die hun werkland als “anders” aangaven, 3% die aangaven “niet van toepassing” te zijn, en 6% die hun sekswerkprovincie niet wilden zeggen.

Vorm sekswerk



Figuur 3. Verdeling van respondenten per sekswerk vorm

Figuur 3 laat de verdeling in de vormen van sekswerk onder de respondenten zien. De meeste respondenten werkten als zelfstandige escort (41%), gevolgd door sekswerkers die ontvangen op locatie, zoals hotels, AirBnB's of vakantieparken (21%). Thuiswerkers vormden 19% van de groep, terwijl 18% in de ramen actief was. Verder gaven 17% aan in een privéhuis te werken, en 13% werkten via webcam. Kleinere aantallen respondenten werkten in de porno-industrie (7%), voor een escortbureau (6%), in een tippelzone met pasje (6%), op straat zonder pasje (5%), in een erotische massagesalon (5%), of in een club (3%). Ten slotte gaf 6% van de respondenten aan de vorm van sekswerk niet te willen vermelden.

De respondenten hadden verschillende redenen waarom ze sekswerk deden (zie figuur 4). De meest genoemde reden is om genoeg geld te hebben zonder hulp van anderen (56%), gevolgd door het verlangen om meer geld te verdienen dan in een andere baan (37%). Daarnaast gaven 32% aan dat ze sekswerk doen omdat ze zelf hun uren kunnen

bepalen, en 30% omdat ze zelf kunnen bepalen wat ze doen. 19% omdat ze het leuk vinden, en 17% gaf aan nieuwsgierig of avontuurlijk te zijn. 13% van de respondenten gaf aan sekswerk te doen omdat ze weinig andere mogelijkheden hadden om werk te vinden. Kleinere percentages gaven aan dat ze gedwongen werden (6%) of sekswerk verrichten om hun studie (5%), gendertransitie (4%) of drugsverslaving (4%) te betalen. Tot slot gaf 6% aan de reden van sekswerk niet te willen vermelden. De gemiddelde werk tevredenheid was 6.6 op een schaal van 1-10 waarbij 1 zeer ontevreden was en 10 zeer tevreden. In lineaire multivariate analyse met werktevredenheid als uitkomst blijkt dat het hebben van een ongedocumenteerde of asiel verblijfsstatus een negatief effect heeft op de werktevredenheidsscore (-0.8, $p=0.04$). Ditzelfde blijkt voor het hebben van onvoldoende of ernstig onvoldoende inkomen (resp. -1.0, $p<0.01$ en -1.2, $p<0.01$).

Reden sekswerk



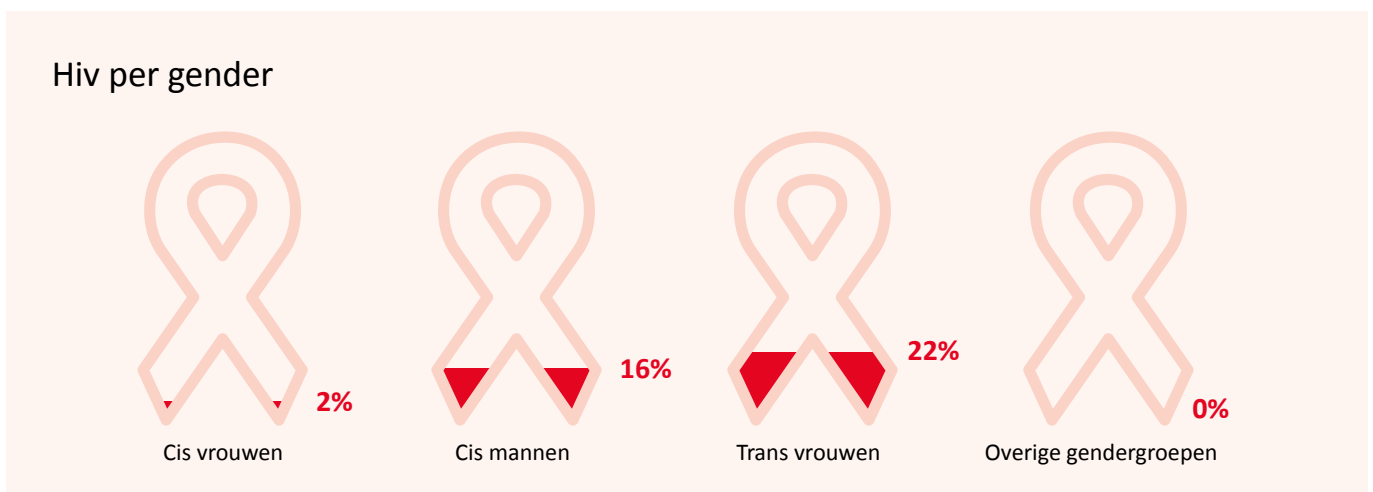
Figuur 4. Redenen om sekswerk te doen

Seksueel gedrag

Het gender van de klanten in de afgelopen 6 maanden was voor 82% cisgender mannen, 13% cisgender vrouwen, 8% non-binaire personen, 4% transgender vrouwen en 3% transgender mannen. 7% van de respondenten wilde de gender(s) van hun klanten niet vermelden. Wat betreft groepsseks, gaf 74% aan geen groepsseks te hebben gehad in de afgelopen 6 maanden, 14% had dit 1 of 2 keer gedaan en 9% vaker dan 2 keer. 3% wilde niet zeggen of ze aan groepsseks deelnamen.

Het gemiddelde aantal klanten per week was als volgt: 33% had meer dan 10 klanten per week, 32% zag 1-10 klanten per week, 31% had minder dan 1 klant per week, en 4% zag geen klanten. 69% van de sekswerkers had privéseks. Daarvan had het grootste deel 82% seks met cisgender mannen, gevolgd door 18% met cisgender vrouwen. Verder geeft 52% aan dat de sekspartners weten van het werk als sekswerkers, 18% geeft aan dat sommige sekspartners het weten en 30% dat de sekspartners het niet weten. Ook zijn de meeste sekswerkers tevreden over hun privé seksleven (gemiddelde score, waarbij 1 zeer ontevreden – 10 zeer tevreden) wat betreft hoe vaak ze seks hebben (5.9), hun seksuele wensen (6.5), hun gevoel van opwinding tijdens de seks (7.5) en de emotionele verbinding met de ander (7.1).

Hiv-prevalentie, -behandeling, -stigma en -preventie



Figuur 5. Hiv-prevalentie per gender

Uit de multivariate analyses bleek dat de hiv-status significant verschilde per gender. Onder cisgender vrouwen had 2% hiv – een fors percentage – maar dit lag aanzienlijk hoger bij cisgender mannen (16%) en transgender vrouwen (22%). Onder transgender mannen, intersexe personen en mensen met een andere genderidentiteit gaf niemand aan hiv te hebben.

Van de 21 respondenten die hiv hebben, gebruikte 81% dagelijks hiv-medicatie in de afgelopen zes maanden. Daarnaast gaf 10% aan de medicatie “redelijk vaak” te hebben gebruikt en 10% helemaal niet. Opvallend is dat van de vier respondenten die hiv-medicatie inconsistent gebruiken, drie cisgender vrouwen zijn (dit zijn alle cisgender vrouwen met hiv in dit onderzoek) en één transgender vrouw. De twee respondenten die helemaal geen medicatie gebruiken, zijn beiden niet in Nederland geboren, maar beschikken over een Nederlands of EU-paspoort. Eén betreft een cisgender vrouw met voornamelijk cisgender mannen als klant; de ander is een transgender vrouw die niet wilde antwoorden op de vraag over het gender van haar klanten. In deze gevallen blijkt uit de gegevens dat er in de afgelopen zes maanden sprake is geweest van onbeschermd anale seks met klanten.

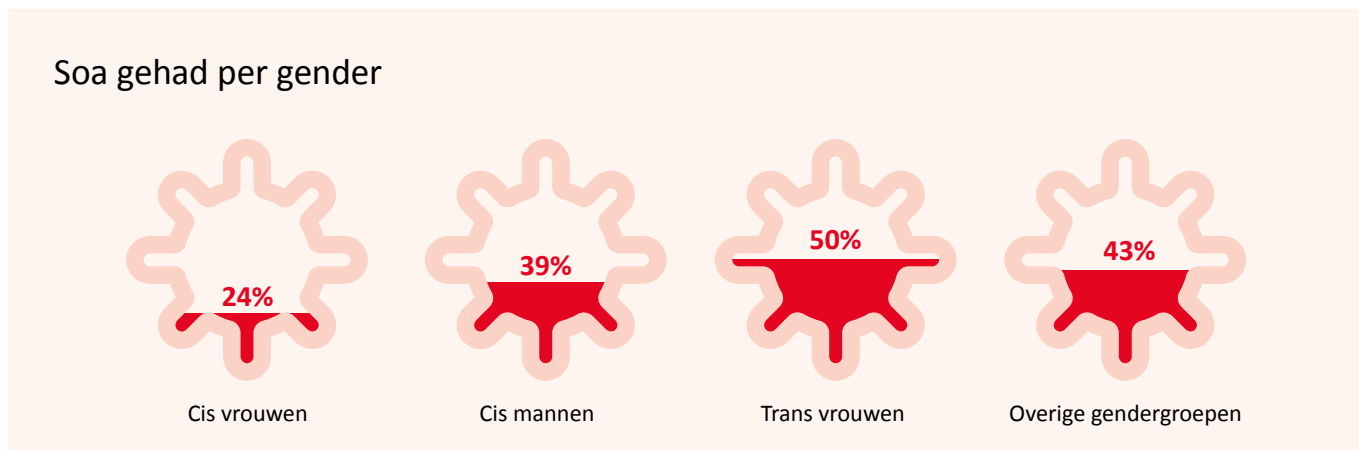
Wat betreft de tijd sinds de hiv-diagnose gaf 76% aan deze meer dan vijf jaar geleden te hebben gekregen, 14% tussen twee en vijf jaar geleden, 5% tussen één en twee jaar geleden en 5% tussen zes en twaalf maanden geleden. Zestien van de zeventien respondenten zijn bekend met het principe “n=n” (niet meetbaar = niet overdraagbaar). Tegelijkertijd voelt 41% (7 van de 17) zich anders behandeld in de hiv-zorg vanwege hun werk als sekswerker. Deze groep was divers in zowel gender als etniciteit. De meesten van hen gaven een score van 2 of 3 op een schaal van 1 (geen verschil in behandeling) tot 5 (zeer anders behandeld). Eén persoon gaf de hoogste score van 5 uit 5. Daarnaast voelt 27% (4 van de 15) zich anders behandeld als sekswerker omdat zij hiv hebben.

De meeste mensen met hiv in de steekproef zijn van Zuid-Europese of Zuid-Amerikaanse afkomst; daarnaast zijn er cisgender mannen met een Nederlandse of Afrikaanse etniciteit. Slechts één persoon is ongedocumenteerd, drie personen hebben een verblijfsvergunning op basis van een asielaanvraag, zeven beschikken over een Nederlands paspoort en acht over een EU-paspoort. Opvallend is dat we in dit onderzoek relatief weinig mensen met hiv zonder verblijfsdocumenten of met een asielstatus aantreffen.

Onder de sekswerkers die hiv hebben, geven twee cisgender mannen (één met een Nederlandse en één met een Afrikaanse etniciteit) aan zowel cisgender mannen als vrouwen als klant te hebben; één cisgender man heeft zowel cisgender mannen als transgender mannen als klant; de overige respondenten hebben uitsluitend cisgender mannen als klant. Van de cisgender mannen identificeert 60% zich als heteroseksueel en 40% als queer of biseksueel. De transgender vrouwen identificeren zich gemengd als hetero, bi of queer. Van de cisgender vrouwen zijn er twee biseksueel en één heteroseksueel.

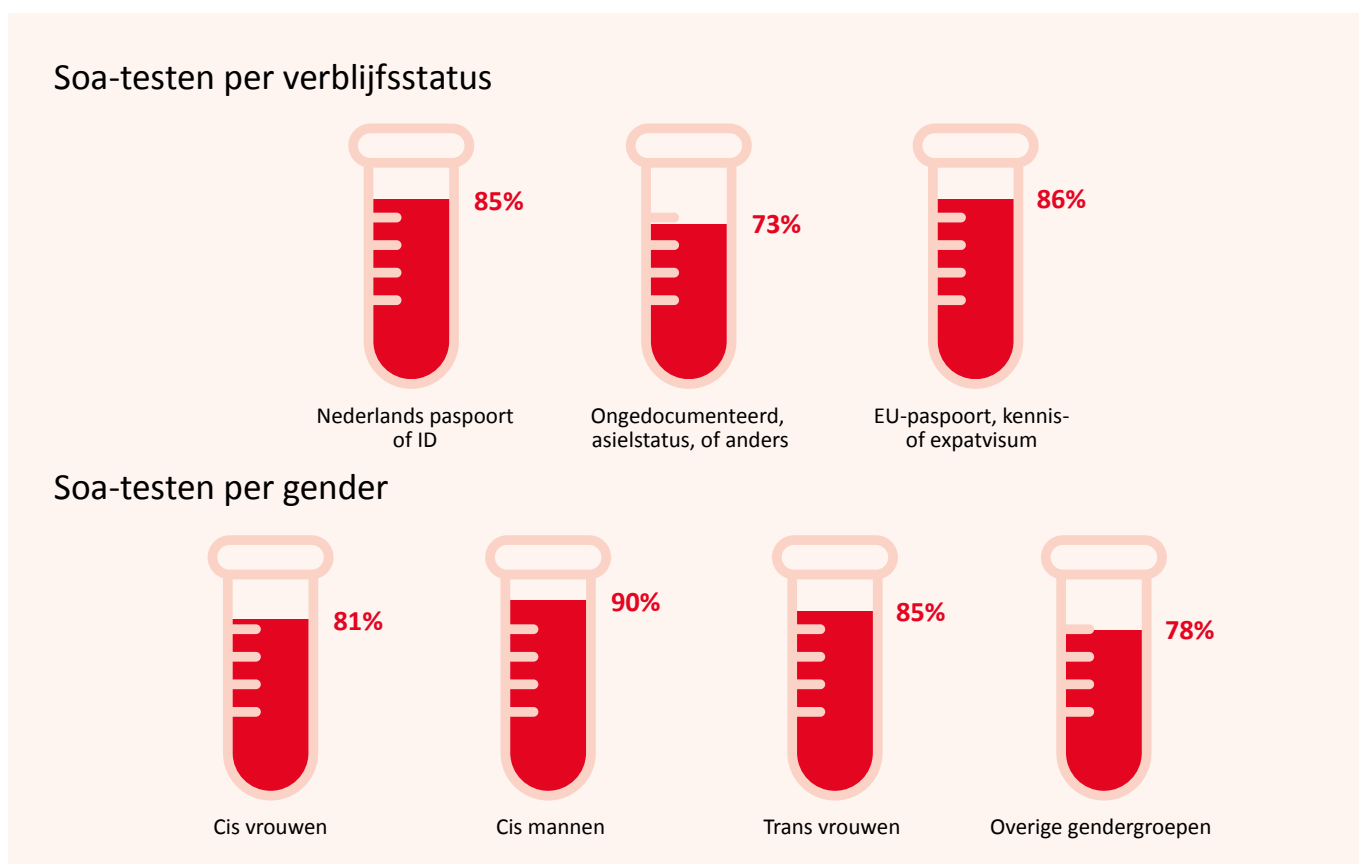
Onder de respondenten die geen hiv hebben, gebruikte 14% PrEP dagelijks, 5% gebruikte het alleen rondom seks, 7% gebruikte het soms, 73% gebruikte het niet en 1% wilde hierover geen antwoord geven. Bijna alle personen die PrEP dagelijks of rondom seks gebruikten, zijn cisgender mannen, transgender vrouwen of transgender mannen, terwijl het overgrote deel van de niet-gebruikers cisgender vrouwen betreft. Van de respondenten die geen PrEP gebruikten, gaf 15% aan wél de wens te hebben om PrEP te gebruiken — het merendeel hiervan zijn cisgender vrouwen met diverse etnische achtergronden. 57% gaf aan geen behoefte te hebben aan PrEP, 27% wist het niet en 1% wilde hierover geen antwoord geven.

Soa's en testen



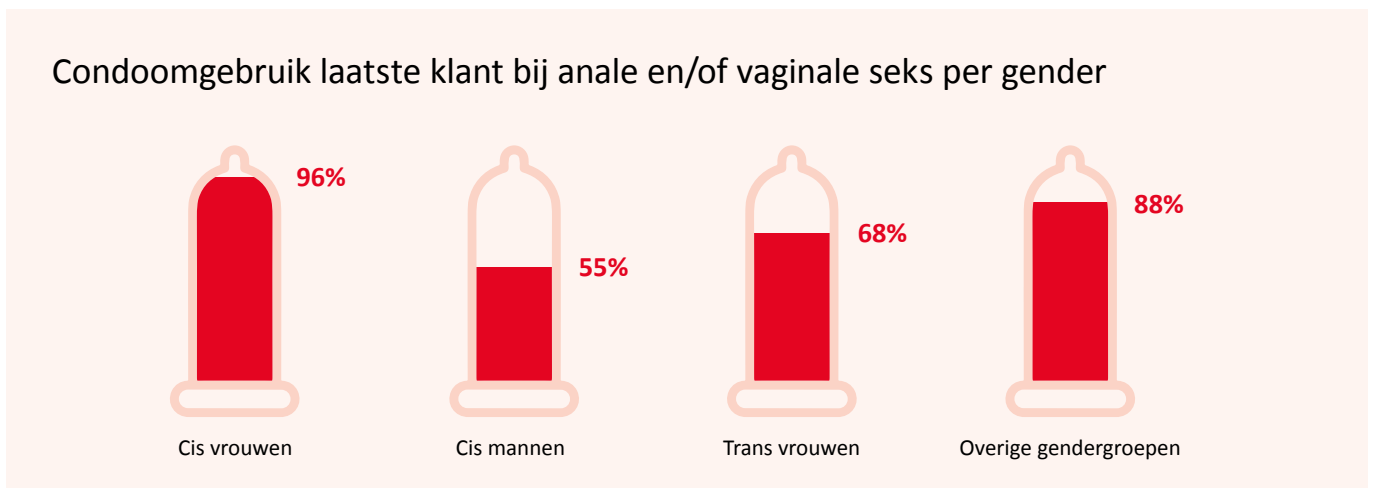
Figuur 6. Soa gehad in de afgelopen 6 maanden per gender

Net zoals bij hiv-status, bleek gender in de multivariate analyses ook de bepalende factor te zijn voor andere soa's. In deze analyse zijn enkel de 188 respondenten meegenomen die aangaven een soa-test te hebben gedaan. Van de cisgender vrouwen had 24% een soa gehad in de afgelopen 6 maanden, terwijl dat voor cisgender mannen (39%) en transgender vrouwen (50%) significant hoger was. In de overige categorieën (transgender mannen, intersexe personen en anders) was het soa-percentage 43%.



Figuur 7. Soa gehad in de afgelopen 6 maanden per gender en verblijfsstatus

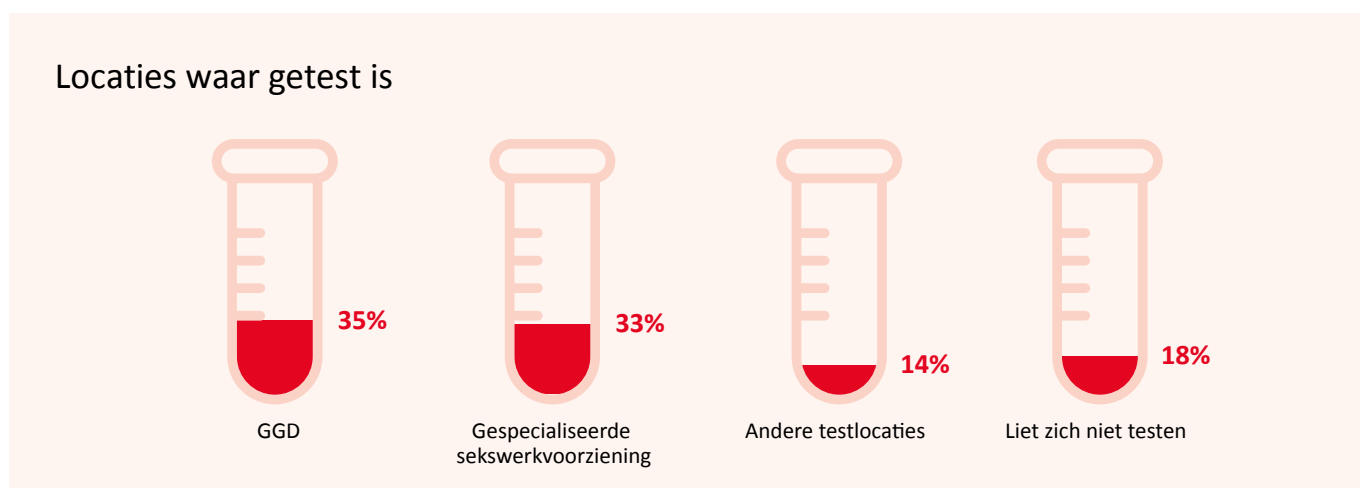
Voor soa-testen bleken gender en verblijfsstatus significante bepalende factoren in de multivariate analyses. Van de cisgender vrouwen liet 81% zich in de afgelopen zes maanden testen, terwijl dit percentage significant hoger lag bij cisgender mannen (90%) en transgender vrouwen (85%) (zie figuur 7). Voor sekswerkers uit de overige gendergroepen was geen significant verschil gevonden, binnen deze groep liet 78% zich testen. Daarnaast liet 86% van de sekswerkers met een Nederlands paspoort of ID zich testen, terwijl een aanzienlijk lager percentage werd gevonden onder ongedocumenteerden of mensen met een asielstatus (73%). Sekswerkers met een EU-paspoort, kennis- of expatvisum (86%) lieten zich even vaak testen als sekswerkers met een Nederlands paspoort of ID. Ook bleek dat sekswerkers met weinig klanten zich vaker niet hadden laten testen in de afgelopen zes maanden. Wat betreft condoomgebruik bij de laatste keer anale en/of vaginale seks met een klant, gebruikte 96% van de cisgender vrouwen, 68% van de transgender vrouwen, 55% van de cisgender mannen en 88% van de overige gendervarianten een condoom (zie figuur 8). Het relatief lagere testgedrag onder cis vrouwen lijkt daarmee gepaard te gaan met hoog condoomgebruik.



Figuur 8. Condoomgebruik

Testlocaties

Bij de analyse van testlocaties is uitgegaan van een indeling op basis van waar sekswerkers zich minstens één keer hebben laten testen als sekswerker. Respondenten die zich bij de GGD als sekswerker hebben laten testen, vallen in de eerste groep, ook als zij daarnaast op andere plekken zijn getest. De tweede groep bestaat uit sekswerkers die zich niet bij de GGD, maar wel bij gespecialiseerde sekswerkvoorzieningen hebben laten testen, zoals ACS (Amsterdam), Door2Door (Rotterdam), Spot46/SHOP (Den Haag), Belle (Utrecht) en PMW013 (Tilburg). De derde groep betreft respondenten die zich uitsluitend elders hebben laten testen, bijvoorbeeld via de huisarts, een privékliniek of commerciële aanbieder. Uit de resultaten blijkt dat 35% van de respondenten zich liet testen via de GGD, 33% via een gespecialiseerde sekswerkvoorziening en 14% uitsluitend via andere testlocaties. De rest (18%) liet zich niet testen.



Figuur 9. Testlocaties

De verdeling laat duidelijke verschillen zien op basis van verblijfsstatus. Van de sekswerkers met een Nederlands paspoort heeft 40% zich laten testen bij de GGD, 29% bij een gespecialiseerde sekswerkvoorziening en 16% elders. Onder sekswerkers met een EU-paspoort, kennis- of expatvisum heeft 29% zich getest bij de GGD, 37% bij een gespecialiseerde sekswerkvoorziening en 17% elders. Sekswerkers zonder verblijfsdocumenten of met een asielstatus hebben zich in 26% van de gevallen laten testen bij de GGD, 40% bij een gespecialiseerde sekswerkvoorziening en slechts 5% elders.

Bij alle testen elders – dus buiten de GGD en gespecialiseerde sekswerkvoorzieningen om – blijkt de huisarts veruit de meest gebruikte testlocatie te zijn:

Testen elders per verblijfsstatus

- **Huisarts:** 11% (NL), 9% (EU/expat), 4% (ongedocumenteerd/asiel)
- **Ziekenhuis:** 3% (NL), 6% (EU/expat), 2% (ongedocumenteerd/asiel)
- **Privékliniek:** 2% (NL), 4% (EU/expat), 0% (ongedocumenteerd/asiel)
- **Zelftest direct:** 1% (NL), 0% (EU/expat), 0% (ongedocumenteerd/asiel)
- **Thuistest via lab:** 1% (NL), 0% (EU/expat), 0% (ongedocumenteerd/asiel)
- **Geboorteland:** 0% (NL), 18% (EU/expat), 2% (ongedocumenteerd/asiel)

Ook op basis van gender zijn duidelijke verschillen zichtbaar. Van de cisgender vrouwen liet 42% zich testen bij de GGD, 23% bij een gespecialiseerde sekswerkvoorziening en 15% uitsluitend elders. Voor cisgender mannen was dit 16% testen bij de GGD, 41% bij een gespecialiseerde sekswerkvoorziening en 33% elders. Onder transgender vrouwen liet 34% zich testen bij de GGD, 45% bij een gespecialiseerde sekswerkvoorziening en 5% uitsluitend elders.

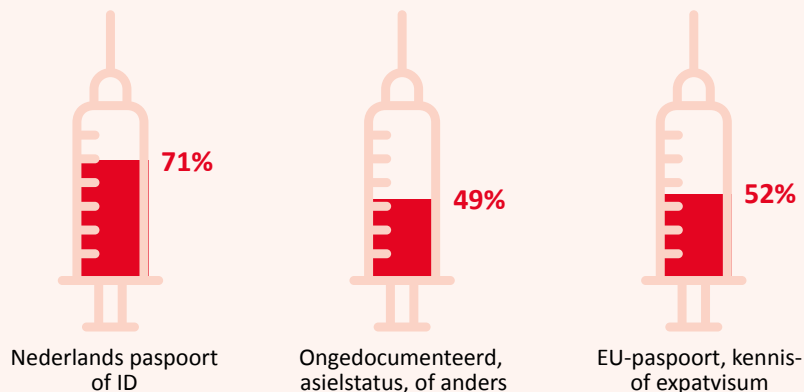
Ook hier zien we de verdeling van alle testen elders (e.g. buiten de GGD en gespecialiseerde sekswerklocaties om):

testen elders per gender

- **Huisarts:** 9% (cis vrouwen), 12% (cis mannen), 2% (trans vrouwen)
- **Ziekenhuis:** 2% (cis vrouwen), 10% (cis mannen), 0% (trans vrouwen)
- **Privékliniek:** 3% (cis vrouwen), 3% (cis mannen), 0% (trans vrouwen)
- **Zelftest direct:** 1% (cis vrouwen), 0% (cis mannen), 0% (trans vrouwen)
- **Thuistest via lab:** 1% (cis vrouwen), 2% (cis mannen), 0% (trans vrouwen)
- **Geboorteland:** 5% (cis vrouwen), 7% (cis mannen), 2% (trans vrouwen)

Hepatitis B-vaccinatie

Volledige hepatitis B-vaccinatie per verblijfstatus



Figuur 10. Hepatitis B vaccinatie per verblijfsstatus

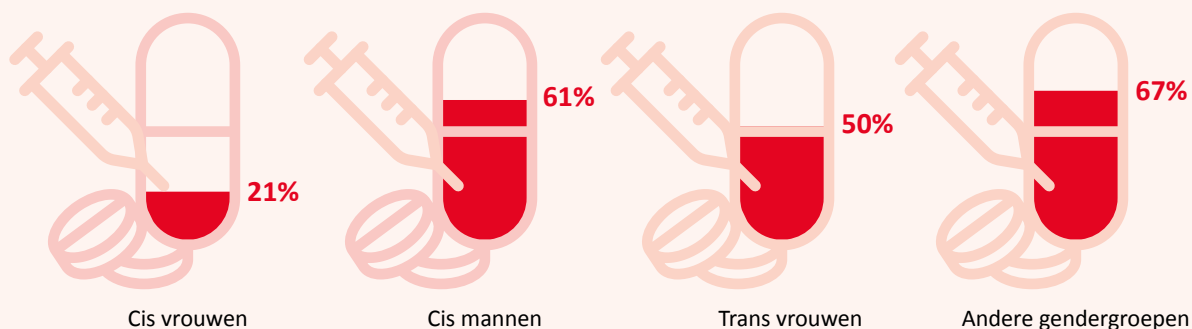
Volledige hepatitis B-vaccinatie (3 keer) bleek in de multivariate analyse afhankelijk te zijn van verblijfsstatus. Van de sekswerkers met een Nederlands paspoort of ID-bewijs bleek 71% volledig gevaccineerd, terwijl dit significant lager was voor sekswerkers met een EU paspoort, kennis- en expatvisum (52%) en sekswerkers die ongedocumenteerd, via asiel of anders in Nederland zijn (49%). Ook waren de sekswerkers met meer klanten vaker gevaccineerd.

Wat betreft hepatitis B-testen gaf 56% van de respondenten aan de laatste keer een negatieve uitslag te hebben ontvangen, wat betekent dat zij geen hepatitis B hadden. Drie procent van de respondenten kreeg een positieve uitslag en had dus wel hepatitis B. Verder gaf 25% aan zich niet te hebben laten testen, terwijl 12% niet wist of zij getest waren. Daarnaast wilde 4% van de respondenten niet zeggen of zij zich hadden laten testen voor hepatitis B.

De respondenten gaven verschillende bronnen aan waar zij hadden gehoord dat ze zich konden laten vaccineren tegen hepatitis B, waarbij de soa-poli van de GGD het vaakst genoemd werd (54%). Vervolgens gaf 14% aan via GGD-medewerkers op een feest, festival of seksclub te hebben gehoord over de vaccinatie. 10% hoorde het van een collega, 8% via Sekswerk.info en 7% via online communicatie, zoals banners of chatsites. Vier procent kreeg de informatie van Mantotman.nl en 2% via sms. Tot slot gaf 11% aan nog nooit van de mogelijkheid om zich te laten vaccineren tegen hepatitis B te hebben gehoord.

Harddrugsgebruik rondom werk

Harddrugsgebruik per gender

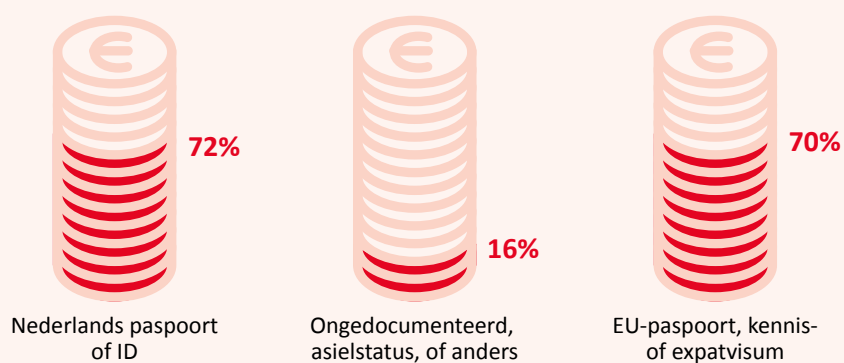


Figuur 11. Harddrugsgebruik rondom werk in de afgelopen 6 maanden per gender

Voor harddrugsgebruik rondom werk bleek in de multivariate analyse gender de bepalende factor. Een 21% van de cisgender vrouwen gebruikte in de afgelopen 6 maanden wel eens harddrugs rondom werk, in vergelijking tot 61% van de cisgender mannen, 50% van de transgender vrouwen en 67% van de andere gendergroepen.

Inkomen

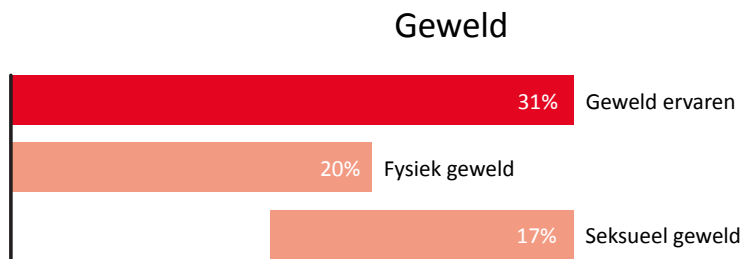
Voldoende inkomen per verblijfsstatus



Figuur 12. Inkomen in de afgelopen 6 maanden per verblijfsstatus

In de multivariate analyses bleek het inkomen van sekswerkers sterk samen te hangen met hun verblijfsstatus. Waar 72% van de sekswerkers met een Nederlands paspoort of ID aangaf voldoende inkomen te hebben om prettig te kunnen leven naast het betalen van huur en rekeningen, gold dit voor slechts 16% van de sekswerkers zonder geldige verblijfsdocumenten of met een asielstatus – een opvallend laag en zorgwekkend percentage. Van de sekswerkers met een EU-paspoort, kennis- of expatvisum rapporteerde 70% voldoende inkomen te hebben. Daarnaast bleek, zoals verwacht, dat sekswerkers met meer klanten vaker aangaven over voldoende inkomen te beschikken.

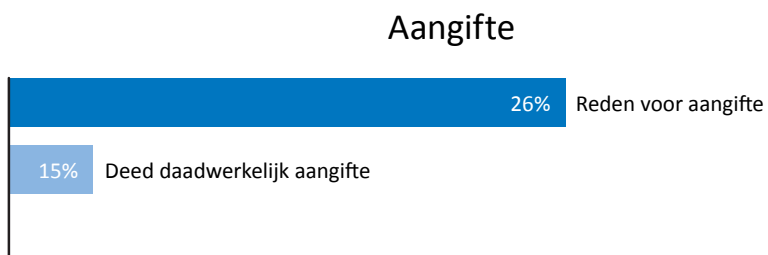
Veiligheid



Figuur 13. Fysiek en seksueel geweld

Geweld was de enige variabele waarvoor geen bepalende factoren werden gevonden in de multivariate analyses. In totaal heeft 31% van de sekswerkers fysiek en/of seksueel geweld ervaren in de afgelopen 6 maanden – waarbij gender, verblijfsstatus, leeftijd, aantal klanten en inkomen geen significante rol speelden. Twintig procent van de sekswerkers had fysiek geweld ervaren en 17% van de sekswerkers had seksueel geweld ervaren.

Van de 26% sekswerkers die aangaven reden te hebben om aangifte te doen, heeft 15% daadwerkelijk aangifte gedaan. De overige 85% die geen aangifte deed, bestond uit 15% die wel naar de politie ging maar geen aangifte deed, en 70% die helemaal niet naar de politie ging. De gemiddelde veiligheidsscore die de sekswerkers gaven, was 6.9 op een schaal van 1 tot 10, waarbij 1 betekent “helemaal niet veilig” en 10 “heel erg veilig”. De meeste sekswerkers beoordeelden de rol van de politie in hun veiligheid als neutraal, terwijl 25% de politie als beschermend beschouwde en 18% de politie als gevaarlijker ervoer.



Figuur 14. Aangifte doen

Mentaal welzijn



Figuur 15. Gemiddelde mentale welzijnscore van sekswerkers en factoren die het mentale welzijn positief en negatief beïnvloeden

Voor het mentale welzijn hebben we een lineaire regressie analyse uitgevoerd, aangezien de respondenten hun mentale welzijn beoordeelden op een schaal van 1 (heel slecht) tot 10 (heel goed), waarbij de gemiddelde score 6,3 was. Uit de analyse bleek dat het mentale welzijn gemiddeld 1,8 punten lager was bij sekswerkers met een onvoldoende inkomen. Daarnaast resulteerde het gebruik van harddrugs rondom het werk in een verlaging van de score met 1,0 punt. Aan de andere kant had het zijn van een transgender vrouw (+0,9) en een leeftijd boven de 35 jaar (+0,7) een positieve invloed op het mentale welzijn, wat resulteerde in een hogere score.

Ten slotte zijn sekswerkers over het algemeen tevreden met hun seksuele gezondheid (gemiddeld 7.6 uit 10) en de seksuele gezondheidszorg (gemiddeld 7.3 uit 10).

Discussie

Dit onderzoek biedt belangrijke inzichten in de seksuele gezondheid van sekswerkers in 2024, waarbij een diverse groep sekswerkers uit het hele land is bereikt via sleutelfiguren binnen sekswerknetwerken. De resultaten laten zien dat de seksuele gezondheid sterk varieert tussen subgroepen, met name op basis van gender en verblijfsstatus. Hierdoor is het niet mogelijk om algemene uitspraken te doen over de gehele sekswerkerspopulatie in Nederland. Een benadering per subgroep, afgestemd op hun specifieke situatie en behoeften, is essentieel om zowel onderzoek als interventies effectief en doelgericht vorm te geven.

Het onderzoek brengt daarnaast een aantal gezondheidsindicatoren in kaart die tot nu toe beperkt zijn onderzocht onder sekswerkers. Positieve bevindingen zijn onder meer een hoge tevredenheid over werk, seksuele gezondheid en de zorg, hoog soa-testgedrag onder cisgender mannen, hoog condoomgebruik onder cisgender vrouwen, en de brede bekendheid met het principe 'n=n' onder mensen met hiv. Tegelijkertijd laten de resultaten ook punten zien waar het nog wringt en waar extra aandacht hard nodig is.



Hiv

De hiv-prevalentie onder sekswerkers in dit onderzoek is zorgwekkend hoog: 2% onder cisgender vrouwen, 16% onder cisgender mannen en 22% onder transgender vrouwen – aanzienlijk hoger dan het hiv-percentage van ongeveer 0,1% in de algemene bevolking. Het percentage onder transgender vrouwen komt overeen met cijfers uit de GGD SOAP-data (21%). Van de respondenten die hiv hebben, gebruikte 81% dagelijks hiv-medicatie in de afgelopen zes maanden; 10% gaf aan deze “redelijk vaak” te hebben gebruikt en 10% gebruikte helemaal geen medicatie. Indien “redelijk vaak” voldoende is om het virus ondetecteerbaar te houden (29), blijft overdracht bij 10% mogelijk; indien dit onvoldoende blijkt, stijgt dit aandeel naar 20%. Dit is in beide gevallen duidelijk lager dan het UNAIDS-doel van 95% voor 2025 (30). Tegelijkertijd gaf 41% van de respondenten met hiv aan zich anders behandeld te voelen in de hiv-zorg vanwege hun werk als sekswerker. Deze groep was divers in gender en etnische achtergrond, wat suggereert dat stigma zich niet beperkt tot één subgroep. Opvallend is verder dat in deze steekproef relatief weinig mensen zonder verblijfsdocumenten of met een asielstatus met hiv werden aangetroffen, terwijl uit eerder onderzoek blijkt dat juist binnen deze groep de hiv-prevalentie hoog is (7,31,32). Dit suggereert een mogelijk grote groep ongediagnosticeerde hiv-infecties, mede door beperkte toegang tot en bekendheid met hiv- en soa-testen. Het PrEP-gebruik weerspiegelt ook een duidelijke genderverdeling: bijna alle gebruikers zijn cisgender mannen of transgender vrouwen, terwijl het merendeel van de niet-gebruikers cisgender vrouw is. Van deze groep gaf 15,3% aan wél PrEP te willen gebruiken – voornamelijk cisgender vrouwen met diverse etnische achtergronden – wat wijst op gemiste kansen in de huidige preventieaanpak. Daarbij laten de incidentie cijfers de tweede helft van 2024 van de GGD SOAP-data ook zien dat nieuwe hiv-diagnoses onder sekswerkers voorkomen (0.0% van de cisgender vrouwen, 0.8% van de cisgender mannen en 0.5% van de transgender vrouwen).

Aanbevelingen

- **Erken sekswerkers expliciet als risicogroep voor hiv in beleid, campagnes en PrEP-richtlijnen, naast MSM en migranten uit hiv-endemische gebieden, aangezien veel sekswerkers met hiv in dit onderzoek buiten deze groepen lijken te vallen.**
- **Versterk de bekendheid met en toegang tot hiv-testen voor ongedocumenteerden en mensen met een asielstatus. Richt het hierbij ook op hiv testen buiten het asielzoekerscentrum.**
- **Stem hiv-preventie en -zorg gericht af op subgroepen. Zoals op basis van gender en verblijfsstatus.**
- **Train zorgverleners in stigma-sensitieve en inclusieve hiv-zorg voor sekswerkers. Dit kan door middel van bijscholing, het gebruik van inclusieve richtlijnen en samenwerking met sekswerkersorganisaties.**



Toegang tot soa-testen en preventie

Dit onderzoek laat zien dat, net als bij hiv, zowel gender als verblijfsstatus sterk samenhangen met soa-prevalentie, testgedrag en toegang tot preventieve zorg. Transgender vrouwen en cisgender mannen hadden vaker een soa dan cisgender vrouwen, en ook het condoomgebruik lag bij deze groepen lager. Ook lagen de soa-cijfers (op zijn minst 1 soa gehad in het afgelopen half jaar) in dit onderzoek een stuk hoger dan in de GGD SOAP-data: voor cisgender vrouwen respectievelijk; 24% versus 13% in de SOAP, voor cisgender mannen 39% versus 33%, transgender vrouwen; 50% versus 32% en overige gendergroepen 43% versus 30% (33). Sekswerkers zonder verblijfsdocumenten of met een asielstatus lieten zich minder vaak testen en waren minder vaak volledig gevaccineerd tegen hepatitis B, wat erop wijst dat zij slechter bereikt worden met preventieve zorg. Tegelijkertijd toont de hoge testbereidheid onder andere groepen aan dat sekswerkers wel degelijk verantwoordelijkheid nemen voor hun seksuele gezondheid wanneer de zorg toegankelijk is. Daarbij valt op dat vooral cisgender vrouwen met een Nederlands paspoort zich het vaakst via de GGD laten testen, terwijl sekswerkers met een EU-paspoort, kennis-/expatvisum, ongedocumenteerde status of asielachtergrond – evenals cisgender mannen en transgender vrouwen – veel vaker gebruikmaken van gespecialiseerde sekswerkvoorzieningen. Sekswerkers uit EU-/expatgroepen laten zich bovendien relatief vaak testen in hun geboorteland. Als er gebruik wordt gemaakt van testopties buiten de GGD en gespecialiseerde sekswerklocaties, gebeurt dit meestal via de huisarts. Het gebruik van commerciële testmogelijkheden, zoals privéklinieken of thuistests, blijft zeer beperkt.

Aanbevelingen

- **Zorg voor toegankelijke, laagdrempelige soa-zorg die aansluit bij de diversiteit binnen de sekswerkersgemeenschap, met specifieke aandacht voor genderidentiteit, verblijfsstatus en risicoperceptie. Afstemming op deze verschillen is essentieel om effectief en rechtvaardig preventie- en zorgbeleid te realiseren.**
- **Behoud gratis toegang tot hiv- en soa-testen voor sekswerkers en blijf investeren in gespecialiseerde sekswerkvoorzieningen (zoals ACS, Door2Door, Spot46/SHOP, Belle en PMW013). Zorg daarbij voor betere toegankelijkheid bij de algemene GGD'en door het verminderen van barrières in onder andere taal, anonimiteitskwesies en bekendheid en toegang voor ongedocumenteerde sekswerkers en sekswerkers met een asielstatus.**
- **Herstel en versterk veldwerk om sekswerkers actief, gericht en laagdrempelig te bereiken met voorlichting, preventie, testen en integrale seksuele gezondheidszorg.**



Breder seksueel welzijn

De gemiddelde werktevredenheid was 6.6 op een schaal van 1-10 waarbij 1 zeer ontevreden was en 10 zeer tevreden. Dit cijfer ligt een stuk hoger dan de gemiddelde werktevredenheidscore van 5.3 in de algemene Nederlandse bevolking in 2024 in het onderzoek van Driessen Groep (34). Dit geeft aan dat sekswerkers over het algemeen een hogere mate van werktevredenheid hebben in vergelijking tot mensen in andere beroepen. Een ongedocumenteerde of asiel verblijfsstatus hebben of onvoldoende inkomen bleken een negatief effect te hebben op de werktevredenheid.

Aanbevelingen

- **Benader seksuele gezondheid vanuit een multidisciplinaire en integrale aanpak, waarin aandacht is voor de samenhang tussen seksuele gezondheid, mentale en fysieke zorg, middelengebruik, veiligheid en bestaanszekerheid.**
- **Organiseer een vast en vertrouwd aanspreekpunt in de zorg, waar sekswerkers – ongeacht hun verblijfsstatus – veilig en zonder drempels terecht kunnen voor ondersteuning, begeleiding en doorverwijzing.**
- **Restrictief beleid, dat in de landelijke politiek vaak wordt aangedragen onder het mom van misstandenbestrijding, leidt juist tot meer onveiligheid en kwetsbaarheid binnen de sector. Een focus op een benadering die inzet op contact, vertrouwen, zorg voor iedereen en toegankelijkheid is effectiever en beschermt de rechten en gezondheid van sekswerkers daadwerkelijk.**

Zeer opvallend is het zeer hoge percentage onvoldoende inkomen onder ongedocumenteerde sekswerkers en sekswerkers met een asielstatus. Ook bleek dat inkomen sterk gelinkt is met andere indicatoren van seksuele gezondheid zoals mentaal welzijn. Verder valt het hoge harddrugsgebruik rondom werk ook op, dit was tevens ook hoger dan in de GGD SOAP-data: voor cisgender vrouwen 21% versus 16% SOAP, voor cisgender mannen 61% versus 55%, en voor transgender vrouwen 50% versus 43% (33). De resultaten van dit onderzoek maken duidelijk dat seksuele gezondheid sterk samenhangt met bredere structurele en sociale factoren. Inkomen, harddrugsgebruik, mentale gezondheid, toegang tot zorg, en de invloed van wet- en regelgeving vormen samen een netwerk van onderliggende omstandigheden die elkaar wederzijds beïnvloeden en zowel in positieve als negatieve zin kunnen doorwerken in iemands seksuele gezondheid en veiligheid. Sekswerkers die te maken hebben met onvoldoende inkomen of beperkte toegang tot zorg lopen daardoor mogelijk meer risico op hiv, soa's en geweld, waarbij middelengebruik en psychische problemen deze kwetsbaarheid verder kunnen versterken.

Tegelijkertijd laat de data zien dat verbetering op één terrein – zoals financiële zekerheid of toegang tot zorg – ook een positief effect kan hebben op andere leefdomeinen. Dit blijkt onder andere uit de sterk verbeterde financiële situatie van sekswerkers met een Nederlands paspoort, EU-paspoort of kennis-/expatvisum ten opzichte van de coronaperiode (34). Deze ontwikkeling suggereert dat het opheffen van coronamaatregelen – en daarmee het herstel van legalere werkomstandigheden – bijdraagt aan financiële stabiliteit en daarmee indirect ook aan de gezondheid, veiligheid en weerbaarheid van sekswerkers. Dit sluit aan bij internationaal onderzoek (14–16), waaruit blijkt dat sekswerkers onder repressief beleid gemiddeld drie keer meer risico lopen op geweld, 1,5 keer vaker seks hebben zonder condoom en twee keer zo vaak hiv of andere soa's hebben dan sekswerkers in landen waar sekswerk gedecriminaliseerd is (15).



Veiligheid

In de afgelopen zes maanden heeft 31% van de sekswerkers fysiek en/of seksueel geweld ervaren, waarbij gender en verblijfsstatus geen significante rol speelden. Dit is een daling ten opzichte van 41% tijdens de coronapandemie (35), maar nog steeds hoog. Van de sekswerkers die aangaven reden te hebben om aangifte te doen, deed 15% dit daadwerkelijk – een duidelijke toename ten opzichte van slechts 5% tijdens corona, maar nog niet terug op het niveau van 20% in 2018 (10). Ook werd de rol van de politie vaker als neutraal ervaren in plaats van als bedreigend, zoals eerder het geval was. Deze bevindingen suggereren dat de veiligheidssituatie voor sekswerkers is verbeterd sinds het opheffen van de coronamaatregelen, en onderstrepen tegelijkertijd hoe ingrijpend de negatieve effecten van dergelijk beleid kunnen zijn. In toekomstige situaties moet duidelijk rekening worden gehouden met een verhoogd risico op geweld en onveiligheid binnen deze groep. Tegelijkertijd laten de huidige cijfers zien dat de situatie nog verre van ideaal is, en dat structurele inzet op veiligheid noodzakelijk blijft – ongeacht de werkvorm of legale status.

Aanbevelingen

- **Ontwikkel integraal beleid om geweld tegen sekswerkers te verminderen en de meldingsbereidheid te vergroten. Het is noodzakelijk om barrières te verlagen via vertrouwensopbouw, veilige meldstructuren en juridische begeleiding.**
- **Versterk het vertrouwen in de politie. Train politie in stigma-sensitieve omgang, creëer aanspreekpunten en ontwikkel drempelverlagende protocollen, ook voor mensen zonder verblijfsdocumenten.**
- **De politie moet verschuiven van een focus op opsporing van ongedocumenteerde personen naar het actief beschermen van mensen die in een kwetsbare positie verkeren. Herstel en versterk veldwerk en de samenwerking met de politie op basis van vertrouwen, zorg en veiligheid. Een dergelijke benadering draagt bij aan veiliger werkomstandigheden, maakt het mogelijk om misstanden tijdig te signaleren en deze samen met sekswerkers, zorg- en hulporganisaties deskundig aan te pakken.**



Monitoring en dataverzameling

Hoewel dit onderzoek waardevolle inzichten biedt in de seksuele gezondheid en veiligheid van sekswerkers, valt op dat er in Nederland nog steeds opvallend weinig structurele en systematische gegevens over deze groep worden verzameld. Dat is zorgwekkend, gezien de hoge hiv-prevalentie, de meldingen van geweld en de structurele uitsluiting die veel sekswerkers ervaren – met name degenen zonder verblijfsdocumenten of met een asielstatus. Uit dit onderzoek blijkt dat twee van de drie sekswerkers in de SOAP-data als sekswerker zijn geïnccludeerd (e.g. liet zich testen bij de GGD of gespecialiseerde sekswerkvoorzieningen). Dit suggereert dat de SOAP-data geen volledig beeld geeft van alle sekswerkers. Bovendien zien we duidelijke verschillen tussen de uitkomsten van de SOAP-data en dit onderzoek: soa's kwamen onder de deelnemers van dit onderzoek bijvoorbeeld aanzienlijk vaker voor dan onder de sekswerkers in de SOAP-data. Daarbij komt dat hiv-behandelaren momenteel niet registeren of iemand sekswerk doet, waardoor ook vanuit die hoek geen data beschikbaar is. Het ontbreken van representatieve en inclusieve gegevens belemmert zo een goed inzicht in de seksuele gezondheid van sekswerkers.

Aanbevelingen

- **Neem sekswerk op als aparte, sensitief gemeten categorie in dataverzameling onder hiv-behandelaren, vergelijkbaar met de categorie MSM.**
- **Blijf gegevens verzamelen over sekswerkers tijdens GGD-consulten, met het besef dat deze groep slechts een deel van de totale populatie representeert.**
- **Investeer in landelijke participatieve monitoring buiten het GGD-systeem, met methoden die sekswerkers actief betrekken en aansluiten bij hun diversiteit en realiteit.**

Referenties

1. TAMPEP. sex work migration health. A report on the intersections of legislations and policies regarding sex work, migration and health in Europe [Internet]. 2009. Available from: https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/Sexworkmigrationhealth_final%20tampep.pdf
2. WHO. Defining sexual health [Internet]. [cited 2023 Dec 22]. Available from: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>
3. WHO. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions [Internet]. 2012 [cited 2023 Dec 22]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241506182>
4. RIVM. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu | RIVM [Internet]. [cited 2023 Dec 21]. Available from: <https://www.rivm.nl/>
5. Kloek M, Waterman L, Sekswerker A, Spek E, Hendriks S, Luhrs Y, et al. Onderzoek naar de impact van corona op sekswerk in Nederland [Internet]. 2021. Available from: <https://www.sekswerk.info/files/2022-06/Rapport%20Onderzoek%20impact%20Corona%20Sekswerkers.pdf>
6. Kayaert L, Sarink D, Visser M, van Wees D, Willemstein I, Op de Coul E. Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2022 [Internet]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM; 2023 [cited 2023 Dec 22]. Available from: <https://rivm.openrepository.com/handle/10029/626792>
7. Peters CMM, Dukers-Muijers 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 Jul 21;22(1):1398.
8. Peters CMM, Evers YJ, Dukers-Muijers NHTM, Hoebe CJPA. Sexual (Risk) Behavior and Risk-Reduction Strategies of Home-Based Male Sex Workers Who Have Sex with Men (MSW-MSM) in The Netherlands: A Qualitative Study. Arch Sex Behav. 2023 Nov;52(8):3329–39.
9. Tokar A, Osborne J, Hengeveld R, Lazarus JV, Broerse JEW. “I don’t want anyone to know”: Experiences of obtaining access to HIV testing by Eastern European, non-European Union sex workers in Amsterdam, the Netherlands. PloS One. 2020;15(7):e0234551.
10. Kloek M, Dijkstra M. Sekswerk en geweld in Nederland [Internet]. 2018. Available from: https://www.sekswerk.info/files/2021-09/0058-Rapport-onderzoek-geweld_web.pdf
11. Johnson L, Potter LC, Beeching H, Bradbury M, Matos B, Sumner G, et al. Interventions to improve health and the determinants of health among sex workers in high-income countries: a systematic review. Lancet Public Health. 2023;8(2):e141–54.
12. Argento E, Win KT, McBride B, Shannon K. Global Burden of Violence and Other Human Rights Violations Against Sex Workers. In: Goldenberg SM, Morgan Thomas R, Forbes A, Baral S, editors. Sex Work, Health, and Human Rights: Global Inequities, Challenges, and Opportunities for Action [Internet]. Cham (CH): Springer; 2021 [cited 2023 Dec 22]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585690/>
13. Kloek M, de Vlas SJ, Hontelez JAC. High rates of violence and low police reporting amongst sex workers in the Netherlands during the COVID-19 pandemic. 2023; Available from: under review
14. Oliveira A, Lemos A, Mota M, Pinto R. Understanding the Impact of EU Prostitution Policies on Sex Workers: A Mixed Study Systematic Review. Sex Res Soc Policy. 2023 Dec 1;20(4):1448–68.
15. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T, et al. Associations between sex work laws and sex workers’ health: A systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. PLoS Med. 2018;15(12):e1002680.
16. Vuolajärvi N. Criminalising the Sex Buyer: Experiences from the Nordic Region [Internet]. 2023. Available from: <https://www.lse.ac.uk/women-peace-security/assets/documents/2022/W922-0152-WPS-Policy-Paper-6-singles.pdf>
17. VER. VER – Vereniging Exploitanten Relaxbedrijven [Internet]. [cited 2023 Dec 22]. Available from: <https://ver-nieuws.nl/>
18. Daalder DAL. Prostitutie in Nederland 2014. 2015; Available from: https://repository.wodc.nl/bitstream/handle/20.500.12832/152/cahier-2015-1a-full-text_tcm28-73289.pdf?sequence=2
19. Thomas RM. NSWP wholeheartedly reaffirms its support for Dr. Mofokeng and is confident that her positions on sex work will be an asset to the UN Human Rights Council and to the advancement of health and human rights worldwide. [Internet]. 2020. Available from: https://www.nswp.org/sites/default/files/nswp_letter_of_support_tlaleng_mofokeng_final_0.pdf
20. SekswerkExpertise. WRS Nee team | Sekswerkexpertise [Internet]. [cited 2023 Dec 22]. Available from: <https://sekswerkexpertise.nl/wrs-nee-team/>
21. DW. dw.com. [cited 2023 Dec 22]. Sex workers speak out against German prostitution law – DW – 10/18/2021. Available from: <https://www.dw.com/en/sex-workers-speak-out-against-german-prostitution-law/a-59539574>
22. Gaudy T, Le Bail H. Comparative Summary of Evaluation Reports on France’s 2016 Prostitution Act [Internet]. 2020. Available from: https://strass-syndicat.org/wp-content/uploads/2021/03/France_Prostitution_Law_Comparative_Summary_Evaluation_Reports_2020.pdf

23. ESWA. "Two Pairs of Gloves": Sex Workers' Experiences of Stigma and Discrimination in Healthcare Settings in Europe [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 22]. Available from: https://www.eswalliance.org/two_pairs_of_gloves_sw_experiences_stigma_discrimination_healthcare_europe
24. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet Lond Engl*. 2015 Jan 3;385(9962):55–71.
25. UNAIDS. Understanding fast-track: Accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030. UNAIDS Geneva [Internet]. 2015; Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf
26. Coul ELMO de, Schreuder I, Conti S, Sighem A van, Xiridou M, Veen MG, et al. Changing Patterns of Undiagnosed HIV Infection in the Netherlands: Who Benefits Most from Intensified HIV Test and Treat Policies? *PLOS ONE*. 2015 Jul 17;10(7):e0133232.
27. Glick JL, Russo RG, Huang AKH, Jivapong B, Ramasamy V, Rosman LM, et al. ART uptake and adherence among female sex workers (FSW) globally: A scoping review. *Glob Public Health*. 2022;17(2):254–84.
28. Raifman S, DeVost MA, Digitale JC, Chen YH, Morris MD. Respondent-driven sampling: a sampling method for hard-to-reach populations and beyond. *Curr Epidemiol Rep*. 2022;9(1):38–47.
29. Byrd KK, Hou JG, Hazen R, Kirkham H, Suzuki S, Clay PG, et al. Antiretroviral Adherence Level Necessary for HIV Viral Suppression Using Real-World Data. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 2019 Nov 1;82(3):245–51.
30. Understanding measures of progress towards the 95–95–95 HIV testing, treatment and viral suppression targets.
31. Stichting hiv monitoring. STICHTING_HIV_MONITORING_REPORT_2024.pdf [Internet]. [cited 2025 May 17]. Available from: https://www.hiv-monitoring.nl/application/files/8117/3212/3792/STICHTING_HIV_MONITORING_REPORT_2024.pdf
32. Peters CMM, Evers YJ, Kampman CJG, Theunissen–Lamers MJ, van den Elshout MAM, Dukers-Muijers NHTM, et al. Engagement in sexual healthcare and STI/HIV burden of first- and second-generation migrant and Western-born female sex workers in the Netherlands: A retrospective cohort study. *J Migr Health*. 2024 Jan 1;10:100281.
33. Kloek M, Wees D van, Bakker J, Tyd M, Rosales JR, Geling T, et al. Major financial problems, low mental well-being and reduced HIV/STI testing among sex workers in the Netherlands during the COVID-19 pandemic: a repeated cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2024 Oct 1;14(10):e085202.
34. Kloek M, de Vlas SJ, Hontelez JAC. High rates of violence and low police reporting amongst sex workers in the Netherlands during the COVID-19 pandemic. *Crime Sci*. 2024 Nov 7;13(1):38.

Colofon

Auteurs

Mariëlle Kloek (*onderzoeker*)
 Mischa Tyd (*community onderzoeker*)
 Laurian Kuipers (*projectleider*)

Publicatiedatum

Oktober 2025

Copyright afbeelding voorpagina

ANP/ Hollandse Hoogte/
 Sabine Joosten

Vormgeving rapport

De Handlangers, Amersfoort

