Veldonderzoek naar de toegang tot gezondheidszorg voor verzoekers van internationale bescherming (VIB) in Brussel die buiten de reguliere opvang vallen

Dr. El Kaddouri Hanane, Universiteit Gent
Dr. Martens Lisa, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Stephanie Demaesschalck

Co-promotoren: Dr. Thibault Detremmerie

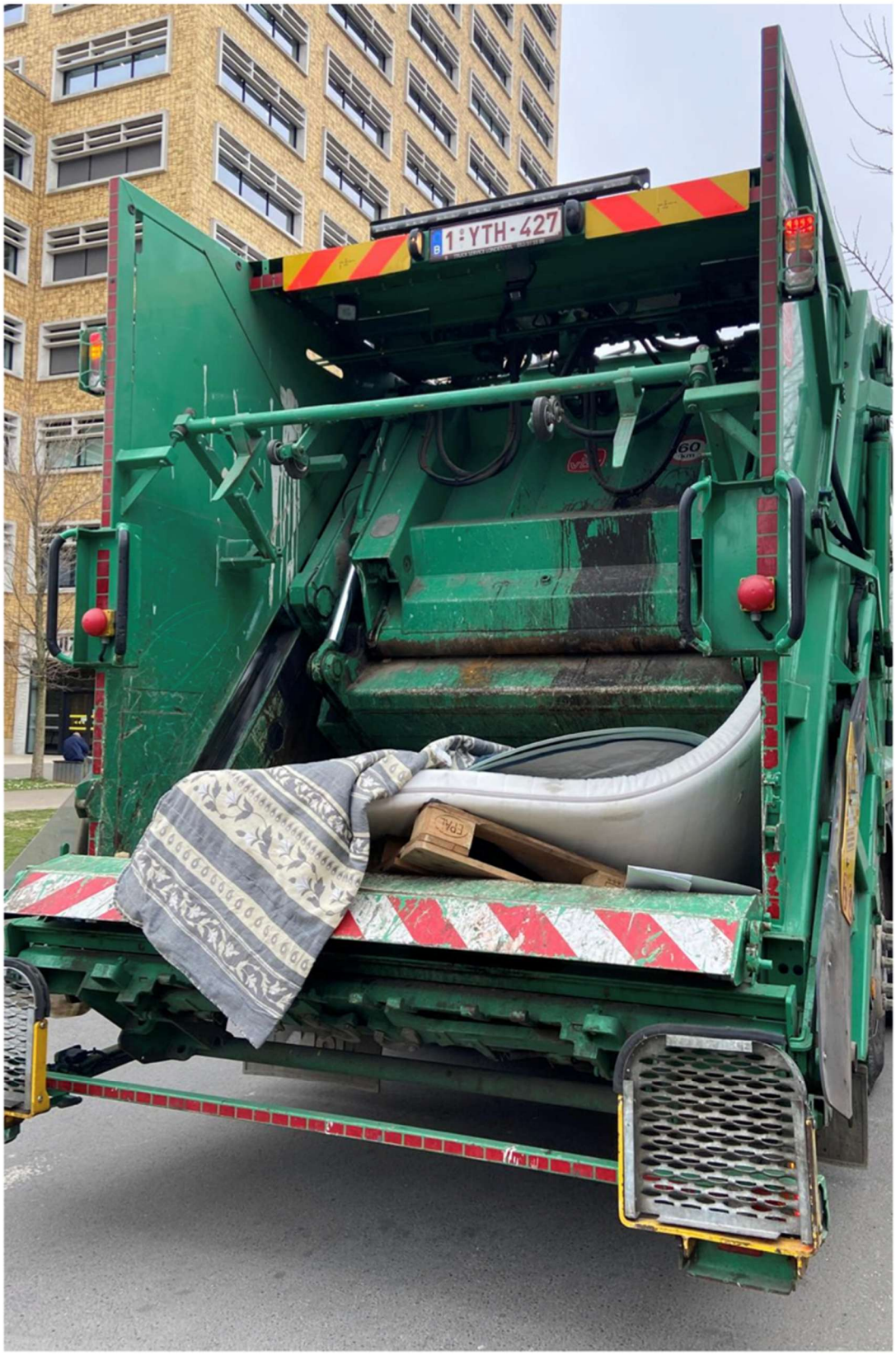
Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023-2026

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Veldonderzoek naar de toegang tot gezondheidszorg voor verzoekers van internationale bescherming (VIB) in Brussel die buiten de reguliere opvang vallen



Inhoudstafel

1. Abstract 6
2. Dankwoord 7
3. Afkortingen 8
4. Inleiding 9
Het Belgische asiel- en opvangsysteem 9
Evolutie van het aantal verzoeken om internationale bescherming 10
Juridische en beleidscontext 13
Het gevrijwaard recht op gezondheidszorg 14
Doel van de studie 15
5. Methode 16
Methode 1: Literatuuronderzoek 16
Methode 2: Kwalitatief onderzoek – interviews zorgverleners en/of zorginstanties 16
Methode 3: Exploratief kwantitatief onderzoek – Vragenlijst bij huisartsen 17
Methode 4: Observationeel veldonderzoek 18
Methode 5: Kwalitatief onderzoek - Interviews VIB's 19
6. Resultaten 20
Overzicht zorgnoden 20
Overzicht zorginstellingen en mogelijkheden tot zorg 20
Reguliere eerstelijnszorg 24
Availability (Beschikbaarheid) 24
Accessibility (Toegankelijkheid) 25
Fysieke toegankelijkheid 25
Financiële toegankelijkheid 25
Administratieve toegankelijkheid 26
Informatieve toegankelijkheid 27
Taal toegankelijkheid 28
Acceptability (Aanvaardbaarheid) 28
Quality (Kwaliteit) 29
Refugee Medical Point (RMP) 30
Availability (Beschikbaarheid) 30
Medische zorg 30
Mentale zorg 31
Preventie, oriëntatie en sociale ondersteuning 32
Doorverwijzingen en oriëntatie naar reguliere zorginstanties 32
Capaciteitsbeperkingen 33

Financiering 33
Accessibility (Toegankelijkheid) 33
Fysieke toegankelijkheid 33
Financiële toegankelijkheid 34
Administratieve toegankelijkheid 34
Acceptability (Aanvaardbaarheid) 35
Quality (Kwaliteit) 36
Humanitaire HUB 38
Availability (Beschikbaarheid) 38
Aanwezige diensten 38
Doelpubliek 38
Medische en mentale zorg 39
Doorverwijzing 41
Pleidooi 42
Financiering 42
Accessibility (Toegankelijkheid) 42
Fysieke toegankelijkheid 42
Financiële toegankelijkheid 43
Administratieve toegankelijkheid 43
Informatieve toegankelijkheid 43
Acceptability (Aanvaardbaarheid) 44
Quality (Kwaliteit) 44
Centrum Athéna 45
Availability (Beschikbaarheid) 45
Accessibility (Toegankelijkheid) 47
Acceptability (Aanvaardbaarheid) 47
Quality (Kwaliteit) 48
7. Discussie 49
Niet-opvangbeleid 49
Actuele beleidsbeslissingen 50
Beleidsaanbeveling 50
Sterktes en limitaties van de studie 51
8. Conclusie 53
9. Referenties 54

1. Abstract

Deze masterproef onderzoekt de toegang tot gezondheidszorg voor verzoekers van internationale bescherming in Brussel (VIB's) die door het niet-opvangbeleid buiten de reguliere opvang vallen. Het onderzoek heeft als doel een beter zicht te krijgen op hun gezondheidsnoden, de impact van het niet-opvangbeleid op hun gezondheid en de drempels die zij ervaren in de toegang tot de bestaande zorgstructuren.

Er werd gebruik gemaakt van een multimethodische aanpak bestaande uit literatuuronderzoek, interviews, vragenlijsten en observationeel veldonderzoek. De resultaten tonen dat VIB's complexe en brede zorgnoden hebben, zowel op somatisch als psychologisch vlak. Deze gezondheidsproblemen zijn sterk gelinkt aan de leefomstandigheden, waarbij het niet-opvang beleid gezien kan worden als belangrijke structurele determinant van hun gezondheid.

Hoewel VIB's in theorie recht hebben op gezondheidszorg, blijkt de effectieve toegang in de praktijk beperkt door administratieve complexiteit, capaciteitsproblemen binnen de reguliere zorg en taal-en informatiebarrières. Middenveldorganisaties spelen een belangrijke rol als laagdrempelige toegangspoorten tot zorg, maar kampen zelf met beperkte capaciteit, gebrek aan continuïteit van zorg en onzekere financiering.

Het onderzoek toont dat de recente beleidskeuzes een kwetsbare groep structureel zonder opvang zet. Dit leidt tot vermijdbare gezondheidsschade en druist rechtstreeks in tegen het humanitair recht. De studie benadrukt de kloof tussen recht op zorg en de dagelijkse praktijk en onderstreept de nood voor structurele beleidsveranderingen.

This master's thesis examines the healthcare needs and access to healthcare for applicants for international protection in Brussels (AIPs) who, due to the non-reception policy, fall outside the scope of the standard reception system. The aim of the research is to gain a better understanding of their health needs, the impact of the non-reception policy on their health, and the barriers they experience in accessing existing healthcare structures.

A multi-methodological approach was used, comprising a literature review, interviews, questionnaires and observational field research. The results show that AIPs have complex and wide-ranging healthcare needs, both somatically and psychologically. These health problems are strongly linked to living conditions, with the non-reception policy being seen as a key structural determinant of their health.

Although AIPs are theoretically entitled to healthcare, effective access in practice appears to be limited by administrative complexity, capacity issues within mainstream healthcare, and language and information barriers. Civil society organisations play an important role as low-threshold gateways to care, but face limited capacity, a lack of continuity of care and uncertain funding.

The research shows that recent policy choices are structurally leaving a vulnerable group without support. This leads to preventable harm to health and is in direct contravention of humanitarian law. The study highlights the gap between the right to healthcare and everyday practice and emphasizes the need for structural policy changes.

2. Dankwoord

Dit werk is een product van onze vriendschap.

Lisa, bedankt om samen met mij huisarts te worden. Bedankt voor jouw strijd voor rechtvaardigheid, je optimisme en je visie. Jouw bestaan is een bron van inspiratie en hoop. Het was een absoluut plezier om de afgelopen drie jaar met jou dit onderzoek vorm te kunnen geven.

Hanane, dankje voor het voorbeeld dat je stelt, als mens, huisarts en vriendin. Het zijn onze gesprekken tijdens eindeloze wandelingen die mee vorm hebben gegeven aan hoe ik huisarts wil zijn. Het is een privilege en een dagelijkse inspiratie om samen met jou deze weg te bewandelen.

Deze tekst was er niet geweest zonder de steun van zij het dichtste bij ons. Een bijzondere dank gaat uit naar hen.

Mijn broers en zussen, jullie stellen al een leven lang een voorbeeld, zowel op academisch als menselijk vlak. Jullie impact is enorm. Mijn ouders, jullie leerden ons groots te dromen, onszelf niet te verliezen en niet op te geven. De discussies over de actualiteit, het beleid en menselijkheid aan onze eettafel zijn de bodem voor al ons engagement. Bedankt voor de opofferingen die jullie voor ons maakten.

Mijn ouders, Anneke en Hans, dankjewel voor de ideeën die jullie mee vorm gaven en de onvoorwaardelijke steun in dit traject.

Laura, merci voor het geloof in de kracht van deze tekst. De conversaties met jou boden zelfzekerheid en energie om van deze tekst een manifest te maken.

Dank aan zij die er mee vorm aan gaven.

Daar waar Stephanie groot droomde en alles als mogelijk zag, wees Thibault ons graag terug op de realiteit en de haalbaarheid binnen de context van een thesis. Dank aan beide voor de steun en de vrijheid die ons werd gegeven bij het schrijven van deze tekst.

Maud, Maxime, Deborah, Julie en Claire dank voor de inspiratie en de energie die jullie ons gaven. Dank voor een voorbeeld te bieden wat zorg ook kan zijn, en om ondanks alles te vechten voor menselijkheid binnen een inhumaan beleid.

Het laatste woord gaat over de verzoekers die we interviewden en ontmoet hebben tijdens het schrijven van deze thesis. Zij die door het Westers imperialisme gedwongen worden hun thuislanden te verlaten. Wij schamen ons diep voor het leed dat hen wordt berokkend en voor de omstandigheden waarin zij gedwongen worden te overleven bij aankomst in België.

Als zorgverleners hebben we het privilege dat onze stem gehoord wordt in het publieke debat en we nemen dat privilege ernstig. De woorden in deze tekst zijn voor hen.

3. Afkortingen

VIB	Verzoeker van internationale bescherming
WHO	Wereld Gezondheidsorganisatie
DVZ	Dienst vreemdelingzaken
CGVS	Commissariaat Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen
EU	Europese unie
IVESCR	Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten
KCE	Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
DVW	Dokters van de Wereld
RMP	Refugee Medical Point
AAAQ	Availability – Accessibility – Acceptability - Quality
BHAK	Brusselse huisartsenkring
FAMGB	Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
ICB	Intercultureel bemiddelaar

4. Inleiding

Als eerstelijns zorgverleners streven we ernaar om het fundamentele recht op gezondheid en gezondheidszorg, zoals vastgelegd in onder meer de Universele verklaring van de Rechten van de Mens, voor iedereen te waarborgen.[1] Onze eerste ervaring als artsen in de praktijk toont ons dat een groeiende groep mensen tussen de mazen van het net valt. We focussen ons voor dit onderzoek specifiek op een groep verzoekers om internationale bescherming, hierna afgekort als VIB's, die buiten het reguliere opvangnetwerk vallen.

De WHO definieert gezondheid als "*een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet louter de afwezigheid van ziekte of gebrek"*.[2] Deze brede definitie benadrukt dat gezondheid nauw samenhangt met levensomstandigheden zoals huisvesting, sociale bescherming en toegang tot basisvoorzieningen. Wanneer mensen langdurig zonder onderdak en basis levensbehoeften leven, beïnvloedt dit ernstig hun fysieke en mentale gezondheid. Daarnaast komt door precaire levensomstandigheden ook de toegang tot gezondheidszorg in het gedrang.

Het Belgische asiel- en opvangsysteem

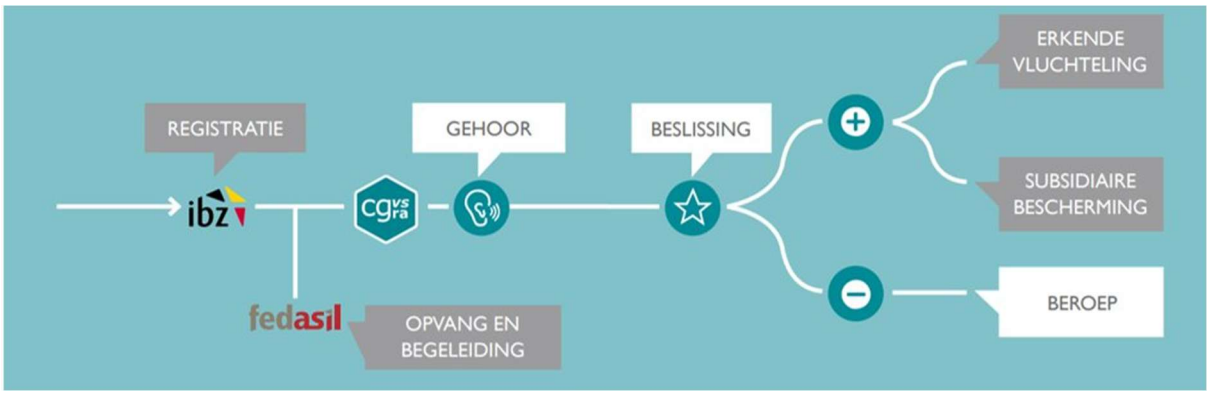
Personen die in België een verzoek om internationale bescherming willen indienen, moeten zich hiervoor in eerste instantie aanmelden bij de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ) in Brussel. In een latere fase, vaak maanden later, volgt een persoonlijk onderhoud met het Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS), waarbij in een uitgebreid interview de geloofwaardigheid van het vluchtverhaal en de vluchtmotieven worden beoordeeld en een beslissing wordt genomen. [3]

Op basis van de definitie uit het Verdrag van Genève van 1951 kan een persoon een positieve of negatieve beslissing krijgen. [4]

> *"Vluchtelingen moeten aan de volgende voorwaarden voldoen: buiten het eigen land zijn, met reden bang zijn voor vervolging en de bescherming van eigen land niet kunnen of willen inroepen. De reden van vervolging moet één van de volgende zijn: ras, godsdienst, nationaliteit, politieke overtuiging of sociale groep."*

Bij een positieve beslissing wordt een vluchtelingenstatuut of een statuut van subsidiaire bescherming toegekend. Personen aan wie de vluchtelingenstatus wordt toegekend voldoen volgens het CGVS aan de voorwaarden gesteld in de conventie van 1951. Personen die hier niet aan voldoen, maar wel een actueel risico lopen op ernstige schade bij terugkeer naar land van herkomst (of land waar de staatloze verbleef), met name doodstraf of executie, foltering of ernstige schade door een gewapend conflict, krijgen het statuut van subsidiaire bescherming toegewezen.

Een negatieve beslissing betekent dat het CGVS beslist dat het verzoek niet voldoet aan de voorwaarden opgetekend in de conventie. Dan bestaat de mogelijkheid tot aantekenen van beroep bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (RVV) als de persoon nieuwe elementen kan toevoegen aan de aanvraag. Een tweede betwisting kan via een cassatieberoep bij de Raad van State. [3]

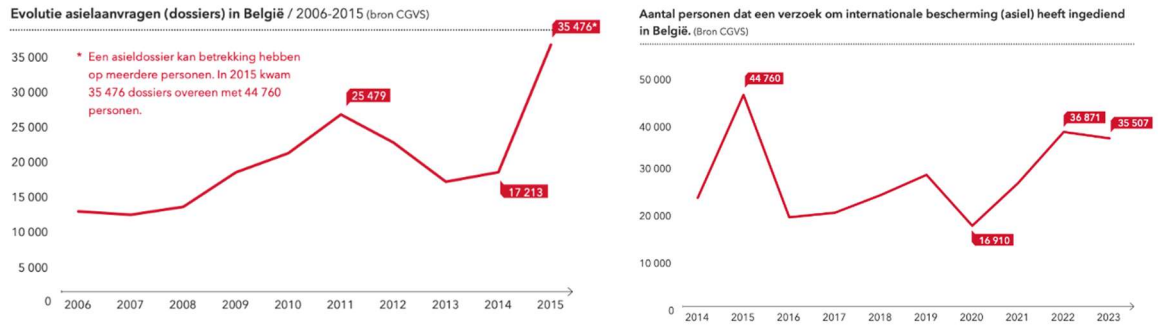


Figuur 1: Schematisch overzicht asielprocedure. [5]

Evolutie van het aantal verzoeken om internationale bescherming

Wanneer gekeken wordt naar het aantal verzoeken om internationale bescherming in de laatste tien jaar, vallen twee periodes op waarin het aantal aanvragen duidelijk steeg.

In 2015 was er een verdubbeling van het aantal aanvragen, voornamelijk door een stijging van verzoekers uit Afghanistan, Syrië en Palestina. Deze periode wordt aangeduid als de eerste 'opvangcrisis'. Beelden van VIB's die in tenten aan het Noordstation moesten verblijven werden toen verspreid in de media. In die periode kon de opvangcapaciteit uitgebreid worden van 16 000 naar 33 000 plekken. Dit door het brede maatschappelijke draagvlak en de hulp van meerdere middenveldorganisaties.



Figuur 2 en 3: Evolutie asielaanvragen tussen 2006 en 2023 uit jaarverslag Fedasil. [6]

Door escalatie van conflicten in bovengenoemde landen zagen we in 2019 opnieuw een lichte stijging van het aantal verzoeken. Deze stijging had eerst weinig invloed op de bezetting van het opvangnetwerk. In 2020 daalde het aantal verzoeken tijdelijk, voornamelijk in de context van de coronapandemie. Waarna het aantal aanvragen in 2021 opnieuw toenam. Ondanks dat het totale aantal van verzoeken veel lager bleef dan tijdens de piek in 2015, was de politieke respons in 2021 ontoereikend en nam de opvangcapaciteit niet voldoende toe. Hierdoor ontstond sinds de zomer van 2021 een opvangcrisis, waarbij VIB's gedurende meerdere maanden op straat terecht kwamen in afwachting van een opvangplaats. [6,7]

Volgens de opvangrichtlijn van de Europese Unie (EU) (Opvangrichtlijn 2024, art. 19-20) en het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele rechten (IVESCR, art. 11) heeft elke VIB recht op materiële steun vanaf het moment een verzoek om internationale bescherming wordt ingediend. [8,9]

> *"Elke verzoeker om internationale bescherming heeft recht op opvang die hem in staat moet stellen om een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid"* [8,9]

Dit recht omvat onder meer het recht op opvang en huisvesting, eerste en tweedelijns juridische bijstand, informatievoorziening, maatschappelijke dienstverlening, sociale tolk- en vertaaldiensten, werk en vrijwilligerswerk als na vier maanden nog geen beslissing is gevallen en het gewaarborgd recht op medische en psychologische zorg. [10]

Ondanks de klare en duidelijke wettelijke bepalingen uit het vreemdelingenrecht, is het zo dat de Belgische staat deze rechten sinds de zomer van 2021 niet systematisch garandeert.

Een belangrijk probleem in het begrijpen van de omvang van deze crisis is het gebrek aan duidelijke officiële cijfers over het aantal VIB's die niet onmiddellijk toegang krijgen tot het opvangnetwerk. VIB's die toegang werden geweigerd tot het reguliere opvangnetwerk, kwamen niet automatisch op een wachtlijst terecht. Tot de dag van vandaag is er geen automatische registratie op de wachtlijst voor opvang. Alsook bestond er in het begin van de opvangcrisis in 2021 geen specifieke administratieve codering voor personen die op de wachtlijst voor opvang terecht kwamen. Daarom werd door Fedasil besloten de code '*no show 207*' aan hen toe te kennen. Deze code werd oorspronkelijk gebruikt voor VIB's die vrijwillig afstand deden van hun recht op bed, bad, brood omdat zij bijvoorbeeld bij familie of vrienden terecht konden. In het kader van de opvangcrisis werd dezelfde code ook toegekend aan personen die geen toegang kregen, hoewel in hun geval geen sprake was van een vrijwillige keuze.

In de praktijk leidt dit ertoe dat deze groep dakloos is voor meerdere maanden terwijl ze wachten op het verdere verloop van hun asielprocedure. Hiernaast kunnen zij ook geen geldig adres opgeven, waardoor ze geen attest van immatriculatie[1] kunnen ontvangen. Dit betekent dat zij na de wachtperiode van vier maanden niet kunnen beginnen werken, ondanks dat dit hun in staat zou kunnen stellen om in meer humane omstandigheden te overleven. Hiernaast heeft een persoon met code *'no show'* geen recht op maatschappelijke dienstverlening van het OCMW. [9,10]

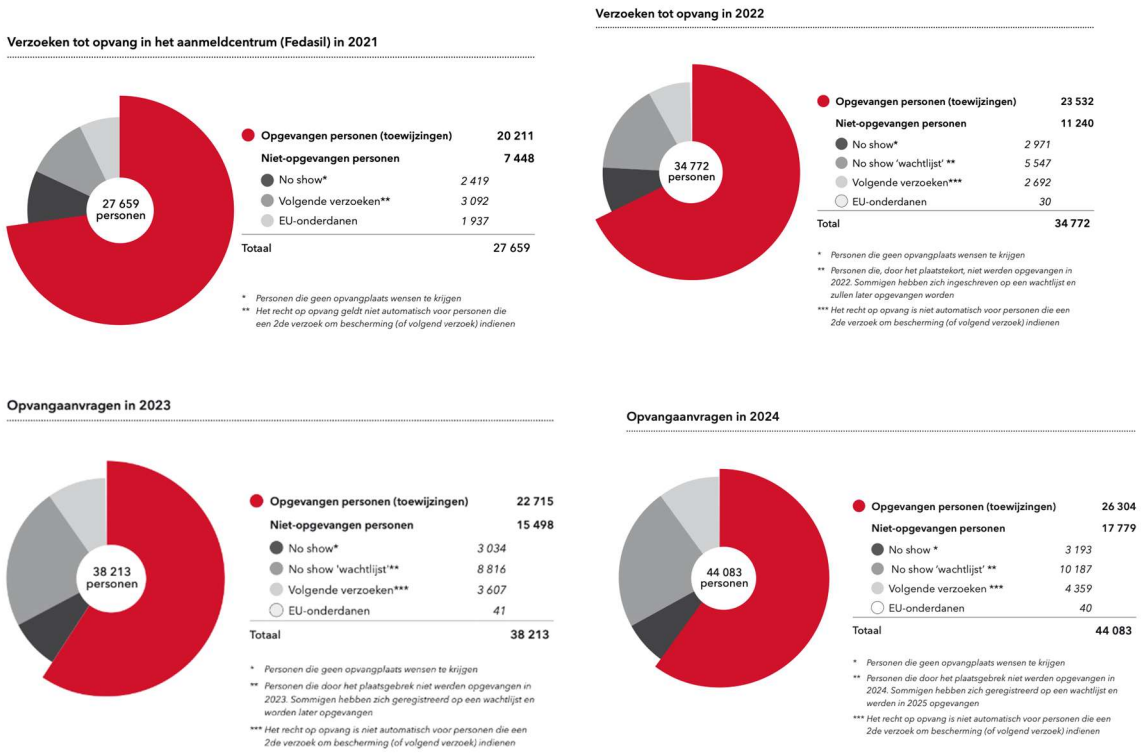
Tot slot, en belangrijk voor ons als hulpverleners, heeft deze groep wel recht op toegang tot de gezondheidszorg. Die wordt in normale omstandigheden – dit is wanneer de VIB opvang krijgt – georganiseerd en betaald door Fedasil: hetzij door medische zorg in collectieve opvangstructuren, hetzij in de reguliere zorg via requisitoria[2]. Gezien de afwezigheid van opvang en andere ondersteuning, kan vermoed worden dat drempels naar de reguliere zorg groot zijn. Deze code *'no show 207'* oneigenlijk toekennen hypothekeert dus een kwaliteitsvol bestaan in verschillende domeinen van het leven. [10,13]

Zoals in volgende grafieken vanuit de jaarverslagen van Fedasil te zien is, spreken we over een groeiende groep mensen. In 2021 werd in de jaarverslagen nog geen onderscheid gemaakt tussen de code *'no show'* en de code *'no show technique'*. In 2022 wordt deze

[1] Een attest van immatriculatie (AI) is een tijdelijk verblijfsdocument dat wordt toegekend aan personen zonder Belgische nationaliteit in afwachting van een beslissing over hun verblijfs- of asielaanvraag en dat hun voorlopig legaal verblijf in België bevestigt.[11]

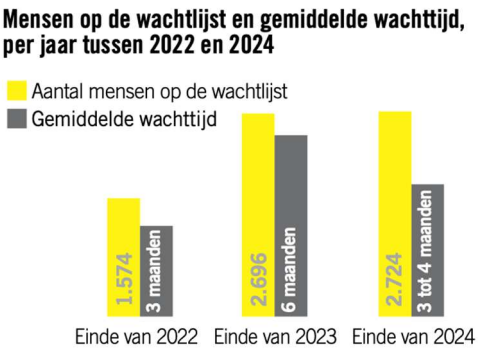
[2] Een betalingsverbintenis aan te vragen voor het toedienen van zorg, via een online formulier van Fedasil [12]

opsplitsing wel gemaakt en wordt de code *'no show technique'* toegekend aan zij die op de wachtlijst komen te staan. In 2022 werd aan 5 547 VIB's bij aanmelding aan DVZ in eerste instantie geen opvang toegewezen. In 2023 steeg dit aantal tot 8 816 VIB's en in 2024 ging het om 10 187 VIB's die bij indiening van een verzoek om internationale bescherming op de wachtlijst werden gezet. [6,14,15]



Figuur 4-7: Grafieken verdeling aantal opgevangen en niet-opgevangen personen uit jaarverslagen van Fedasil 2021-2024 [6,14,15]

Aanvullende gegevens van het onafhankelijk Federaal migratiecentrum, Myria, dat maandelijks vergaderingen organiseert tussen het middenveld en de overheid tonen dat 2 696 VIB's op de wachtlijst voor opvang stonden eind 2023. Zij verbleven gemiddeld zes maanden op straat. Eind 2024 was dit cijfer nog tot 2 724 gestegen. Belangrijk is dat deze cijfers opgevraagd door Myria een momentopname zijn in tegenstelling tot de cumuleerde jaarcijfers vanuit de verslagen van Fedasil. Cijfers van VIB's die niet op de wachtlijst kwamen, maar ook geen opvang kregen, ontbreken in deze statistieken. [16,17]



Figuur 8: Grafiek over het aantal mensen op de wachtlijst en de gemiddelde wachttijd op opvang tussen 2022 en 2024 uit de maandelijkse contactvergaderingen georganiseerd door Myria [16]

Volgens Fedasil gaat het hier voornamelijk om alleenstaande mannen. Vanuit het middenveld klinken stemmen dat ook gezinnen met kinderen op straat zijn beland. In een rapport van Amnesty International uit 2025 wordt vermeld dat tussen 2021 en 2022 ook niet-begeleide kinderen jonger dan 18 jaar en gezinnen met kinderen op straat moesten slapen omdat de autoriteiten er niet in slaagden hen onderdak te bieden.[16] Sinds 2025 stellen we een toename vast van het aantal gezinnen op straat in Brussel, nadat de opvangwet verstrengd werd. Minister van Asiel en Migratie, Anneleen Van Bossuyt besliste dat personen die bescherming hebben gekregen in een andere Europese lidstaat geen recht meer hebben tot opvang in België, ook niet tijdens hun procedure.[18]

Juridische en beleidscontext

Het niet-opvangbeleid leidde al tot een groot aantal gerechtelijke procedures. Sinds 2021 werd Fedasil meer dan 21 000 keer veroordeeld voor het niet naleven van de wettelijke verplichting om opvang te voorzien voor VIB's. Zowel nationale als internationale rechtbanken hebben Fedasil en de Belgische staat al meermaals bevolen dringend adequate opvang te voorzien. In 2022 en 2023 werd de Belgische staat veroordeeld door de Rechtbank van Eerste Aanleg van Brussel voor het schenden van het recht op opvang.[16,19]

Omdat de overheidsinstanties deze veroordelingen niet naleefden, werden hen al meerdere dwangsommen opgelegd. In januari 2024 leidde het weigeren om deze bedragen te betalen tot een symbolische inbeslagname door een deurwaarder. Ook nadien volgden meerdere inbeslagnames, allen zonder verdere gevolgen. [20]

> *"... een koelkast en een koffiemachine door de deurwaarder meegenomen uit het kabinet van staatssecretaris voor Asiel en Migratie Nicole de Moor (CD&V). De inbeslagname is een gevolg van de wanbetaling van de dwangsommen die de Belgische staat werden opgelegd voor het niet opvangen van asielzoekers die de procedure doorlopen en opvang zouden moeten genieten."* [20]

De situatie roept vragen en bezorgdheden op over de naleving van gerechtelijke uitspraken door de overheid en over het uithollen van het rechtssysteem wanneer rechterlijke uitspraken systematisch naast zich neergelegd kan worden wanneer de overheid dit wenst.

In augustus 2023 besloot de regering onder leiding van staatssecretaris De Moor om de opvang van alleenstaande mannen stop te zetten om zo ruimte te creëren in het opvangnetwerk voor gezinnen met kinderen tijdens de wintermaanden.[21] Hoewel deze maatregel in realiteit al sinds najaar van 2021 werd toegepast, werd dit nu voor de eerste keer officieel door de minister uitgesproken en expliciet als beleidsmaatregel geformuleerd.
Op 13 september 2023 werd deze beslissing geschorst door de Raad van State. Deze oordeelde dat de regering het recht niet heeft om een categorie asielzoekers, in dit geval alleenstaande mannen, het recht op opvang te ontzeggen om moeilijkheden op te lossen waarmee ze beweren te kampen te hebben. [22]

Ook middenveldorganisaties uitten sterke kritiek op deze maatregel, onder meer omdat kwetsbaarheden bij deze groep niet altijd zichtbaar zijn en dergelijke beleidskeuzen bestaande (gezondheids)risico's kunnen verergeren.

Minister Anneleen Van Bossuyt zet de trend in het beleid van De Moor verder. Ze verklaart het 'strengste asielbeleid ooit' te willen realiseren en hoopt hiermee het zogenaamde 'asielshoppen' tegen te gaan. Ook verschillende nieuwe aanpassingen binnen de opvangwet

door minister van Bossuyt in 2025 werden door het Grondwettelijk Hof nietig verklaard. Een van deze maatregelen liet toe het recht op opvang in te trekken voor personen die in België asiel aanvragen terwijl ze eerder al een asielprocedure hebben doorlopen in een ander EU-land. [23]

Ondanks de schorsing van deze maatregel blijft minister Van Bossuyt vasthouden aan haar streng beleid. Over de mensen die hierdoor op straat terechtkomen zegt ze het volgende:

> *"Wie vandaag op straat belandt door de nieuwe crisismaatregelen, heeft er bewust voor gekozen om door te reizen naar België, terwijl men elders in Europa al bescherming kreeg of een afgewezen asielaanvraag had. Voor deze mensen is er altijd een alternatief: zij kunnen kiezen voor vrijwillige terugkeer naar hun land van herkomst of het land dat verantwoordelijk voor hen is. In dat geval moeten zij niet op straat slapen, maar kunnen zij ondertussen in een terugkeercentrum verblijven.* [24]

Het gevrijwaard recht op gezondheidszorg

Zoals hierboven beschreven worden verschillende rechten van de VIB in de praktijk geschonden. Volgens de Belgische staat en Fedasil zou het recht op gezondheidszorg gevrijwaard blijven.

In België geldt een algemene plicht om aangesloten te zijn bij een mutualiteit, waardoor medische consultaties, medicatie en hulpmiddelen terugbetaald kunnen worden. Voor mensen die niet in dit systeem aangesloten zijn bestaan alternatieve regelingen zoals de medische kaart voor mensen zonder wettig verblijf of de wet op dringende medische hulpverlening. [12]
Voor VIB's geldt dat de kosten gedekt en georganiseerd worden door Fedasil zelf. In de collectieve opvangcentra en lokale opvang initiatieven gebeurt dit via interne medische diensten of verwijzingen naar reguliere zorgverleners.

Voor de VIB's met de code *'no show 207',* zou die zorg verzekerd moeten zijn via een betalingsverbintenis, ook wel het requisitorium genoemd. Dit systeem houdt in dat zorgverleners eerst via een requisitorium aanvraag doen bij Fedasil om de medische kosten van zorg voor deze groep terugbetaald te krijgen. Ook de VIB's die de code *'no show technique'* ontvingen zouden volgens ditzelfde systeem toegang tot zorg moeten hebben. [5]

Doel van de studie

Hoewel de opvangcrisis en de juridische implicaties ervan frequent worden besproken in beleidsdocumenten, rapporten van middenveldorganisaties en mediaberichtgeving, bestaat er weinig systematisch onderzoek naar de concrete gezondheidsnoden van verzoekers van internationale bescherming die buiten het opvangnetwerk vallen. Daarnaast ontbreekt een duidelijk overzicht van zorginitiatieven waarop deze groep in de praktijk beroep doet, alsook van de drempels waarmee zij geconfronteerd worden in die zoektocht naar zorg.

Met deze masterproef willen we een beter zicht krijgen op de huidige zorgnoden van de VIB's. We brengen in kaart welke invloed de huidige opvangcrisis heeft op hun gezondheid en trachten een overzicht te geven van de bestaande zorginstanties die zorg bieden aan deze precaire populatie. Daarnaast analyseren we welke drempels bestaan in de toegang tot en de kwaliteit van zorg. Tot slot onderzoeken we hoe bepaalde beleidsbeslissingen en politieke keuzes de rechten van deze groeiende groep VIB's inperkt, met aandacht voor de gezondheidszorg en andere domeinen die een invloed hebben op de gezondheid.

5. Methode

Om op deze vragen een antwoord te formuleren hanteerden we een *mixed method* aanpak. Ons onderzoek steunt op meerdere pijlers die verschillende soorten data vergaren, met als doel een zo volledig mogelijk overzicht te krijgen van de zorgnoden, het zorgaanbod en de mismatch hiertussen voor de VIB.

Methode 1: Literatuuronderzoek

Als eerste exploratie van het onderwerp werd een verkennend literatuuronderzoek uitgevoerd. Het doel van deze literatuurstudie was voornamelijk om een beter inzicht te krijgen in de beleidscontext en de organisatie van zorg voor VIB's. Daarnaast diende ze als achtergrond voor het schrijven van de inleiding en om relevante actoren te identificeren.

Er werd beperkt gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur. Zo werd binnen de KCE-zoekmachine zoekopdrachten uitgevoerd met termen als "Asielzoeker", "Vluchteling", en "Asiel". Drie artikelen werden gevonden, waarvan er één relevant werd bevonden voor het onderzoek.

Daarnaast werd voornamelijk gebruik gemaakt van grijze literatuur, waaronder beleidsnota's, rapporten van middenveldorganisaties en publicaties van ngo's. Ook artikels uit de reguliere media werden gebruikt om recente beleidsontwikkelingen en het maatschappelijk debat rond het niet-opvangbeleid te volgen.

Methode 2: Kwalitatief onderzoek – interviews zorgverleners en/of zorginstanties

In een tweede onderzoeksfase werden diepte-interviews afgenomen met zorgverleners en medewerkers van zorginstanties die in Brussel actief zijn rond de medische opvang en begeleiding van verzoekers voor internationale bescherming. Op basis van inzichten uit de eerste literatuurfase van het onderzoek konden de belangrijkste actoren geïdentificeerd worden. Om een genuanceerd beeld te krijgen van hun rol in de zorgorganisatie, hun werking, ervaringen en mogelijke drempels werden gesprekken georganiseerd. In totaal werden zes interviews uitgevoerd: twee medewerkers van Dokters Van De Wereld (DVW), twee medewerkers van BelRefugees, één medewerker van Refugee Medical Point (RMP) en één medewerker van Centrum Athéna werden geïnterviewd.

De gesprekken vonden plaats op locatie of, als dit praktischer bleek, via een online Teams-vergadering. De deelnemers werden via een *informed consent* vooraf geïnformeerd over het doel van het onderzoek en gaven toestemming voor deelname en opname.

Om de gesprekken gestroomlijnd te doen verlopen werd gebruik gemaakt van een interviewgids. De thema's kwamen tot stand op basis van de literatuur en werden door de onderzoekers opgesteld en samen met de promotoren overlegd en verfijnd.

De interviews begonnen vanuit de betrokken organisatie en hun rol in de zorg voor de groep VIB's. Daarnaast werden vragen gesteld over de wijze waarop deze doelgroep toegang vindt tot zorg, de specifieke uitdagingen en drempels die worden ervaren (zoals taal, financiering of administratieve obstakels), en de samenwerking met andere instanties. Verder werd aandacht besteed aan de behoeften van zorgverleners om de kwaliteit van zorg te verbeteren en aan hun perspectieven op toekomstige ontwikkelingen. Tot slot was er ruimte voor het delen van succeservaringen of moeilijkere casussen die de dagelijkse praktijk illustreren.

De interviews werden opgenomen en zorgvuldig uitgeschreven. Om vertrouwelijkheid te garanderen werden alle gegevens gepseudonimiseerd opgeslagen op de servers van de Universiteit Gent.

Voor de analyse van de gegevens werd gekozen voor een thematische analyse volgens Brown en Clarke.[25] Deze methode is bijzonder geschikt voor onderzoek naar ervaringen en percepties. Ze laat toe om systemisch terugkerende thema's en patronen te identificeren en te interpreteren. De verwerking verliep volgens de gestandaardiseerde stappen: het (her)lezen van de transcripties, coderen van relevante uitspraken, het groeperen van de codes in bredere thema's, en het kritisch herzien en benoemen van deze thema's. Op deze manier slaagden we erin om de inzichten van zorgverleners te ordenen en te duiden, zonder de complexiteit teniet te doen.

De thematische analyse werd verder gestructureerd in twee niveaus. Eerst werd de data geanalyseerd aan de hand van thema's die centraal staan in het onderzoek. Daarbij werd aandacht besteed aan het ontstaan en de evolutie van de betrokken zorginstellingen, de doelgroep die ze (wensen te) bereiken en de positie die ze in het Brusselse zorglandschap innemen, de dagelijkse werking en organisatie van zorg en het financieringsmodel.

Daarna werd specifiek ingezoomd op de drempels die de VIB's (kunnen) ervaren in hun toegang tot gezondheidszorg. Hiervoor wordt het AAAQ-framework van de WHO en de Verenigde Naties voor Economische, Sociale en Culturele rechten gehanteerd.[26] Het recht op gezondheid wordt hiermee onderverdeeld in vier kerncomponenten: Availability (beschikbaarheid), Accessibility (Toegankelijkheid), Acceptability (Aanvaardbaarheid) en Quality (kwaliteit). Dit kader biedt een analytisch instrument om concrete drempels en ongelijkheden in toegang tot zorg zichtbaar te maken.

Op basis van de literatuurstudie en de interviews werden binnen deze vier componenten specifieke thema's geselecteerd die herhaaldelijk naar voren kwamen in de Brusselse context. Zo wordt binnen '*Availibility'* de focus gelegd op capaciteitsmogelijkheden en -tekorten, wachttijden en (het gebrek aan) doorverwijsmogelijkheden. Binnen '*Accessibility'* wordt onder meer aandacht besteed aan administratieve en logistieke barrières, financiële obstakels en taalproblemen. '*Acceptibility'* omvat thema's zoals vertrouwen, zorgorganisatie, interculturele bemiddeling en de afstemming van de zorg op de specifieke noden van de doelgroep. Tot slot wordt binnen '*Quality'* gekeken naar de inhoudelijke kwaliteit van zorg, de professionele omkadering en de continuïteit van zorg. Op deze manier combineert de analyse een beschrijving van de organisatie van zorginitiatieven met een evaluatie van de drempels tot zorg.

Methode 3: Exploratief kwantitatief onderzoek – Vragenlijst bij huisartsen

Een derde luik van het onderzoek richtte zich op huisartsen actief in Brussel. Dit onderdeel had tot doel de ervaringen, attitudes en drempels te schetsen van huisartsen bij het verlenen van zorg aan verzoekers van internationale bescherming buiten de reguliere opvang.

De vragenlijst werd ontwikkeld door het onderzoeksteam op basis van thema's die naar boven kwamen bij het literatuuronderzoek en de eerste verkennende gesprekken en interviews met actoren die betrokken zijn bij de zorg voor deze doelgroep. De vragenlijst bestond uit vragen waarop de antwoorden via Likert-schaal werden gegeven.

De vragenlijst werd in eerste instantie verspreid via de Brusselse Huisartsenkring (BHAK). De oproep werd opgenomen in hun nieuwsbrief met de vraag om de enquête ook verder te verspreiden in de lokale overlegkringen. Daarnaast werd de vragenlijst gedeeld via de Federatie van Brusselse huisartsenvereniging (FAMGB), alsook via hun nieuwsbrief. In tweede instantie werd ook gebruik gemaakt van het eigen professionele netwerk van de onderzoekers in Brussel, waarbij collega's actief werden aangespoord om de enquête verder te verspreiden. In totaal namen 33 huisartsen deel aan de bevraging, waarvan 21 Nederlandstalig en 12 Franstalig.

De verzamelde gegevens werden veilig verzameld op de server van de UGent. De verwerking en analyse gebeurden via de ingebouwde mogelijkheden van Microsoft Forms en Excel. Er werd vooral gekeken naar overeenkomsten in drempels die ervaren werden in het geven van zorg, met een focus op de administratieve drempels waar huisartsen tegen botsen. Alsook werd door een open vraag op het einde gepolst naar mogelijke hiaten in onze hypotheses over mogelijke drempels.

Methode 4: Observationeel veldonderzoek

Vervolgens werd aanvullend veldonderzoek uitgevoerd op twee locaties waar zorg wordt verleend aan de VIB's. Op 23 september 2025 bezochten de twee onderzoekers één dag Refugee Medical Point (RMP) en op 30 september 2025 de Humanitaire Hub. RMP is een zorgpraktijk van het Rode Kruis België, in dienst gesteld door Fedasil om medische zorg te verlenen aan de groep verzoekers van internationale bescherming die buiten de opvang valt. De Humanitaire HUB is een consortium van Dokters van de Wereld, Belrefugees en *'Croix rouge de Belgique'* waar Dokters van de Wereld zorg verleent aan eenieder zonder toegang tot zorg. Deze bezoeken hadden tot doel de zorgverlening aan de doelgroep te observeren en beter te begrijpen hoe formele en informele zorgstructuren in de praktijk functioneren.

Tijdens beide veldonderzoeken observeerden we de werking van de organisaties in hun natuurlijke context. We registreerden zowel de fysieke ruimte, de organisatie van de dienstverlening als de interacties tussen zorg- en dienstverleners, vrijwilligers en zorgvragers. De aandacht werd vooral gevestigd op hoe de toegang tot zorg zich in de praktijk manifesteert: de aard van de hulpvragen, de rol van dienstverleners, de aard van zorg die geleverd wordt en de beschikbare middelen, de interactie met VIB's, de manier waarop zorgverleners omgaan met administratieve en logistieke obstakels, en de wisselwerking tussen formele procedures en de dagelijkse informele praktijken.

Voorafgaand aan de bezoeken werkten we met een observatieplan waarin de belangrijkste aandachtspunten en thema's waren opgenomen. Dit plan diende als leidraad tijdens het veldwerk en werd vooraf gedeeld met de betrokken organisaties, zodat zij op de hoogte waren van het doel en de aard van onze observaties.

Tijdens de bezoeken noteerden we onze observaties in veldnotitieboekjes en werden enkele foto's gemaakt ter ondersteuning van de ruimtelijke context (zonder herkenbare personen in beeld). De observaties werden daaropvolgend opgetekend volgens de methodologische principes van Emerson Fretz en Shaw in *"Writing Ethnographic Fieldnotes"*.[27] Er werd een onderscheid gemaakt tussen descriptieve notities, waarin gebeurtenissen, uitspraken en omgevingskenmerken zo nauwkeurig mogelijk werden beschreven en reflectieve notities waarin we onze persoonlijke indrukken, reflecties, gevoelens en voorlopige interpretaties noteerden. De beschrijvende passages werden zo objectief mogelijk geformuleerd.

Deze opgeschreven data werden vervolgens thematisch geanalyseerd naar analogie met de interviews met zorgverleners.[25] De hierboven vermelde thema's vormen de leidraad voor de codering van de observatiegegevens. Op deze manier kon het veldonderzoek dienen ter triangulatie van de bevindingen uit de overige methodes in het onderzoek en als bron van nieuwe of diepere inzichten.

Methode 5: Kwalitatief onderzoek - Interviews VIB's

In een laatste onderzoeksfase werden interviews afgenomen met VIB's. Deze interviews vonden plaats tijdens het veldonderzoek in Refugee Medical Point en hadden als doel om inzicht te krijgen in de directe ervaringen van zorgvragers met betrekking tot toegang tot gezondheidszorg en ervaren drempels.

In totaal werden drie interviews uitgevoerd, één daarvan werd met audio opgenomen, bij de overige twee werden tijdens het gesprek notities gemaakt. Er werd gebruik gemaakt van een interviewgids. De focus lag niet op persoonlijke medische problemen, maar op hoe ze zorg zoeken, waar ze informatie halen, wachttijden en ervaren drempels.

De rekrutering gebeurde ter plaatste via de intercultureel bemiddelaar van het centrum. Deze legde het doel van het onderzoek uit, bevroeg de patiënten over hun bereidheid om deel te nemen en fungeerde als tolk tijdens de interviews. Er werd geselecteerd op zorgvragers die leken de ruimte te hebben om ons te woord te staan. Deelname was volledig vrijwillig en werd niet vergoed. Een *informed consent* werd verkregen met behulp van de bemiddelaar.

De opname en notities werden nadien zo nauwkeurig mogelijk getranscribeerd en thematisch gecodeerd zoals de overige onderzoek data. Alle data werden vertrouwelijk behandeld en opgeslagen op beveiligde servers van UGent. Om de kwaliteit en betrouwbaarheid te versterken werden de transcripties en interpretaties steeds door beide onderzoekers nagekeken.

6. Resultaten

De onderstaande resultaten zijn gebaseerd op data uit interviews met zorgverleners en VIB's, het observationeel veldonderzoek en grijze literatuur, zoals beschreven in de methodesectie.

Overzicht zorgnoden

VIB's die op heden geen opvang krijgen, ondergaan geen systematische medische screening zoals die in de opvangstructuren van Fedasil bestaat. In de opvangstructuren worden bij aankomst medische controles uitgevoerd om personen met specifieke gezondheidsproblemen of -risico's te identificeren en zo nodig de gepaste zorg op te starten, zoals voorschrijven van chronische medicatie of toedienen van wondzorg. Daarnaast worden vaccinaties aangeboden en screening op tuberculose uitgevoerd.[28]

Uit de interviews met de zorgverleners, de observatiebezoeken en de interviews met de VIB's blijkt dat de groep VIB's een heterogene groep is wat betreft leeftijd, achtergrond en medische noden. De meest voorkomende gezondheidsproblemen zijn van mentale aard, in het bijzonder depressie en posttraumatische stress stoornis (PTSS). Het rapport van Caritas International van 2025 stelt het volgende:

> *'De mentale gezondheid van VIB's wordt zwaar op de proef gesteld van bij hun aankomst in België. Deze mensen, vaak getekend door een moeilijk en gewelddadig migratietraject, worden geconfronteerd met extreem precaire omstandigheden, zoals het ontbreken van onderdak en psychosociale ondersteuning. Deze situatie heeft ernstige en blijvende gevolgen voor hun psychisch welzijn.*[29]

De precaire omstandigheden creëren bovendien een voedingsbodem voor het gebruik van psychotrope middelen. Naast de mentale gezondheidsproblemen zien zorgverleners binnen de eerstelijnszorg voornamelijk ontregelde chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus en hypertensie, waarvoor patiënten vaak al langere periode geen medicatie innemen.

Humanitaire organisaties rapporteren dat bijna 9 op de 10 (88%) dakloze asielzoekers gezondheidsproblemen hebben die rechtstreeks verband houden met hun precaire levensomstandigheden. Hieronder vallen voornamelijk huidaandoeningen zoals schurft, open wonden en schimmels en luchtweginfecties, waaronder ook een toename in tuberculoseprevalentie, en onbehandelde pijn. Bij deze pijnklachten zijn musculoskeletale klachten het meest vertegenwoordigd.[29]

Overzicht zorginstellingen en mogelijkheden tot zorg

Volgens de opvangwet (artikel 23 tot 29) hebben VIB's buiten de opvangstructuren recht op medische zorg. De Belgische Staat blijft verantwoordelijk voor het aanbieden van deze zorg ongeacht of personen in een opvangstructuur verblijven en ongeacht of deze situatie vrijwillig of onvrijwillig is. Dit recht op medische zorg gaat in van zodra er een aanvraag om internationale bescherming wordt ingediend tot 30 dagen na een eventuele weigering. [30]
Op de algemene infosite van Fedasil wordt hierover het volgende gesteld: "Als u als asielzoeker niet in een opvangcentrum woont, kan u wel medische hulp krijgen." De medische zorg kan onder meer bestaan uit een consultatie bij een huisarts of tandarts, medische onderzoeken zoals echografie en röntgenfoto op aanvraag van een arts en indien nodig chirurgische ingrepen of revalidatie. Ook de meeste voorgeschreven medicatie valt onder deze regeling. In de opvangwet wordt bovendien vermeld dat noodzakelijke psychologische

begeleiding verzekerd moet worden aan de begunstigden, al wordt dit niet specifiek vermeld op de site van Fedasil.[31]

In theorie hebben VIB's recht op terugbetaling van hun medische kosten door Fedasil via een specifieke procedure voor tenlasteneming, na het aanvragen van een requisitorium. Op die manier zouden zij in theorie toegang hebben tot zorg in het reguliere zorgsysteem, namelijk de eerste, tweede en derde lijn. [12]

In de praktijk blijken de drempels naar het reguliere zorgsysteem hoog. Daardoor doen VIB's vaak beroep op humanitaire organisaties bij hun medische zorgvragen. Refugee Medical Point (RMP), een initiatief van het Rode Kruis in nauwe samenwerking met Fedasil, werd specifiek voor deze doelgroep in het leven geroepen. Daarnaast bestaan ook de humanitaire HUB, een samenwerking van DVW, *'Croix rouge de Belgique'* en BelRefugees, en centrum Athéna. Deze organisaties bieden onvoorwaardelijke zorg aan iedereen die geen toegang heeft tot zorg, zowel in theorie als in praktijk.

Daarnaast zien we dat ook de spoeddiensten van het Sint-Pieters ziekenhuis en Sint-Jan ziekenhuis frequent geconfronteerd worden met zorgvragen van de verzoekers. Dit valt te verklaren door hun geografische ligging, respectievelijk dicht bij het RMP in de Marollen, en dicht bij de DVZ.

De nood aan psychologische zorg bij de VIB's is bijzonder groot. Deze nood ontstaat door het trauma van het vluchtverhaal, de redenen voor de vlucht, en de desillusie van op straat terecht te komen bij aankomst in België, wanneer men verwacht geholpen te worden. Veel personen ervaren symptomen van posttraumatische stress en bij het gebrek aan adequate zorg wordt soms soelaas gezocht in psychoactieve middelen. Tegelijk kampen de bestaande geestelijke gezondheidsvoorzieningen in Brussel zelf al met een verzadiging van hun diensten. Bijkomende drempels, zoals taalbarrières, toegankelijkheid en betaalbaarheid bemoeilijken de toegang tot zorg verder. [29]

Omwille van het risico op verslaving schrijven veel organisaties zoals RMP, de HUB en centrum Athéna geen psychofarmaca voor. Toch blijkt uit observaties dat de verslavingsproblematiek vaak al ontstaat voor aankomst in België. Zo worden bijvoorbeeld in Griekenland veel psychofarmaca opgestart tijdens de migratietocht. De bestaande zorginstanties in Brussel proberen om de verzoekers op te vangen en zorg te bieden, maar hebben vaak te kampen met capaciteitsproblemen.

De eerste psychische hulp wordt vaak opgestart in het RMP of de humanitaire HUB, waarna geprobeerd wordt door te verwijzen naar het bestaande Brusselse zorgnetwerk. Voorbeelden hiervan zijn:

- Ulysse, dat psychologische zorg aanbiedt specifiek aan recent aangekomen migranten
- Centrum Exile, gespecialiseerd in de rehabilitatie van vluchtelingen die het slachtoffer waren van foltering en/of georganiseerd geweld
- MASS, dat zich richt op het bereiken van de meest kwetsbare personen met een verslavingsproblematiek om de schadelijke gevolgen van druggebruik te verminderen, zonder dat de gebruiker onmiddellijk moet stoppen
- Espace Sante Famille, dat specifiek werkt rond zorg voor families
- Solentra, dat gespecialiseerde zorg biedt rond oorlogstrauma

De grootste zorgvraag op heden voor de VIB's blijft die van een dak boven hun hoofd, hygiëne en voeding. Het Brusselse netwerk heeft ook hier te maken met een tekort aan aanbod en financiering. Voor noodopvang bestaan verschillende initiatieven, waaronder het *Dispositif d'Hébergement Urgenc*e, de noodopvangcentra van Samusocial, de opvanginitiatieven van BelRefugees en het *Sisters House*, dat specifiek gericht is op vrouwen. Alle initiatieven kampen met lange wachtlijsten en een beperkte verblijfsduur.

Wat betreft hygiënevoorzieningen, kunnen mensen onder meer terecht bij *Doucheflux* nabij het station Brussel Zuid, bij Douche *La Fontaine* in de Marollen en bij de douchegelegenheden van de humanitaire HUB. Voedselbedeling wordt op verschillende locaties in Brussel georganiseerd, onder andere tweemaal per dag in de humanitaire HUB.

Daarnaast bestaan er nog verschillende gespecialiseerde organisaties die zich richten op specifieke gezondheidsproblemen. Zo biedt FARES ondersteuning rond tuberculose, is MIA (de dienst infectieziekten van het Sint-Pieters ziekenhuis) betrokken bij behandeling van infectieziekten en werkt GAMS rond vrouwelijke genitale verminking.
Tot slot bieden verschillende organisaties ook juridische ondersteuning. Zo beschikken de humanitaire HUB en het RMP over juridische diensten, en probeert Medimmigrant het recht op juridische ondersteuning te vrijwaren.



Figuur 9: een schematisch partiele voorstelling van de huidige zorginstanties waar VIB's terecht kunnen.

In de resultaten gaan we verder in op de vier belangrijke zorgstructuren waar VIB's terechtkunnen voor medische zorg. Het gaat hierbij om het reguliere zorgsysteem, RMP, de humanitaire HUB en centrum Athéna. Deze zorgstructuren worden geanalyseerd aan de hand van het AAAQ-kader (*Availability, Accessibility, Acceptability* en *Quality*), waarbij wordt nagegaan in welke mate de aangeboden zorg beschikbaar, toegankelijk, en aanvaardbaar is en of zij voldoet aan de verwachte kwaliteitsnormen.

Reguliere eerstelijnszorg

Vanuit Fedasil wordt het reguliere zorgnetwerk in België aangewezen als de manier waarop VIB's medische zorg kunnen krijgen. Aangezien VIB's niet aangesloten zijn bij een mutualiteit, werd door Fedasil een alternatief systeem in het leven geroepen, de zogenaamde requisitoria. Dit is een betalingsverbintenis die online kan worden aangevraagd door de VIB of door de zorgverlener. Na goedkeuring betaalt Fedasil de zorgverlener rechtstreeks voor de verleende zorg. [31]

Initieel bestond de groep VIB '*no show'* uit personen die tijdelijk verbleven bij vrienden of familie. Hierdoor werd de weg naar de reguliere gezondheidszorg meestal wel gevonden. Door de toename van de groep *'no show technique'*, die voornamelijk op straat of in de noodopvang verblijft, botst dit systeem tegen verschillende drempels aan. Hoewel in theorie het recht op gezondheidszorg gevrijwaard blijft, zien we in de praktijk dat VIB's binnen dit systeem verschillende drempels ervaren in hun zoektocht naar kwaliteitsvolle zorg.

Availability (Beschikbaarheid)

De capaciteit van de eerstelijnszorg in Brussel staat onder druk door een bepaald aantal structurele factoren, namelijk het algemene huisartsentekort in België, de sociale afbraak van middenveldorganisaties en de verzadiging van instellingen die mentale zorg bieden.

Uit een rapport van Vivalis uit 2025 blijkt dat het aantal Brusselse huisartsen boven de federale norm ligt (90 huisartsen per 100 000 inwoners) met 1 656 actieve huisartsen. Hetzelfde rapport toont aan dat 32% van de bevolking in een zorgarme regio woont, voornamelijk de perifere delen van het Brussels Gewest. De effectieve capaciteit ligt dus lager dan bovenstaande cijfers doen vermoeden. Dit heeft onder meer te maken met het nakend pensioen van verschillende huisartsen, een toenemend aantal artsen dat niet voltijds werkt en 15% van de artsen die geen nieuwe patiënten aanneemt. [32]

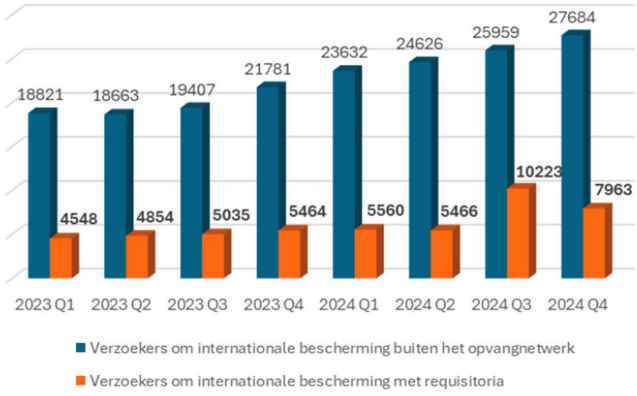
Uit interviews met de VIB's en bepaalde zorgverleners blijkt daarnaast dat VIB's niet zomaar terecht kunnen bij elke eerstelijnszorgverlener. Sommige zorgverleners bieden geen zorg aan deze populatie, zich beroepend op de complexiteit van de administratie, de lange duur tot terugbetaling van requisitoria, taalbarrières of een algemene patiëntenstop. In de vragenlijst die in het kader van dit onderzoek werd afgenomen, werd een grotere bereidheid voor het leveren van zorg gerapporteerd dan uit de interviews met zorgverleners naar voren kwam. Wanneer gekeken wordt naar de bereidheid om zorg te verlenen aan de VIB's bij de huisartsen die de vragenlijst invulde, blijkt dat er bij hen wel een positieve attitude tot zorg verlenen bestaat.

Voor acute zorgvragen kunnen VIB's via doorverwijzing vanuit organisaties zoals de Humanitaire HUB, RMP en centrum Athéna soms geholpen worden binnen het eerstelijnszorgnetwerk. Voor chronische of mentale zorg blijkt dit moeilijker, voornamelijk door de saturatie van de capaciteit van eerstelijnscentra. Middenveldorganisaties zoals BelRefugees, de HUB en RMP hebben samenwerkingsafspraken met forfaitaire centra in de buurt zoals Goujonissimo en Medisina, om wekelijks een beperkt aantal verzoekers door te verwijzen. Vanuit deze organisaties bestaat de vrees dat deze samenwerking onder druk zal komen te staan door de grote zorgvraag.

In 2024 werden 121 487 aanvragen voor een requisitorium ingediend bij Fedasil. 83% van deze aanvragen werd aanvaard door Fedasil. Het jaarlijkse rapport over deze aanvragen stelt het volgende:

> *"De voornaamste reden voor weigering (betrof) dubbele of meervoudige aanvragen (51% van de weigeringen – 9% van alle aanvragen), gevolgd door ongeldige aanvragen wegens ontbrekende of foutieve informatie (29% van de weigeringen – 5% van het totaal aantal aanvragen). Een klein deel van de aanvragen werd geweigerd omdat de zorg niet wordt gedekt door Fedasil of omdat de persoon niet ten laste is van Fedasil (14% van de weigeringen – 3% van het totaal aantal aanvragen) ..."*

In hetzelfde rapport wordt ook een vergelijking gemaakt tussen het aantal aanvragen en het aantal VIB's dat buiten het opvangnetwerk verblijft. Hieruit blijkt een duidelijke stijging van het aantal VIB's buiten het opvangnetwerk met een parallelle stijging van het aantal goedgekeurde requisitoria. De piek in het derde kwartaal van 2024 wordt verklaard door de gedeeltelijke automatisering van het toekennen van de requisitoria.[33]



Figuur 10: Overzicht van het aantal VIB's 'no show' en het aantal aanvragen van requisitoria uit het Fedasil-rapport [33]

Accessibility (Toegankelijkheid)

Fysieke toegankelijkheid

Gezien de uitgestrektheid van het Brussels grondgebied en de kostprijs van het openbaar vervoer is de fysieke toegang tot de eerstelijnszorg vaak beperkt. Vanuit het BelRefugees centrum, waar een deel van de VIB's tijdelijk kan verblijven, bedraagt de afstand tot praktijken die bereid zijn VIB's te ontvangen ongeveer 25 minuten wandelen.

Daarnaast werken de meeste huisartsen tegenwoordig op afspraak. Gezien de precaire leefomstandigheden waarin de VIB's zich bevinden, worden ingeplande afspraken vaak gemist. Vanuit het middenveld wordt aangegeven dat dit vaak te maken heeft met het wijzigen van de slaaplocatie, het vergeten van datum of uur of van de afspraak, of gewijzigde prioriteiten, zoals het voorzien in basisbehoeften zoals voeding.

Financiële toegankelijkheid

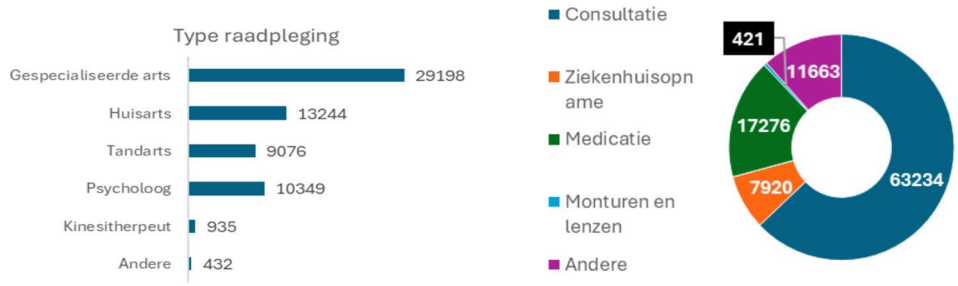
Op het moment van de consultatie met de zorgverlener hoeft de VIB niks te betalen. Er wordt een requisitorium (ook wel betalingsverbintenis) aangevraagd bij Fedasil. De zorgverlener zelf wordt nadien door Fedasil terugbetaald. De VIB moet hier zelf niet financieel in tussenkomen, waardoor er geen directe financiële drempel bestaat.[31]

Naast de directe kosten bestaan er wel indirecte financiële kosten. Door de beperking van zorginstanties die openstaan om zorg te verlenen kan de afstand tot de zorg groot zijn. Kosten voor het openbaar vervoer, tijd die je steekt in de afspraak en kosten van eventuele niet-terugbetaalde medicatie, zoals hoestsiroop of vitamines zijn indirecte kosten die door de VIB zelf gefinancierd moeten worden. [34]

Voor de zorgverleners is er in principe geen direct financieel verlies in het verlenen van zorg aan deze groep. Toch blijkt uit interviews dat dit indirect wel het geval is. Uit interviews blijkt dat in het verleden de termijn tot terugbetalingen van requisitoria oploopt tot één jaar – voornamelijk door een onderbezetting bij Fedasil. Hierdoor weigeren sommige apotheken om zorg te verlenen aan deze populatie. Ook artsen binnen de eerste lijn geven aan dat de boete die staat op het niet verlenen van zorg minder financieel verlies is dan het verlenen van zorg aan een VIB.

Daarnaast worden indirecte kosten vermeld zoals langere consultaties door complexere problematiek en taalbarrières. Ook tolkkosten worden vermeld als extra kost, dit ondanks het bestaan van gratis tolkdiensten. Het gebrek aan tijd werd in de vragenlijst vaak genoemd als een van de meest voorkomende drempels bij het verlenen van zorg aan deze groep.

Gedetailleerde cijfers over de exacte uitgaven van Fedasil aan zorgverleners zijn niet beschikbaar. Wel kan men dit afleiden via het aantal goedgekeurde requisitoria. Volgens de laatst beschikbare rapporten van Fedasil werden 100 514 requisitoria goedgekeurd in 2024. Het grootste aandeel hiervan betrof consultaties bij specialisten (46%) en huisartsen (21%).[33]



Figuur 11 en 12: Overzicht van het aantal aangevraagde requisitoria bij zorgverleners en per type zorg.[33]

De enige indicatie van de totale financiële uitgaven aan de VIB's zijn de cijfers over de uitgaven aan medische kosten van Fedasil in 2024, alwaar de medische kosten voor asielzoekers 59 428 039 euro betrof. Dit bedrag omvat zowel de terugbetaling van de requisitoria, de financiering van initiatieven zoals RMP en de medische diensten binnen opvangcentra.[35]

Administratieve toegankelijkheid

Uit de vragenlijsten kwam de administratie naar voren als de belangrijkste drempel tot het verlenen van zorg aan deze groep, zowel bij Nederlandstalige als Franstalige huisartsen. Zoals hierboven beschreven heeft elke VIB een requisitorium nodig alvorens medische zorg kan verleend worden.

De aanvraag verloopt via een online formulier. Fedasil raadt aan dit vijf dagen voor de werkelijke consultatie in te dienen, maar niet meer dan acht dagen vooraf. Deze aanvraag wordt vervolgens beoordeeld door de Cel Medische Kosten van Fedasil. Bij goedkeuring

ontvangt de VIB een requisitorium via e-mail. Hiermee moet de VIB bij de zorgverlener in kwestie aankloppen. [31,36]

Voor veel VIB's blijkt dit online formulier moeilijk toegankelijk. Het vereist geletterdheid, kennis van een taal waarin het formulier beschikbaar is en toegang tot een digitaal toestel zoals een smartphone of een computer. In de praktijk slagen veel VIB's er niet in dit formulier zelfstandig in te vullen en komt deze taak terecht bij de zorgverlener. Ook voor de zorgverlener vormt dit soms een uitdaging, onder meer doordat er geen automatische bevestiging wordt gestuurd wanneer een aanvraag werd ingediend. Bij bepaalde instanties wordt verwacht dat een papieren versie wordt meegenomen naar de consultatie wat opnieuw een extra drempel vormt.

In de open vraag van de vragenlijst voor de huisartsen werd gepolst naar welke verbetering zij zelf zien voor het huidige systeem. De meest voorkomende antwoorden wezen allemaal op een administratieve vereenvoudiging zoals: 'Een systeem geïntegreerd in de medische software, om via één druk op een knop te kunnen tariferen', 'Afschaffen van de requisitoria', 'Terugbetaling via de mutualiteit laten verlopen tijdens de aanvraag', 'Minder administratie' en 'Een snellere behandeling van requisitoria voor vlottere terugbetaling'.

Ook vanuit het middenveld wordt al langer het signaal gegeven dat dit systeem administratief vereenvoudigd moet worden. Dokters van de Wereld startte daarom het TOOLINE1-project, een samentrekking van 'tool' en 'line1', dat werd uitgerold in Antwerpen, Bergen en Brussel. Het project heeft als doel zorgverleners te voorzien van tools, bronnen en een netwerk om de zorg voor mensen die beperkte toegang hebben tot eerstelijnszorg mogelijk te maken of te verbeteren. [37]

Binnen dit project werd geprobeerd het requisitoria-systeem af te schaffen bij organisaties of centra die veel VIB's zien door te werken met lijsten waar enkel het nationaal nummer, de familienaam en de voornaam op moet worden vermeld. Fedasil heeft dit deel van het project inmiddels overgenomen. Volgens een medewerker zouden op heden tien gezondheidscentra met dergelijke lijst werken.

Vanaf 1 april 2026 wordt het systeem CAAMI4Fedasil uitgerold. Via deze manier wil men de facturatie elektronisch laten verlopen via CAAMI. Op 1 juli 2024 is een pilootproject gestart in AZ Jan Palfijn en CHU Marie-Curie. Vanaf 01 april 2026 wordt het systeem uitgerold naar alle ziekenhuizen en apothekers. In een latere fase zouden hopelijk ook de huisartsen en tandartsen moeten volgen. Data en gegevens over het verloop van de pilootfase zijn nog niet beschikbaar. Binnen het pilootproject waren de VIB's '*no show technhique'* niet geïncludeerd. Bij de bredere uitrol naar alle ziekenhuizen en apothekers zal dit wel het geval zijn. [38]

Informatieve toegankelijkheid

Uit interviews en de observaties blijkt dat VIB's vaak moeilijk zelf hun weg vinden naar de eerstelijnszorg. De meeste patiënten komen in eerstelijnscentra terecht via een doorverwijzing van de humanitaire HUB, RMP of andere middenveldorganisaties. Sommigen komen er terecht via mond-tot-mondinformatie.

De kennis over het systeem van de requisitoria blijkt zowel bij de zorgverleners als de zorgvragers beperkt. Uit interviews met de VIB's blijkt dat parallelle zorgstructuren zoals de HUB en RMP beter gekend zijn. Fedasil zet in op communicatie over de requisitoria via folders. De folders zijn beschikbaar in verschillende veel gesproken talen, toegankelijk voor

alfabeten. Voor analfabeten bestaat er het infopunt van Fedasil waar zorgvragers naar RMP of de eerstelijnszorg worden doorverwezen.

Gezien het concept eerstelijnszorg iets is dat in veel landen van herkomst anders georganiseerd is of niet bestaat, blijft verwarring bestaan, ondanks toegankelijke informatie. Een geïnterviewde verzoeker verwoordde dit als volgt:

"Ik snap niet waarom alles altijd zo lang moet duren, dit was helemaal anders in mijn thuisland (Syrië). Alles neemt hier tijd, je krijgt hier bijna nooit een diagnose"

Wat betreft de kennis over requisitoria bij zorgverleners blijkt deze sterk te variëren. In de vragenlijsten gaven de meeste zorggevers aan wel vertrouwd te zijn met het concept van de requisitoria. Uit interviews met zorgverleners blijkt dat deze kennis in werkelijkheid lager ligt dan de vragenlijst suggereert, vermoedelijk door het groter aantal zorgverleners dat werkt in forfaitaire centra of betrokken is bij de zorg voor deze populatie, die de vragenlijsten heeft ingevuld.

Taal toegankelijkheid

Voor communicatie met patiënten met een taalbarrière bestaan verschillende tolk- en vertaaldiensten. Een van de belangrijkste hiervan is Intercult. Die wordt georganiseerd vanuit het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en is volledig gratis voor de gebruikers. Om deze reden wordt deze vaak gebruikt in medische centra en praktijken waar veel anderstalige patiënten consulteren. Dit videotolk platform heeft een ruim aanbod aan talen. Belangrijk om op te merken is dat er geen vertaalmogelijkheid is voor Tigrinya, een vaak gesproken taal onder de VIB's. [39]

Hoewel het aanbod voor alle huisartsenpraktijken gratis is, wordt er niet in alle praktijken gebruik van gemaakt. Dit enerzijds door het ontbreken van kennis over het bestaan en de werking van deze dienst en anderzijds verkiezen sommige artsen hier geen gebruik van te maken. [40] Ook is het bij acute consulten vaak niet haalbaar om een tolk te regelen. Bij centra waar er geen interculturele bemiddelaars (ICB's) werken of waar het gebruik van Intercult niet ingeburgerd is, wordt de taalbarrière aangegeven als een van de belangrijkste drempels in het verlenen van zorg. Ook vanuit de VIB's zelf wordt aangegeven dat het niet verstaanbaar kunnen uitleggen van hun probleem leidt tot miscommunicatie.

In het vademecuum van Fedasil wordt benadrukt dat het erg belangrijk is dat '*zorgverlener en VIB elkaar goed begrijpen. Enerzijds zorgt dit ervoor dat de VIB zijn zorgnood goed kan uitleggen, anderzijds bevordert dit ook de kwaliteit van de zorg. Het is dan ook essentieel dat er ingezet wordt op het gebruik van tolken en intercultureel bemiddelaars.*' Tolken worden voor VIB's binnen opvangstructuren terugbetaald, met een voorkeur voor de gratis opties. Sinds 2026 worden tolken bij psychologische consultaties voor VIB's eveneens terugbetaald. [26]

Acceptability (Aanvaardbaarheid)

Er is weinig data beschikbaar over de cultuursensitiviteit van de consultaties binnen de eerstelijnszorg. De interviews met zorgverleners en VIB's zelf geven hierover uiteenlopende signalen. Veel blijkt afhankelijk te zijn van de ervaring van de zorgverlener en de omkadering waarin de eerstelijnszorgverleners werken. Wanneer ICB's en een secretariaat aanwezig zijn, verlopen consultaties doorgaans vlotter en wordt de zorg als meer kwaliteitsvol ervaren. Daarnaast blijkt ervaring met deze specifieke doelgroep een belangrijke positieve factor.

Middenveldorganisaties verwijzen patiënten daarom vaak gericht door naar praktijken of centra waarvan bekend is dat zij openstaan voor deze populatie.

Quality (Kwaliteit)

Gezien de VIB's gebruik maken van de reguliere eerstelijnszorg in België, is hebben zij theoretisch gezien toegang tot even kwaliteitsvolle zorg. In de praktijk blijkt dit echter niet altijd het geval.

De hierboven beschreven drempels en de bijkomende complexiteit van de consultaties door het langdurig uitblijven van zorg tijdens de migratieroute, de psychische belasting en de precaire leefomstandigheden, maken het moeilijk om dezelfde kwaliteit van zorg te garanderen. Uit interviews met de zorgverleners en de VIB's blijkt dat de huidige eerstelijnszorg nog onvoldoende is aangepast om evenwaardige zorg te bieden aan deze groep.

Refugee Medical Point (RMP)

Het RMP is een medisch centrum dat opereert onder de koepel van het Rode Kruis. Het werd in het leven geroepen als reactie op de beperkte reële toegang tot gezondheidszorg voor de toenemende groep van VIB's.

In 2022 zochten honderden VIB's onderdak in een kraakpand in de Paleisstraat in Schaarbeek, met onhygiënische en onveilige situaties als gevolg. Om op deze onhoudbare situatie te reageren lanceert het Belgische Rode kruis in december van dat jaar een mobiele kliniek in een container voor het kraakpand. Deze eerste medische interventie is bedoeld om de meest dringende gezondheidsnoden van de groep op te vangen. [41]

Op 16 januari 2023 verhuist de mobiele kliniek en wordt ze omgebouwd tot een volledig operationeel medisch centrum, het RMP. Het centrum bevindt zich dan naast de DVZ aan Pacheco. De werking bouwt verder op de eerdere mobiele initiatieven van onder meer Artsen Zonder Grenzen en het Rode Kruis. In juli 2024 verhuist het centrum opnieuw, deze keer naar een meer permanente locatie in het voormalige Bordet-ziekenhuis in de Marollen. [40]

Availability (Beschikbaarheid)

RMP richt zich in hoofdzaak op VIB's die buiten het reguliere opvangnetwerk verblijven. Uit beschikbare registratiedata uit de periode van januari 2023 tot juni 2025 van het Rode Kruis in samenwerking met Fedasil blijkt dat in die periode meer dan 90% van de personen die zich aanmelden een VIB-statuut had. Het aandeel varieert tussen 93% en 94,8%. In de praktijk wordt RMP dus vrijwel exclusief door deze groep geraadpleegd, terwijl personen met een ander administratief statuut, zoals deze zonder wettig verblijf, slechts een zeer klein deel van de zorgvragers vormen. [42,43]

Binnen het Brusselse zorglandschap positioneert RMP zich als een laagdrempelig eerstelijns medisch zorg- en oriëntatiepunt met onvoorwaardelijke toegang. De werking steunt op vier complementaire pijlers: medische activiteiten, mentale gezondheidszorg, preventie en ondersteuning bij oriëntatie. [44]

Medische zorg

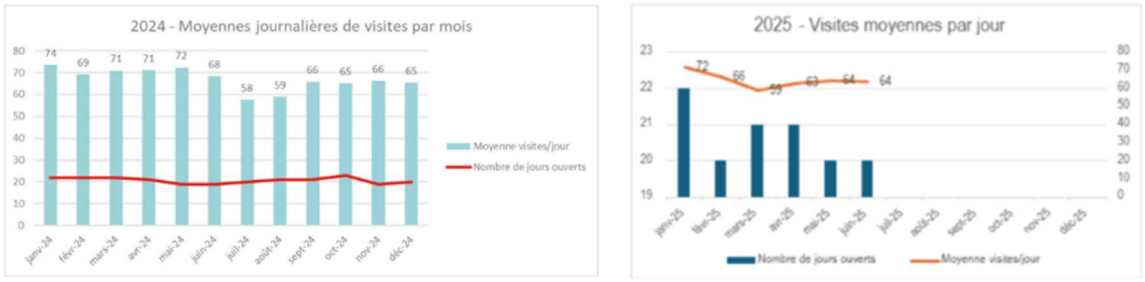
De medische pijler vormt het kernonderdeel van de werking en omvat consultaties bij artsen en verpleegkundigen, in theorie voornamelijk voor acute gezondheidsproblemen, wondzorg, infecties en het opstarten van noodzakelijke behandelingen. De opvolging is in theorie beperkt in tijd.[44]

Het dagelijks team bestaat doorgaans uit drie artsen, een verpleegkundige, zes intercultureel bemiddelaars, een veiligheidswerker en de algemene en medische coördinatoren.

Data uit de voorbije jaren tonen een duidelijke evolutie in de zorgvraag. Zowel het aantal dagelijkse algemene registraties als het aantal medische consultaties stijgt progressief in de loop van het jaar. In de periode van januari tot april 2023 werden gemiddeld 25 medische consultaties per dag geregistreerd. Dit aantal nam toe tot gemiddeld 44 consultaties per dag in september 2023, met een verdere stijging tot 52 consultaties per dag in januari 2024. [42]

Ook het totaal aantal dagelijkse registraties volgde een gelijkaardig patroon. Waar in begin van 2023 gemiddeld 37 registraties werden genoteerd, liep dit op tot 73 registraties per dag in 2024, met terug een lichte daling tot 65 registraties in de eerste helft van 2025.[42]

Deze daling hangt samen met een organisatorische maatregel waarbij administratieve vragen vaker worden doorverwezen naar het nabijgelegen Fedasil Infopunt. Hierdoor werd in de eerste zes maanden van 2025 een halvering van het aantal aanvragen voor het aanmaken van requisitoria gezien. [43]



Figuur 13 en 14: gemiddelde van dagelijkse registraties in het RMP respectievelijk voor 2023 en 2024. [42,43]

Op jaarbasis registreerde RMP in 2024 in totaal 7436 patiënten, waarvan 92,6% mannen, goed voor 11 978 consultaties. Dit betekende een stijging van 33% in het aantal consultaties ten opzichte van 2023. Deze cijfers zetten zich voort in de eerste helft van 2025 met 3533 geregistreerde patiënten, waarvan 89,4% mannen en 8010 consultaties.[43]

Op basis van deze cijfers kan worden afgeleid dat in een context met drie artsen en één verpleegkundige gemiddeld ongeveer 19 patiënten per zorgverlener per werkdag worden gezien.

In mei 2023 tonen de cijfers van het RMP een tijdelijke daling in de zorgvraag. Uit een interview blijkt dat toen gesproken werd over een mogelijke sluiting van het centrum. Er werd hier echter geen rekening gehouden met de hoge aantallen VIB's die zorg zochten bij andere instanties zoals centrum Athéna en de humanitaire HUB. Door het activisme van middelveldorganisaties kon deze beslissing omgekeerd worden.

Mentale zorg

Naast de medische consultaties voorziet RMP ook mentale gezondheidszorg. Dit aanbod bestaat uit kortdurende psychologische consultaties binnen een eerstelijnskader, waarbij initiële evaluatie centraal staat. Indien nodig kan een beperkt aantal opvolgconsulten voorzien worden in afwachting van een gerichte verwijzing naar gespecialiseerde zorg. De opvolging wordt doorgaans beperkt tot drie sessies, maar liep in enkele gevallen op tot zes sessies. Ongeveer een derde van de patiënten kan uiteindelijk bij andere ambulante zorg terecht. [44]

Volgens interne rapporten vertoont ongeveer één op drie van de patiënten symptomen van angst- en depressieve stoornissen. Een gelijkaardig aandeel vertoont klachten die wijzen op PTSS. Het team signaleert bovendien dat patiënten zich steeds vaker aanbieden met gevorderde PTSS-klachten, wat de nood aan vroege en toegankelijke interventies benadrukt. Deze nood wordt versterkt door het structurele tekort aan plaatsen binnen het reguliere gezondheidszorgnetwerk, waardoor effectieve doorverwijzing vaak onmogelijk blijkt. Door langdurige vacatures liep de wachttijd voor een eerste consult op tot gemiddeld zeven dagen, ondanks het feit dat lopende trajecten bewust kort worden gehouden. In 2025 werden per psycholoog gemiddeld zes tot zeven consulten van eén uur per dag voorzien. Sinds mei 2025 is het team opnieuw voltallig na ziekte van een van de psychologen. Hierdoor kon het aanbod terug toenemen. [43]

Er blijven wel structurele problemen bij de psychologische zorg bestaan, waaronder het hoog aantal no-shows. Hierdoor wordt de consultatiecapaciteit onvoldoende benut en worden wachttijden langer. Daarnaast rapporteren de psychologen een toename van acute psychische crisissen, waaronder suïcidaliteit en auto-agressief gedrag, wat leidt tot een frequenter beroep op psychiatrische spoeddiensten. [42,43]

Preventie, oriëntatie en sociale ondersteuning

Naast curatieve zorg, zet het RMP ook in op preventie en oriëntatie binnen het zorgsysteem. Preventieve activiteiten omvatten onder meer vaccinaties, infectieziekteopsporing en gezondheidsvoorlichting. Initieel werden de activiteiten op gebied van preventie voornamelijk geleid door een verpleegkundige, maar vandaag vindt ze vaker plaats tijdens consulten met artsen en bemiddelaars. Het meest besproken thema hierbinnen is vaccinaties. [44] Tijdens het veldonderzoek werd duidelijk dat preventie vaak plaatsvindt in een context van urgente noden, waardoor klassieke preventieve trajecten onder druk staan en preventie een onderbelicht thema blijft.

Verder blijkt uit gesprekken met ICB's, dat gezondheid en gezondheidspromotie vaak breder wordt benaderd. Zorgvragers worden ook begeleid naar basisvoorzieningen zoals voeding, onderdak, kleding en sociale activiteiten die van belang zijn voor hun algemeen welzijn. Een fragment uit het veldonderzoek illustreert dit:

Ze [ICB] sluit het gesprek af met hem [een verzoeker van internationale bescherming die net is aangekomen] aan te moedigen zich in te schrijven in de sportclubs vanuit de HOBO. "Om het hoofd gezond te houden, dan ben je niet alleen", zegt ze. Hij vraagt hierop of hij misschien ook een psycholoog kan zien. S. kan hem pas volgende maand een afspraak geven. Ze wandelen samen het lokaal uit en leggen die vast. De menselijkheid van S. in deze hopeloze situatie hakt er bij mij in. Ze lijkt een baken van hoop voor mij, en misschien ook voor de man in kwestie.

Ondersteuning bij oriëntatie vormt eveneens een cruciale pijler van de werking. Medewerkers begeleiden patiënten in het complexe zorglandschap en verstrekken informatie over onder meer eerstelijnszorg, ziekenhuizen, apotheken en opvangmogelijkheden.[44]

Uit het veldonderzoek en de interviews werd duidelijk dat zorgvragen zich niet beperken tot een strikt medische nood, maar gepaard gaan met sociale, administratieve en materiële problemen, zoals vragen rond huisvesting, toegang tot voedsel, juridische ondersteuning of vragen rond transportmogelijkheden. Concrete voorbeelden uit het veldonderzoek illustreren dit:

'Patiënten die zich aanmelden voor een consultatie blijken vooral nood te hebben aan informatie over noodopvang, een metrokaartje om een ziekenhuis te bereiken of begeleiding bij het aanvragen van een requisitorium. ICB's en de sociaal verpleegkundige nemen hierin een sleutelrol op en slaan de brug tussen medische zorg en bredere sociale ondersteuning.'

Gezien de hoge nood en het beperkte aanbod, werd in de tweede helft van het jaar een vacature opengezet voor een tweede sociaal verpleegkundige die kan helpen de doorverwijzingen te realiseren en verder kan inzetten op gezondheidspromotie. [43]

Doorverwijzingen en oriëntatie naar reguliere zorginstanties

Een expliciet doel van de werking van RMP is het fungeren als brug naar de reguliere eerstelijnszorg.[44] In de praktijk blijkt deze *bridging*-functie echter beperkt door structurele

knelpunten in het zorgsysteem. Zowel de eerste als de tweede lijn zijn relatief verzadigd, in het bijzonder de mentale gezondheidszorg.

Doorverwijzing naar huisartsen en medische huizen blijkt daarnaast ook moeilijk. De verwijzing is enkel mogelijk als er aan een aantal voorwaarden is voldaan. Zo moet er sprake zijn van een chronische zorgnood, moet de patiënt beschikken over een min of meer stabiel verblijfadres, en moet de patiënt een taal spreken waarvoor relatief eenvoudig een zorgverlener of tolk kan gevonden worden. Deze verwijzingen worden doorgaans opgevolgd door de sociaal verpleegkundige. Een intercultureel bemiddelaar beschrijft de situatie tijdens het veldonderzoek als volgt:

Zij [ICB] herhaalt ook dat doorverwijzen naar medische huizen heel moeilijk is door een onwil om met VIB's te werken, dit wordt vaak heel verbloemd aan hen doorgegeven. Ze vindt het dan ook heel moeilijk om mensen hun vertrouwen te proberen winnen voor medische huizen, maar erkent dat de zorg daar vaak wel beter is. Het versnelt toegang tot gezondheid, elimineert bepaalde administratie en creëert nabijheid.

De cijfers bevestigen deze beperkte doorstroom. In de eerste helft van 2025 werden slechts 80 patiënten succesvol doorverwezen naar medische huizen, wat overeenkomt met ongeveer 0,8% van de patiëntenpopulatie. [43]

Capaciteitsbeperkingen

Uit de zelf-gepubliceerde rapporten van RMP blijkt dat niet alle personen die zich aanmelden dezelfde dag een consultatie kunnen krijgen. Heroriëntatie van zorgvragers vormt daardoor een structureel en terugkerend onderdeel vormt van de werking van het centrum.[42] 2025 kon 8,2% van de personen die zich aanmeldden voor een medische consultatie niet dezelfde dag geholpen worden. Voor psychologische consultaties liep dit op tot 16,5%. [43]

In deze situatie wordt een deel van de verzoekers gevraagd om op een latere dag terug te komen, terwijl anderen worden doorverwezen naar een ander zorg- of opvanginitiatief zoals centrum Athéna, de spoedgevallendienst, de eerste lijn, *projèt* LAMA of de humanitaire HUB. Deze beslissing is afhankelijk van de administratieve status van de patiënt, de zorgnood en de beschikbare capaciteit. [43]

De beschikbare data tonen dat het aantal heroriëntaties week per week variëren, wat samenhangt met schommelingen in het aantal aanmeldingen, de personeelsbezetting en de beschikbare consultatieplaatsen. In periodes met een hoge instroom van zorgvragers en beperkte consultatiecapaciteit neemt het aantal heroriëntaties zichtbaar toe. [42,43]

Financiering

Het RMP wordt volledig gefinancierd door Fedasil en dus met federale middelen. Specifieke budgettaire cijfers zijn tijdens ons onderzoek niet beschikbaar.

Accessibility (Toegankelijkheid)

Fysieke toegankelijkheid

Sinds de verhuis in juni 2024, bevindt het RMP zich in het voormalige Bordet ziekenhuis, naast het Sint-Pieters ziekenhuis en het Fedasil-infopunt in de Marollen. Ondanks de verhuis weg van de DVZ is het centrum relatief goed ingebed in het Brusselse zorgnetwerk. Medewerkers en coördinatie benadrukken in interviews dat deze nieuwe ligging de toegang tot de tweedelijns zorg, het Fedasil infopunt en sociale dienstverlening makkelijker heeft gemaakt.

De voormalige vestiging, in de Pachecolaan, was praktisch gelegen naast DVZ, maar bevond zich in een buurt waar minder sociale dienstverlening bestaat. [45]

Tijdens het veldonderzoek werd bovendien vastgesteld dat zorgvragers metro- en openbaar vervoersticketjes kunnen ontvangen, wat indirecte vervoerskosten verlaagd en zo de fysieke bereikbaarheid vergroot. Tegelijk blijft de toegankelijkheid van zorg fysiek beperkt wanneer er vanuit RMP wordt doorverwezen naar andere zorgvoorzieningen. Zorgvragers krijgen in die gevallen vaak geprinte kaarten en mondelinge uitleg mee om de bestemming te bereiken. Medewerkers geven echter aan dat het ontbreken van actieve begeleiding de effectieve toegang tot zorg bemoeilijkt.

Financiële toegankelijkheid

Het financiële vormt voor zorgvragers bij het RMP nauwelijks een drempel. De werking wordt in zijn geheel gefinancierd door Fedasil, waardoor consultaties kosteloos zijn voor zorgvragers. Medicatie en doorverwijzingen verlopen via het requisitoria systeem, waarbij deze kosten door Fedasil worden betaald.

Wanneer patiënten dringende medicatie nodig hebben wordt de administratieve wachttijd voor een requisitorium, welke kan variëren tussen twee uur en twee dagen, omzeild via een specifiek systeem met een RMP-stempel. Dit systeem ontstond vanuit een samenwerking met drie vaste apotheken in de buurt en het RMP, nadat opgemerkt werd dat de administratieve vertraging een drempel vormde voor gerichte zorg. Een voorschrift met deze stempel en een unieke code kan onmiddellijk afgeleverd worden bij deze apotheken. De kosten worden achteraf rechtstreeks gefactureerd aan Fedasil. In de interviews horen we dat hier geen overmatig gebruik van wordt gemaakt. Tijdens het meevolgen van de consultaties viel echter op dat de stempel net heel frequent werd gebruikt, ook bij medicijnen waar geen urgentie of soms zelfs geen medische evidentie voor was.

“In het verleden werd de stempel al eens gestolen, dus vandaar de toevoeging van de code. De apotheken en RMP hebben een whatsappgroep. Van zodra een apotheek niet zeker is of de vraag van de patiënt of het voorschrift wel terecht is kunnen ze laagdrempelig bellen met RMP. Als een arts in het centrum niet zeker weet of ze het kunnen gebruiken, kunnen ze advies vragen aan S. (de sociaal verpleegkundige) of M. (de medisch adviseur). S. en M. beschrijven beide dat ze niet te los zijn met het werken met de stempel, maar ze wel vaak gebruiken. Zeker als het gaat om medicatie die dringend gegeven moet worden, ze geven beide het voorbeeld van antibiotica voorgeschreven door de tandarts. Als de patiënt zou moeten wachten op een antwoord van Fedasil, zou de medicatie veel te laat gegeven worden. M. vertelt dat hij het ook soms gebruikt als hij het gewoon de menselijke optie vindt. Tijdens de consultaties bij de artsen viel mij op dat een rode kruis stempel op elk voorschrift werd gezet, ook als er geen urgentie of medisch nut is voor het voorschrift.”

Administratieve toegankelijkheid

Administratief is de toegang tot het RMP zelf laagdrempelig: zorgvragers kunnen zich tijdens de openingsuren (9u30 – 16u30 op maandag, woensdag, donderdag en vrijdag en 9u30-14u00 op dinsdag) fysiek aanmelden bij de balie, enkele administratieve gegevens voorleggen en kunnen plaatsnemen in de wachtzaal. Digitale vaardigheden of toegang tot internet zijn hier niet voor nodig.

De dagelijkse werking van RMP wordt gekenmerkt door een druppelsgewijze instroom van zorgvragers doorheen de dag. Bij aankomst worden bezoekers ontvangen door een

veiligheidsmedewerker en vervolgens doorverwezen naar het administratief onthaal. Daar wordt nagegaan of de persoon al eerder contact had met het RMP en wordt hij of zij geregistreerd in het digitale systeem. Op basis van de zorgvraag krijgt de patiënt een kleurenticket dat correspondeert met de nodige discipline (arts, verpleegkundige of psycholoog) en neemt plaats in de wachtruimte.

De wachtruimte is gestructureerd volgens discipline, met aparte zitplaatsen voor medische en psychologische consultaties. Tijdens het veldonderzoek viel op dat deze fysieke ordening bijdraagt aan overzicht en rust, maar tegelijk weinig ruimte laat voor privacy. De aanwezigheid van een kindertafel en speelgoed wijst er bovendien op dat ook gezinnen met kinderen regelmatig het centrum bezoeken, ondanks het overwegend mannelijke profiel van zorgvragers.

Het huidig systeem werd ingevoerd na het falen van het voorgaande ticketsysteem. Hierbij dienden de VIB's 's morgens in de rij aan te schuiven en werd volgens een *first-come, first-serve* principe een ticket uitgedeeld. Met dat ticket konden ze later op de dag terugkomen voor hun consultatie of hulpvraag. Zodra alle beschikbare tickets verdeeld waren, konden geen nieuwe patiënten meer worden geregistreerd. Uit een interview blijkt dat hierdoor de meest kwetsbare bezoekers, zij die niet op tijd in de rij konden staan en zij die niet later op de dag konden terugkomen voor hun afspraak, steeds door de mazen van het net vielen. Het huidige systeem tracht deze drempel te verlagen. Toch worden ook vandaag nog patiënten geweigerd eens het aanbod verzadigd is voor de dag.

Voor verdere zorg en doorverwijzingen verloopt de aanvraag van requisitoria meestal via de aanwezige ICB's of via het nabijgelegen Fedasil infopunt. Tijdens het veldonderzoek en de gesprekken ter plaatse werd echter duidelijk dat de verantwoordelijkheid voor het opnemen van de verdere zorgen vaak bij de zorgvrager komt te liggen. Dit vormt een belangrijke uitdaging gezien patiënten vaak een beperkte taalmachtigheid en digitale toegang hebben, laaggeletterd zijn, en geen stabiele huisvestiging hebben.

Uit de registratie van de zorgvragers bij het RMP blijkt dat gedurende de beschreven periode het grootste deel van de zorgvragers geen stabiele huisvestiging heeft en op straat verblijven of gebruik maken van tijdelijke en informele opvangplekken. In 2024 verbleef 72,1% op straat en 23,3% in tijdelijke of informele opvangplekken. Slechts 4,6% bevond zich in een stabiele situatie, waaronder reguliere opvang of stabiele huisvestiging. [43] Deze context beïnvloedt rechtstreeks de praktische toegankelijkheid van zorg en bemoeilijkt het opvolgen van doorverwijzingen of langdurige zorgtrajecten.

Acceptability (Aanvaardbaarheid)

Op sociaal vlak profileert RMP zich als een open kliniek en hanteren ze een niet-discriminatoire houding bij de ontvangst van zorgvragers. Tijdens het veldonderzoek observeerden we een mensgerichte omgang met VIB's en andere zorgvragers. De interacties tussen medewerkers en patiënten verliepen doorgaans respectvol en laagdrempelig, wat bijdraagt aan een omgeving waarin zorgvragers zich welkom voelen.

Taalbarrières worden in belangrijke mate opgevangen door de aanwezigheid van meerdere ICB's, sociaal tolken en meertalige medewerkers. In 2025 bestaat het team ICB's uit twee tolken Pasjtoe/Dari, twee Arabisch-sprekende tolken, één tolk Tigrinya en één Russisch-Oekraïnse ICB.

De beschikbaarheid van specifieke talen blijkt ook een invloed te hebben op de samenstelling van de patiëntengroep. In 2024 ontbrak bijvoorbeeld een Tigrinya-sprekende medewerker, wat volgens de rapporten en interviews mee verklaart waarom Eritrese zorgvragers in die periode minder vertegenwoordigd waren. In mei 2025 werd deze functie ingevuld, wat samenviel met een toename van Eritrese patiënten. [43,44]

Hiernaast beschikken medewerkers over uitgebreide ervaring met de doelgroep, met cultuur- en racisme sensitieve zorg en met de Brusselse sociale kaart. De observaties tonen aan dat de culturele en talige diversiteit van het team drempelverlagend werkt. Gedurende de consultaties met de artsen wordt wel bemerkt dat inzicht in de leefsituatie van de VIB's, en meer bepaald de financiële context en zelfredzaamheid soms ontbrak.

Het vertrouwen in het RMP komt ook naar voren in een interview met een VIB. Een respondent beschrijft het centrum als volgt:

"Nee, als ik iemand zie op straat die misschien hulp nodig heeft, zeg ik altijd dat ze naar hier [Refugee Medical Point] moeten komen. Zo heeft iemand anders mij vroeger ook geholpen."

Deze ervaringen wijzen erop dat het RMP door zorgvragers vaak wordt gezien als een toegankelijke en vertrouwde plaats om medische hulp te zoeken.

Quality (Kwaliteit)

Een centraal kenmerk van RMP is het principe van *one-shot* geneeskunde. Dit houdt in dat ernaar gestreefd wordt om patiënten éénmalig te zien, acute problemen te behandelen en hen nadien door te verwijzen naar de reguliere eerste of tweede lijn gezondheidszorg. Voor medische beslissingen en verwijzingen hanteert het RMP het Fedasil Vademecuum als richtlijn.[28] De focus ligt in theorie op het behandelen van acute en niet-uitstelbare gezondheidsproblemen, het inschatten van medische en psychosociale noden en het identificeren van doorverwijsmogelijkheden naar reguliere zorg. [43,44]

In de praktijk blijkt echter dat continuïteit van zorg binnen dit model moeilijk te realiseren is. Medewerkers geven aan dat zorgvragers spontaan terugkeren naar het RMP en dat doorverwijzing slechts in een beperkt aantal gevallen te realiseren is. Dit wordt verklaard door een combinatie van factoren, waaronder taalbarrières, instabiele huisvesting, beperkte toegankelijkheid van eerste en tweede lijn en terughoudendheid bij reguliere zorgverleners om de zorg op te nemen. Daarnaast speelt de herkenbaarheid en het vertrouwen in het Rode kruis, vaak bekend vanuit het land van herkomst, een belangrijke rol in de keuze van zorgvragers om naar het RMP terug te keren. Alsook merken we dat het sociale luik van externe verwijzing bijna niet wordt opgenomen. VIB's moeten zelf externe afspraken maken en opvolging voorzien waardoor effectieve toegang tot zorg in het reguliere netwerk niet gerealiseerd wordt.

Ook de samenstelling van het artsenteam wordt in interviews en tijdens het veldonderzoek genoemd als een factor die de zorgkwaliteit beïnvloedt. Een aanzienlijk deel van de tewerkgestelde artsen beschikt over een 000-RIZIV-nummer. Dit komt overeen met een basisdiploma van de opleiding geneeskunde zonder verdere subspecialisatie. Het gaat enerzijds om artsen die nooit een vervolgopleiding hebben gevolgd en anderzijds om artsen die opgeleid zijn in het buitenland, waarbij de vervolgopleiding niet erkend worden in het

Belgisch zorgsysteem. Zowel in interviews als tijdens het veldonderzoek wordt aangegeven dat de samenstelling van het artsenteam invloed heeft op de geboden zorgkwaliteit.

De artsen worden gerekruteerd via de algemene artsenpool van het Rode Kruis. Hoewel ervaring met de doelgroep een vereiste is voor tewerkstelling bij het RMP, blijkt de intrinsieke motivatie en vertrouwdheid met de eerstelijnszorg wisselend. De functie is daarnaast relatief goed vergoed, wat volgens verschillende bronnen niet altijd samenvalt met een inhoudelijke affiniteit met de populatie.

In het verleden kreeg het RMP vanuit Fedasil de feedback dat er te frequent werd doorverwezen naar spoedgevallen en specialisten en dat er overmatig medicatie werd voorgeschreven. Volgens de coördinatie zijn de laatste maanden aanzienlijke bijsturingen doorgevoerd om deze praktijken te beperken en de zorgkwaliteit te verbeteren. Zo wordt per dag één hoofdverantwoordelijke arts aangeduid, doorgaans een arts die in België tewerkgesteld is als huisarts, bij wie collega's terechtkunnen voor overleg en supervisie. Daarnaast ondersteunt de sociaal verpleegkundige de artsen actief via protocollen en praktische richtlijnen. Er werd ook een verplichte minimum tewerkstelling ingevoerd voor de artsen, waarbij ze minstens één dag per week dienen te werken om de vertrouwdheid met het publiek te vergroten. Structurele opleiding blijft beperkt tot het aanreiken van het fedasil vademecum en een interne map met richtlijnen.

De observaties tijdens het veldonderzoek tonen verschillende uitdagingen op vlak van kwaliteit van zorg. Geen van de geobserveerde consultaties voldeed volledig aan de gangbare standaarden van eerstelijnszorg. Er werd frequent en snel doorverwezen naar de tweede lijn, vaak zonder duidelijke indicatie of gerichte vraagstelling. Anamnese en exploratie bleven beperkt en in een aanzienlijk deel van geobserveerde consultaties werd niet *evidence-based* medicatie voorgeschreven. Verschillende casussen illustreren dit: waaronder onnodige verwijzingen bij goedaardige oogklachten, beperkte diagnostische uitwerking en gerichte opvolging voor chronische aandoeningen en anderzijds overmatige beeldvorming voor banale klachten.

Gelijkaardige bezorgdheden komen naar boven in interviews met betrokken actoren.

"X is zelf ook op bezoek geweest bij het RMP. Die denkt dat er veel goede wil is bij de werkenden in het RMP, maar dat er door de nauwe overheidslink veel minder manoeuvreerruimte is. Ze merkt dat er nog altijd te veel wordt ingezet op kwantiteit en te weinig op kwaliteit. Er is onvoldoende pre- en post- follow up waardoor er steeds weer mensen terug geduwd worden naar het RMP, ondanks de goede intentie/visie om naar de eerste lijn door te sturen. Ze zijn wel veel geprofessionaliseerd.

Humanitaire HUB

De humanitaire HUB is een middenveldorganisatie gelokaliseerd in de buurt van Tour&Taxis aan Brussel-Noord. De organisatie ontstond in 2015 als mobiel initiatief in het Maximiliaanpark, in een periode waarin het aantal transitmigranten sterk steeg. In die context verleende Dokters van de Wereld zorg via een mobiele bus en een dokterskabinet in een tent.

In 2017 nam Dokters van de Wereld samen met andere organisaties intrek in een gebouw aan Tour&Taxis. Sindsdien is de HUB uitgegroeid tot een samenwerking van drie organisaties: Dokters van de Wereld, de leidende partner, het *'Croix rouge de Belgique',* BelRefugees, SOS jeunes als operationele partner en MSF zat ook in het consortium tot maart 2024. De HUB heeft als doel om iedereen onvoorwaardelijk zorg te bieden en tegemoet te komen aan de basisbehoeften van zij die theoretisch gezien geen recht op zorg hebben in België.[46]

Availability (Beschikbaarheid)

Aanwezige diensten

In 2021 werden de gespecialiseerde diensten van de HUB samengevoegd met het dagcentrum dat in 2020 was opgericht tijdens de COVID-19-crisis. Dit dagcentrum had initieel als doel de voedselbedelingen te centraliseren en zo mensen uit het straatbeeld te houden.

Vandaag biedt de HUB een dagcentrum met onthaal, waar bezoekers kunnen rusten, spelen en gebruik maken van wifi. Ze hebben toegang tot sanitair, koffie en thee. Daarnaast worden dagelijks twee maaltijdverdelingen georganiseerd en wordt er registratie gedaan voor de wachtlijst van de noodopvang. Naast deze basisvoorzieningen biedt de Hub verschillende specifieke diensten:

- Toegang tot douches en hygiënische producten
- Verdeling van kleding en hygiënische producten
- Telefonische ondersteuning bij het vinden van naasten
- Sociaal-juridische consultaties
- Medische consultaties
- Consultaties bij vroedvrouwen
- Psychologische consultaties
- Onthaal en begeleiding van niet-begeleide minderjarigen
- Opvang, begeleiding en ondersteuning voor vrouwen die op zoek zijn naar huisvestiging

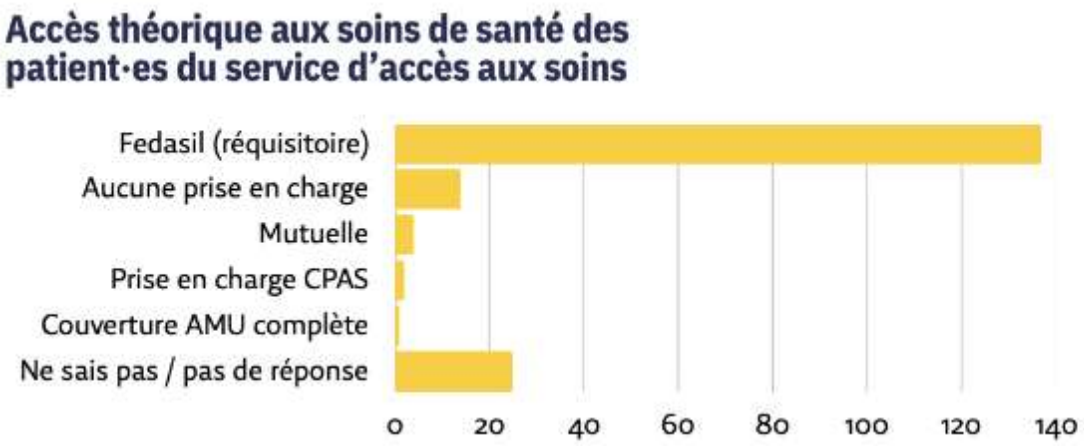
Op dinsdag 30 september 2025 komen we aangewandeld vanaf het station Brussel-Noord richting Tour en Taxis. We worden meegesleurd in een hele stroom van bedienden die werken in de nabijgelegen nieuwbouwgebouwen van de Vlaamse overheidsdienst. We slaan de hoek om richting het gebouw van de humanitaire HUB waar een viertal politiemensen de mensen die de nacht noodgedwongen in slaapzakken voor de HUB hebben moeten doorbrengen, hardhandig wakker maken. Een lange rij van een 40-tal mensen vormt zich voor de ingang van de HUB.

Doelpubliek

Zoals eerder vermeld is het onthaal in de HUB onvoorwaardelijk. De organisatie werd opgericht met het doel zorg te bieden aan mensen die buiten het reguliere zorgsysteem vallen in België. Door het huidige niet-opvang beleid vindt ook de groep VIB's hun weg naar de HUB.

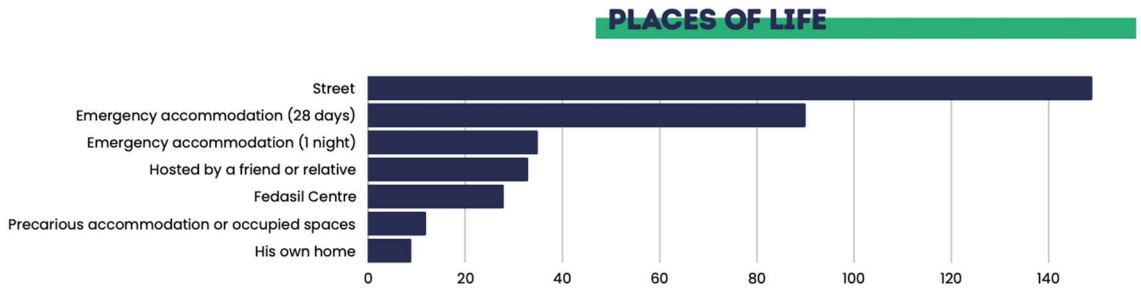
De HUB is gekend bij de VIB's door de aanwezigheid van Dokters van de Wereld op de migratieroute en in het land van herkomst. Cijfers tonen dat het twee tot drie dagen duurt na aankomst in België alvorens iemand bij de HUB terecht komt. Hoewel de toegang onvoorwaardelijk moet blijven, kaart Dokters van de Wereld aan dat de stijging in VIB's leidt tot oversaturatie van de diensten in de HUB.

De rapporten van de HUB over het eerste trimester in 2025 tonen dat er een parallelle stijging te zien is tussen de nationaliteiten die in de HUB toekomen en diegenen die een aanvraag indienen bij de DVZ. Dit illustreert dat in de afwezigheid van ondersteuning van de staat veel niet opgevangen VIB's naar de HUB komen voor verdere hulp. [47]



Figuur 15: De theoretische toegang tot zorg van zorgvragers bij de HUB in trimster 1 van 2025. [47]

62% van de personen die bij de HUB aankloppen voor hulp hebben een aanvraag om internationale bescherming ingediend. Bij een bevraging van de woonsituatie bij de zorgvragers in de HUB bevindt het merendeel van de bevraagden zich in een precaire woonsituatie. Onderstaande grafiek toont dat het merendeel noodgedwongen op straat of in de noodopvang verblijft.



Figuur 16: Verblijfsplek van VIB's op moment van zorgvraag bij de HUB in trimester 1 van 2025.[47]

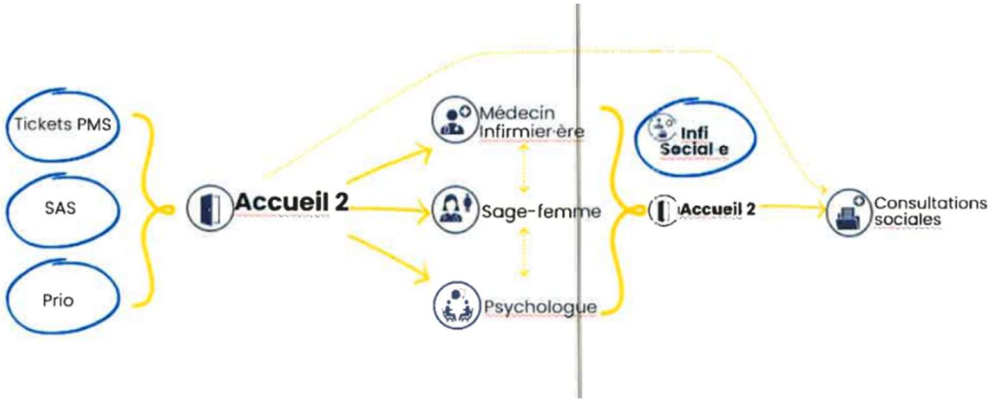
Medische en mentale zorg

De mensen die we in de rij zagen staan toen we aankwamen komen met mondjesmaat de grote inkomhal binnen van de HUB. Ze worden verwelkomd door het lachende securitypersoneel. Ze worden doorgestuurd naar een teamlid van Dokters van de Wereld die verder de triage doet. Via een ticketsysteem worden ze dan doorgestuurd naar een 'mini-wachtzaal' als ze sociaal-medische vragen hebben. Mensen met de vraag om op de wachtlijst gezet te worden voor noodslaapplaatsen van Samusocial worden naar die instantie verwezen. Op heden is de wachttijd +/- 30 dagen, ze mogen er 28 dagen blijven. Als ze kleding,

hygiënische producten of slaapzakken willen, krijgen ze een ticketje voor de winkel en personen die graag een douche willen nemen krijgen hiervoor een ticket. Ze worden dan doorgestuurd naar het dagcentrum, waar ze in tussentijd kunnen wachten tot de winkel of douche opengaat.

De vraag naar sociaal-medische zorgen was groter dan het aanbod van de HUB. Daarom besliste de organisatie een eerste oriëntatie te doen bij het verdelen van de tickets voor consultaties. Voordien was er een '*first come, first serve'*-principe waarbij de mensen in de meest precaire situaties vaak uit de boot vielen. Via deze eerste screening kan sneller adequate zorg geboden worden en naar de juiste (externe) partners doorverwezen worden. In de namiddag doen maatschappelijk werkers en psychologen *outreachend* werk in het dagcentrum (*Support à la santé* - de SAS) om zo kwetsbare profielen op te sporen die mogelijks niet tot bij de ticket verdeling geraken.

Er bestaan dus twee grote systemen om bij de sociaal-medische dienst terecht te komen. Enerzijds via de dagelijkse ticketverdeling in de voormiddag en anderzijds worden zorgvragers opgespoord in het dagcentrum de *SAS*. Hiernaast worden prioritaire zaken die doorheen de dag voorvallen ook opgenomen.



Figuur 17: schematisch overzicht van toegang tot zorgaanbod in de HUB. [48]

In het tweede trimester van 2025 vonden 707 consultaties plaats bij de dokter, verpleegkundige of vroedvrouw. De meest vernoemde medische zorgen waren problemen van het gastro-intestinale stelsel (19%), huidproblemen (19%), sociale problemen (18%) en problemen van het musculoskeletaal stelsel (16%).

In dezelfde periode vonden ook 75 consultaties plaats bij de psycholoog. 70% van deze patiënten hadden nog geen zorg gekregen in de reguliere eerste lijn in Brussel en een groot aandeel waren VIB's, waarvan 18% Palestijnen.[48]

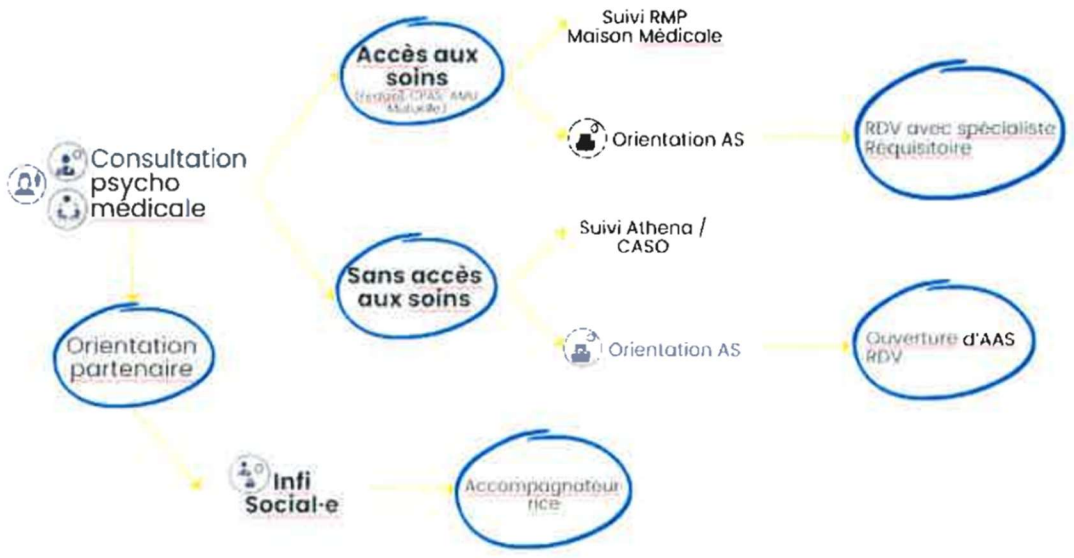
Ze proberen de zorg af te stemmen op de noden, maar merken dat voor hun publiek one shot geneeskunde het meest toegankelijk blijft. Zorgnoden veranderen heel snel, voornamelijk ook de prioriteiten. Is er een dak boven mijn hoofd of niet, blijft vlug de eerste vraag. M. (medische coördinator van de HUB) legt uit dat ze de 0.5de lijn zijn en de link proberen te zijn tussen niets en de eerste lijn.

Dagelijks kunnen 16 consultaties plaatsvinden bij de artsen en enkele keren per week zijn er consultaties mogelijk bij de vroedvrouw. Ernaast zijn er twee sociaal verpleegkundigen en twee psychologen tewerkgesteld.[47]

Het totaal aantal aanvragen dat dezelfde dag beantwoord kan worden is 85% voor de medische zorgen en 75% voor de mentale zorgen. Met het '*first come, first serve*'-principe merkte men dat veel patiënten uiteindelijk niet op de consultatie aanwezig was. Het systeem was niet gebaseerd op de zorgnoden, door ticketdistributie door niet-medisch personeel, en personen in de meest kwetsbare gezondheidssituaties werden niet altijd gezien. De aanwezigheden zijn met het nieuwe ticketsysteem duidelijk toegenomen van 67% naar 95%. [46–48]

Doorverwijzing

De sociaalassistenten zagen 257 patiënten bij in het tweede trimester van 2025. De belangrijkste zorgvragen bij hen waren het aanvragen van een requisitorium, het verzekeren van een slaapplek en het oriënteren naar de reguliere zorg in Brussel. Van januari tot juni 2025 brachten ze 461 externe verwijzingen tot een succesvol einde en konden ze op deze manier concrete en effectieve toegang tot zorg realiseren voor deze groep. Daarnaast proberen ze ook actief VIB's door te verwijzen naar het RMP, dit om te voorkomen dat hun diensten verzadigd geraken met VIB's die theoretisch gezien ook zorg kunnen krijgen in andere organisaties. [48]



Figuur 18: Schematisch overzicht doorverwijzingen zorgvragers HUB. [48]

De grootste moeilijkheden [rond het opnemen van de zorg voor verzoekers] die X aanhaalt zijn het feit dat je het vervolg niet kent, ze moeten hun patiënten loslaten om een toegankelijk instituut te kunnen blijven. Soms zijn ze verplicht door te verwijzen naar instituten waarvan ze weten dat de kwaliteit van zorg niet de beste is. Ze merken ook dat slechts 50% van de mensen die ze verwijzen geraken waar ze moeten zijn, ondanks kaarten die ze meegeven, merken ze dat de weg niet gevonden wordt of de prioriteiten veranderen. Ze gaan nu iemand in dienst nemen die de mensen kan vergezellen naar afspraken, maar het publiek en de verwijzingen zijn te divers om altijd iemand te kunnen voorzien.

Ook de HUB kampt met onvoldoende doorverwijsmogelijkheden naar de eerste en tweede lijn. Dit is wel hun doelstelling, ze trachten mensen die theoretische toegang hebben tot zorg in het regulier systeem zo goed mogelijk te oriënteren. De uitgevoerde doorverwijzingen, zijn niet altijd succesvol dit onder meer door prioriteitsveranderingen en onduidelijke

doorverwijsinformatie. Nochtans wordt veel aandacht besteed aan het maken van duidelijke kaarten, maar merkt men dat deze informatie niet voor iedereen even toegankelijk blijkt. Uit het veldonderzoek blijkt dat de HUB een werknemer in dienst wil nemen om de zorgvragers te vergezellen naar hun afspraken, dit om de doorverwijzingen te kunnen realiseren.

Pleidooi

De humanitaire HUB wil vanuit een bredere blik over de gezondheid van het doelpubliek waken. Ze trachten een signaalfunctie te zijn tussen de praktijk en het beleid. Uit het veldonderzoek blijkt dat dit een complexe opdracht is om te balanceren met een humaan beleid.

Tijdens ons veldonderzoek en de gesprekken met de zorgverleners binnen de HUB humanitair hoorden we vaak een terugkerende twijfel. Ze gaven aan dat het moeilijk was een evenwicht te vinden tussen het bieden van goede zorg en de overheden hun eigen taak te laten opnemen. Ze vroegen zich luidop af hoe humaan te kunnen handelen, zonder het politieke pleidooi teniet te doen. Er worden zowel vanuit hun, als vanuit de andere middenveldorganisaties te weinig signalen gegeven naar het beleid toe, waardoor vaak met verkeerde info bepaalde beleidskeuzes gemaakt worden.

Financiering

De werking van de HUB humanitair wordt voornamelijk gefinancierd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Daarnaast steunen ze in belangrijke mate op vrijwilligers. Alle artsen en vroedvrouwen komen vrijwillig consultaties doen, waarbij enkel vervoerskosten worden vergoed. De vaste medewerkers worden betaald door de subsidiering van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Uit opgevraagde cijfers vanuit het Brussels Parlement blijkt dat de Humanitaire Hub in 2025 5.232.410 euro ontving van het Hoofdstedelijk Gewest en dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie eveneens een bijdrage leverde van 650 000 euro. Hiernaast ontvangt de HUB financiële steun van burgerorganisaties die de voedselbedeling organiseren, het Europees Sociaal Fonds en verschillende private donateurs.[49]

De onzekerheid van deze budgetten werd benadrukt tijdens de observaties en interviews.

M. zegt dat ondanks dat de nieuwe regeringsmaatregelen ervoor zorgen dat er meer nood is aan zorg, ze zien dat de financiering gaat dalen met 50% vanaf 01/01/2026. Ze zien in de HUB nog steeds meer dan 60% verzoekers van internationale bescherming.

De humanitaire HUB kondigde begin 2026 aan dat ze door onvoldoende financiering gedwongen zijn het medische luik binnen de HUB stop te zetten. Dit sluit een toegankelijke toegangspoort voor medische zorgen van zij die vaak buiten het reguliere zorgsysteem vallen.[50]

Accessibility (Toegankelijkheid)

Fysieke toegankelijkheid

De HUB humanitair is gelokaliseerd dichtbij DVZ, het Noordstation en het Maximiliaan park, een gekende locatie bij de VIB's en dichtbij toegankelijke metrostations. Gezien de verschillende diensten van de HUB gecentraliseerd zijn op 1 locatie, is het een toegankelijke plek voor de VIB om de dag door te brengen op een warme locatie waar eten wordt voorzien en hygiënevoorzieningen aanwezig zijn. De HUB is gedurende de dag toegankelijk en er is

vrije beweegruimte om het centrum binnen en buiten te wandelen. Bepaalde diensten, zoals medische zorg, zijn enkel toegankelijk via het ticketsysteem.

Financiële toegankelijkheid

Er zijn geen directe kosten verbonden aan de aanwezigheid in de hub, noch aan het gebruik van de faciliteiten of de medische zorgen. Door de kosten van openbaar vervoer en de geleverde tijdsinvestering kunnen er wel indirecte financiële lasten zijn.

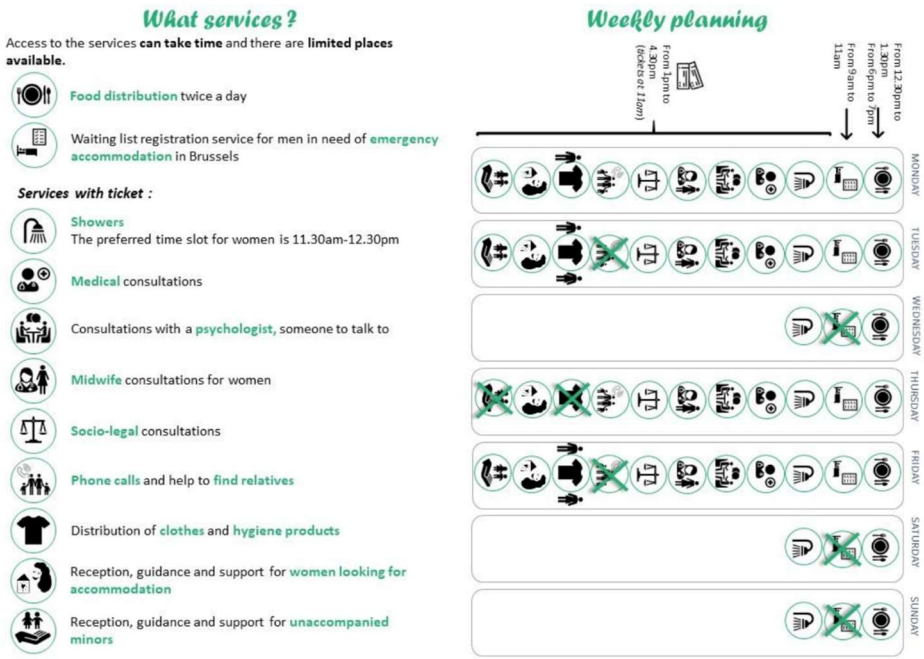
De zorgverleners die werken binnen de HUB houden zich streng aan de regels van het vademecuum van Fedasil, hierdoor wordt volgens de interviews nauwelijks onnodige en niet-terugbetaalde medicatie voorgeschreven.

Administratieve toegankelijkheid

Bij aankomst in de HUB en bij inschrijven voor een ticket voor medische zorgen worden naam en inschrijvingsnummer gevraagd. Consultaties in de HUB gebeuren zonder requisitorium, bij verwijzingen wordt wel één voorzien. Acute en eenmalige medicatie wordt voorzien via een aanvraag met een speciale stempel bij een apotheek in de buurt, voor chronische medicatie wordt een requisitorium aangevraagd.

Informatieve toegankelijkheid

De HUB is voornamelijk gekend door mond-aan-mond informatieoverdracht. Beschikbare data tonen dat verzoekers binnen twee dagen na aankomst in België de weg naar de HUB vinden. Er bestaan folders die in verschillende organisaties in Brussel beschikbaar zijn Met pictogrammen wordt geduid welke diensten op de verschillende momenten beschikbaar zijn. Deze worden in verschillende talen verspreid. Zij zijn toegankelijk voor zowel alfabeten als analfabeten, wat de toegankelijkheid van de informatie verhoogd.



Figuur 19: Folder van de Humanitaire HUB met verschillende diensten en de wekelijkse planning.

In het centrum zijn dagelijks interculturele bemiddelaars in de meest vertegenwoordigde talen aanwezig, namelijk twee Arabische, één Pashtu en twee Tigrinyasprekende bemiddelaars.

Acceptability (Aanvaardbaarheid)

Het team werkzaam in de HUB wordt als warm en joviaal ervaren. De aanwezigheid van de interculturele bemiddelaars creëert een toegankelijke en veilige sfeer voor de verzoekers. De vrijwillige artsen dienen meerdere keren per maand aanwezig te zijn, dit maakt dat er voldoende ervaring wordt opgebouwd met dit specifieke doelpubliek.

E. neemt ons verder mee door het dagcentrum. We zien vrijwilligers van "serve the city" die de maaltijd voor de middag aan het klaarzetten zijn, we zien een aparte ruimte voor de gezinnen met speelgoed. Er is ook een afgeschermde ruimte voor vrouwen. Er liggen veel mensen te slapen. Andere spelen pingpong, nog andere zitten voor zich uit te staren met hun papieren in een plastiek mapje op hun schoot. Het dagcentrum is warm, er is thee en koffie, er is een helpdesk waar je altijd terecht kan met vragen, er zijn zetels, er zijn stopcontacten. Buiten zitten vier mannen op een stoel, vier kappers zijn bezig hun haar te knippen of te scheren. Er wordt gelachen. Er hangt was te drogen en aan de lavabo staan enkele mannen hun kleren te wassen.

Ze (coördinator) neemt ons verder mee naar de winkels voor de kleren, er ligt een uitgebreid aanbod aan broeken, warme truien, schoenen, maar ook slaapzakken, zeep, deo, ... Boven zien we de winkel voor de vrouwen waar ook veel menstruatie materiaal ligt.

De HUB ziet door het niet-opvangbeleid meer kinderen en vrouwen die gebruik maken van hun diensten. Er zijn specifieke plaatsen voor hen voorzien om een veiligheidsgevoel voor deze populatie te bewerkstelligen. De vroedvrouw doet in de namiddag *outreachend* werk in deze ruimtes om te medische problemen bij de vrouwen op te sporen.

Quality (Kwaliteit)

De medische consultaties worden gehouden door afgestudeerde artsen in België. Zij werken op vrijwillige basis, waardoor voornamelijk gepensioneerde artsen deze taak op zich nemen. Uit de interviews en het veldonderzoek blijkt dat de zorgverleners vrijwillig kiezen om de zorg voor deze groep op zich te nemen. Hierdoor heb je een selectie in motivatie voor het uitvoeren van deze taak.

Er wordt over de kwaliteit van de consultaties gewaakt door de sociaal verpleegkundigen en de medisch coördinator. De medische coördinator bekijkt achteraf de consultaties in het dossier en let op medische fouten, onnodige voorschriften of doorverwijzingen. Het vademecum van Fedasil wordt als handleiding gebruikt. Het doel van de HUB blijft om *one shot* geneeskunde te voorzien en hierna door te verwijzen naar het reguliere zorgnetwerk. Ondanks de wil om goede doorverwijzingen te kunnen realiseren, blijft dit in de realiteit moeilijk.

Wat betreft acute zorg wordt gelijkwaardige zorg geboden als in het reguliere netwerk, mede door de ervaren zorgverleners en de bestaande kwaliteitscontrole. Adequate chronische opvolging blijft door niet bestaande opvolg mogelijkheden en beperkte doorverwijsmogelijkheden moeilijk.

Centrum Athéna

Centrum Athéna ontstond in 2014 als een lokaal initiatief binnen de Brusselse huisartsgeneeskunde met als doel een antwoord te bieden op de grote tekorten in toegang tot eerstelijnsgezondheidszorg. Een studie van de FAMGB uit 2015 toonde aan dat op dat moment ongeveer twee op de tien inwoners van Brussel geen vaste huisarts had (bron). Dit vormde de aanleiding voor de oprichting van een laagdrempelig medisch opvangs- en oriënteringspunt. In 2018 werd het initiatief een zelfstandige VZW in samenwerking met de Federatie van Brusselse Huisartsen Vereniging (FBHAV), Dokters van de Wereld en Pharmacy.brussels. [51]

Availability (Beschikbaarheid)

Centrum Athéna positioneert zich als open oriëntatiepunt voor iedereen die nood heeft aan medische zorg, en in het bijzonder voor mensen zonder huisarts en personen zonder toegang tot gezondheidszorg. In hun eerste werkingsjaar, 2019, bestond ongeveer 51% van de populatie uit mensen zonder effectieve toegang tot zorg, waaronder VIB's, (trans)migranten en daklozen. Daarnaast bestond 45% uit personen met een tijdelijk zorgtekort, zoals toeristen of Brusselaars die nog geen vaste huisarts konden vinden. [52]

Sinds het niet-opvangbeleid nam het aandeel van de VIB’s toe. In 2023 werd gerapporteerd dat deze groep 7% van de patiënten vormden.

De zorgvragen zijn erg uiteenlopend en gaan van acute of banale aandoeningen tot complexe somatische en psychologische problematieken zoals scabiës, difterie, wondzorg, trauma, PTSS en verslavingsproblematiek. Daarnaast zijn er ook een aandeel administratieve vragen of vragen naar opvang en huisvesting.

De werking van het centrum bestaat uit drie kerndelen, namelijk medische consultaties door huisartsen, verpleegkundige zorg en sociale begeleiding. Athéna functioneert als een eerstelijnscentrum zonder afspraak en is geopend van maandag tot vrijdag van 9u tot 18u. Iedereen kan zich aanmelden aan het onthaal, waarna via enkele eenvoudige vragen gekeken wordt welke nood of hulpvraag er is en er intern of extern verwezen kan worden. [53]

Binnen de medische werking is permanent één huisarts aanwezig als medisch referent, aangevuld met zes huisartsen die er deeltijds werken. Deze artsen worden vergoed als zelfstandigen aan een uurloon van 60 euro per uur. De verpleegkundige zorg omvat onder meer gezondheidsvoorlichting, snelle onderzoeken zoals glycemiemetingen, zwangerschapstesten en covidtesten en het uitdelen van hygiënische beschermmiddelen. [53]

De sociale dienst speelt een centrale rol in het oriënteren van patiënten binnen het zorgnetwerk en werkt nauw samen met andere verenigingen in de gezondheids- en welzijnssector en armoedebestrijding zoals de OCMW’s, de ziekenhuizen, Fedasil, Dokters van de Wereld en CASO en andere verenigingen uit de sector zoals Samusocial, FARES, Aquarelle, RMP en de humanitaire HUB.

Tegelijk kent het aanbod van Athéna duidelijke grenzen. Gezien het bijzondere karakter van het centrum worden bepaalde medische handelingen niet aangeboden, waaronder gespecialiseerde onderzoeken, medische beeldvorming of laboratorium onderzoeken, vaccinaties en specifieke attesten zoals deze voor medische regularisatie. Ook bepaalde verslavende medicatie wordt niet voorgeschreven.

De zorg is bovendien gericht op acute en kortdurende eerstelijnszorg; langdurige opvolging of gespecialiseerde zorg, bijvoorbeeld bij complexe mentale problemen, kan het centrum niet voorzien In het algemeen kunnen mensen éénmalig gezien worden in Athéna en worden ze daarna verder verwezen binnen het reguliere netwerk. In de realiteit blijkt dat zorgvragers alsnog frequent terugkeren.

De omvang van de zorgvraag is groot. Sinds 2020 registreerde het centrum 29 700 medische en verpleegkundige consultaties en meer dan 14 000 sociale consultaties. [54] Tijdens de opvangcrisis van 2022 fungeerde Athéna als eerste opvangstructuur voor een groot deel van de populatie VIB's die uit de reguliere opvang uitgesloten werden. In dat jaar werden er ongeveer 1300 personen gezien die normaal gezien onder Fedasil zorgverlening vielen.

De oprichting van RMP in 2023 veranderde het zorglandschap deels. Hoewel Athéna consequent een deel van de VIB's doorverwijst naar RMP, blijft het centrum zorg verlenen aan deze groep. Dit deels door de sterke naambekendheid in het Brusselse landschap en doorverwijzingen vanuit onder meer RMP zelf.

Athéna wordt hoofdzakelijk gefinancierd met subsidies van de Brusselse overheid. Deze financiering was jaarlijks en facultatief, wat leidde tot chronische budgettaire onzekerheid. Daarnaast deed het centrum beroep op giften om medische kosten en medicatie voor patiënten met beperkte middelen te kunnen dragen. Sinds 2025 werd het centrum geconfronteerd met een aangekondigde budgetvermindering van bijna 25%. In combinatie met onvoldoende kasmiddelen, een vertraging van terugbetaling van OCMW's en mutualiteiten en het langdurig ontbreken van een Brusselse regering leidde dit tot ernstige financiële problemen. In februari 2025 lanceerde het centrum een publieke noodoproep om de werking te kunnen voortzetten. [51]

Eind 2025 moest centrum Athéna alsnog definitief de deuren sluiten.[55] Volgens betrokken organisaties vormt deze sluiting een belangrijk risico voor de toegang tot gezondheidszorg in de hoofdstad en kan het leiden tot (nog meer) zorguitstel, verergering van fysieke en psychologische aandoeningen en een verhoogde druk op een al verzadigd eerstelijnsnetwerk en spoeddiensten.

Accessibility (Toegankelijkheid)

Zorgvragers kunnen zich zonder afspraak aanmelden aan het onthaal, waar via enkele korte vragen wordt nagegaan welke hulpvraag aanwezig is en of de zorg binnen Athéna kan worden opgenomen of beter elders wordt georganiseerd. Dit creëert een laagdrempelige toegang op vlak van administratie. [51,54]

Wanneer blijkt dat de zorgvrager elders toegang heeft tot zorg, wordt eerst geprobeerd om naar deze structuren te oriënteren. Als dit niet mogelijk is, kan de persoon alsnog door de hulpverleners van Athéna gezien worden. (cfr. stroomschema)



Figuur 20: Overzicht van het zorgnetwerk als personen een huisarts nodig hebben. [53]

Vanuit het interview met de coördinator van centrum Athéna bleek dat een van de belangrijkste knelpunten voor de zorg voor VIB's het werken met requisitoria was. De terugbetaling vanuit Fedasil gebeurde niet of niet tijdig. Om de werking van Athéna haalbaar te houden schakelde de organisatie in oktober 2023 over op een vereenvoudigd systeem. In plaats van individuele requisitoria werkt men met een beperkte identificatielijst die nadien werd doorgegeven aan de financiële dienst van Fedasil. Op die manier kon een grote administratieve last, omzeild worden.

Om de financiële drempel te verlagen voorziet Athéna daarnaast volledig gratis consultaties en gratis medicatie voor mensen in precaire (financiële) situaties.

Acceptability (Aanvaardbaarheid)

Athéna positioneert zich als open centrum zonder exclusiecriteria. Zowel personen in precaire situaties als Brusselaars zonder vaste huisarts kunnen er terecht. Die inclusieve aanpak verhoogt de sociale aanvaardbaarheid, zeker voor groepen die elders vaak geweigerd worden of moeilijk toegang vinden.

Om taalbarrières te minimaliseren werkt het centrum met twee ICB's, Spaans en Arabisch, om zorgverleners te kunnen bijstaan taalbarrières te overbruggen. Deze samenwerking wordt georganiseerd in samenwerking met FOD Volksgezondheid en het Medisch centrum Maalbeek.

Quality (Kwaliteit)

De geleverde zorg in Athéna richt zich op eerste lijns- en acute zorg. Het centrum werkt met erkende huisartsen, een verpleegkundige, maatschappelijk werkers en ICB's, wat toelaat om te beantwoorden aan medische, verpleegkundige en sociale noden van de zorgvragers. De aanwezigheid van een permanente medisch referent en aanvullende zorgverlening, draagt bij aan een kwalitatieve en professionele basiszorg.

Tegelijk kent de zorg duidelijke inhoudelijke grenzen. Athéna voert geen gespecialiseerde onderzoeken, beeldvorming of laboratorium testen uit en voorziet geen langdurige opvolging of chronische zorgtrajecten. Ondanks dat ook deze zorg bij deze précaire groep van belang is. [53]

De kwaliteit van zorg is daardoor sterk afhankelijk van een effectieve doorverwijzing naar het reguliere zorgnetwerk. Dit netwerk is echter structureel verzadigd. Hierdoor blijft de geboden zorg van Athéna kwalitatief binnen haar opdracht, maar kwetsbaar wanneer continuïteit of meer gespecialiseerde hulpverlening noodzakelijk is.

7. Discussie

Dit onderzoek toont aan dat een groeiende groep burgers in ons land, namelijk VIB's die geen opvang krijgen, rechtstreeks de gevolgen van het niet-opvang beleid voelen op hun toegang tot gezondheidszorg en hun gezondheid.

Niet-opvangbeleid

De resultaten van deze studie tonen dat de beleidskeuzes rond opvang een directe en belangrijke impact hebben op zowel de gezondheid als de toegang tot zorg van VIB's. Het niet-opvangbeleid creëert een situatie waarin een al precaire groep mensen op straat terecht komt, zonder toegang tot basisbehoeften. Dit vergroot niet alleen de zorgnoden, maar ook de toegang tot zorg.

Verschillende stemmen doorheen het onderzoek bevestigen dat het werk dat ze doen op dit moment op individueel vlak misschien nuttig kan zijn, maar op grotere schaal niet-constructief is. Men dweilt met de kraan open zolang een degelijk en menselijk opvangbeleid uitblijft. Het niet-opvangbeleid verschuift de verantwoordelijkheid voor zorg naar ondergefinancierde en overbelaste middenveldstructuren. Hoewel deze organisaties een cruciale rol spelen, bestaat het risico dat ze het structureel falen van het systeem deels opvangen en daardoor minder zichtbaar maken.

In de oriënterende interviews voor dit onderzoek werd vaak gesproken over politieke onwil als belangrijke oorzaak voor de gezondheidscrisis. Vandaag kunnen we niet langer spreken van politieke onwil, het niet opvangen van VIB's is een bewuste politieke keuze, waarbij elke nieuwe verstrengende beleidsmaatregel de gezondheid van de VIB's verder in het gedrang brengt. Sinds 2021 werden er jaarlijks gemiddeld 10 000 mensen geweigerd uit de opvangstructuren voor een periode van meerdere maanden. De betrokken middenveldorganisaties besluiten het volgende: "Zolang mensen op straat slapen, zolang de Staat weigert gerechtelijke besluiten uit te voeren, is dit een bewust beleid van niet-opvang". [27]

Het huidige niet-opvangbeleid vormt een voorbeeld van structureel geweld[3]. Door bewust geen opvang te voorzien, wordt de toegang tot fundamentele menselijke behoeften beperkt, waardoor deze groep wordt belemmerd in het bereiken van haar volledige potentieel. De resultaten tonen aan dat 88% van de verzoekers gezondheidsproblemen heeft door de omstandigheden waarin ze verplicht zijn te overleven. Daarnaast verhindert het niet-opvangbeleid de mogelijkheid om aan preventieve zorg te doen en escaleren bepaalde volledig te vermijden problemen. Structureel geweld komt in onze samenleving in verschillende vormen voor en treft diverse individuen en groepen. Vaak is dit geweld ingebed in alomtegenwoordige structuren, waardoor het door institutionalisering bijna onzichtbaar wordt. Voor ons is de bewuste keuze voor niet-opvang van een precaire groep mensen en de daarbij komende schending van meerdere rechten, waaronder het recht op zorg, een onaanvaardbaar voorbeeld van structureel geweld.

[3] De term 'structural violence' werd voor het eerst gebruikt door John Galtung en wordt sindsdien als term gebruikt in antropologische onderzoeken. Ze verwijst naar sociale structuren—zoals economische, politieke, juridische en culturele systemen—die individuen of groepen verhinderen hun volledige potentieel te bereiken. [56]

Actuele beleidsbeslissingen

De meest recente wijzigingen in het opvangbeleid die doorgevoerd zijn door minister Van Bossuyt institutionaliseren verder deze problematiek. Dit is een actieve stap naar het zogenaamde 'strengste migratiebeleid ooit' om een afschrikbewind te installeren.[57] De wens om migranten af te schrikken om naar België te komen staat boven het naleven van de Fundamentele Rechten van de Mens. We zien dat het huidige beleid maatregelen neemt die verworpen worden door de Raad van State, waaronder het weigeren van opvang voor verzoekers met een M-statuut. Ondanks aanmaningen over deze wetwijziging blijft minister Van Bossuyt achter deze nieuwe wetsvoorstellen staan. Ze legt zelf uit dat mensen het recht hebben op opvang, maar slechts in het land waar ze al een goedkeuring van asielaanvraag hebben gekregen.[58] Thomas Willekens van Vluchtelingenwerk Vlaanderen brengt daar rechtmatig tegen in dat een redenering zoals deze enkel stand houdt als overal het internationaal recht rond opvang en migratie wordt nageleefd. We weten dat dit op heden in meerdere Europese landen, waaronder België niet gebeurt.[58]

Hiernaast is beslist dat de federale regering besparingen zal doorvoeren binnen Fedasil. De federale dotatie bedroeg in 2025 826 miljoen euro, in 2026 zou die 579 miljoen bedragen en in 2029 nog maar 138 miljoen. Volgens de minister moet dat mogelijk zijn, omdat haar beleid de instroom van asielzoekers zal afremmen. Op termijn wil de federale regering het aantal Fedasil opvangplaatsen afbouwen van 35 000 naar 11 000 bedden.[59]

Verdere besparingen van de federale regering en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zorgen er ook voor dat zowel centrum Athéna als het medische luik van de humanitaire HUB hun deuren hebben moeten sluiten. De zorg voor deze specifieke groep was al precair. Middenveldorganisaties waren een buffer voor het falende migratie- en zorgsysteem. Zij erkennen beiden dat wanneer zij zorg op hen nemen, het belangrijk blijft om pleidooi te voeren voor een structurele oplossing. Van Heddegem, directeur van de Belgische operaties van Dokters van de Wereld stelt dat: "*de komende tijd een serieuze toename (wordt voorzien) van het aantal mensen dat noodgedwongen naar de spoeddiensten zal trekken. Mensen zullen naar de spoed trekken wegens gebrek aan een alternatief of zullen aan zorguitstel doen tot hun situatie zo kritiek is dat ze op de spoed eindigen. Uiteindelijk zullen ze én zieker én in een later stadium op de spoed belanden. Het uiteindelijke kostenplaatje van die shift zal een stuk hoger liggen dan wat de Brusselse autoriteiten hoopten te besparen door de meest kwetsbare inwoners van haar stad af te snijden van zorg*." [50]

Beleidsaanbeveling

Onze aanbevelingen aan het beleid zijn dan ook duidelijk. Als we de rechten van de mens willen blijven respecteren en kwaliteitsvolle zorg willen bieden aan deze groep is er nood aan opvang. Dit impliceert een structurele uitbreiding van de opvangcapaciteit – en zeker niet de afbouw die gepland staat. Mensen horen niet op straat en zolang deze groep mensen op straat terecht komt, is een constructieve oplossing om hun rechten te waarborgen praktisch onmogelijk.

Een poging hiertoe bestaat eruit om de toegang tot de eerstelijnszorg te vergemakkelijken voor deze groep. De resultaten tonen dat de een van de grootste drempels waar zowel zorgverlener, als VIB tegen botsen de administratieve belasting van het requisitorium is. Zowel uit de vragenlijst bij de huisartsen, als uit het middenveld horen de oproep om het systeem te vereenvoudigen. Fedasil ging hier zelf al mee aan de slag en rolde het CAAMI4Fedasil project

uit. Binnen dit systeem zou het requisitorium niet meer nodig zijn. Hoewel dit een belangrijke evolutie is, is het gebruik hiervan is voorlopig nog niet mogelijk binnen de eerste lijn.

Huisartsen moeten ondersteund worden om kwaliteitsvolle en cultuursensitieve zorg te bieden, met aandacht voor taalondersteuning. De resultaten tonen dat een taalbarrière enerzijds leidt tot het mijden van zorg door de zorgvrager en anderzijds blijken zorgverleners omwille van financiële redenen zorg te weigeren aan de doelgroep. Dit ondanks het bestaan van kwalitatieve, gratis tolkdiensten die de drempel volledig zouden kunnen wegnemen. Er moet via de basisopleiding en bijscholingen van zorgverleners ingezet worden op het breed verspreiden van informatie over tolkdiensten en, meer algemeen, over het verlenen van zorg aan VIB's.

Hiernaast moet het aanbod binnen de eerstelijnsstructuren uitgebouwd worden, met specifieke nadruk op de mentale zorgstructuren.

De middenveldorganisaties die de zorg momenteel opnemen dienen ondersteund te worden en moeten voorzien worden van structurele financiering, zolang de zorgnood bestaat. Het blijft wel belangrijk om te onthouden dat ook zij een tijdelijke oplossing bieden binnen een ziek systeem. Het reguliere zorgsysteem moet inclusiever gemaakt worden opdat zij niet meer hoeven te bestaan.

Concreet zijn onze aanbevelingen de volgende: het voorzien van opvang is een fundamentele en noodzakelijke voorwaarde voor het beschermen en bewaren van de gezondheid. De toegang tot de reguliere (eerstelijns)zorg moet laagdrempeliger worden, voornamelijk door het afschaffen van de administratieve drempel. Hiernaast moet ingezet worden op het gebruik van tolken en ICB's om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Als laatste moeten VIB's minder afhankelijk worden voor zorg van middenveldorganisaties.

Hiernaast willen we ook benadrukken dat deze opvangcrisis een symptoom is van een bredere crisis rond asiel en migratie. Een grondige herbeoordeling van de migratiepolitiek die in het Westen wordt gevoerd, met aandacht voor de causaliteit van de koloniale geschiedenis en de huidige inmenging van het Westen in de geopolitieke context, waardoor de migratiestromen bestaan, is broodnodig.

Sterktes en limitaties van de studie

Een belangrijke sterkte van deze studie is de *mixed-method* aanpak, namelijk de combinatie van literatuuronderzoek, interviews, een vragenlijst en observationeel veldwerk. Deze methodologische keuze maakte het mogelijk om zorgtoegang zowel in de praktijk als op beleidsniveau te analyseren.

Het antropologisch veldwerk bood een belangrijke meerwaarde. Door de directe observaties binnen de zorginstellingen konden we inzicht vergaren in hoe de zorg concreet georganiseerd wordt en hoe beleid, logistiek en improvisatie in de praktijk samenkomen. De observaties laten toe om de kloof tussen het theoretisch recht op zorg en de praktische toegang tot zorg beter te begrijpen. Het werken met descriptieve en reflectieve veldnotities is eigen aan het antropologisch werk en draagt bij tot een meer transparante analyse van de data.

De studie heeft ook enkele limitaties. De vragenlijst werd deels verspreid via ons persoonlijk netwerk, waardoor de deelnemers mogelijks niet-representatief zijn voor de gehele populatie.

Daarnaast was er geen metadata beschikbaar over de deelnemers. Hierdoor is er een grote kans op selectiebias en zijn de resultaten niet generaliseerbaar.

Het observationeel veldwerk was beperkt in duur en omvang, waardoor de observaties voornamelijk een momentopname van de organisaties toonden. Tijdens het veldwerk konden we slechts beperkt consultaties bij zorgverleners meevolgen.

Tot slot blijft er, ondanks pogingen tot voldoende reflectie, een zekere mate van onderzoekersbias aanwezig. De analyse is onvermijdelijk beïnvloedt door onze eigen sociale- en maatschappelijke denkkaders. Verder komt het perspectief van de VIB zelf slechts beperkt aan bod, met drie interviews, wat een beperking is in het volledig begrijpen van de ervaren drempels tot zorg.

8. Conclusie

Dit onderzoek had als doel de zorgnoden van VIB's die niet in het opvangnetwerk worden opgevangen in kaart te brengen, evenals de drempels die hun toegang tot gezondheidszorg in de Brusselse context beïnvloeden.

De resultaten tonen dat deze groep complexe en brede zorgnoden heeft. Hoewel acute somatische zorg in bepaalde gevallen nog wordt opgevangen binnen de reguliere zorgstructuren of via de middenveldorganisaties, leidt de gebrekkige zorgtoegang vaak tot escalatie van deze gezondheidsproblemen. Ook de chronische opvolging van somatische aandoeningen ontbreekt. Daarnaast blijkt er een grote nood voor mentale gezondheidszorg te bestaan, zowel voor acute als voor meer chronische en complexe problemen.

Deze gezondheidsproblemen zijn grotendeels te linken aan de precaire leefomstandigheden van zij die geen opvang toegewezen krijgen. Vanuit het perspectief van sociale determinanten van gezondheid wordt duidelijk dat factoren zoals dakloosheid, voedselonzekerheid en beperkte toegang tot hygiënevoorziening een duidelijke en directe impact hebben op de gezondheidstoestand van deze populatie. Tegelijk spelen structurele determinanten zoals onzekerheid over het verblijfsstatuut en het niet-opvangbeleid een belangrijke rol doordat ze omstandigheden creëren die zowel fysieke als mentale gezondheidsproblemen veroorzaken en versterken. [60]

Hoewel VIB's in theorie recht hebben op medische zorg, blijkt de effectieve toegang in de praktijk onvoldoende. De analyse aan de hand van het AAAQ-kader toont aan dat zowel de toegankelijkheid, aanvaardbaarheid, beschikbaarheid en kwaliteit onder druk staan. Administratief complexe procedures, zoals die van het requisitorium, vormen een belangrijke drempel. Daarnaast beperken capaciteitsproblemen, taalbarrières en een gebrek aan informatie de toegang tot het reguliere zorgsysteem.

Middenveldorganisaties vervullen een belangrijke rol als alternatieve en laagdrempelige toegangspoorten tot zorg. Ze bieden antwoord op acute noden en vormen een ontoereikend vangnet binnen een systeem dat onvoldoende toegankelijk blijkt voor deze doelgroep. De organisaties zijn tegelijk zelf onderhevig aan beperkingen. Veel van de zorg heeft het karakter van '*one-shot geneeskunde*', waarbij acute problemen wel behandeld worden, maar opvolging en continuïteit van zorg ontbreekt. Ook preventieve zorg blijft hierdoor vaak onvoldoende. Tot slot zijn de organisaties afhankelijk van onzekere financiering, waardoor hun bestaan onder druk komt te staan.

Als eerstelijns zorgverleners streven we ernaar om het recht op gezondheid en gezondheidszorg voor iedereen te waarborgen. We merken op dat dit voor een groeiende groep mensen niet het geval is en proberen met deze thesis bij te dragen aan het creëren van bewustzijn rond de problematiek van de VIB's. We hopen dat deze academische studie kan bijdragen tot het ondersteunen van de nodige beleidsaanpassingen. We hopen dat bovenstaande bevindingen kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van meer politieke verbeelding rondom dit bewust niet-opvangbeleid.

9. Referenties

1. OHCHR | Universal Declaration of Human Rights - Dutch (Nederlands). OHCHR. Accessed March 18, 2026. https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/dutch-nederlands

2. Constitution of the World Health Organization. Accessed March 18, 2026. https://www.who.int/about/governance/constitution

3. Registratie en opvang. CGVS. Accessed March 18, 2026. https://www.cgvs.be/nl/asiel/registratie

4. *Convention Relating to the Status of Refugees*. 1951.

5. Opvang asielzoekers | Fedasil. Accessed March 24, 2026. https://fedasil.be/nl/asile-en-belgique/opvang-asielzoekers

6. Fedasil. *Balans 2023, Opvang - Hervestiging - Vrijwillige Terugkeer*. Fedasil; 2024:13. Accessed January 10, 2025. https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/jaarverslag_2023_0.pdf

7. Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken. *Verzoekers om internationale bescherming jaarlijkse statistieken 2015-2024*. Dienst Vreemdelingenzaken; 2024:17. https://dofi.ibz.be/sites/default/files/2025-03/STAT_IB-DPI_NL_2015-2024.pdf

8. United Nations General Assembly. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Accessed March 23, 2026. https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

9. European Parliament, Council of the European Union. *Directive (EU) 2024/1346 of the European Parliament and of the Council of 14 May 2024 Laying down Standards for the Reception of Applicants for International Protection (Recast)*. 2024:35. Accessed January 10, 2025. https://www.refworld.org/legal/reglegislation/council/2024/148002

10. Wat houdt materiële opvang in voor een verzoeker om internationale bescherming? Vreemdelingenrecht.be. April 3, 2026. Accessed April 9, 2026. https://www.vreemdelingenrecht.be/sociale-rechten/materiele-opvang/materiele-opvang-voor-een-verzoeker-om/wat-houdt-materiele-opvang-voor-een-verzoeker-om

11. Vlaanderen. Papieren verblijfsdocumenten en proceduredocumenten. Vreemdelingenrecht.be. July 10, 2025. Accessed April 25, 2026. https://www.vreemdelingenrecht.be/verblijfsdocumenten/papieren-verblijfsdocumenten-en

12. Medimmigrant. Gezondheidszorg per betalingsregeling. Accessed March 24, 2026. https://medimmigrant.be/nl/info/gezondheidszorg-per-betalingsregeling/ocmw/

13. Janine Meijer. Asielzoekers zonder opvang zitten vast in asielprocedure. December 27, 2023. Accessed March 23, 2026. https://apache.be/2023/12/27/asielzoekers-zonder-opvang-zitten-vast-asielprocedure

14. Fedasil. *Balans 2022, Opvang - Hervestiging - Vrijwillige Terugkeer*. Fedasil; 2023:28. Accessed March 23, 2026. https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/jaarverslag_2022_nl_low_res.pdf

15. Fedasil. *Balans 2021, Opvang - Hervestiging - Vrijwillige Terugkeer*. Fedasil; 2022:28. Accessed February 23, 2026. https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/jaarverslag_2021_0.pdf

16. Amnesty International. *Onrecht in Plaats van Opvang: Hoe Het Uitblijven van Opvang de Rechten van Asielzoekers in België Schendt*. 2025:35. https://www.amnesty-international.be/sites/default/files/download-files/2025-04/Belgi%C3%AB_OnrechtInPlaatsVanOpvang_EUR1491612025_NED.pdf

17. Myria. *Contactvergaderingen Internationale Bescherming*. Myria. Accessed March 23, 2026. https://www.myria.be/nl/contactvergaderingen-internationale-bescherming

18. Vier gezinnen die op straat slapen in Brussel klagen minister Van Bossuyt aan. October 2, 2025. Accessed March 23, 2026. https://www.bruzz.be/actua/samenleving/vier-gezinnen-die-op-brusselse-straten-slapen-klagen-minister-van-bossuyt-aan

19. Wettelijk kader en rechtspraak over gebrek aan opvang van asielzoekers met oneigenlijke code no show. Vreemdelingenrecht.be. March 13, 2026. Accessed March 23, 2026. https://www.vreemdelingenrecht.be/dossiers/asielopvangcrisis

20. Koelkast en koffiemachine kabinet-De Moor in beslag genomen door deurwaarder. January 11, 2024. https://www.standaard.be/binnenland/koelkast-en-koffiemachine-kabinet-de-moor-in-beslag-genomen-door-deurwaarder/40755779.html

21. BRUZZ. De Moor zet opvang alleenstaande mannen tijdelijk stop, Brusselse regering kritisch. August 29, 2023. https://www.bruzz.be/samenleving/staatssecretaris-de-moor-zet-opvang-alleenstaande-mannen-tijdelijk-stop-2023-08-29

22. Raad van State. *Raad van State Nr. 257.300 van 13 September 2023*. (Raad van State 2023). Accessed March 23, 2026. https://www.vreemdelingenrecht.be/sites/default/files/migrated/rvs_257300.pdf

23. Belga. Kamer zet eerste stap naar beperking instroom asielzoekers. July 10, 2025. https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2025/07/10/kamer-zet-eerste-stap-naar-beperking-instroom-asielzoekers/

24. Bram Van Renterghem. Situatie aan Humanitaire Hub verslechtert: “Ze bedreigen mijn personeel.” September 4, 2025. https://www.bruzz.be/actua/samenleving/situatie-aan-humanitaire-hub-verslechtert-ze-bedreigen-mijn-personeel-2025-09-04

25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

26. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*. 2000. https://www.refworld.org/docid/4538838d0.html

27. Emerson, Robert M., Fretz, Rachel I., Shaw, Linda L. *Writing Ethnographic Fieldnotes*. University of Chicago Press.

28. Fedasil, Cel Gezondheid. *Medisch Vademecum: Richtlijnen En Instructies Omtrent Medische Zorgen*. Fedasil; 2026. https://medimmigrant.be/IMG/pdf/vademecum_med_nl_v6.pdf

29. Caritas International. *Dashboard Asiel En Migratie: Januari – Juni 2025*. Caritas International; 2025. https://www.caritasinternational.be/wp-content/uploads/2025/10/Dashboard_2025Jan-Juni_NL.pdf?x35097

30. België. *Wet van 12 Januari 2007 Betreffende de Opvang van Asielzoekers En van Bepaalde Andere Categorieën van Vreemdelingen*. België. 2007.

31. Fedasil. U woont niet in een opvangcentrum en hebt medische hulp nodig | Fedasil info - informatieplatform voor asielzoekers in België. Accessed March 28, 2026. https://www.fedasilinfo.be/nl/u-woont-niet-een-opvangcentrum-en-hebt-medische-hulp-nodig

32. Sarah MISSINNE, Jonathan UNGER, Joel GIRES. *Huisartsenzorg in Het Brussels Gewest: Beschikbaarheid En Geografische Toegankelijkheid Op Lokaal Niveau 2025*. Vivalis; 2025:134. https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2025-03/VF_Huisartsenzorg%20in%20het%20Brussels%20Gewest_NL_compressed_0.pdf

33. Fedasil. *MedischeRequisitoria-Jaarlijks Rapport 2024*. Fedasil; 2024:10.

34. HZIV lookup. Accessed April 12, 2026. https://mediform.fedasil.be/lookup/index.html

35. Fedasil. Budget | Fedasil. Budget Fedasil. Accessed April 12, 2026. https://www.fedasil.be/nl/propos-de-fedasil/budget

36. Fedasil Mediform. Accessed April 12, 2026. https://mediform.fedasil.be/

37. Dokters Van de Wereld. TOOLINE1 - Antwerpen. TOOLINE1. Accessed April 12, 2026. https://doktersvandewereld.be/projecten/tooline1-antwerpen

38. Facturering Fedasil | HZIV. Accessed April 12, 2026. https://www.caami-hziv.fgov.be/nl/pro/specifieke-regimes/facturering-fedasil

39. Volksgezondheid FOD. Interculturele bemiddeling | FOD Volksgezondheid. Interculturele bemiddeling. April 1, 2026. Accessed April 12, 2026. https://www.health.belgium.be/nl/themas/gezondheid/jouw-gezondheid/jij-patient/interculturele-bemiddeling

40. Volksgezondheid FOD. Interculturele bemiddeling | FOD Volksgezondheid. April 1, 2026. Accessed April 12, 2026. https://www.health.belgium.be/nl/themas/gezondheid/jouw-gezondheid/jij-patient/interculturele-bemiddeling

41. sarahnuyens. Bruxelles: la clinique mobile de la Croix-Rouge devient un véritable centre médical. Croix-Rouge de Belgique. January 16, 2023. Accessed April 12, 2026. https://www.croix-rouge.be/2023/01/16/bruxelles-la-clinique-mobile-de-la-croix-rouge-devient-un-veritable-centre-medical/

42. Rode Kruis België. *Activiteitenrapport RMP*. Fedasil.

43. Rode Kruis België. *RMP Jan-Jun 2025*. Fedasil; 2025:7.

44. Croix-Rouge de Bruxelles. RMP Point d'étape. Presented at: March 1, 2025; Brussel.

45. Medimmigrant. Déménagement du Refugee Medical Point à l'ancien hôpital Bordet. Accessed April 12, 2026. https://medimmigrant.be/fr/actualites/demenagement-du-refugee-medical-point-a-l-ancien-hopital-bordet?lang=fr

46. Hub humanitaire | Médecins du Monde. Accessed April 12, 2026. https://medecinsdumonde.be/projets/hub-humanitaire

47. Humanitaire Hub. *Rapport Trimestriel Jan-Mars 2025*. 8.

48. Humanitaire Hub. *HUB Analyse 2024-2025*.

49. De Brabandere Bob. *Schriftelijke Vraag Nr. 6 van Bob De Brabandere Betreffende de Humanitaire Hub*. Brussels Hoofdstekelijk Gewest; 2025. https://www.vlaamsbelang.org/sites/default/files/2025-09/20250930%20SV%20BDB%20Humanitaire%20Hub.pdf

50. Dokters van de Wereld. Sluiting individuele medische consultaties in Humanitaire Hub: "Dit zal mensenlevens kosten en niet leiden tot de gehoopte besparing." February 20, 2026. Accessed April 12, 2026. https://doktersvandewereld.be/nieuws-publicaties/sluiting-individuele-medische-consultaties-in-humanitaire-hub

51. FAMGB. Fermeture du Centre Athena Centrum : une perte majeure pour l'accès aux soins à Bruxelles. Accessed April 12, 2026. https://famgb.be/fr/actualites-detail/actualites/fermeture-du-centre-athena-centrum-perte-majeure-pour-acces-aux-soins-bruxelles/

52. Johanne Mathy. Centre Athéna : quasi 1.350 consultations en trois mois. *Medi-sphere*. April 11, 2019. Accessed April 12, 2026. https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/centre-athena-quasi-1-350-consultations-en-trois-mois.html

53. CENTRE ATHENA CENTRUM. CENTRE ATHENA CENTRUM | MEDECIN GENERALISTE SANS RENDEZ-VOUS A BRUXELLES | DOCTOR / MEDICAL CONSULTATIONS WITHOUT APPOINTMENT. Accessed April 12, 2026. http://www.athenabrussels.be/nl.html

54. Fermeture du Centre médical Athéna : inaction politique et effondrement de l'accès aux soins 'bas seuil' à Bruxelles | Médecins du Monde. Accessed April 12, 2026. https://medecinsdumonde.be/actualites-publications/actualites/fermeture-du-centre-medical-athena-inaction-politique

55. Fermeture du Centre médical Athéna : inaction politique et effondrement de l'accès aux soins 'bas seuil' à Bruxelles | Médecins du Monde. Accessed April 12, 2026. https://medecinsdumonde.be/actualites-publications/actualites/fermeture-du-centre-medical-athena-inaction-politique

56. Galtung J. Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*. 1969;6(3):167-191. doi:10.1177/002234336900600301

57. NWS V. Minister Van Bossuyt zet opvangstop reeds beschermde asielzoekers verder, ondanks schorsing Grondwettelijk Hof | VRT NWS Nieuws. *VRTNWS*. March 4, 2026. Accessed April 12, 2026. https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2026/03/04/van-bossuyt-opvangstop-asielzoekers-grondwettelijk-hof/

58. Vluchtelingenwerk Vlaanderen kritisch voor "ondoordacht opvangbeleid" minister Van Bossuyt. *BRUZZ*. August 4, 2025. Accessed April 14, 2026.

https://www.bruzz.be/actua/samenleving/vluchtelingenwerk-vlaanderen-kritisch-voor-ondoordacht-opvangbeleid-minister-van

59. BRUZZ. Forse besparingen op til bij Fedasil: ‘Aantal Brusselse daklozen zal alleen maar toenemen.’ May 13, 2025. Accessed April 12, 2026. https://www.bruzz.be/actua/samenleving/forse-besparingen-op-til-bij-fedasil-aantal-brusselse-daklozen-zal-alleen-maar

60. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*. 2021;199:20-24. doi:10.1016/j.puhe.2021.08.009