

Het opheffen van tippelzones in grote steden en het recht op gezondheid van vrouwen

Amersfoort, oktober 2005

Marianne Bruins
Joke van Erkel

Johannes Wier Stichting
T: +31 (0)33 4614812
E: info@johannes-wier.nl



INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	3
INLEIDING	4
HOOFDSTUK 1. HET BELEID ROND DE TIPPELZONES IN AMSTERDAM EN ROTTERDAM	5
TIPPELZONES EN LOKALE OVERHEID	5
VOORZIENINGEN OP DE TIPPELZONE.....	5
SITUATIE AMSTERDAM	5
SITUATIE ROTTERDAM.....	6
WELKE MENSENRECHTEN Zouden hier in het geding kunnen zijn?	8
HOOFDSTUK 2. VERKENNING VAN OVERHEIDSVERPLICHTINGEN	9
INLEIDING	9
INTERNATIONALE VERDRAGEN	9
EUROPESE VERDRAGEN.....	12
NATIONALE WETGEVING	13
GEZONDHEIDSBELEID.....	14
DE PARTICIPATIE VAN BURGERS.....	16
HOOFDSTUK 3. WELKE FACTOREN BEÏNVLOEDEN DE IMPLEMENTERING VAN HET GEZONDHEIDSBELEID BIJ SLUITING VAN TIPPELZONES?	17
INLEIDING	17
NATIONALE FACTOREN	17
ORGANISATIESTRUCTUUR.....	17
AMSTERDAM.....	17
ROTTERDAM.....	18
HOOFDSTUK 4. DE IMPACT OP MENSENRECHTEN	19
INLEIDING	19
HET RECHT OP ‘TIMELY AND APPROPRIATE HEALTH CARE’	19
DE ‘DETERMINANTS OF HEALTH’	19
BETREFFENDE ‘PARTICIPATION’	19
GEWELD TEGEN VROUWEN.....	19
DISCRIMINATOIR EFFECT VAN HET BELEID	20
VERSLAAFDE VROUWEN DIE IN HET ZORGTRAJECT GAAN	20
HOOFDSTUK 5. VERPLICHTINGEN VAN DE OVERHEID VERSUS REALITEIT	21
INLEIDING	21
OP WELKE PUNTEN IS DE REALITEIT IN STRIJD MET DE VERPLICHTINGEN?.....	21
CONCLUSIE	22
HOOFDSTUK 6. AANBEVELINGEN	23
KORTE SAMENVATTING.....	23
AANBEVELINGEN	23
AANBEVELINGEN IN HET KORT	24
BRONNEN	25
LITERATUUR	25
INTERVIEWS	25
BEGELEIDING BEZOEK TIPPELZONE	25
INFORMELE GESPREKKEN	25
SAMENVATTING	26

Voorwoord

De problematiek rond het sluiten van tippelzones speelt in veel meer steden dan de twee door ons onderzocht.

Wij hebben het beleid slechts in twee steden geanalyseerd omdat anders de omvang van het onderzoek veel groter zou worden dan onze mogelijkheden reiken. De aanbevelingen die hiermee zijn geformuleerd kunnen andere steden mogelijk ook tot hulp zijn voor hun uitvoering van het recht op gezondheid.

De informatie ‘van de vloer’ hebben we veelal uit mondelinge interviews verkregen, soms was er schriftelijk materiaal voorhanden. Onderzoek op dit gebied stond ons niet ter beschikking. Verder zien wij het ontbreken van gestructureerde interviews met straatprostituees als een tekortkoming.

De analyse heeft plaatsgevonden in de eerste helft van 2005 en is geschreven vanuit de situatie zoals die toen was. Inmiddels zijn de ontwikkelingen doorgegaan, zo is de tippelzone aan de Keileweg inmiddels gesloten.

Inleiding

Aanleiding

Er is een tendens bij de gemeentes van grote steden in Nederland om de gedoog- of tippelzones voor straatprostituees te sluiten. De tippelzone in Amsterdam is reeds gesloten en in Rotterdam stond dit te gebeuren ten tijde van het onderzoek.

Op deze zones zijn een aantal belangrijke basisvoorzieningen aanwezig, waar de vrouwen die daar werken gebruik van kunnen maken. Dit zijn voorzieningen voor gezondheid en welzijn. Bij sluiting van de zones vervallen deze voorzieningen. De vraag is of er voldoende alternatieve voorzieningen worden gerealiseerd. Het lijkt erop dat de gemeentes bij het beleid rond sluiting onvoldoende aandacht hebben voor de gezondheid en het welzijn van de vrouwen en vooral worden gestuurd door motieven van openbare orde en veiligheid.

Methode

Deze analyse is uitgevoerd volgens HeRWAI (Health Rights of Women Assessment Instrument), een onderzoeksmodel dat ontwikkeld is door het Humanitair Overleg Mensenrechten te Utrecht in samenwerking met andere organisaties uit verschillende delen van de wereld.

Het doel van HeRWAI is een betere implementatie van het recht op gezondheid voor vrouwen. Het helpt een link te leggen tussen dat wat er werkelijk plaatsvindt en dat wat er plaats zou moeten vinden volgens de mensenrechtenverdragen.

De Johannes Wier Stichting heeft HeRWAI als leidraad gebruikt voor het analyseren van de situatie van de straatprostituees bij het opheffen van de tippelzones in Amsterdam en Rotterdam.

Doelgroepen

We concentreren ons in dit onderzoek op vrouwen en zij die de vrouwelijke identiteit aannemen (travestieten) in de volwassen leeftijd en als straatprostituee op een zone werken. De straat is voor hen vaak de enige optie, om diverse redenen. Belangrijke kenmerken van de doelgroep zijn verder het al dan niet hebben van verslaving, illegaliteit en buitenlandse afkomst. Daarnaast noemen we de groep van de travestieten. Een aantal vrouwen heeft meer dan één van deze kenmerken.

Stappen van analyse naar aanbevelingen

In een aantal stappen worden dat wat er in Amsterdam en Rotterdam gebeurt en dat wat er plaats zou moeten vinden volgens de mensenrechtenverdragen met betrekking tot het recht op gezondheid bij elkaar gebracht. De analyse van het beleid van de gemeentes loopt als een rode draad door het rapport heen, waarvan de kern steeds aan het eind van een hoofdstuk in een kader is geplaatst.

Allereerst worden in hoofdstuk 1. de situaties in Amsterdam en Rotterdam beschreven rond de sluiting. Vervolgens worden in hoofdstuk 2. de verplichtingen die de overheid zichzelf gesteld heeft en in dit verband een rol zouden kunnen spelen opgesomd. Het gaat hier om wetgeving en voorgenomen beleid. In hoofdstuk 3. wordt beschreven welke factoren een rol spelen bij het in praktijk brengen van die voornemens. De vertaalslag van het beleid naar de uitvoering van het recht op gezondheid komt in hoofdstuk 4. tot uiting. Op welke punten de realiteit in beide steden zich verhoudt tot de verplichtingen van de overheid is dan de uitkomst van de analyse in hoofdstuk 5.

Tenslotte worden er in hoofdstuk 6. op grond van deze analyse een aantal aanbevelingen gedaan die dienen om het recht op gezondheid beter te kunnen garanderen bij het beleid rond sluiting van tippelzones.

Hoofdstuk 1. Het beleid rond de tippelzones in Amsterdam en Rotterdam

Tippelzones en lokale overheid

In Nederland is prostitutie legaal sinds de opheffing van het bordeelverbod in 2000. Lokale overheden moeten hun eigen prostitutiebeleid voeren om zo de situatie in hun eigen gemeente zo goed mogelijk te beheersen.

Straatprostitutie is verboden, maar de wet biedt de mogelijkheid voor gemeenten om een tippelzone of gedoogzone te creëren, waar de straatprostitutie wordt toegestaan, dit is een afgebakend gedeelte van de openbare weg dat door de gemeente kan worden beheerst en gecontroleerd. Diverse steden in Nederland hebben zo'n tippelzone.

Voorzieningen op de tippelzone

Een zone bestaat uit een afgebakend terrein waar een tippelcircuit is uitgezet met afwerkplekken. Er vindt controle plaats door een beveiligingsbedrijf, onder andere via cameratoezicht door de politie. Op de zone staat een 'huiskamer', die is ingericht voor de opvang en hulpverlening aan prostituees. Hierin bevindt zich eenvoudige horeca, sanitair, een verblijfsruimte en gebruikersruimten voor de verslaafden. De vrouwen kunnen er terecht voor schone spuiten en condooms. De huiskamer fungeert tevens als een soort veilige haven op de zone. De hulpverlening wordt gedaan door gekwalificeerd personeel. Door het werk in de huiskamer bouwen zij bovendien een op de groep afgestemde specifieke kennis op. Zij kennen veelal de prostituees persoonlijk waardoor er een vertrouwensband kan worden opgebouwd en van daaruit soms verdere hulpverlening kan plaatsvinden. Zo is het b.v. een korte weg naar de aangifte van vrouwenhandel. Er wordt voorlichting gegeven over SOA 's, de prostitutie, vrouwenhandel, illegaliteit en de rol en mogelijkheden van de politie.

Verpleegkundigen en artsen van de GGD houden er spreekuur. Er is een mogelijkheid om de groep te registreren en groepsgebonden activiteiten te organiseren, b.v. vaccinatie.

De huiskamer is alleen toegankelijk voor prostituees en hulpverleners.

Situatie Amsterdam

De tippelzone aan de Theemsweg was er een zoals hierboven beschreven.

De vrouwen die er werkten konden in een aantal subgroepen worden verdeeld:

n.l. illegale vrouwen, hun aandeel bedroeg in 2002 naar schatting 90 procent, verslaafde vrouwen en niet-verslaafde vrouwen, buitenlandse vrouwen en travestieten.

Vanaf 2002 ging de politie in opdracht van de gemeente meer controles op de zone uitvoeren en kreeg ook meer bevoegdheden. Uit onderzoek blijkt dat in de eerste helft van 2003 de verstoring van de openbare orde daardoor afnam, maar dat het 'aantal incidenten rond het tippelen waaronder vrouwenhandel en illegaliteit, waren toegenomen politieoptreden had tot gevolg dat vooral de illegale vrouwen van de zone werden geweerd, hierdoor halveerde het totale aantal prostituees. Zij zijn dus voor de sluiting van de zone al uit het zicht verdwenen. Het geheel eiste veel van hulpverlening en politie en de gemeente moest constant veel mankracht inzetten om het beheersbaar te houden, vooral vanwege de criminaliteit rondom de zone. De gemeente besloot dat dit teveel van het budget vergde. "De keuze openbare orde en veiligheid of zorg voor de vrouwen van de zone viel uit in het voordeel van de openbare orde.", zoals een van onze gesprekspartners het verwoordde.

Hierop heeft de gemeente Amsterdam op 15 december 2003 de zone gesloten inclusief alle voorzieningen ter plekke, met als doel de straatprostitutie niet meer te faciliteren en te stimuleren en het laten verdwijnen van de criminaliteit hieromheen. Er is geen participatie van de vrouwen zelf geweest in dit proces.

Het effect hiervan is dat de vrouwen die op de zone werkten daar niet meer terecht kunnen voor hun werk en ook geen gebruik meer kunnen maken van de opvang en zorg die daar was.

Na de sluiting is op verzoek van de gemeente door maatschappelijke organisaties en de GGD een plan gemaakt om verslaafde prostituees op te vangen en uit de prostitutie te krijgen echter dit is tot nu toe niet van de grond gekomen, het politieke draagvlak hiervoor ontbreekt.

Voor de niet-verslaafde en/of buitenlandse vrouwen en de travestieten was er geen plan.

Het is niet te zeggen hoe het nu met het welzijn van de vrouwen die op de Theemsweg werkten is gesteld, omdat zij uit het zicht zijn verdwenen en geen van de maatschappelijke organisaties, GGD of politie heeft daar zicht op. Bij deze organisaties is er geen apart beleid voor ex-tippelaarsters van de zone.

De politie meldt ze niet meer te signaleren.

Gedacht wordt door sommige organisaties dat zij elders verder werken, zonder toezicht of zorg. of uitgeweken zijn naar andere steden. Er zijn geen maatregelen genomen om hen te volgen. Er zijn ook geen alternatieve voorzieningen specifiek voor deze groep gerealiseerd. In opdracht van de gemeente wordt momenteel onderzoek gedaan door de UVA (Universiteit van Amsterdam) naar verborgen vormen van prostitutie.

Uit gesprekken met hulpverleners blijkt dat de destijds op de zone geïnterviewde vrouwen het van groot belang vonden dat de tippelzone open bleef, vooral vanwege hun veiligheid. Als er geen toezicht is, verandert het gedrag van de klanten.

Let wel :

In Amsterdam zijn vóór de sluiting de meeste illegale vrouwen van de zone geweerd en uit het zicht verdwenen. Door de sluiting zelf is dit met de overgebleven groep vrouwen gebeurd. De verwachting is dat een deel van hen onder slechtere omstandigheden verkeren , minder veilig en met meer gezondheidsrisico. In de besluitvorming rond de sluiting was geen participatie van de vrouwen zelf.

Situatie Rotterdam

Rotterdam heeft een tippelzone aan de Keileweg. De situatie daar is zoals eerder omschreven. Bij een bezoek dat wij aan de plek brachten bleek ons dat er zeer gemotiveerde hulpverleners werken in de huiskamer die goed op de hoogte zijn van ieders persoonlijke omstandigheden. .

Begin 2003 is een vergunningensysteem op de zone in Rotterdam ingevoerd. Alle prostituees die bekend waren op de Keileweg kregen zo'n vergunning, behalve illegalen en minderjarigen. Er zijn 228 vergunningen uitgegeven. Van die tijd af zijn deze laatste groepen dus van de zone geweerd. Op het lot van deze vnl. illegalen ontbreekt elk zicht, wel bestaat de indruk dat zij buiten de zone doorwerken en worden blootgesteld aan nog slechtere arbeidsomstandigheden, vrouwenhandel, uitbuiting en geweld. Met sommigen van hen heeft de veldwerkster van de GGD nog incidenteel contact. De vergunningen worden gecontroleerd door de beveiligingsdienst.

Wie werken er nu op de zone met vergunning?

Ook hier valt in de groep prostituees een aantal subgroepen te onderscheiden:

1. verslaafde vrouwen, dit is momenteel de grootste groep. Het zijn veelal zwaar verslaafde vrouwen met veel psychiatrische problematiek. De GGZ instelling voor verslavingszorg Delta Bouman heeft een psychiatrisch onderzoek naar de problematiek bij de verslaafde vrouwen op de zone gedaan en kwam tot de conclusie dat het merendeel van hen 'ziek' is. Zij leven in de cirkel van werken-verdienen-drugs kopen en gebruiken-werken.

Hierop is een plan uitgewerkt door Delta Bouman om een zorgtraject voor deze groep op te zetten, wat verderop aan de orde komt.

2. niet-verslaafde vrouwen, bestaande uit: travestieten, buitenlandse vrouwen en Nederlandse vrouwen.

De gemeente Rotterdam heeft besloten om op 31 december 2005 de zone aan de Keileweg te sluiten. Dit is een louter politiek besluit.

De motivatie hiervoor is de criminaliteit en de overlast rond de zone te stoppen en niet langer de tippelprostitutie van zieke verslaafde vrouwen te faciliteren, maar ze zonedig hier actief uithalen, teneinde hun kwaliteit van leven te verbeteren.

De fysieke maatregelen rond de sluiting zelf van de zone wordt uitgevoerd door bureau Veilig, een onderdeel van de gemeente. Dit loopt gefaseerd. De vergunningenguitgifte was een eerste stap, daarna volgen verkorte openingstijden van de zone (inclusief de voorzieningen) en tenslotte de sluiting.

Verslaafde vrouwen

Parallel hieraan heeft Delta Bouman, in samenwerking met de GGD, een plan gemaakt om voor de verslaafde vrouwen een opvang-/zorgtraject op te zetten met als doel de vrouwen uit de prostitutie te krijgen. De gemeente steunt en faciliteert dit plan. Een van de uitgangspunten hiervoor is dat prostitutie een vrije keus moet zijn. Bij zieke verslaafde vrouwen is hiervan geen sprake meer, zij dienen actief uit de tippelprostitutie te worden gehaald, aldus een woordvoeder van de gemeente.

Hoe ziet dit zorgtraject eruit?

Allereerst is er het “vinden en binden” van de verslaafde vrouwen. D.w.z. via de hulpverlening van de huiskamer wordt een vertrouwensband met de vrouwen gekweekt en wordt vervolgens geprobeerd de vrouwen in een kliniek te krijgen waar zij medisch worden onderzocht en behandeld. In de kliniek moeten zij ook het drugsgebruik onder controle krijgen. Als zij hieraan toe zijn kunnen zij naar een situatie van beschermd wonen, daarna naar beschermd wonen en werken, en zomogelijk tenslotte naar zelfstandig wonen/werken met of zonder aanvullende hulpverlening.

Waar de wet BOPZ dit toelaat wordt er ook van de mogelijkheid van dwang gebruik gemaakt.

Het zal van de kwaliteit van het zorgtraject afhangen of de vrouwen hiermee een betere kans op welzijn en meer specifiek op gezondheid hebben. De verwachting is van wel.

Wat zijn de te verwachten gevolgen voor het recht op gezondheid van de andere prostituees?

Als de zone gesloten is kunnen de vrouwen niet meer terugvallen op de hulpverlening van de huiskamer.

Voor de verslaafde vrouwen die niet in het zorgtraject willen en waarvoor een gedwongen opname niet van toepassing is, is geen specifiek zorgvangnet. Als zij elders in de stad doorwerken zal dit onveiliger zijn, minder hygiënische omstandigheden (spuiten!), verminderde toegang tot medische zorg en-voorlichting, verminderde sociale opvang. Zij moeten dan zelf hun weg vinden naar de bestaande drugshulpverlening verspreid door de stad. Dit zal naar verwachting al moeilijk voor ze zijn, daarbij zijn de andere vormen van hulpverlening zoals zij dat in de huiskamer gewend waren daar niet aan gekoppeld. Vanwege hun zeer lage zelfredzaamheid lijkt dit een grote zorg.

De andere niet-verslaafden kunnen na de sluiting geen gebruik meer maken van de voorzieningen op de zone. Dit is een punt van grote zorg, het recht op gezondheid van deze vrouwen lijkt verder onder druk te komen.

Sommigen travestieten werken in de prostitutie om hun operaties te kunnen betalen. , als hun werkplek verdwijnt is daarmee hun kans daarop ook weg. Zij vormen een extra kwetsbare groep.

Voor buitenlandse vrouwen zal het taalprobleem een extra handicap zijn om zich toegang te verschaffen tot zorg buiten de zone.

Er werken nu ook een aantal Nederlandse zelfredzame vrouwen, waarvan de indruk bestaat dat die hun weg elders in de zorg wel zullen kunnen vinden.

De vrouwen zelf zijn niet gehoord in de besluitvorming van de gemeente om de zone te sluiten, wel is er met hen overlegd of zij alternatieve vormen wilden voor hun beroepsuitoefening, b.v. raamprostitutie, wat zij niet wilden.

De opvattingen van de vrouwen over hun situatie na de sluiting zijn verschillend in de verschillende subgroepen, zelf hebben we gesproken met verslaafde vrouwen die wel in een zorgtraject willen, maar erg tegen de regels opzien.

Let wel:

In Rotterdam zijn de illegale vrouwen eerst van de zone geweerd via het vergunningensysteem. Zij zijn uit het zicht verdwenen. Er is een uitgebreid plan voor de verslaafde vrouwen van de zone dat hun gezondheid kan bevorderen. Voor de overige vrouwen is tot nu toe geen plan gemaakt. In de besluitvorming rond het sluiten van de zone was geen participatie van de vrouwen zelf.

Welke mensenrechten zouden hier in het geding kunnen zijn?

In de situatie rond de sluiting van de zones lijken de volgende rechten in het geding te zijn:

1. Verbod op discriminatie:

De sluiting van de tippelzones beoogt vooral het laten verdwijnen van de overlast rond de zones. Het indirecte effect van de sluiting is dat vooral de prostituees getroffen worden.

2. Recht op gezondheid: de sluiting van de zone betekent voor de vrouwen het verdwijnen van hun relatief veilige werkplek en de toegang tot voorzieningen (de huiskamer) op de zone. Zij hebben zelf geen inspraak in dit beleid gehad.

Voor de groep verslaafde vrouwen in Rotterdam die het zorgtraject ingaan zou dit een verbetering van hun gezondheid kunnen geven.

Hoofdstuk 2. Verkenning van overheidsverplichtingen

Inleiding

In dit hoofdstuk kijken we naar de nationale en internationale verdragen, wetten en beleidsstukken waaraan de Nederlandse overheid zich gecommitteerd heeft en waarop deze kan worden aangesproken. Anders gezegd: wat heeft de overheid beloofd?

Hiervan hebben we gekeken naar die onderdelen en passages die van belang zijn voor vrouwen in de positie van straatprostituee met als belangrijkste focus het recht op gezondheid en het verbod op discriminatie.

Internationale verdragen

Onderstaande verdragen zijn door Nederland ondertekend en geratificeerd. Beschreven vrijheidsrechten hebben rechtstreekse werking, de overheid kan door particulieren worden aangesproken op naleving hiervan.

CEDAW (Convention on the Elimination of all forms of Discrimination against Women)

Article 1

For the purposes of the present Convention, the term "discrimination against women" shall mean any distinction, exclusion or restriction made on the basis of sex which has the effect or purpose of impairing or nullifying the recognition, enjoyment or exercise by women, irrespective of their marital status, on a basis of equality of men and women, of human rights and fundamental freedoms in the political, economic, social, cultural, civil or any other field.

Article 2

States Parties condemn discrimination against women in all its forms, agree to pursue by all appropriate means and without delay a policy of eliminating discrimination against women and, to this end, undertake:

- (a) To embody the principle of the equality of men and women in their national constitutions or other appropriate legislation if not yet incorporated therein and to ensure, through law and other appropriate means, the practical realization of this principle
- (b) To adopt appropriate legislative and other measures, including sanctions where appropriate, prohibiting all discrimination against women;
- (c) To establish legal protection of the rights of women on an equal basis with men and to ensure through competent national tribunals and other public institutions the effective protection of women against any act of discrimination;
- (d) To refrain from engaging in any act or practice of discrimination against women and to ensure that public authorities and institutions shall act in conformity with this obligation;
- (e) To take all appropriate measures to eliminate discrimination against women by any person, organization or enterprise;
- (f) To take all appropriate measures, including legislation, to modify or abolish existing laws, regulations, customs and practices which constitute discrimination against women;

Article 6

States Parties shall take all appropriate measures, including legislation, to suppress all forms of traffic in women and exploitation of prostitution of women.

Article 12

1. States Parties shall take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in the field of health care in order to ensure, on a basis of equality of men and women, access to health care services, including those related to family planning.

General Recommendation 19

Par 7. Gender-based violence, which impairs or nullifies the enjoyment by women of human rights and fundamental freedoms under general international law or under human rights conventions, is discrimination within the meaning of article 1 of the Convention. These rights and freedoms include:

- (d) The right to liberty and security of person;
- (g) The right to the highest standard attainable of physical and mental health;

General Recommendation 24

Par 6. While biological differences between women and men may lead to differences in health status, there are societal factors which are determinative of the health status of women and men and which can vary among women themselves. For that reason, special attention should be given to the health needs and rights of women belonging to vulnerable and disadvantaged groups, such as migrant women, refugee and internally displaced women, the girl child and older women, women in prostitution, indigenous women and women with physical or mental disabilities.

ICESCR (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)

Article 2.1

Each State Party to the present Covenant undertakes to take steps, individually and through international assistance and co-operation, especially economic and technical, to the maximum of its available resources, with a view to achieving progressively the full realization of the rights recognized in the present Covenant by all appropriate means, including particularly the adoption of legislative measures

Article 12

1. The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.
2. The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for:
 - (b) The improvement of all aspects of environmental and industrial hygiene;
 - (c) The prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases;
 - (d) The creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness.

General Comment 14

9. The notion of the highest attainable standard of health in article 12, paragraph 1, takes into account both the individual's biological and socio-economic preconditions and a State's available resources. There are a number of aspects which cannot be addressed solely within the relationship between States and individuals; in particular, good health cannot be ensured by a State, nor can States provide protection against every possible cause of human ill health. Thus, genetic factors, individual susceptibility to ill health and the adoption of unhealthy or risky lifestyles may play an important role with respect to an individual's health. Consequently, the right to health must be understood as a right to the enjoyment of a variety of facilities, goods, services and conditions necessary for the realization of the highest attainable standard of health

11. The Committee interprets the right to health, as defined in article 12, paragraph 1, of the Covenant, as an inclusive right extending not only to timely and appropriate health care but also to the underlying determinants of health, such as access to safe and potable water and adequate sanitation, an adequate supply of safe food, nutrition and housing, healthy occupational and environmental conditions, and access to health-related education and information, including on sexual and reproductive health. A further important aspect is the participation of the population in all health-related decision-making at the community, national and international levels.

12. The right to health in all its forms and at all levels contains the following interrelated and essential elements, the precise application of which will depend on the conditions prevailing in a particular State party:

(a) *Availability*.....

(b) *Accessibility*. Health facilities, goods and services have to be accessible to everyone without discrimination, within the jurisdiction of the State party. Accessibility has four overlapping dimensions:

(i) Non-discrimination: health facilities, goods and services must be accessible to all, especially the most vulnerable or marginalized sections of the population, in law and in fact, without discrimination on any of the prohibited grounds (see paras.18 and 19 below);

(ii) Physical accessibility: health facilities, goods and services must be within safe physical reach for all sections of the population, especially vulnerable or marginalized groups, such as ethnic minorities and indigenous populations, women, children, adolescents, older persons, persons with disabilities and persons with HIV/AIDS. Accessibility also implies that medical services and underlying determinants of health, such as safe and potable water and adequate sanitation facilities, are within safe physical reach, including in rural areas. Accessibility further includes adequate access to buildings for persons with disabilities;

(iii) Economic accessibility (affordability): health facilities, goods and services must be affordable for all. Payment for health-care services, as well as services related to the underlying determinants of health, has to be based on the principle of equity, ensuring that these services, whether privately or publicly provided, are affordable for all, including socially disadvantaged groups. Equity demands that poorer households should not be disproportionately burdened with health expenses as compared to richer households;

(iv) Information accessibility: accessibility includes the right to seek, receive and impart information and ideas *g/* concerning health issues. However, accessibility of information should not impair the right to have personal health data treated with confidentiality;

(c) *Acceptability*. All health facilities, goods and services must be respectful of medical ethics and culturally appropriate, i.e. respectful of the culture of individuals, minorities, peoples and communities, sensitive to gender and life-cycle requirements, as well as being designed to respect confidentiality and improve the health status of those concerned;

(d) *Quality*. As well as being culturally acceptable, health facilities, goods and services must also be scientifically and medically appropriate and of good quality. This requires, *inter alia*, skilled medical personnel, scientifically approved and unexpired drugs and hospital equipment, safe and potable water, and adequate sanitation;

30. While the Covenant provides for progressive realization and acknowledges the constraints due to the limits of available resources, it also imposes on States parties various obligations which are of immediate effect. States parties have immediate obligations in relation to the right to health, such as the guarantee that the right will be exercised without discrimination of any kind (art. 2, para. 2) and the obligation to take steps (art. 2, para. 1) towards the full realization of article 12. Such steps must be deliberate, concrete and targeted towards the full realization of the right to health.

31. The progressive realization of the right to health over a period of time should not be interpreted as depriving States parties' obligations of all meaningful content. Rather, progressive realization means that States parties have a specific and continuing obligation to move as expeditiously and effectively as possible towards the full realization of article 12 of the Covenant.

32. As with all other rights in the Covenant, there is a strong presumption that retrogressive measures taken in relation to the right to health are not permissible. If any deliberately retrogressive measures are taken, the State party has the burden of proving that they have been introduced after the most careful consideration of all alternatives and that they are duly justified by reference to the totality of the rights provided for in the Covenant in the context of the full use of the State party's maximum available resources.

35. Obligations to protect include, *inter alia*, the duties of States to adopt legislation or to take other measures ensuring equal access to health care and health-related services provided by third parties; to ensure that privatization of the health sector does not constitute a threat to the availability, accessibility, acceptability and quality of health facilities, goods and services; to control the marketing of medical equipment and medicines by third parties; and to ensure that medical practitioners and other health professionals meet appropriate standards of education, skill and ethical codes of conduct. States are also obliged to ensure that harmful social or traditional practices do not interfere with access to pre- and post-natal care and family-planning; to prevent third parties from coercing women to undergo traditional practices, e.g. female genital mutilation; and to take measures to protect all vulnerable or marginalized groups of society, in particular women, children, adolescents and older persons, in the light of gender-based expressions of violence. States should also ensure that third parties do not limit people's access to health-related information and services.

37. The obligation to fulfil (facilitate) requires States, *inter alia*, to take positive measures that enable and assist individuals and communities to enjoy the right to health. States parties are also obliged to fulfil (provide) a specific right contained in the Covenant when individuals or a group are unable, for reasons beyond their control, to realize that right themselves by the means at their disposal. The obligation to fulfil (promote) the right to health requires States to undertake actions that create, maintain and restore the health of the population. Such obligations include: (a) fostering recognition of factors favouring positive health results, e.g. research and provision of information; (b) ensuring that health services are culturally appropriate and that health care staff are trained to recognize and respond to the specific needs of vulnerable or marginalized groups; (c) ensuring that the State meets its obligations in the dissemination of appropriate information relating to healthy lifestyles and nutrition, harmful traditional practices and the availability of services; (d) supporting people in making informed choices about their health.

43. In General Comment No. 3 (1990) on the nature of States' parties obligations (art. 2, para. 1, of the Covenant), the Committee confirms that States parties have a core obligation to ensure the satisfaction of, at the very least, minimum essential levels of each of the rights enunciated in the Covenant, including essential primary health care. Read in conjunction with more contemporary instruments,..... Accordingly, in the Committee's view, these core obligations include at least the following obligations:

(f) To adopt and implement a national public health strategy and plan of action, on the basis of epidemiological evidence, addressing the health concerns of the whole population; the strategy and plan of action shall be devised, and periodically reviewed, on the basis of a participatory and transparent process; they shall include methods, such as right to health indicators and benchmarks, by which progress can be closely monitored; the process by which the strategy and plan of action are devised, as well as their content, shall give particular attention to all vulnerable or marginalized groups.

Europese verdragen

EVRM (Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens)

Art 4. Verbod van slavernij en dwangarbeid

1. Niemand mag in slavernij of dienstbaarheid worden gehouden.
2. Niemand mag gedwongen worden dwangarbeid of verplichte arbeid te verrichten.

Art.14 Verbod van discriminatie

Het genot van de rechten en vrijheden die in dit Verdrag zijn vermeld, moet worden verzekerd zonder enig onderscheid op welke grond ook, zoals geslacht, ras, kleur, taal, godsdienst, politieke of andere mening, nationale of maatschappelijke afkomst, het behoren tot een nationale minderheid, vermogen, geboorte of andere status.

Europees Sociaal Handvest

Artikel 11

Recht op bescherming van de gezondheid

Ten einde de onbelemmerde uitoefening van het recht op bescherming van de gezondheid te waarborgen, verplichten de Overeenkomstsluitende Partijen zich, hetzij rechtstreeks, hetzij in samenwerking met openbare of particuliere organisaties, passende maatregelen te nemen o.a. met het oogmerk:

1. de oorzaken van een slechte gezondheid zoveel mogelijk weg te nemen;
2. ter bevordering van de volksgezondheid en de persoonlijke verantwoordelijkheid op het gebied van de gezondheid voorzieningen te treffen op het terrein van voorlichting en onderwijs;
3. epidemische, endemische en andere ziekten zoveel mogelijk te voorkomen.

Nationale wetgeving

Nationaal gelden alle door Nederland ondertekende en geratificeerde internationale verdragen die gepubliceerd zijn in het staatsblad.

Wet BOPZ

Deze wet regelt een machtiging om iemand die gestoord is in zijn geestvermogens, in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en te doen verblijven.

Wetboek van Strafrecht

De vervanging van het oude artikel 250 bis Sr, dat exploitatie van prostitutie strafbaar stelt, door het nieuwe artikel 250a Sr, waarin de exploitatie van vrijwillige prostitutie onder voorwaarden wordt toegestaan, beoogt ondermeer een ontvlechting van prostitutie en criminele randverschijnselen en het tegengaan van gedwongen prostitutie. Lokale overheden hebben bij de invoering van het nieuwe prostitutieartikel een centrale rol toebedeeld gekregen.

Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)

Gemeenten zijn sinds kort verplicht lokaal gezondheidsbeleid te voeren. Krachtens deze wet moet met ingang van juli 2003 elke gemeente elke vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid vaststellen. In de nota formuleert de gemeente haar ambities op het gebied van gemeentelijk gezondheidsbeleid. De GGD kan de gemeente ondersteunen bij de ontwikkeling van gezondheidsbeleid.

De Rijkstaken zijn:

1. het bevorderen van de kwaliteit en de doelmatigheid van de collectieve preventie.
2. elke vier jaar bij nota landelijke prioriteiten vaststellen op het gebied van de collectieve preventie.
3. eenmaal per vier jaar een landelijk programma vaststellen voor uitvoering van onderzoek op het terrein van collectieve preventie.
4. Zorgdragen voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur.
5. de interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de collectieve preventie bevorderen.

Gezondheidsbeleid

Inleiding

Als we kijken naar het gezondheidsbeleid t.a.v. onze doelgroep dan is het vooral het lokale beleid van de gemeenten dat hiervoor verantwoordelijk is.

De centrale overheid wil de verantwoordelijkheden zo dicht mogelijk leggen bij de mensen en instituties waar het om gaat en houdt zelf een belangrijke rol in het waarborgen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Enkele punten uit het nationaal beleid

Slachtoffers van mensenhandel zijn vaak illegalen. De regering wil mensenhandel tegengaan en tegelijkertijd hun mensenrechten centraal stellen:

'in de aanpak van mensenhandel repressie niet tegenover preventie en niet tegenover een humanitaire, slachtoffer- c.q. mensenrechtengerichte benadering moet worden gesteld. Een effectieve repressie maakt dat daders niet ongestoord kunnen voortgaan en zo nieuwe slachtoffers kunnen maken. Ook de preventie is daarmee dus gediend. Voorkomen moet worden, dat slachtoffers door de overheid worden 'gebruikt' voor opsporing en vervolging en dat voorbij wordt gegaan aan de belangen van het slachtoffer en aan het feit dat mensenhandel de uitoefening van de mensenrechten door het slachtoffer ernstig ondermijnt. Repressie en een benadering waarin de mensenrechten van het slachtoffer centraal staan zijn geen tegengestelde benaderingen, maar moeten elkaar aanvullen' (uit: nationaal actieplan mensenhandel, dec.2004)

Illegaal in Nederland verblijvende vrouwen wordt 3 maanden de tijd gegeven waarin zij kunnen besluiten aangifte te doen. In deze periode kunnen zij een beroep doen op voorzieningen als onderdak, medische zorg, financiële en juridische steun: de zgn. B-9 regeling.

In het nationale gezondheidsbeleid worden prioriteiten of thema's aangegeven, wat ook in de nationale begroting tot uiting komt. We noemen in dit verband van de begroting van 2005:

- activiteiten voor drugspreventie en SOA-bestrijding.
- activiteiten op het gebied van maatschappelijke opvang en vrouwenopvang.

Het ministerie van VWS stimuleert centrumgemeenten om een beleidsvisie voor de gehele regio te ontwikkelen en sectoren zoals de GGZ en volkshuisvesting, die dicht tegen de maatschappelijke opvang aan zitten, ook aan te spreken op hun verantwoordelijkheden.

Ook kan een NGO een bijdrage leveren in het nationale beleid:

'Given the complicated situation at local level, local efforts to prevent the transmission of HIV and other STD's in sex work are supported nationally by the non-governmental organisation 'SOA AIDS NEDERLAND'. Prevention activities focus on migrant prostitutes, male prostitutes, street prostitutes, travesties and transsexuals, and prostitutes' clients' (uit: Fourth Dutch Implementation Report on CEDAW, jan 2005).

Lokaal beleid

De verantwoordelijkheid voor het lokale gezondheidsbeleid is door de regering gelegd bij de gemeenten. Dit vloeit voort uit de wet collectieve preventie volksgezondheid. (Wcpv). Elke gemeente voert zijn eigen gezondheidsbeleid en heeft dit vastgelegd in een nota volksgezondheid die elke 4 jaar wordt vastgesteld.

Gemeenten leggen ook met hun bestuurlijke handhaving in de prostitutiebranche de basis voor de effectieve strafrechtelijke bestrijding van mensenhandel. Bestuurlijke handhaving en strafrechtelijke handhaving zijn complementair en moeten elkaar versterken. Het bestuurlijk toezicht verschaft de politie cruciale (opsporings)informatie.

De gemeente kan optreden als regisseur om gezondheidsbeleid te integreren in andere beleidsterreinen. Zo kan zij ook zorgen voor steunstructuren voor kwetsbare groepen, zoals prostituees.

Lokaal beleid Amsterdam en Rotterdam

In de nota volksgezondheid van de gemeenten Amsterdam en Rotterdam staat geen beleid vermeld specifiek voor vrouwen in het algemeen, of de groep (straat)prostituees in het bijzonder, wel is er aandacht voor preventieve gezondheidszorg en bestrijding van infectieziekten, met name seksueel overdraagbare ziekten. Dit ook met het oog op het risico voor de volksgezondheid.

De gemeenteraad van Amsterdam heeft in februari 2004 een aparte 'Notitie Zorg voor straatprostituees' aangenomen in verband met de sluiting van de tippelzone, waarbij de gemeente zich verantwoordelijk acht voor:

1. preventieve gezondheidszorg en de bestrijding van infectieziekten (in het bijzonder seksueel overdraagbare aandoeningen van (straat)prostituees, omdat er aan de verspreiding van geslachtsziekten risico's voor de volksgezondheid zijn verbonden; hierbij tekent zij aan dat iedere burger, dus ook prostituees, een eigen verantwoordelijkheid voor hun leefstijl en gezondheid hebben;
2. de zorg en opvang voor (aan harddrugs) verslaafde prostituees. Omdat de vrouwen kampen met een slechte gezondheid en overlast veroorzaken. In het kader van de verslavingszorg dient de gemeentelijke en rijksoverheid de maatschappij en de gebruiker te beschermen tegen de schadelijke gevolgen van drugsgebruik en opvang te regelen.

Op grond van bovenstaande is besloten tot de inzet van ambulante geslachtsziektezorg aan straatprostituees, het starten van een onderzoek naar verborgen straatprostitutie in het kader van de preventie van infectieziekten en uitbreiding van opvang van verslaafde prostituees.

In de Rotterdamse nota staan zes grootstedelijke beleidsdoelen vermeld, waaronder extra inzet op infectieziektebestrijding en integrale aanpak voor chronisch psychiatrische patiënten en verslaafden, beide doelen zouden van toepassing kunnen zijn op de doelgroep vrouwelijke straatprostituees. Over de illegalen in de stad zegt de nota dat zij door de koppelingswet officieel buiten de bemoeienis van de overheid vallen, maar dat de gemeente deze groep niet over het hoofd kan en mag zien, zowel ten behoeve van hun persoonlijke gezondheid als ter bescherming van hun omgeving, bijvoorbeeld het voorkomen van de verspreiding van infectieziekten.

Kunnen de resultaten van deze wet- en regelgeving lokaal worden gemeten?

De gemeente Amsterdam heeft geen speciale maatregelen genomen om de vrouwen van de tippelzone te volgen na de sluiting, er kan dus niet worden gemeten of bij die groep b.v. SOA's na de sluiting van de zone meer vóórkomen is er in opdracht van de gemeente een onderzoek opgestart naar verborgen vormen van prostitutie, waarbij mogelijk nog gegevens hieromtrent naar voren komen.

Er is een "voortgangsrapportage sluiting tippelzone" (gem. juni 2004) waarin over de zorg de volgende voorlopige conclusie wordt getrokken:

Het college heeft nog geen oordeel over de mogelijke gevolgen van de sluiting voor de zorg aan straatprostituees. Het onderzoek naar de aard, omvang en zorgbehoefte van de verborgen prostitutie moet hier meer duidelijkheid over verschaffen.

In Rotterdam hebben alle vrouwen van de zone een vergunning en zijn dus geregistreerd, dit zou de mogelijkheid kunnen bieden om hun gezondheidssituatie voor- en na de sluiting van de zone in kaart te brengen.

In het gemeentelijk beleid tot nu toe is dit doel niet terug te vinden.

Let wel:

Er zijn internationale verdragen over het recht op gezondheid waaraan de Nederlandse overheid zich moet houden.

In de nationale wetgeving is een decentralisatie vastgelegd over het gezondheidsbeleid en zijn een aantal zaken rond preventie en bestrijding van infectieziekten geregeld. Dit is in beide steden doorgevoerd.

De verwezenlijking van het recht op gezondheid voor de straatprostituees van de tippelzones hangt, gezien de organisatiestructuur, vooral af van het doorklinken van dit recht in het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

De participatie van burgers

Individen en groepen kunnen via volksvertegenwoordigers in de lokale en nationale politiek hun invloed uitoefenen.

De straatprostituees zijn niet per stad als groep georganiseerd. Stichting “de Rode Draad ” is een landelijke Stichting die de belangen van prostituees behartigt, vooral hun arbeidspositie.

Klachtenprocedures tegen besluit gemeenteraad

Bezwaar maken tegen raadsbesluiten moet in principe op basis van de Wet AROB en de Algemene Wet bestuursrecht. Dat kan in principe alleen tegen concrete besluiten en vraagt ook een belang daarbij.

Verder hebben gemeenten vaak inspraakverordeningen, waar is geregeld hoe men inspraak moet hebben in gemeentelijke beslissingen. Dan praat je vooral over het voortraject van de besluitvorming. En tenslotte is er nog zoiets als burgerinitiatie, dit is de mogelijkheid om met voldoende handtekeningen een aangelegenheid op de agenda van bijvoorbeeld de gemeenteraad te krijgen. Maar daarvan zijn meestal recente raadsbesluiten uitgezonderd.

Als er geen bezwaar mogelijk is, kan eventueel de gang naar de burgerrechter worden gemaakt. Maar die zal de verordenende bevoegdheid van de raad uiterst marginaal toetsen.

De burgemeester kan raadsbesluiten, die volgens hem of haar in strijd zijn met het recht, ter vernietiging voordragen aan de Kroon.

Hoofdstuk 3. Welke factoren beïnvloeden de implementering van het gezondheidsbeleid bij sluiting van tippelzones?

Inleiding

Of alle voornemens van de overheid zoals in het vorige hoofdstuk opgesomd ook in praktijk gebracht worden hangt van een aantal factoren af. In Nederland gaat het niet zozeer om het al of niet aanwezig zijn van geld of mankracht bij de implementatie, maar meer over organisatie en keuzes.

Nationale factoren

Keuzes en speerpunten vanuit de nationale overheid kunnen de lokale implementering beïnvloeden, b.v. als het gaat om financiering. Verslavingszorg en maatschappelijke zorg worden voor een belangrijk deel gefinancierd uit de rijksbegroting. Het Rijk verschaft doeluitkeringen aan gemeenten en subsidies aan instellingen en organisaties. Preventietaken worden middels de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) gefinancierd, waarbij de GGZ-preventie geïntegreerd dient te worden met de algemene, somatische preventie.

Organisatiestructuur

Vanuit de centrale overheid is door de opheffing van het bordeelverbod de verantwoordelijkheid voor het prostitutiebeleid en de uitvoering daarvan geheel bij de gemeenten gelegd. Het beheersbaar houden van een tippelzone, de sluiting ervan en de maatregelen rondom de sluiting, is ook de verantwoordelijkheid van de betreffende gemeente.

Ook de implementering van gezondheidsmaatregelen voor onze doelgroep is een zaak van de gemeente. Er is voor de gemeenten geen nationale overkoepelende structuur die het recht op gezondheid op lokaal niveau monitort.

Een tweede factor die hierbij een rol speelt is dat een tippelzone geen organisatorische eenheid is. De (fysieke) zone zelf met gebouwen en beveiliging valt direct onder de gemeente, de hulpverleningsinstanties werken er op verzoek van de gemeente maar hebben verder hun eigen organisatiestructuur.

De gemeente is de faciliterende en bindende factor op al deze onderdelen. Bij sluiting lijken de delen uit elkaar te vallen, als hier geen coördinerend gemeentebeleid tegenover staat. Dit geldt met name ook voor de voorzieningen op het gebied van gezondheid. Er is voor de problematiek van de tippelzones geen overkoepelende nationale ondersteuning voorhanden.

Het is dus een keuze van een gemeente of zij hier coördinerend wil optreden dan wel op onderdelen een beleid wil voeren. Er is b.v. door de gemeenten geld en mankracht uitgetrokken om het beleid van sluiting ten uitvoer te brengen. In beide steden is een begeleidingscommissie voor het sluiten van de (fysieke)zone door de gemeente ingezet.

Er zijn geen begeleidingscommissies benoemd met de opdracht een totaalplan te maken voor alternatieve zorg/opvang van de straatprostituees na de sluiting.

Amsterdam

Het fysiek in stand houden van een tippelzone kost de gemeente geld en mankracht: terrein, huiskamer, beveiliging, politie. Deze middelen komen vrij bij de sluiting van de zone.

In Amsterdam is door de gemeenteraad besloten (februari 2004) na de sluiting van de zone de vrijkomende middelen aan te wenden voor de zorg voor straatprostituees en de volgende activiteiten te starten:

1. inzet van het personeel van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD) voor ambulante geslachtsziektezorg aan straatprostituees.

Dit is tot nu toe niet gerealiseerd omdat de GGD eerst de resultaten van het hierna genoemde onderzoek wil afwachten.

2. onderzoek in het kader van preventie infectieziekten naar de aard, omvang, locatie en zorgbehoefte van (verborgen) straatprostitutie in Amsterdam. In het onderzoek zullen ook de mogelijkheden worden betrokken om een specifieke (al dan niet) ambulante medische voorziening in het leven te roepen met als doel de preventieve gezondheidszorg voor deze doelgroep

effectiever te maken.

Dit onderzoek is bijna teneinde. De gegevens hiervan konden nog niet in dit rapport worden verwerkt.

3. uitbreiding van opvang van (aan harddrugs) verslaafde prostituees met o.a. 25 plaatsen in een verblijfsvoorziening met 24-uurstoezicht/begeleiding waarbij de verbouwingkosten worden betaald door de gemeente.

Echter 24-uurs verblijfsvoorziening van verslaafde prostituees is tot nu toe niet gerealiseerd omdat er vanuit de bewoners weerstand was voor een locatie van een pand en er vanuit het gemeentebestuur te weinig draagvlak was, aldus een van de geïnterviewden.

Rotterdam

In Rotterdam is de opzet van het zorgtraject voor verslaafde prostituees een onderdeel van de sluiting. De gemeente heeft het zorginhoudelijke deel uitbesteed aan Delta Bouman en monitort zelf verder het hele proces.

De datum van de sluiting staat vast. Dit legt op de organisatie van het zorgtraject voor GGD en Delta Bouman een flinke tijdsdruk. Het zal moeilijk zijn om voor de sluiting alle verslaafde vrouwen in het traject te hebben opgenomen.

Er worden nu de eerste stappen gezet om de zone af te bouwen, begonnen is met beperkte openingstijden van de zone. De effecten van deze eerste fase zijn nog niet geheel duidelijk, maar naar verwachting zullen die zich snel aftekenen. B.v. waar blijven de klanten en de prostituees na sluitingstijd?

Voor het realiseren van de panden in de stad Rotterdam stuit de gemeente momenteel op grote weerstand van de buurtbewoners.

Let wel:

Het zijn vooral de keuzes in het beleid van de lokale overheden die de implementatie van het gezondheidsbeleid bepalen, zij moeten zelf de uitvoering van het recht op gezondheid bewaken, hierbij is geen nationaal raamwerk voorhanden.

In Amsterdam is wel besloten tot vervangende zorg voor de straatprostituees maar (nog) niet uitgevoerd.

In Rotterdam wordt mede door het gemeentebeleid een zorgtraject voor de verslaafde vrouwen uitgevoerd, de factoren die het volledig realiseren hiervan beïnvloeden zijn nog niet geheel duidelijk.

Hoofdstuk 4. De impact op mensenrechten

Inleiding

In dit hoofdstuk kijken we naar de impact die het beleid heeft op de mensenrechten van de vrouwen. Allereerst het recht op gezondheid. Het recht op gezondheid kent drie belangrijke elementen: 'timely and appropriate health care', 'determinants of health' en 'participation' (ICESCR, gen.comment 14, par 11). Verder de impact die het beleid heeft op het verbod op discriminatie.

Het recht op 'timely and appropriate health care'

De nadruk is dat wat er met de zones gebeurt ligt op veranderingen in de 'accessibility' en 'acceptability' van de gezondheidsvoorzieningen.

De op de zones aanwezige voorzieningen zijn letterlijk gekoppeld aan de werkplek en aan de werkomstandigheden van de prostituees. De benodigdheden en diensten zijn binnen handbereik en zeer laagdrempelig georganiseerd (accessibility).

De hulpverlening werkt met respect voor en toegespitst op de specifieke situatie van de prostituees (acceptability).

Voorbeelden zijn het verstrekken van condooms, toegang tot SOA preventie en behandeling, vaccinatie, informatie, toegeleiding naar meldpunt vrouwenhandel, dit alles door gekwalificeerd personeel dat ervaring heeft opgebouwd met deze specifieke groep.

Door het sluiten van de tippelzones hebben de vrouwen geen toegang meer tot deze voorzieningen die zo duidelijk beantwoordden aan hun behoeften. In de steden is tot nu toe geen andere vergelijkbare bestaande voorziening gerealiseerd.

De 'determinants of health'

In dit verband zijn van belang veilige en gezonde werkomstandigheden en toegang tot gezondheidsvoorlichting en -educatie.

Hoewel het beroep van prostituee zelf de nodige risico's met zich meebrengt is het toch een recht om aanspraak op deze zaken te kunnen maken. Als een vrouw doorwerkt als prostituee op straat buiten een zone is het in ieder geval minder veilig en zal zij veel meer moeite moeten doen om aan deze 'determinants' te komen.

Betreffende 'participation'

Het beleid van het sluiten van de zones is tot stand gekomen vanuit het bestrijden van overlast. Er is geen participatie geweest van de vrouwen of hun vertegenwoordigers in de besluitvorming en het beleid. Wel zijn er in beide steden nadat het besluit tot afschaffing van de zones genomen was gespreksronden met de vrouwen geweest met het oog op hun toekomstige werkplek. Hieruit bleek dat in ieder geval een deel van hen op straat wilde blijven werken. Er wordt door de gemeente vanuit gegaan dat een deel van de straatprostituees door het repressieve beleid van de straat zal verdwijnen of zelfs hierdoor uit de prostitutie zal gaan.

De praktijk is dat een deel van deze vrouwen aan het zicht onttrokken doorwerken.

Geweld tegen vrouwen

Hoewel bij het werk als prostituee de kans op geweld groter zal zijn dan op een gemiddelde werkplek hebben vrouwen toch recht op een relatief veilige werkomgeving. Op de zone is een redelijke mate van veiligheid gewaarborgd, wat door de vrouwen zelf wordt ervaren als een van de belangrijkste voordelen van de zone.

Vrouwenhandel en gedwongen prostitutie zijn nauw met elkaar verweven. Op de zone bestaat voor vrouwen de mogelijkheid om via een laagdrempelig systeem hiervan aangifte te doen en uit het systeem te komen. Anderzijds kan de hulpverlening hierin ook actief hulp bieden doordat zij alert hierop is.

Met het sluiten van de zone vervalt een stuk veiligheid voor de prostituees en wordt voor hen de weg naar aangifte van vrouwenhandel en gedwongen prostitutie moeilijker.

Discriminatoire effect van het beleid

Het sluiten van de zones wordt ingegeven door overlast die voornamelijk wordt veroorzaakt door mannen. Dit zijn klanten, pooiers etc. De maatregel treft echter voornamelijk vrouwen. Zij worden beroofd van hun relatief veilige werkplek en de daaraan gekoppelde voorzieningen. In die zin kan gesteld worden dat de maatregel een discriminerend effect naar geslacht heeft omdat vrouwen onevenredig zwaar getroffen worden.

Hoewel het niet de bedoeling van de gemeente is om de vrouwen in hun 'right to health' te treffen is dit wel het indirecte effect van hun beleid, wat in strijd is met het verbod op discriminatie.

Verslaafde vrouwen die in het zorgtraject gaan

Voor de vrouwen die in het zorgtraject gaan geldt dat zij daarmee tevens uit de prostitutie gaan.

Het recht op gezondheid heeft hierbij een goede kans te worden uitgeoefend, wegens de voorwaarden die hiervoor worden geschapen: een kliniek, gevolgd door beschermd wonen en beschermd werken.

Van belang hierbij is wel dat wanneer de vrouwen zich tijdens het traject terugtrekken zij kunnen vervallen in de situatie hierboven beschreven.

Overigens is het wel mogelijk dat zij dan weer opnieuw in het traject kunnen instappen.

Let wel:

Het beleid van en rond sluiting van tippelzones heeft een negatieve impact voor vrouwen op het recht op gezondheid, zowel op 'health care', 'health determinants' als op 'participation'. Ook heeft het een negatieve impact op het verbod op discriminatie.

Uitzondering hierop vormt het aan de sluiting gekoppelde zorgtraject voor verslaafde vrouwen.

Hoofdstuk 5. Verplichtingen van de overheid versus realiteit

Inleiding

Op grond van de verdragen, overeenkomsten en wetten die Nederland heeft gemaakt zoals eerder omschreven moet zij ook de verplichtingen, die daaraan verbonden zijn, nakomen. Voor het nakomen van deze verplichtingen voor het Right to Health van vrouwen is de overheid:

- verantwoordelijk .De lokale overheid is verantwoordelijk voor het lokale gezondheidsbeleid en als zodanig ook voor de schendingen van mensenrechten die hierbij optreden. De centrale overheid heeft een toezichthoudende en aanvullende verantwoordelijkheid als het gaat om schendingen van mensenrechten.
- verplicht te voldoen aan een aantal minimum basisvoorzieningen of ‘core obligations’
- verplicht tot progressieve realisatie, dwz het verder verbeteren van het recht op gezondheid en andere mensenrechten
- niet gerechtigd om toe te staan dat er in een bepaalde situatie een verslechtering optreedt van het right to health, principe van non-retrogressie.
- verplicht om bij het implementeren van beleid geen discriminatie toe te staan, de burgers bij het proces te betrekken en te voorzien in een klachtenprocedure.

Volgens diezelfde verdragen is de overheid verplicht om ‘to respect, protect and fulfill the right to health’ (ICESCR gen.comment 14, par. 35-37).

Op welke punten is de realiteit in strijd met de verplichtingen?

Core obligations

Een van de core obligations is dat er een nationaal beleid voor openbare gezondheidszorg is waarbij er speciale aandacht is voor kwetsbare groepen. Deze opdracht klinkt niet duidelijk door naar de lokale overheden en we moeten constateren dat er op het niveau van het lokale beleid geen gezondheidsplan voor onze doelgroep bestaat Dit is in strijd met ICESCR gen comment 14, par. 43f.

Progressieve realisatie

Het beleid zoals dat er in Rotterdam uitziet voor de zieke verslaafde vrouwen zou een verbetering van hun gezondheidssituatie kunnen betekenen. Dit is een voorbeeld van progressieve realisatie. Het beleid t.a.v. de andere vrouwen op beide zones is het tegengestelde hiervan. Er zijn geen positieve maatregelen genomen om de gezondheidssituatie van deze groep te verbeteren. (ICESCR, gen.comment 14, par 30 en 31).

Non-retrogressie

In de situatie van de tippelzone waren de rechten voor de meeste hier werkende straatprostituees beter beschermd dan na het sluiten hiervan .Dit geldt voor het verbod op slavernij en dwangarbeid en het verbod op discriminatie, zoals vastgelegd in EVRM, art 4 en 14.

De uitvoering van het recht op gezondheid is eveneens door de sluiting bemoeilijkt.

De overheid heeft niet al het mogelijke gedaan om dit te vermijden of om de desbetreffende groep vrouwen extra te beschermen hiervoor. (ICESCR, gen comment 14, per 32) .

Respect

Hoewel het beroep van (straat)prostituee op zichzelf gezondheidsrisico’s inhoudt geldt ook voor deze groep het aanspraak kunnen maken op diensten en omstandigheden die nodig zijn voor de ‘highest attainable standard of health’, aldus vastgelegd in ICESCR, gen comment 14, par 9.

Het effect van het beleid is dat voor vrouwen hun kans op een zo goed mogelijke gezondheid afneemt en hun kans op gezondheidsproblemen hierdoor toeneemt. Verder is de afstand tot een meldpunt vrouwenhandel en gedwongen prostitutie vergroot. Dit is in strijd met ICESCR, gen comment 14, par12b en van CEDAW, gen comment 19 en 24.

Uitzondering hierop zijn de verslaafde vrouwen in Rotterdam die actief worden geleid naar het zorgtraject.

Protect

Door het beleid van de overheid zelf komt de kans op een zo goed mogelijke gezondheid van vrouwen in gevaar, terwijl diezelfde overheid ze juist daartegen zou moeten beschermen. Dit is in strijd met ICESCR, gen comment 14, par 35 en CEDAW, gen comment 19 en 24

Fulfill

De overheid neemt voor een deel positieve maatregelen om het recht op gezondheid te implementeren. Dit geldt voor de groep zieke, verslaafde vrouwen van de tippelzone in Rotterdam. Voor de overige vrouwen in beide steden geldt dat de overheid geen positieve maatregelen neemt om hun right to health te implementeren. Juist bij een kwetsbare groep is dit een taak van de overheid. Dit is in strijd met ICESCR art 12, gen comment 14. par 37

Discriminatie

De impact van het beleid is voor vrouwen nadeliger dan voor mannen wat betreft hun right to health. Door de sluiting van de zone zijn zij alle hieraan verbonden voorzieningen kwijtgeraakt. Dit is in strijd met het Verbod op Discriminatie op grond van CEDAW, art 1, 2 en gen. comment 19, par 7(d,g) en 24

Participation

Omdat de vrouwen niet georganiseerd zijn als groep op een zone kunnen zij niet actief het beleid beïnvloeden via de lokale politiek. Vanuit de overheid zijn er geen maatregelen genomen om hun participatie in het beleid te monitoren. De gespreksrondes die er geweest zijn nadat het politieke besluit van het afschaffen van de zone genomen was kan niet als echte participatie worden geduid. Hier is op dit punt ook het recht op gezondheid in het geding op grond van ICESCR gen comment 14 par 11

Conclusie

We kunnen zeggen dat er positieve maatregelen voor de uitvoering van het Right to Health zijn te constateren, n.l. het zorgtraject voor de verslaafde vrouwen in Rotterdam. Verder moeten we helaas constateren dat het Right to Health in meerdere opzichten niet wordt uigevoerd door de overheid, evenals het Verbod op Discriminatie.

Hoofdstuk 6. Aanbevelingen

Korte samenvatting

In Nederland is het beroep van prostituee legaal. Hoewel er aan het beroep zelf gezondheidsrisico's zijn verbonden hebben deze vrouwen ook recht op 'the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health'. We kunnen het verschijnsel straatprostitutie waarschijnlijk niet wegdenken uit onze samenleving. Straatprostitutie is alleen toegestaan op de daarvoor bestemde tippelzones. Aan de werkplek op de onderzochte zones zijn een aantal voorzieningen gekoppeld die bijdragen tot de uitoefening van het recht op gezondheid van de prostituees.

Afschaffing van zo'n tippelzone zonder aanvullende maatregelen betekent behalve verlies van de werkplek ook het terugtrekken van die voorzieningen voor de vrouwen en van de mogelijkheid om actief controle op hun gezondheid uit te oefenen door hulpverleners. Het beleid heeft ook een discriminerend effect naar geslacht omdat vrouwen er significant meer door geraakt worden dan mannen.

Afschaffing betekent ook dat het werk zich buiten het gezichtsveld voortzet zonder controle met alle risico's van dien, omdat straatprostitutie niet zal verdwijnen.

De gemeentebesturen zijn verantwoordelijk voor het beleid ter plaatse., vanwege decentralisatie door de centrale overheid. Iedere gemeente moet de tippelprostitutie op zijn eigen manier oplossen en er een eigen lokaal beleid voor uitstippelen. Het gezondheidsbeleid en de andere beleidsterreinen kunnen binnen een gemeente worden geïntegreerd. Echter het recht op gezondheid voor alle vrouwen van de tippelzones klinkt onvoldoende in het lokale beleid door in de onderzochte gemeentes Amsterdam en Rotterdam.

Er zijn wel initiatieven voor gezondheidsbevorderende maatregelen bij sluiting, zoals het plan voor verslaafde prostituees in Rotterdam.

Aanbevelingen

1. Erkenning

De erkenning dat het verschijnsel straatprostitutie niet uit te bannen is zal eerst het uitgangspunt van gemeenten moeten worden. Eventueel kan er een vergelijking worden gemaakt met andere landen en een literatuuronderzoek worden verricht naar het verschijnsel straatprostitutie. Ook gesprekken met prostituees die nu nog op tippelzones werken kan hierbij helpen. Dit kan als bewijs dienen voor een situatie waarin straatprostitutie blijvend de aandacht verdient vanwege het terugkerende karakter. Het mogelijk maken van tippelzones was en is een poging om dit verschijnsel te erkennen.

Vervolgens komt de vraag hoe dit verschijnsel te beheersen. Het aanpakken van de overlast rond een zone betekent in de eerste plaats het aanpakken van de mensen die dit veroorzaken, dat zijn niet de prostituees.

Het uiteindelijke doel van een gemeente zou moeten zijn om de prostituee, die op straat wil werken, te erkennen en voor haar voorzieningen te creëren die de uitoefening van het recht op gezondheid zoveel mogelijk bevorderen.

2. Focus

De overheid heeft de taak zich af te vragen op welke wijze het recht op gezondheid van de straatprostituees van de zones beter gegarandeerd kan worden dan nu het geval is in de onderzochte steden.

Met de aanwezige voorzieningen op de zones werd inspanning geleverd door de gemeente om het recht op gezondheid te bevorderen. Als de focus van de gemeente ook bij alle veranderingen van dit beleid, zoals sluiting, gericht zou blijven op het waarborgen en bevorderen van dit recht op gezondheid van de vrouwen zouden hier minder tekortkomingen plaatsvinden.

Een gemeente zal erop gericht moeten zijn om de bewaking van dit recht op gezondheid mee te nemen in het beleid. Dit is in de betreffende gemeenten niet het geval geweest. Dit zou dan ook een hogere prioriteit in het lokale gezondheidsbeleid moeten krijgen. Het kan niet zo zijn dat een gemeente een zone sluit zonder daaraan gekoppelde maatregelen om het recht op gezondheid voor alle daar

werkzame (sub)groepen prostituees te beschermen en te bevorderen, dit zou een onderdeel van het beleid tot sluiting moeten zijn.

Concreet zou dat voor Rotterdam betekenen dat zij ook voor de overgebleven groep vrouwen die niet het zorgtraject ingaan een regeling zal moeten treffen.

In Amsterdam zijn inmiddels de meeste vrouwen van de voormalige zone waarschijnlijk niet meer te traceren en is het waarschijnlijk niet meer mogelijk om voor die groep nog passende maatregelen te nemen. Voor een deel is dit verschoven naar andere steden. Echter het reeds genomen besluit om middelen in te zetten voor de zorg voor straatprostituees kan in ieder geval nog worden uitgevoerd.

3. Nationaal kader

Aangezien meerdere steden met dit probleem worstelen kan een sturing op nationaal niveau hierbij van grote waarde zijn. De coördinerende en stimulerende rol van de nationale overheid is nu in dit opzicht afwezig. Ook zou de nationale overheid haar verantwoordelijkheid als het gaat om toezicht op het naleven van mensenrechten moeten nemen en een krachtig signaal naar de periferie moeten laten doorklinken.

Hiertoe zou een nationaal beleid betreffende tippelzones en het naleven van mensenrechten op zijn plaats zijn.

In samenwerking met andere landelijke organisaties die zich inzetten voor straatprostituees zou een dergelijk beleid kunnen zorgdragen voor de uitvoering hiervan.

4. Actief uitstapbeleid

Daarnaast is het bevorderen van een actief 'uitstapbeleid' op zijn plaats vanwege de gezondheidsrisico's die het werk met zich meebrengt. In dit verband is de poging in Rotterdam om verslaafde vrouwen uit de prostitutie te krijgen een positieve maatregel. Van de kennis en ervaring die hier wordt opgedaan zouden ook andere gemeenten gebruik kunnen maken.

5. Participatie

Bij het realiseren van veranderingen in de situatie van de straatprostituees missen we hun participatie hierin. De vrouwen zelf zouden meer als gesprekspartner in het beleid moeten worden betrokken.

Behalve dat dit hun recht is zou dit ook een afname van straatprostitutie op ongewenste plekken kunnen betekenen en het zou de motivatie voor een 'uitstapplan' kunnen bevorderen.

6. Onderzoek

Zoals boven vermeld zou er allereerst onderzoek moeten plaatsvinden naar de realiteit van het verschijnsel straatprostitutie .

Vanwege het beperkte karakter van dit onderzoek lijkt het aanbevelenswaardig om een uitgebreider onderzoek naar de problematiek van tippelzones op te zetten. Ook zou een literatuuronderzoek plaats moeten vinden naar soortgelijke studies en hun uitkomsten. (Straat)prostitutie is een probleem dat speelt in alle steden en in alle landen en dus kan er gebruik gemaakt worden van ervaringen op andere plaatsen.

Hierbij zouden dan in ieder geval de beheersbaarheid van de straatprostitutie en de bevordering van mensenrechten aan bod moeten komen.

Aanbevelingen in het kort

Erkenning straatprostitutie

Focus overheid op mensenrechten

Nationaal beleid tippelzones

Bevordering actief uitstapbeleid

Participatie prostituees

Onderzoek - voorkomen straatprostitutie

- bescherming en bevordering mensenrechten

Bronnen

Literatuur

Dutch Government, *Fourth Dutch Implementation Report on the UN Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women 2000-2004*, January 2005

Flight, S., Heerwaarden, Y. van en E. Lugtmeijer, *Evaluatie Toppelzone Theemsweg Amsterdam 2003*, DSP- groep, Amsterdam, 4 september 2003

Gemeente Amsterdam, *Notitie Zorg voor straatprostituees*, Gemeentebblad, 2004

Gemeente Amsterdam, *Voordracht ten geleide van de Notitie Zorg voor straatprostituees*, raadsvoordracht nr.144, Gemeentebblad, 26 februari 2004

Gemeente Amsterdam, *Voortgangsrapportage sluiting toppelzone*, juni 2004

Gemeente Rotterdam, *Het Rotterdams Prostitutiebeleid*, juni 2000

Gemeente Rotterdam, diverse stukken van het College B en W en de commissie bestuur en veiligheid

GGD Rotterdam en Omstreken, *Zorgen voor jezelf, goed voor elkaar*, Nota openbare gezondheidszorg Gemeente Rotterdam 2004-2006, mei 2004

GG&GD Amsterdam, *Gezond Leven in Gezond Amsterdam*, Nota Volksgezondheidsbeleid Amsterdam 2004-2007, 2004

Keulen, M.van, *Eindverslag Intersectoraal Schakelstation straatprostitutie*, ISs , mei 2002

Min. van Justitie, *Nationaal actieplan mensenhandel*, december 2004

Min. van VWS, *Begroting 2005*

Interviews

Mevr.A.Bouwman, medewerker zorgcoördinator slachtoffers vrouwenhandel HVO-Querido Amsterdam

Dhr. J.G.M. Breukels, manager persoonsgerichte aanpak GGD Rotterdam

Dhr.drs. E.C.J.E. Czyzewski, voorzitter bestuur Delta Bouman, Rotterdam

Mevr. A.Franke, medewerker preventie en deskundigheidsbevordering GGD Rotterdam

Mevr. I.Hoogveld, voorlichter wethouder volksgezondheid en veiligheid gemeente Rotterdam

Dhr.drs. P.J.van Slooten, beleids- en projectadviseur gemeente Amsterdam

Begeleiding bezoek toppelzone

Mevr.A.Schilperoort, afdelingsmanager huiskamer 'Keetje Toppel', Rotterdam

Informeel gesprekken

Met enkele prostituees en allerlei mensen van hulpverlening en politie zijn informeel gesprekken gevoerd. Omdat deze personen niet officieel zijn geïnterviewd worden hun namen niet expliciet vermeld.

Samenvatting

De gemeenten Amsterdam en Rotterdam hebben hun gedoog- of tippelzone voor straatprostitutie gesloten. Ook in sommige andere steden lijkt dit voor de deur te staan. Aan de zones waren een aantal belangrijke basisvoorzieningen voor de prostituees gekoppeld die bijdroegen aan hun recht op gezondheid. Zo werd de zone gecontroleerd door beveiliging en politie en bevond zich op het terrein een 'huiskamer'. Deze huiskamer was alleen toegankelijk voor de vrouwen en het personeel en fungeerde als een soort veilige haven, de vrouwen konden er terecht voor spuiten en condooms, een kop koffie of een douche. Er was medische zorg er waren mensen van de drugshulpverlening. Er werd voorlichting gegeven over SOA'S, de prostitutie, vrouwenhandel en illegaliteit. De hulpverleners die hier werkten hadden vaak een vertrouwensband met de vrouwen opgebouwd, konden soms doorverwijzen en hadden de mogelijkheid ook actief controle op het welzijn van de vrouwen uit te oefenen.

Met het sluiten van de zones is de mogelijkheid om hiervan gebruik te maken stop gezet.

De Johannes Wier Stichting heeft naar de gang van zaken in de twee steden gekeken vanuit de aanspraken die deze prostituees kunnen maken op hun mensenrechten, met name het recht op gezondheid. Dit vanuit de gedachte dat ook straatprostituees, ondanks hun beroepsrisico, recht hebben op 'the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health', art 12, ICESCR (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights).

In de periode vóór de sluiting van de zones zijn zowel in Amsterdam als in Rotterdam eerst de illegale vrouwen van de zones geweerd door de gemeente en zijn uit het zicht verdwenen. Toen eind 2003 in Amsterdam de zone werd gesloten is dit ook met de niet-illegale vrouwen gebeurd. In de gemeenteraad was nog wel besloten tot vervangende zorg voor de straatprostituees na de sluiting, maar (nog) niet uitgevoerd.

In Rotterdam is een uitgebreid plan voor de zwaar verslaafde prostituees opgesteld met als doel deze vrouwen uit de prostitutie te krijgen. Dit plan was een onderdeel van het beleid tot sluiting. Het Rotterdamse beleid bevordert het implementeren van dit zorgtraject voor de verslaafde vrouwen van de zone. Voor de niet-verslaafde vrouwen van de zone is geen plan gemaakt. Voor beide steden geldt dat er geen participatie van de vrouwen zelf was in de besluitvorming rond het opheffen van de zones.

Nederland heeft een aantal internationale mensenrechtenverdragen ondertekend, o.a. ICESCR en CEDAW (Convention on the Elimination of all forms of Discrimination against Women), waarin het recht op gezondheid en de weg naar volledige realisatie hiervan staan omschreven. De uitvoering van dit recht kan alleen worden verwezenlijkt als een overheid hier ook op gefocust is en zorg draagt voor de implementatie.

De verwezenlijking van het recht op gezondheid voor de prostituees die op tippelzones werk(t)en hangt in Nederland vooral af van het al dan niet doorklinken van dit recht in het gemeentelijk beleid. Dit komt mede door de decentralisatie. Na analyse van het gevoerde beleid en de uitwerking daarvan in beide steden blijkt dat dit een negatieve impact heeft op de mensenrechten van de vrouwen die er werkten. Uitzondering hierop vormen de verslaafde vrouwen in Rotterdam die deelnemen aan het zorgproject.

Tenslotte volgen een aantal aanbevelingen aan de overheid die als uitgangspunt kunnen dienen om het beleid bij te stellen. Deze zijn:

- erkenning van het verschijnsel straatprostitutie
- focus van de overheid op mensenrechten
- sturing op nationaal niveau
- bevordering van een actief uitstapbeleid
- participatie van de prostituees zelf
- inventarisatie en onderzoek naar het verschijnsel straatprostitutie en de mogelijkheden tot bescherming en bevordering van de mensenrechten.