

De medische begeleiding van vluchtelingen

Wat is mogelijk tijdens de procedure en psychische problematiek?

Auteurs

- › **Annemarie Hoogewys** is medisch coördinator Fedasil Noord;
- › **Ilse Ramboer** is huisarts in het opvangcentrum Fedasil Broechem;
- › **Jessica Tilley** is huisarts WGC De Kaai en vrijwilliger Médecins du Monde op Lesbos.

Inleiding

Huisartsen krijgen regelmatig personen van vreemde origine in de praktijk die sinds kort in dit land verblijven in het kader van een verzoek om internationale bescherming. Hoe pakken huisartsen dat aan? Wat is precies hun statuut en op welke zorg kunnen zij een beroep doen? Welke ziektebeelden kunnen huisartsen verwachten en waarop kunnen ze het best letten?

Reza, 23 jaar, uit Afghanistan

Reza is zo'n man. Hij is 23 jaar, afkomstig uit Afghanistan en woont sinds twee jaar bij zijn neef in Gent. Hij is opgeleid als technicus maar haalde zijn eindexamen niet. Zijn moedertaal is Pashtoe, hij kan zich in het Engels en intussen ook in het Nederlands uitdrukken in beperkte dagelijkse conversaties. Hij vertelt dat hij zijn land ontvluchtte, nadat zijn broer werd vermoord en de Taliban hem ook met de dood bedreigde. Hij was vijf maanden onderweg in penibele omstandigheden, waaronder een riskante overtocht over de Middellandse Zee. Zijn procedure om erkend te worden als vluchteling loopt sinds anderhalf jaar.

Verzoek tot internationale bescherming

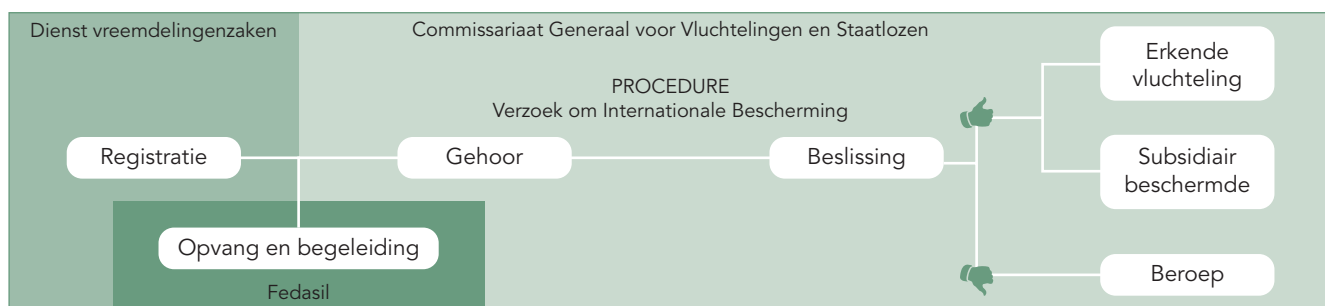
Indienen van een verzoek

Reza wacht op een antwoord om erkend te worden als vluchteling. Dit betekent dat hij, na aankomst in België, een verzoek om internationale bescherming (voorheen 'asielaanvraag') heeft ingediend bij de Dienst Vreemdelingenzaken.¹ Elke vreemdeling die in België aankomt, kan een verzoek om internationale bescherming indienen bij de Dienst Vreemdelingenzaken en wordt dan een 'verzoeker om internationale bescherming' (voorheen 'asielzoeker'). Het Commissariaat Generaal voor de Vluchtelingen en Staatlozen, kortweg CGVS, onderzoekt of de vreemdeling voldoet aan de criteria zoals beschreven in de Conventie van Genève van 1951 betreffende de status van vluchtelingen. Door deze Conventie te ondertekenen verplichtte België zich ertoe om vluchtelingen die zich op zijn grondgebied bevinden, te beschermen.

In de Conventie van Genève luidt de definitie van een vluchteling als volgt:

“Een persoon die uit gegronde vrees voor vervolging wegens zijn ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of zijn politieke overtuiging, zich bevindt buiten het land waarvan hij de nationaliteit bezit, en die de bescherming van dat land niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil inroepen, of die, indien hij geen nationaliteit bezit en verblijft buiten het land waar hij vroeger zijn gewone verblijfplaats had, daarheen niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil terugkeren.”

Figuur 1: Verloop van de asielprocedure (bron: Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen).



Onderzoek van de verklaringen

Tijdens een persoonlijk onderhoud met een medewerker van het CGVS (het 'gehoor') krijgt de verzoeker de kans om zijn verhaal te vertellen en de motieven voor zijn verzoek uit te leggen (figuur 1).

Vervolgens onderzoekt het CGVS of de verklaringen met de werkelijkheid overeenstemmen en of ze de verzoeker toelaten om het vluchtelingenstatuut of subsidiaire bescherming te verkrijgen. Sinds 2006 bestaat er, naast het vluchtelingenstatuut, immers het 'statuut inzake subsidiaire bescherming'. Dit statuut wordt toegekend aan verzoekers die niet aan de criteria voor het vluchtelingenstatuut voldoen, maar zich niettemin in zo'n situatie bevinden dat terugkeren naar hun land van herkomst een reëel en ernstig risico zou inhouden.

Het CGVS kan het vluchtelingenstatuut en de subsidiaire bescherming toekennen of weigeren. Tijdens de volledige duur van dit onderzoek krijgt de verzoeker een voorlopige verblijfsvergunning.

Toekenning of weigering van het statuut

Na de beslissing van het CGVS mag de verzoeker beroep aantekenen bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (RVV), als hij/zij hiermee niet akkoord gaat. Dit rechtscollege kan de beslissing van het CGVS bevestigen (de beslissing blijft ongewijzigd), hervormen (de beslissing wordt gewijzigd) of annuleren (het CGVS moet een nieuw onderzoek voeren). Zodra de RVV een eindbeslissing heeft genomen, wordt de procedure afgesloten.

Wanneer het verzoek definitief verworpen wordt, krijgt de uitgewezen verzoeker een 'bevel om het grondgebied te verlaten'.

Welke medische hulp is mogelijk?

Tijdens de procedure

In België hebben verzoekers geen recht op financiële steun, maar wel op materiële hulp en opvang. De opvang wordt georganiseerd in een open opvangstructuur, beheerd door Fedasil of een van zijn partners, bijvoorbeeld het Rode Kruis. Onder materiële hulp valt ook de medische begeleiding. De opvangwet (Wet van 12 Januari 2007, Art. 23) bepaalt dat *"de begunstigde van de opvang recht heeft op de medische begeleiding die noodzakelijk is om een leven te kunnen leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid."*

De ten laste name van de medische kosten varieert naargelang de verblijfplaats van de verzoekers. De medische kosten van asielverzoekers die in de hen toegewezen opvangstructuur verblijven, zijn voor rekening van Fedasil. Maar verzoekers kunnen ook op een privéadres verblijven (zij krijgen het label 'no show' in hun administratief dossier). Telkens hij/zij medische zorg nodig heeft, moet een 'Requisitorium' (bewijs van ten laste name) aangevraagd worden op de medische cel bij Fedasil.

Soms verblijven verzoekers tijdens de procedure in een individuele opvangplaats, de zogenaamde lokale opvang-

initiatieven (LOI) beheerd door het OCMW. In dat geval verloopt de onkostenregeling via het OCMW en het Medi-prima-systeem.

Na de procedure

Na een positieve beslissing (erkend als vluchteling of subsidiair beschermd) hebben zij dadelijk toegang tot de ziekteverzekering en kunnen zij zich aansluiten bij een mutualiteit. Mensen buiten de asielpcedure hebben recht op 'Dringende Medische Hulp' wanneer zij een negatieve beslissing kregen en illegaal in het land verblijven.

In *figuur 2* is terug te vinden hoe de ten laste name verloopt, afhankelijk van de status en de verblijfplaats van de verzoeker.

Procedure medische regularisatie

Helemaal los van deze procedure tot verzoek om internationale bescherming bestaat ook de procedure medische regularisatie, ook de procedure 9 ter genoemd (Artikel 9 ter van de Verblijfswet van 15 december 1980).

Deze is bedoeld voor vreemdelingen die een legale verblijfsstatus vragen in het kader van een medische behandeling. Het gaat over personen wiens medische toestand een reëel risico voor het leven of fysieke integriteit inhoudt, of een



Wat is bekend?

- › Iemand die een verzoek tot internationale bescherming indient, heeft tijdens zijn procedure toegang tot de eerste- en tweedelijnszorg.
- › De medische regularisatie of regularisatie 9 ter is een afzonderlijke procedure voor een verblijfsrecht in het kader van een levensnoodzakelijke medische behandeling.
- › Depressie, angstsymptomen en post-traumatisch stresssyndroom komen vaak voor bij verzoekers tot internationale bescherming en zijn niet altijd van elkaar te onderscheiden.

Wat is nieuw?

- › Voor een correcte diagnose van een posttraumatisch stresssyndroom kan de huisarts gebruikmaken van een beperkte vragenlijst, gebaseerd op de DSM V-criteria.
- › Een intercultureel bemiddelaar is onontbeerlijk bij de gespreksvoering en kan gratis worden ingeschakeld via het project Intercult.

reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst. Daarbij moeten de medische zorgen niet beschikbaar of niet toegankelijk zijn in het herkomstland. De opvangmodaliteiten en de medische begeleiding zijn in grote lijnen dezelfde als in de gewone procedure. Het medisch getuigschrift speelt een cruciale rol in de regulatie 9 ter. Meer informatie en de nodige documenten zijn terug te vinden op de website van het Agentschap Inburgering en Integratie.²

Psychische problematiek bij vluchtelingen

Vervolg: Reza

Reza komt nu voor de vierde keer op consultatie bij de huisarts, een vrouwelijke arts in een praktijk van drie artsen. Hij klaagt over moeheid, futloosheid, hoofdpijn, nausea, ... Deze keer vertelt hij dat hij de laatste tijd erg prikkelbaar is: hij vliegt uit tegen zijn neef en diens vrouw voor de kleinste dingen. Hij ligt vaak uren wakker vooraleer hij inslaapt. Als hij dan toch in slaap valt, krijgt hij akelige dromen die zich steeds afspelen in Afghanistan en waarin zijn broers en moeder voorkomen en bedreigd worden. Overdag piekert hij over de situatie van zijn familie in het thuisland. Hij heeft geen eetlust. Hij vraagt om een slaapmiddel. We horen in zijn voorgeschiedenis traumatische ervaringen thuis en onderweg. Een lange wachttijd in een onzekere en oncomfortabele situatie komt daarbovenop.

Wat is er aan de hand met hem? Heeft hij een depressie, een angststoornis, een PTSS of enkel een slaapstoornis? En wat betekent dit voor de behandeling bij de huisarts?

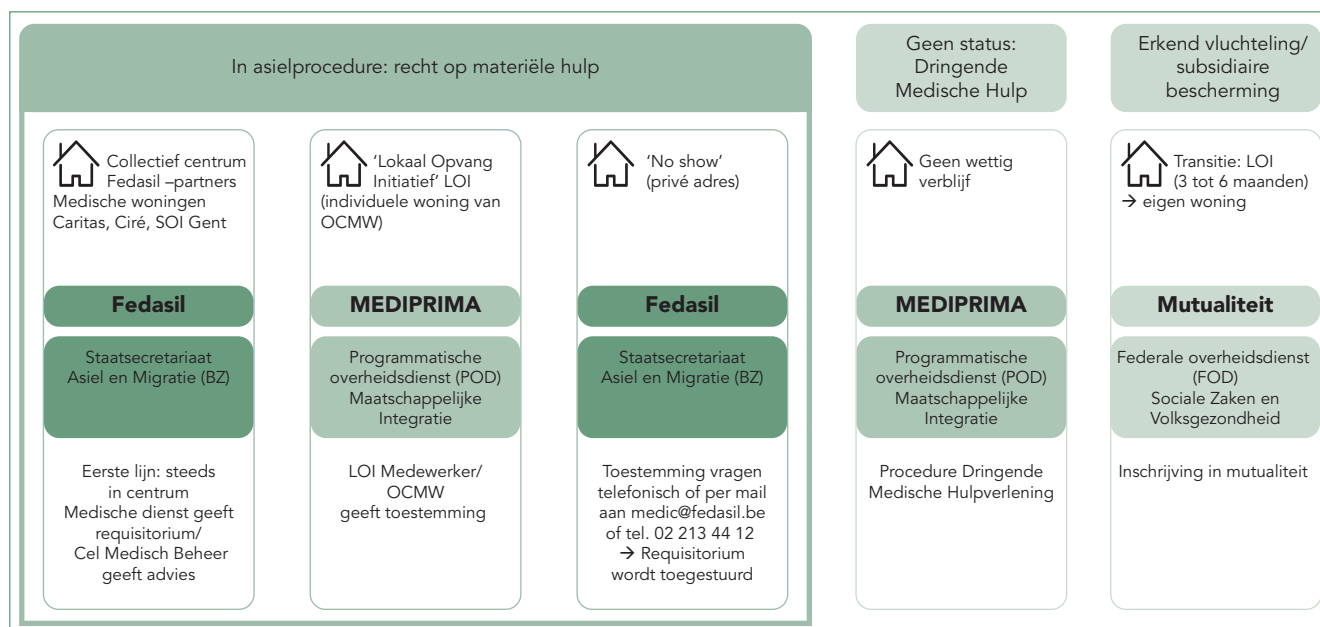
Voorkomen van psychische problematiek

Door de accumulatie van hun ervaringen in het verleden en in het gastland zijn verzoekers en vluchtelingen een kwetsbare groep wat hun algemene gezondheid betreft.³ Daarbij zijn psychische klachten meer regel dan uitzondering en leiden ze in sommige gevallen tot psychiatrische problematiek. Wereldwijd onderzoek heeft wisselende resultaten opgeleverd met betrekking tot de prevalentie van mentale gezondheidsproblemen van migranten in vergelijking met de bevolking in het gastland.⁴ Prevalenties van posttraumatische stress-stoornis (PTSS), depressie en angst variëren van enkele percentages tot meer dan 70%. Een systematische review vermeldt cijfers van 9% PTSS, 5% depressie, 2% psychotische stoornis en 4% gegeneraliseerde angststoornis.⁵ Een ander internationaal onderzoek toont dat ongeveer 40% van de vluchtelingen angstklachten, depressieve klachten of PTSS-klachten vermeldt.⁶ Verschillen in prevalentie zijn uiteraard gekoppeld aan de gehanteerde definitie van de aandoeningen, het gebruik van een bepaald diagnostisch instrument, het tijdstip in het vlucht- en asielverhaal, enzovoort.

Oorzaken zijn terug te voeren naar zowel pre-, peri- als postmigratiefactoren (figuur 3).

Ernstige psychische traumata in het land van herkomst en tijdens de vlucht staan op de voorgrond. Daarnaast spelen sociaal-maatschappelijke stressoren een rol, zoals de duur van de asielprocedure⁷ en de werksituatie⁸.

Figuur 2: Het verloop van de ten laste name van medische kosten, afhankelijk van de status en de verblijfplaats van de asielverzoeker.



Differentiaaldiagnose depressie, angst, PTSS

De diagnose en vooral de differentiaaldiagnose van depressie, angststoornis en in het bijzonder van PTSS bij asielzoekers is niet eenvoudig. Voor de diagnose van depressie verwijzen we naar de verschillende stappen in de algemene richtlijn van Domus Medica.¹⁰

PTSS heeft een aantal gelijkaardige symptomen, maar er zijn ook belangrijke verschillen. Daarom gebeurt een accurate diagnose van PTSS via de DSM-5 criteria.^{11,12}

Diagnose van PTSS

De eerste stap is nagaan of er wel degelijk een traumatische gebeurtenis heeft plaatsgevonden. Niet elke stressvolle gebeurtenis is een trauma.

Bovendien moet de patiënt aan die gebeurtenis blootgesteld zijn. De mate van blootstelling wordt onderverdeeld in vier categorieën: 1) directe blootstelling aan acuut fysiek gevaar, 2) ooggetuige zijn van trauma bij anderen (in persoon, niet via media), 3) indirecte blootstelling door het horen of zien van een gewelddadig of accidenteel trauma bij een dicht familielid of vriend, 4) herhaalde blootstelling aan trauma bij onbekenden, zoals bij hulpverleners die herhaaldelijk worden geconfronteerd met feiten of omstandigheden die afschuw verwekken. Dit betekent niet dat ervaringen die hier niet onder vallen, niet stressvol kunnen zijn, maar dan spreekt men eerder van angststoornissen.

Daarnaast moeten er een aantal symptomen aanwezig zijn die begonnen of toegenomen zijn na blootstelling aan het trauma: intrusiesymptomen (ongewilde, recurrente herinneringen of dromen, dissociatie, fysieke reactie op 'trauma

reminders'), symptomen van vermijding, een negatieve cognitie of stemming (amnesie, ontkenning, persisterende negatieve houding) en de overgevoeligheid aan prikkels die met het trauma gerelateerd kunnen worden. Additionele criteria zijn: duur langer dan één maand, functieverlies in sociale situaties en uitsluiten van een andere ziekte. PTSS kan zich bij migranten ook pas na verloop van tijd manifesteren met een 'delayed onset' van de klachten, tot jaren na de traumatische gebeurtenis.¹³

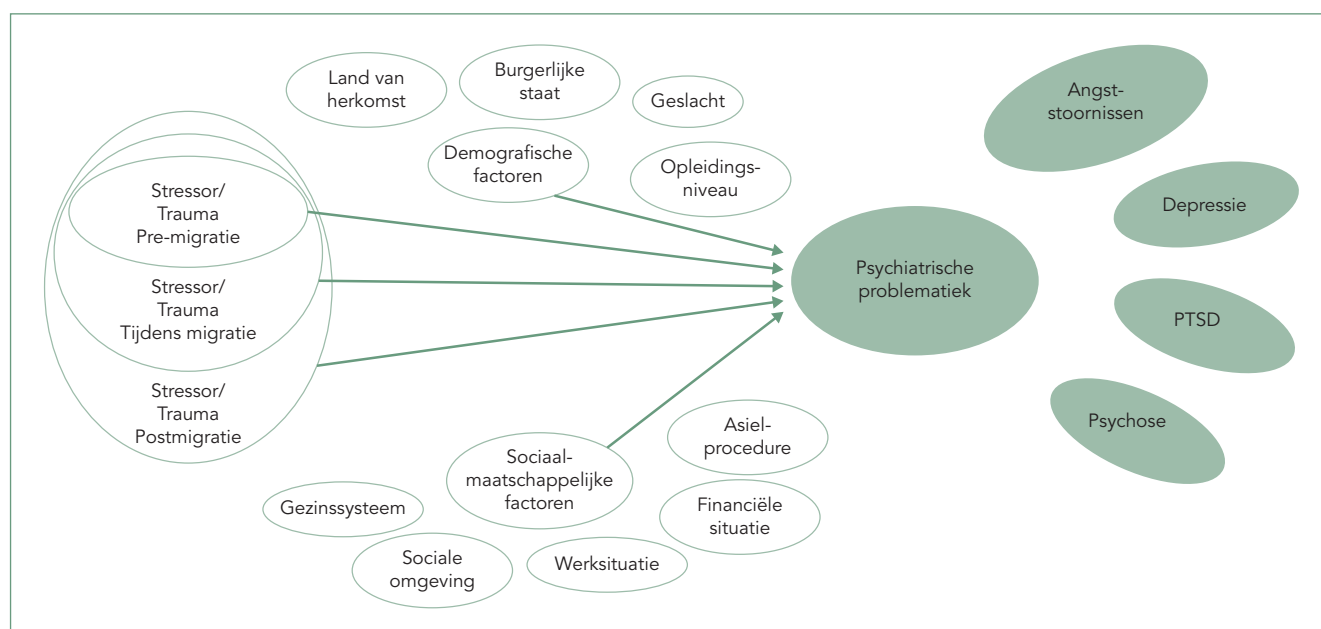
Screeningsinstrumenten

Er bestaan verschillende instrumenten om PTSS te evalueren, zoals de Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)¹⁴ die gevalideerd werd als transcultureel screeningsinstrument in het kader van PTSS¹⁵ en intussen beschikbaar is in vele talen. Daarnaast bestaat de reeds uit 1954 daterende maar nog steeds valabele uitgebreide Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25).¹⁶ Voor de eerste lijn werd de Primary Care-PTSD vragenlijst ontwikkeld om via enkele vragen gericht te screenen naar PTSS-klachten bij vluchtelingen.¹⁷

Het gebruik van deze vragenlijsten is vooral nuttig als screeningsinstrument. In de praktijk van de huisarts, die de patiënt langduriger opvolgt, is het belangrijk om een genuanceerde en meer 'factoriële' aanpak te gebruiken. De differentiaaldiagnose met een depressie is niet altijd duidelijk en ook niet noodzakelijk om de behandeling te starten.

Het belang van het bevorderen van de 'veerkracht' komt in de literatuur steeds meer naar voor.¹² Sociaal-maatschappelijke factoren kunnen ook beschermend zijn: socio-culturele kennis en culturele competentie hebben een positieve invloed op het verloop.¹⁸

Figuur 3: Een onderzoek onder asielzoekers en vluchtelingen naar de relatie tussen traumablootstelling, psychiatrische klachten en de invloed van sociaal-maatschappelijke stressfactoren (vrij naar Lefèbre R, masterthesis 2010).⁹



Screenen naar PTSS in de eerste lijn¹⁷

Om te screenen naar PTSS-klachten in de eerste lijn kunt u de volgende vragen stellen:

Heb je ooit in je leven een ervaring gehad die zo beangstigend of onrustwekkend was dat je in de voorbije maand...

- › *nachtmerries hebt gehad hierover of eraan gedacht hebt op een moment dat je dit niet wou?*
- › *geprobeerd hebt er niet over na te denken of geprobeerd hebt een situatie te vermijden die je er deed aan herinneren?*
- › *constant alert was, of snel prikkelbaar*
- › *je neerslachtig voelde of vervreemd van de anderen, van activiteiten of omgeving?*

Behandeling van psychische problematiek

De behandeling van PTSS en depressie zijn in beide gevallen medicamenteus en/of psychotherapeutisch.

Voor PTSS gelden de cognitieve gedragstherapie, in het bijzonder de zogenaamde narratieve exposure therapie (NET) en de EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) therapie^{19,20} als de meest effectieve interventies^{21,22}. Deze therapieën werken aan de ontmanteling van het zogenaamde 'neuroonaal angstnetwerk' dat de persisterende ongewenste geestelijke en fysieke associaties blijft veroorzaken na een ingrijpende traumatische gebeurtenis. Ook klassieke gedragstherapie is zinvol. Traumatherapie kan ook al voordat de sociaal-maatschappelijke situatie is gestabiliseerd.⁸

De SSRI's gelden als effectieve psychofarmaca, met een duidelijk bewezen effect voor fluoxetine en paroxetine.²²

Bij meer ernstige symptomen zoals suïcidaliteit en psychotische elementen, of onderliggende psychiatrische ziekte, is doorverwijzing naar een psychiater voor verdere diagnostiek en behandeling aangewezen. Ook hier gelden de regels die terugkomen in de richtlijn over depressie.¹⁰

Reza: vervolg

Reza komt een week later terug op een extra consultatie met behulp van een intercultureel bemiddelaar, om voldoende diep de klachten te kunnen exploreren. De huisarts besluit dat er bij Reza klachten zijn die kunnen passen bij een depressieve episode en misschien ook bij PTSS. Zij besluit zelf het probleem aan te pakken. Advies rond slaaphygiëne en dagstructurering worden meegegeven. Hij wordt doorverwezen naar een traumapsycholoog met ervaring in het interculturele therapievoering. Een SSRI wordt opgestart. Momenteel is hij drie maanden in therapie. De symptomen zijn minder talrijk geworden, maar duiken nog af en toe op.

Het transcultureel psychotherapeutisch consult

Het niet werken met een tolk leidt tot minder wederzijds begrip, tot meer technische onderzoeken, meer consul-

ten om tot een diagnose te komen en een lagere therapietrouw.^{23,24} De etnische en culturele afkomst bepalen immers mee hoe iemand omgaat met ziekte en gezondheid en op welke manier iemand zijn lijden presenteert. In vaktermen spreken we over de 'idioms of distress': in iedere cultuur zijn er eigen symbolen, eigen taalgebruik, eigen rituelen of handelingen om gevoelens van verdriet of ongelukkigheid te uiten. Een intercultureel bemiddelaar kan helpen om deze uitingen te kaderen. Niet alleen is een intercultureel bemiddelaar taalgeoriënteerd, zodat de verzoeker zich in zijn thuistaal kan uitdrukken en de nodige nuances in zijn verhaal kan brengen, hij of zij is ook hulpverleningsgeoriënteerd.

Het project 'Intercult' stelt via videoconferentie intercultureel bemiddelaars gratis ter beschikking aan ziekenhuizen en huisartsen.

Eén psychotherapeutisch consult per twee weken, uitzonderlijk wekelijks, mét intercultureel bemiddelaar, wordt terugbetaald door Fedasil. De opvangwet voorziet immers ook expliciet de psychologische opvolging van verzoekers tot internationale bescherming.

Reza: vervolg

Reza, een verzoeker om internationale bescherming en getraumatiseerd man met psychische klachten, kan via de correcte opvolging van de huisarts overal in het land een kans krijgen om zijn verleden te overwinnen en een toekomst aan te gaan.

Besluit

Een verzoeker tot internationale bescherming in de praktijk haalt de huisarts uit zijn comfortzone om een correcte diagnose en behandeling te kunnen stellen. Met de nodige instrumenten en hulpmiddelen komt de huisarts echter al een heel eind en gaat een boeiende wereld open. ←

- › Hoogewys A, Ramboer I, Tilley J. De medische begeleiding van vluchtelingen: wat is mogelijk tijdens de procedure en psychische problematiek? *Huisarts Nu* 2019;48:22-8.

Literatuur

- 1 Dienst Vreemdelingenzaken. <https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/NL/Gidsvandeprocedures/Pages/Procedure%20internationale%20bescherming.aspx>
- 2 Agentschap Inburgering en Integratie. <http://www.agii.be/thema/vreemdelingenrecht-internationaal-privaatrecht/verblijfsrecht-uitwijzing-reizen/medische-regularisatie-9ter/standaard-medisch-attest-9ter>
- 3 Patel K, Kouvonen A, Close C, et al. What do register-based studies tell us about migrant mental health? A scoping review. *Systematic reviews* 2017;6:78.
- 4 Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005;365:1309-14.

- 5 Goosen ESM. A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands. Universiteit van Amsterdam; 2014.
- 6 Turrini G, Purgato M, Ballette F, et al. Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *International journal of mental health systems* 2017;11:51.
- 7 Laban CJ, Gernaat HB, Komprou IH, Schreuders GA, De Jong GT. Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Iraakse asielzoekers in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2005;47:743.
- 8 Laan C. Sociaal-maatschappelijke stressfactoren, traumablootstelling en psychiatrische klachten in kaart gebracht. Een onderzoek onder asielzoekers en vluchtelingen naar de invloed van traumablootstelling en sociaal-maatschappelijke stressfactoren op psychiatrische klachten. Faculty of Social and Behavioural Sciences, Utrecht University; 2011.
- 9 Lefèbre R. Heeft sociaal-maatschappelijke stress een complicerende rol bij klachten na psychotrauma? Een onderzoek onder asielzoekers en vluchtelingen naar de relatie tussen traumablootstelling, psychiatrische klachten en de invloed van sociaal-maatschappelijke stressfactoren (masterthesis); 2010.
- 10 Declercq T, Habraken H, van den Ameele H, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen. Antwerpen: Domus Medica; 2017.
- 11 Friedman MJ. Overview of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). In: *Posttraumatic and Acute Stress Disorders*. Springer; 2015.
- 12 North CS, Hong BA, Downs DL. PTSD: A systematic approach to diagnosis and treatment: Accurate diagnosis and management depends on proper application of DSM-5 criteria. *Current Psychiatry* 2018;17:35-44.
- 13 Lamkaddem M, Stronks K, Devillé WD, et al. Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands. *BMC psychiatry* 2014;14:90.
- 14 Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, et al. The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous & Mental Disease* 1992;180:111-6.
- 15 Van Dijk DGL, Kortmann FAM, Kooyman M, Bot J. De Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) als transcultureel screeningsinstrument voor de posttraumatische stress-stoornis bij opgenomen vluchtelingen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 1999;41;45-50.
- 16 Parloff MB, Kelman HC, Frank JD. Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 1954;111:343-52.
- 17 Prins A, Ouimette P, Kimerling R, et al. The primary PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry* 2003;9:9-14.
- 18 Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ* 2011;183: E959-E967.
- 19 Shapiro F. The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal* 2014;18.1:71.
- 20 Van den Hout MA, Engelhard I. Hoe het komt dat EMDR werkt. *Directieve therapie* 2011;31:5-23.
- 21 Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2016;43:128-141.
- 22 Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville; 2013.
- 23 Lanting L. Ethnic differences in utilization of an outpatient clinic in the Netherlands. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2006:25-37.
- 24 Van Wieringen JC, Harmsen JA, Bruijnzeels MA. Intercultural communication in general practice. *The European journal of public health* 2002;12:63-8.

LOK-pakket 'Huisarts en asielzoeker'

In samenwerking met Fedasil werkte Domus Medica het LOK-pakket 'Huisarts en Asielzoeker' uit. De Vlaamse vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding vzw (VRGT) werkte hieraan mee voor het onderwerp 'tuberculose'.

In dit LOK-pakket komt o.a. aan bod: asiel in België, infectieziekten, vaccinatiebeleid en implementatie, psychologische aspecten en andere aandachtspunten, interculturele bemiddeling, betalingsmodaliteiten,...

Interesse? Vraag dan meteen dit pakket aan via caroline.herrijgers@domusmedica.be of via onze website: <https://domusmedica.be/vorming/vorming-voor-lokale-kwaliteitsgroepen/huisarts-en-asielzoeker>.

De prijs van deze LOK-sessie bedraagt 250 euro, rechtstreeks aan de spreker te betalen.

Waar kunt u terecht?

www.fedasil.be

Het 'Federaal Agentschap voor de Opvang van Asielzoekers' is een instelling van openbaar nut, verantwoordelijk voor de opvang van verzoekers om internationale bescherming en andere doelgroepen en garandeert de kwaliteit en de conformiteit binnen de verschillende opvangstructuren. Fedasil coördineert ook de organisatie van vrijwillige terugkeer naar de herkomstlanden. Elke verzoeker heeft tijdens de procedure recht op materiële hulp, waaronder medische begeleiding.

In een opvangcentrum is de medische zorg georganiseerd en toegankelijk zonder kosten. In de meeste centra consulteren huisartsen ter plaatse. Voor mensen die verblijven op een privéadres, moet een 'Requisitorium' (bewijs van ten laste name) aangevraagd worden op de medische cel bij Fedasil (via medic@fedasil.be of via 02 213 44 12). Dit geldt voor een consult, een onderzoek, een ingreep, medicatie,... Fedasil betaalt dan de volledige kost.

Een psychotherapeutisch consult bij een erkend therapeut kan tweemaal per maand met een Requisitorium dat wordt afgeleverd in het centrum of via de medische cel.

www.intercult.be

Het project 'Intercult' stelt via videoconferentie intercultureel bemiddelaars gratis ter beschikking aan ziekenhuizen en huisartsen.

Meer info bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, tel. 02 524 86 11 of via sonia.baatout@gezondheid.belgie.be

Dienst Vreemdelingenzaken

✓ <https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/NL/Pages/home.aspx>

Agentschap Inburgering en Integratie

✓ Procedure medische regularisatie: www.agii.be/thema/vreemdelingenrecht-internationaal-privaatrecht/verblijfsrecht-uitwijzing-reizen/medische-regularisatie-9ter/standaard-medisch-attest-9ter

Commissariaat Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen

✓ <https://www.cgvs.be/nl>

Interessante links

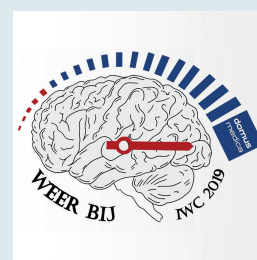
- ✓ www.huisarts-migrant.nl
- ✓ www.medimmigrant.be
- ✓ www.pharos.nl
- ✓ www.vrgt.be
- ✓ www.care4refugees.org

IWC-Congres 'Weer bij' – 13 tot 18 april – Molenheide

Het 29e IWC staat dit jaar in het teken van 'Weer bij', met de start van GP Update op 13 april.

De volgende dagen focussen telkens op één topic: seksuologie (14 april), gastro-enterologie (15 april), neurologie (16 april), de invloed van het binnen- en buitenmilieu op onze gezondheid (17 april) en nefrologie (18 april).

U kunt zich inschrijven voor een hele week of per dagdeel.



Meer info en inschrijven op: www.domusmedica.be/iwc2019