Ervaringen van artsen in asielcentra in Vlaanderen en Brussel

Haio: Azawi Doaa , U.G.
Promotor: De Maesschalck Stéphanie , U.G.
Praktijkopleider: Bouez Kathy , KHARAGJITSING Aan , VAN HOOSTE Els , VERHEYDEN Joke , Weytjens Caroline

Context: Asielzoekers vormen een kwetsbare bevolkingsgroep die te maken heeft met een hoge mate van psychologisch trauma en een complexe sociale context die hun gezondheidsbehoeften bemoeilijkt. In België zorgen het toenemende aantal asielaanvragen, structurele vertragingen bij de opvang en gefragmenteerde zorgsystemen voor extra druk op de gezondheidszorg en de zorgverleners die in opvangcentra werken. Ondanks de groeiende aandacht voor de gezondheid van migranten is er slechts beperkt onderzoek gedaan naar de ervaringen van artsen in deze context.

Onderzoeksvraag: Deze studie onderzoekt hoe artsen die in opvangcentra voor asielzoekers werken hun rol ervaren, hoe zij de zorgverlening aanpakken binnen structureel beperkte en communicatie-intensieve omgevingen, en hoe dit werk hen professioneel en emotioneel beïnvloedt. Deze studie adresseert ook een leemte in de literatuur over de perspectieven van artsen op de gezondheidszorg voor asielzoekers, met name in de Belgische en bredere Europese context.

Methode: Er werd een kwalitatief onderzoeksontwerp gebruikt. Er werden semigestructureerde interviews afgenomen met acht artsen die werkzaam zijn of waren in opvangcentra van Fedasil en het Rode Kruis in Brussel en Vlaanderen. Deelnemers werden geworven via professionele netwerken en via Fedasil-coördinatie. De interviews werden in het Nederlands afgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd aan de hand van thematische analyse in MAXQDA. Ethische goedkeuring werd verkregen van de Universiteit Gent.

Resultaten: In dit onderzoek kwamen vijf hoofdthema’s naar voren. Artsen beschreven de gezondheidszorg voor asielzoekers als klinisch complex, niet alleen gekenmerkt door veelvoorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk, maar ook door een hoge mate van psychische klachten, trauma’s en cultureel beïnvloede symptoomuitingen. Structurele beperkingen, waaronder personeelstekorten, beperkte consultatietijd, gefragmenteerde digitale systemen, administratieve rompslomp en ongelijke verdeling van middelen tussen centra, hadden een aanzienlijke invloed op de zorgverlening en beperkten de preventieve zorg. Communicatiebarrières vormden een grote uitdaging, waarbij artsen aangewezen waren op professionele of informele tolken en digitale vertaaltools. Ondanks de incidentele miscommunicatie die optrad, werden de arts-patiëntrelaties grotendeels gekenmerkt door vertrouwen en dankbaarheid. Het werken in asielcentra werd beschreven als zowel emotioneel veeleisend als professioneel lonend. Artsen werden gemotiveerd door humanitaire waarden en een gevoel van verantwoordelijkheid ten aanzien van gezondheidsgelijkheid. Artsen ervoeren het werk als dichter bij de echte geneeskunde vanwege de klinische complexiteit ervan. Ten slotte vervulden artsen een impliciete maatschappelijke rol, waarbij ze een evenwicht moesten vinden tussen zorgverlening, beheer van middelen, informele belangenbehartiging en inspanningen om misvattingen en stereotypen over asielzoekers tegen te gaan.

Conclusie: De gezondheidszorg in asielcentra wordt meer bepaald door de context waarin de zorg wordt verleend dan door de medische aandoeningen zelf. Artsen zetten zich sterk in voor zorggelijkheid en passen zich waar mogelijk aan, maar worden vaak beperkt door tijd, middelen en organisatorische beperkingen, met name op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Een

verbetering van deze omstandigheden zou waarschijnlijk zowel de patiënten als de artsen ten goede komen.