

KWETSBARE PERSONEN MET SPECIFIEKE OPVANGNODEN. Definitie, identificatie, zorg.

Eindrapport



fedasil
FEDERAAL AGENTSCHAP VOOR
DE OPVANG VAN ASIELZOEKERS

6 december 2018

Directie Beleidsondersteuning, Dienst Studie en Beleid

KWETSBARE PERSONEN MET SPECIFIEKE OPVANGNODEN. Definitie, identificatie, zorg.

Eindrapport

DANKWOORD	2
GEBRUIKTE AFKORTINGEN	3
EXECUTIVE SUMMARY	4
INLEIDING	8
1. CONTEXT	10
1.1. JURIDISCHE CONTEXT	10
1.2. POLITIEKE CONTEXT	13
1.3. INSTITUTIONELE CONTEXT	14
1.4. CONCLUSIE	18
2. KWETSBAARHEID IN DE OPVANG	20
2.1. METHODOLOGIE	22
2.2. DEFINITIE	24
TOEWIJZING: EEN CATEGORIALE BENADERING	24
OPVANG: BEDREIGENDE EN BESCHERMENDE FACTOREN	27
CONCLUSIE	30
2.3. IDENTIFICATIE	30
TOEWIJZING: ONMIDDELIJKE INSCHATTING	30
DIENST VREEMDELINGENZAKEN	30
DIENST DISPATCHING FEDASIL	30
CONCLUSIE	31
2.3. IDENTIFICATIE	32
TOEWIJZING: ONMIDDELIJKE INSCHATTING	32
DIENST VREEMDELINGENZAKEN	32
DIENST DISPATCHING FEDASIL	33
REGIO NOORD EN REGIO ZUID FEDASIL	35
OPVANG: PERMANENTE EVALUATIE	38
COLLECTIEVE OPVANGCENTRA	38
LOKALE OPVANGINITIATIEVEN	51
CONCLUSIE	55
2.4. ZORG	57
TOEWIJZING: MATCHING VIA LABELS	58
DIENST DISPATCHING FEDASIL	58
REGIO NOORD EN REGIO ZUID FEDASIL	59
OPVANG: AANGEPASTE BEGELEIDING	60
PRE-OPVANG	60
COLLECTIEVE OPVANGCENTRA	61
LOKALE OPVANGINITIATIEVEN	77
SPECIFIEKE OPVANGPARTNERS	82
DOORVERWIJZING: SPECIFIEKE AANVULLING	87
CONCLUSIE	95
3. SLOTBESCHOUWING: TUSSEN BEHEER EN BEGELEIDING	98

DANKWOORD

De studie ‘Kwetsbare personen met specifieke opvangnoden’ werd uitgevoerd door de dienst Studie en Beleid (Aaricia Boudart, Helene De Clerck, Abdel El Abbassi, Martine Hendrickx, Anne Kestemont, Bieke Machiels, Sophie Merlevede, Nicolas Van Puymbroeck en Ellen Van Vooren) van de Directie Beleidsondersteuning van Fedasil, het Federaal agentschap bevoegd voor de opvang van Asielzoekers.

De dienst Studie en Beleid dankt van harte de talrijke deelnemers die tot de realisatie van deze studie hebben bijgedragen, onder andere de Dienst Vreemdelingenzaken (Cel Kwetsbaarheid), de Juridische dienst en dienst Dispatching van Fedasil, de medewerkers van de hoofdzetel van Fedasil, de Regio's Noord en Zuid van Fedasil, de medewerkers van de federale opvangstructuren en de opvangpartners (in het bijzonder Samusocial, Caritas International, Carda Croix-Rouge, Ciré en Vluchtelingenwerk Vlaanderen) en de verschillende externe organisaties (in het bijzonder Solentra, TABANE, Clinique de l'Exil, L'autre sens, Woman do, Tejo Ronse, Ulysse, Constans, Initiative spécifique santé en exil, Auxilia, Nasci, Brussel Onthaal, SeTIS Wallon, Çavaria, Sensoa, Why me, Centre d'action interculturelle, CIMB, Intact, Convivial, Vlaams Steunpunt Vrijwilligerswerk, FOD Volksgezondheid en PraxisP).

Contact: bieke.machiels@fedasil.be

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AHHA	Aangepaste Hulpverlening voor Holebi-Asielzoekers
Carda	Centre d'Accueil Rapproché pour Demandeurs d'Asile
CGVS	Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen
DVZ	Dienst Vreemdelingenzaken
GAMS	Groupe pour l'Abolition des mutilations sexuelles féminines (Groep voor de Afschaffing van vrouwelijke genitale verminking)
GPMI	Geïndividualiseerd Project voor Maatschappelijke Integratie
IBP	Individueel Begeleidingsplan
LGBTI	Lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex
LOI	Lokaal Opvanginitiatief
MDO	Multidisciplinair Overleg
MINTEH	Mineurs Victimes de la Traite des Etres Humains (Minderjarigen Slachtoffers van mensenhandel)
NGO	Niet-gouvernementele organisatie
OCMW	Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
OTP	Open terugkeerplaats
RVV	Raad voor Vreemdelingenbetwistingen
SESO	Service Social de Solidarite Socialiste (Sociale Dienst Socialistische Solidariteit)
SOI	Stedelijk opvanginitiatief
SPOC	Single Point of Contact
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees (Hoog Commissariaat voor de Vluchtelingen van de Verenigde Naties)
VIB	Verzoek om internationale bescherming

EXECUTIVE SUMMARY

Voorliggend eindrapport gaat over de opvang van kwetsbare verzoekers om internationale bescherming met specifieke noden. Het bespreekt hoe terreinmedewerkers kwetsbaarheid in de opvangpraktijk definiëren, identificeren en erop reageren. De doelstelling is een beter begrip te ontwikkelen van de wijze waarop Fedasil en haar partners invulling geven aan de vereiste van de Belgische en Europese wetgeving om tegemoet te komen aan specifieke noden van verzoekers om internationale bescherming. Aangezien de opvangwetgeving vaag blijft in haar omschrijving van hoe kwetsbare personen behandeld moeten worden, is er namelijk een belangrijke rol weggelegd voor terreinmedewerkers om de opvang van kwetsbare personen in de praktijk te brengen. Kwetsbaarheid vormt geen nieuwe thematiek binnen de opvang. De vereiste om tegemoet te komen aan specifieke opvangnoden werd voor het eerst vastgelegd in de Europese 'Richtlijn 2003/9/EG van de Raad van 27 januari 2003 tot vaststelling van minimumnormen voor de opvang van asielzoekers in de lidstaten'. De federale overheid zette deze vereiste via de Belgische Opvangwet als één van de eerste lidstaten in 2007 om in nationale wetgeving. We stellen vast dat de nadrukkelijke focus op kwetsbaarheid de afgelopen jaren verder aan politiek belang wint, met onder andere nieuwe wetgevende initiatieven tot gevolg. Ook binnen het opvangnetwerk worden er in toenemende mate nieuwe procedures, instrumenten en conventies gecreëerd voor kwetsbare personen.

Dit eindrapport bevestigt en herhaalt de resultaten van een eerder tussentijds rapport, waar aan de hand van verkennende gesprekken, observaties in een aantal opvangstructuren en een enquête-bevraging gepeild werd naar de belangrijkste algemene aandachtspunten voor de opvang van kwetsbare personen. Daarnaast diept dit rapport de inzichten ook verder uit aan de hand van bijkomend onderzoek, met name zeventien focusgroepen met terreinmedewerkers, gerichte diepte-interviews met enkele diensten en opvangpartners en een survey onder externe organisaties die hulpverlening bieden aan personen in de opvang. De bekomen informatie werd gecombineerd en gegroepeerd volgens drie thema's, namelijk de (1) definitie van kwetsbaarheid, (2) de identificatie van specifieke noden en (3) de aangepaste zorg. De structuur van dit eindrapport bestaat uit drie hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk is inleidend en schetst de juridische, politieke, en institutionele klijtlijnen waarbinnen het eigenlijke beleid ten aanzien van kwetsbare personen tot stand komt. Het tweede hoofdstuk vormt de kern van het empirisch onderzoek en bestaat uit een bespreking van de drie centrale thema's van kwetsbaarheid (definitie, identificatie, zorg). Hierbij wordt de nadruk gelegd op de perceptie van terreinmedewerkers, die uitvoerig geïllustreerd wordt aan de hand van citaten. Het derde hoofdstuk concludeert de studie vanuit de confrontatie tussen een beheers- en begeleidingsperspectief op kwetsbaarheid.

Hoofdstuk 1 staat stil bij de juridische opvangvereisten voor kwetsbare personen en stelt vast dat de wetgeving geen inhoudelijke definitie biedt van kwetsbaarheid, maar volstaat met een niet-exhaustieve lijst van voorbeelden van kwetsbare personen, onder andere personen met een handicap, zwangere vrouwen, of personen die het slachtoffer zijn van verkrachting. Tevens ontbreekt het aan concreet uitgewerkte identificatieprocedures en is het onduidelijk welke zorg aangepast is aan welke specifieke opvangnoden. Op politiek vlak wordt binnen de groeiende aandacht voor het thema vastgesteld dat er verschillende benaderingen in omloop zijn, namelijk een focus op kwetsbare doelgroepen en een *mainstreaming* van specifieke opvangnoden. Vanuit institutioneel opzicht zijn er ingrijpende veranderingen van het opvangnetwerk geweest die direct en indirect een impact (gehad) hebben op de aandacht voor kwetsbare personen, in het bijzonder de druk op de opvangcapaciteit en de uitbouw van een nieuwe fasering in het opvangtraject.

Hoofdstuk 2 gaat in detail in op de wijze waarop kwetsbaarheid door terreinmedewerkers gedefinieerd, geïdentificeerd, en behandeld wordt. Als rode draad wordt een onderscheid gemaakt tussen twee types actoren die vanuit een verschillende rol betrokken zijn bij het opvangtraject. Enerzijds zijn er de actoren die betrokken zijn bij de toewijzing van een opvangplaats (DVZ, Dispatching Fedasil, Regio Noord en Regio Zuid Fedasil). Anderzijds zijn er de actoren die effectief opvang voorzien (pre-opvang Samusocial, collectieve opvangcentra, individuele opvangstructuren, lokale opvanginitiatieven, externe organisaties). Ondanks genuanceerde verschillen binnen elk type, alsook overlappingsen tussen beide types, blijken er toch duidelijke verschillen genoteerd te kunnen worden die hieronder in tabelvorm samengevat worden.

TOEWIJZING		OPVANG
Categoriale definitie indelen personen in 'kwetsbare' en 'niet-kwetsbare' doelgroepen	Definitie	Factoriale definitie onderscheiden van bedreigende en beschermende factoren bij verzoekers
Onmiddellijke inschatting snelle, korte, formele procedures om labels toe te kennen en te controleren	Identificatie	Permanente evaluatie langdurige, uitgebreide, (in)formele procedures in teamverband
Matching afstemming van persoons- en plaatslabels binnen bestaande opvangcapaciteit	Zorg	Op maat aangepaste begeleiding en infrastructuur voorzien, of transferaanvraag

Actoren die betrokken zijn bij de toewijzing hanteren een categoriale definitie van kwetsbaarheid, waarbij ze vier kwetsbare doelgroepen onderscheiden: niet-begeleide minderjarigen, personen met een medische problematiek (inclusief psychologische noden), kwetsbare alleenstaande moeders en personen die kwetsbaar zijn tijdens de transitie net na het bekomen van een beschermingsstatuut. In de studie komt de doelgroep van niet-begeleide minderjarigen echter niet aan bod¹. Actoren die betrokken zijn bij de eigenlijke opvang delen personen niet op in doelgroepen, maar analyseren hun individuele situatie op zoek naar bedreigende factoren die personen kwetsbaar kunnen maken en factoren die tegen kwetsbaarheid kunnen beschermen. Binnen een factoriale definitie worden doorgaans meer personen als kwetsbaar aangeduid dan het geval is binnen een categoriale definitie, bijvoorbeeld als het gaat om analfabeten of personen met een groot gezin. Wat de identificatie van kwetsbaarheid betreft, beschikken actoren betrokken bij de toewijzing doorgaans over snelle procedures waarbij ze op basis van korte consultaties of formele registratiefiches moeten beslissen over wie tot een kwetsbare doelgroep behoort. Bij opvangactoren is identificatie daarentegen een permanent en ingewikkeld proces, waarbij gebruik gemaakt wordt van zowel formele als informele observaties, waar vaak in teamverband over overlegd wordt. Terwijl actoren bij de toewijzing vooral oog hebben voor direct waarneembare kwetsbaarheden, kunnen bij de opvang dieperliggende en vaak verborgen

¹ Omwille van de eigenheid van het opvangtraject van niet-begeleide minderjarigen werd besloten om hen uit te sluiten van dit rapport. Voor een verdere bespreking van de opvang van deze specifieke doelgroep verwijzen we naar de studie van het Europees Migratienetwerk 'Approaches to Unaccompanied Minors Following Status Determination' (2017). Daarnaast is er voor gekozen om tevens geen expliciete aandacht te besteden aan de kwetsbare situatie van begeleide minderjarigen, ondanks dat zij binnen de Opvangwet in artikel 37 zeer expliciet als kwetsbaar beschouwd worden.

problemen (zoals vrouwelijke genitale verminking) aan het licht komen. De zorgstrategie van actoren bij de toewijzing bestaat erin een zo geschikt mogelijke opvangplaats te zoeken die voldoet aan de vastgestelde specifieke noden. Voor de matching beschikt men over de bestaande opvangcapaciteit, die opgedeeld is in generieke en specifieke doelgroepenplaatsen, en tracht men een overeenkomst te zoeken met de toegekende persoonslabels. De opvangstructuren trachten op hun beurt de begeleiding en infrastructuur voor kwetsbare personen op maat aan te passen. Hiervoor doet men beroep op interne specialisten binnen de opvangstructuur (zoals Single Points of Contact), externe doorverwijzing naar gespecialiseerde organisaties of een transfer naar een andere opvangplaats. Achterliggend aan de vastgestelde verschillen op het niveau van definitie, identificatie en zorg ligt een meer fundamenteel perspectief op kwetsbaarheid. Actoren betrokken bij de toewijzing worden vooral sterk beïnvloed door wat we omschrijven als een ‘beheersperspectief’ op kwetsbaarheid. Hierbij wordt van kwetsbaarheid een logistieke uitdaging gemaakt. Via de indeling van de verzoekers in aparte doelgroepen probeert men controle over een complexe problematiek te verkrijgen. Dit laat snelle identificatie toe en maakt het mogelijk om op basis hiervan een zorgstrategie te anticiperen. Actoren die betrokken zijn bij de opvang worden daarentegen vooral sterk beïnvloed door wat we een ‘begeleidingsperspectief’ kunnen noemen. Hierbij wordt van kwetsbaarheid in de eerste plaats een uitdaging voor de professionele interactie gemaakt. Complexiteit wordt eerder opgezocht dan gereduceerd en dit vereist permanente multidisciplinaire evaluatie en een zorgstrategie op maat.

Hoofdstuk 3 staat ten slotte stil bij de wijze waarop de verschillende actoren betrokken bij het opvangtraject interageren. Er worden drie spanningsvelden onderscheiden die betrekking hebben op de begrenzing van wie kwetsbaar is, de bevoegdheid om kwetsbaarheid te identificeren, en de benadering van de zorgstrategie. Het ‘beheersperspectief’ blijkt steeds dominant te zijn omdat actoren betrokken bij de toewijzing over de bevoegdheid beschikken om te bepalen wie waar opgevangen zal worden. De concrete interactie tussen actoren betrokken bij de toewijzing en opvang kan vervolgens in vijf stappen samengevat worden.

STAP 1: Rudimentaire inschatting van kwetsbaarheid bij aanvang van het opvangtraject

Tijdens het proces van het indienen van een VIB gebeurt er onmiddellijk een inschatting van de kwetsbaarheid van een persoon door DVZ, de medische dienst van Dispatching en de dienst toewijzingen van Dispatching. Deze inschatting is rudimentair en focust zich vooral op de identificatie van twee (zichtbare) kwetsbare doelgroepen, in het bijzonder personen met een medische problematiek (inclusief psychologische noden) en kwetsbare vrouwen/moeders, waar bij de toewijzing mee rekening wordt gehouden. Binnen het opvangnetwerk werd een onderscheid gemaakt tussen generieke plaatsen en plaatsen voor specifieke doelgroepen. Personen met een doelgroepenlabel moeten in principe toegewezen worden aan een specifieke doelgroepenplaats.

STAP 2: Prioritaire toewijzing aan collectieve opvang

Bij de toewijzing aan een opvangplaats, ongeacht of een persoon tot een generieke of specifieke doelgroep behoort, wordt altijd prioriteit verleend aan een collectieve opvangstructuur. Als er onvoldoende specifieke opvangplaatsen zijn in de collectieve opvang, kan een toewijzing gebeuren aan een individuele opvangplaats. Bij de toewijzing aan individuele plaatsen wordt voorrang gegeven aan plaatsen die structureel voorzien zijn bij NGO's. Fedasil sloot specifieke conventies met hen af voor een vast aantal specifieke individuele doelgroepenplaatsen. Slechts wanneer NGO's geen aangepaste plaats kunnen voorzien, kan een toewijzing gebeuren aan LOI's. Zij beschikken in principe over generieke individuele plaatsen, maar aan de hand van een persoonsgebonden tarief kunnen zij hun zorgverlening aanpassen.

STAP 3: Grondige permanente evaluatie van kwetsbaarheid gedurende het opvangtraject

Gedurende het verblijf in een opvangstructuur is er een permanente evaluatie van de kwetsbaarheid en specifieke opvangnoden van een persoon, met onder meer een verplichte evaluatie na de eerste 30 dagen. Hierbij wordt een begrip van kwetsbaarheid gehanteerd dat uitgebreider is dan de twee specifieke doelgroepen. Maatschappelijk werkers, de medische dienst en andere actoren in een opvangstructuur hebben oog voor persoonsgebonden, sociale en context-gerelateerde bedreigende factoren, alsook voor beschermende factoren. Hierdoor komt een ruimer spectrum van kwetsbare personen aan het licht. Sommigen hiervan worden ook vermeld in de Opvangwet (zoals slachtoffers van vrouwelijke genitale verminking), terwijl anderen niet expliciet vermeld worden (zoals analfabete personen of LGBTI).

STAP 4: Aangepaste begeleiding en wijziging van opvangplaats als uitzonderingsmaatregel

Opvangstructuren worden geacht om in hun begeleiding tegemoet te komen aan allerhande kwetsbaarheden die ze identificeren. Er bestaat uitzonderlijk ook de mogelijkheid om de opvangplaats van een persoon te wijzigen via een transfer aangepaste plaats. Deze optie wordt nauw bewaakt en er dient voorrang gegeven te worden aan interne en externe aanpassingen. Personen met een beperkt perspectief op het bekomen van een beschermingsstatuut (KB 2004, Dublin, veilig land) komen niet in aanmerking voor transfers aangepaste plaats. Er worden ook geen transfers toegestaan die als doel hebben om opvangschade te beperken bij personen die langer dan zes maanden in een collectieve opvangstructuur verblijven. Bij verhoogde bezettingsgraad kunnen transfers aangepaste plaats tijdelijk verminderd worden.

STAP 5: Individuele opvang bij transitie na bekomen beschermingsstatuut met aangepaste termijn

Indien een persoon een verblijfsvergunning van meer dan drie maanden verkrijgt, wordt er in principe een transfer doorgevoerd naar een individuele opvangplaats als de persoon zich hier nog niet bevindt. Er is een specifieke procedure uitgewerkt om een extra doelgroepenlabel toe te kennen aan personen van wie verwacht wordt dat ze bijkomende hulp zullen nodig hebben bij de transitie. Bovenop deze categorie krijgen de medische doelgroep en de doelgroep van kwetsbare moeders een aangepaste transitietermijn van drie maanden, die eenmaal verlengbaar is met drie maanden (in plaats van 2 maanden die twee keer verlengbaar is met één maand).

Terreinmedewerkers geven aan dat de huidige werkwijze beperkingen kent. Het gaat onder andere om: onaangepaste eerste toewijzingen door een tekort aan tijd voor de eerste identificatie, te grote focus op het collectieve zonder rekening te houden met welke opvang best aan specifieke noden tegemoet komt, te weinig manieren om de begeleiding en de infrastructuur te diversifiëren op het niveau van de opvangplaats, te beperkte transfermogelijkheden aangepaste plaats en te korte transitieperiode voor kwetsbare personen. De perceptie leeft dat deze problemen gedeeltelijk opgelost kunnen worden door het beheers- en begeleidingsperspectief meer op dezelfde hoogte te brengen. Tezelfdertijd waarschuwen terreinmedewerkers dat de verwachtingen ten aanzien van kwetsbaarheid realistisch moeten blijven want dat sommige verzoekers hun kwetsbaarheden doelbewust verbergen of weigeren om zich te laten helpen.

INLEIDING

Voorliggend rapport vormt het eindresultaat van een driejarig onderzoek naar de wijze waarop Fedasil en de opvangpartners in de praktijk omgaan met 'kwetsbaarheid' en 'specifieke noden'. Zowel de Belgische Opvangwet als de Europese Opvangrichtlijnen stellen voorop dat er bij de opvang rekening gehouden wordt met kwetsbare personen. Tot op heden ontbrak het aan een grondige analyse van hoe deze verplichting in praktijk gebracht wordt. Deze studie tracht deze leemte op te vullen en beantwoordt drie onderzoeksvragen:



Volgens het UNHCR zijn alle verzoekers om internationale bescherming (hierna 'verzoekers') in feite kwetsbare personen². Mensen die hun thuis en vertrouwde omgeving verlaten hebben, worden geconfronteerd met een aantal moeilijke uitdagingen, zowel gedurende de vlucht als na aankomst in het gastland. Deze uitdagingen kunnen onder meer voortvloeien uit de situatie in het land van herkomst, de omstandigheden tijdens de vlucht, uit de persoonlijke situatie en uit ervaringen met het opvangsysteem in het gastland. UNHCR stelt verder dat er zich onder de groep van verzoekers een aantal personen bevinden die geconfronteerd worden met bijkomende moeilijkheden en die dus specifieke steun nodig hebben. De Belgische Opvangwet bevat een opsomming van enkele van deze kwetsbare personen, gegroepeerd in een aantal categorieën, waaronder minderjarigen, slachtoffers van mensenhandel en personen met een handicap.

Voor een eerste tussentijds rapport van deze studie, dat in 2016 gepubliceerd werd³, bevroegen we terreinmedewerkers. Hieruit bleek dat zij kwetsbaarheid niet steeds invullen volgens de categorieën zoals voorzien in de Opvangwet. Ze verwezen naar bijkomende factoren die personen kwetsbaar kunnen maken. Het ging om heel uiteenlopende 'bedreigende' factoren, die zowel persoonsgebonden als omgevingsgebonden kunnen zijn zoals jongvolwassenheid, grote gezinnen, analfabetisme of een lang verblijf in de opvang. Er werd ook vastgesteld dat de identificatie van kwetsbaarheid een proces is waarbij meerdere actoren betrokken zijn die verschillende identificatieprocedures en –instrumenten ontwikkeld hebben. Bij de identificatie van kwetsbaarheid blijken terreinmedewerkers met verschillende obstakels geconfronteerd te worden, zoals een gebrek aan tijd (voornamelijk tijdens de verhoogde instroom van personen die om internationale bescherming verzochten in 2015), een taal- en communicatiebarrière, een gebrek aan gekwalificeerde tolken, het moeten aankaarten van onderwerpen die gevoelig kunnen zijn, de moeilijkheden om een vertrouwensband op te bouwen, een gebrek aan

² UN High Commissioner for Refugees (UNHCR), Response to Vulnerability in Asylum - Project Report, December 2013

³ Zie 'Studie Kwetsbare personen met specifieke opvangnoden. Synthese van de voornaamste vaststellingen. Fase 1'
https://fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/syntheserapport_kwetsbare_personen_2016_0.pdf

informatieoverdracht bij transfers, een gebrek aan kennis over of ervaring met kwetsbaarheden en het multidimensionale karakter van kwetsbaarheid. Wat de zorg voor kwetsbare personen betreft, werd in het eerste rapport vastgesteld dat, ondanks de vele initiatieven, er toch onvoldoende mogelijkheden zijn om tegemoet te komen aan de uiteenlopende individuele noden van kwetsbare personen. De beperkingen hebben zowel betrekking op de mogelijkheden binnen de opvangstructuren zelf, als op de kennis over, de toegang tot en het bestaand aanbod aan externe diensten.

Terwijl de tussentijdse rapportage een breed spectrum bood van belangrijke aandachtspunten voor de omgang met kwetsbare personen binnen de opvang, worden deze tussentijdse resultaten in dit eindrapport bevestigd en herhaald, maar vooral ook verder uitgediept en aangevuld met bijkomend onderzoek. Het voorliggend rapport is opgebouwd uit drie hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk schetst de juridische, politieke en institutionele context voor de drie grote thema's van deze studie, namelijk definitie en identificatie van en zorg voor kwetsbare personen. Het tweede hoofdstuk presenteert de onderzoeksbevindingen. Het derde hoofdstuk vat de bevindingen samen, trekt een aantal algemene conclusies en wijst op enkele fundamentele spanningsvelden die de omgang met kwetsbaarheid en specifieke noden in de praktijk kenmerken.

Als rode draad doorheen dit rapport maken we een onderscheid tussen actoren die kwetsbare personen aan een opvangplaats toewijzen en actoren die effectief opvang verlenen. Afhankelijk van de rol die de betrokken actoren spelen, merken we dat kwetsbaarheid en specifieke opvangnoden anders gedefinieerd, geïdentificeerd en behandeld worden. Hoewel het onderscheid niet absoluut is, stellen we vast dat kwetsbaarheid door actoren betrokken bij de toewijzing zo veel als mogelijk beheersbaar gemaakt wordt door categorieën van kwetsbare doelgroepen te definiëren, formele identificatieprocedures in te stellen en aparte kwetsbare plaatsen en trajecten voor kwetsbare personen te creëren. Bij de effectieve opvang is daarentegen meer tijd en ruimte voor regelmatig contact, waardoor een meer geïndividualiseerd begrip van kwetsbaarheid ontwikkeld kan worden, op basis van een combinatie van formele en informele procedures en een zorg op maat. Voor een goed begrip van hoe de omgang met kwetsbaarheid in de opvangpraktijk vorm krijgt, is het dan ook cruciaal om de interactie tussen toewijzing en opvang te doorgronden. Deze interactie beweegt zich binnen drie fundamentele spanningsvelden die te maken hebben met de inhoudelijke afbakening van wie kwetsbaar is, met wie de bevoegdheid heeft om kwetsbaarheid en specifieke opvangnoden te identificeren en met hoe men de zorg organiseert.

1. Context

Dit rapport tracht een beeld te schetsen van de wijze waarop Fedasil en de opvangpartners in de dagelijkse praktijk ‘kwetsbaarheid’ invullen, begunstigden van de opvang als kwetsbaar identificeren, bij hen vervolgens specifieke opvangnoden aanduiden en eventueel aangepaste zorg voorzien op het niveau van de opvangplaats of de begeleiding. Deze opvangpraktijk wordt vormgegeven door een context waar reeds allerlei parameters vastliggen. In dit eerste hoofdstuk schetsen we deze context waarbinnen de opvangpraktijk tot stand komt. We maken hierbij een onderscheid tussen de juridische context zoals verankerd in de nationale en Europese wetgeving, de politieke context zoals verankerd in het regeerakkoord en de beleidsnota’s van de huidige Staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Theo Francken, en tot slot de institutionele context zoals verankerd in de instructies en conventies van Fedasil.

1.1. Juridische context

Personen ontleen aan hun VIB het recht om gedurende de behandeling van hun verzoek voorlopig in België te blijven. De Europese en Belgische wetgeving voorzien dat er rekening gehouden wordt met de specifieke situatie van kwetsbare personen die een VIB indienen, zowel wat betreft het verloop van de procedure⁴ als wat betreft de condities van de opvang. In dit rapport zullen we ons beperken tot de maatregelen die genomen worden om de opvang aan te passen aan de situatie van kwetsbare personen. De opvang van verzoekers in België wordt geregeld op basis van de ‘Wet van 12 januari 2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën van vreemdelingen’⁵. De zogenaamde ‘Opvangwet’ kwam tot stand in het kader van de omzetting van de Europese ‘Richtlijn 2003/9/EG van de Raad van 27 januari 2003 tot vaststelling van minimumnormen voor de opvang van asielzoekers in de lidstaten’⁶. België was één van de eerste Europese landen die de Europese wetgeving expliciet omzette in nationale wetgeving. Ondertussen werd de Europese Opvangrichtlijn op verschillende punten ingrijpend gewijzigd en werd er ter wille van de duidelijkheid tot een herschikking overgegaan. Dit resulteerde in de nieuwe ‘Richtlijn 2013/33/EU van het Europees Parlement en de Raad van 26 juni 2013 tot vaststelling van normen voor de opvang van verzoekers om internationale bescherming (herschikking)’⁷, die op haar beurt de Belgische Opvangwet in beperkte mate wijzigde. In het wetgevende kader komen zowel de definitie van kwetsbare personen, de identificatie van hun specifieke noden en de aangepaste zorg die zij vereisen aan bod.

Op het vlak van de definitie vinden we in Artikel 17 van de Europese Opvangrichtlijn van 2003 een eerste verwijzing naar de ‘specifieke situatie van kwetsbare personen’. In plaats van inhoudelijk te definiëren wat kwetsbaarheid precies inhoudt, geeft de richtlijn een opsomming van wie onder de noemer ‘kwetsbare persoon’ kan vallen. Het gaat bijvoorbeeld om “minderjarigen, niet-begeleide minderjarigen, personen met een handicap, ouderen,

⁴ De Kwalificatie-richtlijn 2011/95/EU (inzake normen voor de erkenning van onderdanen van derde landen of staatlozen als personen die internationale bescherming genieten, voor een uniforme status voor vluchtelingen of voor personen die in aanmerking komen voor subsidiaire bescherming, en voor de inhoud van de verleende bescherming; herschikking) vermeldt dat de lidstaten rekening dienen te houden met de specifieke situatie van kwetsbare personen zoals minderjarigen, niet-begeleide minderjarigen, personen met een handicap, ouderen, zwangere vrouwen, alleenstaande ouders met minderjarige kinderen, slachtoffers van mensenhandel, personen die lijden aan een geestesziekte en personen die foltering hebben ondergaan, zijn verkracht of aan andere ernstige vormen van psychologisch, fysiek of seksueel geweld blootgesteld zijn. De Procedure-richtlijn 2013/32/EU (betreffende gemeenschappelijke procedures voor de toekenning en intrekking van de internationale bescherming) verwijst niet expliciet naar kwetsbare personen, maar verplicht lidstaten eveneens om rekening te houden met de ‘kwetsbaarheid’ van de verzoeker om internationale bescherming.

⁵ http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2007011252&table_name=wet

⁶ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=CELEX%3A32003L0009>

⁷ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=CELEX%3A32013L0033>

zwangere vrouwen, alleenstaande ouders met minderjarige kinderen en personen die folteringen hebben ondergaan, zijn verkracht of aan andere ernstige vormen van psychologisch, fysiek of seksueel geweld zijn blootgesteld". De Belgische Opvangwet nam deze niet-exhaustieve lijst van voorbeelden over in Artikel 36, maar voegde wel één specifieke categorie toe, namelijk de slachtoffers van mensenhandel. Met de herschikking van de Europese Opvangrichtlijn in 2013 werden opnieuw drie categorieën toegevoegd: personen met ernstige ziekten, personen met mentale stoornissen en slachtoffers van vrouwelijke genitale verminking. Deze categorieën werden op 22 maart 2018 ook toegevoegd aan de Belgische Opvangwet⁸. In het geval van minderjarigheid, wordt hieraan in Artikel 39 toegevoegd dat het gaat om alle "slachtoffers van eender welke vorm van misbruik, verwaarlozing, uitbuiting, foltering, wrede, onmenselijke en vernederende behandelingen, of van gewapende conflicten". De categorisatie van specifieke groepen als zijnde kwetsbaar is niet beperkt tot Belgische of Europese wetgeving. Verschillende internationale mensenrechtenverdragen erkennen eveneens de bijzondere kwetsbaarheid van bepaalde groepen binnen de context van internationale bescherming en roepen staten op om de nodige maatregelen te treffen om tegemoet te komen aan hun specifieke noden. Hoewel het Vluchtelingenverdrag van 1951 op zich geen specifieke groepen als kwetsbaar identificeert, besteden verschillende aanbevelingen van het UNHCR bijvoorbeeld wel aandacht aan bepaalde groepen binnen de vluchtelingenpopulatie en erkennen zij hun kwetsbaarheid en de noodzaak om maatregelen te treffen om tegemoet te komen aan hun specifieke noden⁹.

Wat de *identificatie* van kwetsbare personen betreft, specificeert de Europese Opvangrichtlijn uit 2003 dat er een individuele beoordeling nodig is die de specifieke noden van kwetsbare personen nagaat. Hoe dit in de praktijk dient te verlopen, wordt niet gespecificeerd. Ook in de Belgische Opvangwet blijft de identificatie van kwetsbare personen en hun specifieke noden tamelijk vaag. In het algemeen heeft de begunstigde van de opvang recht op een geïndividualiseerde en permanente maatschappelijke begeleiding. Artikel 31 stelt dat de evaluatie van de specifieke noden van de begunstigde van de opvang tot één de opdrachten van de maatschappelijk werker behoort. De vaststelling van specifieke noden dient geregistreerd te worden in een sociaal dossier dat voor elke begunstigde van de opvang bijgehouden wordt. Voor elke begunstigde wordt ook een medisch dossier bijgehouden, waar de informatie over medische en psychologische begeleiding in verzameld wordt. De Opvangwet specificeert echter niet concreet hoe maatschappelijk werkers of medisch personeel specifieke noden moeten evalueren, noch over welke expertise zij hiertoe dienen te beschikken. Initieel was voorzien dat dit verplicht uitgewerkt zou worden aan de hand van een Koninklijk Besluit, maar de wet van 28 April 2010 maakte een Koninklijk Besluit facultatief¹⁰. Over het tijdstip van de identificatie wordt wel meer duidelijkheid verschaft. De herschikking van de Europese Opvangrichtlijn stelt in Artikel 22 dat de beoordeling van kwetsbaarheid binnen een redelijke termijn moet worden aangevat nadat een VIB werd ingediend. Tevens moet er een identificatiemogelijkheid zijn als noden zich in een later stadium van de procedure manifesteren. De Belgische Opvangwet gaat een stap verder en stelt in Artikel 22 dat gedurende de eerste 30 dagen na een toewijzing aan een opvangplaats de persoonlijke situatie van de begunstigde van de opvang onderzocht moet worden om uit te maken of de opvang aangepast is aan diens specifieke noden¹¹. Dit onderzoek dient gedurende de termijn van de opvang verdergezet te worden. Hierbij dient in het bijzonder aandacht besteed te worden aan niet onmiddellijk zichtbare tekenen van een eventuele kwetsbaarheid, zoals in het

⁸ Recent werd de opsomming in artikel 36 uitgebreid met bijkomende voorbeelden van kwetsbare personen uit de Opvangrichtlijn van 2013 met als doel een bijkomende aandacht te vestigen op deze kwetsbare personen. Zie: Artikel 68 van het wetsontwerp van 22 juni 2017 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen en van de wet van 12 januari 2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën van vreemdelingen; omgezet via de wet van 9 november 2017 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 inzake toegang tot het grondgebied, verblijf, vestiging en verwijdering van vreemdelingen en de wet van 12 januari 2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën vreemdelingen.

⁹ Zie: http://www.asylumineurope.org/sites/default/files/shadow-reports/aida_vulnerability_in_asylum_procedures.pdf

¹⁰ Wet van 28 april 2010 - Wet houdende diverse bepalingen, artikel 33

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2010042801&&caller=list&N&fromtab=wet&tri=dd+AS+RANK&rech=1&numero=1&sql=\(text+contains+\(""\)\)#Art.32](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2010042801&&caller=list&N&fromtab=wet&tri=dd+AS+RANK&rech=1&numero=1&sql=(text+contains+()

¹¹ Dit artikel creëert eveneens de verplichting voor het Agentschap om, tegelijkertijd met het onderzoek naar de specifieke opvangnoden, te onderzoeken of er bijzondere procedurele noden zijn, zoals bedoeld in artikel 48/9 van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen. Het Agentschap kan vervolgens aanbevelingen doen betreffende deze noden aan DVZ en het CGVS.

geval van personen die foltering hebben ondergaan of aan andere ernstige vormen van psychologisch, fysiek of seksueel geweld werden blootgesteld. De formele vereisten voor de evaluatie van de individuele situatie van de begunstigde van de opvang werden reeds op 25 april 2007 bij Koninklijk Besluit vastgelegd¹². Hierbij werd onder andere bepaald dat de maatschappelijk werker als referentiepersoon bij de evaluatie het advies kan inwinnen van medisch personeel of externe experts, dat er binnen de maand ten minste één gesprek tussen de referentiepersoon en de begunstigde geweest moet zijn en dat de evaluatie vastgelegd moet worden in een schriftelijk verslag. Het Koninklijk Besluit verwijst in Artikel 5 naar de bevoegde minister om voor het evaluatieverslag een typeformulier te creëren, maar tot op heden is hierover geen Ministerieel Besluit genomen, waardoor het bijvoorbeeld ontbreekt aan concrete inhoudelijke richtlijnen die aangeven wanneer een opvangplaats niet aangepast is voor kwetsbare personen¹³.

De zorg die opgezet moet worden voor personen die als kwetsbaar worden geïdentificeerd, blijft eveneens weinig gespecificeerd. De Europese Opvangrichtlijn van 2003 stelt dat lidstaten ‘rekening moeten houden’ met de bijzondere noden, zowel inzake opvangvoorzieningen als gezondheidszorg. De herschikking van de Europese Opvangrichtlijn in 2013 werkt de zorg voor kwetsbare verzoekers meer gedetailleerd uit. In beide richtlijnen wordt de zorg voor drie categorieën in het bijzonder, minderjarigen, niet-begeleide minderjarigen en slachtoffers van foltering en geweld, specifiek vermeld¹⁴. In de Belgische Opvangwet wordt inzake de zorg voor kwetsbare bewoners vooral geredeneerd vanuit het ‘aangepaste’ karakter van de opvangplaats. Artikel 11, dat de criteria voor de toewijzing van een verplichte plaats van inschrijving specificeert, duidt aan dat de opvangplaats – binnen de grenzen van het aantal beschikbare plaatsen – aangepast moet zijn aan de begunstigde van de opvang. Naast gezins- en gezondheidstoestand betreft dit ook expliciet de toestand van kwetsbare personen. Fedasil kan volgens Artikel 36 van de Opvangwet een beroep doen op gespecialiseerde instellingen of verenigingen om aangepaste opvangplaatsen aan te bieden. De standaard waar de opvang steeds aan moet beantwoorden, is de ‘menselijke waardigheid’ die in Artikel 3 verankerd is. Indien de opvang niet aangepast is, dient er in principe te worden overgegaan tot een wijziging van de verplichte plaats van inschrijving.

We stellen vast dat de verankering van kwetsbaarheid en specifieke noden binnen de Europese en nationale wetgeving veel onduidelijkheden bevat. Het ontbreekt ten eerste aan een inhoudelijke definitie van kwetsbaarheid. Dit heeft tot gevolg dat de niet-exhaustieve lijst van categorieën kwetsbare groepen zoals opgenomen in de wetgeving meermaals gewijzigd werd. Ten tweede is er geen duidelijk kader dat specificeert hoe kwetsbaarheid in de praktijk vastgesteld moet worden. Ten derde, wat de aangepaste zorg betreft, is er uitsluitend voor bepaalde categorieën een concrete omschrijving van de wijze waarop de begeleiding en de opvangplaats aangepast moeten worden. Voor andere categorieën is het onduidelijk wat het concreet betekent om ‘rekening te houden’ met specifieke behoeften en wat een ‘aangepaste’ opvang is die de menselijke waardigheid respecteert. Hoewel het juridisch kader aldus de kriteriën bepaalt, is het van belang

¹² Koninklijk Besluit van 25 april 2007 tot bepaling van de nadere regels van de evaluatie van de individuele situatie van de begunstigde van de opvang:

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2007042548&table_name=wet

¹³ In afwachting van een Ministerieel Besluit vaardigde Fedasil op 11 juni 2007 een instructie uit betreffende het ‘Typeformulier voor de evaluatie van de individuele situatie van de begunstigde van de opvang’. De federale opvangcentra werden geacht gebruik te maken van een evaluatieformulier dat door het Agentschap werd opgesteld, maar de opvangpartners behielden de vrijheid om eventueel een ander instrument te hanteren.

¹⁴ Zo moet, volgens Artikel 18 van de Opvangrichtlijn van 2003, gegarandeerd worden dat kinderen toegang hebben tot rehabilitatiediensten, passende geestelijke gezondheidszorg en gekwalificeerde begeleiding. Artikel 18 specificeert verder aanvullende vormen van kwetsbaarheid voor begeleide kinderen, met name “slachtoffer zijn geweest van enige vorm van mishandeling, verwaarlozing, uitbuiting, foltering of wrede, onmenselijke of vernederende behandeling of die hebben geleden onder gewapende conflicten”. Voor slachtoffers van foltering en geweld (Artikel 20) wordt uitsluitend gesteld dat de vereiste behandeling toegankelijk moet zijn. In Artikels 23, 24 en 25 van de herschikte Europese Opvangrichtlijn van 2013 komen opnieuw respectievelijk dezelfde specifieke doelgroepen aan bod, met name minderjarigen, niet-begeleide minderjarigen en slachtoffers van foltering en geweld. Voor minderjarigen wordt een ruimere focus gelegd op de fysieke, geestelijke, spirituele, morele en sociale ontwikkeling. Zo wordt er bijvoorbeeld aandacht gevraagd voor de mogelijkheden van gezinshereniging en de toegang tot vrijetijdsactiviteiten. Daarnaast stipuleert de richtlijn nu ook dat personen die met slachtoffers van foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van geweld werken ‘passend onderricht’ moeten hebben gevolgd en blijven volgen.

om in de praktijk vast te stellen wie als kwetsbare personen geïdentificeerd worden en welke aangepaste voorzieningen getroffen worden.

1.2. Politieke context

Hoewel het juridisch kader aangeeft dat de aandacht voor kwetsbare verzoekers en hun specifieke noden binnen de opvang niet nieuw is, stellen we de afgelopen jaren toch een verhoogde politieke interesse vast in de thematiek. Ten tijde van de parlementaire werkzaamheden voor de Opvangwet werden de artikelen die betrekking hadden op kwetsbaarheid niet uitgebreid besproken. Actueel staat het thema, in vergelijking, hoger op de politieke agenda, zowel op Europees als op Belgisch niveau. Nieuwe initiatieven, ook van wetgevende aard, staan daarbij op stapel.

Bij het aantreden van de Regering Michel in oktober 2014 werd in het regeerakkoord aangekondigd dat het “belangrijk (is) om bij de opvang rekening te houden met de specifieke profielen”¹⁵, met expliciete vermelding van mensen met een fysieke handicap, zwangere vrouwen, alleenstaanden met kinderen en niet-begeleide minderjarige vreemdelingen. In zijn algemene beleidsnota van 2014, stelde ook Staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Theo Francken dat “(d)e regering maximale aandacht (zal) besteden aan de meest kwetsbare groepen kandidaat-vluchtelingen.”¹⁶ Zo zal in het bijzonder “een procedure worden uitgewerkt voor de identificatie van kwetsbare groepen en personen (inclusief een ondersteuning voor personen behorend tot die groepen)”. Het verhoogd aantal verzoekers in 2015-2016 (zie later) wijzigde de politieke prioriteiten tijdelijk, waardoor de ambities inzake identificatie en zorg voor kwetsbare profielen even *on hold* geplaatst werden. In de loop van 2016 verscheen het thema opnieuw op de politieke radar. Wat identificatie betreft, werd bijvoorbeeld “ingezet op een nog betere identificatie van kwetsbaarheden op het moment van aankomst van de asielzoeker en dit onder meer door een versterking van het medische team op de Dispatching”¹⁷. Tevens werd aandacht gevraagd voor “een aantal specifieke opleidingen die opvangmedewerkers beter in staat zullen stellen om bepaalde kwetsbare personen te detecteren (...), zoals slachtoffers van mensenhandel en slachtoffers van gendergerelateerd en seksueel geweld”¹⁸. Er werd ook voorgenomen om bij de creatie van een toekomstig aanmeldcentrum specifiek aandacht te hebben voor de identificatie van de begeleidingsbehoeften van de verzoeker¹⁹. Ten slotte werd sterk geïnvesteerd in een databeheersysteem genaamd ‘Match-IT’, dat plaatsen in het opvangnetwerk alsook begunstigden van de opvang zou moeten labelen mede om een aangepaste toewijzing mogelijk te maken. Wat de zorg voor kwetsbare personen betreft, werd aan het begin van de regeerperiode voorgenomen om kwetsbare doelgroepen voortaan hoofdzakelijk in individuele opvangplaatsen op te vangen. De beleidsnota van 2017 specificeerde deze keuze en voorzag om kwetsbare personen vooral op te vangen in de individuele plaatsen georganiseerd door NGO’s: “Tot slot zullen doelgroepenplaatsen voor zeer specifieke profielen (niet-begeleide minderjarige vreemdelingen, medische profielen, alleenstaande moeders etc.) bij voorkeur worden toegewezen aan gespecialiseerde NGO’s”²⁰. Daarnaast werd aandacht gevraagd voor “het structureel verankeren van de werking met vrouwen en alleenstaande moeders, die vaker nog dan andere asielzoekers kwetsbaar zijn”, alsook projecten voor Holebi-verzoekers (waaronder het Safe Havens project, als opvolger van het AHHA project).

¹⁵ Regeerakkoord Michel (9 oktober 2014), p.157

¹⁶ Belgische kamer van volksvertegenwoordigers, Algemene beleidsnota Asiel en Migratie, 2014, p.15

¹⁷ Belgische kamer van volksvertegenwoordigers, Algemene beleidsnota Asiel en Migratie, 2017, p.18

¹⁸ Belgische kamer van volksvertegenwoordigers, Algemene beleidsnota Asiel en Migratie, 2016, p.18

¹⁹ Belgische kamer van volksvertegenwoordigers, Algemene beleidsnota Asiel en Migratie, 2017, p.24

²⁰ Belgische kamer van volksvertegenwoordigers, Algemene beleidsnota Asiel en Migratie, 2017, p.26

We kunnen de huidige politieke lijn van de Belgische regering omschrijven als ‘snel identificeren en specifiek opvangen’. Het uitgangspunt lijkt te zijn dat er bepaalde duidelijk te definiëren doelgroepen zijn (in het bijzonder personen met medische problemen, kwetsbare vrouwen, holebi’s) waarvoor zo snel als mogelijk een aparte opvang en/of aangepaste begeleiding gezocht moet worden. Hierbij wordt gekeken naar individuele opvangplaatsen, namelijk bij gespecialiseerde NGO’s, en aangepaste begeleiding bij gespecialiseerde verenigingen, zoals LGBTI-organisaties, die het best aan de noden van deze doelgroepen tegemoet zouden kunnen komen. Voor wie niet tot deze specifieke doelgroepen behoort, moet de opvang tijdens de procedure in een collectief centrum plaatsvinden en enkel ‘bed, bad, brood, begeleiding’ omvatten. De aandacht voor kwetsbare verzoekers op de Europese beleidsagenda lijkt echter een andere richting uit te gaan. In juli 2016 lanceerde de Europese Commissie een voorstel voor een nieuwe, tweede, herschikking van de Opvangrichtlijn²¹. In tegenstelling tot eerdere Opvangrichtlijnen werd de omschrijving “kwetsbare personen met specifieke noden” geschrapt. Er wordt voortaan gesproken over “verzoekers met bijzondere opvangbehoeften”²². De onderliggende gedachte is dat personen opvangnoden kunnen hebben zonder dat ze kwetsbaar zijn. De opvang moet aldus tegemoetkomen aan ieders opvangnoden, niet alleen de noden van zogenoemde ‘kwetsbare’ doelgroepen²³. Er wordt ook aangegeven dat de identificatie van specifieke noden zo snel als mogelijk moet gebeuren, dat er trainingen voorzien moeten worden om de eerste tekenen van bijzondere opvangbehoeften op te sporen en er doorverwijzing naar experts (zoals artsen of psychologen) moet gegarandeerd worden voor een correcte identificatie. Hoewel men ook op Europees niveau overtuigd is van een snelle identificatie, evolueert men aldus meer in de richting van een *mainstreaming* van bijzondere opvangbehoeften in plaats van een categoriale behandeling²⁴.

We stellen vast dat ondanks de gedeelde aandacht voor de thematiek van kwetsbaarheid, er een divergentie lijkt plaats te vinden tussen het Belgische en Europese politieke niveau. Terwijl in België vastgehouden wordt aan kwetsbare personen als een set van aparte doelgroepen voor de opvang, lijkt er op Europees niveau een evolutie te ontstaan naar een *mainstreaming* van bijzondere opvangbehoeften die de notie van kwetsbaarheid achterwege laat.

1.3. Institutionele context

Het institutionele niveau bevindt zich tussen de juridische klijnlijnen zoals uitgezet door de Opvangwet en de actuele politieke prioriteiten. Sinds 2002 operationaliseert Fedasil het opvangmodel, als regisseur en tevens als feitelijke aanbieder van opvangplaatsen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van instructies en conventies voor de federale opvangcentra en de partnerorganisaties. Deze specificeren in detail waar, hoe, door wie, voor wie en tot wanneer opvang moet voorzien worden. We bespreken hier in dit verband twee belangrijke institutionele processen die zich gedurende dit onderzoek hebben voorgedaan.

Vanaf de zomer van 2015 steeg het aantal verzoeken om internationale bescherming. Er werden dag-limieten opgelegd bij DVZ, die bevoegd is voor de registratie en de afgifte van het document dat geldt als bewijs van een VIB (bijlage 26). Hierdoor kon niet iedereen meteen een aanvraag om internationale bescherming indienen. Wie zich bij DVZ aandiende, kreeg initieel een convocatie, met de mededeling om zich op een later moment opnieuw

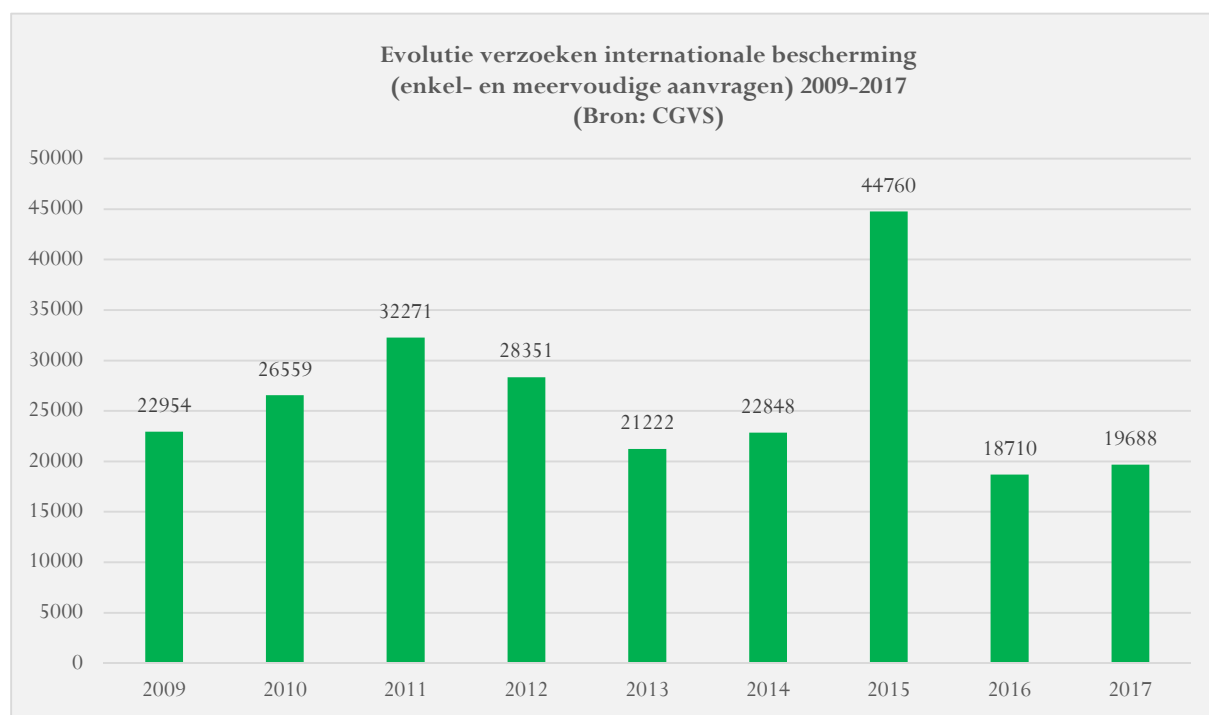
²¹ COM (2016) 465 Final ‘Proposal for a directive of the European Parliament and of the Council laying down standards for the reception of applicants for international protection (recast)’. Zie: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52016PC0465&from=EN>

²² Ibidem

²³ De niet-exhaustieve lijst van personen die onder specifieke opvangnoden gerekend kunnen worden, is hierbij verschoven naar de definitie aan het begin van de richtlijn.

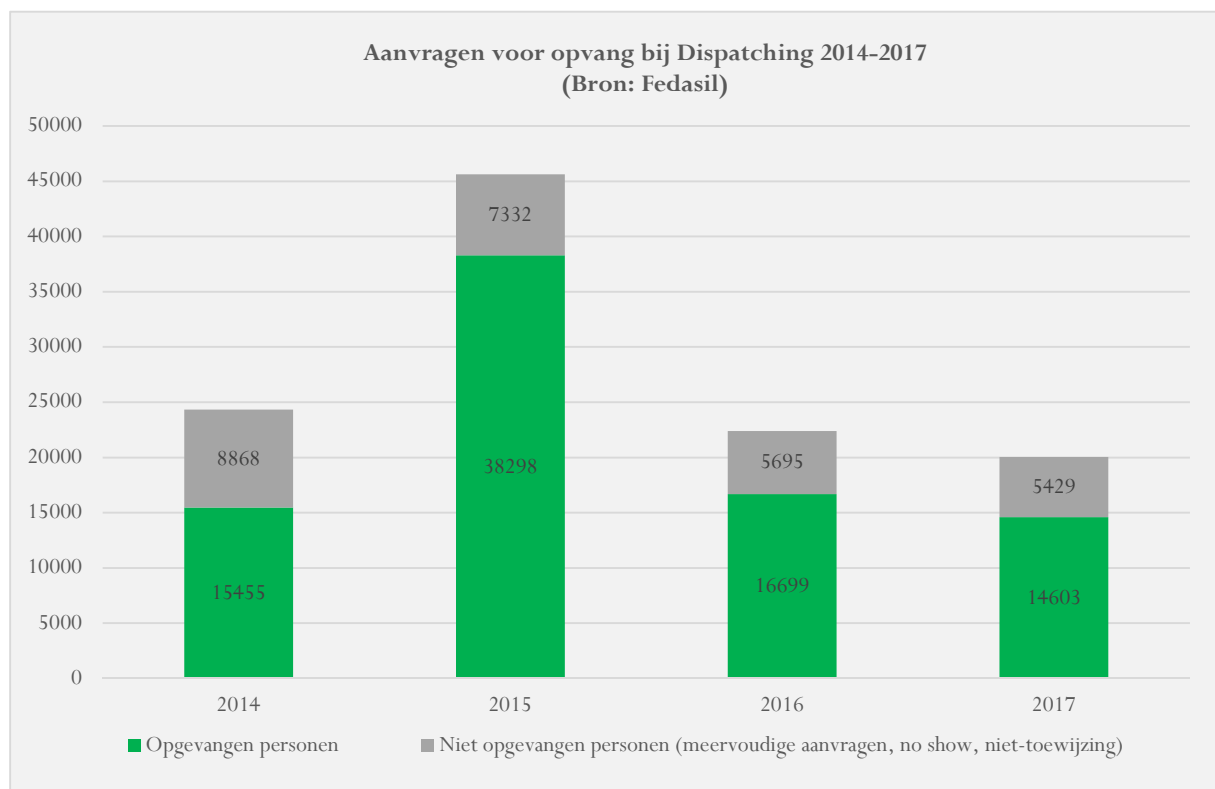
²⁴ Zie ook AIDA, The concept of vulnerability in European Asylum Procedures (2017).

aan te dienen. Om te vermijden dat personen in de tussentijd op straat belandden, werd door het Rode Kruis en Croix Rouge in 'pre-opvang' voorzien. Ondanks de terugval in het aantal aanvragen in 2016, werd het trapsgewijze registratiesysteem vervolgens geïnstitutionaliseerd. Sinds maart 2016 krijgt elke persoon die een aanvraag om internationale bescherming wil indienen na de registratie een convocatie. De pre-opvang werd in juli 2016 verhuisd naar een opvangcentrum van Samusocial in Neder-Over-Heembeek. Op termijn zal dit centrum vervangen worden door een nieuw op te richten aanmeldcentrum, waar het indienen van een VIB bij DVZ, de toewijzing aan een opvangplaats door de dienst Dispatching van Fedasil, en de eerste opvang, gecentraliseerd zullen worden.



Toen het aantal verzoeken om internationale bescherming in 2015 toenam, betekende dit vervolgens ook een stijging van het aantal personen voor wie Fedasil een opvangplaats moest voorzien. Er was een verdubbeling van de opvangplaatsen op minder dan zes maanden tijd: eind 2015 beschikte België over 33.408 opvangplaatsen, tegenover 16.000 structurele opvangplaatsen begin juli. Vaak ging het om extra noodopvangplaatsen die voor een beperkte tijd werden ingericht. Hierdoor kwamen de identificatie van kwetsbare personen met specifieke noden, alsook het verlenen van aangepaste zorg, in het gedrang. Om het tekort aan opvangplaatsen op te vangen, besliste de federale regering om een deel van de opvang toe te vertrouwen aan privé-operatoren. De noodopvangcapaciteit werd ondertussen afgebouwd omwille van de terugval in het aantal verzoeken om internationale bescherming. Tussen 2015 en 2017 was er tevens een stijging in het aantal personen dat België opving in het kader van het hervestigingsprogramma. In 2015 hervestigde België 276 personen, in 2016 steeg het aantal tot 452 personen en in 2017 kwamen 1.309 vluchtelingen via hervestiging naar België²⁵.

²⁵ Sinds 2013 heeft België een structureel hervestigingsprogramma en verbindt het zich ertoe elk jaar een contingent van personen die 'nood hebben aan bescherming' op te vangen. UNHCR stelt elk jaar een overzicht op van de bestaande noden aan hervestiging. Voor hervestiging komen personen die specifiek als 'kwetsbaar' geïdentificeerd worden in aanmerking. De hervestigingscriteria die UNHCR daarbij hanteert zijn: juridische en fysieke beschermingsnoden, overlevenden van geweld en foltering, medische noden, vrouwen in gevaar, gezinshereniging, kinderen en adolescenten, oudere vluchtelingen en gebrek aan lokale integratieperspectieven. In functie van de Europese prioriteiten worden personen geïdentificeerd die in aanmerking komen voor België. Omwille van hun speciale procedure, werd voor deze groep een apart opvangtraject uitgewerkt in België. In eerste instantie krijgen ze een opvangplaats in de federale opvangcentra van Fedasil in Sint-Truiden, Ponderôme, Florennes of Kapellen, waar ze een specifiek begeleidingstraject aangeboden krijgen. Dit eerste verblijf duurt zo'n 6 tot 7 weken waarna ze verhuizentrekken naar een LOI voor een transitietermijn van 6 maanden. In het vervolg van dit rapport laten we deze bijzondere doelgroep buiten beschouwing. Zie: <https://www.fedasil.be/nl/hervestiging>; <http://www.unhcr.org/protection/resettlement/558c015e9/resettlement-criteria.html>.



Naast een stijging van het aantal personen voor wie Fedasil een opvangplaats moest voorzien, werd een grondige wijziging aangebracht aan de fasering en structurering van het opvangmodel. Conform de Opvangwet voorziet de Belgische overheid materiële hulp aan verzoekers. Deze materiële hulp kan zowel in collectieve als in individuele voorzieningen aangeboden worden. Sinds 2007 bestond de opvang uit een collectieve fase gedurende de eerste vier maanden, die gevolgd kon worden door een transfer naar de individuele fase. De transfer naar individuele opvang werd mogelijk gemaakt door Artikel 12 van de Opvangwet²⁶. Met de instructie van juli 2016 'Transfer van materiële hulp naar maatschappelijke dienstverlening: maatregelen voor bewoners van collectieve opvangstructuren en begeleiding in de transitiefase' werd bepaald dat de opvang in principe gedurende de gehele procedure in collectieve centra zou moeten plaatsvinden. De wetgever heeft de mogelijkheid voor een transfer naar een individuele plaats niet geschrapt, maar de termijn van verblijf in collectieve opvang voorafgaand aan een aanvraag werd wel bijgesteld tot zes maanden. De ambitie bestaat om de behandelingstermijn van het VIB eveneens tot zes maanden te beperken. Op deze fasering bestaan enkele uitzonderingen. Personen met een hoge beschermingsgraad kunnen vroeger²⁷ naar een LOI getransfereerd worden. Personen voor wie de Belgische overheid niet bevoegd is op basis van de Dublin-regeling, worden in afwachting van hun overname opgevangen in de specifieke Dublin-plaatsen. Minderjarige personen die met hun ouders illegaal in het land verblijven maar op basis van het Koninklijk Besluit van 24 juni 2004 toch nog kunnen genieten van opvang, kunnen van deze fasering geen gebruik maken²⁸. Deze uitzonderingssituaties vormen echter niet het expliciete voorwerp van dit rapport. In het 'nieuwe' opvangmodel heeft een begunstigde van de opvang na het verkrijgen van een beschermingsstatuut vervolgens twee opties. Ofwel opteert men voor een vervroegd vertrek en krijgt men maaltijdcheques om een periode van één maand te overbruggen, bijvoorbeeld door

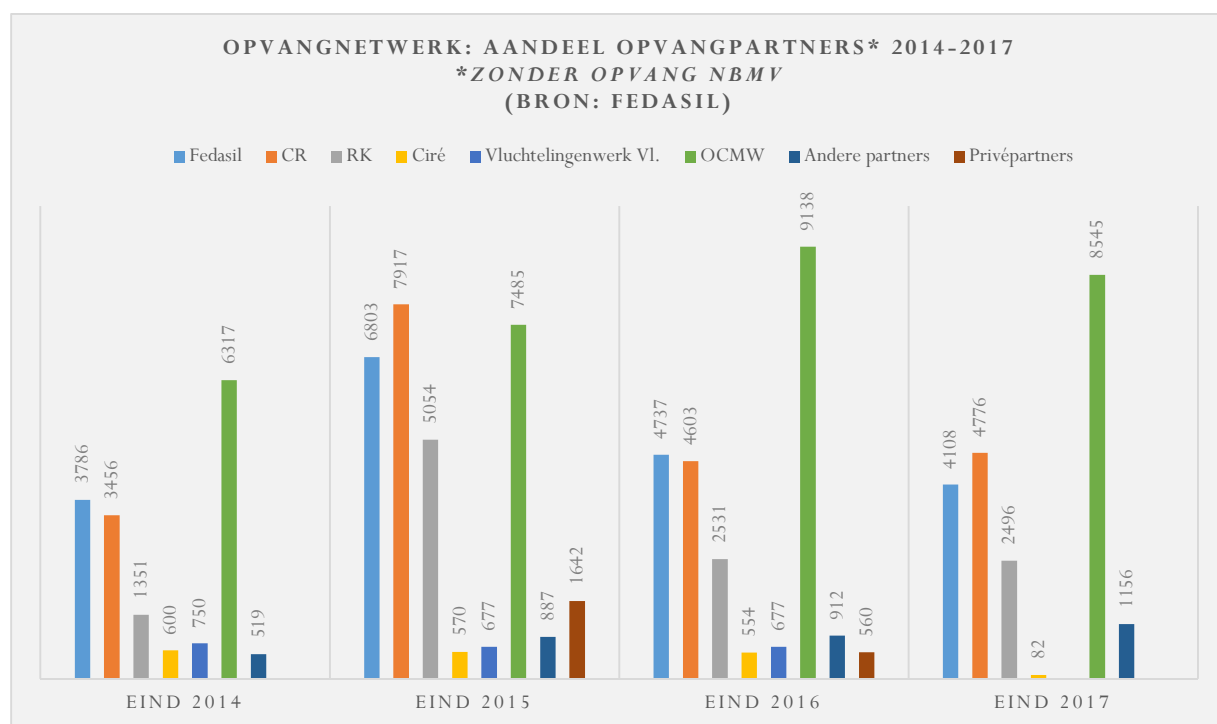
²⁶ Artikel 12 voorziet dat de transfer naar de individuele opvang uitsluitend kan plaatsvinden binnen de grenzen van de beschikbare plaatsen. In de praktijk leidde dit ertoe dat personen in het oude opvangmodel gedurende hun gehele procedure in de collectieve opvang dienden te verblijven en dat er wachtlijsten waren voor bepaalde categorieën, zoals alleenstaanden of personen met een medische problematiek.

²⁷ Instructie 'Transitie van de collectieve opvang naar een Lokaal Opvanginitiatief (LOI) – Toewijzing van asielzoekers met een hoge beschermingsgraad'. Aanvankelijk kon dit slechts na vier maanden, maar in het kader van het beheer van het opvangnetwerk werd besloten om de termijn naar twee maanden te verlagen.

²⁸ 24 JUNI 2004. - Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten voor het verlenen van materiële hulp aan een minderjarige vreemdeling die met zijn ouders illegaal in het Rijk verblijft.

een verblijf bij vrienden of familie. Ofwel heeft men het recht om minimaal voor een periode van twee maanden naar een individuele opvangplaats te verhuizen. Deze termijn kan twee keer met één maand verlengd worden in functie van het verloop van de zoektocht naar een eerste woning buiten de opvang. Bij de toewijzing van een opvangplaats na het bekomen van een beschermingsstatuut moet rekening gehouden worden met de kwetsbare positie van personen en desgevallend dient er gespecialiseerde opvang voorzien te worden. Voor uitgeprocedeerde verzoekers, die een negatieve beslissing van het CGVS en/of van de RVV hebben gekregen, is er de mogelijkheid om gedurende 30 dagen in een OTP te verblijven waar ze begeleid worden met het oog op hun vrijwillige terugkeer. Deze terugkeerplaatsen bevinden zich in opvangcentra van Fedasil (Arendonk, Jodoigne, Poelkapelle, Sint-Truiden en het Klein Kasteeltje te Brussel).

De gewijzigde fasering in het opvangmodel ging ook gepaard met een belangrijke herstructurering van de opvangplaatsen. Zo werd tijdens de Ministerraad van 3 juni 2016 beslist om de individuele opvangcapaciteit aangeboden door Ciré en Vluchtelingenwerk Vlaanderen af te bouwen. Beide niet-gouvernementele koepelorganisaties boden sinds 1999 in samenwerking met andere organisaties individuele opvangplaatsen aan. De bijstelling van het opvangtraject zou leiden tot de afbouw van hun generieke opvangcapaciteit²⁹. In het kader van de herstructurering van het opvangnetwerk werd er aangeboden om een deel van de individuele plaatsen bij NGO's te recupereren als specifieke plaatsen bedoeld voor kwetsbare profielen. Vluchtelingenwerk Vlaanderen besloot echter om niet in te gaan op het aanbod van Fedasil. Later in dit rapport wordt in detail ingegaan op de specifieke plaatsen voor kwetsbare personen die Ciré aanbiedt.



²⁹ Bij de afbouw van de individuele opvangcapaciteit van Ciré en Vluchtelingenwerk Vlaanderen werden personen voor wie de procedure om internationale bescherming nog lopende was bij voorkeur toegewezen aan collectieve opvang. Tegen deze toewijzingspolitiek werd herhaaldelijk geprocedeerd, wat aanleiding gaf tot een toegenomen betrokkenheid van de Arbeidsrechtbank bij de bepaling van wat een aangepaste opvangplaats is.

Beide institutionele ontwikkelingen, zowel de toename van het aantal aanvragen om internationale bescherming als de grondige herziening van het opvangmodel, vormden een bijzondere achtergrond voor de mogelijkheden om kwetsbare personen en specifieke noden te identificeren en hen specifieke zorg aan te bieden. Parallel met deze ontwikkelingen binnen het opvangnetwerk, werden door Fedasil de afgelopen jaren concrete stappen gezet om een specifieke benadering voor kwetsbare personen uit te bouwen waarbij ‘kwetsbare doelgroepen’ onderscheiden worden van de ‘generieke doelgroep’. Deze benadering vindt haar uitdrukking onder meer in specialisatie binnen de federale opvangstructuren en de creatie van specifieke opvangplaatsen in het opvangnetwerk, de financiering van partnerorganisaties en enkele specifieke interne richtlijnen en instructies. De praktische uitwerking hiervan komt uitgebreid aan bod in het volgende hoofdstuk.

We stellen vast dat het opvangnetwerk de afgelopen jaren ingrijpende veranderingen heeft doorgemaakt, zowel ten gevolge van de verhoogde instroom van verzoekers om internationale bescherming in 2015-2016 als door de introductie van een nieuwe fasering en structurering van het opvangmodel. Dit heeft een weerslag gehad op de identificatie van en zorg voor kwetsbare personen binnen de opvang in termen van onder andere een hogere werklast, de instelling van een pre-opvang en het wegvallen van ervaren individuele opvangpartners. Er staan echter ook heel wat nieuwe ontwikkelingen in de steigers. Zo zal er op termijn een aanmeldcentrum komen dat het mogelijk moet maken om, vroeger dan nu het geval is, een inschatting te maken van de specifieke opvangnoden van begunstigen van de opvang om hen toe te wijzen aan de meest aangewezen opvangplaats. Fedasil maakte ook werk van een doelgroepenbenadering, die gebruik maakt van een combinatie van verschillende instrumenten, zoals de creatie van specifieke opvangplaatsen, externe dienstverlening en nieuwe interne procedures voor het opvangnetwerk.

1.4. Conclusie

In dit eerste hoofdstuk werd het ruimere kader geschetst waarbinnen terreinmedewerkers zich bewegen bij de definitie, identificatie van en zorg voor kwetsbare personen met specifieke opvangnoden. Dit kader valt uiteen in een juridische context, een politieke context met beleidsprioriteiten en een operationele uitwerking door Fedasil. We stelden vast dat het juridisch kader tot op heden zeer algemeen blijft en vooral op politiek en institutioneel niveau concreet ingevuld werd. Dit nam de vorm aan van een doelgroepenbenadering die uitgaat van een scheiding tussen ‘kwetsbare’ en ‘niet-kwetsbare’ personen. Onderstaande tabel herneemt de belangrijkste elementen van het juridisch, politiek en institutioneel kader.

	DEFINITIE	IDENTIFICATIE	ZORG
Juridisch kader	Artikel 36 De specifieke behoeften van kwetsbare personen zoals: 1. minderjarigen; 2. niet-begeleide minderjarigen; 3. alleenstaande ouders vergezeld van minderjarigen; 4. zwangere vrouwen; 5. personen met een handicap; 6. slachtoffers van mensenhandel; 7. ouderen; 8. personen met ernstige ziekten; 9. personen met mentale stoornissen; 10. personen die folteringen hebben ondergaan, zijn verkracht of aan andere ernstige vormen van psychologisch, fysiek of seksueel geweld zijn blootgesteld, zoals slachtoffers van vrouwelijke genitale verminking.	Artikel 22 Gedurende de dertig dagen die volgen op de toewijzing van zijn verplichte plaats van inschrijving wordt de persoonlijke situatie van de begunstigde van de opvang onderzocht om uit te maken of de opvang aangepast is aan zijn specifieke noden inzake opvang. De evaluatie van de persoonlijke situatie van de begunstigde van de opvang wordt gedurende het hele verblijf in de opvangstructuur voortgezet. Met het oog hierop wordt tijdens het onderzoek van de persoonlijke situatie van de begunstigde van de opvang met name gepeild naar niet onmiddellijk zichtbare tekenen van een eventuele kwetsbaarheid, zoals in het geval van personen die folteringen hebben ondergaan of aan andere ernstige vormen van psychologisch, fysiek of seksueel geweld werden blootgesteld. Artikel 31 De opdrachten van de maatschappelijk werker omvatten eveneens de evaluatie van de specifieke behoeften van de begunstigde van de opvang.	Artikel 3 Elke asielzoeker heeft recht op een opvang die hem in staat moet stellen om een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid. Artikel 11 Bij de toewijzing van een verplichte plaats van inschrijving ziet het Agentschap erop toe dat deze plaats aangepast is aan de begunstigde van de opvang (...) De beoordeling van het aangepaste karakter van deze plaats is met name gebaseerd op criteria als de gezinstoestand van de begunstigde van de opvang, zijn gezondheidstoestand, zijn kennis van één van de landstalen of van de taal waarin de procedure gevoerd wordt. In dit kader besteedt het Agentschap bijzondere aandacht aan de toestand van kwetsbare personen zoals bedoeld in artikel 36. Artikel 36 Om tegemoet te komen aan de specifieke behoeften van kwetsbare personen (...) sluit het Agentschap of de partner overeenkomsten af met gespecialiseerde instellingen of verenigingen.
Politiek kader	Specifieke doelgroepen	Toekomstig aanmeldcentrum Match-IT	Individuele opvang NGO's Specifieke externe projecten
Institutioneel kader	Specifieke doelgroepen	Toekomstig aanmeldcentrum Match-IT	Specifieke opvangplaatsen Financiering partnerorganisaties Specifieke interne richtlijnen en instructies

2. Kwetsbaarheid in de opvang

Zowel op juridisch, politiek als institutioneel vlak is er de laatste jaren steeds meer aandacht voor kwetsbare verzoekers met specifieke noden. Tot op heden is er echter nog geen overzicht gemaakt van de wijze waarop kwetsbaarheid in de opvangpraktijk gedefinieerd en geïdentificeerd wordt, noch over hoe er concreet tegemoet gekomen wordt aan de specifieke opvangnoden van kwetsbare personen. Kenmerkend voor de opvangpraktijk in België is de grote verscheidenheid aan betrokken actoren.

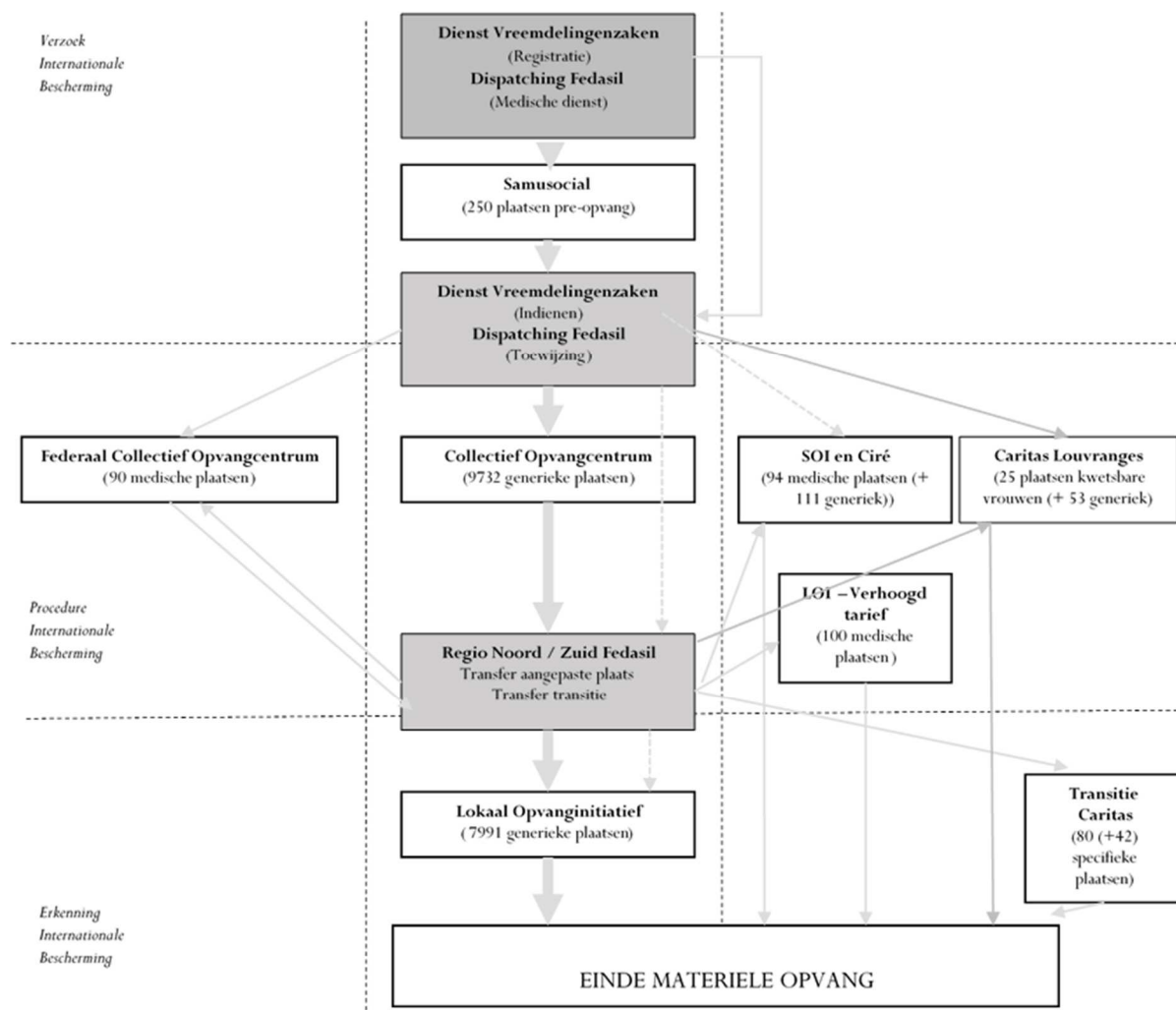
Het stroomdiagram op de volgende pagina schetst schematisch de belangrijkste actoren³⁰ binnen het opvangtraject van meerderjarige verzoekers³¹ met een indicatie van hun opvangcapaciteit in juli 2018³². Centraal in het stroomdiagram staat het standaardtraject van een verzoeker. Dit traject is opgedeeld in drie fases, waarbij zowel actoren betrokken zijn die instaan voor de toewijzing aan een opvangplaats als actoren die effectief opvang verlenen. In een eerste fase wordt het VIB geregistreerd bij DVZ en is er een medische controle bij de medische dienst van Dispatching Fedasil. In afwachting van de indiening van het verzoek is er opvang voorzien in de pre-opvang van Samusocial. Van zodra het verzoek is ingediend, zorgt Dispatching voor de toewijzing. In het standaardscenario wordt een persoon gedurende het onderzoek van het verzoek toegewezen aan een generieke plaats in een collectief opvangcentrum. Na het verkrijgen van een verblijfstitel van meer dan drie maanden (of in geval van een hoge beschermingsgraad) is het de bevoegdheid van Opvang Regio Noord en Regio Zuid om een verzoeker toe te wijzen aan een individuele opvangstructuur, in principe een LOI. Aan weerszijden van dit standaardtraject staan aanpassingen voor de opvang van kwetsbare personen, zowel bij collectieve opvangcentra als bij individuele opvangstructuren³³. Zowel Dispatching als Regio Zuid en Noord kunnen aanpassingen ten opzichte van het algemene traject goedkeuren via directe toewijzing of via een transferprocedure.

³⁰ In het midden van het stroomdiagram staat de opvangcapaciteit in collectieve opvangcentra. De collectieve centra worden midden 2018 gerund door Fedasil (hierna de federale centra), Croix Rouge, Rode Kruis, Samusocial en Caritas International. Ten tijde van de verhoogde instroom in 2015-2016 werden er ook collectieve centra door privé-partners gerund, maar deze werden reeds afgebouwd en gesloten. Sinds 2013 worden opvangplaatsen binnen de federale centra onderverdeeld in generieke en specifieke medische plaatsen. Bij de andere partners ontbreekt deze *labeling* voorlopig. Zij hebben met Fedasil een algemene generieke conventie. Toch vangen zij ook personen met een medisch profiel op. Intern hebben zij eigen beheersstructuren uitgewerkt in verband met medische kamers. Dit betekent dat het aantal collectieve medische plaatsen binnen het stroomdiagram in principe onderschat is, terwijl het aantal generieke plaatsen overschat is. Zoals in de methodologische sectie wordt aangegeven, was er geen participatie van collectieve centra van andere opvangoperatoren, waardoor in dit rapport uitsluitend de federale centra aan bod komen.

³¹ Zie voetnoot 1.

³² Verzoekers hebben steeds ook de mogelijkheid om afstand te doen van de aangeboden opvang. Dit kan op verschillende momenten in het opvangtraject: (1) na de registratie van een VIB, (2) na het indienen van een VIB, en (3) bij vervroegd vertrek na het bekomen van een verblijfsvergunning van meer dan drie maand. Deze mogelijkheden werden niet opgenomen in het stroomdiagram.

³³ De opvangcapaciteit van NGO's bestaat steeds uit specifieke plaatsen en plaatsen voor vergezellende familieleden, die tussen haakjes geplaatst werden.



In dit tweede hoofdstuk trachten we na te gaan hoe doorheen dit opvangtraject wordt omgegaan met kwetsbaarheid. We staan achtereenvolgens stil bij de definities van kwetsbaarheid die in omloop zijn, de praktijken om kwetsbaarheid en specifieke noden te identificeren en de wijze waarop de zorg aangepast wordt. Vooraleer we hierop ingaan, volgt eerst een beschrijving en verantwoording van de gehanteerde methodologie.

2.1. Methodologie

In deze studie werd doelbewust niet vertrokken vanuit een theoretische definitie van kwetsbaarheid, noch werd er getracht om bepaalde hypotheses omtrent de identificatie of geleverde zorg te toetsen. Omwille van het grotendeels onontgonnen terrein van de thematiek was het onderzoek opzet exploratief van aard en werd er inductief te werk gegaan. Het onderzoek werd in twee fases gevoerd. In een eerste fase werd getracht om een ‘breed’ spectrum met betrekking tot de thematiek te ontwikkelen. Binnen een *mixed method* onderzoeksdesign werden verkennende gesprekken met verschillende actoren (DVZ, dienst Dispatching van Fedasil, Ciré, Caritas International, Vluchtelingenwerk Vlaanderen) en observaties in een aantal opvangstructuren gecombineerd met een enquête-bevraging bij terreinmedewerkers in de opvangstructuren om een algemeen beeld te verkrijgen van wat de belangrijkste aandachtspunten zijn als het om kwetsbaarheid in de opvang gaat. Een uitgebreide beschrijving van de methodologie en resultaten van deze eerste fase kan nagelezen worden in het tussentijds rapport dat in december 2016 gepubliceerd werd³⁴.

In een tweede fase werd getracht om de ‘diepere’ lagen van de thematiek bloot te leggen. De focus lag hierbij op een verdere verdieping van de beleving en ervaring van de terreinmedewerkers in de opvangstructuren. Hiervoor werd geopteerd voor focusgroepen met terreinmedewerkers. Deze methode bood enerzijds de kans om via een open bevraging te peilen naar belevingen, maar ook om anderzijds verschillende meningen met elkaar te confronteren en nieuwe ideeën te genereren. Terwijl een interview vaak de standpunten en de realiteit van één persoon weerspiegelt, is deze manier van data verzamelen geschikt om de sociale realiteit van verschillende deelnemers te weerspiegelen. Focusgroepen zijn waardevol om een levendig, actueel en rijk beeld te krijgen van de motieven, interesses, overtuigingen, ervaringen, vragen en ideeën van de deelnemers aan een groep. Focusgroepen laten ook, meer dan bij individuele interviews, de deelnemers de agenda bepalen, waardoor de invloed van de onderzoeker beperkter blijft³⁵. Er werden 17 focusgroepen georganiseerd, telkens rond een specifieke thematiek. De thematieken werden bepaald op basis van de resultaten van de eerste fase van de studie en waren: proces van identificatie, aangepaste opvang en transfers, focus tijdens de begeleiding, voorwaarden voor een kwaliteitsvolle begeleiding, multidisciplinaire aanpak, begeleiding van kwetsbare personen, samenwerking met externe diensten en gebruik van instrumenten en tools voor identificatie en begeleiding. De focusgroepen werden uitgevoerd in twee delen: een groepsdiscussie, gevolgd door een collectieve brainstormsessie over beleidsaanbevelingen geïnspireerd door de nominale groepstechniek. Deze techniek is erop gericht elke deelnemer de kans te geven om aan het woord te komen en zijn/haar mening te uiten³⁶. De uitnodiging tot deelname aan de focusgroepen werd verspreid onder alle medewerkers van de sociale en medische diensten in het opvangnetwerk. Uiteindelijk namen 111 terreinmedewerkers deel. Het merendeel was werkzaam in de federale opvangcentra en LOI's. Andere opvangpartners, waaronder het Rode Kruis en Croix Rouge, waren sterk ondervertegenwoordigd. Hun ervaringen in de omgang met kwetsbare personen konden hierdoor niet meegenomen worden in dit rapport. Bevindingen die betrekking hebben op collectieve opvangcentra, beperken zich bijgevolg tot de federale centra. Voor de deelnemers aan de focusgroepen werd de analyse op groepsniveau gedaan. We reconstrueerden welke interpretaties en praktijken met betrekking tot kwetsbaarheid in omloop zijn, maar spreken ons niet uit over hun belang, noch over de visie van aparte opvangoperators. Naast de beleving en ervaring van de terreinmedewerkers, werd ook de ervaring bevraagd van externe organisaties die, al dan niet gemandateerd door het Agentschap, een bepaalde expertise hebben inzake kwetsbare verzoekers. We maakten hiervoor gebruik van een enquête-bevraging. De focus van de bevraging lag op de zorg die deze organisaties aanbieden aan kwetsbare personen die doorverwezen worden vanuit het opvangnetwerk. Op die manier wilden we naast het perspectief van de ‘doorverwijzende’

³⁴ Zie ‘Studie Kwetsbare personen met specifieke opvangnoden. Synthese van de voornaamste vaststellingen. Fase 1’

https://fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/syntheserapport_kwetsbare_personen_2016_0.pdf

³⁵ Wilkinson, S. (1999). Focus groups: A feminist method. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 221–244.

³⁶ Vander Laenen, F. (2015). Not just another focus group: making the case for the nominal group technique in criminology. *Crime Science*, 4(5).

actoren, ook het perspectief van de ‘ontvangende’ actoren belichten. We verwerkten de antwoorden van 23 organisaties die de vragenlijst volledig invulden: Solentra, TABANE, Clinique de l’Exil, L’autre sens, Woman do, Tejo Ronse, Ulysse, Constats, Initiative spécifique santé en exil, Auxilia, Nasci, Brussel Onthaal, SeTIS Wallon, Çavaria, Sensoa, Why me, Centre d’action interculturelle, CIMB, Intact, Convivial, Vlaams Steunpunt Vrijwilligerswerk, FOD Volksgezondheid en PraxisP. Deze organisaties bieden hun doelgroep ofwel een medische of psychologische begeleiding aan of een andere vorm van begeleiding (op het gebied van o.a. onderwijs, tewerkstelling, gender, seksualiteit, huisvesting, ...). Tot slot werden de bevindingen van de focusgroepen en de enquête-bevraging aangevuld met verdiepende gesprekken bij DVZ, de dienst Dispatching van Fedasil, de regioverantwoordelijken en de dienst Procesbeheer van Fedasil, de nationale psychosociale coördinator van Fedasil en een aantal specifieke opvangstructuren, namelijk Samusocial, Caritas International, Carda – Croix Rouge, en Ciré. Dit liet toe om bepaalde ervaringen van de terreinmedewerkers en externe organisaties naderhand te kaderen.

Uiteindelijk werden de data uit beide fases van het onderzoek samengelegd en getrianguleerd om een globaal beeld te vormen van de omgang met kwetsbaarheid en specifieke noden in de opvangpraktijk. Met het oog op een exploratie van belevingen en ervaringen kozen we voor een thematische analyse en presentatie van de verzamelde data. De thematische analyse is immers een methode die eerder gericht is op het beschrijven van wat er gezegd is dan op theorieontwikkeling³⁷. Daarnaast kozen we ervoor om aan de hand van een groot aantal citaten de ‘oorspronkelijke’ ervaring van de bevraagde actoren weer te geven³⁸. Zoals eerder benadrukt, beogen we met dit rapport een inzicht te verkrijgen in de belevingen en ervaringen van de betrokken actoren, zonder enig waardeoordeel over de ‘juistheid’ ervan. Rekening houdend met de exploratieve aard van het onderzoek en de gehanteerde methodologie, pretenderen we bovendien niet representatief te zijn voor alle belevingen en ervaringen van de vele actoren in de opvangpraktijk.

Eén belangrijk perspectief ontbreekt echter in dit rapport: de begunstigden van de opvang zelf. Hoewel vooropgesteld in de oorspronkelijke methodologie (zie tussentijds rapport³⁹), is het bij de voorbereiding van interviews met de begunstigden van de opvang niet haalbaar gebleken om deze activiteit binnen de voorziene planning uit te voeren. De uitdagingen hadden onder andere te maken met het uitbouwen van een vertrouwensrelatie met de respondenten om de kwaliteit van de interviews te garanderen. Dit vergroot immers de kans dat de respondent belangrijke informatie wil delen met de onderzoeker en dat die informatie ook gebaseerd is op de werkelijke ervaring van de respondent. Andere uitdagingen waren van procedureel- en relationeel-ethische aard. Terwijl de ethiek van onderzoek in de humane wetenschappen reeds lang een algemeen aandachtspunt is, wordt geleidelijk aan ook het belang van ethiek van onderzoek naar vluchtelingen als kwetsbare personen erkend. Sommige auteurs stellen dat onderzoekers naar deze doelgroep voor de ethische uitdaging staan om waarde toe te voegen aan de levens van de mensen die ze onderzoeken, ze als subjecten in het proces erkennend en niet alleen als gegevensbron. In de literatuur worden volgende ethische uitdagingen in onderzoek met vluchtelingen vastgesteld: macht en instemming, vertrouwelijkheid en vertrouwen, gender, cultuur, mensenrechten en sociale rechtvaardigheid⁴⁰. Het is niet mogelijk gebleken om binnen de planning van deze studie op al deze uitdagingen een antwoord te bieden. We erkennen echter nog steeds het belang van via een participatieve benadering ook het perspectief van de begunstigden van de opvang te achterhalen. Een vervolgonderzoek dringt zich op naar het perspectief van de begunstigden van de opvang zelf inzake kwetsbaarheid en opvangnoden.

³⁷ Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

³⁸ Voor dit rapport werden de Franstalige citaten vrij vertaald naar het Nederlands.

³⁹ Zie ‘Studie Kwetsbare personen met specifieke opvangnoden. Synthese van de voornaamste vaststellingen. Fase 1’

(https://fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/syntheserapport_kwetsbare_personen_2016_0.pdf)

⁴⁰ Pittaway, E., Bartolomei, L. & Hugman, R. (2010). Stop Stealing Our Stories: The Ethics of Research with Vulnerable Groups. *Journal of Human Rights Practice*, 2(2), 229–51.

2.2. Definitie

Tijdens het verloop van het onderzoek werd vastgesteld dat de term ‘kwetsbaarheid’ niet door iedereen op het terrein gebruikt wordt. Als we terreinmedewerkers de vraag stelden wie zij als kwetsbaar zouden omschrijven, verkregen we bovendien ook heel uiteenlopende antwoorden. Zoals reeds tijdens de eerste fase van het onderzoek werd aangetoond, is de definitie van kwetsbaarheid die een terreinmedewerker geeft erg afhankelijk van de eigen praktijkervaringen. We stelden verder vast dat er zich een contrast lijkt af te tekenen tussen de actoren die betrokken zijn bij de toewijzing aan een opvangplaats voor verzoekers (DVZ, Dispatching en de Regio’s) en de actoren die belast zijn met de opvang van en zorg voor de verzoekers (pre-opvang, collectieve opvangcentra, lokale opvanginitiatieven, niet-gouvernementele partners en externe organisaties). Er wordt zowel (1) een andere definitie gegeven van kwetsbaarheid en (2) er wordt een andere indeling gemaakt binnen de groep van kwetsbare personen. Terwijl bij de toewijzing personen eerder ingedeeld worden in doelgroepen of categorieën, met de focus op hun specifieke noden, blijkt er bij de eigenlijke opvang meer ruimte te zijn voor een individuele benadering die oog heeft voor zowel de noden als competenties van personen. Vanzelfsprekend hangt dit verschil nauw samen met de identificatiepraktijken, die in het volgende deel in detail besproken worden.

Toewijzing: een categoriale benadering

Binnen het opvangtraject van verzoekers om internationale bescherming is een belangrijke rol weggelegd voor actoren die betrokken zijn bij de toewijzing van een opvangplaats. Een groot deel van hun takenpakket is de registratie en verwerking van allerhande persoonlijke gegevens, op basis waarvan een concrete opvangplaats kan toegewezen worden. Hieronder bespreken we achtereenvolgens hoe de actoren die betrokken zijn bij de toewijzing, met name DVZ, Dispatching en de Regio’s van Fedasil, kwetsbaarheid definiëren. Hieruit blijkt dat hun definitie van kwetsbaarheid zeer gelijkaardig is (categoriale definitie), hoewel ze onderling wel verschillen wat betreft de onderverdeling die gemaakt wordt binnen de groep van kwetsbare personen.

Personen die een aanvraag om internationale bescherming willen indienen, moeten zich eerst wenden tot DVZ. In het verleden noteerde men noden die bij de registratie van een VIB opvielen ad-hoc op het registratieformulier. In augustus 2016 werd deze praktijk beëindigd en voerde DVZ een nieuw formulier in waarop naast allerlei demografische gegevens ook expliciet naar ‘kwetsbaarheid’ wordt gepeild. Hierdoor zou de registratie van kwetsbaarheid geformaliseerd en versneld moeten worden, wat een hulp moest vormen voor de eigenlijke toewijzing van een opvangplaats door Dispatching. Er werd besloten om bij de registratie van een VIB een ruimer begrip van kwetsbaarheid te hanteren dan verankerd in de Vreemdelingenwetgeving. In de Vreemdelingenwet wordt de notie van kwetsbaarheid alleen expliciet gehanteerd in verwijzing naar minderjarige vreemdelingen⁴¹. In de wet is er daarnaast ook sprake van bijzondere procedurele noden⁴², namelijk omwille van foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van psychisch, fysiek of seksueel geweld. Het registratieformulier biedt veel meer mogelijkheden aan. Medewerkers van DVZ en tolken kunnen tien categorieën aanvinken: ‘minderjarigheid’, ‘+65 jaar’, ‘zwangerschap’, ‘medische problemen’, ‘psychologische problemen’, ‘met minderjarig(e) kind(eren)’, ‘alleenstaande vrouw’, ‘slachtoffer mensenhandel’, ‘LGBTI’, ‘slachtoffer geweld (fysiek, psychologisch, seksueel)’.

⁴¹ Zie: Wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen. Art. 57/1, § 3

⁴² Zie: Wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen. Art. 48/9, § 5

Er wordt aldus gewerkt met een categoriale definitie van kwetsbaarheid waarbij personen ingedeeld worden in doelgroepen.

Wat de indeling in categorieën betreft, wijkt het inschrijvingsformulier van DVZ gedeeltelijk af van de categorieën opgenomen in de Opvangwet. Zo worden alleenstaande vrouwen en LGBTI als kwetsbare categorieën aangeduid, terwijl dit niet expliciet vermeld wordt in de Opvangwet. Er is op het inschrijvingsformulier tevens ruimte vrijgehouden voor eventuele toelichtingen. In de praktijk blijkt men van deze vrije ruimte gebruik te maken om personen die men als ‘erg kwetsbaar’ beschouwd aan te duiden. De hogere graad van kwetsbaarheid wordt vooral ingeschat op basis van acute noden. Personen die hoogzwanger zijn of directe medische noden vertonen, kunnen op basis hiervan voorrang genieten voor het verdere verloop van de registratieprocedure en zullen niet opgevangen worden in de pre-opvang van Samusocial.

DVZ neemt na de indiening van een VIB van de verzoeker ook een eerste interview af. De Vreemdelingenwet stelt in Artikel 48/9 dat de verzoeker de mogelijkheid moet hebben om op omstandige en precieze wijze in een vragenlijst de elementen aan te brengen waaruit zijn bijzondere procedurele noden blijken. Bij aanvang van het interview wordt aan de verzoeker gevraagd of er medische of psychische omstandigheden zijn die de deelname aan het gehoor bij het CGVS of de verzoekprocedure kunnen bemoeilijken. Tevens wordt er gepeild of men een voorkeur heeft voor het geslacht van de interviewer (*protection officer*) en de tolk, de aanwezigheid van echtgeno(o)t(e) tijdens het interview bij het CGVS en de impact van een eventuele zwangerschap. Deze vragenlijst is veel beperkter dan de categorisering die gebeurt bij de registratie en heeft geen verdere gevolgen voor de latere toewijzing aan een opvangplaats.

Na de registratie van een VIB is het de dienst Dispatching van Fedasil die de eigenlijke toewijzing naar een opvangplaats regelt. Het ingevulde registratieformulier, met de indicatie van kwetsbaarheid zoals door DVZ ingeschat, wordt aan Dispatching overgemaakt. Ondanks dit voorbereidende werk, zal Dispatching op haar beurt personen opnieuw indelen in categorieën. Net zoals DVZ wordt er aldus gecategoriseerd, maar de onderverdeling die door Dispatching gemaakt wordt, is wel verschillend. In principe behoort iedereen tot de generieke doelgroep, tenzij Dispatching meerderjarige verzoekers en hun gezinsleden⁴³ toewijst aan een specifieke doelgroep, in het bijzonder de medische doelgroep of de doelgroep van kwetsbare vrouwen. Een toewijzing aan een specifieke doelgroep gebeurt wanneer bij een persoon meerdere specifieke noden vastgesteld worden die volgens Dispatching een aangepaste opvang vereisen. De identificatie van deze specifieke noden komt later in dit rapport ter sprake. De medische doelgroep wordt ruim ingevuld, met inbegrip van personen met een handicap, psychologische problemen, mobiliteitsproblemen en zwangerschap. Tot de doelgroep van kwetsbare vrouwen worden doorgaans alleenstaande moeders gerekend waarvan Dispatching vermoedt dat ze niet zullen kunnen gedijen binnen een collectieve opvangstructuur. Vergeleken met de indeling van DVZ, zijn de categorieën van Dispatching meer algemeen van aard. Hoewel heel wat kwetsbare categorieën die door DVZ worden geregistreerd ondergebracht kunnen worden in de opdeling van Dispatching, is er toch geen perfecte overlapping. De algemene categorieën van Dispatching verwijzen bijvoorbeeld niet naar hoge leeftijd (+65jaar), de aanwezigheid van minderjarige kinderen of het behoren tot een seksuele minderheidsgroep.

⁴³ Zoals eerder aangegeven, heeft dit onderzoek geen betrekking op niet-begeleide minderjarige verzoekers om internationale bescherming. Voor hen is een apart opvangtraject uitgewerkt waarbij Oriëntatie- en Observatiecentra in een eerste fase specifieke kwetsbaarheid inschatten.

Tijdens het opvangtraject is er nog een derde actor die een toewijzingsrol opneemt. De Regio's Noord en Zuid van Fedasil zijn namelijk bevoegd voor het toewijzen van een nieuwe opvangplaats in geval van transfers. Er kunnen verschillende aanleidingen zijn voor een transfer binnen het opvangnetwerk. Een transfer kan bijvoorbeeld doorgevoerd worden als disciplinaire maatregel of in het kader van het bekomen van een verblijfsstatuut, maar een transfer kan er ook op gericht zijn een opvangplaats te zoeken die beter aangepast is aan de specifieke noden van een persoon. Ongeacht de motivatie, dienen opvangstructuren die een transfer willen aanvragen gebruik te maken van een gestandaardiseerd formulier 'bijlage B – aanvraag tot wijziging / opheffing van de verplichte plaats van inschrijving'. Dit document weerspiegelt hoe kwetsbaarheid gedefinieerd wordt door de Regio's en hoe kwetsbare personen ingedeeld worden. Aanvankelijk werd in het formulier niet expliciet verwezen naar de algemene notie van kwetsbaarheid en werd er alleen uitdrukkelijk aandacht besteed aan medische noden. Bij een transferaanvraag met een medische problematiek moet een aanvullende checklist meegestuurd worden. De checklist bestaat uit verschillende labels die de medische en psychische noden van een persoon in kaart brengen, gaande van de mobiliteit van een persoon tot diens capaciteit om autonoom te leven⁴⁴. Specifieke noden van kwetsbare personen die geen medische problemen betreffen, kunnen in de vrije ruimte voor opmerkingen aangegeven worden. In 2016 werd aan bijlage B een luik toegevoegd dat wel expliciet naar kwetsbaarheid peilt. Dit luik wordt in principe enkel ingevuld bij een transfer in het kader van een transitie na het bekomen van een verblijfsstatuut. Het kwam tot stand naar aanleiding van de opstart van een specifiek project van Caritas International voor de transitie van kwetsbare personen, dat verder besproken wordt in de sectie over zorg. Opvangstructuren kunnen verschillende categorieën aanvinken, die onderverdeeld zijn in twee types. Een persoon wordt als kwetsbaar beschouwd als één categorie van 'type 1' (medische, psychologische of zware sociale problematiek) van toepassing is, bijvoorbeeld een handicap, of twee categorieën van 'type 2' (sociale problematieken), bijvoorbeeld sociaal isolement en analfabeet. Hoewel sommige categorieën van kwetsbaarheid zoals voorzien in de Opvangwet niet vermeld worden (zoals bijvoorbeeld slachtoffers van mensenhandel), is het interessant te constateren dat er ook een uitbreiding is ten opzichte van deze categorieën. Zo wordt verwezen naar taalkundig isolement, het ontbreken van een sociaal netwerk, analfabetisme, versnelde erkenning of weinig levenservaring⁴⁵, als categorieën van kwetsbaarheid. Op basis van de medische checklist of de rubriek over kwetsbaarheid in Bijlage B wordt een onderscheid gemaakt tussen personen die specifieke opvangnoden hebben en zij voor wie een generieke opvang volstaat. Er wordt aldus opnieuw een dichotoom onderscheid gemaakt tussen specifieke 'kwetsbare' en generieke 'niet-kwetsbare' personen.

Samengevat stellen we vast dat de categoriale benadering van wie kwetsbaar is en wie niet, de rode draad vormt die actoren betrokken bij de toewijzing van een opvangplaats met elkaar verbindt. Onderling deelt men kwetsbare en niet-kwetsbare personen echter niet op dezelfde manier in. Terwijl DVZ tien verschillende categorieën hanteert, beperken Dispatching en de Regio's zich hoofdzakelijk tot een meer algemene dichotome categorisering tussen generiek en specifiek. Opvallend bij de onderverdeling is vooral de sterke nadruk op medische noden (ruim gedefinieerd) voor de toewijzing aan een specifieke kwetsbare categorie. In de volgende paragraaf contrasteren we hoe actoren die eigenlijke opvang voorzien op hun beurt kwetsbaarheid definiëren en er invulling aan geven. Hieruit blijkt dat zij kwetsbaarheid op een andere manier benaderen, wat belangrijke gevolgen heeft voor wie als kwetsbaar geïdentificeerd wordt en wie niet.

⁴⁴ Naar aanleiding van de introductie van Match-IT werden de labels van de medische checklist veranderd. De *labeling* van Match-IT werkt uitsluitend met specifieke opvangnoden (bijvoorbeeld beperkte mobiliteit), terwijl sommige oudere labels ook medische toestanden registreerden (in het bijzonder handicaps, zoals visuele beperking, gehoorbeperking, ...). Bijgevolg moeten actoren die labels toekennen de toestand van een persoon herformuleren in termen van de specifieke opvangnoden die hieruit voortvloeien.

⁴⁵ Het betreft jongeren van 18 tot 21 jaar, ex niet-begeleide minderjarige asielzoekers, tienermoeders.

Opvang: bedreigende en beschermende factoren

We constateerden in deze studie dat de term kwetsbaarheid niet consistent gebruikt wordt. Sommige terreinmedewerkers lijken de term te willen vermijden omwille van de negatieve bijklank die zij menen dat de term heeft en het stigmatiserende effect die de term kan hebben op de zelfwaarde van een persoon.

“MAAR ALS JE ZEGT DEZE PERSOON IS KWETSBAAR, JA MAAR DAN DOE JE DAAR WEL IETS. WEET JE, DIE WORDT WEL EEN HEEL ZWAK FIGUUR EN DIE GAAT ZICH MISSCHIEN NOG ZWAKKER VOELEN. MAAR JE HEBT EEN PERSOON IN EEN SITUATIE EN OP DAT MOMENT IS DAT HEEL RISICOVOL. DAT HEEFT EEN NEGATIEVE IMPACT OP DIE PERSOON [...]. DEZE PERSOON VOELT DAT OOK. VOOR WAT AANZIEN ZE MIJ.”

Andere terreinmedewerkers menen dat het moeilijk zou zijn om in de praktijk een grens te trekken tussen wie kwetsbaar en niet-kwetsbaar is. Herhaaldelijk gaven de bevroagde terreinmedewerkers aan dat alle verzoekers in zekere zin kwetsbaar zijn.

“HOEVEEL DOSSIERS ZIJN ER KWETSBAAR? JA, ALLEMAAL. DE ENE DOET HET BETER EN GAAT ER BETER MEE OM EN DE ANDERE HEEFT HET ER MOEILIJKE MEE MAAR EIGENLIJK ZIJN DIE ALLEMAAL KWETSBAAR. ZE HEBBEN ALLEMAAL EEN VLUCHTVERHAAL. ZE ZIJN ALLEMAAL MET EEN REDEN OP DE VLUCHT GESLAGEN EN MET EEN REDEN HIER.”

Deze bevinding sluit aan bij de visie van UNHCR die stelt dat personen die om internationale bescherming verzoeken per definitie kwetsbare personen zijn, daar mensen die hun thuis en vertrouwde omgeving verlaten, geconfronteerd worden met een aantal moeilijke uitdagingen. Tezelfdertijd echter werd door terreinmedewerkers vaak gewezen op de ‘veerkracht’ van verzoekers. Het feit dat personen erin geslaagd zijn de reis naar België af te leggen, zou net getuigen van hun capaciteiten.

“DAT ZIJN GEEN ZWAKKE MENSEN ALS JE DIE TOCHT HEBT KUNNEN MAKEN, DAN BEN JE WEL STERK, DUS OOK NIET BEHANDELEN ALS KINDEREN.”

Hoewel kwetsbaarheid als term door sommige terreinmedewerkers vermeden wordt, betekent dit echter niet dat ze alle begunstigden van de opvang over dezelfde kam scheren. Er worden wel degelijk onderlinge verschillen ervaren, maar men spreekt dan eerder over ‘moeilijke’ in plaats van kwetsbare dossiers. Een individuele benadering van personen staat voorop. Er wordt niet nagegaan in hoeverre bepaalde personen passen binnen de kwetsbare doelgroepen die door de Opvangwet onderscheiden worden, maar men lijkt er in de praktijk de voorkeur aan te geven om de individuele situatie van een persoon te bekijken om te evalueren wat er moeilijk loopt.

“IK HEB TOCH VAAK HET GEVOEL DAT MENSEN IN HOKJES WORDEN GESTOKEN TERWIJL HET EIGENLIJK NIET ZO SIMPEL IS. EN DAN KRIJGEN WIJ VAAK HET VERWIJT: ‘JJ VINDT IEDEREEN EEN SPECIAAL GEVAL’, MAAR HET WERKT OOK NIET ZO.”

“IK WEET NIET OF WE EEN SOORT SELECTIE MOETEN MAKEN TUSSEN KWETSBARE MENSEN OF NIET OMDAT [...] WE WERKEN MET EEN POPULATIE DIE NOODZAKELIJKERWIJS VEEL HEEFT GELEDEN.”

Eerder dan een categoriale benadering van kwetsbaarheid, trachten terreinmedewerkers te kijken naar ‘factoren’ die personen kwetsbaar kunnen maken. Naast ‘bedreigende’ factoren, identificeerden de bevroagde terreinmedewerkers ook factoren die personen in de opvang kunnen ‘beschermen’ tegen moeilijkheden die ze doormaken. Toch lijkt het voor sommige terreinmedewerkers niet vanzelfsprekend om deze beschermende factoren aan te kaarten.

“IK VIND ALS IEMAND HEEL KWETSBAAR VOOR U ZIT EN JE GAAT DAN OVER COMPETENTIES BEGINNEN DAN SLUIT JE OOK NIET ECHT AAN.”

Terreinmedewerkers gaven heel verschillende factoren aan die personen binnen de opvang kwetsbaar kunnen maken. Er werd het meest verwezen naar persoonlijke factoren die een bedreiging kunnen vormen voor de fysieke en psychische gezondheid van een persoon. Zoals gezegd, staat de medische situatie ook centraal bij actoren die de toewijzing doen, in het bijzonder een handicap of een acute ziekte. Terreinmedewerkers blijken echter ook factoren als jongvolwassenheid, analfabetisme, verslaving en verschillende sociale factoren mee te nemen bij hun evaluatie van de individuele situatie van personen.

“EEN KWETSBAARHEID DIE IK NU TEGENKOM, DAT IS EEN FAMILIE WAAR DE MAN ONGELETTERD IS, HIJ SPREEKT ALLEEN ARABISCH. WE GEBRUIKEN ZIJN TELEFOON OM TE COMMUNICEREN, HET BEGINT TE GAAN, MAAR HET IS ERG MOEILIK EN VOOR HET CULTURELE ASPECT, ZIJN VROUW IS MEER GECULTIVEERD DAN HIJ, DUS ZORG IK ERVOOR DAT ZIJN VROUW AANWEZIG IS WANNEER IK IETS UITLEG, MAAR DE DAME IS ER NIET ALTIJD, WE HEBBEN NIET ALTIJD EEN TOLK BIJ DE HAND.”

“ELKE ASIELZOEKER IS OP ZIJN OF HAAR EIGEN WIJZE KWETSBAAR. ZO ZIJN ALLEENSTAANDE MANNEN SOCIAAL MINDER SNEL GEÏNTEGREERD EN BLIJKEN ZE VAAK EENZAMER. ZIJ NESTELN ZICH VAKER BINNEN KRINGEN VAN ASIELZOEKERS UIT HUN LAND, STREEK OF WERELDDEEL OMDAT ZIJ ANDERS TELKENS ALLEEN STAAN. DIT STAAT EEN DEGELIJKE INTEGRATIE DANIG IN DE WEG MAAR BIEDT TEGELIJK ONDERSTEUNING VOOR DE ASIELZOEKER. BIJ GEZINNEN ZIE JE DAT SCHOOL, KINDEREN, BUREN SNELLER CONTACT VEROORZAKEN WAARDOOR DE INTEGRATIE SNELLER VERLOOPT. DIT IS ZEKER EEN GROTE ZWAKTE VAN ALLEENSTAANDEN/STERKTE VAN GEZINNEN. DOORGAANS WORDT EEN GEBREK AAN KENNIS VAN NEDERLANDS ALS GROOTSTE KWETSBAARHEID ERVAREN BIJ ZOWEL ALLEENSTAANDEN ALS GEZINNEN. HIERDOOR MISSEN ZE VEEL BELANGRIJKE INFORMATIE BIJVOORBEELD ROND STUDIES VAN DE KINDEREN OF JOBORIËNTATIE EN RAKEN ZE SNELLER ACHTEROP IN ONZE MAATSCHAPPIJ. HET BELEMMERT HEN BOVENDIEN IN HUN DAGELIJKS CONTACT EN ZORGT HIERDOOR VOOR EEN VICIEUZE CIRKEL.”

De bevroagde terreinmedewerkers beklemtoonden ook dat de kwetsbaarheid van een persoon gecontextualiseerd moet worden. De kwetsbaarheid van een persoon moet beoordeeld worden ‘in het licht van’ of ‘in de context van’ de specifieke situatie waarin hij/zij zich bevindt. Kwetsbaarheid is aldus geen eenvoudig kenmerk van een persoon dat men zomaar kan identificeren. Eenzelfde persoon kan in andere omstandigheden plots kwetsbaar worden. Zo kan de verandering van context bij de overgang van een collectief opvangcentrum naar een LOI, volgens terreinmedewerkers, een grotere kwetsbaarheid teweeg brengen.

“HET IS ALTIJD EEN KWETSBAARHEID IN HET LICHT VAN TRANSITIE NAAR AUTONOMIE [...]”

“IK DENK DAT ER EEN DUBBELE KWETSBARHEID IS IN DIE ZIN DAT DE PERSOON IN HET CENTRUM KWETSBAR IS EN WANNEER HIJ HET CENTRUM VERLAAT, OF HIJ NU ERKEND IS ALS VLUCHTELING OF IN DE ILLEGALITEIT TERECHT KOMT. ER ZIJN GEEN MAATREGELEN, OF NIET VEEL, WIL IK ZEGGEN. EEN SYRISCH GEZIN DAT VIER MAANDEN IN EEN CENTRUM VERBLEEF EN DIE VOOR 2 MAANDEN IN EEN LOI TERECHT KOMT EN DAN EEN WONING BETREKT IN SCHAARBEEK, VALT TEN PROOI AAN ALLES, VAN ZWARTWERK, MENSENHANDEL, VEEL DINGEN EIGENLIJK. ZE IS KWETSBARDER ALS ZE UIT HET CENTRUM KOMT DAN WANNEER ZE IN HET CENTRUM VERBLIJFT.”

Of een persoon kwetsbaar is of niet, hangt dus voor een groot deel af van de situatie waarin hij/zij zich bevindt. Ook andere materiële factoren verbonden aan de procedure of opvang kunnen de kwetsbaarheid van een persoon beïnvloeden. Wat de procedure betreft, werd vaak verwezen naar de lange duur en de grote onzekerheid die ermee gepaard gaat. Wat betreft de wijze waarop de opvang georganiseerd is, hadden terreinmedewerkers het onder andere over de ligging van een opvangstructuur, de grootte van opvangstructuren en de voorzieningen in en rond de opvangstructuur. Bepaalde opvangstructuren liggen immers eerder in afgezonderde, kleine dorpen die veraf gelegen zijn van steden en van bepaalde faciliteiten en diensten zoals openbaar vervoer of externe hulpverleningsdiensten. Dit kan een negatieve invloed hebben op bijvoorbeeld de mogelijkheden van bewoners om een sociaal netwerk uit te bouwen. Ook grote, collectieve opvangstructuren met weinig mogelijkheden tot privacy, een gebrek aan individuele ruimtes en waar veel lawaai is, kan de kwetsbaarheid van bepaalde bewoners, bijvoorbeeld personen met mentale stoornissen, vergroten.

“IK ZEG DAT OOK VAAK TEGEN BEWONERS VAN HOE LANG HET NU OOK AL DUURT, HET IS EN BLIJFT IETS TIJDELIJK. DIT IS NIET UW LEVEN. DIT IS UW LEVEN EVEN ‘ON HOLD’ OP DEZE SITUATIE MAAR DAT GAAT OOI VERANDEREN.”

“ZE WORDEN NIET AANZIEN ALS VOLWAARDIGE BURGERS. DAT IS GEWOON ZO. EN DAT VOELEN ZE OOK, ALS JE DAT TWEE JAAR LANG MOET VOELEN. DAAR ZOU JE WEL EENS KWETSBAR VAN KUNNEN WORDEN.”

“JA EN INDERDAAD IEDERE KEER ALS DIE WEER ERGENS ANDERS NAARTOE MOETEN. DIE VERLIEZEN IEDERE KEER OPNIEUW HUN IDENTITEIT.”

Door de wijze waarop terreinmedewerkers kwetsbaarheid invullen, lijkt de kwetsbaarheid van een persoon gradueel en veranderlijk te zijn. Afhankelijk van de balans tussen de ‘bedreigende’ en ‘beschermende’ factoren kan een persoon gedurende de opvang namelijk meer of minder kwetsbaar worden. Daarnaast verschijnt kwetsbaarheid als een multidimensionale en complexe toestand waarbij een reeks uitdagingen elkaar kunnen versterken. Iemand kan bijvoorbeeld tegelijk zwanger zijn, over een beperkt sociaal netwerk beschikken en tevens de zorg van kleine kinderen op zich moeten nemen. Dergelijke situaties zijn dusdanig uniek dat de bevraagde terreinmedewerkers het dan ook moeilijk vonden om over kwetsbare personen in het algemeen te spreken.

“VOOR ELKE VERSCHILLENDE KWETSBARHEID ZIJN ER OOK VERSCHILLENDE GRADATIES. HET HANGT ER DUS VAN AF WAT HET MEEST URGENTE GEVAL IS OF WAT DE MEEST ERNSTIGE MOEILIKHEID IS OM TE BEHANDELEN. IK WEET HET NIET, HET IS MOEILIK OM EEN ALGEMEEN DISCOURS TE HOUDEN OVER WELKE CATEGORIE HET MEEST NODIG ZOU HEBBEN, HET HANGT ERVAN AF.”

Onderstaande figuur is een samenvatting van factoren die door de bevroagde terreinmedewerkers vermeld werden omdat ze een impact kunnen hebben op het leven van personen binnen de opvang, zowel in positieve (beschermende factoren), als in negatieve (bedreigende factoren) zin. Bepaalde van deze factoren hebben eerder betrekking op de fysieke en psychische gezondheid van een persoon, anderen hebben eerder betrekking op het ruimere welzijn, terwijl er ook factoren zijn die betrekking hebben op de materiële organisatie van de opvang en de procedure. Het gaat hier niet om een lijst van verschillende kwetsbare doelgroepen, maar wel om factoren die personen individueel in een situatie van kwetsbaarheid kunnen doen belanden of er net tegen beschermen. Zo leidt het behoren tot een seksuele of religieuze minderheid niet automatisch tot kwetsbaarheid, maar het kan volgens terreinmedewerkers wel een factor zijn die meespeelt. Het gaat tevens niet om een lijst van specifieke opvangnoden, omdat er op vele verschillende wijzen een antwoord kan geboden worden op de kwetsbaarheid die zich aandient.



Conclusie

In deze paragraaf werd onderzocht hoe kwetsbaarheid in de praktijk gedefinieerd wordt. Samengevat kunnen we stellen dat kwetsbaarheid in de opvangpraktijk uiteenlopende definities kent.

	REGISTRATIE EN TOEWIJZING			OPVANG
	DVZ	Dienst Dispatching Fedasil	Regio's Fedasil	
Definitie	Categoriaal – Doelgroepen Specifieke procedurele noden	Categoriaal - Doelgroepen	Categoriaal - Doelgroepen	Multidimensionaal - Individuen
Indeling	'minderjarigheid', '+65 jaar', 'zwangerschap', 'medische problemen', 'psychologische problemen', 'met minderjarig(e) kind(eren)', 'alleenstaande vrouw', 'slachtoffer mensenhandel', 'LGBTI', 'slachtoffer geweld (fysiek, psychologisch, seksueel)', 'erg kwetsbare personen'	Medische doelgroep Kwetsbare vrouwen Generieke doelgroep	Medische doelgroep Kwetsbare vrouwen Kwetsbare transitie Generieke doelgroep	Individuen met bedreigende en beschermende factoren

Actoren die betrokken zijn bij de toewijzing aan een opvangplaats lijken in essentie een categoriaal begrip te hebben waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen aparte kwetsbare doelgroepen. Dit komt overeen met de wijze waarop binnen de Opvangwet over kwetsbare categorieën gesproken wordt. Op het terrein daarentegen benadert men kwetsbaarheid als een individuele situatie die voortvloeit uit de balans tussen beschermende en bedreigende factoren. Dergelijke benadering houdt in dat individuen niet in doelgroepen ingedeeld worden en dat de kwetsbaarheid van elke persoon afzonderlijk benaderd wordt.

Het verschil in definitie heeft belangrijke consequenties voor wie als kwetsbaar gezien wordt. Het gebruiken van categoriale definities betekent niet dat dezelfde indeling in kwetsbare doelgroepen gemaakt wordt. Voor DVZ is een persoon die ouder is dan 65 jaar bijvoorbeeld kwetsbaar, terwijl dit niet het geval is voor de categorieën die de dienst Dispatching hanteert. Bovendien zijn er personen die binnen het opvangnetwerk als kwetsbaar gezien worden, maar die niet overeenkomen met de in de Opvangwet opgelijste categorieën van kwetsbare personen, zoals bijvoorbeeld analfabeten, LGBTI of personen die behoren tot een religieuze minderheid.

2.3. Identificatie

Verschillende opvangactoren hanteren niet alleen een andere invulling van kwetsbaarheid, maar ze houden er ook eigen identificatiepraktijken op na. Of bewoners als kwetsbaar gezien worden, hangt dus niet alleen af van hun persoonlijke situatie, maar ook van de inschatting die opvangactoren maken. Kwetsbaarheid vaststellen vereist interpretatie en bijgevolg kunnen er steeds verschillende meningen bestaan over wie kwetsbaar is en waarom. Vandaar dat we in dit deel de vraag stellen hoe het proces van identificatie van kwetsbaarheid in de praktijk verloopt. Hieronder onderscheiden we hoe verschillende actoren op hun eigen manier kwetsbaarheid identificeren. We hernemen daarbij de indeling tussen actoren die betrokken zijn bij de toewijzing aan een opvangplaats en actoren die effectief opvang voorzien en hulp verlenen.

De vastgestelde identificatiepraktijken verschillen in drie opzichten. Ten eerste varieert het ‘tijdstip’ om kwetsbaarheid in te schatten. Men kan bijvoorbeeld op één of meerdere vaste momenten een inschatting maken, dan wel permanent de kwetsbare toestand evalueren. Ten tweede is er de vraag ‘wie’ over kwetsbaarheid beslist. Soms is dit slechts één persoon (een sociale begeleider, maatschappelijke werker, arts of psycholoog), maar het kan ook door meerdere personen in een (multidisciplinair) overleg gebeuren. Ten derde is er het vraagstuk van de ‘wijze’ waarop kwetsbaarheid geïdentificeerd wordt en er vervolgens over gecommuniceerd wordt. Dit kan via geformaliseerde procedures verlopen met een standaardoutput (zoals labels) of er kan sprake zijn van een informele beoordeling en een eerder losse rapportage.

Toewijzing: onmiddellijke inschatting

Hieronder bespreken we hoe de categoriale definitie omtrent kwetsbaarheid in de praktijk gebracht wordt door actoren die betrokken zijn bij de toewijzing van verzoekers aan opvangplaatsen. Zij maken binnen een zeer kort tijdsbestek een onmiddellijke inschatting van de eventuele specifieke opvangnoden.

Dienst Vreemdelingenzaken

De identificatie van kwetsbaarheid en specifieke opvangnoden begint in de praktijk reeds bij DVZ. Naast administratieve en veiligheidsprocedures, wordt er een registratieformulier ingevuld met basisinformatie over de persoon, zoals identiteit, familie in België en informatie over gezondheidsproblemen of -klachten, alsook de categorieën van kwetsbaarheid die eerder beschreven werden. Volgens DVZ geven personen bij de vraag naar gezondheidsproblemen vaak zelf aan of er psychologische problemen zijn of hebben ze certificaten of medische attesten bij. Bij de registratie kan er, indien nodig, gebruik gemaakt worden van een tolk. Bij het invullen van het registratieformulier kunnen meestal enkel opvallende zichtbare noden en kwetsbaarheden die een persoon vertoont of zelf vermeldt, opgemerkt worden. De registratie verloopt snel en neemt hoogstens tien minuten in beslag. In het geval dat een persoon ‘erg kwetsbaar’ geacht wordt, tracht DVZ de registratie van het VIB op één dag af te ronden. Zo niet, verblijven personen tijdelijk in de pre-opvang in het opvangcentrum ‘Béjar’ van Samusocial en worden ze later uitgenodigd om hun verzoek tot internationale bescherming te vervolledigen en in te dienen.

Naast de registratie wordt er door DVZ ook een interview afgenomen van verzoekers en hun gezin. De Cel Kwetsbaarheid van DVZ staat in voor de interviews van personen die, op basis van de registratie, als kwetsbaar werden geïdentificeerd. Hierbij wordt onder meer rekening gehouden met het geslacht van de tolk en de interviewer, of met de mobiliteit van de verzoeker (bijvoorbeeld toegankelijkheid van het lokaal). Erg kwetsbare

personen genieten voorrang en kunnen in principe op de dag van hun eerste aanmelding hun VIB zowel registreren als indienen en er wordt meteen van hen een interview afgenomen. Voor andere personen kan het soms even duren alvorens een interview wordt afgenomen. Zoals eerder gesteld, wordt voorafgaand aan het interview gepeild naar eventuele procedurele noden. Het interview bestaat uit twee delen: de identificatie van een persoon, zijn familie in Europa en zijn vluchtverhaal enerzijds en een voorbereidende vragenlijst voor het CGVS, onder meer over de vrees van de verzoeker en problemen met de autoriteiten anderzijds. De medewerkers van de Cel Kwetsbaarheid zijn opgeleid in interviewtechnieken voor het interviewen van minderjarigen en kwetsbare personen. Indien een interviewer die geen deel uitmaakt van deze cel tijdens een interview vaststelt dat de verzoeker in kwestie toch kwetsbaar is, wordt contact opgenomen met de Cel Kwetsbaarheid. Indien er nog niet geregistreerde opvangnoden vastgesteld worden tijdens het interview, wordt Fedasil op de hoogte gebracht door DVZ. Aan verzoekers worden in geval van (vermoeden van) specifieke noden informatiebrochures meegegeven, met name rond mensenhandel, gender en minderjarigheid. Voor mensenhandel neemt de Cel Kwetsbaarheid contact op met de gespecialiseerde dienst MINTEH⁴⁶ van DVZ, die aan de verzoeker de juridische mogelijkheden kan komen toelichten.

Dienst Dispatching Fedasil

De dienst Dispatching van Fedasil ontvangt van DVZ het registratieformulier van de verzoeker, met hierop de informatie over de vermoedelijke of aangetoonde kwetsbaarheid. Met deze informatie kan rekening gehouden worden bij de toewijzing van een opvangplaats. Daarnaast beschikt de dienst Dispatching ook over twee eigen kanalen om kwetsbaarheid te identificeren.

Ten eerste ondergaat elke verzoeker op het moment van de registratie van zijn aanvraag een eerste screening bij de medische dienst van Dispatching. In principe wordt van iedereen een longfoto (thorax-radiografie) genomen om te kunnen controleren op tuberculose⁴⁷ en wordt men gevaccineerd⁴⁸. Voor vrouwen die aangeven dat ze zwanger zijn, of voor personen die recent een longfoto of vaccinatie hebben gehad, kan hiervan afgeweken worden. Deze screening gebeurt vooral in het kader van de bescherming van de volksgezondheid. Voor verzoekers die door DVZ als kwetsbaar gecategoriseerd werden, volgt vervolgens een kort medisch onderzoek. Ook indien DVZ geen kwetsbaarheid vermeldt, kan de medische dienst overgaan tot een medisch onderzoek van de verzoeker, bijvoorbeeld indien er zichtbare indicaties zijn van kwetsbaarheid of wanneer de verzoeker medische informatie geeft die bij de registratie nog niet werd meegedeeld. Tijdens het kort medisch onderzoek probeert het verpleegkundig personeel ‘alle informatie die men kan bekomen’ te verzamelen. Er wordt niet gewerkt met een vaste checklist. Men onderzoekt medische noden die onmiddellijke medische zorg vereisen en die direct door een verpleger kunnen gedaan worden, zoals glycemie (suikerspiegel) en bloeddruk bepalen. De ruimte om dit onderzoek te doen, is slechts afgescheiden van het publiek via een verplaatsbaar kamerscherm, wat volgens het bevroegde medisch personeel het onderzoek bemoeilijkt. Tijdens het medisch onderzoek worden ook vragen gesteld die peilen naar psychologische problemen. Ook hier wordt niet gewerkt met een standaardvragenlijst. Verder is de ruimte volgens de medewerkers van de medische dienst onvoldoende afgescheiden om op private vragen te antwoorden. Er worden geen vragen gesteld over gevoelige thema's omdat er geen tijd is om hierop in te gaan. Het gebrek aan tolken tijdens het medisch onderzoek en de snelheid waarmee het medisch onderzoek afgenomen moet worden, worden tevens als een groot probleem ervaren door het verpleegkundig personeel. Wanneer na een medisch onderzoek blijkt dat een persoon ernstige medische noden heeft die niet door DVZ opgemerkt werden, kan alsnog overgegaan worden tot een afhandeling van de registratie en indiening van het VIB op de dag van de

⁴⁶ De dienst MINTEH hangt af van het Bureau Asiel bij de DVZ. Deze dienst is verantwoordelijk voor het onderzoek en de opvolging van de dossiers van NBMV die geen asiel aanvragen. Het stelt ook signalementfiches op voor alle NBMV die zich, in het kader van een asielaanvraag, spontaan bij de DVZ aanmelden.

⁴⁷ Er wordt geen radiografie genomen voor zwangere vrouwen, personen in een rolstoel en kinderen jonger dan 5 jaar.

⁴⁸ Vaccinatie tegen mazelen – bof – rubella (MBR) en tegen difterie – tetanus – kinkhoest (DiTePer). Verzoekers afkomstig uit Afghanistan, Pakistan, Congo, Nigeria en Syrië ontvangen op het moment van het onderzoek ook een poliovaccinatie.

eerste aanmelding. Anders zal de persoon tijdelijk opgevangen worden in de pre-opvang. Het gebeurt regelmatig dat de medische dienst op basis van zijn onderzoek aanbeveelt om over te gaan tot een volledige indiening van het VIB op de dag van eerste aanmelding, bijvoorbeeld omwille van psychologische noden, kanker of een spoedgeval⁴⁹. DVZ zal in haast alle gevallen de aanbeveling van de medische dienst volgen. De medische dienst noteert eventuele gezondheidsproblemen, behandeling en testresultaten (zoals bloeddruk) op een papieren medische fiche die aan de (pre-)opvangstructuur overgemaakt wordt. De medische dienst heeft ook de taak om de verkregen persoonsinformatie te ‘vertalen’ in labels waarmee rekening gehouden moet worden bij de toewijzing van een opvangplaats. Met de introductie van Match-IT werd een lijst van 12 labeltypes ingevoegd, waarvan er 5 betrekking hebben op de infrastructuur van de opvangplaats en 7 op de dienstverlening. Het gaat om labels die het aangepaste karakter van de infrastructuur en dienstverlening moeten uitdrukken. Onderstaande tabel biedt een overzicht, met enkele concrete voorbeelden. De klemtoon van de labels ligt bij de medische en psychologische situatie van de persoon⁵⁰.

LABEL	VOORBEELD
Type Infrastructuur (TYP)	TYP 7 = kamer voor één persoon
Infrastructuur van centrum en / of kamer (INFRA)	INFRA 2 = individuele wc (voor een alleenstaande of één familie)
Keuken (KIT)	KIT 4 = levering maaltijden aan huis mogelijk
Lokalisatie opvangplaats tov. (gespecialiseerd) ziekenhuis / zorg (LOC)	LOC 5 = snelle toegang tot ziekenhuis met dialyseafdeling
Mobiliteit (MOB)	MOB 1 = beperkte mobiliteit
Autonomie (AUT)	AUT 2 = huishoudelijke hulp nodig 1 x per dag
Dagelijkse hulp (CARE)	CARE 2 = hulp nodig bij wassen en kleden 1 à 2 x / dag
Medische zorg (MEDCARE)	MEDCARE 2 = thuisverpleging 2 x / week
Medische permanentie (MEDPER)	MEDPER 1 = aanwezigheid verpleegkundige tijdens de werkuren
Algemene permanentie (PER)	PER 1 = telefonische permanentie tijdens de werkuren
Psychologische problemen met zwaar disfunctioneren (PSY)	PSY 1 = ambulante psychische begeleiding buitenhuis
Sociale begeleiding (SOC)	SOC 3 = de maatschappelijk werker komt dagelijks langs

Voor de toekenning van een label dient het verplegend personeel de verkregen persoonsinformatie (bijvoorbeeld chronische hoofdpijn) om te zetten in één van de vooraf gegeven labels. De medische dienst van Dispatching geeft aan dat deze labels in sommige gevallen onvoldoende specifiek zijn. Zo omvat het label waarmee men beperkte mobiliteit uitdrukt (label MOB 1) een grote verscheidenheid aan situaties: krukken, prothese, visuele beperking en beperkte mogelijkheid tot fysieke inspanningen wegens een andere medische aandoening. Niet elke opvangstructuur die aangeeft personen met het label MOB 1 te kunnen opvangen, is ook in staat om elk van de verschillende uitingen hiervan te kunnen helpen. Op basis van de toegekende labels kan een persoon ook aan één van de twee specifieke doelgroepen toegekend worden, de medische doelgroep of de doelgroep van kwetsbare vrouwen. Iedereen die tot een specifieke doelgroep behoort, heeft één of meerdere labels, maar niet iedereen met specifieke labels behoort echter tot een specifieke doelgroep. Om tot een specifieke doelgroep gerekend te worden moet een persoon

⁴⁹ Andere redenen zijn mobiliteitsredenen, nood aan een aparte kamer (bijv. omwille van immuniteitsstoornis) die niet in de pre-opvang kan gegeven worden.

⁵⁰ De huidige lijst van labels is grotendeels geïnspireerd op een bestaande lijst met medische labels die voor de introductie van Match-IT gebruikt werden bij de Medische dienst van Dispatching. Er werd één algemeen label voor sociale begeleiding aan toegevoegd. In de oude versie was er ook een afzonderlijk label ‘Handicap’, terwijl de huidige labeling vereist dat men nagaat welke specifieke noden voortvloeien uit een handicap.

meerdere specifieke labels hebben of een dermate ernstig probleem hebben (bijvoorbeeld terminaal ziek zijn). Zoals later nog aan bod komt, zijn opvangplaatsen ook ingedeeld in specifieke en generieke plaatsen. Personen die behoren tot een specifieke doelgroep krijgen voorrang bij de toewijzing aan een specifieke opvangplaats.

Een tweede kanaal voor de identificatie van kwetsbaarheid door de dienst Dispatching is het persoonlijke contact dat het ‘team toewijzingen’ van Dispatching met verzoekers heeft. Elke persoon wordt voor de toewijzing aan een opvangplaats twee keer gezien. Op de dag van het indienen van het VIB is er een eerste persoonlijk contact tussen een maatschappelijk werker van Dispatching en elke verzoeker. Dit contact vindt plaats in de wachtkamer, zonder mogelijkheid tot een vertrouwelijk privaat gesprek. Als er geen contacttafel is, ondanks de meertaligheid van een groot aantal medewerkers van de dienst, kan er eventueel gebruik gemaakt worden van tolken die ter beschikking gesteld worden door DVZ en bij uitzondering van telefoontolken van Brussel Onthaal. Er is geen standaard verloop van het gesprek. Voor de medewerker van Dispatching is het een aanleiding om informatie te geven aan de verzoeker (bijvoorbeeld over de toewijzing aan een opvangplaats en de consequenties als men afziet van de mogelijkheid tot opvang). Tevens vormt deze ontmoeting voor de medewerker de gelegenheid om eventuele kwetsbaarheden die noch door DVZ noch door de medische dienst werden opgepikt, te identificeren. Wanneer Dispatching een opvangplaats heeft toegewezen, volgt er een tweede persoonlijk contact. Het hoofddoel van dit tweede contact is personen de toewijzingsdocumenten te overhandigen, te laten ondertekenen en uitleg te geven over de verplaatsing naar het opvangcentrum. Het is echter ook een finale controle of er gedurende de toewijzingsprocedure niets over het hoofd gezien werd. De identificatie van kwetsbaarheden op beide momenten verloopt ad-hoc. Als het personeel van Dispatching bepaalde situaties vaststelt die op kwetsbaarheid kunnen wijzen, bijvoorbeeld analfabetisme, kan dit vaak niet direct vertaald worden in een gepast label, aangezien de labels vooral medisch georiënteerd zijn. De nadruk bij Dispatching ligt vooral op identificatie van de medische noden en men rekent erop dat een grondige kwetsbaarheidsscreening later in de toegewezen opvangstructuur zal gebeuren, waarna indien nodig een transfer voor een aangepaste plaats kan aangevraagd worden.

Beide kanalen om kwetsbaarheden te identificeren zijn doorgaans in de tijd gescheiden. Het medisch onderzoek vindt namelijk plaats op de dag van het registreren van het VIB, terwijl de persoonlijke contacten plaatsvinden op de dag van het indienen van het verzoek. Er kunnen tot drie weken tussen beide momenten zitten. Zoals eerder gesteld, kunnen personen in de tussentijd in de pre-opvang van Samusocial verblijven. Tijdens dit korte verblijf is het niet de bedoeling om een verder onderzoek naar eventuele kwetsbaarheden te doen. Toch kan het gebeuren dat bepaalde problemen zich plots manifesteren. Zo kan een verslavingsproblematiek bijvoorbeeld ongemerkt passeren bij DVZ en de medische dienst van Dispatching, maar wel tot uiting komen in de context van een verblijf in de pre-opvang. In dat geval bestaat de mogelijkheid om vanuit de medische dienst van Samusocial terug te koppelen naar de medische dienst van Dispatching om hiermee rekening te houden bij de toewijzing van een geschikte opvangplaats.

Regio Noord en Regio Zuid Fedasil

Tijdens het opvangtraject kan de opvangplaats die initieel door Dispatching werd toegewezen om verschillende redenen gewijzigd worden. Hiervoor is een transfer nodig. Sinds juni 2015 is de transferbevoegdheid, die voordien bij de dienst Dispatching lag, verschoven naar de respectievelijke Regio Noord en Regio Zuid van Fedasil. In tegenstelling tot de dienst Dispatching hebben de Regio's op geen enkel moment rechtstreeks contact met begunstigden van de opvang. Zij zijn voor informatie over personen afhankelijk van de opvangstructuren. De Regio's hebben de bevoegdheid om transferaanvragen te beoordelen en dienen aldus zelf geen transferaanvragen in. Elke Regio beschikt over een ‘plaatsbeheerder’ die transferaanvragen evalueert en plaatsen zoekt in het

opvangnetwerk. Indien een transferaanvraag omwille van medische redenen ingediend wordt, gebeurt de beoordeling en het zoeken naar een opvangplaats door medisch personeel van de Regio's. Een transferaanvraag kan ingediend worden door een opvangstructuur, maar begunstigden van de opvang hebben ook het recht om op eigen initiatief een transfer aan te vragen. Hiervoor kan men zich laten bijstaan door zijn/haar advocaat⁵¹. Volgens de Regio's wordt een transferaanvraag die niet gesteund wordt door de opvangstructuur zelden goedgekeurd. Tegelijk is het niet zo dat elke transferaanvraag ingediend door een opvangstructuur effectief door de Regio's goedgekeurd wordt. De Regio's moeten de richtlijnen van de hoofdzetel van Fedasil implementeren en hebben in hun controlerende functie relatief weinig discretionaire ruimte. Er zijn vijf types transfers: (1) transfer voor een aangepaste plaats, (2) transfer omwille van lang verblijf, (3) disciplinaire transfer, (4) transfer in het kader van de transitie en (5) transfer omwille van een hoge beschermingsgraad. Transfers voor een aangepaste plaats en omwille van lang verblijf hebben op hun eigen manier tot doel de kwetsbare positie van verzoekers te verbeteren. De rest van de transferopties heeft andere doelstellingen, wat echter niet betekent dat ze geen impact kunnen hebben op de kwetsbaarheid van verzoekers. De disciplinaire transfer maakt deel uit van een ruimer sanctiebeleid. De transfers in het kader van de transitie en de hoge beschermingsgraad hebben betrekking op het nieuwe opvangmodel en de fasering tussen collectieve en individuele opvang. De rol van transfers in het zorgtraject wordt later in dit rapport in detail besproken. Hieronder beperken we ons tot de formele regelgeving en de controle door de Regio's.

Ten eerste, transfers voor een aangepaste plaats worden mogelijk gemaakt door de Opvangwetgeving die in artikel 22 voorziet dat er voor het eerst binnen dertig dagen en nadien gedurende de rest van het verblijf permanent geëvalueerd wordt of de opvangplaats aangepast is aan de opvangnoden van de verzoeker. De wetgeving spreekt zich echter niet direct uit over welke concrete gronden in aanmerking komen voor de wijziging van de opvangplaats. Voor 2015 waren transfers voor een aangepaste plaats mogelijk op basis van medische gronden en familiehereniging (eerste graad). Ten gevolge van de grote instroom van bewoners in 2015-2016, werd een tijdelijk moratorium ingesteld op transfers voor een aangepaste plaats, met een uitzondering voor dringende medische noden. Dit moratorium werd opgeheven door twee nieuwe instructies betreffende een 'Transfer aangepaste plaats omwille van medische en andere redenen' (dd. 7 mei 2018). Met de nieuwe instructies worden bepaalde transfers voor een aangepaste plaats opnieuw mogelijk en is er ook sprake van bijkomende gronden voor een transfer. De criteria voor een aanvraag zijn voortaan ruimer en overstijgen de gebruikelijke invulling van kwetsbare doelgroepen. Zo worden naast familiehereniging, ook schooltaal, isolement, tewerkstelling en opleiding als mogelijke transfergronden aangeduid. Nieuw is ook dat de instructie stelt dat er in principe geen lijst met criteria kan opgesteld worden voor alle mogelijke situaties die een transfer wenselijk maken, hoewel toch nog steeds een lijst wordt meegegeven die situaties aangeeft die in aanmerking komen. Wat medische transfers betreft, werd de afgelopen jaren door de respectievelijke regionale medische cellen aan een lijst gewerkt van combinaties van medische labels die in aanmerking komen voor een medische transfer. De nieuwe instructie bepaalt dat medische transfers op elk moment in het opvangtraject aangevraagd kunnen worden op basis van een lijst van elf criteria, waaronder 'ernstige handicap' en 'toxicomanie'.

Ten tweede, transfers omwille van lang verblijf zijn voorzien in artikel 12 van de Opvangwet. Binnen de grenzen van de beschikbare opvangcapaciteit, kan een verzoeker na zes maanden in collectieve opvang vragen om naar individuele opvang getransfereerd te worden. De directies van de Regio's geven aan dat ze deze aanvragen in opdracht van de hoofdzetel sinds de opvangcrisis van 2015 steeds weigeren. Elke aanvraag die toch nog wordt ingediend, wordt door de Regio's wel onderzocht op eventuele andere gronden dan lang verblijf. Het systematisch afwijzen van dit type transferaanvragen heeft geleid tot zestien rechtszaken voor de Arbeidsrechtbank in 2017.

⁵¹ Als het niet-begeleide minderjarigen betreft, kan men zich laten bijstaan door de voogd.

Ten derde, disciplinaire transfers worden voorzien in artikel 45 van de Opvangwet⁵². Ze maken deel uit van een ruimere schaal van negen sanctiemogelijkheden waarover de opvangstructuur beschikt, te beginnen met een formele verwittiging die vermeld wordt in het sociaal dossier tot de definitieve uitsluiting van het recht op materiële hulp in een opvangstructuur. Een opvangstructuur kan een sanctie nemen als een bewoner inbreuk pleegt op het huishoudelijk reglement waarbij de rust en veiligheid in het gedrang dreigen te komen. Binnen de schaal van sanctiemogelijkheden staat de disciplinaire transfer op de zevende plaats en hij behoort tot de categorie van zwaarste sancties omdat de woonplaats van de bewoner wordt gewijzigd. Het is de directeur of verantwoordelijke van een opvangstructuur die de bevoegdheid heeft voor de transfer en de Regio's vervullen in principe een ondersteunende rol bij het zoeken naar een nieuwe opvangplaats⁵³. In tegenstelling tot de andere transfermogelijkheden werd ten tijde van de verhoogde instroom in 2015-2016 voor de disciplinaire transfer geen moratorium ingesteld.

Ten vierde, transfers in het kader van de transitie kaderen binnen het nieuwe opvangmodel dat sinds augustus 2016 in voege trad. Personen die een verblijfsvergunning verkregen hebben van meer dan drie maanden mogen een collectieve opvangplaats verlaten ten voordele van een individuele voorziening. Hiervoor dienen de collectieve centra evenzeer een transfer-aanvraag in te dienen. De Regio's vervullen daarbij een ondersteunende rol en zoeken naar de meest aangepaste plaats.

Ten vijfde, transfers in het kader van hoge beschermingsgraad, werden ingesteld via de instructie van 13 oktober 2016⁵⁴. Personen die behoren tot een nationaliteit waarvan de kans op een positieve beslissing van de verzoeksaanvraag 90% of meer betrof op het moment van het in voege treden van de instructie (Libië, Syrië en Burundi) mochten na vier maanden van een collectieve naar een individuele opvangplaats getransfereerd worden. Dit gebeurt niet automatisch en opvangcentra dienen hiervoor een transferaanvraag in. In feite vormt deze transfer een uitzondering op het nieuwe opvangmodel door personen de toestemming te geven, voor het bekomen van een beschermingsstatuut, reeds naar een individuele opvangplaats te verhuizen⁵⁵. In juni 2018 werd de instructie aangepast van een minimumtermijn van verblijf van 4 naar 2 maanden én een erkenningsgraad van 80% in plaats van 90%. Als gevolg hiervan wijzigde de lijst van nationaliteiten die in aanmerking kwamen voor vervroegde transfer naar een LOI.

⁵² Het Koninklijk Besluit van 15 mei 2004 betreffende de procedures voor ordemaatregelen, sancties en de behandeling van klachten van begunstigen van opvang werkt de procedureregels en bevoegde instantie verder uit. De Instructie 'Disciplinaire overplaatsing – criteria en procedure' (dd. 23 juli 2018) specificeert een richtinggevend kader voor de besluitvorming om over te gaan op een disciplinaire transfer.

⁵³ De Regio's kunnen evenwel besluiten om over te gaan op een zwaardere sanctie dan voorgesteld, zoals een tijdelijke uitsluiting.

⁵⁴ Instructie 'Transfer van de collectieve opvang naar een Lokaal Opvanginitiatief (LOI)) Toewijzing van asielzoekers met een hoge beschermingsgraad' (dd.13 oktober 2016).

⁵⁵ De instructie kan ook geïnterpreteerd worden als een gedeeltelijke verderzetting van het oude opvangmodel. Destijds konden personen die minstens 4 maanden in de collectieve opvang verbleven hadden, een aanvraag indienen voor een transfer naar een individuele opvang. Met deze instructie blijft deze mogelijkheid van kracht voor een specifieke groep, met name personen met een hoge beschermingsgraad.

Opvang: permanente evaluatie

Hieronder bespreken we hoe opvangstructuren identificeren of personen kwetsbaar zijn en specifieke opvangnoden vertonen. Daarbij maken we een onderscheid tussen collectieve opvangcentra en lokale opvanginitiatieven. Hoewel zij een gelijkaardige definitie van kwetsbaarheid hanteren, hebben zij andere identificatiepraktijken uitgebouwd.

Collectieve opvangcentra

Fedasil werkte voor verzoekers in collectieve opvangcentra een begeleidingstraject uit. Het traject stelt enkele algemene mijlpalen voorop om de identificatie van eventuele kwetsbaarheden te structureren⁵⁶. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een aankomstfase van één maand en de verblijfsfase, die de resterende tijd in het opvangcentrum betreft. Voor wat betreft de identificatie zijn er grote verschillen tussen deze fases vast te stellen. Vandaar dat we ze hieronder afzonderlijk bespreken. De aankomstfase heeft als belangrijke mijlpalen de intake en de evaluatie binnen één maand. Tijdens de verblijfsfase is er in principe een maandelijks update van het IBP voorzien, alsook een zesmaandelijks verslag. Wat opvalt, is dat de identificatie van kwetsbare personen en hun specifieke opvangnoden in de collectieve opvangcentra ondersteund wordt door verschillende medewerkers en instrumenten. Bovendien is de identificatie een continu en dynamisch proces.

De identificatie van kwetsbaarheid en specifieke noden is een tijdsintensieve aangelegenheid. In het eerste tussentijds rapport werd stilgestaan bij de vaststelling dat het hoog aantal begunstigden van de opvang in 2015 een weerslag had op de identificatiepraktijken in de opvangcentra. Uit tijdsgebrek werden procedures en instrumenten die hieronder besproken zullen worden, zoals maandelijks multidisciplinaire overlegmomenten of het consequent invullen van evaluatieverslagen, opgeschort of in gereduceerde vorm verdergezet. Deze vaststelling is van groot belang omdat de instroom van begunstigden van de opvang een grillig patroon kent en stabiliteit aldus eerder de uitzondering in plaats van de regel vormt. Tevens werd vastgesteld dat er tussen de collectieve opvangcentra grote verschillen kunnen bestaan in termen van identificatie van kwetsbaarheden. Hieronder presenteren we wat door alle centra in grote lijnen gedeeld wordt.

Aankomstfase

De collectieve centra worden geacht binnen vier dagen na aankomst met een bewoner een volledige intake te doorlopen, bestaande uit een praktisch onthaal bij aankomst (zoals toewijzen kamer en overhandigen toegangsbadge), een administratieve, sociale, procedurele en medische intake. De doelstelling van de intake is zowel bewoners op de hoogte te stellen van het reilen en zeilen van het centrum, alsook een eerste globaal beeld van hun persoonlijke situatie te krijgen. In de praktijk lijkt dit niet altijd even vlot te verlopen. Het moeten voltrekken van een intake binnen de 4 dagen wordt soms als problematisch ervaren door de bevraagde terreinmedewerkers, zeker wat betreft de sociale intake, en in het bijzonder op momenten met een verhoogde instroom. Maatschappelijk werkers of tolken zijn op deze korte termijn niet steeds beschikbaar. Sommige terreinmedewerkers vinden het ook beter om bewoners na aankomst eerst wat te laten 'acclimatiseren' alvorens meteen met hen hun situatie te overlopen, inclusief de identificatie van eventuele kwetsbaarheden. Bewoners zouden soms 'overdonderd' lijken en worden 'overstelp't met informatie, waardoor het moeilijk zou zijn om een kwaliteitsvol gesprek met hen te hebben.

⁵⁶ Andere opvangpartners ontwikkelden hun eigen manier van werken. Indien bewoners tijdens hun procedure tussen centra van verschillende operationele actoren verhuizen, kan dit dan ook moeilijkheden inzake dossieroverdracht opleveren, wat de voortgang van de begeleiding dreigt te bemoeilijken. Daarnaast is er ook aanzienlijke autonomie op het niveau van elk opvangcentrum om het standaardtraject in te vullen volgens de eigen mogelijkheden en beperkingen.

“WE KRIJGEN DAT OPGELEGD WANT ZEKER BINNEN DE 4 DAGEN MOETEN WE ZO EEN VERSLAG HEBBEN. VAN HET MOMENT DAT ZE BINNENKOMEN EN DAAR OP HET BUREAU ZIJN. DAT IS DAN WEER NIEUW VOOR HEN EN DAN MOET IK VRAGEN ‘DOE UW UITLEG MAAR EENS OPNIEUW’. IK VIND DAT GEWOON NIET KUNNEN. JE GEEFT EEN RONDLEIDING EN EEN ALGEMENE UITLEG OVER HET HUISHOUDELIJK REGLEMENT.”

Veel centra werken met een intakekaart, soms met pictogrammen, die de verschillende diensten opsomt waar de nieuwe bewoner binnen de eerste dagen op eigen initiatief moet langsgaan. Hoewel het hen niet steeds lukt om de desbetreffende diensten te vinden, is het volgens de terreinmedewerkers toch een goede manier om het centrum te leren kennen. Er lijkt tevens een overlap te zijn tussen verschillende aspecten van de intake (zowel administratief als sociaal en procedureel) en sommige medewerkers herhalen dezelfde informatie. Ook geven terreinmedewerkers aan dat het soms ontbreekt aan centrale coördinatie van de intake, waardoor nieuwe bewoners in de war kunnen geraken over wie juist waar verantwoordelijk voor is.

“ER ZIJN ER DIE ZO OVERDONDERD ZIJN DOOR AL DIE INFO EN DAN ZEGGEN WE ALS ER VRAGEN ZIJN DAN KOM JE TERUG. MAAR JA, JE MERKT DAT ALS ZE ZO AANKOMEN, DAT ZE DAN INEENS TEVEEL BINNENKRIJGEN, EN DAT ZE DAAR NOG NIET EENS DE HELFT VAN ONTHOUDEN.”

Naast het praktische onthaal ligt de klemtoon van een intake bij de medische screening die voor iedereen verplicht is. De bedoeling is om directe medische noden te identificeren zodat het centrum de nodige maatregelen kan nemen. Het betreft slechts een screening en er wordt geen grondig medisch en psychologisch onderzoek afgenomen. Vaccinaties die herhaling behoeven, kunnen worden toegediend en er is een opvolging van personen bij wie (een kans op) tuberculose vastgesteld werd.

De sociale intake, die vaak ook administratieve en procedurele aspecten omvat, is een eerste kennismaking met de maatschappelijk werker en omvat het verzamelen van basisinformatie, onder meer of men contactpersonen heeft in België die in geval van nood gecontacteerd kunnen worden. Vaak verloopt dit eerste gesprek op basis van een vaste reeks informatieve vragen die de maatschappelijk werker aan de nieuwe bewoner stelt.

“HOE GAAT HET MET HET EETPATROON OF MET HET SLAPEN, NEEM JE MEDICATIE VOOR IETS SPECIFIEK EN DAN: HOE VOELT U ZICH? DAT STAAT OP ÉÉN LIJST BIJ DE INTAKE. DAT IS EEN STANDAARDVRAGENLIJST BIJ DE INTAKE.”

“IK VIND HET BELANGRIJK DAT IK JE WAT BETER LEER KENNEN. DAT IK EEN AANTAL DINGEN OVER U TE WETEN KOM. IS HET GOED ALS IK U EEN AANTAL VRAGEN STEL. DAN KOMEN DE VRAGEN, DAN GEEF IK UITLEG EN DAN EINDIG IK MEESTAL MET DE REGELS VAN HET CENTRUM. DAAR SLUIT IK DAN MEESTAL MEE AF.”

De intake verschilt volgens het opvangtraject van de begunstigden. Zo zijn er personen die overgeplaatst zijn uit een ander centrum, omwille van disciplinaire redenen of omwille van een aangepaste plaats. Volgens de terreinmedewerkers stellen disciplinaire transfers bijzondere uitdagingen bij de intake. Sommige

terreinmedewerkers zijn van mening dat voor begunstigen een transfer uit een ander centrum doorgaans een negatieve ervaring is. Maatschappelijk werkers kennen vaak de details niet van wat er fout gelopen is in het vorige centrum, maar ervaren dat ze geconfronteerd worden met de gevolgen. Vandaar dat ze de intake moeten aanpassen, bijvoorbeeld door meteen achtergrondinformatie op te vragen bij het vorige centrum.

“EN ALS DIE START VAN HET FEIT ‘DAT IS HIER SLECHT’ EN SCHELDWOORDEN HIER EN DAAR, DAN ZEG IK, ‘KIJK WE ZIJN NU IN EEN ANDER CENTRUM, WAT IS GEBEURD, IS ERGENS ANDERS, WE STARTEN VAN NUL’. DAT IS ACHTERGRONDINFORMATIE EN WE BELLEN WEL EENS OOK OM TE WETEN HOE PAKKEN WE ZE AAN? WAT HEBBEN JULLIE AL GEDAAN OM DIE KALM TE KRIJGEN? ZO VAN DIE VRAGEN STELLEN WE DAN.”

De intake blijkt voor de bevraagde terreinmedewerkers vooral een moment te zijn om erg acute en zichtbare medische problemen te identificeren. Het is een moment van kennismaking dat, indien het goed verloopt, de basis moet leggen voor een toekomstige vertrouwensrelatie en de bewoner op de hoogte moet brengen van de werking van het centrum. De meeste centra gaan niet meteen over op de identificatie van kwetsbaarheid en gunnen de bewoners een beetje tijd. Het lijkt een evenwichtsoefening te zijn tussen snel opsporen, maar toch ook niet overhaasten.

“JE MOET DAT SNEL EIGENLIJK OPVOLGEN WANT ANDERS GAAT DAT FOUT LOPEN.”

“NIET TEVEEL PULKEN. ZEKER IN HET BEGIN. RUSTIG WAT LATEN AFWACHTEN WAT ER UIT KOMT.”

Vanaf de aankomst en dit voor de rest van het verblijf kunnen bewoners vervolgens het voorwerp van gesprek worden bij de dagelijkse briefing. Collectieve opvangcentra organiseren een ochtendoverleg tussen de nacht- en de dagshift. Tijdens deze briefing kan er melding gemaakt worden van eventuele voorvallen tijdens de nacht zoals bijvoorbeeld ziektes of ruzies, zodat de medewerkers van de dagshift hiervan op de hoogte zijn. Voorvallen worden genoteerd in een digitaal logboek dat individuele fiches van de bewoners bevat waar terreinmedewerkers opmerkingen in kunnen noteren. Bij de briefing is er steeds een vertegenwoordiging van de sociale dienst en de medische dienst, maar soms wordt de briefing ook uitgebreid met een medewerker van het onthaal, de technische dienst of de keukendienst. Na de briefing wordt er intern aan ten minste de sociale en medische diensten een verslag doorgestuurd met de belangrijkste gebeurtenissen. De focus ligt vooral op zichtbare of vastgestelde problemen en niet iedereen wordt consequent opgevolgd. De dagelijkse briefing tracht met name de werking van het centrum in goede banen te leiden en heeft daarnaast een signaalfunctie voor eventuele kwetsbaarheden.

“VEEL DINGEN UIT DE MELDINGSVERSLAGEN, VOORAL DINGEN DIE ZIJN OPGEVALLEN, EN DIE MEDEWERKERS IN HET VERSLAG HEBBEN GEZET. SOMS WORDEN ER OOK DINGEN GEMELD VAN DIEGENE DIE ROND DE TAFEL ZITTEN VAN ‘ONS IS DAT OPGEVALLEN’, ‘DAT LOOPT TOCH NIET ZO GOED’. EN DAN ZIJN INEENS OOK ALLE DIENSTEN OP DE HOOGTE EN WORDT ER DAN VERDER AFGESPROKEN VAN JA DAAR MOETEN WE ECHT EENS APART VOOR SAMEN ZITTEN OF ZO.”

Tegen het einde van de aankomstfase schrijft Artikel 22 van de Opvangwet voor dat er voor elke persoon een evaluatie wordt gemaakt om te beoordelen of de opvang tegemoet komt aan de specifieke noden van de bewoner. Zoals eerder besproken, bepaalt het Koninklijk Besluit van 25 april 2007 dat de evaluatie geformaliseerd wordt binnen een evaluatieverslag. Fedasil verspreidde in juni 2007 via een nota een typeformulier voor de evaluatie binnen de federale centra⁵⁷. Het evaluatieverslag is een analyse-document waarbij de referentie-maatschappelijk werker binnen 30 dagen moet noteren welke specifieke noden geïdentificeerd werden op het vlak van het logement en de medische, sociale en psychologische begeleiding, welke concrete acties er ondernomen werden om aan de noden tegemoet te komen en welke toekomstige maatregelen nodig zijn. Binnen het begeleidingstraject wordt tevens verwacht dat op het einde van de eerste maand voor volwassenen een IBP wordt opgesteld. In 2015 voerde Fedasil een nieuw template voor het IBP in, opgedeeld in zes thema's: de voorgeschiedenis, de stand van de administratieve procedure, het psychosociaal welzijn, de opleiding/scholing/vrije tijd, persoonlijk en sociaal functioneren in het centrum en objectieve specifieke behoeften/aangepaste plaats. Het IBP werd opgevat als een werkinstrument dat ook gedurende de verblijfsfase continu aangepast moet worden. Aangezien binnen het IBP gepeild wordt naar objectieve specifieke behoeften en de nood aan een aangepaste plaats en het IBP tevens na 30 dagen moet opgemaakt worden, werd in 2015, toen het aantal verzoekers toenam, aan de federale centra gecommuniceerd dat het IBP het evaluatieverslag mag vervangen. Hiermee zou de administratieve belasting verminderd worden. Het evaluatieverslag werd echter niet formeel afgeschaft, waardoor in sommige centra beide documenten gebruikt blijven worden terwijl in andere alleen een IBP opgesteld wordt. De verzameling van alle informatie die over een persoon bijgehouden wordt, inclusief het evaluatieverslag en het IBP, wordt het individueel sociaal dossier genoemd. Vaak bevat dit sociaal dossier ook een chronologische opsomming van alle contacten, incidenten, externe doorverwijzingen, Tegen het einde van de aankomstfase na de eerste maand moet een maatschappelijk werker met elk van de bewoners die hij/zij begeleidt minstens één gesprek gehad hebben. Uit de focusgroepen kwam naar voor dat maatschappelijk werkers tijdens de aankomstfase verder weinig contact hebben met nieuwe bewoners en dat er bij de evaluatie na de eerste maand ook zelden transfers aangevraagd worden.

Wat betreft de identificatie van kwetsbaarheid en specifieke noden tijdens de aankomstfase in de collectieve opvangcentra, stellen we dus vast dat de tools zoals typeformulieren en procedures zoals intake en dagelijkse briefing die tijdens de aankomstfase gebruikt worden, de basis leggen voor een identificatie gedurende het verdere verloop van de opvang. Hoewel er aandacht is voor een ruime invulling van kwetsbaarheid, komen tijdens de aankomstfase vooral zichtbare, vaak medische, kwetsbaarheden aan de oppervlakte. Dit is het gevolg van de beperkte interactie die maatschappelijk werkers hebben met de verzoekers tijdens de eerste maand.

Verblijfsfase

Tijdens het verdere verblijf in het opvangcentrum zou de individuele situatie van bewoners maandelijks bekeken moeten worden tijdens een MDO. De bedoeling is om het psychosociaal welzijn, het functioneren in het centrum en de evolutie van de procedure globaal op te volgen. De combinatie van informatie van verschillende terreinmedewerkers levert vaak nieuwe inzichten op over de kwetsbaarheid van een bewoner. De bevroegde terreinmedewerkers staan doorgaans erg positief tegenover het multidisciplinaire en regelmatige karakter van het MDO. Het moment laat toe om samen na te denken over wat de beste begeleiding voor een begunstigde zou kunnen zijn. Men tracht bij een MDO ook elke bewoner te bespreken en niet alleen personen die men op voorhand als kwetsbaar inschat.

“DAARVOOR VIND IK DAT INDERDAAD GOED DAT WIJ IEDEREEN KUNNEN OVERLOPEN. OMDAT MENSEN WAARBIJ WE DENKEN DAT HET GOED LOOPT, DIE KUNNEN SNEL VERDWIJNEN IN DE MASSA. EN DAAR KUNNEN WE EFKES IEDEREEN OVERLOPEN EN KUNNEN WE OOK WEL ZEGGEN VAN ‘TIENS, IK HEB DINGE AL EEN TIJDJE NIET MEER GEZIEN’ OF ‘IK HEB, JA, IK, IK HEB HEM AL EEN TIJDJE NIET MEER GESPROKEN’ OF ‘KEN JIJ DIE?’ JA, EN DAN GAAN WE SPECIFIEK EEN KEER NAAR DIE OP ZOEK OF JA OM OOK EENS DIE MENSEN AAN TE SPREKEN VAN ‘LUKT HET?, IK ZIE U EEN TIJDJE NIET MEER, IS DAT OMDAT ALLES GOED GAAT OF IS HET OMDAT ER IETS SCHEELT, DAT JE NIET DURFT ZEGGEN OF VRAGEN?’.”

De eigenlijke organisatie van het MDO lijkt wel van centrum tot centrum te verschillen. Terreinmedewerkers vinden het van groot belang dat de vergadering gestructureerd verloopt en dat een voorzitter nauwgezet de agenda bijhoudt. Besprekingen van complexe dossiers kunnen namelijk snel uitlopen, waardoor de tijd voor andere dossiers potentieel in het gedrang komt. Vaak neemt men het IBP als leidraad voor het overleg. Tijdens de vergadering kan de foto van de bewoner geprojecteerd worden om aan de hand daarvan de verschillende rubrieken van het IBP te overlopen, inclusief de kwetsbaarheden en specifieke noden. De maatschappelijk werker wordt geacht om het IBP van personen onder zijn/haar begeleiding voor het MDO up-to-date te brengen, maar dit lijkt een belangrijke administratieve belasting met zich mee te brengen.

“EN DANKZIJ HET IBP MOET IK ZEGGEN, DAT WE DAT OOK AF EN TOE BESPREKEN SAMEN WAT ER GEBEURD IS. DAT JE DAN DENKT VAN, A JA, DIE MOET IK BESPREKEN STRAKS BIJ HET MDO, WIE IS DAT NU WEER? EN DAN KIJK JE NAAR UW FOTO, DIE HEB IK INDERDAAD NIET VEEL GEZIEN, DAAR HEB IK EIGENLIJK HEEL WEINIG INFORMATIE OVER. IK MOET DAAR STRAKS OVER GAAN SPREKEN, IK ZAL TOCH NOG MAAR EENS GAAN KIJKEN WAAR DIE PERSOON IS EN ZIEN HOE HET DAARMEE GAAT. ZO DAT HOUDT U WEL WAKKER DAN.”

Net zoals bij de briefing nemen medewerkers uit verschillende interne diensten deel aan een MDO. In sommige centra maakt men een onderscheid tussen een regulier MDO, met medewerkers uit alle diensten (inclusief onthaal, keuken, en technische dienst) en een MDO-plus, met uitsluitend maatschappelijk werkers, medisch personeel en een psycholoog als die tot de staf behoort. In centra waar deze opsplitsing gebeurt, begint men het overleg vaak als een MDO en verlaat een deel van de medewerkers (halverwege) de vergadering zodat het MDO-plus kan inzoomen op enkele specifieke dossiers. Een eerste reden voor dit onderscheid was de vaststelling dat bepaalde diensten (zoals het onthaal) vaak niet veel inbreng hadden tijdens het overleg.

“WIJ HADDEN WEL ZO EEN BEPAALDE PERIODE DAT WIJ HEEL WEINIG INPUT KREGEN VANUIT DE MENSEN VAN HET ONTHAAL. EN DAT IS TERUGGEKOPPELD DAN NAAR HET DIENSTHOOFD ONTHAAL, EN NU IS HET EIGENLIJK DE BEDOELING, JA, VERPLICHT IS EEN GROOT WOORD, MAAR GOED, DAT IEDEREEN TOCH MINSTENS ÉÉN PUNTJE KAN AANBRENGEN. EN DAT GAAT DAN NAAR DIE SOCIAAL BEGELEIDER EN DIE BRENGT HET MEE OP HET MDO. DUS NORMAALGEZIEN KOMT ER VANUIT HET ONTHAAL NU TOCH WEL WAT MEER INPUT. OMDAT WE INDERDAAD OP EEN BEPAALD MOMENT ZO IETS HADDEN VAN JA OKÉ, HET IS HIER MEDISCH EN SOCIAAL, WAT DOET HET ONTHAAL NOG?”

Een tweede reden heeft te maken met de vertrouwelijkheid van de informatie die op een MDO gedeeld wordt. De basis voor de uitwisseling is het beroepsgeheim. Er zijn twee vormen van beroepsgeheim. Het ‘gedeeld’ beroepsgeheim is van toepassing als het doorgeven van informatie noodzakelijk is voor de hulpverlening, als het in

het belang van de bewoner is, als medewerkers hetzelfde begeleidingsdoel nastreven, op voorwaarde dat de informatie intern blijft. Daarnaast is er het ‘medisch’ beroepsgeheim, waarbij alleen tussen medisch personeel informatie uitgewisseld wordt. Het bewaken van de grenzen van het gedeeld beroepsgeheim is een aangegeven reden om bepaalde medewerkers (zoals keukenpersoneel) uit te sluiten van een deel van het MDO. Bij het MDO-plus is medisch personeel echter nog steeds gebonden aan het medisch beroepsgeheim en mag in principe bepaalde informatie niet gedeeld worden met maatschappelijk werkers. In de praktijk lijkt het vaak niet evident om te evalueren welke vorm van beroepsgeheim van toepassing is.

“HET IS EEN BEETJE DE GRENS TUSSEN ‘NEED TO KNOW’ EN ‘NICE TO KNOW’. MEESTAL IS HET BIJ ONS BIJVOORBEELD ZO DAT WIJ WEL OP DE HOOGTE GEBRACHT WORDEN DAT IEMAND EEN BESMETTELIJKE ZIEKTE HEEFT, MAAR DAAROM NIET ALS HET GAAT OVER HEPATITIS, AIDS OF WEET IK VEEL WAT. EN DAN KAN IK MIJ DAAR ERGENS WEL IN VINDEN. OKÉ, IK WEET HET NOODZAKELIJKE, MAAR IK HOEF GEEN DETAILS TE WETEN. EN DAT VOORAL OOK NAAR DE REST VAN HET CENTRUM DAN TOE, BIJVOORBEELD. BIJVOORBEELD VOOR EEN KEUKEN IS DAT OOK HEEL INTERESSANT OM TE WETEN VAN OEI, IK MOET OPPASSEN. DIE PERSOON HEEFT INDERDAAD WEL EEN BESMETTELIJKE ZIEKTE. MAAR DIE MOET NIET WETEN GAAT DAT OVER HIV OF GAAT DAT OVER HEPATITIS.”

“IK BEN BEGONNEN AAN HET BEGIN VAN DIT JAAR, IK STELDE MEZELF DE VRAAG MET ELKE INFORMATIE DIE IK ONTVING, VROEG IK ME AF, ALS HET NODIG IS OM DEZE INFORMATIE DOOR TE GEVEN, WAT IS BETER OM TE DOEN? EIGENLIJK WAS IK NIET OP MIJN GEMAK BIJ BIJVOORBEELD DE SOCIALE DIENST, IK STELDE ALTIJD DE VRAAG, MOET IK DE INFORMATIE DOORGEVEN AAN DE SOCIALE DIENST OF NIET?”

Het medisch beroepsgeheim wordt door maatschappelijk werkers soms als een belemmering ervaren voor een goede begeleiding van bewoners. Zo wordt zelfs in een MDO-plus niet alle informatie over bewoners gedeeld. Maatschappelijk werkers wensen vaak meer informatie over de fysieke en mentale gezondheid omdat die ook repercussies heeft op het gedrag en het welzijn en welbevinden van een bewoner in het centrum. Andersom zijn bepaalde lichamelijke klachten soms van psychosomatische aard, waardoor een medische opvolging niet noodzakelijk de beste of enige begeleiding is.

“IK VIND WEL, SOMS DE MEDISCHE DIENST, DIE HEBBEN DAN HUN BEROEPSGEHEIM, EN DAT KOMT DAN, EEUWEN NADIEN KOMT ER DAN ZO TOCH EENS IETS DAT JE DENKT VAN ‘AH, HADDEN WE DAT NU IN HET BEGIN GEWETEN, HAD DAT WEL HANDIG GEWEEST’. MAANDEN NADIEN ZEGGEN DIE MENSEN DAT DAN ZELF TOCH EN DAN DENK JE, JA HADDEN WE DAT NU OP VOORHAND GEWETEN, DAN HADDEN WE ER OOK WEL ANDERS MEE KUNNEN OMGAAN. DUS DAN, JA IK VIND DAT DAT ZO [...] UITEINDELIJK WERK JE TOCH ALLEMAAL MET DIEZELFDE MENSEN.”

“WIJ HEBBEN EEN MEISJE GEHAD EN DIE WAS VOLLEDIG BESNEDEN. DUS DAT WAS ECHT HELEMAAL DICHTGENAAID EN DE MEDISCHE DIENST HAD BESLIST OM DAT TOCH OPEN TE DOEN, EEN OPERATIE, MAAR DAN DAT MEISJE HAD DAAR ZO VEEL SCHRIK VOOR DAT DIE ECHT WOU GAAN LOPEN EN DAN DENK IK, ALS DIE DAT HADDEN GEZEGD, HADDEN WIJ ALS BEGELEIDING OOK DIE WAT KUNNEN DOORVERWIJZEN, DAAR WAT MEER OP KUNNEN INGAAN. EN DAN DENK IK, JA, ZOIETS, DIE HAD DAAR SUPERVEEL VRAGEN OVER. JE KAN OOK NIET ALTIJD BIJ DE MEDISCHE DIENST TERECHT BIJ ONS, DAN MOET JE EEN AFSpraak MAKEN EN JA,

DAN DENK IK DAN IS DAT IN DIE BEGELEIDING WEL HANDIG DAT ER IETS MEER ZOULDEN WETEN VAN GROTE, BELANGRIJKE BESLISSINGEN TOCH.”

“OP HET NIVEAU VAN SAMENWERKING TUSSEN DIENSTEN WORDT MEN VAAK GECONFRONTEERD MET BIJVOORBEELD DE MEDISCHE DIENST MET DE SOCIALE DIENST. SOMS WILLEN DE SOCIALE ASSISTENTEN DE INFORMATIE VAN DE MEDISCHE DIENST HEBBEN OM DE PROCEDURE TE VERBETEREN, MEN MOET HET BEROEPSGEHEIM RESPECTEREN. MAAR SOMS WORDT DIT SLECHT ERVAREN, ZELFS VERKEERD BEGREPEN DOOR ONZE DIENST. VAN MIJN KANT PROBEER IK ALTIJD GOED SAMEN TE WERKEN MET DE SOCIALE DIENST DIE ZIJN WERK GOED DOET, MAAR SOMS HEBBEN ZE, DE MAATSCHAPPELIJK WERKERS, AANVULLENDE INFORMATIE NODIG OM HET WERK TE VERBETEREN. VAN ONZE KANT BIJ DE MEDISCHE DIENST, [...] WE ZEGGEN DAT WE DE INFORMATIE NIET MOETEN DELEN, [...], MAAR HET IS VOOR VERBETER HET WERK.”

Een neveneffect van het medisch beroepsgeheim blijkt te zijn dat de sociale dienst in sommige centra ook heel wat beslissingsverantwoordelijkheid doorschuift of moet doorschuiven naar de medische dienst. Omdat alleen de medische dienst volledig op de hoogte is van iemands situatie moet die bijvoorbeeld heel uiteenlopende beslissingen nemen, gaande van een doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg tot kleine aanpassingen op het niveau van de kamer. Tijdens de focusgroepen gaven terreinmedewerkers van medische diensten aan dat de centralisering van beslissingsbevoegdheid bij de medische dienst een grote (tijds)druk legt, wat vaak ten koste gaat van de toegankelijkheid.

“BIJ ONS IS HET DAN OOK ZO DAT ALLES NAAR ONS KOMT. ALLES IS VOOR DE MEDISCHE. DAT IS VOOR DAAR, DAN MOET JE DAAR ZIJN. ALLE BESLISSINGEN ZIJN OOK VOOR ONS, DAT IS ERGENS GOED MAAR ERGENS OOK VEEL WERK WANT DAN HEBBEN WIJ SOMS ‘MOETEN WIJ DAAR NU OVER BESLISSEN WIE DAT ER EEN EXTRA KUSSEN OF WIE DAT ER OP HET EERSTE MOET LIGGEN VOOR RUGPIJN’. MAAR AL DAT GAAT NAAR ONS. DUS ALS ZE BIJ DE SOCIALE DIENST GAAN ZITTEN, ‘GOH, IK SLAAP OP HET TWEEDE EN IK KAN DAT NIET EN IK KAN NIET MEER OF IK KAN DIT NIET’. GA MAAR NAAR DE MEDISCHE DIENST, WANT DAAR GAAN ZE U WEL HELPEN.”

In de opvangstructuren blijkt er soms toch ook pragmatisch omgegaan te worden met het beroepsgeheim. Zo kan de medische dienst toestemming vragen aan de bewoner om bepaalde informatie door te geven.

“[...] OMDAT DE MEDISCHE DIENST VAAK VRIJ GESLOTEN IS VOOR WAT INFORMATIE BETREFT, PROBEER IK SOMS DE BEWONERS TE VRAGEN WELKE INFORMATIE HIJ WEL OF NIET KAN DELEN, OF HIJ ZIJN INFORMATIE WIL DELEN, HIJ MOET WETEN WAAR HET NAARTOE GAAT, OM ZIJN TOESTEMMING TE HEBBEN OM AL DAN NIET BEPAALDE INFORMATIE DOOR TE GEVEN [...]”

Omwille van de veiligheid van het personeel en de bewoners kan het nodig zijn om het beroepsgeheim te schenden. Zo moet iemand bij wie actieve tuberculose wordt vastgesteld bijvoorbeeld direct afgezonderd worden en kan het nodig zijn om deze medische informatie te delen. Tevens moeten er oplossingen gezocht worden indien de medische dienst niet aanwezig is, bijvoorbeeld 's nachts of tijdens het weekend. Soms wordt er dan een vertrouwelijke lijst met medische problemen meegegeven die indien een noodgeval zich voordoet, geconsulteerd kan worden.

Hoewel het in principe niet verboden is om externen uit te nodigen voor een MDO, blijkt volgens dit onderzoek dat het niet gebruikelijk is. De deelnemers van een MDO zijn voornamelijk medewerkers van het centrum. De achterliggende motivatie om externen niet uit te nodigen voor het MDO is de kwestie van vertrouwelijkheid. Toch wordt dit door de bevroegde terreinmedewerkers ervaren als een praktisch gebrek omdat externe personen soms een grondiger of meer volledig beeld van een bewoner kunnen ontwikkelen. Hiervoor wordt dan een ad-hoc overleg aangevraagd. Op individueel niveau is er vaak wel uitwisseling tussen externe personen en centrumpersoneel (bijvoorbeeld de centrumarts en een externe psycholoog of een maatschappelijk werker en een leerkracht). Na een MDO wordt de referentie-maatschappelijk werker geacht een verslag te maken van de input van verschillende diensten, dat vervolgens in het IBP verwerkt wordt. Maatschappelijk werkers geven aan dat dit niet steeds gebeurt wegens tijdsgebrek en dat het pas op het moment van vertrek van de bewoner is dat de aanpassingen ingevoerd worden. Eventuele beslissingen die tijdens het MDO genomen werden, zullen door de referentie-maatschappelijk werker aan de bewoner meegedeeld worden. Op die manier tracht men verwarring van vertrouwenspersonen te vermijden. In grote centra opteert men er vaak voor om per vleugel of blok een apart MDO te organiseren. Naast het MDO vinden er in sommige centra ook nog andere overlegmomenten plaats. Medisch personeel houdt soms voor complexe dossiers aparte ad-hoc overlegmomenten waar een gedeeld medisch beroepsgeheim geldt. Voor nieuwe bewoners wordt dit in sommige centra structureel na twee weken gedaan.

We stellen vast dat het MDO door de terreinmedewerkers als een erg waardevolle overlegprocedure gezien wordt die ondanks enkele uitdagingen omtrent het beroepsgeheim een belangrijke garantie biedt om voor alle bewoners kwetsbaarheden te identificeren en begeleidingsopties te bespreken. De grote meerwaarde van een MDO blijkt de mogelijkheid te zijn om op regelmatige basis informatie over een bewoner samen te brengen. Tijdens de verblijfsfase kan op het MDO de verdere evaluatie van de opvangsituatie van een bewoner gebeuren. Vroeger vond dit plaats na vier maanden omdat bewoners dan een aanvraag voor een LOI-plaats konden indienen. Wegens een wetswijziging is deze mogelijkheid verlaet naar zes maanden. Als de procedure lang duurt, kan deze evaluatie na twaalf maanden opnieuw op het MDO ter sprake gebracht worden.

Tijdens het verblijf is er ook een permanente opvolging van bewoners. Op medisch gebied is er geen vaste regelmaat om de gezondheid te laten controleren. Vroeger was er een systematische screening voor tuberculose, met een nieuwe radiografie elke zes maanden. Aangezien er maar weinig gevallen gediagnosticeerd werden, werd besloten om bovenop een permanente waakzaamheid wel een zesmaandelijks screening te doen op basis van klinische symptomen aan de hand van een eenvoudige checklist. Terwijl fysieke gezondheid zich enigszins laat evalueren op basis van checklists, is dit volgens terreinmedewerkers echter veel minder het geval voor de mentale gezondheid. Er zijn wel enkele vragenlijsten in omloop, onder meer over emotioneel welbevinden. Dergelijke instrumenten worden echter met een zekere argwaan bekeken omdat ze in de woorden van een terreinmedewerker te 'protocollair' zouden zijn. Hiermee wordt bedoeld dat het afnemen van een vragenlijst in de opvang een te formele aangelegenheid is die weinig rekening houdt met de realiteit in een opvangstructuur.

“PSYCHOLOGISCHE PROBLEMEN, DAAR KAN NIET ECHT EEN CHECKLIST VOOR GENOMEN WORDEN OMDAT DAT ALTIJD OVER HEEL EEN SPECIFIEK BEPAALD DING IS EN JE DAT EERDER EEN BEETJE MOET AANVOELEN IN EEN GESPREK.”

“INSTRUMENTEN? DAT IS DE BETEKENIS OF HET DOEL VAN SOCIAAL WERK NIET? IK WEET NIET HOE IK HET MOET UITLEGGEN, HET IS VIA TRAINING, HET ZIJN WIJ IN DE EERSTE LIJN DIE DE KWETSBAAKHEDEN, DE ZWAKHEDEN, DE BEHOEFTE VAN MENSEN KUNNEN DETECTEREN, [...]”

“IK ZOU ZEGGEN DAT HET INTERESSANT IS TUSSEN AANHALINGSTEKENS VOOR MENSEN DIE DIT SOORT PROBLEMEN NOG NIET HELEMAAL BEHEERSEN, IK DENK DAT HET NUTTIG IS VOOR DE NIEUWEN. [...] NIET VOOR 100% NUTTIG VOOR ELK TYPE PROBLEEM EN VOOR ELK TYPE KWETSBAARHEID. ZOLANG HET NIET IN TE VULLEN EN TERUG TE STUREN IS, MAAR SLECHTS EEN ONDERSTEUNING IS OM ZEKER TE ZIJN DAT NIETS IS VERGETEN, KAN HET INTERESSANT ZIJN. MAAR ALS HET WAS OM TELKENS TERUG TE STUREN NAAR FEDASIL [...] DAN IS HET VOOR MIJ TOTAAL ONINTERESSANT, DAT HET EEN VERPLICHTING WORDT DIE JE NIET MEER GEBRUIKT.”

Wat sociale begeleiding betreft, worden maatschappelijk werkers geacht om regelmatig met hun bewoners af te spreken. De frequentie van individuele begeleidingsgesprekken ligt voor sommige terreinmedewerkers wegens het groot aantal op te volgen dossiers eerder laag. Daarnaast is een begeleidingsgesprek volgens de bevraagde terreinmedewerkers ook niet noodzakelijk het meest aangewezen medium om bepaalde kwetsbaarheden op te sporen. We stelden een sterke overtuiging vast dat het eerder informele momenten zijn die toelaten om kwetsbaarheden op te sporen. De bevraagde terreinmedewerkers beklemtonen dat vooral aangepaste gesprekstechnieken nodig zijn. Er leeft een vraag naar bijkomende praktische vormen die bijvoorbeeld aanleren hoe men gevoelige onderwerpen samen met een tolk ter sprake moet brengen.

“HET IS HEEL MOOI, TOOLS EN LIJSTJES, MAAR NAAR MIJN ONDERVINDING LIJKT DAT VEEL MINDER GOED DAN WANNEER JE DE MENSEN DE VRIJHEID LAAT OM TE SPREKEN OVER IETS WANNEER DAT ZIJ ER AAN TOE ZIJN OM EROVER TE SPREKEN.”

De meeste van de bevraagde terreinmedewerkers gaven aan dat het opsporen van kwetsbaarheden continue aandacht vereist. Kwetsbaarheid manifesteert zich namelijk vaak in de loop van het verblijf. Maatschappelijk werkers spreken geregeld over hun ‘voelsprietten’ en het belang van ‘je ogen open te houden’. Meer verborgen kwetsbaarheden zijn volgens hen immers moeilijk te detecteren en komen vooral tot uitdrukking in informele interacties. Vaak hebben animatoren, opvoeders, begeleiders en andere terreinmedewerkers van een centrum het meeste informele ontmoetingsmomenten, waardoor zij een welkome aanvulling en bron van informatie vormen voor de informatie die een maatschappelijk werker verzamelt.

“DAT IS ZEER INDIVIDUEEL, JE KAN DAT OOK NOOIT NIET OP VOORHAND INSCHATTEN, EN DAT KAN OOK IN DE LOOP VAN HET VERBLIJF HEEL HARD VERANDEREN. IEMAND KAN OOK WEL KWETSBAAR WORDEN. DIE KOMEN NIET ALTIJD KWETSBAAR TOE. EN DAT KAN EEN HEEL STERK IEMAND ZIJN DIE HIER AANKOMT, MAAR GEWOON DOOR DE SITUATIE DOOR DE OMGEVING, DOOR WAT HIJ MEEGEMAAKT HEEFT, DOOR DE DRUK VAN THUISLAND KAN DIE ENORM KWETSBAAR WORDEN. IK DENK DAT JE DAAR ALTIJD WEL ALERT VOOR MOET ZIJN, VOOR DE MENSEN, EN JA ‘ANTENNEKES’ HEBBEN EN ER VOORAL ZIJN.”

“KWETSBAARHEID IS NIET ALTIJD TE DETECTEREN IN WAT ER GEZEGD WORDT, MAAR ER MOET OOK GEKEKEN WORDEN NAAR HOE EEN PERSOON ZICH VOELT EN HOE HIJ ZICH UITDRUKT.”

“DE ANDERE INSTRUMENTEN WORDEN IN DE LOOP VAN DE TIJD GEBRUIKT, VAAK VOOR VERSCHILLENDE PROBLEMEN, HET IS NADAT WE MEER EEN VERTROUWENSRELATIE MET BEWONERS HEBBEN OPGEBOUWD.

HET IS EEN VOORDEEL OP LANGE TERMIJN, HET IS EEN BEETJE INFORMEEL, WE PRATEN MET DE BEWONER, WE STELLEN GOEDE VRAGEN TIJDENS DE CONSULTATIE OM MOGELIJKE KWETSBAAARHEIDSPROBLEMEN OP TE SPOREN. ER ZIJN FORMELE EN MINDER FORMELE INSTRUMENTEN, BIJVOORBEELD EEN PERSOON DIE HEEL REGELMATIG NAAR DE MEDISCHE DIENST KOMT, DIE WE BIJNA ELKE DAG ZIEN VOOR VERSCHILLENDE LICHAMELIJKE KLACHTEN, DIE NIET NOODZAKELIJK BELANGRIJK VOOR ONS ZIJN, MAAR DIE ANDERE DINGEN VERBERGEN, DIT ZIJN ASPECTEN DIE WE PROBEREN TE DETECTEREN. BIJVOORBEELD WE BEHANDELEN MAANDAG ZIJN KEELPIJN, DE VOLGENDE DAG RUGPIJN, ALS WE GEEN VERBAND LEGGEN TUSSEN AL DEZE CONSULTEN DIE IN FEITE IETS VERBERGEN, BIJVOORBEELD EEN PSYCHOLOGISCH TRAUMA WAARDOOR HET AL DEZE PIJNEN NAAR HET FYSIEKE NIVEAU VERTAALT, DOOR ALLEEN DE KWALEN TE BEHANDELEN, ZULLEN WE HET NIET ECHT HELPEN. DIT ZIJN DE IDENTIFICATIES DIE WE OP DE LANGE TERMIJN ZULLEN MAKEN, WE MOETEN ZE NIET TIJDENS HET EERSTE CONSULT ONTDEKKEN.”

Het onderzoek legde ook enkele factoren bloot die de identificatie van kwetsbaarheid tijdens de verblijfsfase in de collectieve centra bemoeilijken. Ten eerste zijn gedragingen volgens terreinmedewerkers omwille van verschillende redenen moeilijk te interpreteren. Zo hebben sommige personen in de opvang slaapproblemen, maar het is niet altijd duidelijk wat de achterliggende oorzaak hiervan is. Het kan bijvoorbeeld zowel een signaal zijn van een psychische problematiek als een gevolg van de opvangcondities. Daarnaast beschikt niet elke medewerker in een centrum over dezelfde vaardigheden om kwetsbaarheden te identificeren. Wat men niet goed kent, zal men ook moeilijker opsporen. Omwille van het leeftijdsverschil ervaren terreinmedewerkers dat het soms moeilijk is om zich in de leefwereld van ouderen of begeleide minderjarigen in te leven. Deze groepen kunnen vaak ook het moeilijkst hun noden mondeling uitdrukken. Er lijkt ook een zekere aarzeling te zijn bij maatschappelijk werkers om (complexe) diagnoses te maken over problemen waar ze geen specifieke opleiding voor gehad hebben, in het bijzonder psychologische problemen, slachtoffers van seksueel en intrafamiliaal geweld of mensenhandel. De aanwezigheid van een psycholoog die tot de staf van het centrum behoort, die vertrouwd is met de werking van de opvang en die een bekend gezicht is voor de bewoners, wordt als een meerwaarde ervaren ten opzichte van externe doorverwijzing, zowel bij de identificatie van psychologische noden als voor eigenlijke behandeling. Om het gebrek aan specialisering inzake bepaalde kwetsbaarheden op te vangen, kan met aanspreekfiguren gewerkt worden. Sinds midden 2017, is er binnen de federale centra bijvoorbeeld een medewerker aangesteld die als aanspreekfiguur functioneert voor vrouwelijke genitale verminking⁵⁸. Deze aanspreekfiguur dient een specifiek traject rond vrouwelijke genitale verminking te implementeren, onder meer door collega's te sensibiliseren, tools ter beschikking te stellen en vormingssessies te organiseren. Zoals onderstaand citaat aangeeft, vertonen sommige referentiepersonen de neiging om niet alleen ondersteunend te werken, maar zelf bewoners te gaan screenen, aangezien zij over het meest expertise beschikken.

“MIJN COLLEGA DIE ECHT HET PROJECT DRAAGT, ZE WIL HAAR DING VOOR HAAR HOUDEN, ZE WIL NIET ALLES AAN IEDEREEN DOORGEVEN, ZE WIL ECHT HAAR SPECIFICITEIT BEHOUDEN DOOR TE ZEGGEN ‘IK BEN EEN SPECIALIST IN DIT PROBLEEM’ [...]. OMDAT VANAF HET MOMENT DAT IEDEREEN IS GEVORMD, HET ALLE KANTEN OP GAAT EN, DAT IS WAT ZE MIJ UITLEGT, ZE WIL NIET DAT IEDEREEN HIERVOOR WORDT OPGELEID.”

⁵⁸ De dienstnota ‘Traject vrouwelijke genitale verminking in het kader van het GAMS-project – stappen en taken voor de inwerkingtreding van het traject in federale centra’ (dd. 20 september 2017) schrijft voor hoe (federale) opvangcentra (mogelijke) slachtoffers van vrouwelijke genitale verminking moeten identificeren en toeleiden naar gepaste begeleiding. Van groot belang is het systematisch en gecoördineerd karakter van de aandacht voor genitale verminking, die moet uitmonden in een individueel ‘traject’. Centra moeten een stappenplan opstellen waarbij een referentiepersoon aangesteld wordt die medewerkers sensibiliseert en bijstaat bij de identificatie van slachtoffers van vrouwelijke genitale verminking. De sociale en medische dienst moeten vervolgens samen aan de hand van een checklist inschatten wat het risico op genitale verminking is. Voor zorg en begeleiding kan doorverwezen worden naar gespecialiseerde externe organisaties, zoals GAMS en Intact.

Een tweede factor die de identificatie van kwetsbaarheid bemoeilijkt, is het beperkt aantal contactmomenten met bewoners. Bewoners spenderen hun dagen bijvoorbeeld vaak buiten het centrum. Wanneer ze 's avonds terugkeren, gaan maatschappelijk werkers naar huis, waardoor ze de bewoners mislopen en hen niet kunnen observeren. Soms logeren begunstigden ook sporadisch buiten het centrum, wat de opvolging bemoeilijkt. Op architecturaal gebied zijn de centra ook niet steeds voorzien op het faciliteren van een permanente opvolging. Het ontbreekt bijvoorbeeld aan publieke ontmoetingsruimtes waar maatschappelijk werkers een spontaan gesprek kunnen hebben. Sommige medewerkers leggen contact met bewoners op hun kamer omdat ze vinden hier een meer accuraat beeld 'achter de schermen' te kunnen krijgen van een persoon. Maatschappelijk werkers toonden zich in de focusgroepen echter onzeker over hoe ver men mag gaan om kwetsbaarheden te identificeren en wat binnen de grenzen van de privacy valt.

“WE HEBBEN ECHT EEN GEBREK AAN DEUREN. JA, DAT IS WEL WAAR DE MAATSCHAPPELIJK ASSISTENT BEHOEFTE AAN HEEFT OM DE DEUR TE KUNNEN DICHT DOEN EN EENS RUSTIG EEN GESPREK TE KUNNEN HEBBEN. WANT HET IS ALLEMAAL OPEN. IEDEREEN HOORT MEKAAR EN HET KOPIERAPPARAAT STAAT BINNEN EN MENSEN LOPEN DOOR ELKAARS BUREAU. OP ZICH IS DAT HELEMAAL GEEN PROBLEEM MAAR INDERDAAD ALS IEMAND HET HEEL MOEILIJK HEEFT EN IEMAND DUIDELIJK NOOD HEEFT OM EFKES EEN RUSTIG GESPREK TE VOEREN ONDER VIER OGEN DAN IS DAT NIET ALTIJD GEMAKKELIJK.”

“BIJ ONS ZIJN DE ASSISTENTEN EN DE BEGELEIDING EIGENLIJK EEN BEETJE OPGESPLITST. DE BEGELEIDING DOET VRIJE TIJD, DIE KOMEN OOK MEER IN DE BLOKKEN, DIE ZIEN OOK PROPERHEID EN HYGIËNE IN DE KAMERS EN ZO. WIJ DOEN DAT OOK WEL, MAAR JA, JE ZIET, WIJ ZITTEN MEER OP ONS BUREAU EIGENLIJK UITEINDELIJK.”

“IK HEB WEL BEPAALDE GEZINNEN, OF OP DE ZIEKENBOEG, MENSEN DIE EEN BEETJE MEER PRIVÉ OOK HEBBEN, DAT IK DAN OP DE KAMER GA EN DAT IK DAN SOMS WEL DINGEN KAN AFLEIDEN. BIJVOORBEELD MAMA MET EEN KINDJE, ALS DE KAMER HEEL ROMMELIG IS, DE FRIGO AL WEKEN NIET GEPOETST IS, DAN MERK JE OOK WEL DAT HET QUA DRAAGKRACHT OP DAT MOMENT WAT TE VEEL WORDT. IK PROBEER OOK WEL BIJ BEPAALDE MENSEN, OOK OMWILLE VAN PRIVACY, SOMS STAAT DE BUREAU OPEN EN KUNNEN OOK DE ANDERE BEWONERS HOREN WAT DE BEWONER DIE BIJ MIJ ZIT VERTELT, HEN OFWEL IN EEN APARTE RUIMTE OFWEL IN DE KAMER TE BEZOEKEN.”

Ten derde bieden de onzekere context van een procedure en het anonieme karakter van vele centra geen ideaal klimaat om complexe noden te detecteren. Het opsporen van kwetsbaarheden vereist volgens terreinmedewerkers vooral tijd, vertrouwen en stabiliteit. Sommige terreinmedewerkers geven aan soms te aarzelen om problemen te gronde aan te pakken omdat verzoekers nog geen duidelijkheid hebben over hun verblijf. Wat de termijn in de collectieve opvang betreft, houden medewerkers er een dubbele mening op na. Enerzijds vinden ze het positief dat bewoners een langere periode in het collectieve opvangcentrum verblijven omdat hierdoor een vertrouwensband kan groeien. Tegelijkertijd zien ze een verblijf van meer dan vier maanden als een negatieve factor voor het welzijn van de bewoner.

“NU JA DIE VERBORGEN ZAKEN, DAT DAT IS DOOR GESPREKKEN EN DOOR CONTACTEN MET MENSEN EN DAT IS DE ENIGE MANIER HOE JE DAT ER KUNT UITHALEN EN HOPEN DAT ZE U VERTROUWEN EN DAAR OPEN OVER ZIJN. DAT VRAAGT TIJD [...] JE HEBT VERTROUWEN EN TIJD NODIG.”

“DUS JA, IK DENK TE LANG IN EEN CENTRUM MAAKT JE OOK KWETSBAAR VOLGENS MIJ.”

Een vierde uitdaging voor de identificatie van kwetsbaarheden heeft te maken met de rol die bewoners verwacht worden op te nemen. Gezien de praktische moeilijkheden om bewoners permanent te observeren, leggen terreinmedewerkers ook een zekere mate van verantwoordelijkheid bij bewoners om noden te signaleren. Het initiatief ligt aldus ook deels bij begunstigden om een oplossing te zoeken voor hun problemen.

“JA IK DENK SOWIESO, SOMS BIJ SOMMIGE MENSEN GA JE DE SYMPTOMEN HEEL DUIDELIJK ZIEN MAAR BIJ ANDEREN ZIJN DE SYMPTOMEN OOK HEEL VERBORGEN EN HET IS EIGENLIJK OOK EEN BEETJE AAN DE BEWONER OM ZELF EEN BEETJE AAN TE GEVEN VAN HOE DAT ZIJ ZICH VOELEN.”

Verskillende factoren van kwetsbaarheid kunnen echter verhinderen dat bewoners hulp zoeken. Volgens de bevroagde terreinmedewerkers zijn sommige personen niet vertrouwd met sociale of medische hulpverlening en staan ze daarom wantrouwig en weigerachtig tegenover de terreinmedewerkers. Andere verzoekers zouden schrik hebben over wat er met hun hulpvraag gedaan zal worden en hoe de informatie die ze prijsgeven, gedeeld zal worden of tegen hen gebruikt kan worden. Een gevolg hiervan is dat zij die het meest nood hebben aan begeleiding er soms geen toegang toe hebben.

“[...] WE HEBBEN MINDER TIJD OM EEN OPVOLGING TE VERDIEPEN VOOR PERSONEN DIE KWETSBAARDER ZOUDEN ZIJN [...].”

“WE HEBBEN VRIJWILLIGERS DIE FRANSE LESSEN GEVEN. WE HEBBEN GEMERKT DAT DE MENSEN DIE HET MEEST KWETSBAAR ZIJN ER NIET VAAK NAARTOE GAAN. HUN HOOFD ZIT EERDER BIJ HUN GEZONDHEIDSPROBLEMEN OF ZE HEBBEN MEDISCHE AFSPRAKEN, ENZOVOORT. [...] DUS HET IS EEN REM OM AUTONOMIE TE WORDEN. WE HEBBEN DIT SOORT PROBLEMEN. ER ZIJN OOK MENSEN DIE NIET WETEN HOE TE LEZEN OF TE SCHRIJVEN, DAAROM WILLEN ZE NIET NAAR DE KLAS KOMEN. ER ZIJN MENSEN DIE EEN JAAR IN HET CENTRUM HEBBEN VERBLEVEN, MAAR ER WAS ALTIJD EEN TOLK NODIG OM MET HEN TE PRATEN, HET IS ZWAAR.”

Begunstigden van de opvang zijn ook niet allemaal even mondig. In de Belgische samenleving wordt ervan uitgegaan dat men eigen noden verbaal kan uitdrukken. Dit vereist niet alleen een sterk zelfbewustzijn en een vermogen tot abstractie, maar het vraagt ook de beheersing van een contacttaal waarin men zich voldoende kan uitdrukken. Als het om gevoelige informatie gaat, is het inschakelen van vrijwillige of professionele tolken bovendien niet evident.

“WE LEVEN IN EEN VERBALE SAMENLEVING EN VERWACHTEN DAT DE BEWONERS OOK HUN NODEN VERBALISEREN.”

“VAAK IS HET OOK EEN VERSCHIL IN TAAL. MENSEN PRATEN HEEL VAAK OVER HUN PROBLEMEN ALS ZE KLAGEN OVER EEN PIJN IN HUN BEEN OF OVER HOOFDPIJN, MAAR DAT IS HUN TAAL OM EROVER TE PRATEN.

MAAR ALS JE DAN STEEDS OVER GEVOELEN BEGINT, WEET JE SOMMIGE MANNEN, DIE HEBBEN ZOIETS VAN ‘GEVOELEN, MAAR IK HEB WEL PIJN AAN MIJN RUG HIER ZO’. EN DAN HEB JE HET MAAR OVER DIE PIJN IN DIE RUG WANT WEET JE ALS JE OVER GEVOELEN BEGINT, OVER GEVOELEN WILLEN ZE NIET PRATEN MAAR UITEINDELIJK HEBBEN ZE HET WEL OVER HUN PROBLEMEN MAAR GEWOON OP EEN ANDERE MANIER.”

Sommige onderwerpen behoren volgens de terreinmedewerkers ook tot de taboesfeer. Zo zou de nood aan psychologische begeleiding bijvoorbeeld botsen op weerstand bij bewoners. Toegeven dat men nood heeft aan therapie of medicatie zoals antidepressiva kan volgens maatschappelijk werkers als een persoonlijk falen ervaren worden of schaamte oproepen. Gevoelige onderwerpen, vaak verbonden met seksualiteit of seksueel en intrafamiliaal geweld, lijken tevens in de taboesfeer te vertoeven. De bevroagde terreinmedewerkers geven stevast aan dat personen het recht op zelfbeschikking hebben en bijgevolg ook pogingen tot identificatie van kwetsbaarheden mogen weigeren.

“MAAR NATUURLIJK BLIJFT HET WEL ZO DAT WIJ BEPAALDE KWETSBAARHEDEN NIET KUNNEN IDENTIFICEREN, BIJVOORBEELD ALS HET GAAT OVER GENITALE VERMINKING EN ALS EEN BEWOONSTER DAAR NIKS VAN ZEGT. ER WORDT DAN BESPROKEN OM NAAR GESPECIALISEERDE CENTRA TE GAAN. ER ZIJN ALTIJD MENSEN DENK IK WEL DIE UIT DE BOOT VALLEN OMDAT WE HET NIET SPECIFIEK GAAN BEVRAGEN.”

“MAAR ALS ZE ER NIET OVER WILLEN PRATEN DAN WORDT DAT OOK GERESPECTEERD. HIER MOET NIET DE PIEREN UIT HUN NEUS GEHAALD WORDEN.”

Maatschappelijk werkers lijken bewoners, van wie ze verwachten dat ze kwetsbaar zijn, toch ook te overhalen om vrijuit te spreken en medewerkers van het centrum in vertrouwen te nemen.

“HET HANGT ER VANAF HOE VAARDIG IEMAND IS OM TE HERKENNEN DAT HIJ ERGENS MEE ZIT OF DAT HIJ ERGENS HULP MEE NODIG HEEFT. EN HOE VAARDIG IS HIJ OM DE WEG TOT AAN DE ASSISTENT TE VINDEN? OF TOT AAN DE BEGELEIDER TE VINDEN. EN DAT WE INDERDAAD HEEL WAAKZAAM MOETEN ZIJN VAN HET ZELF OOK BEVRAGEN ALS WE HET ZIEN EN EROP LETTEN. BIJ MENSEN DIE CONSTANT BINNENKOMEN VOOR VAN ALLES EN NOG WAT DIE GA JE NIET NOG GAAN OPZOEKEN. HET HANGT AF VAN PERSOON TOT PERSOON INDERDAAD. DAAR MOETEN WE OOK ZELF ECHT ONZE ROL ZIEN. HET ZIJN NIET ALTIJD DE MEEST KWETSBAREN DIE NAAR JE BUREAU KOMEN EN DIE KOMEN KLAGEN.”

“BIJ SOMMIGEN MOET JE NIET WACHTEN TOT ZE HET ZELF DOEN OMDAT, ALS JE VOELT VAN OK HIJ WILT HIER WEL IETS VERTELLEN MAAR HIJ KOMT DAAR NIET MEE OVER DE BRUG DAN VRAAG JE ER WEL ZELF NAAR. DAN IS HET BELANGRIJK DAT JE ZEGT VAN ALS JE HET WILT VERTELLEN, JE MOET HET NIET VERTELLEN, ALS JE WIL VERTELLEN DAN MAG JE HET ZEKER VERTELLEN.”

Samengevat kunnen we stellen dat de identificatie van kwetsbaarheden tijdens de verblijfsfase in collectieve centra overschaduwd lijkt te worden door een hele reeks uitdagingen. Terreinmedewerkers geven aan dat ze over heel wat mogelijkheden beschikken om kwetsbaarheden te identificeren, zoals bijvoorbeeld het MDO-overleg en de

aanwezigheid van een medische dienst, maar dat factoren die buiten hun wil liggen, zoals bijvoorbeeld de niet-medewerking van bewoners, beperkingen opleggen. Vandaar dat de bevraagde terreinmedewerkers pleiten voor een realistische inschatting van hun rol in de herkenning van factoren van kwetsbaarheid. Het is van belang om de mogelijkheden van een identificatie niet te overschatten. Daarnaast aarzelen terreinmedewerkers soms ook om kwetsbaarheden te identificeren als ze niet zeker zijn of ze de nodige zorg zullen kunnen voorzien om aan de noden tegemoet te komen.

“IK WEET NIET OF HET ZOU KUNNEN WERKEN, OM IETS OP TE ZETTEN OM DAT TE DETECTEREN. OMDAT HET IETS HEEL PRIVÉ IS VAN DE PERSOON EN HET NIET ECHT GEMAKKELIJK IS OM DE HELE PRIVÉGESCHIEDENIS VAN DE PERSOON TE LEREN KENNEN, OMDAT ZE AL ANDERE GEDACHTEN HEBBEN WANNEER ZE HIER AANKOMEN, DAN DINGEN NAAR BUITEN TE BRENGEN DIE ZE DAAR OF TIJDENS DE REIS HEBBEN BELEEFD. DUS MISSCHIEN IS HET INTERESSANT, MAAR IN FEITE IS HET EEN GEVOLG, HET IS IETS DAT DAARNA GEBEURT.”

“[...] HET PROBLEEM IS NIET ZOZEER OM DE KWETSBAARHEID OP TE SPOREN, MAAR HET IS WELK GEVOLG WE ERAAN GEVEN EN HOEVEEL TIJD WE INZETTEN OM TE REAGEREN IN FUNCTIE VAN DE PLAATSEN DIE WE TER BESCHIKKING HEBBEN. ER IS DUIDELIJK EEN GEBREK AAN AANGEPASTE PLAATSEN DENK IK IN HET HELE NETWERK EN WE PROBEREN ZE OP ZIJN BEST TE BEHEREN, MAAR WE HEBBEN ONZE LIMieten, EN IK DENK DAT FEDASIL OOK EIGEN LIMieten HEEFT EN ER IS OP DIT MOMENT NIET GENOEG AANGEPASTE PLAATSEN VOOR DIT SOORT GEVALLEN [...]”

“DE BEZORGDEHEID IS NIET ENKEL DE IDENTIFICATIE, MAAR OOK HOE EEN GOEDE FOLLOW-UP TE STRUCTUREREN. IK DENK DAT ER HIATEN ZIJN. ALS IK MOET PRATEN OVER HET CENTRUM WAAR IK VANDAAN KOM, [...] ER IS GEEN DIRECTE FOLLOW-UP VOOR DIE PERSOON. SOMS ZIJN ER LANGE WACHTTIJDEN. VELEN VAN HEN VRAGEN OM EEN PSYCHOLOGISCHE OPVOLGING [...] HET IS OOK MOEILIJK OM ERVOOR TE Zorgen, OF OMDAT WE NIET GENOEG PARTNERS HEBBEN, OF OMDAT WE TOLKEN NODIG HEBBEN WAT EEN BEETJE DE RELATIE BREEKT. DUS IK DENK DAT WE OOK EEN BEETJE DAARAAN MOETEN WERKEN, ZIEN HOE WE EEN GOEDE OPVOLGING KUNNEN VERZEKEREN, EEN GOEDE BEGELEIDING.”

“IK HEB ECHTER WEL HET GEVOEL DAT ER HEEL WEINIG MOGELIJKHEDEN ZIJN OM MENSEN TE HELPEN. DUS JE ZIT ZO EEN BEETJE GEVANGEN IN DE WERKING VAN HET CENTRUM. EN SOMS HEB JE OOK HET IDEE DAT ER VAN HOGER AF NIET VEEL AANDACHT AAN BESTEED WORDT. DAT DAT PRECIES NIET ZO BELANGRIJK IS. AAN HET HELPEN VAN DE MENSEN DIE KWETSBAARDER ZIJN. EN SOMS MOET JE ECHT KNOKKEN OM HULP TE KRIJGEN VOOR MENSEN EN DAT ZOU NORMAAL MOETEN ZIJN.”

Lokale opvanginitiatieven

De instroom bij LOI's is de afgelopen jaren ingrijpend veranderd. Voortaan is het merendeel van de bewoners erkend of zal weldra erkend worden. Hun verblijf in een LOI is de laatste fase in het opvangtraject alvorens zelfstandig te gaan wonen. De termijn van de transitie is te kort om een onderscheid te maken tussen een aankomsten en een verblijfsfase.

Wie een verblijfsstatuut van meer dan drie maanden verkrijgt, moet door de referentie-maatschappelijk werker in een collectief opvangcentrum binnen de drie dagen uitgenodigd worden op een formeel gesprek waar de opties voor zowel vervroegd vertrek als een transfer naar een LOI uitgelegd worden⁵⁹. Bij een tweede formeel gesprek, ten laatste drie dagen later, moet de begunstigde vervolgens de gemaakte keuze medelen en wordt er gepeild naar een voorkeurlocatie bij de keuze voor een transfer naar een LOI. Daarna kunnen de Regio's een plaats toewijzen en zal het collectief opvangcentrum een afspraak maken met het toegewezen LOI. Voorafgaand aan het effectieve vertrek proberen maatschappelijk werkers in de collectieve opvangcentra met begunstigden een *outtake* te doen. Omwille van tijdsgebrek lukt dit niet steeds. Daarnaast blijkt de overdracht van informatie tussen verschillende opvangpartners niet naadloos te verlopen. Verschillende terreinmedewerkers werkzaam in een LOI betreuren dat de informatie van het sociaal en medisch dossier (bijvoorbeeld lopende psychologische begeleidingen, medische gegevens, informatie over besproken moeilijke thema's, ...) niet steeds correct wordt overgedragen wanneer een bewoner getransfereerd wordt. Dit heeft als gevolg dat de LOI's de identificatie van kwetsbaarheden opnieuw moeten ondernemen. Wat betreft het medisch dossier bijvoorbeeld, dient een bewoner bij vertrek uit het collectieve centrum een papieren versie van het medische dossier op te halen en die vervolgens te overhandigen aan de nieuwe begeleider in het LOI. Omdat er doorgaans geen medisch geschoold personeel in het LOI werkt, kan men het dossier omwille van het medische beroepsgeheim niet inkijken. LOI's weten bij binnenkomst dan ook niet altijd wat de medische situatie is van een bewoner en ze dienen hiervoor nieuwe stappen te ondernemen. Personen die getransfereerd worden uit een collectief opvangcentrum zouden in principe wel voor minstens 5 dagen medicatie mee moeten krijgen alsook een document met reeds vastgelegde afspraken bij externe hulpverleners om de overdracht te vergemakkelijken en de continuïteit te garanderen.

“HET PROBLEEM BIJ HET LOI IS DAT WIJ VEEL VAN DIE DINGEN NOG NIET WETEN. DAT IS ALLEMAAL IN CENTRA AL GEDAAN. DIE MENSEN HADDEN BEGELEIDING VAN 2 À 3 MENSEN EN VAN DIE EN DIE, EN DIE WORDEN HEEL GOED BEGELEID EN DAN GAAN DIE NAAR EEN LOI EN DAN MOET IK NOG GAAN UITVISSEN WAT EN HOE. CONTACT OPNEMEN MET HET OPVANGCENTRUM OM ALLES TE MOETEN REGELEN, MAAR DAT DIE ME DAN NIKS MOGEN ZEGGEN.”

“NATUURLIJK, MAAR WE ZULLEN NIET IEDEREEN KUNNEN SCREENEN, OMDAT WE SIMPELWEG NIET DE TIJD HEBBEN [...], MAAR VOOR HET KWETSBARE PUBLIEK IS HET BELANGRIJK OM HET TE WETEN OF ER EEN BIJKOMENDE SENTIMENTELE OF ANDERE PROBLEMATIEK IS. HET IS BELANGRIJK VOOR ONS, DE BEGELEIDING, OM HET TE WETEN, OM DE ARTS IN TE LICHTEN, OM ER ZEKER VAN TE ZIJN DAT DEZE INFORMATIE WORDT DOORGEGEVEN, WANT IN PRINCIPE MOET DE NIEUWE HUISARTS CONTACT HEBBEN MET DE VOORMALIGE ARTS VAN HET CENTRUM, MAAR DAT IS NOG STEEDS ZELDZAAM. WIJ ONTVANGEN DEZE INFORMATIE NIET VAN HET CENTRUM. HET IS DELICAAT DAT WE VASTSTELLEN DAT ZE DIT GESPREK REEDS HEBBEN GEHAD IN HET CENTRUM. HET OPNIEUW AANHALEN VAN HET ONDERWERP, HET IS EEN BEETJE ZINLOOS EN MISSCHIEN EEN PIJNLIJK GESPREK OM EEN TWEEDE MAAL TE MOETEN VOEREN. DUS WE ZOUDEN DIT KUNNEN VERMIJDEN DOOR INFORMATIE.”

“BIJ ANDERE DOSSIERS, EN DAN VOORNAMELIJK DIE TRANSITIEDOSSIERS, VIND IK HET HEEL WEINIG WAT WE DOORKRIJGEN EN DAAR ZITTEN NOCHTANS OOK KWETSBARE PERSONEN TUSSEN. MAAR DAAR KOMT HET

⁵⁹ Voor personen met een hoge beschermingsgraad dient het collectief opvangcentrum een transferaanvraag in te dienen bij de Regio's, die binnen de vijf dagen beantwoord moet worden. Voor personen van wie de aanvraag om internationale bescherming afgewezen is, wordt een OTP toegewezen, waar men zich binnen de 5 werkdagen naartoe moet begeven. Indien de persoon dit weigert, krijgt hij/zij een 'no show' statuut. De duur van het verblijf in de OTP is afhankelijk van het bevel om het grondgebied te verlaten dat afgegeven wordt na een negatieve beslissing van de RVV en van de medewerking aan een traject voor vrijwillige terugkeer.

EIGENLIJK VAAK UIT DE LUCHT VALLEN. WAARBIJ ZE IN HET CENTRUM, IN EEN BEPAALD GEVAL WAARAAN IK NU DENK, AL WEL WISTEN DAT ER IETS AAN DE HAND WAS MET DIE PERSOON MAAR WAARBIJ ONS EIGENLIJK NIETS WAS DOORGEGEVEN, DUS DAT IS WEL JAMMER WANT DAARDOOR VERLIES JE HEEL VEEL TIJD EN CONTINUÏTEIT VAN HULPVERLENING.”

Zoals eerder besproken, wordt er voor begunstigden van de opvang in de collectieve opvang ook een sociaal dossier, inclusief een IBP bijgehouden. Uit de studie is gebleken dat het volledig sociaal dossier omwille van praktische redenen niet altijd wordt doorgestuurd naar de LOI's. De algemene ervaring van de bevroagde terreinmedewerkers in collectieve opvangcentra is dat het moeilijk is om de informatie die men over een bewoner heeft verzameld in een bruikbaar format aan de toekomstige maatschappelijk werker van het LOI over te dragen. Deze laatsten zouden daarom vaak het initiatief nemen om telefonisch contact op te nemen met het voorgaande opvangcentrum.

“DOOR BEPAALDE COLLEGA'S WORDT HET IBP OPGEMAAKT ALS ZE VERTREKKEN, MAAR WAT ZAL ER DAN IN STAAN? DINGEN ZOALS 'RESPECTEERT DE REGELS NIET' OF 'HEEFT GEEN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN', 'GAAT NAAR SCHOOL'. DAAR BEN JE NIET VEEL MEE ALS DIE PERSOON EEN JAAR IN HET CENTRUM IS GEWEEST. DAAR HEB JE NIET ZOVEEL AAN ALS JE DAN DE VOLGENDE ASSISTENT BENT.”

“IK KRIJG VAAK GEEN SOCIAAL DOSSIER, GEEN MEDISCH DOSSIER, IK KRIJG DE PERSOON.”

“DUS DAT IS ECHT HET SPIJTIGE AAN DE OPVOLGING DIE JE ERGENS DOET EN DIE NAAR EEN ANDER CENTRUM WORDT GESTUURD, HOE ALLES WORDT DOORGEGEVEN IS ECHT DE VRAAG.”

“JA WIJ HOREN BIJNA NOOIT IETS UIT DE CENTRA, HOE DAT HET GELOPEN IS, OF DAT ER PROBLEMEN WAREN, OF DAT ER GOED, MOEILIJK GEDRAG GESTELD IS. WIJ MOETEN AL BELLEN [...]”

Bij aankomst van een bewoner in een LOI, kan het dus gebeuren dat het personeel niet over de nodige informatie beschikt. Daardoor kunnen soms onvoldoende voorbereidingen getroffen worden voor een goed onthaal. Dit kan tot moeilijke situaties leiden, zoals wanneer iemand specifieke noden blijkt te vertonen (zoals beperkte mobiliteit). De medewerkers van het LOI voorzien zo snel mogelijk een intake, zowel om de werking van het opvanginitiatief toe te lichten als om directe noden van personen op te sporen. In tegenstelling tot een collectief opvangcentrum, is er slechts één globale intake. Het zijn hoofdzakelijk maatschappelijk werkers, eventueel aangevuld met sociaal begeleiders, die de opvang organiseren. Er is bijvoorbeeld geen medische dienst verbonden aan het OCMW dat het LOI beheert. Om dit gebrek op te vangen kan echter wel op structurele basis met artsen samengewerkt worden.

“DUS BIJ ONS IS HET MAAR ÉÉN IEMAND DIE ALLES DOET. DAT KAN GAAN VAN MEDISCHE AFSPRAKEN TOT PROCEDURE EN ALLES WAT HET OMVAT.”

“WIJ WERKEN MET EEN PRIVÉ PRAKTIJK, DUS EIGENLIJK MET UITBESTEDING. DAT GAAT EIGENLIJK VLOT HOOR. DAAR HEBBEN ZE WEL GEZEGD IN EEN ONDERLING AKKOORD DAT WE GEMAAKT HEBBEN, VAN KIJK

WE HEBBEN HIER GEDEELD BEROEPSGEHEIM. DUS DAT IS INDERDAAD HANDIG WANT ANDERS KAN JIJ NIET WETEN VAN 'HOE IS HET ERMEE' OF 'WAT IS ER JUIST GEZEGD'."

Ook LOI's houden van bewoners een soort sociaal dossier bij waar ze alle acties in noteren. Meestal werken LOI's niet verder op het IBP van de collectieve centra en hebben ze elk een eigen systeem ontwikkeld. Uitzonderlijk werkt men sinds kort wel met een 'GPMI'⁶⁰, dat voortaan voor alle reguliere cliënten van een OCMW opgemaakt moet worden. Een GPMI heeft grotendeels dezelfde doelstelling als een IBP. In LOI's vindt men het echter moeilijk om plannen op langere termijn op te stellen voor de korte duur van de transitie. De onzekerheid over de toekomstige woonplaats maakt het voorbarig om een grondige diagnose te maken.

"WIJ HEBBEN IBP'S VERVANGEN DOOR DIE GPMI'S VOOR ALLE OCMW-CLIËNTEN. OP BASIS DAARVAN KRIJG JE SUBSIDIES VOOR JE ANDERE OCMW-CLIËNTEN. HET IS EEN SOORT EVALUATIEFORMULIER MAAR EIGENLIJK MEER EEN STAPPENPLAN, WAT IS ONS DOEL EN HOE ZIEN WE DAT EN HOE WILLEN WE DAT BEREIKEN. WE DOEN DAT OOK VOOR DE LOI-CLIËNTEN. DAT IS DAN WEL NIET ECHT OP MAAT VAN HEN, MAAR BON, HET MAAKT WEL DAT JE EEN KEER STILSTAAT BIJ JE CLIËNTEN BIJ WAT WIL JE DOEN, WAAR GA JE NAARTOE, OF WAT IS DE BEDOELING."

Een betere overdracht van informatie over personen tussen de collectieve centra en LOI's zou niet per definitie de nood aan identificatie van kwetsbaarheden bij aankomst in een LOI wegnemen. Medewerkers van LOI's geven aan dat de transitiefase eigen uitdagingen met zich meebrengt. Sommige personen kunnen bijvoorbeeld net goed functioneren in de gereguleerde en afgeschermd omgeving van een opvangcentrum, maar blijken niet in staat om semi-autonoom te wonen in een LOI. Ook de druk om op korte termijn een woning te vinden, is volgens de terreinmedewerkers eigen aan de transitiefase en kan personen net kwetsbaar maken tijdens hun verblijf in een LOI. De mate waarin ze kwetsbaar zijn en de factoren die hen kwetsbaar maken of net beschermen, zijn aldus ook verbonden met het moment in het opvangtraject. Er is zelden een dagelijkse briefing of een MDO binnen LOI's aangezien de begeleiding van bewoners niet opgesplitst wordt over verschillende terreinmedewerkers die werkzaam zijn in aparte diensten, zoals de sociale en medische dienst. Voor een volledig beeld van de situatie van een persoon is een LOI wel sterker dan collectieve opvangcentra afhankelijk van de coöperatie met andere externe partners. Hiervoor kunnen ad-hoc overlegmomenten met bijvoorbeeld scholen, psychologen en artsen in het leven geroepen worden. De bevroegde terreinmedewerkers ervaren het echter als een nadeel dat dergelijke vormen van overleg niet structureel ingepland zijn, waardoor bepaalde kwetsbaarheden over het hoofd gezien kunnen worden. Sowieso wordt de transitie door de bevroegde terreinmedewerkers ervaren als een te korte periode om een bewoner effectief te leren kennen en een vertrouwensband op te bouwen.

"MAAR HET GEBEURT WEL DAT ZE SOMS MAAR TWEE À DRIE WEKEN BIJ ONS ZIJN. DAAR KUN JE GEEN DEFTIGE BEGELEIDING DOEN. DAT IS GEWOON MAKEN VOOR DIE PERSOON DAT ALLES IN ORDE IS. DAT ZIJN OCMW IN ORDE IS VOORAL. JE LAAT DIE MENSEN LOS IN DE MAATSCHAPPIJ."

⁶⁰ Het geïndividualiseerd project voor maatschappelijke integratie is een traject, op maat gemaakt, dat de persoon moet helpen om zelfredzamer te worden en meer greep te krijgen op zijn leven zodat die uiteindelijk zijn/haar eigen weg kan gaan, zonder hulp van het OCMW. Samen met de maatschappelijk werker worden doelstellingen geformuleerd en de stappen die gezet moeten worden om de doelstelling te bereiken. Deze doelstellingen en stappen worden opgenomen in een contract dat door beide partijen ondertekend wordt. De opmaak van een GPMI is verplicht voor personen die een leefloon ontvangen van het OCMW, maar wordt soms uitgebreid naar personen die materiële steun ontvangen binnen een LOI.

Voor medewerkers van een LOI lijkt de permanente observatie van de bewoners moeilijker dan voor centrumpersoneel. In een LOI is er doorgaans een scheiding tussen de werkplek van het personeel en de woonplaats van de begunstigten. Permanentiemomenten en regelmatige afspraken moeten de kloof tussen begeleider en bewoner overbruggen, maar het blijft volgens de terreinmedewerkers moeilijk om de vinger aan de pols te houden. Niettemin biedt een LOI volgens hen ook een grote meerwaarde omdat het een 'real-life' situatie benadert, en daardoor ook meer representatief is voor het leven na de opvang. In de mate dat maatschappelijk werkers de tijd vinden, proberen ze dan ook in te zetten op huisbezoeken als een manier om signalen van kwetsbaarheid op te sporen.

“IK VIND DAT IK ALS MAATSCHAPPELIJK WERKER, IK HEB ALTIJD GEZEGD DAT JE VAN HUISBEZOEKEN, DAT IS MISSCHIEN MINDER VAN TOEPASSING OP DE CENTRA, VEEL MEER LEERT DAN VAN GESPREKKEN OP JE BUREAU. IK VIND DAT ALS IK BIJ IEMAND IN DE STUDIO WAAR HIJ DAN WOONT LANGSGA, ER MEER AANKNOPINGSPUNTEN ZIJN. JE ZIET AL BIJVOORBEELD OF HET DAAR VERWAARLOOSD IS, OF GOED ONDERHOUDEN, JE ZIET SOMS FOTO'S VAN KINDEREN WAAR JE NAAR KUNT VRAGEN, JE HEBT VEEL MEER AANKNOPINGSPUNTEN DAN OP DAT GESPREKJE IN DAT BUREAU, DUS IK PROBEER DAT ALTIJD MAXIMAAL TE DOEN: BIJ DE MENSEN LANGSGAAN. MAAR DAT IS DAN ALTIJD WEL WAT VANUIT INTUÏTIE WERKEN.”

Conclusie

In deze tweede sectie over identificatie werd besproken hoe terreinmedewerkers inschatten of personen kwetsbaar zijn en welke specifieke opvangnoden ze vertonen. Een belangrijke algemene vaststelling is de betrokkenheid van vele verschillende actoren in het identificatieproces. In lijn met de bevindingen over de verschillende definities van kwetsbaarheid die in omloop zijn, is het mogelijk om de identificatiepraktijken van de betrokken actoren in twee groepen op te delen. Enerzijds zijn er de actoren wiens bevoegdheid het is om verzoekers te registreren en toe te wijzen aan een opvangplaats. Hun identificatiepraktijken worden gekenmerkt door enkele kortstondige ontmoetingen of de analyse van informatie uit tweede hand. Ze dienen in een kort tijdsbestek en op basis van beperkte informatie een oordeel te vellen over wie behoort tot de vastgelegde categorieën van kwetsbaarheid. Anderzijds zijn er de actoren die effectief opvang voorzien. Hun identificatiepraktijken zijn grondig verschillend. Het gaat om herhaaldelijke en permanente evaluatie, gespreid over een langere periode, met verschillende procedures en instrumenten (zoals individuele begeleidingsplannen, multidisciplinaire overlegmomenten en huisbezoeken). Hun inschatting van kwetsbaarheid is vooral op maat van het individu en richt zich op de identificatie van beschermende en bedreigende factoren. Onderstaande tabel biedt een overzicht van de identificatierol van alle betrokken actoren.

	TOEWIJZING			OPVANG		
	DVZ	Dispatching	Regio's	Collectieve Opvangcentra		LOI's
				Aankomstfase	Verblijfsfase	
Tijdstip	Eénmalig	Tweemalig	Eénmalig	Herhaaldelijk	Permanent	Regelmatig
Actoren	Maatschappelijk werkers	Maatschappelijk werkers	Maatschappelijk werkers	Referentie maatschappelijk werker	Referentie maatschappelijk werker	Referentie maatschappelijk werker
	Tolken	Medische dienst	Medische dienst	Sociaal begeleiders	Sociaal begeleiders	Sociaal begeleiders
				Medische dienst	Medische dienst	
Wijze	Checklist	Persoonlijk contact	Bijlage B	Intake	Dagelijkse briefing	Intake
	Vragenlijst	Medisch onderzoek		Dagelijkse briefing	Evaluatieverslag	Huisbezoeken
		Labeling		Evaluatieverslag	IBP	Afspraken op kantoor
				IBP	MDO	
				Sociaal dossier	Permanente observatie	
				Permanente observatie	Outtake	

Wat de timing betreft, wordt het identificatieproces opgevat als een gefaseerde aangelegenheid, waarbij verschillende actoren een eigen rol te spelen hebben. Initieel wordt er een eerste inschatting van kwetsbaarheid gemaakt door DVZ en door de dienst Dispatching. Vervolgens zou er binnen collectieve opvangcentra een grondige identificatie van kwetsbaarheid moeten gebeuren. In principe bestaat daarbij de mogelijkheid om de identificatie bij te stellen en extra stappen te ondernemen, zoals de inschakeling van externe actoren of de aanvraag van een transfer. Voornamelijk bij de aanvraag van een transfer kan er echter een verschil bestaan tussen de individuele inschatting van kwetsbaarheid binnen de opvangstructuur en de criteria voor een transfer die de Regio's moeten toepassen. Zoals verder nog ter sprake zal komen, vinden de bevraagde terreinmedewerkers van collectieve opvangstructuren de mogelijkheden voor transfers vaak te beperkt. Een deel van de begunstigden van de opvang wordt ten slotte ook opgevangen in een individuele opvangplaats. Binnen het nieuwe opvangmodel lijken LOI's minder mogelijkheden te hebben in termen van de identificatie van kwetsbaarheid. Terreinmedewerkers geven aan dat ze verwachten dat noden reeds eerder in collectieve opvangcentra gedetecteerd zijn, aangezien LOI's onvoldoende tijd hebben om verzoekers te leren kennen. Er kunnen zich echter wel problemen voordoen bij de overdracht en communicatie van kwetsbaarheden tussen collectieve centra en LOI's. Daarenboven kunnen zich ten gevolge van de nieuwe transitiesituatie ook nieuwe kwetsbare situaties voordoen.

Wat de actoren betreft, is de betrokkenheid van maatschappelijk werkers bij de identificatie van kwetsbaarheid een duidelijke constante. Toch blijkt hun rol hierin niet altijd even duidelijk afgelijnd te zijn. Zowel bij de toewijzing door Dispatching als bij de opvang door de collectieve opvangcentra is er bij de identificatie van kwetsbaarheid een erg belangrijke rol weggelegd voor het medische personeel. De medische bevoegdheid wordt daarbij zeer ruim ingevuld, gaande van strikt fysieke noden tot psychische noden. We stellen vast dat de opdeling tussen sociaal en medisch personeel coördinatieproblemen met zich meebrengt, namelijk ten gevolge van het beroepsgeheim. De individuele opvang binnen LOI's beschikt bijvoorbeeld niet over eigen medisch personeel, wat de afstemming met collectieve opvangcentra moeilijk maakt. Daarnaast wordt vastgesteld dat de identificatie van kwetsbaarheid ook door allerlei andere interne en externe actoren gebeurt, zoals begeleiders, psychologen of leerkrachten, wat extra afstemming en overleg vraagt. Een opvallende moeilijkheid is het structureel gebrek aan professionele tolken, wat de identificatie bemoeilijkt.

Wat de wijze van identificatie betreft, valt een verschil op tussen de formele instrumenten van de actoren die de registratie en toewijzing doen (zoals checklists, codering in Match-IT, bijlage B) en de open registratie door opvangactoren (sociaal dossier, medisch dossier, IBP). Opnieuw geldt dat er zich bij transferaanvragen de moeilijkheid stelt hoe een globaal beeld over een persoon dat ontwikkeld wordt in een opvangcentrum, vertaald moet worden naar codes en criteria die in Match-IT moeten ingegeven worden. Bij effectieve transfers stelt zich ook het probleem van de overdracht van informatie naar andere opvangactoren, wat tot informatieverlies kan leiden.

De bevroegde betrokken partijen zijn het er in het algemeen over eens dat ze heel wat kwetsbaarheden en specifieke opvangnoden kunnen identificeren. De grondige identificatie gebeurt vooral tijdens de verblijfsfase in de collectieve opvangcentra. Het blijkt wel een tijdsintensieve aangelegenheid te zijn, die bij momenten van de instroom van een groot aantal nieuwe bewoners niet naar behoren kan uitgevoerd worden. In het algemeen slaagt men er naar eigen aanvoelen toch tamelijk goed in om een beeld te krijgen van de kwetsbaarheid van personen. Er zijn vanzelfsprekend limieten aan de identificatie, bijvoorbeeld doordat het bespreken van bepaalde kwetsbaarheden met bewoners niet evident is of doordat bepaalde factoren (bijvoorbeeld rond seksuele voorkeur of vrouwelijke genitale verminking) niet even gemakkelijk op te merken zijn. Voor de bevroegde terreinmedewerkers blijkt echter niet zozeer de identificatie, maar wel het aanbieden van aangepaste zorg de grootste uitdaging te zijn.

2.4. Zorg

De identificatie van kwetsbaarheid en specifieke noden heeft uiteindelijk tot doel om personen een aangepaste begeleiding of een aangepaste opvangplaats aan te bieden. In dit deel bespreken we hoe het opvangnetwerk de nodige zorg tracht te realiseren. We laten hier DVZ buiten beschouwing: hoewel DVZ voorbereidend werk levert voor de identificatie van kwetsbaarheid, berust de verantwoordelijkheid inzake opvang en zorg bij Fedasil en haar opvangpartners. Het eigenlijke opvangtraject begint bij de dienst Dispatching die begunstigen toewijst aan de eerste opvangplaats. De Regio's treden op als tussenpersoon bij transfers. De eigenlijke opvang en begeleiding wordt voorzien door collectieve opvangcentra, LOI's en NGO's enerzijds, en allerlei externe actoren waar naar doorverwezen wordt anderzijds.

Toewijzing: matching via labels

Zoals eerder uiteengezet zijn er binnen het opvangnetwerk twee actoren die de bevoegdheid hebben om verzoekers toe te wijzen aan een opvangplaats. De dienst Dispatching organiseert de eerste toewijzing; de Regio's komen tussen bij transferbewegingen gedurende het opvangtraject.

Dienst Dispatching Fedasil

Bij de toewijzing aan een opvangplaats baseert de dienst Dispatching zich op de identificatie van kwetsbaarheid door DVZ en haar eigen medewerkers om de meest aangepaste opvangplaats te selecteren. De toewijzing gebeurt daarnaast op basis van de gezinssituatie, kennis van één van de landstalen en familiaal netwerk in België. Zoals reeds besproken, investeerde Fedasil in het beheerssysteem Match-IT dat onder meer een betere afstemming tussen individuele noden en een aangepaste plaats moet toelaten. De *labeling* van de noden van een persoon wordt door de medische cel van de dienst Dispatching gedaan. Op het niveau van de opvangstructuren zijn er parallel ook labels toegekend aan plaatsen. Bij de opvangplaatsen wordt een algemeen onderscheid gemaakt tussen generieke en specifieke doelgroepenplaatsen. Doelgroepenplaatsen zijn plaatsen die voldoen aan een combinatie van verschillende labels die op kwetsbaarheid wijzen en zijn in principe voorzien voor personen die tot een specifieke doelgroep behoren. Het gaat over medische doelgroepenplaatsen én plaatsen voor kwetsbare vrouwen. Daarnaast zijn ook alle generieke plaatsen gelabeld in functie van de infrastructuur en diensten die beschikbaar zijn bij de opvangstructuur. Er blijkt een belangrijke onderlinge variëteit te bestaan tussen de generieke plaatsen. Het onderling verschil kan bijvoorbeeld betrekking hebben op de aanwezigheid van een psychiatrisch ziekenhuis in de buurt van het opvangcentrum, het beschikken over individuele sanitaire voorzieningen, rolstoeltoegankelijk, ...

De dienst Dispatching baseert zich op het doelgroepenlabel, de specifieke labels en de extra informatie die bij de persoonlijke contacten verkregen werd, om de meest aangepaste plaats toe te kennen. Bij erg complexe medische dossiers stelt de medische cel van Dispatching soms zelf een bepaalde opvangplaats voor. Anders moet gezocht worden binnen de beschikbare generieke plaatsen. De dienst Dispatching wijst bijna uitsluitend personen toe aan collectieve opvangcentra. Slechts bij grote uitzondering (bijvoorbeeld gezinshereniging met een niet-begeleide minderjarige) wordt rechtstreeks aan individuele opvangplaatsen toegewezen. Wanneer de dienst Dispatching een directe toewijzing aan een LOI wil doen, worden de Regio's van Fedasil ingeschakeld. Zij onderzoeken de aanvraag opnieuw en nemen bij akkoord contact op met het LOI. In geval van twijfel wordt steeds de voorkeur gegeven aan collectieve opvang. Er wordt eerst getracht of collectieve opvang mogelijk is. De rationale hierachter is dat een collectief opvangcentrum toelaat om een persoon tijdens de aankomstfase intensiever op te volgen. Als de opvangplaats toch onaangepast zou blijken, kan vervolgens een transfer aangevraagd worden. Naast het gebruik van Match-IT, stelden we vast dat er bij de toewijzing van een kwetsbare persoon bijna altijd ook telefonisch contact wordt opgenomen met de opvangstructuur. Volgens de bevroegde terreinmedewerkers is in sommige gevallen de informatie beschikbaar in Match-IT namelijk niet up-to-date of te vaag om zich erop te baseren⁶¹. Voor uitingen van kwetsbaarheid die moeilijker te objectiveren zijn in labels (zoals LGBTI), kan er sowieso niet gewerkt worden met een matching tussen persoon- en plaatslabels, maar baseren de medewerkers zich op hun kennis over het opvangnetwerk. Van sommige centra is bijvoorbeeld geweten dat ze ervaring hebben met de opvang van personen met bepaalde kwetsbaarheden of dat ze intern over opvangplaatsen beschikken met meer privacy of rust.

⁶¹ Voor 2013 werden kamers binnen het federale opvangnetwerk niet gelabeld en dienden medewerkers van Dispatching bij de toewijzing van een persoon met een medisch profiel opvangcentra individueel af te bellen. Sinds 2013 werd gestart met de *labeling* van medische plaatsen. Aanvankelijk werd een overzicht van medische plaatsen dagelijks manueel doorgestuurd; met de opstart van Match-IT werd deze informatie via het beheersprogramma ter beschikking gesteld. Ondanks de automatisering blijkt de informatie nog steeds moeilijk te objectiveren en nemen medewerkers persoonlijk contact met de centra op.

Dispatching tracht ook rekening te houden met een spreiding van personen met specifieke noden en zal bijvoorbeeld trachten personen met psychische noden te spreiden.

Niet iedereen die bij de dienst Dispatching terechtkomt, wordt naar een opvangplaats doorverwezen. Sommige personen beschikken over eigen opvang bij familie, vrienden of kennissen (zogenaamde 'no shows') en hebben aldus geen nood aan een opvangplaats voorzien door Fedasil. In het geval van een volgend VIB kan Fedasil op grond van de Opvangwet beslissen om het recht op opvang te beperken tot enkel medische hulp. Dit kan voor de periode tussen het indienen van het VIB en de beslissing van het CGVS over de ontvankelijkheid van de nieuwe elementen. Vaak detecteert men bij deze groep verzoekers wel kwetsbaarheid. In uitzonderlijke situaties kan beslist worden om op basis van specifieke noden alsnog een opvangplaats toe te kennen. Het gaat dan in het bijzonder om medische problemen.

Regio Noord en Regio Zuid Fedasil

Tijdens het opvangtraject zijn de Regio's verantwoordelijk voor nieuwe toewijzingen in het kader van transfers. Wat de specifieke transfers die betrekking hebben op kwetsbaarheid betreft, werd eerder reeds gesteld dat de Regio's geen transfers omwille van lang verblijf meer toestaan. Na een moratorium op de transfers voor een aangepaste plaats, is het voor de Regio's sinds mei 2018 in principe mogelijk om opnieuw transfers door te voeren. Bij de evaluatie van een transferaanvraag bekijken de Regio's niet alleen of iemand voldoet aan bepaalde criteria. Er wordt eveneens geëvalueerd of opvangcentra zelf voldoende inspanningen geleverd hebben om aan specifieke noden tegemoet te komen en of een transfer tot een verbetering van de situatie van de begunstigde zou leiden. Zoals hieronder nog verder aan bod komt, beschikt het opvangnetwerk over een beperkt aantal medisch aangepaste plaatsen. De selectie van transfers moet daarom tamelijk streng gebeuren aangezien, in de woorden van een regio-medewerker, slechts het 'topje van de ijsberg' kan getransfereerd worden. Opvangstructuren worden aangespoord om een preventief beleid te voeren en eerst alle eigen mogelijkheden te onderzoeken, inclusief de inschakeling van externe hulp. In de context van psychische problemen bijvoorbeeld moeten opvangstructuren opereren vanuit de filosofie van een preventiepiramide. Dit betekent dat ze het onthaal en het samenleven in algemene zin aangenaam moeten maken, doelgerichte versterkende activiteiten opzetten voor specifieke doelgroepen, en gespecialiseerde organisaties inschakelen om transferaanvragen te voorkomen. Om in aanmerking te komen voor een transfer omwille van psychische problemen moet bovendien een diagnose gesteld worden door een psycholoog. Bij onvoldoende feitelijke elementen of attestering kunnen de Regio's niet overgaan tot transfer en blijft er volgens actoren betrokken bij de toewijzing soms geen andere optie over dan 'het laten escaleren' van een situatie.

Na een positieve beoordeling van een transferaanvraag voor een aangepaste plaats, moeten de Regio's op zoek gaan naar een plaats die beter tegemoet komt aan de noden van begunstigten van de opvang. Hierbij wordt volgens de Regio's het uitgangspunt gehanteerd dat zo veel als mogelijk vermeden moet worden om personen tijdens hun procedure naar individuele plaatsen door te verwijzen. Er wordt steeds eerst onderzocht of een transfer tussen collectieve opvangcentra mogelijk is. Als een generieke collectieve plaats niet voldoet, dan is de eerste optie toewijzen aan één van de 90 specifieke collectieve plaatsen in federale opvangcentra (zie verder). Het is pas wanneer er geen aangepaste plaats in de collectieve opvang gevonden wordt, dat doorverwezen wordt naar één van de individuele opvangopties. Hierbij gaat de voorkeur van de Regio's eerst naar plaatsen die structureel voorzien worden (zoals Ciré en Caritas International). De reden hiervoor is dat zij ongeacht hun bezettingsgraad door Fedasil betaald worden⁶². Pas als deze specifieke plaatsen volzet zijn of geen oplossing bieden voor aangepaste opvang wordt

⁶² Er bestaat een verschil in de financiële tegemoetkoming voor leegstaande doelgroepplaatsen bij het SOI én bij Ciré/Caritas International. Voor het SOI bestaat de tussenkomst bij leegstand uit een bedrag van maximaal 40% van het verhoogde tarief van 69,14euro per dag ter vergoeding van de vaste kosten van de inrichting van de opvangplaats. Voor Ciré/Caritas International wordt het doelgroeptarief in principe uitbetaald ongeacht de bezetting. Als de

doorverwezen naar LOI's (die uitzonderlijk een verhoogd persoonsgebonden tarief kunnen toegekend krijgen)⁶³. Voor elk van deze individuele plaatsen gelden aparte toewijzingsprocedures, die hieronder in detail besproken zullen worden.

De Regio's dienen met veel factoren rekening te houden bij de toewijzing van een nieuwe plaats, zoals de nabijheid van het oorspronkelijke centrum of een voorkeurregio. Hoewel meestal getracht wordt om personen in dezelfde regio te herhuisvesten, kan bij een transitie-transfer specifiek gevraagd worden om van regio te wisselen. In dat geval onderzoekt de Regio waar de persoon voorlopig verblijft de transferaanvraag, maar zal de zoektocht naar een aangepaste plaats door de andere Regio overgenomen worden.

Opvang: aangepaste begeleiding

Hieronder staan we stil bij de verschillende actoren die opvang voorzien. Na de pre-opvang, wijst de dienst Dispatching personen normaal gezien toe aan een collectief opvangcentrum. Na het bekomen van een verblijfsstatuut volgt doorgaans een transfer naar een LOI voor een korte transitieperiode. Tijdens het verblijf in een collectief opvangcentrum kan een aanvraag ingediend worden voor een transfer naar een aangepaste plaats, waarna eventueel één van de individuele opvangpartners ingeschakeld wordt. Als we de werking van de verschillende opvangstructuren met elkaar vergelijken, dan varieert deze in vijf opzichten, namelijk wat betreft (1) de algemene voorzieningen van de opvang, (2) de aanwezigheid van specifieke plaatsen voor kwetsbare personen, (3) aangepaste begeleiding, (4) de inschakeling van externe actoren en (5) het indienen van transferaanvragen om de zorg aan te passen aan de specifieke noden van bewoners.

Pre-opvang

In het verleden gebeurde de toewijzing aan een opvangplaats op dezelfde dag als het indienen van een VIB. Tijdens de opvangcontext van 2015 werd er een fasering ingevoerd, waardoor de toewijzing aan de eerste opvangplaats tot drie weken na de registratie van een VIB kan duren. In de tussentijd verblijven de meeste personen die voor het eerst een VIB willen indienen in de pre-opvang⁶⁴. Alleen voor door DVZ als 'erg kwetsbaar' ingeschatte personen wordt het proces van het doen, registreren en indienen van een VIB op één dag afgehandeld, zodat men meteen aan een opvangstructuur wordt toegewezen. Personen met een eerste verzoeksaanvraag kunnen in het centrum Béjar van Samusocial verblijven. Dit is evenwel geen verplichting en personen kunnen er ook voor kiezen om bij privépersonen te verblijven.

De algemene voorzieningen van het centrum Béjar zijn rudimentair. Het is een collectieve opvangstructuur. De kamers zijn 'chambrettes' in een open hangar, met een capaciteit tussen 4 en 8 plaatsen, modulair aanpasbaar. Naast catering zijn er enkele collectieve faciliteiten opgesteld in de hangar, zoals een wasruimte, kinderruimte, vestiaire en een sportruimte. Het centrum biedt geen sociale begeleiding aan en beperkt zich tot het voorzien van een 'bed, bad, en brood'. Omwille van het tijdelijke karakter van het verblijf, is er doelbewust gekozen om nog geen sociale

bezettingsgraad bij Ciré op jaarbasis onder 94% daalt, zal een corrigerend mechanisme ingeschakeld worden waarbij de financiële tegemoetkoming voor niet-bezette plaatsen verminderd wordt met een bedrag van 21.20euro per onbezette plaats.

⁶³ Voor een specifieke plaats die structureel voorzien is, betaalt het Agentschap een verhoogd tarief ongeacht de bezetting. LOI's die generieke plaatsen aanbieden voor specifieke doelgroepen krijgen pas een verhoogd tarief als de plaats effectief bezet is door een persoon die tot een specifieke doelgroep behoort. Van zodra deze persoon de opvangplaats verlaat, valt het LOI terug op de generieke vergoeding bij bezetting of leegstand. Het Agentschap geeft de voorkeur aan structurele plaatsen omdat deze sowieso gefinancierd worden en hanteert LOI-plaatsen met persoonsgebonden tarief als een buffer-optie.

⁶⁴ Normaal hebben personen met een volgend verzoek (geel convocatiedblad) geen recht op opvang tot CGVS zich positief uitlaat, maar Dispatching en DVZ kunnen samen een uitzondering vragen (alleen dan wordt het aanvaard). Het kan ook bijvoorbeeld zijn omdat één van de kinderen nog geen asiel aangevraagd heeft, maar de rest wel, dat de hele familie wordt opgevangen, of omdat er een uitzondering omwille van kwetsbaarheid wordt gemaakt.

begeleiding op te starten. Er is wel een medische opvolging door verplegend personeel, met ondersteuning door een arts die op wekelijkse basis langskomt. Het centrum beschikt niet over specifieke aangepaste plaatsen voor kwetsbare personen. Vandaar dat 'erg kwetsbare' personen meteen naar een andere opvangstructuur, collectief of individueel, worden doorverwezen. Voor personen die door DVZ als 'kwetsbaar' gecategoriseerd werden, hanteert men in de pre-opvang de regel om hen nooit alleen in een 'chambrette' te huisvesten en hen zo goed mogelijk op te volgen. Hoewel alle plaatsen generiek zijn, worden kamers volgens gezinstype (alleenstaande vrouwen, families en alleenstaande mannen) opgedeeld. Er is getracht om vrouwen en gezinnen afzonderlijk op te vangen, onder meer met apart sanitair, maar er zijn geen strikte ruimtelijke scheidingen. Aangezien er in de pre-opvang geen sociale begeleiding opgestart wordt, is er geen sprake van aanpassingen in de begeleiding voor kwetsbare personen. Toch neemt de medische dienst wel een psychosociale begeleidingsrol op zich. Personen die volgens DVZ 'kwetsbaar' zijn, krijgen prioriteit om gezien te worden door de medische dienst van de pre-opvang. Volgens de bevroagde medewerkers zouden heel wat personen tijdens het contact met het medische personeel hun 'hart luchten'. Ze zouden het moment gebruiken om 'hun problemen voor de eerste keer te vertellen, zonder daarbij rekening te houden met wat ermee gedaan zal worden'. Hoewel de setting en situatie zich niet echt leent tot het opbouwen van een vertrouwensband, zouden de medewerkers toch al heel wat informatie van een persoon verkrijgen en wordt er aan het begin van een medische anamnese gewerkt. Via een standaardformulier wordt de bekomen informatie over een persoon in een gesloten envelop aan de bewoner meegegeven, die vervolgens aan het toekomstig centrum gegeven kan worden. Informatie die nuttig kan zijn voor de toewijzing aan een opvangplaats wordt ook aan de medische cel van Dispatching doorgegeven. Soms wordt er door de medische dienst van Samusocial ook nog contact opgenomen met de opvangstructuur waar een persoon aan toegewezen wordt. De samenwerking van de pre-opvang met externe organisaties is beperkt. Er wordt sporadisch een beroep gedaan op externe medische diensten (zoals ziekenhuizen). Daarnaast is er een wekelijkse permanentie van advocaten die juridische informatie verschaffen over de asielpcedure. De pre-opvang stelt zich niet tot doel om personen toe te leiden naar gespecialiseerde organisaties, tenzij er een acute nood aan is. Samusocial ziet haar opvangrol eerder als het aanbieden van een rustmoment voorafgaand aan de eigenlijke procedure en opvang, en het wil de benodigde informatie over de asielpcedure verschaffen. Binnen het relatief korte tijdsbestek van het verblijf in de pre-opvang is het ook niet de bedoeling om transfers naar een meer aangepaste plaats aan te vragen. Wanneer een persoon omwille van zijn kwetsbaarheid moeilijk kan opgevangen worden in de pre-opvang, kan Samusocial wel een aanvraag indienen bij DVZ om sneller over te gaan tot het indienen van het VIB. Zo wordt getracht om de termijn in de pre-opvang voor kwetsbare personen tot een minimum te beperken.

Collectieve opvangcentra

Na de pre-opvang wordt de meerderheid van de begunstigden toegewezen aan een collectief opvangcentrum. De Opvangwet bepaalt dat collectieve opvangcentra in de materiële behoeften van iedere bewoner moeten voorzien en er tevens op moeten toezien dat er toegang is tot medische, psychische en sociale begeleiding. In principe is de zorg van collectieve centra generiek. Hiermee bedoelen we dat iedereen een gelijkaardige zorg krijgt. Alle verzoekers hebben recht op een gelijke kwalitatieve opvangstandaard tijdens hun procedure.

De algemene voorzieningen in een opvangcentrum bestaan onder meer uit een slaapplek, sanitaire voorzieningen, maaltijden en sociaal-medische begeleiding. Volgens de bevroagde terreinmedewerkers moet de opvolging en begeleiding van bewoners gebeuren op basis van vertrouwen, in een rustige en veilige omgeving. Een moeilijkheid bij de opvang in collectieve centra is de onduidelijkheid over het verblijfsperspectief en de onzekerheid over de duur van de opvang die hiermee gepaard gaat. Terreinmedewerkers weten niet op voorhand hoe lang een begunstigde in het centrum zal opgevangen worden, waardoor het moeilijk is om een duidelijk zorgplan op te stellen.

“ALS WE IETS DETECTEREN, NOG VOOR DAT ER GEVOLG AAN WORDT GEGEVEN, IS DE PERSOON REEDS WEG OF DE PERSOON WERD GETRANSFEREERD OF ZE HEEFT EEN BESLISSING ONTVANGEN [...]”

Onder de bevraagde terreinmedewerkers blijken er ook twijfels te bestaan over de huidige kwaliteit van de opvangcentra. Er is in het bijzonder bezorgdheid over de mate waarin het collectieve karakter van de zorg een probleem vormt om effectief aan de basisbehoeften van bewoners te voldoen. In het bijzonder het gebrek aan privacy en autonomie worden hierbij aangeduid als bedreigende factoren die personen kwetsbaar kunnen maken. Zo zou de zorg in een collectief centrum niet voorzien zijn op een verblijf van langer dan vier tot zes maanden. Dit kan volgens terreinwerkers zogenaamde ‘opvangschade’ bij verzoekers teweeg brengen.

“VERBETERING VAN DE KWALITEIT VAN DE OPVANGPLAATS GAAT DE NOOD AAN AANGEPASTE PLAATSEN REDUCEREN. MINDER STRESS EN AGRESSIE, WANT DAT IS DAARDOOR, DOOR ALLE FRUSTRATIE, DAT ER VEEL STRESS KOMT EN VANDAAR HEB JE ALCOHOLMISBRUIK EN MARIHUANA, EN VANDAAR KRIJG JE UITEINDELIJK DE AGRESSIE.”

“JA IEDEREEN HEEFT RECHT OP EEN MENSWAARDIG BESTAAN, DAT WORDT DAN GEWOON INGEVULD ALS BED, BAD, BROOD. DAT IS DE DEFINITIE VOOR FEDASIL. EN DAN HIER GAAT HET VAN ‘JE BLIJFT DAAR, BED, BAD, BROOD, JE ZIT UW PERIODE UIT EN DAN WORDT JE LOSGELATEN IN DE MAATSCHAPPIJ’. EN IK DENK DAT ALS DIT MODEL WORDT DOORGEZET WE BINNEN 30 JAAR WEER VAN DIE GETTOVORMING GAAN ZIEN IN DE GROTE STEDEN EN DAAR GAAT ONAARDIGHEID UIT KOMEN, EN DAT VIND IK ZEER SPIJTIG.”

De collectieve opvangcondities zouden volgens terreinmedewerkers verschillende negatieve kettingreacties teweegbrengen. Voor gezinnen met kinderen ontbreekt het bijvoorbeeld aan voldoende privacy, waardoor ouder-kindrelaties verstoord kunnen geraken. Sommige centra liggen erg afgelegen, waardoor personen vervreemd en geïsoleerd raken. Een ander veel gehoord voorbeeld is de achteruitgang van de gezondheid als een gevolg van onaangepaste maaltijden. Bewoners kunnen in collectieve centra namelijk doorgaans niet zelf koken, waardoor ze afhankelijk zijn van de aangeboden maaltijden. Als ze omwille van het tijdstip of de smaakvoorkeur minder eten, kan dit een negatief effect hebben op hun gezondheid. Een ander voorbeeld dat vaak vermeld werd, is dat bewoners elkaars nachtrust verstoren.

“WE KRIJGEN OOK VEEL CONSULTATIES OMWILLE VAN MAAGPROBLEMEN, ZELF KOKEN, OMWILLE VAN DE KINDEREN ETEN NIET, DE KINDEREN ETEN NIET GOED. JA, ALS UW KINDEREN NIET GOED ETEN, DAT BRENGT OP ZICH AL IETS TEWEEG IN UW GEZIN. DA’S OOK NIET DAT ZE VITAMINES KRIJGEN WANT ZE ETEN GEEN GROENTEN. ‘DEZE GROENTEN LUST IK NIET DUS GEEF MIJ VITAMINES.’ JA, DAT WEET IK ZO NIET. HET IS OOK NIET KINDVRIENDELIJK HET ETEN. AF EN TOE HEBBEN WIJ MENSEN DIE EIGENLIJK DAT ETEN NIET KUNNEN ETEN, DIE DAN, MET HET BEETJE GELD DAT ZE HEBBEN, SOMS HEBBEN ZE GELD, ANDER ETEN KOPEN, MAAR DAT IS DAN ALLEEN MAAR KOUD WANT ZE KUNNEN MAAR ÉÉN KEER IN DE WEEK BIJ ONS KOKEN. WE HEBBEN OOK MENSEN DIE ZEGGEN ‘WE ETEN BIJNA NIET’, DAT ZE DAN BIJNA TWINTIG KILO ZIJN AFGEVALLEN. DUS WEGEN WE ZE BIJ INTAKE EN KUNNEN WE DAT OOK ZIEN. SOMMIGE VALLen OOK EFFECTIEF WEL AF, SOMS IS DAT OOK NIET ZO HEEL ERG MAAR BIJ ANDEREN LEVERT DAT WEL PROBLEMEN HE.”

“DIE MAG VERBLIJVEN OP EEN KAMER MET ANDERE MENSEN TERWIJL DIE MENSEN DAAR BANG VAN WORDEN, VAN DIE PERSOON. DIE HAD BIJVOORBEELD EEN PLASTIEK MACHINEGEWEER DAT ECHT ZO EEN GELUID MAAKT. MIDDEN IN DE NACHT IS DIE DAARMEE BEGINNEN SPELEN WAARDOOR DIE ANDERE VROUW DIE OP DE KAMER LAG TERUG HELEMAAL IN PANIEK WAS. AL DIE TRAUMA’S KOMEN BOVEN. ZO EEN DINGEN ZOUDEN NIET MOGEN GEBEUREN.”

Hoewel collectieve opvangcentra in principe een generieke zorg verlenen, worden er ook enkele aangepaste voorzieningen getroffen. Deze aanpassingen kunnen zowel betrekking hebben op de eigenlijke opvangplaats (bijvoorbeeld een afzonderlijke kamer) of op de begeleiding (bijvoorbeeld intensieve medische opvolging). Het individualiseren van de zorg binnen de context van een generieke en collectieve structuur wordt echter wel als een grote uitdaging ervaren door de bevroegde terreinmedewerkers, die extra tijd in beslag neemt en flexibiliteit van de ruimtelijke infrastructuur vereist.

“IK DENK DAT HET PROBLEEM IN DE CENTRA IS DAT WE VAN ALLE SITUATIES EEN BEETJE HEBBEN.”

“WE HEBBEN MINDER TIJD OM DE OPVOLGING TE VERDIEPEN VOOR PERSONEN DIE KWETSBAARDER ZOUDEN ZIJN [...]”

“[...] ALS IK HET AANTAL DOSSIERS HOOR, DAN KUNNEN WE GEEN KWALITEITSVOLLE OPVANG BIEDEN EN TIJD NEMEN OM SAMEN MET DE MENSEN NA TE DENKEN OVER HUN PROJECT. ALS WE NIET DE MIDDELEN KRIJGEN OM DE DINGEN GOED TE DOEN. WE ZIJN BEPERKT IN HET AANTAL MENSEN, WE ZIJN IN NOOD EN DUS GAAN WE VOORBIJ AAN DE KWETSBAARHEID. OOK AL ZIJN WE ONS BEWUST VAN DE KWETSBAARHEDEN, MOETEN WE SELECTIES MAKEN EN WE ZOUDEN DAAR NIET TOE GEBRACHT MOETEN WORDEN.”

Op het terrein definieert men een aangepaste opvangplaats als een plaats die voldoet aan de specifieke noden van een bewoner. In lijn met de ruime definitie van kwetsbaarheid erkennen de bevroegde terreinmedewerkers vele verschillende noden, niet alleen medische. De noden zouden ook voor iedereen anders zijn en bijgevolg zou een aangepaste plaats steeds afgestemd moeten worden op de individuele situatie van een persoon.

“EEN PLAATS DIE VOLDOET AAN DE NODEN VAN DE BEWONER. WAAR BEWONERS BEHOEFTE AAN HEBBEN OMWILLE VAN MEDISCHE REDENEN, PSYCHISCHE REDENEN, DAT KAN VAN ALLES ZIJN, TOT RUST KOMEN. IK DENK DAT OOK BIJVOORBEELD. DAT IS EIGENLIJK OPVANG OP MAAT. EN DIE MAAT IS NATUURLIJK VOOR IEDEREEN EEN BEETJE VERSCHILLEND.”

Binnen de collectieve federale centra zijn er enkele specifieke doelgroepenplaatsen vastgelegd. Voor volwassenen gaat het momenteel over 90 medische opvangplaatsen⁶⁵. Elk federaal opvangcentrum moet op basis van haar totale

⁶⁵ Begin 2013 ging Fedasil van start met het toekennen van een medisch label aan bepaalde opvangplaatsen. In de praktijk bestonden voordien reeds ‘ziekenkamers’ in verschillende centra, maar het ontbrak aan een centrale lijst met de specifieke infrastructurale en begeleidingsmogelijkheden van elke kamer. Bij de toewijzing door Dispatching zorgde het gebrek aan een inventaris voor praktische uitdagingen om de meest aangepaste plaats te vinden voor een verzoeker. Door te werken met labels trachtte Fedasil de initiële toewijzing te verbeteren en zo indirect de nood aan transfers gedurende het opvangtraject te beperken. Andere collectieve opvangoperators hebben een eigen intern monitoring systeem van medische plaatsen. In de praktijk is het

capaciteit aan een bepaald quotum voldoen, maar kan in ruil voor een extra capaciteit van 5 plaatsen een halftijdse medische kracht verkrijgen. De specifieke plaatsen bevinden zich in kamers die bijvoorbeeld een ziekenhuisbed hebben, meer privacy toelaten, over een eigen sanitaire voorziening beschikken of aangepast zijn aan personen met beperkte mobiliteit. Hier kunnen onder meer zieke bewoners of hoogzwangere vrouwen terecht, eventueel met hun vergezellende familieleden⁶⁶. Als de capaciteit aan doelgroepenplaatsen verzadigd is, zal de dienst Dispatching bij de toewijzing trachten om een generieke plaats te vinden die zo goed mogelijk overeenkomt met de vastgestelde noden of doorverwijzen naar de individuele opvang.

“ZWANGERE VROUWEN, ZES OF ZEVEN MAAND, WORDEN BIJ DISPATCHING DIRECT TOEGEWEZEN AAN EEN KAMER VAN TWEE, ZODAT DIE NIET EERST NOG OP EEN ALLEENSTAANDE VROUWENKAMER KOMEN OM DAN MISSCHIEN, ALS ER PLAATS IS, OOIET TE KUNNEN DOORSCHUIVEN. JA, DIE MENSEN MOETEN IN ALLE RUST HUN ZWANGERSCHAP KUNNEN BELEVEN OM HET ZO TE ZEGGEN. PLUS MISSCHIEN OOK PERSONEEL DAT HEN VOOR EN NA DE BEVALLING EEN BEETJE KAN BEGELEIDEN. ALS ER VRAGEN ZIJN, HOE DAT HET WERKT, HET IS NIET GELIJK IN HUN THUISLAND, ZE HEBBEN VEEL ANGSTEN DAARROND. OOK MATERIAAL TER BESCHIKKING STELLEN VOOR PAS BEVALLEN VROUWEN. DAT ZE OP Z’N MINST EEN BUGGY HEBBEN.”

Medewerkers van de collectieve opvangcentra hebben zelf geen inspraak in de toewijzing door Dispatching. Soms gebeurt het dat de toewijzing volgens de medewerkers van meet af aan eigenlijk niet aangepast is aan de noden van de begunstigde.

“ER ZIJN VANZELFSPREKEND ZAKEN VOOR ONS, MAAR BLIJKBAAR ZIJN HET VOOR DISPATCHING EN FEDASIL MISSCHIEN NIET DEZELFDE VANZELFSPREKENDHEDEN. DUS VOOR MIJ ZIJN ER BEPAALDE PERSONEN DIE IK NOOIT IN DEZE OF DEZE KAMER ZOU GELEGD HEBBEN OMDAT HET NIET AANGEPAST LIJKT VOOR MENSEN MET PSYCHOLOGISCHE PROBLEMEN, DIE GEEN GELUID VERDRAGEN EN TOCH GEBEURT HET DAT ZE IN EEN ‘CHAMBRETTE’ ZITTEN VAN 12. HET KAN INDERDAAD GAAN OM DE ALLEENSTAANDE VROUW MET KINDEREN DIE BIJVOORBEELD NOOD HEEFT AAN EEN HEEL REGELMATIGE BEGELEIDING, ANALFABETEN DIE EEN BASIS-BEGELEIDING NODIG HEBBEN VANAF HUN AANKOMST, TOT MINDERJARIGEN.”

“WAT HET BEST BEANTWOORDT AAN DE NODEN VAN PERSONEN. IK DENK ALS IEMAND FRANS OF NEDERLANDS SPREEKT EN DOORVERWEZEN WORDT NAAR EEN CENTRUM DIE NIET OVEREENKOMT MET DE TAAL DIE HIJ SPREEKT. OF ALS DE PERSOON OF DE KINDEREN ONDERWIJS VOLGDEN GEDURENDE 2 JAAR, EN ZE DIENEN EEN TWEEDE AANVRAAG IN, EN ZE WORDEN DOORVERWEZEN NAAR ONS TERWIJL DE KINDEREN PERFECT DE ANDERE CONTACTTAAL SPREKEN, DAN BEDENK IK ME WEL DAT ER IETS MIS IS GEGAAN. DE OPVANG VOOR MIJ IS NIET AANGEPAST. EN ZE HEBBEN EEN TRANSFER AANGEVRAAGD EN HET WERD NIET GOEDGEKEURD [...]”

“IK DENK DAT ER EEN GEBREK IS AAN EEN CENTRUM OF AANGEPASTE PLAATSEN IN DE CENTRA VOOR 18-25 JARIGEN. IETS WAT ZOU MOETEN WANT ER ZIJN ER INDERDAAD DIE 17 JAAR OF 18 JAAR EN 2 MAANDEN ZIJN,

aantal collectieve medische plaatsen aldus groter dan 90 plaatsen. Het aantal medische plaatsen binnen federale centra is ook geen constante en is sinds 2013 geleidelijk gegroeid. Niettemin is de vraag naar collectieve medische plaatsen nog steeds groter dan het aanbod, waardoor sommige personen met een medisch doelgroepenlabel terecht komen in een onaangepaste plaats.

⁶⁶ In principe wordt slechts één persoon met een medisch label toewezen aan een medische kamer. Vergezellende familie kan eventueel in dezelfde kamer opgevangen worden. Dit betekent dat niet alle bedden in een medische kamer bezet worden door personen met een medisch doelgroepenlabel.

DIE ERUIT ZIEN OF ZE 30 ZIJN EN DIE HYPER-AUTONOOM ZIJN [...], MAAR ER ZIJN ER ANDEREN DIE 20 ZIJN EN DE INDRUK GEVEN SLECHTS 15 JAAR TE ZIJN. 18 JAAR WIL EIGENLIJK NIKS ZEGGEN. WE HEBBEN 2 BROERS BIJ ONS, DE ENE IS ER 18 EN DE ANDERE 16, WEL WE KUNNEN ECHT GEEN ONDERSCHIED MAKEN WIE MEERDERJARIG IS EN WIE MINDERJARIG.”

Vaak gaat het over personen die geen medische problemen hebben, maar voor wie een reguliere kamer in het centrum niet geschikt bevonden wordt. Via hun intern plaatsbeheer proberen sommige collectieve opvangcentra zelf eigen specifieke plaatsen te creëren die beter aan de noden van hun bewoners tegemoet zouden moeten komen. Aangezien de *labeling* van plaatsen vooral gericht is op medische noden, gebeuren deze aanpassingen niet via Match-IT. Het kan gaan om zeer individuele situaties, zoals bijvoorbeeld anticiperen op een komende zwangerschap of jongvolwassenen die toch een slaapplek in de buurt van minderjarigen bekomen om sociaal contact te stimuleren.

“VOOR ALLEENSTAANDE OUDERS MET KINDEREN ZIJN HET, LATEN WE ZEGGEN, INTERNE OPLOSSINGEN, OPLOSSINGEN GEVAL PER GEVAL. BIJVOORBEELD EEN ZWANGERE VROUW MET 2 KLEINE MEISJES, EN DIE DE KOMST VAN DE DERDE VERWACHT, WE MOESTEN INTERN EEN OPLOSSING VINDEN, VRAGEN AAN EEN ANDERE FAMILIE OM OP DE KINDEREN TE LETTEN TERWIJL DE MAMA GEHOSPITALISEERD WERD; OF WE VRAGEN TIJDENS DE TEAMVERGADERING AAN IEDEREEN OM OP DE MEISJES TE LETTEN. DUS WE PASSEN ONS AAN AAN DE SITUATIE DIE ZICH VOORDOET.”

Het kan ook om meer structurele maatregelen gaan. Sommige centra hebben slaapzalen waar het op momenten erg onrustig kan zijn. Bewoners die nood hebben aan een goede nachtrust of die psychisch prikkelbaar zijn, kunnen dan worden opgevangen op zogenaamde ‘rustchambrettes’ of ‘snoezelkamers’. Naar analogie beschikken sommige centra ook over ‘snurkerskamers’.

“DAT IS ÉÉN ‘CHAMBRETTE’ [...] EN DAAR LIGGEN 1,2,3,4,5,6,8 MENSEN KUNNEN DAAR OP. [...] DAT IS EEN ‘CHAMBRETTE’ GELIJK EEN ANDER, DIE ZIET ER NIET ANDERS UIT MAAR DAAR, MENSEN DIE DAAR KOMEN TE LIGGEN, ZIJN WIJ VAN OP DE HOOGTE DAT DIE ECHT NOOD HEBBEN AAN RUST, DAAR LIGGEN ALLEMAAL RUSTIGE MENSEN DIE DAAR NOOD AAN HEBBEN, BIJ ELKAAR.”

Een ander voorbeeld zijn plaatsen die expliciet rekening houden met gender en seksuele voorkeur. Aangezien de bewonerspopulatie overwegend mannelijk is, bevinden vrouwen zich in een minderheidssituatie, wat tot machtsongelijkheid kan leiden binnen de centra. In de opvangcentra van Arendonk en Sint-Truiden heeft men daarom bijvoorbeeld een aparte vrouwenvleugel gecreëerd. Naast aparte slaapvertrekken en sanitaire voorzieningen zijn ook de semi-publieke delen van deze vleugels (bijvoorbeeld de gangen) niet voor mannen toegankelijk. Personen die tot een seksuele minderheid behoren en van wie men verwacht dat er zich in de opvangstructuur problemen kunnen voordoen (bijvoorbeeld homofoob geweld) tracht men tevens in een individuele kamer op te vangen.

Collectieve centra kunnen hun zorg voor kwetsbare bewoners ook bijsturen door een aangepaste begeleiding te voorzien. Wederom is het uitgangspunt dat de opvang op maat van de bewoner bijgesteld wordt. Hoewel er standaardbegeleidingstrajecten zijn, hebben kwetsbare personen volgens terreinmedewerkers enerzijds ‘méér’

begeleiding nodig. Ze vragen bijvoorbeeld dat een maatschappelijk werker meegaat bij verplaatsingen en schriftelijke informatie ook mondeling uitlegt. Anderzijds lijkt het soms nodig om ‘andere’ begeleiding te voorzien, zoals meer vertrouwelijke gesprekken, of regelmatige verpleegkundige verzorging. Terreinmedewerkers beklemtonen dat een aangepaste begeleiding preventief is, anticipeert op toekomstige problemen en bewoners voorbereidt op het leven na de opvang.

“MEN KAN DAT NIET OP VOORHAND OPLEGGEN [...]. Inderdaad, je moet een draaiboek hebben, maar dan wordt het nog afzonderlijk van de situatie, wordt het aanpassen, wordt het kijken van ok, wat heb ik in mijn arsenaal en welke mensen zijn misschien meer geschikt om bij die persoon aan te sluiten of het contact is misschien makkelijker met die assistent, dan met een andere.”

“HET IS ZOALS JE ZEGT, ZE ZIJN EIGENLIJK ALLEMAAL WEL KWETSBAAR, MAAR VOOR DEGENE DIE WE ZEGGEN ‘DAT IS ECHT EEN KWETSBAAR PERSOON’, DAAR ZIJN WEL EEN AANTAL DINGEN DAT WE DAAR MEER VOOR GAAN ONDERNEMEN DAN VOOR ANDEREN. BIJVOORBEELD MENSEN DIE NIET IN STAAT ZIJN OM CONTACT OP TE NEMEN MET EEN ADVOCaat, VOOR KWETSBARE PERSONEN GAAT DAT MISSCHIEN IETS ZIJN WAARVAN WE ZEGGEN OK, WIJ ZULLEN DIE PERSOON DAAR IN ONDERSTEUNEN OM BIJVOORBEELD EEN EMAIL OP TE STELLEN VOOR ZIJN ADVOCaat TERWIJL JE DAT VOOR ANDERE PERSONEN NIET ZOU DOEN.”

“NIET ENKEL ONMIDDELIJK, MAAR OOK OM EEN PERSPECTIEF TE HEBBEN OVER WAT TE DOEN ZODAT HET NIET ENKEL IN HET CENTRUM BLIJFT, MAAR DAT HET OOK KAN VERDERGEZET WORDEN ERNA. OOK OP LANGE TERMIJN DENKEN EN HOE DAADWERKELIJK DE PERSOON TE ONDERSTEUNEN OP LANGE TERMIJN. EN DIT ONTBREEKT VOLGENS MIJ. MISSCHIEN DOEN WE IETS MEER VOOR HET ONMIDDELIJKE, DE OPVOLGING IN HET CENTRUM, MAAR ERNA IS HET NIET MEER ONS PROBLEEM.”

“PREVENTIE. WE PRATEN OVER ZIEKTES, PSYCHOLOGISCHE PROBLEMEN, HET IS ZWAAR. MISSCHIEN IS HET TE DUUR, MAAR ALS WE OOK PREVENTIEF ZOULDEN KUNNEN WERKEN ZODAT DE MENSEN NIET IN DEZE SOORT KWETSBAARHEID BELANDEN, PSYCHIATRISCHE KWETSBAARHEID, DAT ZOU GOED ZIJN. IK WEET NIET WELKE ACTIES WE KUNNEN UITVOEREN OM TE VOORKOMEN [...], OMDAT HET GEMAKKELIJK IS OM ERIN TE VERVALLEN. SOMS, ALS EEN HELE FAMILIE ZICH IN DEZELFDE KAMER BEVINDT, KUNNEN ZE GEMAKKELIJK VERVALLEN [...]. ALS WE PREVENTIEF ZOULDEN KUNNEN WERKEN [...] HET ZOU MISSCHIEN MINDER KOSTEN DOOR PREVENTIEF EERDER DAN CURATIEF TE WERKEN. MAAR HET IS NIET HETZELFDE BUDGET. ALS WE ZE NAAR EEN ZIEKENHUIS STUREN, DE MEDICIJNEN, AL DAT, DAT KOMT HEEL DUUR UIT.”

Tijdens de eerste fase van dit onderzoek stelden we enkele vormen van aangepaste begeleiding vast. Zo wordt voor zwangere vrouwen in postnatale planning en kinesithérapie voorzien. Alleenstaande ouders met minderjarige kinderen worden begeleid bij de inschrijving van de kinderen in de scholen. In bepaalde opvangstructuren wordt opvoedingsondersteuning aan alleenstaande ouders aangeboden, beschikt men over een crèche of wordt extra ingezet op aanklappende zorg. Voor minderjarigen kan er ingezet worden op informatie-uitwisseling en samenwerking met de scholen. Voor personen met een beperking kan worden bekeken of ondersteuning en mantelzorg door een andere bewoner in het opvangcentrum mogelijk is. Indien een persoon met een ernstige ziekte familie heeft, wordt vaak getracht dat minstens één familielid bij de zieke persoon kan blijven. In bepaalde

opvangstructuren wordt voor personen met psychische of psychiatrische problemen ook een permanentie door een assistent-psycholoog (2uur/week) voorzien als kennismaking en om een eerste screening uit te voeren.

Om tegemoet te komen aan verschillende specifieke noden wordt er gebruik gemaakt van interne specialisering via de zogenaamde ‘SPOC’. Sinds 2017 wordt bijvoorbeeld binnen elk federaal centrum een SPOC voor ‘psychosociale begeleiding’ aangesteld. Deze persoon fungeert als een aanspreekfiguur die de medewerkers van het centrum kan ondersteunen en adviseren bij individuele dossiers en doorverwijzing. Tevens beschikt deze persoon over een afzonderlijk jaarlijks budget van 2000 euro waarmee specifieke groepsactiviteiten kunnen georganiseerd worden. Een overkoepelende psychosociale coördinator van Fedasil evalueert de voorstellen en de SPOC staat in voor de praktische organisatie. In sommige opvangcentra worden voor alleenstaande vrouwen bijvoorbeeld opleidingen psycho-educatie voorzien over coping-strategieën zoals ‘Mindspring’. Deze activiteiten hebben een preventieve doelstelling en trachten personen in hun capaciteiten te versterken. Federale centra stellen eveneens een SPOC voor vrouwelijke genitale verminking aan. Sommige centra hebben bovendien een SPOC voor LGBTI of mensenhandel aangesteld. Er zijn ook centra die een medewerker hebben aangeduid die zich specifiek bekommert om jonge moeders en hun aangepaste noden.

“BUITEN DE MEDISCHE DIENST IS ER EEN PERSOON DIE REFERENT IS VOOR ALLEENSTAANDE MOEDERS EN KINDEREN. VOOR BEWONERS DIE TOEKOMEN MET BABY’S VAN 0 TOT 3 JAAR HEBBEN WE EEN EXCEL BESTAND DIE GEDEELD WORDT DOOR DEZE REFERENT EN DE MEDISCHE DIENST [...]. HET IS EEN KWETSBAAAR PUBLIEK EN ZO WILLEN WE GEMAKKELIJK INFORMATIE UITWISSELEN EN MEER AANDACHT SCHENKEN AAN DE PERSONEN.”

Via SPOC’s wordt getracht om aan expertiseopbouw te doen zodat er kennis en specialisatie in het centrum aanwezig is om het begeleidingstraject intern aan te passen. De arbeidsverdeling tussen de SPOC’s en andere terreinmedewerkers blijkt op basis van de eerste bevindingen van deze studie een belangrijke uitdaging. Niet alle terreinmedewerkers zijn getraind om met specifieke noden om te gaan, in het bijzonder bij medische en psychische problemen. Een SPOC heeft echter in principe niet de taak om het takenpakket van andere collega’s over te nemen.

“DAT IS DIKWILS HEEL SPIJTIG, WIJ HOLLEN ER ACHTER AAN. JE DOET EEN INTAKE EN DAN, ALS ER GEEN PROBLEMEN ZIJN, DAN ZIE JE ZE NIET, EN JE ZIET ZE PAS ALS ER PROBLEMEN ZIJN. EN DAN HEB JE DIKWILS HEEL VEEL WERK, WANT DAN IS HET DIKWILS HELEMAAL NIET GOED EN ZEKER NIET MET DIE MENSEN.”

“JE BLIJFT MET BEPERKTE MIDDELEN ZITTEN. IN EEN HEEL GROOT CENTRUM MET HEEL VEEL JONGEREN EN JE MERKT DAT OP, MAAR VAAK STAAN WIJ OOK, DAT WE OP EEN VERGADERING ZITTEN, WAT MOETEN WE HIERMEE DOEN.”

“DUS NIET PER SÉ ÉÉN PROBLEMATIEK MAAR GEWOON, ZOVEEL PROBLEMEN, DAT WIJ TOTAAL NIET OPGELEID WAREN OM MET DIE JONGEREN AAN DE SLAG TE GAAN. [...] MAAR VAAK LOOPT HUN GEDRAG DAN ZO UIT DE HAND DAT ZE UITEINDELIJK GETRANSFEREERD WORDEN. EN DAN ZIT HET VOLGENDE CENTRUM ERMEE. MAAR DAT IS ECHT WEL EEN HEEL ZWAAR PROBLEEM.”

“WE HEBBEN EEN PAAR COLLEGA’S DIE GEEN OPVOEDERS ZIJN EN DAT IS SOMS OOK MOEILJK ALS JE DIE ACHTERGROND NIET HEBT EN JE BENT AAN HET OPVOEDEN. JE MOET PEDAGOGISCH TOCH IETS STUREN, DAN IS DAT WEL EEN STRUIKELBLOK. DIE HET MET GOEDE BEDOELINGEN AANPAKKEN MAAR DIE PEDAGOGISCH FOUT ZIJN OF DAT JE EEN FOUTE BOODSCHAP GEEFT EN DAN IS HET AFSTEMMEN. DAT IS OOK MOEILJK. JE KAN DAT NIET AANLEREN AAN JE COLLEGA’S.”

In dit onderzoek werden ook enkele belangrijke obstakels vastgesteld voor het aanpassen van de begeleiding. Zo blijkt het niet eenvoudig om te legitimeren waarom men voor bepaalde bewoners meer doet dan voor anderen. Volgens de bevraagde terreinmedewerkers vergelijken bewoners de begeleiding die medebewoners krijgen. Bewoners zouden het moeilijk vinden om te aanvaarden dat sommigen meer en andere hulp krijgen. Vaak zou het verwijt vallen dat sommige personen een voorkeursbehandeling krijgen. Vandaar dat de bevraagde terreinmedewerkers het als een uitdaging ervaren om zo goed als mogelijk hun identificatie van kwetsbaarheid en hun aangepaste begeleiding te motiveren en te staven, zodat de begeleiding systematisch verloopt zonder willekeur. Sommige medewerkers haalden aan dat meer persoonlijke factoren ook mee bepalen hoeveel zorg iemand krijgt. Aanklampende zorg verlenen is volgens hen namelijk vaak makkelijker als het tussen de bewoner en de begeleider klikt en als een persoon zijn bezorgdheden en noden goed kan verwoorden.

“EN GAAN ZE DAN ONDERLING OOK NIET MET ELKAAR VERGELIJKEN, VAN JIJ KRIJGT MEER HULP DAN IK EN MET JOU GAAN ZE MEE. DE BEWONERS WETEN OOK VAN ELKAAR NIET WIE ER NAAR EEN PSYCHOLOOG GAAT TENZIJ ZE DAT ZELF Zouden ZEGGEN MAAR VAN ONS GAAN ZE DAT NOOIT WETEN.”

“BIJ IEMAND DIE ZIEK IS, KOMT FAMILIEHULP ÉÉN KEER PER WEEK, MAAR JA, ANDEREN ZIEN DAT DAN WANT ZIJN KAMER WORD GEPOETST EN ZIJN WAS WORDT GEDAAN. IK WIL DAT DAN OOK MAAR JA. ER MOET OOK WEL EEN REDEN VOOR ZIJN. NIET IEDEREEN KAN DAT HEBBEN EN DA’S MOEILJK OM DAT OP PAPIER TE ZETTEN OMDAT ALS JE DIT MANKEERT DAN KRIJG JE HET WEL EN ALS JE DAT NIET MANKEERT KRIJG JE HET NIET DUS JE MOET DAT EEN BEETJE AANVOELEN. JE MOET DAT OOK EEN BEETJE ZIEN VAN IS DAT NODIG OF NIET. DUS DENK DAT DAT HEEL MOEILJK IS OM DAT IN EEN PROTOCOL TE STEKEN.”

“OP HET VLAK VAN BEZOEKEN HEBBEN WE DAN WEER WEL VASTGELEGD [...] WE HEBBEN LEUKE BEWONERS EN EEN BEGELEIDER GAAT DAN BIJ HEN OP BEZOEK EN DIE KRIJGT DAN 3 BEZOEKEN VAN 3 VERSCHILLENDE BEGELEIDERS. EN EEN BEWONER DIE DAN WAT MOEILIJKE IN DE GROEP LIGT KRIJGT DAN WEER GEEN BEZOEK EN DAT STUK HEBBEN WE VASTGELEGD VAN DE INDIVIDUELE BEGELEIDER GAAT OP BEZOEK EN NIEMAND ANDERS GAAT OP BEZOEK.”

Een andere vastgestelde uitdaging bij de begeleiding is de relatie met verzoekers. Volgens de bevraagde terreinmedewerkers verhinderen taalbarrières bijvoorbeeld de uitbouw van een vertrouwensrelatie, waardoor aangepaste begeleiding bemoeilijkt wordt. De maatschappelijk werkers en bewoners kunnen ook van mening over de begeleiding verschillen. Om psychologische hulp aan te bieden, bijvoorbeeld, ervaren sommige terreinmedewerkers dat ze veel moeite moeten doen als de bewoner zelf vindt er geen nood aan te hebben. Er zou ook een verschillend begrip over de rol van hulpverlening bestaan tussen maatschappelijk werkers en bewoners. Volgens de bevraagde terreinmedewerkers is het soms de eerste keer dat personen effectief met hulpverlening in

aanraking komen en zouden zij er daarom weigerachtig tegenover staan. In hun ervaring gebeurt het echter ook dat bewoners zich snel afhankelijk opstellen en de hulpverlening overbevragen.

“IK DENK DAT WIJ SOWIESO HEEL CULTUURSENSITIEF MOETEN ZIJN. ALS ZE BEGINNEN OVER DUIVELS EN OVER GEESTEN. DAT WE NIET DENKEN DIE ZIJN GEK, MAAR DAT IS HUN MANIER OM UIT TE DRUKKEN.”

“MAAR SOMS ZIJN ER OOK BEWONERS VAN AFRIKA, DIE DAN UREN DOOR DE JUNGLE MOETEN LOPEN OM ZELFS MAAR EEN ZIEKENHUIS TE BEREIKEN. EN ZELFS AL ZIJN ZE ER, DAN MOETEN ZE NOG VIER DAGEN WACHTEN VOOR ZE GEHOLPEN WORDEN. IK DENK SOMS ZELFS DAT ZIJ DAT NIET ECHT SNAPPEN, DAT JE OP EEN BEPAALD UUR ERGENS MOET ZIJN. DAT EEN AFSpraak OP EEN BEPAALD UUR KAN. DUS IK DENK DAT DAT OOK HEEL MOEILJK IS VOOR DIE MENSEN. ALS ZE ZELFS AL HET UUR KUNNEN LEZEN. DAT VRAGEN WE VAAK TEGENWOORDIG ‘WAT STAAT DAAR?’. SOMS KRIJGEN DIE MENSEN EEN PAPIER MEE VAN DE MEDISCHE DIENST WAAR VAN ALLES OP STAAT, MAAR DAN KUNNEN DIE MENSEN DAT NIET LEZEN. OF DIE BEGRIJPEN NIET WAT HET UUR IS. DAN HEB JE NOG GELUK DAT ZE NAAR EEN SOCIAAL ASSISTENT KOMEN ZODAT ZIJ HET NOG EENS KUNNEN UITLEGGEN.”

“IK HEB DAN A. BIJVOORBEELD, DIE KRIJGT DAN EEN APARTE KAMER BIJVOORBEELD, APART SANITAIR. HIJ IS KWETSBAAAR, MAAR NA EEN AANTAL MAANDEN, JA IS DAT ENE DIE NOG AL EENS IETS DURFT EN DIE DEUR OPEN DOET EN IK MOET VOOR EN IK WIL VAN DAAR. DIE HEEL VEEL VERWACHTINGEN HEEFT EN HET AL VEEL BETER DOET ALS AANVANKELIJK, ALS JE AANVANKELIJK ZIET. DAN DENK JE VAN OEI DAAR KOMT WAT, WAT MOETEN WE DAAR NU MEE, MAAR NA EEN TIJDJE ZIE JE DAT DIE PERSOON TOCH WEL STERKER IS OF DE DINGEN BETER REGELT VOOR ZICHZELF ALS JE HAD VERWACHT. MISSCHIEN KOMT HET OMDAT WE HET ZO HEBBEN GEDAAN.”

Samengevat kunnen we stellen dat wanneer de generieke voorzieningen van collectieve opvangcentra niet volstaan om tegemoet te komen aan de noden van kwetsbare personen, opvangcentra de opvangplaats of de begeleiding intern zullen trachten aan te passen. De mogelijkheden om op maat te werken zijn echter beperkt, zowel op het vlak van de opvangstructuur (gebouw, locatie, ...) en het personeel (bezetting, opleiding, ...) als wat betreft de interactie met de bewoners (taal, cultuur, ...). Centra hebben vervolgens twee strategieën om hiermee om te gaan. Ofwel trachten ze externe actoren te betrekken bij de begeleiding van bewoners, ofwel vragen ze een transfer aan. Deze twee mogelijkheden komen hierna achtereenvolgens aan bod.

Als hulpverleners in collectieve centra een limiet hebben bereikt in de eigen begeleiding dienen ze te onderzoeken of externe organisaties een oplossing kunnen bieden alvorens een transferaanvraag in te dienen. Doorverwijzing gebeurt als de noden van een kwetsbare persoon de capaciteiten van de hulpverleners in het centrum overstijgen. Het is doorgaans tijdens de bespreking van het IBP in een MDO dat besloten wordt om externe actoren in te schakelen.

“ALS ER IETS NODIG IS DAT JE ZELF NIET AANBIEDT. JA, HET PROBLEEM IS DAN GROTER DAN JE ZELF AANKAN. OF JE HEBT DE MOGELIJKHEDEN NIET, OF DE TIJD.”

“DE VRAAG IS ‘NAAR WELKE SPECIFIEKE DIENST KUNNEN WE DE PATIËNTEN DOORVERWIJZEN?’ WE HEBBEN NATUURLIJK OPLEIDINGSBROCHURES. MIJN MANIER VAN WERKEN WANNEER IK IEMAND DOORVERWIJS: IK MAAK GEBRUIK VAN DE VERGADERINGEN DIE WE HEBBEN OP MAANDAG MET DE PSYCHO-MEDISCHE DIENST EN IK VRAAG TIJDENS DE VERGADERING, OOK AL HEB IK INFORMATIE VOOR DE DOORVERWIJZING VAN DE PERSOON, DE TOESTEMMING VAN DEZE DIENST.”

Er zijn zelden geformaliseerde samenwerkingen tussen collectieve opvangcentra en externe partners, waardoor de doorverwijzing op individuele basis gebeurt. Afhankelijk van de organisatie waarmee samengewerkt wordt, zal een aanmeldingsformulier doorgestuurd worden of wordt er een afspraak gemaakt voor een intakegesprek. Er is vaak geen vast patroon omdat elke organisatie anders werkt en omdat elke persoon tevens andere noden heeft. Doorgaans heeft de medische dienst van het opvangcentrum wel een belangrijke bevoegdheid om een doorverwijzing goed te keuren, zeker als de externe hulpverlening vergoed moet worden. Dit is volgens de bevraagde terreinmedewerkers een administratieve belasting waarbij ook budgettaire overwegingen een rol zouden spelen.

“MAAR WE GAAN NIET IEDERE KWETSBARE PERSOON EXTERN GAAN DOORVERWIJZEN. EN WEET JE WAT DAT KOST? DAT IS OOK NIET DE BEDOELING.”

“DAAR HANGT ZO'N ADMINISTRATIEVE ROMPSLOMP AAN VAST, WANT DAT IS VAAK HETGEEN WAT MENSEN AFSCHRIKT. WANT STEL DAT JE ZELF EEN ORGANISATIE HEBT GEVONDEN, HET MOET VIA DE MEDISCHE DIENST GAAN, WANT OOK ALLES QUA BETALING MOET GOEDGEKEURD WORDEN VIA DE MEDISCHE DIENST. EN IS HET WEL NOODZAKELIJK, WANT JE HEBT ALLEEN NOODZAKELIJKE POSTEN DIE JE MAG UITGEVEN. JA, DAN ZIT JE ALWEER VAST. EN DAN MOET JE EIGENLIJK AL BIJ VZW'S TERECHT KUNNEN. IK VIND DE ADMINISTRATIE ERROND, DAT HELE GEREGL, DE MISCOMMUNICATIE, HET NIET NAKOMEN VAN AFSPRAKEN VAN ALLE KANTEN, OOK VAN DE BEWONERS DAT MAAKT HET SOMS WEL HEEL [...]. JE VERLIEST ER SOMS HEEL VEEL TIJD DOOR.”

Hoewel externe actoren een aanvulling kunnen vormen op het zorgaanbod van centra, is de uitbesteding van dienstverlening voor de bevraagde terreinmedewerkers ook een praktische uitdaging waarin geïnvesteerd moet worden. Een maatschappelijk werker moet de voortgang namelijk opvolgen en kijken of de doorverwijzing aan de verwachtingen voldoet. Uiteindelijk blijft de eindverantwoordelijkheid namelijk bij hen liggen.

“DE ROL VAN DE MAATSCHAPPELIJK WERKER IS HET WAKEN OVER DE OPVOLGING EN TRANSFER VAN GOEDE INFORMATIE. [...] OOK ZIEN DAT DE TOESTAND VAN DE PATIËNT VERBETERT, OF DE PATIËNT TEVREDEN IS OVER DE CONSULTATIE, DE OMKADERING. DAT WEKT VERTROUWEN BIJ DE PERSOON EN HET IS BELANGRIJK VOOR HET VERVOLG.”

De samenwerking met externe actoren blijkt vooral ad-hoc en op gevalsbasis te verlopen. In het vervolg van deze sectie staan we nog stil bij de samenwerking met externe actoren. In sommige gevallen hebben ook zij geen oplossing voor de problematiek. In dat geval is er nog steeds de optie om een transfer aan te vragen naar een aangepaste opvangplaats.

Het aanvragen van een transfer van een bewoner behoort tot de laatste opties van een opvangcentrum. De bevroagde terreinmedewerkers lijken een ambigue houding tegenover transfers te hebben. Bij transfers omwille van een aangepaste plaats wordt in principe verwacht dat een toekomstige plaats een betere omkadering zou moeten bieden. Tezelfdertijd betekent elke verhuisbeweging volgens terreinmedewerkers ook een verlies aan continuïteit van de zorg. Een bewoner zal weer moeten wennen aan een nieuw centrum, met nieuwe begeleiding. Hoewel er wel een overdracht van het sociaal en medisch dossier moet zijn, is het gevaar op informatieverlies reëel. Het aanvragen van een transfer komt bij terreinmedewerkers dan ook soms over als het doorschuiven van een probleem en kan aanvoelen als een (persoonlijk) falen. Men is ook niet altijd zeker dat het toekomstig centrum effectief een betere zorg zal kunnen aanbieden. Sommige terreinmedewerkers geven aan dat ze ‘het moeilijk vinden om hun bewoners te laten gaan’.

“ZOLANG HET DAN DRAAGBAAR WAS VOOR ONS LIETEN WE HET ZO MAAR JA. EN WAT DOEN WE DAN BIJ EEN ZEER KWETSBAAR IEMAND, GEWOON HUP, VOLGEND CENTRUM.”

“MISSCHIEN ZIJN DE TRANSFERS AANGEPASTE PLAATSEN NIET ALTIJD EEN GOEDE OPLOSSING VOOR DE JONGERE. WANT HET IS NOG MEER FRUSTREREND OM ALLES OPNIEUW TE MOETEN STARTEN. EN ER ZIJN SOMS GEVALLEN VAN JONGEREN DIE WERDEN GETRANSFEREERD, ZE HEBBEN AL MEER DAN 5 OF 6 CENTRA GEDAAN EN NIKS WERD GEDAAN VOOR HEN.”

“WANT EIGENLIJK MET DE KWETSBAARSTEN ZEGGEN WE VAAK, DAAR IS GEEN OPVANG VOOR ONZE KWETSBAARSTEN OF WAT DOEN WE ALS WE HET TE MOEILJK KRIJGEN, WE HEBBEN ALLES GEPROBEERD, HUP VOLGEND CENTRUM. EN DAT KAN SOMS EENS GOED FUNCTIONEREN, MAAR UITEINDELIJK VERPLAATSEN WE GEWOON HET PROBLEEM.”

“IK DENK DAT DOOR AL DIE TRANSFERS IS DIE HUN GELOOF IN HUN EIGEN OOK HELEMAAL DE DIEPERIK IN GEGAAN. EN HET GELOOF IN HET SYSTEEM.”

“JA EN INDERDAAD IEDERE KEER ALS DIE WEER ERGENS ANDERS NAARTOE MOETEN. DIE VERLIEZEN IEDERE KEER OPNIEUW HUN IDENTITEIT.”

Een transferaanvraag wordt doorgaans ingediend door een maatschappelijk werker, die eventueel in samenwerking met de medische dienst, de motivering voorbereidt aan de hand van het formulier bijlage B dat hierboven besproken werd. Net zoals bij de inschakeling van externe actoren, is het vooral tijdens de MDO-besprekingen dat geëvalueerd wordt of er een transfer aangevraagd moet worden. Volgens de bevroagde terreinmedewerkers wordt er in opvangcentra ook een vorm van zelfcensuur toegepast waarbij de centrumdirectie aanvragen filtert.

“MAAR WIJ KUNNEN DAT WEL OPPEREN, WE KUNNEN WEL ZEGGEN VAN ‘OK, IK WIL DAAR NU IETS ANDERS VOOR’, BIJVOORBEELD AANGEPASTE PLAATS NAAR EEN KLEINER CENTRUM IN DE STAD OF IK WEET NIET, IETS.

EN DAN IS HET NOG DE DIRECTIE OF IEMAND DIE ZEGT, ‘JA, NEE DAT GAAN WE NIET DOEN, WANT DAN MOETEN WE ALLE GEZINNEN VERPLAATSEN’.”

“STELT U VOOR DAT DE BEWONER ER TOCH OP STAAT, OM AL DIE DOCUMENTEN IN TE VULLEN, IEDEREEN HEEFT HET RECHT OM DAT TE VRAGEN, DAN DOEN WE DAT WEL, DAN GAAT DAT NAAR DE DIRECTEUR EN DE DIRECTEUR ZEGT ‘GEWEIGERD’ EN DAN KOMT DAT TERUG.”

Voor de bevroegde terreinmedewerkers voelt het daarnaast soms frustrerend aan dat het transferdossier nogmaals onderzocht wordt door de Regio's. Naar eigen zeggen, vragen ze alleen een transfer aan als het echt nodig is of als de begunstigde het echt wilt. Ze pleiten ervoor om de beslissingsbevoegdheid omtrent transfers te decentraliseren of ten minste aan te vullen met een terreinevaluatie om in de realiteit te observeren hoe bewoners functioneren.

“EN HEB VERTROUWEN IN DE MENSEN DIE OP DE WERKVLOER STAAN, EN DIE ZEGGEN KIJK ER IS HIER WEL ECHT NOOD AAN. UITGAAN VAN DE DESKUNDIGHEID VAN DE MENSEN. WIJ ZEGGEN DAT NIET ZOMAAR [...].

DAAR HEBBEN WIJ EEN REDEN TOE. IN EEN IVOREN TOREN ZITTEN EN ZEGGEN DAT ZIJN DE REGELTJES EN DAARBUITEN KUNNEN WE NIET, DA'S GEMAKKELIJK, MAAR ZO WERKT HET NIET. WE WERKEN MET MENSEN EN IEDEREEN IS ANDERS. HET IS NIET OMDAT WIJ DIE AANVRAAG DOEN DAT ZE DAAR DIRECT OP IN MOETEN

GAAN. NODIG ONS UIT VOOR EEN GESPREK, NODIG DIE MENSEN UIT VOOR EEN GESPREK, KIJK WAT IS ER DAAR AAN DE HAND, WAAROM WORDT DAT AANGEVRAAGD. EN IK DENK DAT ALS IK DAAR MET MIJN FAMILIE ZOU GAAN, DAT ZE DAN DIRECT ZOULDEN ZEGGEN ‘OKÉ, WE BEGRIJPEN HET, LAAT ZE MAAR GAAN’.”

“ER MOETEN SOWIESO CRITERIA ZIJN, MAAR NIET GEWOON DIE REGELGEVING VAN KIJK OKÉ DIE PROCEDURE MOET IN ORDE ZIJN, DAT ZE EEN BEETJE RUIMER KIJKEN EN DAT ZE DIE MENSEN EVENTUEEL ZELF KOMEN ZIEN IN HET CENTRUM [...].”

Bij het indienen van een bijlage B moeten collectieve opvangcentra aangeven wat voor soort transfer ze aanvragen. Wat transfers omwille van een aangepaste plaats betreft, zijn de sociale motieven volgens centrumpersoneel te restrictief. Zo bepleit men bijvoorbeeld om ook familieleden tot de tweede graad mee op te nemen en tevens de radius te verbreden naar familie die niet (meer) in het opvangnetwerk woont. Ondersteuning van familie zou namelijk een sterke beschermende factor vormen.

“EEN MOEDER MET DRIE KINDEREN WORDT NAAR ONS GESTUURD, MAAR ZE HEEFT FAMILIE IN BRUSSEL. WE KUNNEN GEEN TRANSFER AANVRAGEN.”

“IK HEB OOK IEMAND, DIE ZIJN DOCHTER WOONT OP EEN PRIVÉADRES IN DINANT, DIE IS IN BELGIË TOEGEKOMEN, WETENDE DAT HIJ EEN DOCHTER HEEFT. [...] HIJ HEEFT UITEINDELIJK ZIJN DOCHTER GEVONDEN. WIJ GEVEN DIE NU ÉÉN TICKET IN DE MAAND OM ZIJN DOCHTER TE BEZOEKEN. AANGEPASTE PLAATS IS GEWEIGERD. [...] EIGENLIJK OMDAT DE DOCHTER OP PRIVÉ-HUIS WOONT EN NIET IN HET NETWERK ZIT, MAAR IK VIND DAT EIGENLIJK, JA IK VIND DAT EIGENLIJK ONGEHOORD.”

Er zijn ook andere sociale redenen die tot dusver niet in overweging genomen werden door de Regio's. Aanvragen van bewoners om in de buurt van vrienden, landgenoten of kennissen te wonen, werden systematisch geweigerd. Volgens de bevroegde terreinmedewerkers kan het sociale netwerk in de ruime zin nochtans beschermen tegen

isolement. Daarnaast kon men tot recent tijdens de procedure ook geen transfer aangepaste plaats naar een andere taalregio aanvragen, zelfs niet als bewoners reeds een andere landstaal spraken. Volgens terreinmedewerkers had een transfer naar een andere taalregio de integratie echter kunnen versnellen en het contact met centumpersoneel mogelijks verbeteren. Aansluiting vinden bij vormingen en opleidingen was vroeger tevens geen voldoende grond voor een transfer. Bewoners die hun studies wilden verderzetten, maar op grote afstand van onderwijsinstellingen verbleven, dienden daardoor bijvoorbeeld te rekenen op de bereidwilligheid van het centrum om een tegemoetkoming voor transportkosten te betalen.

“MAAR VRIENDEN DA’S DAN HELEMAAL NIET BELANGRIJK DAN, DAT DOET ER OOK NIET TOE.”

“MAAR IK VIND HET OOK NIET LOGISCH ALS WIJ EEN TWEETALIG LAND ZIJN DAT ALS JE VLUCHTELINGEN HEBT VAN IK-WEET-NIET-WAAR DIE PERFECT ÉÉN VAN DIE TWEE TALEN SPREKEN, DAN GAAT STEKEN IN EEN PLEK WAAR ZE DE TAAL NIET SPREKEN.”

“JA, IK HEB NU OOK WEL BIJVOORBEELD IEMAND, HIJ IS AL TWEE JAAR IN BELGIË, HEEFT ZIJN LEVEN EINDELIJK EEN BEETJE OP DE RAILS GEKREGEN, HEEFT ZICH BIJ DE VUB GAAN INSCHRIJVEN EN MAG BEGINNEN AAN EEN OPLEIDING MAAR BROECHEM-BRUSSEL, DAT IS KOSTELIJK, DAT IS OOK VER, DUS, IK HOOP, MET HULP VAN DE MEDISCHE DIENST, KUNNEN WE EEN AANGEPASTE PLAATS AANVRAGEN. MAAR IK DENK NIET DAT DAT ÉÉN VAN DE REDENEN IS BIJ DE REGIO [...] JA, SPIJTIG.”

Een opmerkelijke vaststelling is dat ondanks het moratorium op transfers omwille van andere redenen dan medische en disciplinaire, collectieve opvangcentra toch veel aanvragen bleven indienen. Maatschappelijk werkers stellen dat ze ondanks de kleine slaagkans toch willen proberen. Hiermee zouden ze aan hun bewoners willen tonen dat ze er alles aan doen om een transfer te verkrijgen, maar dat de uiteindelijke beslissing buiten hun bevoegdheid ligt.

“HET FEIT DAT DE REGELS ZO STRIKT ZIJN EN HOE LANGER HOE MEER BINNEN PROCEDURES [...] WIL NIET ZEGGEN, VIND IK DAT, DAT WIJ ALS HULPVERLENER NIET MEER MOGEN SIGNALEREN VAN ‘DIT PAST DAAR EIGENLIJK NIET IN, IN DIE PROCEDURES EN DIE REGELGEVING’.”

Transfers voor een aangepaste plaats kunnen daarnaast ook op basis van medische gronden aangevraagd worden. Het transfer-moratorium had hierop geen impact. Zoals eerder beschreven, dient voor een medische transfer een medische checklist toegevoegd te worden aan bijlage B. Onder medische transfers vallen ook psychologische noden van verzoekers. De bevroegde terreinmedewerkers gaven vaak aan dat deze motieven zich in een grijze schemerzone bevinden. Men trachtte het moratorium op sociale motieven te omzeilen door psychologische argumentatie aan te halen. Bijvoorbeeld, in plaats van de klemtoon te leggen op het sociaal isolement van een persoon, wordt dan beklemtoond dat een persoon hierdoor depressief wordt. Wederom blijkt volgens de terreinmedewerkers dat de Regio’s niet steeds het advies van het opvangcentrum volgen.

“MAAR DIE MEDISCHE REDENEN ZIJN OOK HEEL STRIKT. ONZE ARTS DIE STAAT DAAR ECHT WEL HEEL ERG VOOR OPEN EN ALS DIE DENKT ‘DAT IS NODIG’, DAN WILT DIE DAT WEL PROBEREN. MAAR ALS DIE DAT DAN

GAAT BEKIJKEN, DAN ZEGT DIE SOMS 'IK MOET HET NIET DOEN, IK KRIJG HET TOCH NIET, HET GAAT TOCH NIET'."

"HET GROTE ISSUE IS DAT JULLIE DAT OP BASIS VAN MEDISCHE REDENEN TOCH WEL EEN BEETJE MEER KUNNEN DOORDUWEN, STEL U VOOR DAT WIJ ALS SOCIALE DIENST IEMAND DIE DAT OOK TOTAAL NIET FUNCTIONEERT, MAAR ZONDER MEDISCH LUIK, JA IS DAT SOWIESO NEE."

"DUS ALS JULLIE OM MEDISCHE REDENEN EEN AANGEPASTE PLAATS VRAGEN VOOR WERK, DAT KLOPT TOCH OOK NIET?"

"MAAR ONZE ARTS WIL DAAR OOK WEL HEEL CORRECT IN ZIJN EN DIE WILT NIET SOCIAAL EN MENSELIJK ER BIJ HALEN. MAAR SOMS IS ER PSYCHISCH WEL OOK EEN FACTOR EN DAAR IS WAAR DE LIJN VAAK LIGT. ALS HET ECHT MEDISCH IS, IS HET WEL REDELIJK DUIDELIJK MAAR SOMS. DUS ONZE DOKTER ZIET DAT OOK WEL ALS IETS MEDISCH OOK, IETS PSYCHISCH, [...]. MAAR PSYCHISCH IS NIET SOCIAAL! NEEN. MAAR PSYCHOSOCIAAL, DAN GAAN WIJ ZELF NIET BIJ DE MEDISCHE DIENST AANKLOPPEN."

"MISSCHIEN OM TE BEGINNEN AL WAT MEER ERKENNING DENK IK VOOR HET PSYCHOLOGISCHE. WANT MEDISCH DAT IS DAN CONCREET EN DAN OOK VAAK ALS DAT DAN VAN EEN ARTS KOMT, DAN HEEFT DAT MISSCHIEN EEN ANDERE WAARDE EN DAT IS DAN IETS HEEL BEKEND. MAAR PSYCHOLOGISCH [...] WE WILLEN DAAR WEL MEER AANDACHT, MAAR EIGENLIJK IN DE PRAKTIJK ZIE JE TOCH NIET DAT DAAR DE NODIGE MIDDELEN EN MENSEN VOOR WORDEN VRIJGEMAAKT EN ZO BLIJFT DAT ALTIJD ERGENS HANGEN. EN IN HET BELEID, BLIJKBAAR IS DAT DAN OOK BIJNA ZELDEN EEN REDEN OM EEN ACTIE TE ONDERNEMEN IN DAT TRANSFERBELEID. TERWIJL DAT DAT TOCH BINNEN ONZE DOELGROEP IETS IS DAT HEEL AANWEZIG IS."

"ONZE PSYCHOLOOG HEEFT EEN ATTEST GEMAAKT VAN DIE MENSEN ZIJN ECHTE NOODHEBBERS, MAAR TOCH HEBBEN WE HET NIET GEKREGEN. ZO'N SITUATIE IS MOEILJK."

Niet iedereen die in principe in aanmerking komt voor een transfer, wordt ook feitelijk overgeplaatst. Zo is er enerzijds een capaciteitsgebrek dat verhindert dat personen tijdig naar een aangepaste plaats verhuizen. Verzadiging van de specifieke opvangcapaciteit kan tot wachttijden leiden voor transfers. Dit is bijvoorbeeld het geval voor personen die nood hebben aan kamers die geschikt zijn voor rolstoelgebruikers. Vandaar dat sommige terreinmedewerkers pleiten voor een buffercapaciteit in specifieke 'crisisplaatsen' voor urgente situaties. Wanneer de specifieke plaatsen in het netwerk bezet zijn, zouden dit soort plaatsen in geval van nood aangewend kunnen worden.

"JA, WIJ ZIJN MOMENTEEL AAN HET ZOEKEN NAAR EEN MOGELIJKHEID VOOR EEN ALLEENSTAANDE ZWANGERE DAME MET DRIE ZOONTJES DIE BINNENKORT GAAT BEVALLEN. WAT DOEN WIJ MET DIE KINDJES? DAARVOOR HEBBEN WIJ EEN SAMENWERKING MET ONTHAALMOEDERS. ER ZIJN WEL DINGEN IN DE BUURT, MAAR DAN JA, MOET JE WEER OP DE WACHTLIJSTEN GAAN STAAN. MAAR ALS DIE VROUW GAAT BEVALLEN, GAAT DIE BEVALLEN. HEBBEN JULLIE GEEN CRISISPLAATSEN? WIJ HEBBEN OOK ZOIETS. WAAR ZE DAG EN NACHT KUNNEN BLIJVEN ZELFS."

Anderzijds zijn er ook personen die omwille van het verloop van hun procedure feitelijk niet in aanmerking komen om getransfereerd te worden. In principe komen alle bewoners op basis van de instructies in aanmerking voor transfers. Voor bewoners die zullen uitgewezen worden in het kader van een Dublin-procedure (en aldus in een specifieke Dublinplaats verblijven), personen met een negatieve beslissing maar die na een verlenging van hun recht op opvang toch nog in de opvang verblijven of zelfs personen met een lage kans op bescherming, behoort een transfer echter feitelijk niet tot de mogelijkheden. Hun aanvraag wordt door de Regio's geweigerd, ondanks ze volgens terreinmedewerkers echter verblijven in een opvangplaats die niet aangepast is aan hun situatie.

“IEMAND MET FAMILIE MET DUBLIN-PROCEDURE BIJVOORBEELD, WAAR VAN DAT JE ZEGT OK, DUBLIN PROCEDURE MAAR ZEER KWETSBAAAR EN MISSCHIEN TOCH WEL AANGEPASTE PLAATS, NEEN, WANT DUBLIN.”

“WIJ HEBBEN BIJVOORBEELD OOK EEN HEEL KWETSBARE DAME EN DAT IS DAN EEN VROUW MET GEDWONGEN HUWELIJK EN VERKRACHTINGEN EN MISHANDELING EN DIE HEEFT DAN IN NEDERLAND TWEE KEER NEGATIEF GEKREGEN. DUS DIE KOMT NAAR HIER, DUS WIJ GAAN DIE DAN NAAR NEDERLAND STUREN, MAAR NEDERLAND GAAT DIE DAN TERUG NAAR DAAR STUREN. ONZE PSYCHOLOOG ZEGT DAN VAN ‘JA MAAR WE MOETEN ZIEN DAT WE DIE HIER HOUDEN WANT DAT GAAT NIET, EN DIE IS HELEMAAL OVER HAAR TOEREN, EN DIT EN DAT’. MAAR, JA, DAT IS HEEL MOEILIJK WANT MEN GAAT ZEGGEN ‘IN NEDERLAND KUNNEN ZE DAT EVEN GOED’, EN NEDERLAND ZAL DAN ZEGGEN ‘JA WE STUREN DIE TERUG WANT ONZE DINGEN ZIJN ZO EN WE STUREN DIE TERUG’. [...] MAAR OP HET MOMENT IS DIE VROUW WEL IN HET CENTRUM, WAT KUNNEN WIJ DOEN? WE MOETEN NIET DENKEN AAN WAT ZOU ER KUNNEN GEBEUREN, WE MOETEN VOORAL DENKEN WAT GEBEURT ER NU EN IS DIT AANGEPAST VOOR DIE VROUW, JA OF NEE?. NEE, AANGEPASTE PLAATS GEWEIGERD WANT PROCEDURE DUBLIN.”

“JA, MAAR DAT MEISJE VAN ONS, MET DIE ROLSTOEL EN DAT BED EN ZO, DAT WAS RUSLAND, DAT WAS OOK EEN ‘NJET’ EERST [...] RUSLAND HEEFT GEEN KANS.”

“ZIJ WAREN IN EEN MEDISCHE REGULARISATIE EN MENSEN IN EEN MEDISCHE REGULARISATIE, DUS DIE WAREN EIGENLIJK ILLEGAAL, EIGENLIJK IEDERE KEER VERLENGING VAN DE OPVANG VOOR VRAGEN, EN DIE MOGEN NIET NAAR EEN LOI, EN ZE HEBBEN DAT ALTIJD TEGEN GEHOUDEN.”

“DE MENSEN DIE ‘BUITEN-PROCEDURE’ VALLEN EN DIE IN DE CENTRA ZIJN. NIET MOGELIJK OM EEN 9TER TE KRIJGEN, GEEN MOGELIJKHEID OM TUSSEN TE KOMEN. WE DRAAIEN IN HET ROND EN PSYCHOLOGISCH VERSLECHTEREN ZE VERDER, WAT ZORGT VOOR NOG ANDERE KWETSBAARHEDEN DIE ZE MISSCHIEN NIET AANVANKELIJK HADDEN. [...] WE HEBBEN ONLANGS EEN GEVAL GEHAD, EEN DRINGEND GEVAL VAN CARDIO, MAAR NIET MOGELIJK OM TUSSEN TE KOMEN WANT ‘BUITEN-PROCEDURE’. VOOR ONS IS HET ZWAAR OM DIE PERSOON ELKE DAG TE ZIEN OPDAGEN BIJ DE MEDISCHE DIENST. WAT GAAN WE ERMEE DOEN? HET ZIJN KWETSBARE PERSONEN [...]”

Wederom werd vastgesteld dat omwille van de, door de terreinmedewerkers, als strikt en restrictief ervaren transfercriteria en beoordeling er een vorm van autoselectie toegepast wordt. Zo zouden bepaalde terreinmedewerkers geen transferaanvraag meer opstellen voor personen waarvan men niet zeker is dat ze voldoen

aan de criteria. Ondanks deze bijkomende filter, leeft de indruk dat er nog steeds een groot deel van de aanvragen afgewezen wordt. Voor maatschappelijk werkers voelt de feedback van de Regio's over een weigering vaak onvoldoende gemotiveerd aan.

Wat de transferoptie omwille van lang verblijf betreft, die vooral tot doel heeft om eerder genoemde 'opvangschade' te beperken, geven bevraagde maatschappelijk werkers aan dat hun aanvragen nooit goedgekeurd worden. Om begunstigen geen valse hoop te geven, wordt door sommigen besloten bewoners niet langer te informeren over deze transferoptie. Het uitblijven van een transfer kan volgens terreinmedewerkers aanleiding geven tot frustraties en spanningen, die soms uitmonden in sancties en disciplinaire transfers. Een disciplinaire transfer wordt bijna altijd uitgevoerd en vaak ook veel sneller. Problematisch gedrag dat ingaat tegen het huishoudelijk reglement, zoals bijvoorbeeld drugsgebruik, heeft volgens terreinmedewerkers echter doorgaans een diepere oorzaak die niet verholpen wordt door een disciplinaire transfer.

“MAAR SOMS VRAAG IK ME OOK AF, MOETEN WE DAT OOK EENS NIET HERBEKIJKEN, WANT DAT IS NIET ENKEL VEILIGHEID EN REGELS [...]. ALS IEMAND, IK ZEG MAAR IETS, OP EEN BEPAALD MOMENT NIET MEER HANDELINGSBEKWAAM IS, IETS DOET OF ZO, JA, OM DAN DIE PERSOON VAN HET ENE CENTRUM NAAR HET ANDERE CENTRUM DISCIPLINAIR TE TRANSFEREREN DAT HEEFT NOG NOOIT EEN OPLOSSING GEBRACHT. DAAR WORDT ENKEL MAAR IEDEREEN MEER EN MEER MOE VAN, VOORAL DE PERSOON IN KWESTIE EN DAT BRENGT GEEN HULP. DAT IS OOK EEN DEEL VAN HET TRANSFERBELEID. VAAK ZIJN DAT HEEL KWETSBARE MENSEN, MAAR WORDT DAT DAN ALS EEN GEDRAGSPROBLEEM BESCHOUWD EN DOET DAT DE TOUR VAN ALLE CENTRA.”

“DISCIPLINAIR WORDT OVERGEPLAATST OF DAT ER DAN EIGENLIJK OOK WORDT REKENING ... JA, NEE, ER WORDT GEEN REKENING GEHOUDEN MET DE NODEN. DENK EENS NA VAN WAAR DAT WE DIE DAN NAAR TOE STUREN IN PLAATS VAN GEWOON TE DENKEN 'OK, DIE HEEFT GEVOCHTEN, WE STUREN DIE NAAR'.”

De laatste twee transferopties hebben betrekking op de verhuis naar een LOI. Na het bekomen van een beschermingsstatuut dienen collectieve opvangcentra personen te informeren over de mogelijkheid om naar een individuele opvangplaats te verhuizen voor de transitie. In de ogen van de bevraagde terreinmedewerkers worden individuele plaatsen per definitie als aangepast beschouwd omdat ze personen toelaten om opnieuw de 'normale' controle over hun leven op te nemen. Ze staan dan ook positief tegenover de transfers van personen met een hoge beschermingsgraad, alhoewel dit wel moeilijk uit te leggen is aan bewoners die hiervoor niet in aanmerking komen. Andersom nuanceren de medewerkers van LOI's het aangepaste karakter van de individuele opvang als het aankomt op specifieke voorzieningen, zoals medische infrastructuur.

“WANT WAT IS EEN AANGEPASTE PLAATS, DAN DENK IK OOK INDERDAAD AAN EEN LOI, NA EEN BEPAALDE PERIODE IN DE PROCEDURE TE ZIJN WAARBIJ DE MENSEN ECHT ZIEK WORDEN VAN DE LANGDURIGE OPVANG IN HET CENTRUM.”

“NAAR DE LOI'S, DAT IS DAN VANUIT HET IDEE OOK EEN BEETJE, DENK IK, VAN 'WAT RUSTIGER, MINDER IN DAT COLLECTIEVE ZITTEN'. MAAR ZOALS JULLIE ZEGGEN ER IS DAN OOK MINDER DIE OPVOLGING MOGELIJK OF JE HEBT DAN GEEN MEDISCHE DIENST DAAR AANWEZIG WAAR JE ELKE DAG KAN LANGGAAN EN ZO.”

“IK VIND DAT WEL STRAF, WANT ALS JE DAT NU ZO HOORT, DAN KIEZEN JULLIE VOOR EEN LOI OMDAT MENSEN KWETSBAAR ZIJN, OMDAT ER IETS MEDISCH IS. TERWIJL, ZE KOMEN BIJ ONS TOE, EN DE OPVOLGING IS EIGENLIJK ZO BEPERKT. DE MEDISCHE DOSSIERS MET EEN BEETJE GELUK ZIEN WE DAT, NEGEN KEER OP DE TIEN NIET. [...] DUS KOMEN ER EIGENLIJK MENSEN DIE EIGENLIJK MEER ZORGEN NODIG HEBBEN BIJ ONS TERECHT, VOORAL OMDAT ZE DAN IN EEN MEER STILLE, RUSTIGERE OMGEVING ZITTEN, MAAR WORDT ER DAN OOK IN OVERWEGING GENOMEN DAT ZE DAN OOK EEN HEEL STUK ZELFSTANDIGER MOETEN ZIJN? EN JA, IK VRAAG MIJ DAT DAN AF, WANT DE KWETSBARE MENSEN DIE BIJ ONS TERECHT KOMEN DIE ZIJN ER ABSOLUUT NIET BETER AAN TOE, EERDER IN TEGENDEEL.”

“IK DENK INDERDAAD DAT JE WEL MOET OPLETTEN DAN MET DENKEN DAT ‘WE GAAN ZE NAAR EEN LOI DOEN EN HET IS OPGELOST’. NIET IEDER LOI WERKT OP DEZELFDE MANIER EN HEEFT DEZELFDE DESKUNDIGHEID OF TOOLS OF NETWERKEN IN HUIS OM MENSEN MET BEPAALDE KWETSBAARHEDEN TE BEGELEIDEN.”

“HET MOET INDERDAAD OOK NIET AUTOMATISCH ZIJN ‘KWETSBAAR, DUS LOI’. HET MOET ZIJN ‘KWETSBAAR, DUS AFHANKELIJK VAN DE KWETSBAARHEID WELKE PLAATS’.”

Lokale opvanginitiatieven

In het opvangtraject vormen LOI's de gebruikelijke tweede opvangfase, zowel voor personen die een positieve beslissing hebben verkregen op hun vraag om internationale bescherming als diegenen met een hoge beschermingsgraad. Voor de verhuis naar een LOI dient het collectief opvangcentrum een transfer aan te vragen. Specifiek tijdens de transitieperiode⁶⁷ moeten LOI's de overgang van materiële naar maatschappelijke dienstverlening faciliteren. Eens men een verblijfsstatuut heeft bekomen, mag men minstens twee maanden in een LOI verblijven. De termijn kan twee (uitzonderlijk drie) keer verlengd worden met een extra maand.

De algemene voorzieningen in een LOI zijn minder uitgebreid dan in een collectief opvangcentrum. LOI's bieden individuele opvangplaatsen aan waar bewoners over een grotere autonomie beschikken dan in collectieve opvangcentra. Naast zakgeld krijgen ze ook weekgeld waarmee ze zelf moeten instaan voor hun levensonderhoud. Nutsvoorzieningen en de woning worden door het LOI geregeld, maar bijvoorbeeld voor dagelijkse maaltijden en onderhoud moeten de bewoners zelf zorgen. Er is geen 24-uurs permanentie, noch is er een specifieke medische of psychologische dienst. Hierdoor lijkt het verblijf in een LOI sterker op een normale leefsituatie en ligt de nadruk op zelfzorg. Het is aldus een vorm van zelfstandig begeleid wonen.

De bevraagde medewerkers van de LOI's staan positief tegenover het feit dat het merendeel van hun bewoners voortaan reeds een verblijfsstatuut heeft of zal hebben. Het onzekere karakter van het verblijf dat de zorg in een collectief centrum lijkt te bemoeilijken, valt voor het merendeel van de begunstigen in een LOI weg.

⁶⁷ De transitie-instructie voorziet dat de transitie niet alleen in een LOI kan plaatsvinden. Er zijn drie aanvullende mogelijkheden: (1) procedure van vervroegd vertrek met steun van maaltijdcheques, (2) doorverwijzing naar een NGO, (3) in het collectief centrum.

“WAT KWETSBAARHEID BETREFT, VOOR ONS EN IK DENK DAT DAT IN ALLE LOI’S ZO IS, IS HET GEMAKKELIJKE GEWOON OMDAT [...] JE KRIJGT MENSEN MET PAPIEREN MET VERBLIJFSPAPIEREN DUS JE HEBT EEN ANDERE INSTEEL.”

Tezelfdertijd ervaren de bevroagde medewerkers van de LOI’s ook specifieke uitdagingen verbonden aan de transitiefase. Ze geven aan dat de zorg tijdens de transitie vooral gericht is op het vinden van huisvesting, wat heel wat stress met zich meebrengt en wat een bijkomende factor vormt die personen kwetsbaar kan maken.

“ZOALS HET IS GEZEGD VOOR DIE TRANSITIES ZIJN WE BIJNA EEN IMMOKANTOOR. DAT IS CONSTANT HUIZEN ZOEKEN. CONSTANT DAARMEE BEZIG ZIJN.”

“IN DIE PERIODE DAT WE HEBBEN VAN DIE 2 MAANDEN, 3 MAANDEN, 4 MAANDEN KUNNEN WE INDERDAAD GEEN BEGELEIDING DOEN. WIJ ZOEKEN EIGENLIJK OOK VOORAL NAAR EEN WONING EN OPSTARTEN VAN INTEGRATIE EN INBURGERING. EN DAT IS HET ZO EEN BEETJE.”

“MAAR HET GEBEURT WEL DAT ZE SOMS MAAR TWEE À DRIE WEKEN BIJ ONS ZIJN. DAAR KUN JE GEEN DEFTIGE BEGELEIDING DOEN. DAT IS GEWOON MAKEN VOOR DIE PERSOON DAT ALLES IN ORDE IS. DAT ZIJN OCWM IN ORDE IS VOORAL. JE LAAT DIE MENSEN LOS IN DE MAATSCHAPPIJ.”

Bij de toewijzing van bewoners aan een LOI-plaats wordt er door de Regio’s op imperatieve wijze rekening gehouden met de schooltaal van de kinderen, medische behoeften en het bestaan van een arbeidscontract. Er wordt in de mate van het mogelijke ook rekening gehouden met de regiovoorkeur van de persoon. Naast deze criteria trachten de Regio’s een transitieplaats in de buurt van het voormalig collectief opvangcentrum te vinden, maar dit is niet steeds mogelijk aangezien er geen structurele afstemming tussen collectieve en individuele plaatsen bestaat. Bijgevolg komen bewoners soms terecht in een gemeente die ver ligt van het voormalige collectieve opvangcentrum.

“IK ZAL EEN VOORBEELD NEMEN [...] EEN VROUW DIE ERKEND WERD ALS VLUCHTELING, MET DRIE KINDEREN, MET FAMILIE IN BRUSSEL, ZE VRAAGT OM EEN WONING TE VINDEN IN BRUSSEL, EN ZE WORDT NAAR BASTOGNE GESTUURD, IN EEN KLEIN DORP MET EEN BUS ’S MORGENS EN EEN BUS ’S AVONDS.”

Er is geen onderscheid tussen aangepaste plaatsen en reguliere plaatsen binnen LOI’s. Dit betekent echter niet dat elke LOI-plaats zomaar inwisselbaar is. Generieke opvangplaatsen binnen LOI’s kunnen zeer uiteenlopend zijn, van aparte studio’s tot kamers in een gebouw waar men gemeenschappelijke ruimten deelt. De transitie-instructie voorziet dat kwetsbare personen vooral naar partners (NGO’s) zouden moeten doorverwezen worden. Zoals eerder aangegeven, bevat het transferdocument bijlage B een specifiek luik dat peilt naar kwetsbaarheid in het kader van de transitie. Collectieve opvangcentra dienen de checklist in te vullen. Wie voldoet aan de vooropgestelde criteria⁶⁸, kan toegewezen worden aan één van de plaatsen binnen het project ‘kwetsbare transitie’ van Caritas

⁶⁸ Maatschappelijk werkers van de centra vullen naar eer en geweten de checklist in. Het volstaat echter niet om te voldoen aan de criteria. De respectievelijke Regio-directeurs moeten de toewijzing steeds goedkeuren.

International. Feitelijk vindt deze toewijzing niet steeds plaats, onder meer door de gezinssamenstelling van de plaatsen (gebrek aan plaatsen voor alleenstaanden) en een aanbod dat groter is in Wallonië. In dat geval vindt de transitie ofwel plaats in een collectief centrum ofwel in een regulier LOI. Het nadeel van de transitie in collectieve centra is dat zij sinds het in voege treden van het nieuwe opvangmodel hun specifieke expertise inzake de zoektocht naar huisvesting hebben afgebouwd. Het nadeel van een regulier LOI is dat de specifieke voorzieningen voor de kwetsbare persoon niet gegarandeerd zijn. Als een kwetsbaar persoon met specifieke noden toch aan een LOI wordt toegewezen, moet het personeel op de hoogte gebracht worden en kan het LOI de toewijzing ook weigeren. Het is voor LOI's vaak moeilijk om op voorhand in te schatten in hoeverre een persoon met specifieke noden geholpen zal kunnen worden.

Omwillen van een gebrek aan medische doelgroepenplaatsen maakte Fedasil het ook mogelijk voor LOI's om personen met medische problemen op te vangen⁶⁹. Voorlopig kunnen maximaal 100 personen met medische noden reeds tijdens hun procedure aan een LOI toegewezen worden. Hiervoor wordt een verhoogd persoonsgebonden tarief toegekend, dat hoogstens zes maanden na toewijzing van kracht blijft. Regio Noord en Regio Zuid gebruiken deze optie als laatste optie als andere toewijzingen naar collectieve opvangcentra of naar NGO's niet gelukt zijn. Ze geven echter aan dat het erg moeilijk kan zijn om LOI's te overtuigen om deze specifieke profielen op te vangen, onder meer omdat zij ondanks hun kwetsbaarheid aanvankelijk slechts recht hadden op een reguliere transitietermijn van 2 + 1 + 1 maanden⁷⁰. Volgens de Regio's zijn er ook LOI's die niet gemotiveerd zijn om kwetsbare personen op te vangen omdat ze voor hen meer kunnen doen dan alleen huisvesting zoeken, wat door veel maatschappelijk werkers als te beperkt ervaren wordt.

Naast de LOI's bevindt zich ook één uitzondering, namelijk het SOI Gent. Het SOI werd in 2004 opgericht en functioneerde van 2007 tot 2016 als een collectief opvangcentrum. Sinds de invoering van de transitie-instructie werd het statuut echter gewijzigd naar de individuele opvang. Het SOI biedt, naast andere categorieën, ruimte aan 12 personen met een medische of psychische problematiek. Voor deze specifieke doelgroepenplaatsen wordt structureel een verhoogd tarief (69,14€) bekomen, maar de opvangtermijn voor de transitie was aanvankelijk niet specifiek aangepast (2 maanden + twee mogelijke verlengingen)⁷¹. Het SOI beschikt zelf niet over medisch geschoold personeel, maar de ligging in een stedelijke context maakt het mogelijk om samen te werken met onder andere wijkgezondheidscentra.

⁶⁹ Voor meer info zie de instructie 'Verhoogd tarief voor personen met specifieke behoeften in een lokaal opvanginitiatief: proces van toewijzing en opvolging' (dd. 1 augustus 2017). Het gaat om een (tijdelijk) proefproject om meer plaatsen te creëren voor personen met specifieke behoeften, namelijk personen met een medische en/of psychiatrische problematiek en minderjarigen (vanaf 17 jaar) met een verblijfstitel van meer dan 3 maanden. Het ontbrak voor beide categorieën aan voldoende opvangplaatsen. Voor personen met medische en/of psychiatrische problematiek zal later in dit rapport nog ingegaan worden op de specifieke medische plaatsen die aangeboden worden door collectieve opvangcentra en enkele kleinere opvangpartners. Omdat het aanbod van specifieke plaatsen de vraag niet kon volgen, heeft de instructie als doel het mogelijk te maken dat lokale opvanginitiatieven, die in principe generieke plaatsen aanbieden, ook verzoekers om internationale bescherming met een medische en/of een psychiatrische problematiek kunnen opvangen. In tegenstelling tot de nieuwe fasering van het opvangmodel hoeven deze bewoners nog geen verblijfsstatuut ontvangen te hebben. LOI's krijgen een verhoogd persoonsgebonden tarief als ze ingaan op dit aanbod. Ze dienen zich vrijwillig aan, maar hebben ook steeds het recht om een toewijzing te weigeren.

⁷⁰ Op 4 juni 2018 verstuurde de Directie Operationele Diensten aan Opvang Regio Noord en Zuid een communicatie betreffende de transitieregeling voor kwetsbare personen die verblijven in een lokaal opvanginitiatief op basis van de instructie PVT (personen met verhoogd tarief). Deze communicatie kwam er als reactie op de signalen van ongelijke behandeling tussen de verschillende transitietrajecten van kwetsbare personen. In het licht hiervan werd aan personen die in een LOI verblijven op basis van een verhoogd persoonsgebonden tarief een verlengde transitietermijn toegestaan.

⁷¹ In het kader van de verlengde transitietermijn voor personen met verhoogd tarief (zie vorige voetnoot), werd vanaf juni 2018 ook aan kwetsbare personen die in het SOI verblijven een aangepaste termijn toegestaan.

Naam	Doelpubliek	Toewijzing	Financieel	Capaciteit	Transitie
LOI - Instructie Persoonsgebonden Tarief	Medische/Psychologische problematiek	Tijdens procedure	Persoonsgebonden verhoogd tarief (69,14€)	100	2 maand + 1 + 1 maand
SOI Gent	Medische/Psychologische problematiek	Tijdens procedure	Verhoogd tarief (69,14€)	12	2 maand + 1 + 1 maand

De termijn van het verblijf in een LOI kan aangepast worden aan de specifieke situatie van een persoon. Het is de dienst Procesbeheer op de hoofdzetel die beslist over de verlengingen. Vijf dagen voor het verstrijken van de transitietermijn van 2 maanden kan een maatschappelijk werker een verlengingsaanvraag indienen. Hiervoor moet zij aangeven welke stappen ondernomen werden bij de zoektocht naar huisvesting. De eerste verlenging van één maand wordt in principe altijd toegekend. Bij de tweede verlenging wordt in detail geanalyseerd of er voldoende gezocht werd naar huisvesting als voorwaarde om de transitietermijn te verlengen. De transitie-instructie voorziet dat in uitzonderlijke gevallen een derde verlenging van een maand bekomen kan worden als de ‘menselijke waardigheid’ van de persoon in het gedrang komt. Volgens Procesbeheer komen hier vooral medische profielen voor in aanmerking. Wanneer maatschappelijk werkers redenen opgeven die betrekking hebben op de fysieke en psychische gezondheid, dan wordt de medische dienst op de hoofdzetel ingeschakeld om de aanvraag te beoordelen. Onder menselijke waardigheid worden ook situaties gerekend die buiten de wil om van de persoon de zoektocht naar huisvesting bemoeilijkt hebben, zoals bijvoorbeeld een administratieve fout waardoor de verblijfskaart niet werd uitgevaardigd. Sommige bedreigende factoren die door bevroagde LOI-medewerkers aangegeven werden als belemmering voor de zoektocht naar een woning, zoals analfabetisme of een groot gezin, worden echter niet aanvaard. Het is met name voor deze personen dat de bevroagde maatschappelijk werkers van mening zijn dat extra tijd nodig is om zich voor te bereiden op een autonoom leven na de opvang. Bij een weigering van een verlenging wordt de opvangstructuur opgebeld en de Regio’s worden ook over alle beslissingen op de hoogte gesteld.

“DAT IS NET ZO MET DIE TRANSITIES, WIJ GAAN NIET OM UITSTEL VRAGEN ALS HET NIET NODIG IS. MAAR DAT IS OOK VERTROUWEN VAN FEDASIL UIT NAAR MENSEN IN HET TERREIN VAN DE PROFESSIONALS. WIJ HEBBEN OOK HET BESTE VOOR MET DE MENSEN EN MET HET SYSTEEM EN DAT IS SOMS ZO MOEILJK, SOMS HEB JE HET GEVOEL DAT JE ZO WORDT LOSGELATEN VAN DOE MAAR DOE MAAR, MAAR OP HET MOMENT DAT ZE WEG MOETEN, MOETEN ZE WEL ECHT WEG. DAT IS DAN HEEL STRIKT. EN TERWIJL WIJ ZO KUNNEN AANVOELEN OF IEMAND MEER TIJD NODIG HEEFT, EN GEEF DIE DAT DAN OOK, EN LAAT ONS DAT DAN BESLISSEN.”

In vergelijking met collectieve opvangcentra is de begeleiding in LOI’s sterk geïndividualiseerd. Men kan stellen dat elke begeleiding binnen een LOI specifiek is. Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat iemand niet in staat is om autonoom te wonen of zelfstandig te zoeken naar een woning kan het personeel méér en andere vormen van begeleiding aanbieden zoals het regelmatig op huisbezoek gaan.

“EN DAT IS SOMS OMDAT WE DIE OPEN HOUDING HEBBEN DAT WE SOMS MOETEN ZEGGEN VAN OEI OPLETTEN DAT WE NIET TE VER GAAN WANT HIERNA HOE ZIT HET MET DE BEGELEIDING ERNA. IK MOET BIJ 20 FAMILIES NOG ALTIJD

GAAN ETEN. OMDAT ZE ME UITNODIGEN. EN IK GEBRUIK VAAK DE BUS EN ZIJ PAKKEN OOK ALTIJD DE BUS. DUS IK KOM DIE TEGEN EN DAN VAN WE MOETEN NOG IS BIJ MIJ KOMEN. DUS MIJN SOCIAAL LEVEN BEGINT DAAR NATUURLIJK OOK ONDER DRUK TE KOMEN [...] ZIJ ZIJN GEWOON VAN EEN ASSISTENT DIE QUASI PRAKTISCH ALLES VOOR HEN DOET. DIE ZE MEER ZIEN ALS FAMILIE OF ALS BROER. IK BEN DE BROER VAN IEDEREEN. DAN KOMEN ZE NOG TERUG ACHTERAF [...].”

De geïndividualiseerde begeleiding die door LOI's geboden wordt, blijkt ook haar beperkingen te hebben. Wegens de korte termijn van de transitie lijkt het steeds moeilijker te worden om deze geïndividualiseerde aanpak verder te zetten. Niet alle medewerkers van LOI's, voornamelijk maatschappelijk werkers en opvoeders, zijn opgeleid om medische en psychologische problematieken aan te pakken of zijn op de hoogte van de werking van de huisvestingsmarkt. Ook ontbreekt het in LOI's aan multidisciplinaire teams die verschillende specifieke opvangnoden kunnen beantwoorden.

Wegens de eenzijdige expertise van de terreinmedewerkers zijn LOI's nog meer dan collectieve opvangcentra afhankelijk van de inschakeling van externe partners. Er zijn echter twee barrières. Enerzijds zijn LOI's sterker dan collectieve opvangcentra verspreid over het Belgische grondgebied, waardoor ze soms op grote afstand van externe hulpverleners liggen. Om partners in te schakelen, moeten daardoor hoge verplaatsingskosten betaald worden. Dit geldt in het bijzonder voor erg gespecialiseerde zorgverleningsorganisaties, zoals diegenen die zich bezig houden met verslavingsproblematiek, mensenhandel, seksueel geweld of LGBTI. Wanneer personen naar een LOI verhuizen, kan dit bijgevolg leiden tot een onderbreking van zorgtrajecten door externe organisaties die in collectieve centra opgestart werden. Anderzijds vallen LOI's onder een andere financiële regeling dan de collectieve opvangcentra, wat een impact kan hebben op de externe partners die ingeschakeld worden. LOI's krijgen van Fedasil een forfaitaire bijdrage per opvangplaats, volgens de bezettingsgraad en het type bewoner. Hoewel Fedasil het kader bepaalt waarbinnen de LOI's moeten opereren, is het de OCMW-raad die finaal beslist hoe het forfaitair bedrag wordt besteed. Dit heeft bijvoorbeeld een impact op de frequentie waarmee betaalde tolkdiensten en intercultureel bemiddelaars ingeschakeld worden. LOI's trachten bewoners zo snel als mogelijk in te schrijven bij een mutualiteit. In afwachting is het de Programmatorische Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie en niet Fedasil die de medische kosten regelt voor LOI's. Sommige begeleiding, zoals psychologische behandeling, wordt hierdoor bijvoorbeeld niet terugbetaald.

“DAT IS NATUURLIJK OOK EEN GELDKWESTIE. WE MOETEN AAN HET OCWM EN DE RAAD ALTIJD VRAGEN VAN ‘OK, KAN DAAR GELD IN GEÏNVESTEERD WORDEN?’. [...] DUS DAN MOETEN WE EEN VERSLAG MAKEN EN HOPEN DAT DE RAAD VAN BESTUUR ONS DAAR EIGENLIJK IN VOLGT. EN ER DAN VANUIT DE PRIVÉFONDSEN GELD AAN BESTEDEN.”

“SOLENTA, DIE DOEN FANTASTISCH WERK. MAAR JA, WE KRIJGEN DAAR GEEN GELD VOOR, DUS JA 50 EURO PER SESSIE TE BETALEN DOOR DE CLIËNT ZELF, JA, ALS JE 65 EURO PER WEEK HEBT VOOR ETEN. DAN HEB IK ZOIETS VAN JA, WAAROM STEEK IK MIJN TIJD ERIN OM DAAR NAARTOE TE GAAN.”

Sommige externe organisaties, waaronder Caritas International en Convivial of de Centra voor Algemeen Welzijnswerk, ondersteunen LOI's bij de specifieke uitdaging van de zoektocht naar huisvesting. De toegang tot het aanbod van dergelijke organisaties is echter sterk regionaal verschillend. Vanuit het oogpunt van deze externe

organisaties, is het een belangrijk probleem dat noch Fedasil, noch de LOI's een financiële vergoeding betalen voor deze externe dienstverlening in verband met het zoeken naar huisvesting.

“DE LOI'S LEUNEN TE STERK OP ONS WAT BETREFT DE ZOEKTOCHT NAAR HUISVESTING. OP HET TERREIN ONTMOETEN WE VAAK VLUCHTELINGEN DIE OFWEL DAKLOOS ZIJN, OFWEL GEDWONGEN WERDEN OM ONGEZONDE WONINGEN TE HUREN, TE DUUR OF MET HUURCONTRACTEN VAN HEEL KORTE TERMIJN. TOEN DEZE MENSEN DE LOI VERLIETEN, ZE KUNNEN GEEN ENKEL BEROEP INDIENEN TEGEN DE LOI DIE HEN NIET GENOEG HEEFT BEGELEID IN DE ZOEKTOCHT NAAR HUISVESTING, OF HEN IN TEGENDEEL TOT SLECHTE KEUZES HEBBEN GELEID WANT VEEL TE WEINIG TIJD.”

We stelden vast dat LOI's vaak gebruik maken van vrijwilligers om tegemoet te komen aan de specifieke opvangnoden van bewoners. Dit kan zeer uiteenlopende vormen aannemen, gaande van buddy's die helpen bij de zoektocht naar woningen tot praktische hulp om personen met een beperkte mobiliteit te helpen bij verplaatsingen.

“WIJ ZIJN ONS DAAR VOOR EEN STUK OP BEGINNEN INSTELLEN, OMDAT WE ZOVEEL MEDISCHE DOSSIERS KREGEN, DAT WE ECHT VRIJWILLIGERS DAARROND HEBBEN OPGEBOUWD EN MINDER MOBIELE CENTRALES INSCHAKELEN OM MET DIE MENSEN TE RIJDEN. JA, DAT IS EEN ANDERE MANIER VAN WERKEN.”

Wat ten slotte de mogelijkheid van transfers betreft, werd vastgesteld dat LOI's er slechts zelden gebruik van maken. Hoewel de mogelijkheid van een transfer blijft, lijken terreinmedewerkers na de toewijzing aan een LOI zelden stappen te ondernemen om een meer aangepaste plaats te zoeken. Het wordt tijdens de korte opvangtermijn als onwerkbaar en onwenselijk beschouwd om personen te transfereren aangezien hierdoor de continuïteit van de zorg zou verstoord worden. .

Specifieke opvangpartners

In het eerste deel van dit rapport werd reeds ingegaan op de afbouw van de individuele opvangcapaciteit bij NGO's en hun heroriëntatie naar specifieke doelgroepen. Momenteel zijn er in het kader van de opvang drie conventies afgesloten met NGO's voor specifieke doelgroepen⁷². Net omwille van hun gespecialiseerde karakter is er veel verscheidenheid in het zorgaanbod. Het gaat om (1) Ciré dat in samenwerking met partnerorganisaties 82 medische plaatsen beheert (met extra plaats voor 111 begeleidende familieleden), (2) de opvang van 25 kwetsbare vrouwen (en 53 begeleidende kinderen) in 'Les Logis de Louvranges' beheerd door Caritas International en (3) de opvang van 80 kwetsbare personen (en 42 begeleidende gezinsleden) in het kader van het project 'Transitie kwetsbaren' van Caritas International. De toewijzing aan Ciré en Louvranges gebeurt tijdens de behandeling van het VIB, terwijl

⁷² Fedasil sloot in 2015 met de vluchtelingenkoepels Ciré en Vluchtelingenwerk Vlaanderen voor het eerst een specifieke conventie af voor 124 plaatsen voor de opvang van kwetsbare personen met een specifieke medische en/of psychische problematiek. Er bestond toen reeds een samenwerking rond de opvang van 22 kwetsbare vrouwen in Les Logis de Louvranges, beheerd door Caritas International. In 2016 en begin 2017 werden de conventies met Ciré, Vluchtelingenwerk en Caritas International verdergezet. In juli 2017 stapte Vluchtelingenwerk Vlaanderen, dat daarvoor een specifieke opvangcapaciteit van 92 plaatsen had, uit de opvang. Dit werd gedeeltelijk gecompenseerd door de verhoging van de specifieke opvangcapaciteit van Ciré, die aangroeide van 35 specifieke medische plaatsen begin 2017 tot de huidige capaciteit van 82 plaatsen. De opvangcapaciteit van Ciré werd onder meer verhoogd doordat Caritas International haar individuele opvangplaatsen die voordien onder Vluchtelingenwerk Vlaanderen vielen, overhevelde naar de Franstalige koepel. Het totaal aantal specifieke plaatsen, verdeeld over Ciré, Vluchtelingenwerk Vlaanderen, en Caritas International, is hierdoor echter afgenomen van 146 plaatsen in 2015 naar 107 plaatsen in 2017 en 2018. Parallel aan deze daling werd er echter tevens een nieuw soort opvangcapaciteit bij Caritas International gecreëerd in het kader van de transitie van kwetsbare personen. Als we deze kwetsbare transitieplaatsen mee in rekening brengen, is er sprake van een verhoging van het aantal specifieke plaatsen.

voor het transitieproject van Caritas International begunstigen met een verblijfsstatuut in aanmerking komen. Sowieso wordt in elk van de conventies een aangepaste transitietermijn gehanteerd, waarbij er een standaardtermijn van drie maanden wordt toegestaan, éénmaal verlengbaar met drie maanden.

Personen kunnen geselecteerd worden voor deze specifieke opvangplaatsen omwille van verschillende redenen. Dit kan ten eerste om medische redenen gaan, zoals personen met een verminderde autonomie die incontinent zijn, nood hebben aan externe paramedische zorg of de nabijheid van een ziekenhuis vereisen. Het kan ten tweede ook om personen met psychologische of psychiatrische problemen gaan, zoals mensen met een persoonlijkheidsstoornis of een zware vorm van autisme. In geval van een combinatie van meerdere medische of psychische factoren wordt er gesproken over zwaar hulpbehoevende personen, oftewel personen die nood hebben aan 'high care'. Ten derde zijn er ook sociale motieven die een reden kunnen vormen om personen naar specifieke opvangpartners toe te wijzen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld over slachtoffers van verkrachtingen, een problematische ouder-kindrelatie, een grote familie of analfabetisme. Onderstaande tabel biedt een overzicht van het aanbod aan specifieke plaatsen bij niet-gouvernementele opvangpartners.

Naam	Doelpubliek	Toewijzing	Financieel	Capaciteit	Transitie
Ciré SESO, Caritas International, Aide aux Personnes Déplacées, Centre Social Protestant	Medische/ Psychologische problematiek High Care	Tijdens procedure	Verhoogd tarief (69,14€) Verhoogd tarief (81,86€)	72 (+ 111) 10	3 maand + 3 maand
Caritas International Louvranges	Medische/ Psychologische/ Sociale problematiek	Tijdens procedure	Verhoogd tarief (81,86€)	25 (+ 53)	3 maand + 3 maand
Caritas International Transitie kwetsbaren	Medische/ Psychologische/ Sociale problematiek High Care	Na bekomen beschermingsstatuut	Verhoogd tarief (69,14€) Verhoogd tarief (81,86€)	70 (+ 42) 10	3 maand + 3 maand

In principe gebeurt de identificatie van kwetsbaarheid en specifieke noden voorafgaandelijk aan de toewijzing aan deze specifieke partners. Daarom kwamen NGO's niet aan bod bij de eerdere bespreking van het identificatieproces. Omdat NGO's niet primair betrokken zijn bij de identificatie, hebben ze in principe weinig controle over de timing van toewijzingen, wat soms tot spanningen kan leiden. NGO's hebben het gevoel dat ze soms te laat ingeschakeld worden in het zorgtraject. Er zijn amper directe toewijzingen aan NGO's en vooraleer een transfer naar een NGO wordt overwogen, moeten er doorgaans al heel wat stappen ondernomen zijn door het collectieve opvangcentrum om de plaats en begeleiding aan te passen. Volgens NGO's zou de kwaliteit van de begeleiding voor sommige dossiers verhoogd kunnen worden als ze van meet af aan betrokken zouden zijn. Om toch enigszins invloed te hebben op het identificatieproces zijn enkele specifieke procedures uitgewerkt. Het kan gaan om bijzondere voorwaarden voor doorverwijzing, actieve betrokkenheid bij de selectie of een combinatie van beide.

Voor een toewijzing aan één van de plaatsen bij de partnerorganisaties van Ciré neemt de medische cel van Regio Noord of Zuid contact op met Ciré. Een eigen medisch referent van Ciré evalueert vervolgens opnieuw de toewijzing, neemt contact op met het oorspronkelijke centrum en wijst de betrokkene intern, binnen het eigen netwerk, toe. Er is aldus geen directe toewijzing mogelijk door Fedasil. Ciré heeft echter niet de bevoegdheid om aanvragen te weigeren, tenzij er praktische obstakels zijn, zoals een mismatch op basis van de gezinssamenstelling. De Regio's kunnen bij hun medische transfer de persoon ook opgeven als 'high care', waardoor ze een extra verhoogd tarief bekomen en opgevangen moeten worden in de daarvoor voorziene plaatsen bij SESO. Dit vereist de goedkeuring, omwille van het verhoogde tarief, van zowel de medische cel van de Regio als van de regiodirecteur.

Voor de toewijzing aan 'Les Logis de Louvranges' werden tussen Caritas International en Fedasil specifieke profielen vastgelegd. Het centrum vangt ten eerste alleen meerderjarige vrouwen op, eventueel met kinderen. Daarbij kan het gaan over vrouwen met een medische of psychische problematiek die uitgedrukt kan worden aan de hand van labels binnen Match-IT. Eigen aan de afbakening van de doelgroep is het in overweging nemen van bijzondere sociale criteria, zoals mensenhandel of verwaarlozing. Er bestaat geen vaste checklist waarmee bij een transferaanvraag dergelijke unieke situaties kunnen aangeduid worden. Binnen de Regio's beslist de medische dienst in samenspraak met de regiodirecteur of een persoon in aanmerking komt. Caritas International heeft in principe geen bevoegdheid om een toewijzing te weigeren, maar er kan wel voorafgaandelijk overleg zijn tussen Dispatching of de Regio's en de NGO om de haalbaarheid en wenselijkheid van een toewijzing af te toetsen.

Voor het Transitie-project van Caritas International werd een aparte criteriumlijst gecreëerd, die opgenomen werd in het transferdocument bijlage B. Deze criteriumlijst staat los van de *labeling* binnen Match-IT. Medewerkers van de opvangcentra vullen de checklist kwetsbaarheid in, waarna Regio Noord en Zuid evalueren of iemand daadwerkelijk in aanmerking komt. Vervolgens bekijkt Caritas International intern aan welke concrete opvangplaats een persoon zal toegewezen worden. Indien de Regio's oordelen, op basis van een overleg tussen de medische cel en de regiodirecteur, dat een persoon tot de high care categorie behoort, zal Caritas International steeds een persoonlijke ontmoeting organiseren tussen de persoon en de eventuele toekomstige begeleiders. De ontmoeting vindt plaats in de opvangstructuur waar de persoon op dat moment verblijft, wat toelaat om direct te observeren hoe de opvangplaats en begeleiding aangepast moeten worden. De *labeling* in Match-IT wordt door Caritas International namelijk als onvoldoende specifiek beschouwd voor high care situaties. De ontmoeting is dan ook een soort van tweede identificatie die moet evalueren of iemand geholpen kan worden door een overplaatsing naar een high care plaats. In principe kan de ontmoeting leiden tot de afwijzing van het transferverzoek, zowel omdat de

persoon zelf verkiest om in de originele opvangplaats te blijven, of omdat Caritas International haar opvang onvoldoende aangepast vindt.

Terwijl collectieve centra enkele specifieke doelgroepenplaatsen hebben en LOI's een deel van de begeleiding aanpassen aan kwetsbare personen, bestaat het doelpubliek van deze NGO's uitsluitend uit kwetsbare personen met specifieke noden. Ze ondervinden dat het specifieke profiel van hun bewoners een zware werklast met zich meebrengt. Men komt bijvoorbeeld vaker dan voorheen in contact met palliatieve zorgverlening of overlijdens van bewoners. Bovendien lijkt iedereen erg geïndividualiseerde zorg te vereisen.

Wat de algemene voorzieningen van de opvangplaatsen bij NGO's betreft, gaat het steeds om opvang in individuele plaatsen. Bewoners beschikken over hun eigen private slaapkamer, maar soms dienen ze wel gemeenschappelijke leefruimtes te delen. Omwille van schaalvoordelen is er vaak clustering. Hoewel de plaatsen individueel zijn, is er toch variatie in de mate van autonomie die van de bewoners vereist wordt. Wat dagelijkse noden betreft (waaronder maaltijdbereiding), kan dit variëren van volstrekte zelfstandigheid tot volstrekte afhankelijkheid van externe ambulante zorg. Hierdoor kan tegemoet gekomen worden aan een divers kwetsbaar publiek. De opvang in individuele woningen creëert volgens betrokkenen een klimaat dat voor veel kwetsbare personen meer aangepast is. Voor personen met een medische problematiek is de infrastructuur aangepast in termen van een eigen badkamer, toegankelijkheid, Het wonen in een individuele woning zou het algemene welzijn van een bewoner ook verhogen, waardoor een ziekte bijvoorbeeld meer draaglijk wordt. Voor personen met een psychologische problematiek is een individuele plaats vaak meer aangepast omdat het collectieve regime van opvangcentra door spanningen in een centrum, strikte regelgeving of geluidsoverlast crisissen kan uitlokken.

Om tegemoet te komen aan de noden van het diverse doelpubliek zijn verschillende aanpassingen mogelijk. Sommige bewoners hebben nood aan een aangepaste plaats, anderen aan aangepaste begeleiding en sommigen vereisen beide. Op het niveau van aangepaste plaatsen worden bijvoorbeeld woningen voorzien met eigen sanitair, verhoogde toegankelijkheid voor rolstoelen, gelegen in de buurt van medische instellingen en met de mogelijkheid tot collectieve ontmoetingsmomenten. Zo bestaat Les Logis de Louvranges bijvoorbeeld uit een complex in een landelijke omgeving waar bewoners elk een eigen studio hebben. Deze locatie biedt rust en anonimiteit aan kwetsbare alleenstaande vrouwen en moeders. De transitieplaatsen van Caritas International bevinden zich dan weer in een stedelijke omgeving. De bedoeling hiervan is om de kans op het vinden van een eigen woning in dezelfde gemeente te verhogen en om gebruik te kunnen maken van voorzieningen die meer geconcentreerd zijn in steden (zoals thuiszorg of ziekenhuizen). Het relatief beperkte aanbod aan specifieke plaatsen maakt het echter moeilijk om voldoende diversiteit te genereren (bijvoorbeeld in termen van locatie, gezinsgrootte), waardoor een toewijzing soms omwille van praktische redenen misloopt.

Op het niveau van specifieke begeleiding gaat het bijvoorbeeld over regelmatige of permanente aanwezigheid van medisch personeel, groepstherapie of de beschikbaarheid van een crèche voor jonge kinderen. Deze gespecialiseerde zorgverstrekking vereist meer financiële middelen. Er worden twee niveaus (69,14€ of 81,86€) gehanteerd die afhankelijk zijn van de vereiste graad van permanente zorg (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een conciërge of verplegend personeel tijdens de kantooruren). In vele gevallen is er een medische component aan de kwetsbaarheid van een persoon. Het relatief kleinschalige en individuele karakter van de opvang bij NGO's maakt het echter moeilijk om een volwaardige gecentraliseerde medische dienst te hebben. Sommige NGO's opteren ervoor om een zogenaamd 'integrale' begeleiding op te zetten, waarbij alle begeleiders op de hoogte zijn van zowel medische als sociale aspecten. In complexe situaties wordt het door praktijkmedewerkers van NGO's als artificieel ervaren om

een strikt onderscheid te maken tussen verschillende problemen. Hieraan koppelt men dan bijvoorbeeld een eengemaakt persoonsdossier dat door iedereen raadpleegbaar is en multidisciplinaire overlegmomenten.

Hoewel de begeleiding van de persoon met een specifieke problematiek centraal staat in de toewijzing aan een specifieke plaats, hameren de bevraagde NGO's er toch op dat ook de begeleiding van eventuele vergezellende familieleden niet over het hoofd gezien wordt. Momenteel krijgt men voor extra familieleden echter een beperkt opvangbudget van 21,20€, wat weinig is om voldoende personeelsmiddelen vrij te maken. De begeleiding van een kwetsbaar familielid vereist vaak veel mantelzorg, waardoor mantelzorgers ook kwetsbaar kunnen worden en aangepaste begeleiding nodig hebben.

Na het bekomen van een verblijfsstatuut vereist het doelpubliek vaak een extra intensieve begeleiding bij de zoektocht naar huisvesting. De algemene moeilijkheden die personen met een verblijfsstatuut ervaren om woningen te vinden (zoals een gebrek aan kennis van de huizenmarkt, taalbarrière, discriminatie), worden bij deze kwetsbare personen vaak nog extra versterkt. Dit vraagt dat er bijvoorbeeld meer meegezocht wordt naar woningen of dat woonbezoeken onder begeleiding plaatsvinden. Voor personen in een high care plaats ligt de situatie doorgaans nog moeilijker. Hun kansen op de reguliere huisvestingsmarkt zouden dusdanig beperkt zijn, dat personeel eerder moet uitkijken naar gespecialiseerde opvang in bijvoorbeeld psychiatrische instellingen, begeleid en beschut wonen, of rust- en verzorgingstehuizen. Het is een grote uitdaging om binnen de relatief korte transitietermijn een uitstroommogelijkheid te vinden gezien de algemene schaarste van dit soort plaatsen. Het personeel dient dan ook erg goed op de hoogte te zijn van de sociale kaart en aanvraagprocedures.

Ondanks alle aanpassingen, wordt door NGO's aangegeven dat ook zij niet in alle opzichten tegemoet kunnen komen aan specifieke noden. Er is bijvoorbeeld ondersteuning vereist van ziekenhuizen, ontwenningcentra, vrouwenorganisaties en dergelijke meer. Ter illustratie kunnen we verwijzen naar de high care plaatsen van Caritas International, waar men er binnen de budgettaire ruimte niet in slaagt om een 24-uurs permanentie ter plaatse te garanderen. In samenwerking met de mutualiteit werd een persoonsalarmsysteem geïnstalleerd dat aangewend kan worden in noodsituaties. Dit voorbeeld illustreert dat er omwille van de specifieke aard van het doelpubliek makkelijker structurele en duurzame samenwerkingsverbanden met externe organisaties gecreëerd kunnen worden. De samenwerking beperkt zich dan niet tot ad-hoc, case-gebaseerde éénmalige contacten, maar wordt verankerd in formele overeenkomsten of heeft een recurrent karakter.

Na toewijzing aan een gespecialiseerde opvangpartner worden zelden transfers aanvraagd. De mogelijkheid bestaat om personen, bij wie bedreigende factoren wegvallen of die voldoende versterkt zijn, terug naar een reguliere plaats te verhuizen. Hierdoor kan verzadiging van het beperkte aantal gespecialiseerde plaatsen tegengegaan worden. De ernst van de problematiek laat dit echter zelden toe en bovendien vrezen terreinmedewerkers bij NGO's dat een verhuisbeweging een fragiel evenwicht zal verstoren. Ook als in een gezin de persoon met een specifieke problematiek komt te overlijden, zou in principe de rest van het gezin terug naar een generieke plaats moeten verhuizen. NGO's proberen dit steeds te vermijden omdat het verlies de andere familieleden vaak kwetsbaar maakt en een transfer bedreigend kan zijn.

NGO's lijken de negatieve effecten van (te veel) transfers te willen beklemtonen. Des te vroeger zij de integrale begeleiding kunnen opzetten, des te minder risico op informatieverlies en des te minder aanpassingsmoeilijkheden

verzoekers zullen ondervinden. Vandaar dat men ook positief staat tegenover de praktijk waarbij de transitieperiode doorlopen wordt in de gespecialiseerde opvangplaats. De afstemming van de plaats is dusdanig op maat dat het namelijk weinig zinvol lijkt om bewoners na het verkrijgen van een beschermingsstatuut naar een LOI over te plaatsen. Het transitieproject, dat plaats biedt aan personen met een beschermingsstatuut, krijgt in dit licht laat in het opvangtraject een instroom van kwetsbare personen. Hoewel men het goed vindt dat er alsnog in de laatste fase van het traject voor specifieke opvang gezorgd kan worden, heerst er ook de algemene indruk dat een vroegere toewijzing soms beter geweest zou zijn.

Doorverwijzing: specifieke aanvulling

Opvangpartners blijken regelmatig een beroep te doen op externe actoren, zowel bij de identificatie van kwetsbaarheden en specifieke noden als bij de zorg. Gezien de beperkte transferopties lijken opvangpartners prioriteit te geven aan doorverwijzing. Het scala aan externe actoren blijkt zeer ruim te zijn. Tijdens deze studie werden verschillende clusters onderscheiden naargelang hun expertise, zoals medische zorg (huisartsen, apothekers, pediaters, tandartsen, kinesitherapeuten, osteopaten, revalidatiecentra, gynaecologen, abortusklinieken), geestelijke gezondheidszorg (centra geestelijke gezondheid, psychologen, (pedo-)psychiaters, psychotherapeuten, relaxatietherapeuten, drughulpverlening), gender en seksualiteit (seksuologen, praatgroepen voor vrouwen, LGBTI-organisaties), (gendergerelateerd) geweld (begeleiding van slachtoffers mensenhandel, foltering, NGO's voor slachtoffers van vrouwelijke genitale verminking, intra-familiaal geweld, of kindhuwelijken), opvoeding en onderwijs (praatgroepen voor ouders, Kind & Gezin, kinderopvang, pleegzorg, opvoedingslijn), algemeen welzijn (rust- en verzorgingstehuizen, centra algemeen welzijnswerk, jongerenadviescentra, thuiszorg), tewerkstelling (diensten voor arbeidsbemiddeling), huisvesting (sociaal verhuurkantoor, woondiensten) en integratie en taal (tolkendiensten en intercultureel bemiddelaars, vrijwilligerswerk). Deze clustering is echter niet strikt. Een organisatie kan namelijk meerdere expertises hebben. De grote diversiteit aan externe dienstverlening versterkt de begeleiding die door de opvangstructuren aangeboden wordt. Het doelpubliek kan erg uiteenlopen. Er zijn organisaties die zich uitsluitend richten tot verzoekers om internationale bescherming, sommigen hebben een ruimere focus op personen met een migratieherkomst of kwetsbare personen, maar er zijn tevens organisaties die een algemeen doelpubliek helpen. Er zijn externe organisaties die voor hun dienstverlening een financiële vergoeding ontvangen. Externe organisaties kunnen echter ook middelen ontvangen vanuit andere beleidsdomeinen, fondsen (zoals het Koning Boudewijnfonds) of op eigen middelen functioneren.

De bevroegde terreinmedewerkers van opvangcentra geven aan dat ze vaak tegen heel wat drempels aanbotsten in de reguliere hulpverlening. Externe organisaties zijn bijvoorbeeld niet steeds op de hoogte van de specifieke juridische situatie van verzoekers, er bestaat een taal- of cultuurskloof of het ontbreekt aan ervaring met de bijzondere situaties van verzoekers (zoals oorlogstrauma's, foltering). Bovendien zouden sommige reguliere instanties weigeren om de begeleiding van verzoekers op te starten omdat hun verblijfsrecht nog tijdelijk is en misschien niet zal volstaan voor de duur van de begeleiding.

“DAN ZEGGEN ZE ONS ‘JA, DE PROCEDURES ZIJN ZO LANG DUS JA, DAAR KUNNEN WE EIGENLIJK NIET VEEL VOOR DOEN’. IK HAD ZOIETS VAN KOMAAN, DIE KINDEREN ZIJN HIER GEBOREN. DOE IETS! DIE GAAN HIER BLIJVEN. MAAR NIKS. ECHT FRUSTREREND.”

Omwille van deze structurele drempels naar de reguliere hulpverlening, tracht Fedasil om externe hulpverlening voor haar doelpubliek te versterken. Er zijn in principe twee financieringsmogelijkheden: projectfinanciering of financiering op basis van individuele diensten. Via de nationale financiering van externe organisaties probeert Fedasil tegemoet te komen aan diensten die niet of moeilijk binnen het opvangnetwerk aangeboden kunnen worden. Jaarlijks lanceert het Agentschap hiervoor een projectoproep. De noden van kwetsbare personen behoorden reeds voor 2014 tot één van de prioriteiten. Het gaat om een consistente focus waarbij het thema elkaar jaar opnieuw op de prioriteitenlijst geplaatst wordt. Enkele organisaties kregen vroeger projectfinanciering, wat een tijdelijke zekerheid geeft, maar verloren dit ten gunste van financiering op basis van individuele betalingsverbintenissen (requisitorium) voor dienstverlening. Momenteel wordt projectfinanciering voorbehouden voor zogenaamde vernieuwende initiatieven. Sommige van de bevroegde organisaties betreuren deze wijziging. Ze geven aan dat dit kan resulteren in lange wachttijden, restricties op het doelpubliek van bepaalde projecten en discontinuïteit in aanbod en kwaliteit.

“VANDAAG WERKEN WE ENKEL NOG OP BASIS VAN REQUISITORIA EN DAT IS SPIJTIG. DE LINKEN MET DE HOOFDZETEL VAN FEDASIL WERDEN HIERDOOR FLINK BEPERKT.”

“OPERATIONEEL OBSTAKEL: DOORDAT WIJ GEEN STRUCTURELE MIDDELEN KRIJGEN VAN DE FEDERALE OVERHEID OM MET DEZE THEMATIEK BEZIG TE ZIJN, ZIJN WIJ COMPLEET AFHANKELIJK VAN PROJECTSUBSIDIES. DIT MAAKT DAT WIJ EEN BEPERKTE SLAGKRACHT HEBBEN EN SOMS MAAR TIJDELIJK BEPAALDE ACTIVITEITEN KUNNEN ONDERNEMEN. DAT MAAKT DAT WIJ OOK NIET ALTIJD KUNNEN VOLDOEN AAN DE VERWACHTINGEN VAN DE OPVANGSTRUCTUREN.”

Opvangstructuren maken niet allemaal gebruik van dezelfde externe organisaties. Er is ook geen homogene spreiding van organisaties over het Belgische grondgebied waardoor er tussen regio's belangrijke discrepanties in de beschikbaarheid van externe hulpverlening bestaan. Het is onmogelijk om in dit rapport voldoende recht te doen aan alle expertisedomeinen. We gaan iets dieper in op de specifieke clusters van (1) medische begeleiding, (2) psychische noden, en (3) gender, seksualiteit en (gendergerelateerd) geweld, die het meest vertegenwoordigd waren in de enquête-bevraging. Ook binnen deze drie expertisedomeinen zijn er belangrijke verschillen in benadering en focus te onderscheiden.

Op het vlak van medische begeleiding is een doorverwijzing naar een (gespecialiseerde) arts of medische zorgverstreker vaak aangewezen. Opvangstructuren beschikken niet over een uitgebreid medisch personeelskader. De medische diensten in collectieve opvangcentra zorgen bijvoorbeeld wel voor een eerste diagnose en eventuele opvolging, maar kunnen geen volwaardige medische dienstverlening aanbieden. Vaak is er dan ook een samenwerking met ambulante medische diensten, zoals het Wit-Gele Kruis, Kind & Gezin of Familiezorg, die taken van de medische dienst aanvullen, overnemen of die ingezet worden op momenten dat de centrumarts of het verpleegkundig personeel afwezig zijn (zoals tijdens weekends of 's avonds). Omwille van de hoge frequentie van de samenwerking, beschikken deze organisaties soms zelfs over een eigen bureau of lokaal in het opvangcentrum.

“DAT IS NOMENCLATUUR, ONDER RISICO'S DIE WORDEN GEFACITUREERD, ZOALS BIJ IEDEREEN DIE IN EEN ZIEKENFONDS STAAT INGESCHREVEN. WE DOEN OOK IN HET WEEKEND ZO SPIJTJES DIE BIJ IEDEREEN MOETEN GEBEUREN, ZATERDAG EN ZONDAG, EN DAN IS DAT GEWOON, ZOALS BIJ IEDEREEN DAT DIE

FACTUUR AAN HET CENTRUM KOMT. DUS ZIJN ER NOG SITUATIES WAARIN HET WIT-GELE KRUIS AAN HET CENTRUM KOMT? WONDVERZORGING, INFUSEN, DIE GEBRUIKEN WE NIET ZO VEEL. WONDZORGEN WEL, MAAR INFUSEN IETS MINDER. WE PROBEREN DAT IEDEREEN AAN TE LEREN VOOR HET WEEKEND TE KUNNEN OVERBRUGGEN, ZODAT ALS JE EEN WONDJE HEBT, EEN PLAKKER KAN IEDEREEN. DAAR HEB JE NIET ECHT VERPLEEGKUNDIGE ZORG VOOR NODIG. MAAR ALS HET NODIG IS, DAN IS HET TE REGELEN.”

Van de bevraagde organisaties zijn er weinig medische organisaties die zich specifiek tot verzoekers richten. Wat wel voorkomt, zijn initiatieven die binnen de gezondheidszorg specifiek werk maken van interculturele bemiddeling. Vanuit de FOD Volksgezondheid wordt bijvoorbeeld taalbijstand en bemiddeling door intercultureel bemiddelaars aangeboden. Daarnaast kan Fedasil in zeer uitzonderlijke situaties besluiten om een individuele conventie af te sluiten met externe instellingen, zoals centra voor palliatieve begeleiding, woonzorgcentra of instellingen voor doven. Het gaat daarbij om zeer zwaar hulpbehoevende personen die nergens in het opvangnetwerk terecht kunnen. Conform de Opvangwet wordt de sociale opvolging van deze personen verdergezet door een collectief opvangcentrum, ondanks het feit dat de persoon elders verblijft.

Wat psychische noden betreft, beschikken opvangstructuren uitzonderlijk over een eigen psycholoog of psychologische permanentie. Verzoekers kunnen zich wenden tot het reguliere aanbod van individuele psychologen en psychiaters of centra voor geestelijke gezondheidszorg. Omwille van heel wat drempels voor het doelpubliek, is er doorheen de jaren binnen de geestelijke gezondheidszorg een specialisering ontstaan voor de doelgroep van verzoekers. Externe actoren verwachten dat de identificatie van psychologische noden in de opvangstructuren gebeurt, maar dat de eigenlijke diagnose en zeker de hulpverlening door expertenorganisaties dient te gebeuren. Volgens sommige externe hulpverlenende instanties duurt het soms te lang alvorens personen effectief doorverwezen worden.

“DE NADRIJK IN DE OPVANGSTRUCTUREN MOET LIGGEN OP DE VEERKRACHT EN DE STABILISATIE VAN DE MENSEN, WAT TOELAAT OM DIE MENSEN TE DETECTEREN DIE TEVEEL PSYCHOLOGISCHE SCHADE HEBBEN EN EEN GESPECIALISEERDE HULP NODIG HEBBEN.”

“WE ZIEN EEN GROTE VARIËTEIT AAN AANMELDINGSSNELHEID. DEZE HANGT SAMEN MET VELE FACTOREN ZOWEL MET BETREKKING TOT HET BETROKKEN PROFESSIONEEL NETWERK, BIJVOORBEELD PERSONEELSWISSELS, ALERTHEID VOOR TRAUMASYMPTOMEN, ALS MET BETREKKING TOT HET CLIËNTSYSTEEM ZELF, BIJVOORBEELD STIGMA TEN AANZIEN VAN PSYCHISCH LIJDEN, AANWEZIGHEID VAN EEN PERSOONLIJK NETWERK. SOMS GEBEURT DE TOELEIDING NAAR PSYCHISCHE HULP VRIJ SNEL, SOMS VRAAGT DIE TOELEIDING VERSCHILLENDE JAREN EN/OF GERAKEN MENSEN UITEINDELIJK NIET TOEGELEID NAAR DE ONDERSTEUNING DIE WENSELIJK ZOU ZIJN.”

Van de bevraagde terreinmedewerkers in collectieve opvangcentra vinden sommigen daarom dat elke bewoner uit voorzorg een psychologische ondersteuning zou moeten krijgen. De procedure waarbij eerst geïdentificeerd wordt of er psychische problemen zijn en er vervolgens geval per geval gezocht wordt naar een behandeling, zou nodeloos traag zijn en zou ervoor zorgen dat er tijd verloren gaat. Hierdoor zouden problemen soms een zwaardere vorm aannemen die voorkomen had kunnen worden als er eerder ingegrepen werd.

“IK VIND DAT BIJNA IEDEREEN NOOD ZOU HEBBEN AAN EEN PSYCHOLOGISCHE OPVOLGING [...]. WE MOETEN ER MAANDEN OP WACHTEN EN DE JONGERE HEEFT GEEN GEDULD, ONMIDDELIJK KOMEN ALLE GEDRAGINGEN BOVEN, ZOALS AUTOMUTILATIE, AGRESSIE-AANVALLEN, VERSLAVING OOK, ALCOHOLGEBRUIK EN CANNABIS BIJ DE JONGEREN EN DE BEGELEIDING, SPIJTIG GENOEG, BLIJFT EEN BEETJE BEPERKT, HET BLIJFT EEN BEETJE OPPERVLAKKIG [...].”

Het landschap van de geestelijke gezondheidszorg is heel divers. Er zijn zowel gespecialiseerde psychologische als psychiatrische zorgverstrekkers, hoewel hun onderscheid niet absoluut is. Onderstaande tabel geeft een niet-exhaustief overzicht van de organisaties die tijdens de studie aan bod kwamen, naargelang het aanbod ambulant of residentieel is. Bij de psychologische zorgverstrekkers is het merendeel van de begeleiding ambulant. Dit gaat zowel om consultaties, waarbij de verzoeker naar de zorgverlener moet komen, als om mobiele teams, die ter plaatse komen in de opvangstructuur. Er bestaan vooral specialisaties in pathologie (zoals trauma of drughulpverlening) en doelgroep (kinderen of volwassenen). Solentra (Solidariteit en Trauma) en ‘Praxis P- Team Transculturele Traumazorg aan vluchtelingen’ zijn bijvoorbeeld beide gespecialiseerd in traumabegeleiding bij kinderen en jongeren, terwijl ‘Service de Santé Mentale Clinique de L’Exil’ en ‘Service de Santé Mentale Tabane’ bijvoorbeeld psychotrauma behandelen bij volwassenen. ‘Service de Santé Mentale Ulysse’ en ‘Initiative spécifique santé en exil’ richten zich dan weer op algemene psychologische begeleiding, maar doen voor verslavingsproblematiek bijvoorbeeld beroep op gespecialiseerde organisaties, zoals ‘L’autre sens’.

Aanbod	Psychologisch	Psychiatrisch
Ambulant aanbod	Solentra Praxis P SSM Clinique de l’Exil SSM Ulysse SSM Tabane L’autre sens Initiative spécifique santé en exil Carda	Centre Neuro Psychiatrique Saint-Martin
Tijdelijk residentieel aanbod	Carda	Centre Neuro Psychiatrique Saint-Martin Psychiatrisch ziekenhuis Sint-Alexius

Wat het residentieel aanbod betreft, is Carda momenteel uniek. Het centrum ontstond in 2006 binnen het opvangnetwerk van Croix-Rouge om een antwoord te bieden op situaties waarbij ambulante psychologische begeleiding voor bepaalde personen onvoldoende bleek. Carda werd opgericht om dergelijke personen tijdelijk elders op te vangen en een intensieve begeleiding op te starten met het oog op een uiteindelijke terugkeer naar het opvangcentrum. Het doelpubliek wordt omschreven als personen die in een ‘grijze zone’ zitten. Ze passen namelijk niet in een collectief opvangcentrum omwille van hun geestelijke gezondheidstoestand, maar ze hoeven tevens niet gehospitaliseerd te worden. Het gaat om personen met onder meer posttraumatische klachten, depressie, schizofrenie of ex-psychiatrische personen in transitie naar een gewoon centrum. Het centrum heeft een capaciteit van 40 plaatsen, die sinds 2014 voor het hele opvangnetwerk beschikbaar zijn. De aanmeldingsprocedure verloopt niet via een transferaanvraag en wordt rechtstreeks tussen de opvangstructuur en Carda geregeld. Opvangstructuren dienen een afzonderlijke aanvraag in, waarna een psycholoog van Carda ter plaatse komt voor een diepgaand intakegesprek. Alleen als de begunstigde instemt, kan na een plaatsbezoek overgegaan worden tot een opname van maximaal drie maanden. Elke twee weken keert de persoon voor één weekend terug naar de originele opvangplaats om het contact te behouden en de uiteindelijke terugkeer op termijn mogelijk te maken. Sociale begeleiding, in het bijzonder met betrekking tot het VIB, blijft de verantwoordelijkheid van het originele centrum. Carda focust zich

daarentegen op individuele therapeutische begeleiding. Minstens één keer per week heeft iedereen een getolkt gesprek met een eigen psycholoog. In samenspraak met een opvoeder wordt daarnaast een geïndividualiseerd aanbod van educatieve ateliers samengesteld. Dit kan bijvoorbeeld gaan over een atelier over de omgang met het lichaam om opnieuw een positief zelfbeeld op te bouwen voor personen die het slachtoffer zijn van seksueel geweld of ateliers voor zelfexpressie of relaxatieoefeningen. De begeleiding vertrekt vanuit de systemische traditie, maar tracht te vermijden om psychologische uitdagingen tot interculturele aanpassingen te herleiden door oog te hebben voor de specifieke uitdagingen van de verzoeksprocedure voor internationale bescherming, in het bijzonder de onzekerheid en de lange opvangtermijn in collectieve voorzieningen. De bevroegde maatschappelijk werkers van opvangstructuren zijn in het algemeen positief over het bestaan van Carda. Niettemin werden er tevens praktische problemen in de samenwerking aangeduid. Ten eerste werd het door Nederlandstalige sociaal werkers als een probleem ervaren dat Carda voornamelijk Franstalig is. Het tijdelijk karakter van de opvang werd als een tweede praktisch probleem ervaren. Zo zou het moeilijk zijn voor maatschappelijk werkers van het opvangcentrum waaraan personen initieel werden toegewezen om de voortgang van de individuele situatie te monitoren.

“DAT IS ZO EEN OPVANGCENTRUM VAN HET CROIX-ROUGE EN DAT IS ECHT GEWOON VOOR MENSEN MET PSYCHOLOGISCHE PROBLEMEN, DIE HEBBEN DAAR EEN KAMERTJE ALLEEN, VEEL PRIVACY, DAAR ZIJN PSYCHOLOGEN DIE DAAR RONDLOPEN, DAT ZIJN VERPLEEGKUNDIGEN DIE DAAR RONDLOPEN, EIGENLIJK IS DAAR HEEL VEEL RUST. MAAR DAAR IS ZO VEEL MISCOMMUNICATIE EN DAT IS ZO'N GEREDEL OM MENSEN DAAR TE KRIJGEN DAT NA DE EERSTE AFSpraak WE ER VAAK MEE STOPPEN OMDAT WE ZOIETS HEBBEN VAN 'HET GERAAKT WEER NIET GEREDEL'. EN DAT IS HEEL JAMMER, WANT EENS DAT DIE MENSEN DAAR ZITTEN WERKT DAT ECHT WEL.”

“OM DE TWEE WEKEN KOMEN DIE DAN EEN WEEKEND NAAR HUIS. EN DAN VAAK OP VRIJDAG BLEEF IK IETS LANGER ZODAT IK HEM NOG NET KON ZIEN OM ZEKER TE ZIJN DAT ALLES OKÉ IS. MAAR DAN HOOR JE WEL VAN CARDA HOE DE PERIODE GEGAAN IS. OF HIJ HEEFT HET MOEILIK, OF HIJ WOU NIET TERUGKOMEN, OF HIJ HEEFT NOG ALTIJD SLAAPPROBLEMEN OF WAANBEELDEN. DAN KAN JE WEL VRAGEN AAN DE MENSEN DIE DE WEEKENDS WERKEN OF ZE AF EN TOE EENS BIJ HEM GAAN KIJKEN. MAAR DIE NAMEN GROTENDEELS PROCEDURE OVER. DAT GING NIET ANDERS, WANT DIE ZATEN DAAR DOORHEEN DE WEEK. WANT DAT IS SOMS WEL MOEILIK, WANT JIJ MOET HET WEL INGEVEN IN RESIDENT. UITEINDELIJK LIGT DE EINDVERANTWOORDELIJKHEID OVER DE BEWONER BIJ ONS.”

“ZE BLIJVEN DAAR TWEE WEKEN EN DAN KOMEN ZE NAAR HUIS. TIJDENS HET WEEKEND. WAT ABSURD IS, WANT TIJDENS HET WEEKEND WERKEN ER VIER MENSEN IN HEEL HET CENTRUM. EN DE MENSEN DIE TERUGKOMEN HEBBEN DAN VAAK EEN ERGE PSYCHOLOGISCHE PROBLEMATIEK.”

Begunstigden van de opvang kunnen ook nood hebben aan psychiatrische begeleiding. Terwijl een beperkt aantal consultaties met een psycholoog terugbetaald worden, is dit niet noodzakelijk het geval voor psychiaters. Vandaar dat er soms geen andere oplossing bestaat dan bewoners met psychiatrische problemen gedwongen te laten opnemen.

“WIJ KUNNEN ENKEL ZORGEN VOOR EEN PSYCHIATER ALS WE IEMAND GEDWONGEN LATEN OPNEMEN. DIT MOET NATUURLIJK ZOVEEL MOGELIJK VERMEIDEN WORDEN. EEN PSYCHIATER REGELEN OP VRIJWILLIGE BASIS IS ONMOGELIJK. DE MENSEN HEBBEN GEEN MIDDELEN OM DIT ZELF TE BETALEN EN DIT IS NIET GRATIS VOOR

MENSEN DIE HIER WONEN. MENSEN MET ACUTE PSYCHIATRISCHE PROBLEMEN WAARVAN HET GEWETEN IS IN HET CENTRUM GERAKEN DUS NIET TOT AAN HUN RECHT. DIT IS VOLLEDIG INACCEPTABEL. ER KAN ENKEL EEN PSYCHOLOOG AANGESTELD WORDEN WAARMEE ZE 2 KEER IN DE MAAND KUNNEN PRATEN EN ZELFS DIT AANBOD IS BEPERKT. VEEL MENSEN HEBBEN VEEL MEER ZORG NODIG DAN DIT. DIT IS OOK ZORG DIE HET CENTRUM NIET KAN BIJEN. WIJ HEBBEN GEEN TIJD OM ONS DE HELFT VAN DE DAG BEZIG TE HOUDEN MET IEMAND DIE PSYCHOTISCH IS OF ZELFMOORDNEIGINGEN HEEFT EN DERGELIJKE. OP HET VLAK VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDZORG HEBBEN DE MENSEN DUS WEL RECHTEN, MAAR ZE GERAKEN NIET TOT AAN HUN RECHT.”

“OM DE ZOVEEL MAANDEN MOETEN WE IEMAND COLLOQUEREN. EN DAN IS HET WEL FIJN DAT WE EEN GOEDE SAMENWERKING HEBBEN MET HET PSYCHIATRISCH CENTRUM. DAT IS OOK ALLEMAAL IN OVERLEG GEBEURD MET DE MEDISCHE DIENST, SOCIALE DIENST, IEMAND VAN HET PSYCHIATRISCH CENTRUM. WIE ZORGT VOOR HET ZAKGELD, WIE ZORGT VOOR PROPERE KLEREN, DAT IS ALLEMAAL OP CONTRACT EN ZO.”

Consultaties zijn dan ook een minder courante praktijk en de nadruk ligt sterker op mobiele teams of residentiële opname. Het ‘Centre Neuro Psychiatrique Saint-Martin’ beschikt over een gespecialiseerde ‘Equipe de liaison et d’accompagnement des demandeurs d’asile et des réfugiés’. Zij komen ter plaatse en beschikken ook over een beperkte residentiële opvangcapaciteit. Aan Vlaamse zijde biedt het ‘Psychiatrisch ziekenhuis Sint-Alexius’ een analoge residentiële opvang aan.

In het domein van gender, seksualiteit en (gendergerelateerd) geweld, bestaat er een gamma aan zeer gespecialiseerde organisaties die zich op specifieke thema’s toelagen. Onderstaande tabel geeft een niet-exhaustief overzicht van de organisaties die tijdens de studie aan bod kwamen⁷³.

Expertise	Organisaties
Genitale verminking	GAMS Intact CeMaVie
Mensenhandel	Pag-asa Sürya Payoke
LGBTI	Rainbowhouse Cavaria Sensoa
Foltering	Constats
Gendergerelateerd geweld	WomanDo

In geval van vragen en ondersteuning voor vrouwelijke genitale verminking worden bijvoorbeeld de gespecialiseerde organisaties GAMS (sociale begeleiding), Intact (juridische bijstand) of CeMaVie (medische begeleiding) ingezet. Als men vermoedt dat iemand een slachtoffer van mensenhandel is, kan doorverwezen worden

⁷³ Andere organisaties die niet bevestigd werden voor dit onderzoek met een expertise inzake genitale verminking zijn het Multidisciplinair Centrum Genitale Mutilatie Vrouwenkliniek UZ Gent en het ‘Centre de Planning familial FPS de Liège’; inzake mensenhandel: Minor-Ndako en Espéranto; inzake LGBTI: Arc-en-ciel Wallonie, Merhaba vzw, Why Me, Transgender Infopunt, Genres Pluriels; inzake gendergerelateerd geweld: Family Justice Centra, Vertrouwenscentra kindermishandeling, Le Monde selon les femmes, Centre de Prévention des Violences Conjugales et Familiales asbl, La voix des femmes asbl, Garance asbl, SOS Viol, Centre de prise en charge des victimes de violences sexuelles / Zorgcentra na Seksueel Geweld.

naar drie gespecialiseerde organisaties, namelijk Pag-Asa, Sürya of Payoke. Bij gendergerelateerd geweld biedt een organisatie zoals WomanDo psychologische begeleiding aan. Voor de erkenning als slachtoffer van foltering zorgt de organisatie Constans voor attestering. LGBTI kunnen doorverwezen worden naar organisaties zoals Rainbowhouse in Brussel. Op tweedelijnsniveau zijn Sensoa en Cavia ook met deze doelgroep bezig. Voor LGBTI bestaat aangepaste zorg onder andere uit het creëren van ‘safe places’ waar personen in alle vrijheid over hun seksuele identiteit kunnen spreken en waar informatie uitgewisseld kan worden over seksuele gezondheid.

“IN 2016 EN 2017 ORGANISEERDEN WIJ SPECIEKE SOCIALE ACTIVITEITEN VOOR LGBT ASIELZOEKERS. DIE ACTIVITEITEN WAREN IN DE EERSTE PLAATS BEDOELD OM ‘SAFE SPACES’ TE CREËREN VOOR DEZE GROEP, OM ANDERE MENSEN TE LEREN KENNEN EN OM IN DIE ‘SAFE SPACES’ BEPAALDE VRAGEN TE KUNNEN STELLEN EN ONDERSTEUNING TE KRIJGEN.”

“VOOR HOMOSEKSUELE PERSONEN, VAAK VERWIJZEN WE ZE DOOR NAAR RAINBOW HIER IN BRUSSEL, OMDAT ER NIET VEEL ORGANISATIES VOOR HOMOSEKSUELEN ZIJN. JUUST OM HEN TOE TE LATEN OM EEN VRIENDENKRING TE HEBBEN, OF, TENMINSTE EEN NETWERK VAN MENSEN BEGAAN MET HOMOSEKSUALITEIT. HET LAAT HEN TENMINSTE OOK TOE OM HET CENTRUM TE VERLATEN.”

De inschakeling van deze organisaties blijkt niet altijd even evident te zijn. Er zijn allerhande uitdagingen, bijvoorbeeld wat betreft de kennis van het bestaande aanbod en de spreiding over het grondgebied. Zo bestaat er geen volledige sociale kaart van gespecialiseerde en reguliere organisaties voor de doelgroep, waardoor men per individuele hulpnood op zoek moet gaan naar eventuele partners. Naast de grotere en bekendere organisaties is er ook een wisselend aanbod van organisaties dat vaak afhankelijk is van de goedkeuring van specifieke projecten. Kleine vzw's zijn soms ook een kort leven beschoren. Er bestaan grote geografische verschillen, met hoge concentraties externe partners rondom steden, maar minder aanbod op afgelegen plekken.

“DAT STAAT OOK NIET OP EEN KAART. NEE, EN DAT MIS IK SOMS WEL, EIGENLIJK. JA HET IS VEEL RONDBELLEN EN UITEINDELIJK KOM JE WEL TERECHT MAAR HET IS HEEL VAAK VIA-VIA. ALS JE WEET DAT EEN ANDERE SOCIAAL ASSISTENT AL EENS MET EEN BEPAALD PROBLEEM MET EEN BEWONER TE MAKEN HEEFT GEHAD, DAN KAN JE NAAR DIE BELLEN. MAAR SOMS MIS IK HET OM EENS ECHT DE SOCIALE KAART VOOR MIJ TE HEBBEN EN EENS TE KIJKEN VAN KIJK OKÉ, WAAR KAN JE NU HET BESTE NAARTOE? OOK OMDAT EEN OVERLEG MET ALLE BETROKKEN PARTIJEN VEREIST IS, MAAR DAT IS IN DE PRAKTIJK NIET MOGELIJK. HET IS ZELDEN DAT WIJ ECHT KUNNEN SAMENZITTEN MET DE MEDISCHE DIENST, DE BEGELEIDER, DE SOCIAAL ASSISTENT EN MET DE VOOGD OM TE KIJKEN WAT WE NU SAMEN GAAN DOEN. HET IS VAAK ÉÉN OF TWEE PERSONEN DIE HET AAN HET UITSPITTEN ZIJN EN INFO VRAGEN OVERAL. MAAR DAT VIND IK WEL VAAK EEN GEMIS.”

“IK DENK OOK DAT DIE LOKALE INITIATIEVEN, KLEINE INITIATIEVEN, DAT DIE OOK KOMEN EN GAAN. ZO VAN JA, HUP, WE GAAN DAT DOEN. EN TWEE JAAR LATER GAAT HUN HULP UIT NAAR IETS ANDERS. OF ER TREDEN VERANDERINGEN OP, ER KOMEN ANDERE MENSEN EN DAN [...]”

Vanuit het perspectief van ambulante partners is het omgekeerd vaak moeilijk om de juiste aanspreekpunten te vinden. Externe organisaties geven aan dat het werken met SPOC's binnen opvangstructuren hierbij een meerwaarde kan betekenen.

“HET WERKEN MET REFERENTIEPERSONEN BINNEN DE OPVANGSTRUCTUREN IS VOOR ONS EEN GOEDE PRAKTIJK. HET STELDE ONS IN STAAT OM CONTACTEN TE ONDERHOUDEN MET SPECIFIEKE MEDEWERKERS EN HEN TE INFORMEREN EN TE VORMEN. DEZE MEDEWERKERS HIELPEN ANDERZIJD DE TOELEIDING VAN ONZE DOELGROEP NAAR DE LGBT- GEMEENSCHAP TE VERGEMAKKELIJKEN. DAAR ZIJN ECHTER ENKELE RANDVOORWAARDEN BIJ. HET SELECTEREN EN AANDUIDEN VAN REFERENTIEPERSONEN MOET AANGESTUURD WORDEN VANUIT DE OPVANGSTRUCTUREN ZELF, OP EEN GECOÖRDINEERDE MANIER. DEZE PERSONEN MOETEN VERVOLGENS DE NODIGE RUIMTE KRIJGEN OM ZICH TE VERDIEPEN IN DE SPECIFIEKE MATERIE BIJVOORBEELD VIA E-LEARNING EN DE NODIGE MANDATEN OM HUN TAKEN UIT TE VOEREN BIJVOORBEELD HUN COLLEGA'S SENSIBILISEREN. HET IS OOK VAN BELANG DAT ER OPVOLGERS GEZOCHT WORDEN WANNEER ER SPRAKE IS VAN PERSONEELSVEROORDELING.”

Volgens de bevroegde terreinmedewerkers van de collectieve opvangstructuren is het vaak moeilijk om personen te overtuigen van het belang van doorverwijzing. Zeker bij gevoelige thema's, zoals vrouwelijke genitale verminking, kan het veel overredingskracht kosten om de instemming te verkrijgen vanwege de bewoners voor externe hulpverlening. Personen kunnen er de voorkeur aan geven bepaalde aspecten van hun verhaal voor zich te houden, waardoor doorverwijzing te laat of niet gebeurt.

“SOMS EEN LAATTIJDIGE IDENTIFICATIE WANNEER DE VERZOEKER ERVOOR Kiest OM DIT DEEL VAN ZIJN VERHAAL VERBORGEN TE HOUDEN, VAAK WANNEER SEKSUEEL GEWELD OF VRAAG VAN EEN FAMILIE WAARVAN 1 VAN DE LEDEN SLACHTOFFER IS GEWEEST VAN FOLTERING EN DIT NIET GEWETEN IS DOOR DE ANDERE FAMILIELEDEN. OOK LAATTIJDIGE IDENTIFICATIE ALS DE BEGUNSTIGDE NIET HEEFT KUNNEN GENIETEN VAN BIJ HET BEGIN VAN EEN BEGELEIDING DOOR PROFESSIONELEN DIE DE GEWOONTE HEBBEN OM SLACHTOFFERS VAN FOLTERING TE IDENTIFICEREN.”

Daarnaast is er niet altijd aan de randvoorwaarden voldaan om effectief te kunnen ingaan op het externe aanbod. Het kan bijvoorbeeld ontbreken aan kinderopvang voor alleenstaande ouders, waardoor zij niet op consultatie kunnen gaan of er zijn praktische en financiële beperkingen inzake verplaatsingen.

“DE HELFT VAN DE TIJD BEN JE INDERDAAD AFSPRAKEN AAN HET ANNULEREN EN VERZETTEN. EN ALLE DIENSTEN OP DE HOOGTE AAN HET BRENGEN. ZO HEB IK DRIE MAAND AAN EEN STUK DENK IK EEN AFSpraak PROBEREN TE MAKEN MET EEN ORGANISATIE ROND DRUGHULPVERLENING. IK BEN DAAR UITEINDELIJK MEE GESTOPT WANT IK HEB HET OPgegeVEN. IK WILDE DAAR ECHT NIET VIER MAAND MEE BEZIG ZIJN [...]. EN DAT ZIJN ZO VAN DIE STOMME SITUATIES WAARDOOR JE OP DE DUUR ZO GEFRUSTREERD RAAKT DAT JE ZEGT OKÉ, WE LATEN HET, WE LASSEN HET AF.”

“WAT ONTBREEKT ALS MENSEN NAAR GAMS GAAN, ALS MENSEN NAAR DE PSYCHOLOOG GAAN, ENZOVOORT, EN ALS HET MOEDERS ZIJN MET DRIE KINDEREN WAARVAN ER TWEE NIET NAAR SCHOOL

KUNNEN, DUS ZE ZITTEN VAST, DE ENE KEER IS HET DE BUURVROUW DIE OP HEN PAST EN DE VOLGENDE KEER ZEGGEN ZE HUN AFSpraak AF. ER IS NIETS. WIJ HADDEN GEPROBEERD OM KINDEROPVANG OP TE STARTEN VIA GEMEENSCHAPSWERK, MAAR AANGEZIEN ER EEN BUDGETBEPERKING IS, KUNNEN WE NIET MEER. DE KINDEROPVANG WAS GOED, JUIST OMDAT DE MOEDERS DIE MEDISCHE AFSPRAKEN HADDEN, DIE NAAR GAMS GINGEN, LIETEN OVERDAG HUN KINDEREN DAAR. WE BETAALDEN DAMES JUIST MET GEMEENSCHAPSWERK OM OP DE KINDEREN TE PASSEN, HEN BEZIG TE HOUDEN, OMDAT SOMS DE ANIMATIEDIENST ANDERE ACTIVITEITEN HADDEN. DUS WE HEBBEN MOETEN STOPPEN OMDAT HET NIET MOGELIJK WAS DOOR DE BUDGETTAIRE BEPERKINGEN.”

De uitdaging van het beroepsgeheim komt hier ook op een andere manier terug. Aangezien het externe organisaties betreft, stroomt niet alle informatie over bewoners automatisch door. Nochtans is de informatie over de bewoner net cruciaal voor de begeleiding binnen de opvangstructuur. Bij doorverwijzing naar professionele organisaties wordt er doorgaans met een gedeeld beroepsgeheim gewerkt. Bevroagde terreinmedewerkers van de opvangstructuren meldden echter ook slechte ervaringen over hoe de informatietransfer niet wederkerig zou zijn en externe actoren op hun beurt niet steeds zouden terugkoppelen naar de opvangcentra. Als vrijwilligers ingeschakeld worden, bijvoorbeeld om te tolken of als buddy's, liggen de grenzen van het beroepsgeheim moeilijker. In principe wordt er dan geen vertrouwelijke informatie gedeeld, maar dit wordt door vrijwilligers soms niet in dank afgenomen omdat het hun relatie met bewoners bemoeilijkt.

“JE KRIJGT NIET ALTIJD FEEDBACK VAN DE ORGANISATIES WAAR JE MENSEN NAARTOE STUURT.”

“WIJ ZITTEN DAAR VOORAL EIGENLIJK MEE IN DE KNOOP BIJ DE BUDDY'S. WIJ HEBBEN OOK EEN BUDDY-PROJECT, MEERDERE CENTRA WAARSCHIJNLIJK, DUS PETER EN METER-PROJECT, DAT IS MET EEN VZW DAT WIJ SAMENWERKEN. DUS ALS EEN JONGERE EEN BUDDY WENST, DAN KAN HIJ ZICH AANMELDEN, ER ZIJN OOK VRIJWILLIGERS DIE ZICH AANMELDEN EN DE VZW ZOEKT EIGENLIJK EEN MATCH TUSSEN DIE JONGENS. DUS EIGENLIJK HEBBEN WIJ DAAR BITTER WEINIG MEE TE MAKEN ALS BEGELEIDINGSTEAM, WE WETEN NATUURLIJK WEL WANNEER ZE AFSPREKEN EN ZO, DAT WEL. MAAR VERDER IS HET EIGENLIJK DE VZW DIE DIE ORGANISATIE OP ZICH NEEMT. MAAR HET GEBEURT WEL DAT DIE BUDDY'S ONS OPBELLEN OM ONS TE ZEGGEN DAT DE BEWONER BIJVOORBEELD IN EEN SLECHT HUMEUR WAS DE WEEK VOORDIEN. DAN WORDT HET VOOR ONS WEL MOEILIK. WANT ALLES WAT DIE JONGENS TEGEN HUN BUDDY'S VERTELLEN, DAT IS OKÉ. MAAR HET IS NIET AAN ONS OM HUN GESCHIEDENIS UIT DE DOEKEN TE DOEN. EN DAT IS VAAK MOEILIK, GEZIEN DIE MENSEN OOK NIET VEEL VAN HET SYSTEEM BEGRIJPEN. HET IS OOK EEN EXTERNE ORGANISATIE, OF EEN EXTERN CONTACT, WAT VOOR DIE JONGENS TOCH HEEL BELANGRIJK IS. MAAR WIJ WILLEN ONS EERDER EEN BEETJE AFZIJDIG HOUDEN. LANGS DE ANDERE KANT, ER ZIJN OOK AL PROBLEMEN VOORGEVALLLEN MET DIE GEZINNEN, OF MET DIE BUDDY'S. DUS DAN NODIGEN WIJ WEL DIE MENSEN EENS UIT OM EENS SAMEN ROND DE TAFEL TE KOMEN ZITTEN. DAN BEGIN JE NATUURLIJK WEL TE PRATEN EN DAN IS HET MOEILIK OM DE GRENS TE TREKKEN”

Conclusie

In deze derde sectie van het tweede hoofdstuk werd ingegaan op het vraagstuk hoe het opvangnetwerk aan de zorgbehoeften van kwetsbare personen tracht tegemoet te komen. Net zoals bij de twee vorige secties over definitie en identificatie maakten we daarbij een onderscheid tussen actoren die betrokken zijn bij het proces van toewijzing en diegenen die de eigenlijke opvang verlenen. Voor deze sectie voegden we er een derde type actoren aan toe,

namelijk zij die externe hulpverlening voorzien na doorverwijzing door het opvangnetwerk. De toewijzing vormt de centrale spil van de zorg omdat het bepaalt wie in welk type opvangstructuur terecht komt. Bij de toewijzing is het uitgangspunt om begunstigden van de opvang toe te wijzen aan een collectief opvangcentrum zolang hun procedure lopende is, zowel bij de eerste toewijzing als bij transfers. Bij de toewijzing kan rekening gehouden worden met de specifieke individuele labels van begunstigden. Een beperkt aantal van 90 plaatsen binnen de collectieve opvangcentra is voorbehouden voor doelgroepen met specifieke medische noden. Daarnaast passen collectieve centra hun begeleiding aan volgens hun doelpubliek. Bij noden waarvoor ze geen oplossing hebben, kan gezocht worden naar externe hulpverlening. Pas als er geen aangepaste opvang in een collectief centrum gevonden wordt, wordt een toewijzing aan individuele opvangstructuren overwogen. Eerst wordt de voorkeur gegeven aan opvangpartners zoals SOI Gent en NGO's omdat Fedasil sowieso voor hun plaatsen betaalt ook al zijn ze niet bezet, pas daarna komen ook LOI's in aanmerking. Wie tijdens de procedure aan deze partners wordt toegewezen, mag er na het bekomen van een verblijfsstatuut tevens de transitie doorlopen. Voor kwetsbare personen die tijdens de procedure in een collectief opvangcentrum verbleven, is er de mogelijkheid om naar het transitieproject van Caritas International te worden doorverwezen. We kunnen het zorgaanbod samenvatten als een continuüm van generieke naar specifieke zorg.



De pre-opvang bevindt zich aan het ene uiterste met een zeer beperkte begeleiding die voor iedereen identiek is. Het andere uiterste zijn de specifieke NGO-projecten die een individuele opvang op maat van de bewoner aanbieden. Tusschen bevinden zich de collectieve opvangcentra en de LOI's. Enerzijds bieden collectieve opvangcentra generieke voorzieningen aan, maar hebben ze toch ook enkele specifieke doelgroepenplaatsen en trachten ze de begeleiding zo veel als mogelijk intern aan te passen. Anderzijds bieden LOI's wel begeleiding op maat aan, maar hun begeleiding is minder afgestemd op kwetsbare profielen. Fedasil voorziet wel 100 persoonsgebonden budgetten die LOI's moeten toelaten om hun opvang aan te passen aan specifieke noden, waardoor ze naar rechts kunnen opschuiven op het continuüm. Er is een duidelijke relatie tussen het collectieve/individuele karakter van de opvang en de generieke/specifieke aard van de begeleiding. Voor individuele opvang is het organisatorisch makkelijker om specifieke aanpassingen door te voeren. Dit betekent echter niet dat individuele opvang ook per definitie aangepast is aan specifieke noden. Bovendien mag de belangrijke rol van externe hulpverlenende organisaties die opvangstructuren ondersteunen niet over het hoofd gezien worden. De tabel op de volgende pagina geeft een overzicht van de verschillen tussen de opvangstructuren en de rol van externe organisaties. Uit de studie blijkt dat terwijl de identificatie van kwetsbaarheid en opvangnoden in het algemeen goed verloopt, er meer uitdagingen zijn bij het verlenen van aangepaste zorg. De afgelopen jaren is er gewerkt aan een verbetering van het opvangaanbod en de hulpverlening. Initiatieven zoals de introductie van bepaalde SPOC's, de financiering van externe partners of het afsluiten van specifieke conventies voor plaatsen voor kwetsbare personen tonen aan dat er aandacht is voor de noden van begunstigden van de opvang. Niettemin blijven er obstakels, waaronder de nood aan opleiding van terreinmedewerkers voor specifieke kwetsbaarheden, de timing waarop kwetsbare personen naar aangepaste plaatsen overgeplaatst worden, het beperkte patrimonium van specifieke plaatsen (in termen van kwaliteit en kwantiteit) en verschillen in de transitietermijn voor kwetsbare personen.

	OPVANG					DOORVERWIJZING
	Pre-opvang	Collectieve Opvangcentra	Lokale Opvang-initiatieven	Specifieke opvangpartners		Externe partners
				Voor toekenning beschermings-statuu	Na toekenning beschermings-statuu	
Algemene zorg	Collectief Basisaanbod 'bed, bad, brood'	Collectief Universele standaard 'bed, bad, brood, begeleiding'	Individueel Zelfstandig begeleid wonen	(Semi)-individueel begeleid wonen (tijdelijk)	(Semi)-individueel begeleid wonen	/
Specifieke opvangplaats	/	Medische plaatsen Interne aangepaste plaatsen (rust, gender)	Generieke plaatsen Persoonsgebonden	Medische / psychische plaatsen High care plaatsen Kwetsbare vrouwen Maatschap. plaatsen	Medische / psychische plaatsen High care plaatsen Maatschap. plaatsen	Tijdelijk residentieel aanbod in psychologische of psychiatrische instellingen Individuele conventies met rust- en verzorgingstehuizen, ...
Specifieke begeleiding	/	Méér begeleiding Andere begeleiding	Gepersonaliseerde aanpak	Integrale zorg	Integrale zorg	Gespecialiseerde medische, sociale, psychologische, ... begeleiding
Externe partners	/	Medisch, psychologisch, tolken, sociaal, specifieke noden (ad-hoc)	Medisch, psychologisch, tolken, sociaal, specifieke noden, huisvesting (onder voorbehoud)	Medisch, psychologisch h tolken, sociaal, specifieke noden (structureel)	Medisch, psychologisch h tolken, sociaal, specifieke noden, huisvesting (structureel)	/
Transfer	/	Medische en beperkte sociale criteria Amper psychische redenen voor aangepaste plaats	Feitelijk geen transfers	Feitelijk geen transfers	Feitelijk geen transfers	/

3. Slotbeschouwing: tussen beheer en begeleiding

Sinds meer dan tien jaar vereist de Belgische Opvangwet dat tekenen van kwetsbaarheid expliciet onderzocht worden en dat de opvang aangepast wordt om elke verzoeker een leven te laten leiden dat voldoet aan de menselijke waardigheid. België was daarmee één van de eerste Europese landen die in haar wetgeving expliciet aandacht besteedde aan de specifieke opvangnoden van kwetsbare verzoekers. Het juridisch kader blijft echter tamelijk vaag over hoe deze aandacht voor kwetsbaarheid in de praktijk gebracht moet worden. Vandaar dat deze studie een overzicht wou bieden van hoe kwetsbaarheid door terreinwerkers gedefinieerd wordt, specifieke opvangnoden geïdentificeerd worden, en aangepaste zorg wordt aangeboden.

De opvang van kwetsbare personen bleef het afgelopen decennium geen dode letter. Geleidelijk kwam op het terrein een werkwijze tot stand om met de specifieke noden van kwetsbare personen om te gaan. De huidige werkwijze kan samengevat worden in vijf stappen.

STAP 1: Rudimentaire inschatting van kwetsbaarheid bij aanvang van het opvangtraject

Tijdens het proces van het indienen van een VIB gebeurt er onmiddellijk een inschatting van de kwetsbaarheid van een persoon door DVZ, de medische dienst van Dispatching en de dienst toewijzingen van Dispatching. Deze inschatting is rudimentair en focust zich vooral op de identificatie van twee (zichtbare) kwetsbare doelgroepen, personen met een medische problematiek (inclusief psychologische noden) en kwetsbare vrouwen/moeders, waar bij de toewijzing rekening gehouden mee wordt. Binnen het opvangnetwerk werd een onderscheid gemaakt tussen generieke plaatsen en plaatsen voor specifieke doelgroepen. Binnen het beheersprogramma Match-IT worden beide types plaatsen anders gelabeld. Personen met een doelgroepenlabel moeten in principe toegewezen worden aan een specifieke doelgroepenplaats.

STAP 2: Prioritaire toewijzing aan collectieve opvang

Bij de toewijzing aan een opvangplaats, ongeacht of een persoon tot een generieke of specifieke doelgroep behoort, wordt altijd prioriteit verleend aan een collectieve opvangstructuur. Als er onvoldoende specifieke opvangplaatsen zijn in de collectieve opvang, kan een toewijzing gebeuren aan een individuele opvangplaats. Bij de toewijzing aan individuele plaatsen wordt voorrang gegeven aan plaatsen die structureel voorzien zijn bij NGO's. Fedasil heeft specifieke conventies met hen voor een vast aantal specifieke individuele doelgroepenplaatsen. Slechts wanneer NGO's geen aangepaste plaats kunnen voorzien, kan een toewijzing gebeuren aan LOI's. Zij beschikken in principe over generieke individuele plaatsen, maar aan de hand van een persoonsgebonden tarief kunnen zij hun zorgverlening aanpassen.

STAP 3: Grondige permanente evaluatie van kwetsbaarheid gedurende het opvangtraject

Gedurende het verblijf in een opvangstructuur is er een permanente evaluatie van de kwetsbaarheid en specifieke opvangnoden van een persoon, met onder meer een vaste evaluatie na de eerste 30 dagen. Hierbij wordt een begrip van kwetsbaarheid gehanteerd dat uitgebreider is dan de twee specifieke doelgroepen. Maatschappelijk werkers, de medische dienst en andere actoren in een opvangstructuur hebben oog voor persoonsgebonden, sociale en context-gerelateerde bedreigende factoren, alsook voor beschermende factoren. Hierdoor komt een ruimer spectrum van kwetsbare personen aan het licht. Sommigen hiervan worden ook vermeld in de Opvangwet (zoals slachtoffers van vrouwelijke genitale verminking), terwijl anderen niet expliciet vermeld worden (zoals personen met analfabetisme of behorend tot een seksuele minderheidsgroep).

STAP 4: Aangepaste begeleiding en wijziging van opvangplaats als uitzonderingsmaatregel

Opvangstructuren worden geacht om in hun begeleiding tegemoet te komen aan allerhande kwetsbaarheden die ze identificeren. Dit kan ten eerste gebeuren door intern de begeleiding aan te passen, bijvoorbeeld via specialisering (inschakeling SPOC Vrouwelijke Genitale Verminking, SPOC Psychosociale noden, SPOC mensenhandel). Een tweede mogelijkheid is de inschakeling van externe hulpverlenende instanties, zowel ambulant als residentieel. Er bestaat ten derde uitzonderlijk ook de mogelijkheid om de opvangplaats van een persoon te wijzigen via een transfer aangepaste plaats. Deze optie wordt nauw bewaakt en er dient voorrang gegeven te worden aan de andere aanpassingen. Personen met een beperkt perspectief op het bekomen van een beschermingsstatuut (KB 2004, Dublin, veilig land) komen niet in aanmerking voor transfers aangepaste plaats. Er worden ook geen transfers toegestaan die als doel hebben om opvangschade te beperken bij personen die langer dan zes maanden in een collectieve opvangstructuur verblijven. Bij verhoogde bezettingsgraad kunnen transfers aangepaste plaats tijdelijk verminderd worden.

STAP 5: Individuele opvang bij transitie na het bekomen van een beschermingsstatuut met aangepaste termijn

Indien een persoon een verblijfsvergunning van meer dan drie maanden bekomt, wordt er in principe een transfer doorgevoerd naar een individuele opvangplaats als de persoon zich hier nog niet bevindt. Er is een specifieke procedure uitgewerkt om een extra doelgroepenlabel toe te kennen aan personen van wie verwacht wordt dat ze bijkomende hulp zullen nodig hebben bij de transitie. Bovenop deze categorie krijgen de medische doelgroep en de doelgroep van kwetsbare moeders een aangepaste transitietermijn van drie maanden, die eenmaal verlengbaar is met drie maanden (in plaats van 2 maanden, twee keer verlengbaar met één maand).

De uitvoering van deze werkwijze vereist de betrokkenheid van zeer verschillende diensten en organisaties. Als rode draad doorheen dit rapport maakten we een onderscheid tussen 'actoren die primair betrokken zijn bij de toewijzing aan een opvangplaats' en 'actoren wiens hoofdtaak erin bestaat effectief opvang te voorzien'. In de praktijk is er sprake van een interactie waarbij beide types actoren elkaar afwisselen. Een standaard opvangtraject bestaat namelijk uit een fase van registratie, pre-opvang, toewijzing, opvang, een eventuele nieuwe toewijzing in het kader van transitie en opnieuw opvang. Hoewel beide types actoren op elkaar aangewezen zijn, is er binnen de interactie wel sprake van een machtsonevenwicht in de zin dat actoren die een toewijzingsrol hebben uiteindelijk bepalen in welke opvangstructuur een persoon terecht zal komen. In deze studie werd vastgesteld dat actoren die effectief opvang verlenen het echter niet altijd eens zijn met de toewijzing. Hieronder belichten we het spanningsveld tussen de betrokken actoren bij zowel de definitie, identificatie, als de zorg.

DEFINITIE: BEGRENZING

Het afbakenen van wie kwetsbaar is en wie niet is een gevoelige materie. Er bestaat een spanningsveld tussen een maximale interpretatie van kwetsbaarheid, die erkent dat alle verzoekers op een basaal niveau kwetsbaar zijn, en een gereduceerde interpretatie, die kwetsbaarheid onder verzoekers beperkt tot zeer uitzonderlijke situaties. Actoren betrokken bij de toewijzing hanteren een beperkt begrip van kwetsbaarheid. Aan de hand van doelgroepencategorieën trachten ze binnen de complexe populatie van verzoekers om internationale bescherming orde aan te brengen. Het merendeel van de verzoekers wordt door Dispatching en de Regio's tot een generieke doelgroep gerekend, terwijl een kleine minderheid als specifieke doelgroep erkend wordt. Dit gaat om personen met een ernstige medische problematiek of kwetsbare moeders. Actoren die effectief opvang voorzien hanteren een uitgebreider begrip van kwetsbaarheid. In plaats van personen in te delen in beheersbare categorieën, wordt getracht om de complexiteit van de individuele situatie van een kwetsbare persoon zo goed als mogelijk te ontrafelen in beschermende en bedreigende factoren. Hierdoor worden heel wat personen zonder een specifiek kwetsbaar doelgroepenlabel toch als kwetsbaar erkend. Opvangactoren erkennen dat personen met fysieke medische noden (bijvoorbeeld beperkte mobiliteit, ziekte) of alleenstaande moeders kwetsbaar zijn, maar ze vullen het begrip ruimer in. Opvangactoren hameren ten eerste op de factor van geestelijke gezondheid (bijvoorbeeld depressie, trauma) die voor problematisch en onaangepast gedrag kan zorgen. Deze kwetsbaarheid komt enkel in aanmerking bij de toewijzing op voorwaarde van een diagnose door psychologen of psychiaters. Er is ten tweede ook discussie over de vraag wanneer bepaalde persoonsgebonden kenmerken in overweging genomen moeten worden (zoals jongvolwassenheid, het behoren tot een seksuele minderheidsgroep of analfabetisme). Bij de toewijzing worden deze factoren zelden in overweging genomen, terwijl ze volgens de opvangactoren toch een serieuze bedreiging vormen. Het meest onenigheid ontstaat over de omgevingsgebonden factoren, zoals de procedurele situatie van een verzoeker. Bij de toewijzing worden personen die weinig kans maken op een beschermingsstatuut bijvoorbeeld uitgesloten van aangepaste plaatsen, terwijl ze volgens actoren op het terrein als kwetsbaar beschouwd moeten worden.

IDENTIFICATIE: BEVOEGDHEID

Het tweede spanningsveld heeft betrekking op wie de bevoegdheid heeft om personen effectief als kwetsbaar te identificeren. In het opvangtraject wordt er momenteel in elke fase nagegaan of personen kwetsbaar zijn en specifieke opvangnoden vertonen, maar de uiteindelijke beslissingsbevoegdheid ligt bij actoren die betrokken zijn bij de toewijzing, terwijl zij over belangrijke beperkingen beschikken in hun identificatiepraktijken. Actoren betrokken bij de toewijzing schatten kwetsbaarheid heel vroeg in het opvangtraject in. Ze hebben doorgaans weinig tijd en moeten zich eenmalig baseren op geformaliseerde instrumenten (bijvoorbeeld checklists) en gestandaardiseerde procedures (bijvoorbeeld een routineonderzoek). Hoewel er bij de toewijzing vaak personeelsleden met een verschillende expertise betrokken zijn, in het bijzonder medische en sociale staf, ontbreekt het aan tijd voor een grondig MDO. Het is voor hen tevens onmogelijk om externe expertise in te winnen. Actoren die betrokken zijn bij de opvang hebben daarentegen meer tijd om een persoon te leren kennen. Voor hun permanente evaluatie maken ze gebruik van combinaties van formele en informele bronnen van informatie, die in de vorm van multidisciplinaire overlegmomenten gecombineerd kunnen worden, met eventuele externe adviezen. Vandaar dat opvangactoren zich beter geplaatst achten om te beslissen over wie kwetsbaar is en wie niet.

ZORG: BENADERING

Een derde spanningsveld heeft betrekking op de zorgbenadering. Toewijzingsactoren hanteren een strategie van matching waarbij wordt uitgegaan van het bestaande opvangaanbod en vervolgens gekeken wordt in hoeverre de specifieke noden van kwetsbare personen daarbinnen gepast kunnen worden. Zo is er bijvoorbeeld een vastgelegd

aantal specifieke plaatsen, die ongeacht de bezetting voorzien worden. De strategie van opvangactoren vertrekt omgekeerd van de specifieke noden van personen waarvoor een oplossing gezocht wordt. Het begeleidingsaanbod en de infrastructuur worden in principe gewijzigd in functie van de specifieke noden van een persoon. Zo wordt bijvoorbeeld op maat gezocht naar psychologische begeleiding, taallessen, extra handgrepen in de kamer, een ziekenhuisbed. Spanningen kunnen ten eerste ontstaan wanneer het opvangaanbod onvoldoende is om tegemoet te komen aan de specifieke noden van personen. Zo is er bijvoorbeeld een tekort aan opvangplaatsen voor personen met verminderde mobiliteit, wat leidt tot onaangepaste toewijzing naar de opvangstructuren. Spanningen komen ten tweede ook tot stand wanneer opvangstructuren over onvoldoende middelen en expertise beschikken om de opvang op maat aan te passen. Zo is er bijvoorbeeld een tekort aan tolkdiensten of psychologische begeleiding om de begeleiding voldoende te differentiëren. Als opvangstructuren in dat geval ook geen transfer kunnen aanvragen, heeft dit een negatieve impact op de opvangkwaliteit. Ten derde kunnen spanningen voorkomen doordat andere toewijzingsprincipes primeren op het aanpassen van de opvang aan kwetsbare personen. Zo wordt er bij de toewijzing uitgegaan van het principe dat ook kwetsbare personen eerst collectief moeten opgevangen worden, terwijl dit niet noodzakelijk de beste oplossing voor hen is. Tevens wordt er te weinig rekening gehouden met de specifieke noden van kwetsbare personen omdat ze minder kans maken op het bekomen van een beschermingsstatuut (zoals KB 2004, Dublin, veilig land).

Bovenstaande drie spanningsvelden illustreren een meer fundamentele tegenstelling die de omgang met kwetsbaarheid bepaalt. Actoren betrokken bij de toewijzing worden vooral sterk beïnvloed door wat we hier zouden willen omschrijven als een ‘beheersperspectief’ op kwetsbaarheid. Binnen een beheersperspectief wordt van kwetsbaarheid een logistieke uitdaging gemaakt. Via de indeling van de verzoekers in aparte doelgroepen probeert men controle over een complexe problematiek te verkrijgen. Dit laat snelle identificatie toe en maakt het mogelijk om op basis hiervan een zorgstrategie te anticiperen. Actoren die betrokken zijn bij de opvang worden daarentegen vooral sterk beïnvloed door wat we een ‘begeleidingsperspectief’ kunnen noemen. Binnen een begeleidingsperspectief wordt van kwetsbaarheid in de eerste plaats een menselijke uitdaging gemaakt. Hierbij wordt complexiteit eerder opgezocht dan gereduceerd. Dit vereist permanente multidisciplinaire evaluatie en vraagt een zorgstrategie op maat.

Het onderscheid tussen de twee types actoren mag niet overdreven worden. Er zijn wel degelijk manieren waarop actoren bij de toewijzing een begeleidingsperspectief trachten op te nemen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer Dispatching telefonisch contact opneemt met de opvangcentra om in detail een toewijzing te bespreken in plaats van zich louter te baseren op de *labeling* binnen Match-IT. Tezelfdertijd sjipt er bij opvangactoren soms ook een beheersperspectief binnen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer maatschappelijk werkers geen transferaanvragen meer willen indienen uit auto-censuur omdat ze weten dat de kans op inwilliging klein is. Ondanks deze nuance stellen we vast dat het in beide gevallen om afwijkend gedrag gaat dat zich verzet tegen een bepaalde dominante logica die gepaard gaat met de rol die de respectievelijke actoren spelen.

Er zijn in dit rapport verschillende situaties aan bod gekomen die erop wijzen dat het beheersperspectief in de huidige werkwijze prioriteit heeft over het begeleidingsperspectief. Enkele illustraties hiervan zijn: Dispatching die beslist waar een persoon zal opgevangen worden ook al voldoet de plaats niet aan het doelgroepenlabel, de hiërarchische controle op transferaanvragen inzake aangepaste plaats door de Regio’s terwijl bij disciplinaire transfers opvangstructuren zelf mogen beslissen, en de instelling van een moratorium op transfers aangepaste plaats ondanks onvoldoende mechanismen van opvangstructuren om de begeleiding en infrastructuur te differentiëren. Toch lijken actoren op het terrein niet te argumenteren dat het ene perspectief beter is dan het andere. Er is een grote erkentelijkheid bij beide partijen van de noodzakelijkheid en eigenheid van ieders rol, maar dit sluit niet uit

dat de interactie via bepaalde wijzigingen op het niveau van de definitie, identificatie en zorg kan gestroomlijnd worden.

Samengevat kunnen we stellen dat de afgelopen jaren de aandacht voor kwetsbaarheid en specifieke opvangnoden stelselmatig is toegenomen binnen het opvangnetwerk. Dit heeft geleid tot belangrijke logistieke keuzes, zoals de indeling en registratie van generieke en specifieke plaatsen, het afsluiten van conventies met partners die specialisering moeten toelaten, of de financiering van externe dienstverlenende organisaties. Ook op het terrein worden inspanningen geleverd, bijvoorbeeld door het vergaren en valoriseren van expertise inzake specifieke kwetsbaarheden (zoals vrouwelijke genitale verminking), de organisatie van psychosociale educatieve vormingen, of de aanpassingen van kamers aan de specifieke noden van verzoekers (zoals de inrichting van vrouwen vleugels of 'snoezelkamers'). Tezelfdertijd is er ook een realistisch besef onder terreinmedewerkers dat kwetsbaarheid een erg complexe problematiek vormt die niet eenvoudig noch perfect op te lossen valt, onder meer omdat de medewerking van verzoekers vaak essentieel is. Ondanks de grote stappen vooruit die het beleid inzake kwetsbaarheid gezet heeft, worden door terreinmedewerkers bepaalde institutionele ontwikkelingen ook als een bedreiging gezien. Ten eerste, ten gevolge van de verhoogde instroom van verzoekers in 2015-2016 werd het beleid inzake kwetsbaarheid gedeeltelijk *on hold* geplaatst. Zolang aan kwetsbaarheid geen absoluut karakter gegeven wordt, dat niet opzij geschoven kan worden, blijft het beleid gevoelig voor fluctuaties. Ten tweede heeft de invoering van een nieuw opvangmodel ook nieuwe kwetsbaarheden met zich meegebracht die nog onvoldoende erkend worden. De verhuis naar een nieuwe opvangplaats na het bekomen van een beschermingsstatuut brengt heel wat aanpassingsmoeilijkheden met zich mee die een bedreiging en risico inhouden voor de persoon. In tegenstelling tot het voornemen in de beleidsnota's van staatssecretaris Francken om individuele opvang voor kwetsbare personen voor te behouden, wordt daarnaast vastgesteld dat ook voor kwetsbare personen eerst getracht wordt om hen toe te wijzen aan collectieve centra. Hierbij wordt amper rekening gehouden met de specifieke noden van personen die weinig verblijfsperspectief hebben en zelden naar individuele opvang kunnen doorverhuizen. Bovendien stelt de fasering bij kwetsbare personen die erkend zijn bijkomende moeilijkheden inzake overdracht van de begeleiding. De doelstellingen van het nieuwe opvangmodel inzake integratie kunnen aldus op gespannen voet komen te staan met de doelstellingen inzake kwetsbaarheid.

