

MEDISCH VADEMECUM

ADDENDUM

Versie 2: December 2023

Medisch Beheer Fedasil

Inhoud

ADDENDUM 1: Niet begeleide Minderjarige Vluchtelingen	3
ADDENDUM 2: Vrouwelijke Genitale Verminking.....	9
ADDENDUM 3: Conventies.....	15
ADDENDUM 4: Syphilis.....	18
ADDENDUM 5: Hepatitis B	19
ADDENDUM 6: Hepatitis C	22
ADDENDUM 7: Dieet	25
ADDENDUM 8: Hervestiging.....	29
ADDENDUM 9: Hongerstaking	34

ADDENDUM 1: Niet begeleide Minderjarige Vluchtelingen

1. COMMUNICATIE MET DE VOOGD

De Niet Begeleide Minderjarige Vluchtelingen (NBMV) worden ervan op de hoogte gebracht dat het goed is om de voogd te informeren over belangrijke medische aandoeningen, zonder hen daartoe te verplichten of druk op hen uit te oefenen.

Bij matig tot ernstige medische problemen is het belangrijk hen te vragen of ze graag zelf de voogd op de hoogte brengen, of ze hierbij graag hulp of steun krijgen van de arts en/of verpleegkundige. Indien een jongere mondeling toestemming geeft aan de arts of verpleegkundige om de voogd op de hoogte te brengen, dan neemt de arts en/of verpleegkundige rechtstreeks contact op met de voogd om de medische informatie door te geven.

Indien een jongere niet wil dat de voogd op de hoogte is van zijn medische problematiek dan kan de medische dienst geen informatie delen met de voogd, tenzij er vermoeden is van mishandeling, uitbuiting, misbruik of verwaarlozing¹.

2. TOESTEMMING VAN DE VOOGD: NBMV

De bekwaamheid om een geïnformeerde beslissing te nemen wordt als volgt beschreven:

De mogelijkheid, zonder rekening te houden met de leeftijd van de persoon, om de aard en de gevolgen van een voorgestelde medische handeling, behandeling of procedure of van het delen van vertrouwelijke informatie te begrijpen, naar waarde te kunnen schatten en om een geïnformeerde beslissing met betrekking tot die handeling, behandeling of het openbaar maken van bepaalde informatie te nemen².

Het is dus niet zozeer de leeftijd, als wel de mogelijkheid om een goede geïnformeerde beslissing te nemen die bepaalt of een minderjarige al dan niet zelf de toestemming kan geven voor bepaalde medische handelingen. Het is dan ook aan de gezondheidswerker om op basis van een individuele evaluatie in te schatten of de minderjarige deze beslissing al dan niet kan nemen. (Gillick principle)

Hierbij alvast enkele groepen van minderjarigen die worden verondersteld zelf een geïnformeerde beslissing te kunnen nemen³. Opgepast: ook in deze gevallen blijft een individuele evaluatie aangewezen!

- Minderjarige ouders of gehuwde minderjarigen
- Zwangere NBMV
- Minderjarigen van 16 of ouder

Er bestaat in België geen wettelijke leeftijdsgrens waaronder men niet autonoom kan beslissen. Toch wordt algemeen de leeftijdsgrens van 12 jaar aanvaardt. Onder de twaalf jaar wordt verondersteld dat de minderjarige de voorgestelde medische handelingen of de mogelijke gevolgen onvoldoende kan inschatten.

¹ Code van de geneeskundige plichtenleer art 61 – 13/09/2013

² NYS Public Health Law Section 2780.5

³ NYS Public Health Law Section 2504.1 en 2504.3

Tussen de 12 en de 16 is het inschatten van de maturiteit via individuele evaluatie zowat het enige element. Dit wordt dan nog bemoeilijkt door het verschil in culturele achtergrond, zeker als de jongere nog niet lang in België verblijft. Bij moeilijke zaken is het aangewezen beroep te doen op een interculturele bemiddelaar of indien niet mogelijk, zeker een tolk in te schakelen (Zie ook: <https://infomed.fedasil.be/nl/organisatie/administratie/budget-tolken-en-transport>)

Als een minderjarige de toestemming van de voogd nodig heeft, blijft het belangrijk om ook de jongere goed in te lichten over de medische handelingen en zijn/ haar toestemming te krijgen.

Indien de voogd mee op consultatie komt met zijn pupil, is het belangrijk bij gevoelige kwesties zoals bv. contraceptie, zwangerschapstest, HIV test, te vragen aan de voogd om de consultatie even te verlaten en de jongere even alleen te zien. Jongeren durven sommige vragen of twijfels niet uiten in het bijzijn van hun voogd.

2.1. HEELKUNDIGE INGEPEN MET LOKALE VERDOVING

De minderjarige kan zelf toestemming geven voor een ingreep onder lokale verdoving. Hieronder valt in de meeste gevallen ook een abortus. De voogd of eventuele familie zal niet op de hoogte gebracht worden van de abortus. Een minderjarige die zwanger is, wordt verondersteld voldoende matuur te zijn om autonoom een geïnformeerde toestemming te geven.

2.2. HEELKUNDIGE INGEPEN ONDER ALGEMENE VERDOVING

Er moet steeds toestemming zijn van de voogd bij een heelkundige ingreep onder algemene verdoving⁴. Indien er nog geen voogd is toegewezen en een heelkundige ingreep gepland wordt, kan de coördinatie dringend een voogd aanvragen bij dienst Voogdij.

Indien een jongere nog geen voogd heeft en dringend geopereerd moet worden, kan er heel uitzonderlijk toestemming gegeven worden door de directeur/ verantwoordelijke van de opvangstructuur waar de minderjarige op dat moment verblijft.

2.3. SCHRIFTELIJK INFORMED CONSENT

Indien er een schriftelijk Informed Consent door de wet vereist wordt, dan geeft de wilsbekwame NBMV deze toestemming zelf. Indien de arts inschat dat de minderjarige dit niet zelf kan, wordt aan de voogd gevraagd om toestemming te geven.

3. INSCHRIJVING IN DE MUTUALITEIT

Als jongeren 3 maand ingeschreven zijn op school, kunnen zij ingeschreven worden in de mutualiteit. Het is belangrijk dat de medische verantwoordelijke en de sociaal assistent de voogd vragen om dit zo snel mogelijk in orde te brengen en dit ook verder opvolgen. Eenmaal de inschrijving in de mutualiteit in orde is, verloopt alles zoals beschreven in hoofdstuk 6.4.3.

⁴ https://justice.belgium.be/sites/default/files/directives_generales_pour_tuteurs_-_02_12_2013.pdf

De precieze voorwaarden voor inschrijving vindt u in hoofdstuk 6.4.3

4. LEEFTIJDSTEST EN DNA TESTEN

4.1. LEEFTIJDSTEST

Bij heel wat NMBV wordt een leeftijdswijfel geuit op het moment van registratie op Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ). Het is de DVZ zelf die deze twijfel uit. Nadien zal dienst Voogdij een leeftijdstest laten uitvoeren. Deze gebeurt op basis van een drievoudige RX van het sleutelbeen, de tanden en de pols. Daarmee wordt een bepaalde leeftijd vastgelegd met een betrouwbaarheidsinterval.

Voorafgaandelijk aan de radiografieën worden in theorie volgende zaken gedaan:

- Analyse van de documenten die de jongere mee heeft en nagaan van de authenticiteit.
- Resultaten van leeftijdstest in andere Europees land opvragen.
- Een gesprek met de jongere, indien nodig met tolk.
- Verzamelen van informatie van de maatschappelijke werkers, de oriëntatie- en de observatiecentra en evt. van de voogd (als die al aangesteld is).

Jammer genoeg zien we in praktijk dat de laatste twee puntjes eerder een uitzondering dan de regel zijn. Jongeren krijgen in praktijk ook maar een toewijzing van een voogd nadat het leeftijdsresultaat bekend is.

Er zijn heel wat problemen met de betrouwbaarheid van de leeftijdstest. Het is hier niet het kader om daar dieper op in te gaan, maar als arts/ verpleegkundige proberen we wel afstand te nemen van de leeftijdstest en kunnen we steeds verwijzen naar het feit dat dit geen medische handeling is, maar wordt opgelegd door DVZ.

De betaling van een leeftijdstest gebeurt **NIET** door Fedasil, maar steeds door dienst Voogdij van DVZ. Graag naar hen doorverwijzen indien er vragen komen omtrent de facturatie van leeftijdstesten.

4.2. DNA TEST

Een DNA test kan gevraagd worden als er plots een ouder(s) blijkt te zijn voor een NMBV. Ook als de ouder in een ander Europees land geregulariseerd is, zal er vaak over gegaan worden tot een DNA test alvorens de overdracht van de NMBV te organiseren.

Het is aan de voogd om de beslissing te nemen tot het al dan niet aanvragen van een DNA test.

De betaling van een DNA test gebeurt soms door dienst Voogdij. Indien dienst voogdij de DNA test niet betaalt, kan Fedasil die ten laste nemen, enkel en alleen als het in het belang van de jongere is.

5. MEDICATIE

Het is belangrijk om telkens de volgende punten in acht te nemen bij toediening van medicatie bij een NBMV:

- De maturiteit van de jongere
- De soort medicatie
- Andere jongeren in de opvangstructuur (druk op elkaar om medicatie te delen, rond laten slingeren van medicatie)

Dit zal dus telkens opnieuw geëvalueerd worden.

Medicatie kan per verpakking meegegeven worden aan de NBMV met de nodige info rond inname en bijwerkingen en in een taal die de jongere kan begrijpen, of per pillendoos:

- afgeleverd aan de jongere zelf of;
- beschikbaar zijn aan het onthaal.

Het personeel van de opvangstructuur is gebonden aan een **gedeeld beroepsgeheim** en mag informatie rond medicatie (en dus ziekte) niet doorgeven aan derden, inclusief de voogd.

Indien medicatie **aan de jongere zelf meegegeven** wordt, wordt dit meegedeeld aan de begeleiding. Zo zijn zij op de hoogte dat een jongere medicatie heeft.

Bij beschikbaarheid aan het onthaal, moet de jongere op de hoogte zijn dat de medicatie zal klaar staan en niet-medische collega's op de hoogte zullen zijn van wat hij/zij precies inneemt.

Het **niet-medisch personeel** kan de medicatie uit de pillendoos aanbieden aan de jongere en hem indien nodig er even aan herinneren. Zij kunnen jongeren niet dwingen of motiveren om hun medicatie in te nemen. Indien de jongere zijn medicatie niet wil innemen, noteren zij dit op het **medicatieblad**. De medisch verantwoordelijke kan bij aankomst in de opvangstructuur de inname van de medicatie controleren via het medicatieblad.

Het is **zelden aangewezen om** slaapmedicatie, psychotropica en antidepressiva per verpakking mee te geven aan een NBMV. Het is aangeraden om deze klaar te maken in een pillendoos en deze ter beschikking te stellen aan de permanentie of mee te geven aan de jongere.

6. PSYCHOSOCIALE ASPECTEN

NBMV zijn geïdentificeerd als een kwetsbare groep. Toch hebben we hierin een heel grote diversiteit aan jongeren met dus heel verschillende noden.

Het merendeel van de jongeren weet niet wat een psycholoog precies doet en kan dus zelf niet inschatten of hij/zij gebaat kan zijn bij psychologische begeleiding. Het is belangrijk om informatie rond psychologisch welbevinden te geven aan deze jongeren en hen, indien aangewezen, door te **verwijzen naar de meest geschikte therapeut**. Voor veel jongeren is een 1 op 1 gesprek heel confronterend en voor sommigen dus niet de aangewezen therapie. Probeer op zoek te gaan naar alternatieven zoals corporele expressie, ART therapie, etc.

Preventie is beter dan genezen! Het is belangrijk jongeren aan te moedigen voldoende te bewegen. Hierbij hoeft men de jongeren niet altijd in te schrijven in sportclubs (vaak geen of onvoldoende budget), maar kan men jongeren motiveren om te gaan joggen, samen te badmintonnen, te volleyballen, te voetballen of gewoon met de fiets of te voet naar school te gaan.

Voor jongeren met slaapproblemen kan men relaxatieoefeningen aanbieden. Vaak kan er iemand van de opvangstructuur zich daar wat op toeleggen.

6.1. BEHANDELING

6.1.1. Psycholoog

Indien aangewezen kan de arts de NBMV doorverwijzen naar een psycholoog. Het is hierbij belangrijk op zoek te gaan naar een psycholoog die ervaring heeft met adolescenten met een migratieachtergrond.

Voor sommige problematieken (bvb. ex-kindsoldaat) kan het aangewezen zijn op zoek te gaan naar een therapeut die hier ervaring mee heeft.

6.1.2. Psychiater

Een NBMV kan zoals elke andere asielzoeker doorverwezen worden via de huisarts naar een psychiater. Tot 16 jaar moet men zich wenden tot een pedopsychiater.

7. PREVENTIE

7.1. SCREENING

Net zoals bij andere VIB's, is het aangewezen een bloedafname voor te stellen aan de jongeren voor het screenen van infectieziekten, het doseren van vitamine D, het bepalen van een algemeen bloedbeeld. (Zie ook Vademecum; Specifieke medische problematieken)

- **Vit D:** behandeling op te starten in functie van de dosering, het huidtype en de leeftijd van de NMBV en dit volgens de richtlijnen;
- **Hepatitis B, C, Syphilis:** standaard;
- **HIV/ AIDS:** standaard. Belangrijk om jongere te vragen of hij de ziekte kent, eventueel te sensibiliseren en een akkoord te vragen om een HIV-test te doen. (Informed Consent⁵).

7.2. VACCINATIE

Bijna alle NMBV's gaan de eerste weken naar een Observatie- en Oriëntatie Centrum (OOC), waaruit zij na een viertal weken verder doorstromen naar de meest aangepaste beschikbare opvangplaats. De medische dienst van het OOC zal de vaccinatiestatus van de jongere evalueren.

⁵ Informed consent =Bayer R, Fairchild AL. Changing the paradigm for HIV testing---the end of exceptionalism. N Engl J Med 2006;355:647--9.

CDC : Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings

WHO : adolescent HIV testing, counselling and care : implementation guidelines for health care providers

NBMV jongens (ouder dan 6 jaar) worden bij aankomst op dispatching gevaccineerd tegen Mazelen-Bof-Rubella (MBR) en indien aangewezen krijgen zij ook een Polio (indien uit risico land) vaccinatie.

NBMV meisjes worden niet gevaccineerd op dispatching omwille van het risico op een eventuele zwangerschap. Aangezien er weinig intimiteit is op dispatching en er een verhoogd risico is van seksueel geweld tijdens de reis, wordt er in het OOC eerst nagegaan of het meisje eventueel zwanger kan zijn. Eenmaal een zwangerschap uitgesloten is, zal het OOC de vaccinatie van Mazelen-Bof-Rubella en eventueel Polio proberen te verzekeren.

Een NMBV zal het OOC steeds verlaten met een medisch dossier waarin de informatie rond eventuele vaccinaties is opgenomen. Door het korte verblijf in het OOC en het afwezig zijn van een nationaal nummer, zullen de vaccinaties van dispatching en eventueel van het OOC nog niet in vaccinet vermeld staan. De medische dienst van de 2^e-lijns opvangstructuur moet dit zo snel mogelijk in orde brengen.

Op het moment dat NMBV's naar school gaan, wordt gevraagd aan het CLB om de vaccinatiestatus te checken en de nodige vaccins toe te dienen (zie 4.3.5)

7.3. SEKSUELE VOORLICHTING EN PREVENTIE

In veel landen wordt weinig tot geen seksuele voorlichting gegeven. Het is essentieel om jongeren goede informatie te geven en hierbij is het van belang om rekening te houden met de culturele achtergrond van de jongeren (bvb jongens en meisjes in aparte groepjes te zetten).

Het is belangrijk om tijdens groepssessies en individuele consultaties niet alleen rekening te houden met seksualiteit en preventie van SOA's, maar ook met assertiviteit. Maak tienerzwangerschappen ook zeker bespreekbaar tijdens deze momenten.

Een groot deel van het informeren en sensibiliseren rust op de schouders van de opvoeders. Ook in de school wordt dit vaak aangekaart. Het is belangrijk om met het team te overleggen wanneer en door wie dit aangebracht wordt.

Via de website van ZANZU (<https://www.zanzu.be/nl/home>) kan je alvast heel wat nuttige informatie vinden.

ADDENDUM 2: Vrouwelijke Genitale Verminking

1. IDENTIFICATIE

1.1. WAAR GEBEURT IDENTIFICATIE

In de huidige context kunnen personen niet geïdentificeerd worden bij de dienst Dispatching in het Aanmeldcentrum. De identificatie gebeurt tijdens de sociale en/of medische intake na aankomst in het collectief of individueel opvangcentrum of het observatie- en oriëntatiecentrum (OOC) voor NBMV.

1.2. WIE IS VERANTWOORDELIJK VOOR DE IDENTIFICATIE

De sociaal assistent/-e van de persoon en/of een medewerker/-ster van de medische dienst (arts, vroedvrouw, verpleegkundige).

Deze personen worden op voorhand geïnformeerd/gesensibiliseerd door de referentiepersonen VGV van de opvangstructuur en/of door de gespecialiseerde organisaties.

1.3. BINNEN WELKE TERMIJN

Binnen de 30 dagen na de toewijzing van een opvangplaats (conform artikel 22 van de opvangwet omtrent de eerste evaluatie van de kwetsbaarheid), bij voorkeur tijdens de eerste intake.

Afhankelijk van het verloop van dit gesprek, kan de identificatie van VGV ook gebeuren tijdens een tweede of derde gesprek (om eerst een vertrouwensband op te bouwen).

1.4 HOE

Aanbevelingen tijdens het gesprek:

- Ontmoet de vrouw alleen (zonder de aanwezigheid van andere familieleden) zodat zij zich vrij zou kunnen uitdrukken.
- Zorg voor de aanwezigheid van een tolk, indien de persoon de gemeenschappelijke taal niet voldoende beheerst. Bereid dit gesprek voor met de tolk.

2. BEGELEIDING

Er werd een **checklist** ontwikkeld (► **Annex 21**: Checklist Vrouwelijke Genitale Verminking) om de medewerker/-sters doorheen de verschillende fases te begeleiden.

Elke vrouw **moet deze informatie krijgen**, maar het is de **vrouw zelf die beslist** of ze het traject al dan niet volgt.

Bij een **positieve identificatie** bij de sociale en/of medische dienst wordt systematisch uitleg gegeven over VGV en de gevolgen voor de gezondheid, rechten en bescherming van meisjes/vrouwen, gespecialiseerde organisaties.

Vraag haar, in het kader van een goede opvolging, of ze akkoord is dat er informatie gedeeld wordt met de medische en/of sociale dienst. (Meer informatie over beroepsgeheim: lees

<https://infomed.fedasil.be/sites/default/files/Informatie/Ziekten/Intact%20-%20Brochure%20voor%20hulpverleners%20mbt%20beroepsgeheim.pdf>)

2.1. TRAJECT

Indien de vrouw wenst in het traject te stappen, verwijst haar dan door naar:

- de arts **medische dienst** of een externe referentiearts. Hier worden de medische noden beantwoord, en wordt een medisch attest van besnijdenis opgemaakt. Informeer de vrouw dat ze dit attest moet bezorgen aan haar advocaat/-ate en een kopie aan haar sociaal assistent/-e.
- Tools: lijst met referentieartsen in België (GAMS)
- Een **helpdesk van GAMS** (<https://gams.be/nl/contact/>) voor een eerste gesprek, een kennismaking met de activiteiten (maandelijks bijeenkomst, zwangerschapsbegeleiding, enz.) en om meer informatie omtrent VGV te ontvangen. Voor een goede opvolging van het dossier is het belangrijk de exacte gegevens van de sociaal assistent/-e verantwoordelijk voor het dossier, alsook de bijlage 26 door te geven aan GAMS en INTACT.

Indien de persoon niet wenst verder te gaan in het traject, is het belangrijk te blijven luisteren naar haar behoeftes en vragen. De vrouw kan op een later moment eventueel toch interesse hebben om in het traject te stappen of het traject te hernemen.

2.2. VOORSTELLEN VAN EEN VOLGEND GESPREK

- Bij dezelfde persoon (begeleidende sociaal assistent/-e, verpleegkundige, enz. die een vorming volgde omtrent de problematiek).
- Dit gesprek heeft verschillende doelen:
 - De behoeftes van de asielzoekster evalueren (logement, medische en psychologische noden, juridische ondersteuning, preventie, enz.)
 - Meer informatie verschaffen i.v.m. de verschillende mogelijkheden tot begeleiding: medische, gynaecologische of psychologische begeleiding, advocaat, gespecialiseerde verenigingen - na evaluatie van de behoeftes.
 - Een psycho-medisch-sociale ondersteuning aanbieden, in functie van de behoeftes van de persoon en met uitdrukkelijke toestemming van de persoon
 - Indien er behoefte is aan gespecialiseerde of multidisciplinaire medische begeleiding, doorverwijzen naar een multidisciplinair centrum VGV (CeMAViE in Brussel/ Vrouwenkliniek in Gent).
 - Doorverwijzing naar verschillende diensten voor psychologische begeleiding.

► Tool: Lijst met referentiepsychologen

Voor een psychologische begeleiding kunt u contact opnemen met de gespecialiseerde organisaties om hun lijst met referentiepsychologen te raadplegen. U kunt ook beroep doen op uw gewoonlijke contactpersonen binnen CGG's of andere diensten. Verifieer steeds of psycholoog bereid is een psychologisch rapport op te stellen (evt. om (later) toe te voegen aan dossier CGVS)

► **Tool:** Handleiding: Vrouwen, besneden en op de vlucht. Ideeën voor een therapeutische begeleiding

<http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/GAMS-Femmes-excisionNL-WEB.pdf>

2.3. SENSIBILISERING

- Bij elke persoon afkomstig uit een land waar VGV voorkomt, ook wanneer de vrouw VGV niet aanduidt als motief voor de asielaanvraag.
- Voer gesprek met de vrouwen en de andere familieleden omtrent de gevolgen van VGV voor de gezondheid van meisjes en vrouwen, omtrent het wettelijk verbod en de bescherming van meisjes en vrouwen. Betrek ook de vader bij dit gesprek, zodat hij zijn preventieve rol zou kunnen opnemen.

► **Tools:** Gesprekshandleiding: Vrouwelijke Genitale Verminking. Bespreken met meisjes en/of familie.

http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/SC_MGF_Collection_Entretiens_NL_V6.pdf

- Doorverwijzing naar GAMS voor het volgen van preventieworkshops (<http://gams.be/nl/workshops/>)

Sociaal assistenten en medisch personeel moeten proactief te werk gaan om VGV te voorkomen bij vrouwen, NBMV jongeren en jongeren die begeleid worden door hun ouders.

2.4. TOEZIEN OP EEN GEPASTE JURIDISCHE BEGELEIDING

Leg uit dat seksueel geweld of andere dergelijke risico's de basis kunnen vormen van een asielaanvraag.

Stuur de nodige informatie door naar de advocaat:

► **Tool:** Praktische handleiding bestemd voor advocaten

<http://www.intact-association.org/images/outils/manuel-avocats-2014-nl.pdf>

► **Tool:** Medisch attest besnijdenis van CGVS (via of met toestemming van de persoon)

<https://www.cgvs.be/nl/formulieren/medisch-attest>

► **Tool:** gegevens van INTACT voor bijkomende informatie

<https://igvm-iefh.belgium.be/nl>

Indien het om een complex dossier gaat, is het aangeraden de juridische ondersteuning van INTACT voor te stellen aan de advocaat voor het gehoor op het CGVS of voor het beroep bij de RvV.

Bereid steeds de persoon voor op een gesprek omtrent VGV, andere vormen van geweld, mishandeling of vrezen, dat tijdens haar gehoor zal plaatsvinden.

2.5. VOOR HET GEHOOR OP HET CGVS OF DE RVV

Plan een nieuwe afspraak om, samen met de persoon, na te gaan of de verschillende fases van het traject correct toegepast werden (cf. checklist in bijlage) en of de vrouw klaar is voor het gehoor (chronologie van het verhaal, reeds vastgestelde vormen van gendergebonden geweld, ingediende medisch(e) attest(en)).

Ga na of het meisje/de vrouw begeleid wenst te worden door een vertrouwenspersoon tijdens het gehoor.

Indien de persoon erkend wordt als vluchteling of subsidiaire bescherming toegekend krijgt:

1. Bezorg de persoon alle gegevens die belangrijk zijn voor haar psycho-medische begeleiding, zodat ze hier in de toekomst opnieuw beroep op kan doen indien ze dit wenst.
2. Leg de beschermingsprocedure van het CGVS uit aan de ouders indien zij de vluchtelingenstatus toegewezen kregen om hun dochter(s) te beschermen tegen VGV (jaarlijks medisch onderzoek om de integriteit van de genitaliën te controleren).
3. Herinner elke betrokken familie eraan dat VGV wettelijk verboden is in België (artikel 409 van het strafwetboek) en in het buitenland (extraterritorialiteitsbeginsel).
4. Neem, voor elke betrokken familie, contact op met K&G/ONE of het CLB/PSE van de school om een efficiënte preventie te garanderen bij intacte meisjes.

Indien de persoon niet erkend wordt:

- Informeer de persoon dat ze contact kan opnemen met de gespecialiseerde organisaties.

3. NUTTIGE ORGANISATIES

3.1. GESPECIALISEERDE ORGANISATIES

- **GAMS België vzw** (Groep voor de afschaffing van vrouwelijke genitale verminking (VGV)) zet zich in voor de bescherming van meisjes en vrouwen tegen VGV en biedt begeleiding aan vrouwen die de praktijk al ondergingen.

De vereniging organiseert o.a.:

- maandelijkse bijeenkomsten (bijvoorbeeld omtrent Mensenrechten);
- workshops lichaamsexpressie;
- zwangerschapsbegeleiding;
- workshops voor jongeren en kinderen en
- individuele psycho-sociale begeleiding aan kinderen en volwassenen.

Daarnaast organiseert GAMS, in samenwerking met de vzw INTACT, ook vormingen voor professionals.

Voor meer informatie, raadpleeg <https://www.gams.be/>

GAMS is actief in heel België, en heeft verschillende helpdesks.

- **Brussel:** Gabrielle Petitstraat 6, 1080 Sint-Jans-Molenbeek, tel. 02 219 43 40, e-mail: info@gams.be
- **Namen:** Rue Henri Lecocq 60, 5000 Namen, tel. 0493 49 29 50, e-mail: melanie@gams.be
- **Luik:** Quai de Rome 65, 4000 Liège, 0470 54 18 99, e-mail: louise@gams.be

- **Antwerpen:** Breughelstraat 31-33, 2018 Antwerpen, tel. 0493 35 15 47, e-mail: ewout@gams.be

Naast deze helpdesks heeft GAMS ook Permanentieposten in Leuven, Gent, Hasselt en Charleroi (04/2023 – tijdelijk op non-actief) en Verviers. (voor contactgegevens; raadpleeg <https://gams.be/nl/contact/>)

- **INTACT vzw** is een vereniging van juristes die gespecialiseerd zijn in het thema VGV.

INTACT biedt juridisch advies aan advocaten en families in het kader van asielaanvragen op basis van VGV, maar biedt, in samenwerking met GAMS, ook ondersteuning aan professionals omtrent beschermingsmaatregelen die genomen moeten worden in risicosituaties.

Vooruitgangsstraat 333, 1030 Schaarbeek
02 539 02 04

info@intact-organisation.org
www.intact-association.org

3.2. MEDISCHE MULTIDISCIPLINAIRE CENTRA VOOR DE BEHANDELING GEVOLGEN VGV

Deze **erkende medische centra voor de begeleiding van vrouwen die VGV ondergingen** bieden individuele multidisciplinaire begeleiding, gaande van een psychologische en/of seksuologische begeleiding tot een chirurgische behandeling van de gevolgen van VGV (defibulatie, verwijderen van cystes, enz.) en/of clitorisreconstructie. De behandeling wordt volledig terugbetaald door RIZIV/INAMI.

- **CeMAViE**

Het CeMAViE of Medisch Centrum voor slachtoffers van excisie is een opvangstructuur voor de behandeling van complicaties van vrouwelijke genitale verminking (VGV).

Administratief adres: CHU Saint-Pierre, Rue Haute 320, 1000 Brussel

Consultaties: Porte de Hal, Rue aux Laines 105, 1000 Brussel

Afspraak: 02 535 36 39

Website: <https://www.stpierre-bru.be/nl/service/gynaecologie-verloskunde/hoostraat-320/cemavie-vrouwelijke-genitale-verminking/>

- **Multidisciplinair Centrum Genitale Mutilatie, Vrouwenkliniek UZ Gent**

Adres: UZG, C. Heymanslaan B, 9000 Gent, Vrouwenkliniek Polikliniek P3-P4

Afspraak: 09 332 37 82 of 09 332 37 85

Brochure:

https://www.vvog.be/sites/default/files/patientenbrochures/folder_multidiscentrgenmutpatient1.pdf

Verschillende andere organisaties (bv.: centra voor familieplanning) beschikken over diensten waar de medewerkers/-sters een opleiding volgden omtrent VGV (lijst beschikbaar bij GAMS België).

- Het **Centrum voor familieplanning FPS Luik** zette een specifiek project op rond ondersteuning en preventie in situaties van VGV. Deze diensten worden geleverd door een

multidisciplinair team (medisch, sociaal, psychologisch, juridisch).

Het CPF-FPS organiseert wekelijkse permanenties in de materniteit van het UMC La Citadelle en workshops zwangerschapsbegeleiding.

Adres: Rue des Carmes 17, 4000 Luik

Afspraak: 04 223 13 73

Website: <https://associations-solidaris-liege.be/accueil/soralia-liege/centres-de-planning-familial-soralia/>

ADDENDUM 3: Conventies

1. WAT IS EEN ADMINISTRatieve INSCHRIJVING?

We spreken van een administratieve inschrijving wanneer een persoon aan uw centrum toegewezen werd (code 207), maar ten gevolge van een te zware medische problematiek kan hij/zij niet in uw centrum verzorgd worden. Om deze reden wordt voor deze persoon een aangepast plaats omwille van medische reden in een externe instelling gezocht waar die persoon residentieel zal verblijven, vb. RVT, WZC, psychiatrische instelling, MPI, ...

Deze persoon wordt officieel in uw centrum ingeschreven (Resident, Match-It, Windoc), maar zal er dus nooit verblijven. Het verblijfsadres van deze persoon (= adres van de instelling) is niet noodzakelijk (en dit is in de meeste gevallen zo) in dezelfde gemeente als het adres van uw centrum (= adres van inschrijving).

2. OVER WELKE PERSONEN GAAT DIT?

Personen die:

- een rechtstreekse toewijzing van dispatching van een nieuwkomer
- in een centrum verblijven maar die zwaar ziek wordt
- in een LOI verblijven en die getransfereerd wordt naar een instelling
- NO-Show zijn en die transfereren naar een instelling

3. WAAROM EEN ADMINISTRatieve TOEWIJZING?

- Om een correcte opvolging van de procedure te hebben
- Om een goede opvolging van de ten laste name medische kosten te hebben
- Om recht op zakgeld te (blijven) garanderen

4. WAT HOUDT DIT IN VOOR HET CENTRUM?

- De procedure van de persoon wordt volledig opgevolgd door het centrum: vooruitgang van de procedure, aanvraag 9 ter, aanvraag verlenging, ...
- De instelling op de hoogte brengen van de veranderingen in de procedure + uitleggen wat de eventuele gevolgen hiervan zijn.
- De medische dienst van het centrum is verantwoordelijk voor het opmaken van de requisitoria, d.w.z. de ten laste name van de medische kosten.
- In geval van specifieke consultaties of behandelingen, alsook voor de aankoop van specifieke medicatie, moet de instelling eerst het akkoord vragen aan het centrum en het centrum moet ook eerst een requisitorium doorsturen aan de instelling.
- Alle medische facturen worden naar het centrum opgestuurd die ze zal inboeken.
- De bewoner ontvangt ook zakgeld van het centrum (via factuur) d.w.z. : de instelling geeft (schieft het voor) het zakgeld (zelfde bedrag als de bewoners in het centrum) et zet dit nadien op de factuur

In geval van problemen of vragen mag het centrum altijd contact opnemen met de dienst medische beheer van de hoofdzetel

Opmerking: Er moet altijd een conventie opgemaakt worden tussen Fedasil en de instelling. Deze conventie mag echter NIET opgemaakt noch getekend worden door het centrum. Het is enkel de bevoegdheid van de dienst medisch beheer van de hoofdzetel om conventies op te maken en deze mogen ook enkel getekend worden door de Directeur Generaal van Fedasil!

5. WANNEER WORDT EEN CONVENTIE OPGEMAAKT?

Een conventie wordt opgemaakt voor een persoon in lopende geldige procedure (Een 9ter alleen is niet voldoende) die omwille van medische reden opgenomen wordt in een externe instelling, en dit voor een periode van minstens 6 maand.

Externe instellingen kunnen zijn:

- RVT, WZC, ROB
- Revalidatiecentra (vb. Pellenberg, centre William Lennox)
- Instelling voor personen met een fysieke en/of mentale beperking
- Psychiatrische instelling of verzorgingstehuis (PVT)

6. OPMAAK EN GOEDKEURING VAN DE CONVENTIE

De conventie wordt opgemaakt door de dienst medisch beheer van de hoofdzetel en wordt vervolgens opgestuurd naar de instelling voor aanpassing en goedkeuring.

Nadien wordt de conventie naar de juridische dienst verstuurd ter goedkeuring en wordt deze nadien getekend door de Directeur-Generaal van Fedasil.

Vervolgens wordt de conventie opgestuurd naar de instelling ter ondertekening en uiteindelijk komt de ondertekende conventie terug naar de hoofdzetel.

7. WAT STAAT IN DEZE CONVENTIE?

De algemene gegevens van alle partijen: de instelling, Fedasil, de bewoner en het centrum waar de bewoner werd toegewezen (code 207)

Dat de opvolging van de procedure van de bewoner en de facturatie gebeurt door het centrum

Dat een opname enkel in gemeenschappelijke kamer kan. Uitzondering hierop is enkel mogelijk om medische reden en met akkoord van de dienst medisch beheer.

Vermelding dat voor elke specifieke behandeling (vb. Operatie, verandering van instelling (vb. nr. revalidatiecentrum), etc.) moet de arts van het centrum zijn akkoord geven en moet een requisitorium worden opgemaakt. Dit is ook van toepassing in het geval van een behandeling met specifieke medicatie.

Aansluiting TV wordt betaald. Telefoon, internet en persoonlijke aankopen daarentegen worden niet ten laste genomen door Fedasil.

Het zakgeld wordt door de instelling betaald (zelfde bedrag als de bewoners in het centrum !!!) en nadien gefactureerd aan Fedasil. Er wordt dan geen zakgeld meer uitbetaald door het centrum.

De conventie, dus de ten laste name, stopt op het ogenblik dat de ten laste name door Fedasil stopt; einde procedure (de persoon wordt illegaal), regularisatie, enz.....

8. PRAKTISCH

Er wordt door het centrum een requisitorium opgemaakt vanaf het moment van opname, en dit voor een periode van 1 maand (te vermelden op het requisitorium). Indien de instelling aangepast is aan de noden van de bewoner en terugkeer naar een opvangstructuur niet mogelijk is binnen de 6 maand, wordt een conventie opgemaakt.

Indien de conventie nog niet in orde zou zijn bij het verlopen het eerste requisitorium wordt een nieuw requisitorium opgemaakt.

ADDENDUM 4: Syphilis

1. PATHOGENESE

Incubatie: 10-90 dagen

Primair Syphilis: één of meerdere pijnloze zweertjes op de plaats van het contact (geslachtsdelen, anus, mond) met eventueel een pijnloze zwelling van de lymfeklieren gedurende enkele weken. Deze verdwijnt ook zonder behandeling.

Secondaire Syphilis: gekenmerkt door diffuse letsels. Meest typisch zijn huidafwijkingen zoals niet-jeukende *rash* vooral op handpalm en voetzool, maar ook viscerale symptomen kunnen aanwezig zijn in combinatie met andere mucocutane symptomen zoals alopecia en condylomata acuminata en veralgemeende lymfadenopathie, constitutionele symptomen zoals moeheid, koorts, gewichtsverlies en CZS aantasting (meestal asymptomatisch).

Symptomen treden meestal op 2 tot 8 weken na de primaire laesie (variabel).

Latente Syphilis: geen klinische verschijnselen, lues serologie wel positief; van 1 tot 30 jaren

Tertiaire Syphilis: komt voor bij 30% van de niet behandelde patiënten met eventueel de dood tot gevolg. Kan lijden tot bv. gummateuze syphilis of cardiovasculaire Syphilis. Er bestaat ook een congenitale Syphilis met typische vormafwijkingen van het gebit en de schenen.

2. OPSPORING EN DIAGNOSE

Syphilis is aantoonbaar in het bloed 3 maand na de infectie. Wij stellen voor om Syphilis op te sporen tijdens de standaard bloedafname bij intake (TPHA). De TPHA blijft in >90% van alle gevallen levenslang positief.

De RPR test wordt enkel gebruikt voor de follow-up van behandeling. Een viervoudige verandering in titer is noodzakelijk om een significant verschil aan te tonen. De stalen moeten hiervoor getest worden in hetzelfde labo met dezelfde techniek (idealiter).

Indien TPHA negatief is bij een verdacht klinisch beeld van een sjanker (zweer), wordt aanbevolen de test opnieuw uit te voeren 1-2 weken later.

Sluit altijd neurologische symptomen uit. Indien neurologische symptomen aanwezig zijn (bv. hoofdpijn, gezichtsproblemen en/of indien twijfel en/of indien verdachte neurosyphilis en/of indien co-infectie van HIV verwijs altijd door voor een lumbaalpunctie en voor behandeling!

Indien een syphilis-janker aanwezig is, kan wondvocht genomen worden om de bacterie op te sporen via immunologische kleuring, PCR of donkerveldmicroscopie. Opgepast. Dit moet doorgestuurd worden naar een specifieke laboratoria.

3. BESCHERMINGSMATREGELEN

Sluit altijd andere SOI (HIV...) uit en geef informatie rond risicovol gedrag. Geef preventie naar partners toe gedurende de behandeling. Het is uiteraard ook aan te raden om, indien mogelijk, alle seksuele partners van de geïnfecteerde persoon ook te behandelen.

ADDENDUM 5: Hepatitis B

1. EPIDEMIOLOGIE

Hepatitis B is een ontsteking van de lever die ontstaat door besmetting met het hepatitis B-virus. De overdracht kan plaatsvinden van moeder op kind bij de geboorte, door seksueel contact of contact met bloed.

Geschat wordt dat wereldwijd 250 à 290 miljoen mensen geïnfecteerd zijn met het hepatitis B-virus. Dit is meermaals de prevalentie van hepatitis C virus (HCV), die ongeveer 70 miljoen bedraagt. Voor specifieke landeninfo over hepatitis B (en C) die steeds up-to-date wordt gehouden kan je terecht op het 'Hepatitis observatory' op <https://cdafound.org/polaris-regions-dashboard/>

De kans op chronische besmetting hangt af van de leeftijd op het moment van besmetting. Indien besmet als neonatus (op moment van bevalling) of peuter-kleuterleeftijd, is de kans op chroniciteit meer dan 90% (dus de overgrote meerderheid van de personen die lijden aan chronische hepatitis B). Indien besmetting op volwassen leeftijd, is de kans op chroniciteit veel kleiner (10%).

In tegenstelling tot hepatitis C, is eradicatie van HBV zeer zeldzaam (1%). Een antivirale behandeling zorgt wel voor krachtige virale suppressie en normaliseren van de levertesten, waardoor er een veel kleinere kans is op progressie van fibrose (en hepatocellulair carcinoom of HCC).

2. RISICOFACTOREN

Gekende risicofactoren zijn:

- I.V. of nasale druggebruikers
- patiënten die een bloedtransfusie, een transplantatie of een ernstige chirurgische ingreep hebben ondergaan vóór 1990 (in België)
- patiënten met een nierdialyse
- partners, kinderen of andere familieleden van een patiënt besmet met het HCV
- patiënten positief voor HIV of HBV
- personen met verschillende seksuele partners
- personen die medische zorgen hebben gekregen in landen met een hoge HCV prevalentie (Oost-Europa, Zuid-Azië, Midden-Oosten, West-Afrika, Sovjet-Unie)
- personen met tatoeages, piercings ... waarbij geen wegwerpmateriaal werd gebruikt
- baby-boomers (geboren tussen 1946 en 1964)

3. OPSPORING EN NUTTIGE SEROLOGIE

We raden aan een opsporing voor te stellen aan alle asielzoekers door een opsporing van HBsAg.

In de praktijk wordt aangeraden om in het opvangcentrum enkel **sAg en ALT** te controleren.

Indien sAg positief is, en er is geen labo-resultaat beschikbaar uit het verleden, wordt een nieuwe controle van sAg gedaan na zes maanden om een onderscheid te maken tussen een acute en chronische infectie (cfr infra).

Acute hepatitis B gaat samen met forse icterus en belangrijk ziektegevoel, maar zal quasi steeds tot spontane eradicatie leiden.

We spreken van **chronische hepatitis B** indien sAg minstens 6 maanden aanwezig blijft.

Volgende tabel van het Centre for Disease Control geeft aan hoe het onderscheid te maken.

HBsAg	anti-HBc	IgM anti-HBc	anti-HBs	
-	-	-	-	Nooit geïnfecteerd
+	-	-	-	Vroege acute infectie; transiënt (tot 18d) na vaccinatie
+	+	+	-	Acute infectie
-	+	+	+ of -	Acute genezende infectie
-	+	-	+	Hersteld van infectie en immuun
+	+	-	-	Chronische infectie

Specialisten houden bovendien rekening met de volgende bepalingen:

- Hepatitis enzymen: ALT
- PCR HBV-DNA: rechtstreekse virusmeting
- Alpha-foetoproteïne (tumormarker HCC)
- Evt. (indien klinische tekenen): coagulatie, bloedplaatjes, albumine, bilirubine...

Doorverwijzing naar een Hepatoloog indien:

- sAg minstens zes maanden positief is met een verhoogd ALT → nagaan DNA en alfaFP en behandeling opstarten
- er een indicatie is voor gevorderde fibrose (F3) of cirrose (F4) → andere etiologieën uitsluiten

4. CRITERIA VOOR BEHANDELING EN TEN LASTE NAME

Een behandeling voor hepatitis B wordt ten laste genomen door Fedasil volgens de criteria die gelden voor het RIZIV. Het gaat over een volwassen persoon die lijdt aan een actieve en chronische hepatitis B.

Een actieve en chronische hepatitis B wordt gekenmerkt door volgende elementen die samen voorkomen:

- HBsAg positief sedert 6 maanden én
- bewijs van virale replicatie: HB-DNA \geq 2.000 UI/ml én
- ALT: twee recente waarden > normale grens bovenwaarde

Daarnaast is behandeling geïndiceerd bij bewijzen van cirrose, en bij zwangerschap met een virale lading > 200.000.

Het is aan een gastro-enteroloog/ Hepatoloog om de best geschikte behandeling voor te schrijven. De courante behandelingen zijn Tenofovir (Viread/Vemlidy) of Entecavir (Baraclude).

5. BESCHERMINGSMAAATREGELEN EN VACCINATIE

Hepatitis B vaccinatie wordt enkel aangeraden voor de partner en kinderen (zonder anti-HBs) van chronische dragers van HBV.

Het wordt gewoonlijk toegediend in een serie van 3 dosissen volgens een 0-, 1-, 6-maand schema. De 2e dosis moet minstens 1 maand na de eerste dosis gegeven worden, de derde dosis moet 6 à 12 maanden na de eerste dosis. De derde dosis wordt het best niet toegediend voor de leeftijd van 24 weken bij zuigelingen. Toediening van een 4e dosis (wegens combinatievaccins en reeds een dosis bij de geboorte) is toegelaten. Een versneld vaccinatieschema (niet 100% effectief) gebeurt via een dosis op dag 0, 7, en 21–30; een booster op 12 maanden moet worden toegediend om lange termijn immuniteit te bekomen.

Een **bijzondere vorm van PEP tegen hepatitis B** is de postpartum profylaxis van baby's van HBsAg-positieve moeders. Perinatale HBV-transmissie kan voorkomen worden door identificatie van HBV-geïnfecteerde moeders ("HBsAg"-positief) en toediening van hepatitis B immunoglobulines en HB vaccinatie binnen de 12u na de geboorte. Dit gebeurt in het ziekenhuis.

Naast de vaccinatie van familieleden en de **standaard veiligheidsmaatregelen**, zijn geen specifieke maatregelen te nemen of te voorzien. Weliswaar dient rekening gehouden te worden met de lange overlevingstijd van het virus buiten het lichaam (tot 3 weken!).

ADDENDUM 6: Hepatitis C

1. EPIDEMIOLOGIE

Op wereldniveau is de prevalentie van hepatitis C de laatste jaren gedaald tot 58 à 71 miljoen. Acute HCV infectie is moeilijk detecteerbaar omwille van het asymptomatisch karakter van de ziekte en de marginalisatie van de at-risk populatie.

Ongeveer 20% van de besmette personen hebben een spontane genezing, vnl bij bepaalde genotypes (sterk verschillend van land tot land). De overige patiënten ontwikkelen een chronische hepatitis. Spontane eradicatie wordt vaker gezien bij druggebruikers dan bij HIV gecoinfecteerde MSM (men having sex with men).

Ongeveer 20% van de personen die chronische HCV drager zijn, ontwikkelen een cirrose en/of leverkanker, gemiddeld 20 jaar na infectie. De evolutie naar fibrose hangt af van de leeftijd op het ogenblik van de infectie en van comorbiditeit zoals alcohol misbruik en HIV infectie.

Met de huidige medicatie bedraagt de kans op definitieve virusklaring 97-98%.

2. RISICOFACTOREN

Gekende risicofactoren zijn:

- I.V. of nasale druggebruikers
- patiënten die een bloedtransfusie, een transplantatie of een ernstige chirurgische ingreep hebben ondergaan vóór 1990 (in België)
- patiënten met een nierdialyse
- partners, kinderen of andere familieleden van een patiënt besmet met het HCV
- patiënten positief voor HIV of HBV
- personen met verschillende seksuele partners
- personen die medische zorgen hebben gekregen in landen met een hoge HCV prevalentie (Oost-Europa, Zuid-Azië, Midden-Oosten, West-Afrika, Sovjet-Unie)
- personen met tatoeages, piercings ... waarbij geen wegwerpmateriaal werd gebruikt
- baby-boomers (geboren tussen 1946 en 1964)

3. OPSPORING EN BIJKOMENDE ONDERZOEKEN

Er wordt aangeraden om aan elke asielzoeker een systematische opsporing HCV voor te stellen door bepaling van HCV-antilichamen.

De prevalentie onder de migratie populatie is vrij hoog en heel wat asielzoekers kennen hun HCV serologie status niet.

[NEW] Indien de AI voor **HCV positief** zijn, is een PCR HCV-RNA noodzakelijk om het **onderscheid** te maken tussen chronische infectie (80%) of spontane klaring (20%). **Deze PCR en de bijkomende genotypering kunnen aangevraagd worden aan het labo vanuit de opvangstructuur. Deze resultaten zijn essentieel vooraleer door te verwijzen naar een hepatoloog.**

Indien **PCR positief** is wordt de patiënt **doorverwezen naar een hepatoloog** voor de bepaling van de graad van fibrose via fibroscan (Geen biopsie meer nodig.) en bepaling van inflammatie.

3.1 Fibroscan

Het bepalen van de graad van fibrosis is erg belangrijk voor de opvolging van de patiënt met (kans op) levercirrose en eventuele leverkanker en afhankelijk van de graad moet een min of meer strikte follow-up en behandeling gebeuren.

De evaluatie van de graad van fibrose volgens de commissie van het RIZIV is gebaseerd op de combinatie van een fibroscan (of elastografie) en bloedtesten.

De fibroscan is een niet- invasieve, betrouwbare en snelle manier om door een speciaal echografisch onderzoek de elasticiteit van de lever te meten, en zo de graad van fibrose te diagnosticeren en op te volgen. De elasticiteitswaarde wordt uitgedrukt in kilopascal (kPa) en is een maat voor de ernst van fibrose.

- F0= normale waarden: < 4 kPa
- F1= minimale fibrose: > 4
- F2= matige fibrose: > 7,2
- F3= ernstige fibrose: > 9,3
- F4= cirrose: > 12,5 kPa

4. CRITERIA VOOR BEHANDELING EN TEN LASTE NAME

[NEW] Wanneer diagnose hepatitis C, en na de resultaten van de PCR en de genotypering, doorverwijzing naar hepatitis C expertisecentrum voor staging (dmv aanvullend labo en fibroscan) en advies (o.a. rond prognose en transmissie).

4.1. Behandeling

4.1.1. Interferon/ribavirine

Behandeling met interferon wordt niet meer gedaan, gezien de ernstige neveneffecten en de beperkte succes ratio.

4.1.2. Direct Acting Antivirals

De behandeling van chronische hepatitis C bestaat uit Direct Acting Antivirals. De DAA's die momenteel in België gebruikt worden zijn combinatiepreparaten bestaande uit verschillende antivirale moleculen, en blinken uit in efficiënte en korte behandelingstermijnen. Maviret (8w, zeer zelden 12w) en Eplclusa (12w) zijn pangenotypisch en kunnen dus gebruikt worden bij elk genotype. Zepatier (12w) is enkel geïndiceerd bij genotype 1 & 4.

4.1.3. Contra-indicaties

Er zijn geen expliciete contra-indicaties, maar wel dient rekening gehouden te worden met drug-drug-interacties (DDI's), bijvoorbeeld met bepaalde antiretrovirale middelen. Deze kunnen eenvoudig opgezocht worden op de 'liverpool website' (www.hep-druginteractions.org).

4.1.4. Evaluatie na behandeling

Twaalf weken na de behandeling dient een nieuwe PCR test afgenomen te worden om te kunnen besluiten tot sustained virological result (SVR). Zo negatief, is de patiënt definitief virusvrij en niet langer besmettelijk.

De patiënt dient wel rekening te houden met het feit dat antistoffen voor hep C persisteren doch niet protectief zijn (dus mogelijkheid van re-infectie na risicogedrag).

4.1.5. Follow-Up van de patiënt

Tot behandeling dient elke hep C patiënt opgevolgd te worden met een jaarlijkse bloedafname en fibroscan.

Na succesvolle behandeling worden enkel de patiënten opgevolgd met gevorderde fibrose of cirrose (F3-4) en de patiënten met risicofactoren (ethyl, overgewicht).

4.2. Ten laste name

[NEW] Gezien de behandeling een voorafgaand akkoord nodig heeft van een adviserend arts volgens de huidige RIZIV regelgeving, is het noodzakelijk dat een aanvraag uitzonderlijke ten laste name wordt ingediend.

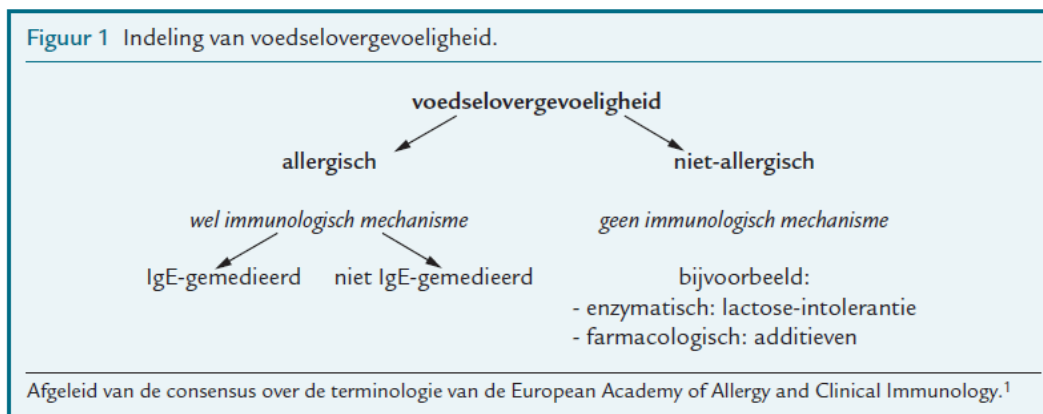
5. BESCHERMINGSMAATREGELEN

Omdat de ziekte hoofdzakelijk via bloed wordt overgedragen, zijn specifieke beschermende maatregelen niet nodig, naast universele beschermingsmaatregelen.

HBV-vaccinatie is niet noodzakelijk voor HCV patiënten tenzij er sprake is van ernstige fibrose of seksueel risico gedrag.

ADDENDUM 7: Dieet

1. VOEDSELOVERGEVOELIGHEID



1.1. WAT IS VOEDSELOVERGEVOELIGHEID?

Voedselovergevoeligheid is de overkoepelende term voor overgevoeligheidsreacties op eten, zoals voedselallergie (allergisch) en voedselintolerantie (niet-allergisch). De onderliggende mechanismen zijn verschillend:

- Bij een **voedselallergie** reageert je afweersysteem abnormaal op bepaalde eiwitten uit voeding. Het beschouwt ze als vreemd en stoot ze af.
- Bij een **voedselintolerantie** loopt het fout met de vertering van bepaalde voedingsproducten. Dat komt bijv. door een tekort aan bepaalde stoffen die een functie hebben bij de vertering.

1.2. HOE VAAK KOMT VOEDSELOVERGEVOELIGHEID VOOR?

We maken terug het onderscheid tussen voedselallergie en voedselintolerantie.

1.2.1. Voedselallergie

Van alle volwassenen heeft 3 tot 4% een voedselallergie. De meest voorkomende voedingsmiddelen die ernstige allergische reacties kunnen uitlokken zijn:

- noten (bijv. pinda);
- groenten en fruit;
- melk;
- soja;
- ei;
- vis;
- schaal- en schelpdieren;
- tarwe.

Uit studies blijkt dat 20% van de mensen bepaalde voedingsmiddelen vermijden, omdat ze er klachten van ondervinden. Dat betekent echter niet altijd dat ze een allergie hebben. Een vermoeden

van een allergie komt dus veel vaker voor dan een aangetoonde allergie.

1.2.2. Voedselintolerantie

Van alle volwassenen heeft 3 tot 4% een voedselintolerantie. De meest voorkomende voedselintoleranties zijn:

- melk- en melkproducten;
- tarwe en gluten;
- peulvruchten;
- eieren;
- gist.

1.3. KOMT VOEDSELOVERGEVOELIGHEID MEER VOOR BIJ VERZOEKERS OM INTERNATIONALE BESCHERMING?

Er wordt algemeen aangenomen dat mensen met een zwarte huidskleur een hogere kans hebben op voedselovergevoeligheid dan mensen met een witte huidskleur. Aziatische personen hebben daar en tegen minder kans op voedselovergevoeligheid dan personen met een zwarte huidskleur, maar meer dan personen met een witte huidskleur.

Voedselovergevoeligheid kan worden gelinkt aan factoren zoals genetica, sociaal-economische factoren (inkomen, opleiding) en het milieu, dat zowel fysieke (b.v. allergenen, stofdeeltjes, enz.) als maatschappelijke componenten (b.v. armoede en geweld in de buurt) kan omvatten.

Naast de bovenvermelde algemene factoren worden vluchtelingen tijdens hun reis ook geconfronteerd met verschillende voedingsproblemen. Ze komen vaak in het gastland aan met een tekort aan eiwitten en calorieën en/of een tekort aan micronutriënten die voedselintolerantie kan veroorzaken. Dit kan worden gecombineerd met een verminderde oorspronkelijke voedingsstatus in hun thuisland, aangezien veel regio's nu te maken hebben met een dubbele last van ondervoeding.

Eenmaal aangekomen in het gastland ondergaan de vluchtelingen of verzoekers om internationale bescherming een proces waarin ze de eetgewoonten van het gastland gaan overnemen, namelijk dieetacculturatie. De verandering van eetgewoontes kan laattijdige blootstelling aan allergenen veroorzaken zoals bv. voor bepaalde groente of fruit met voedselallergie als resultaat.

1.4. WELKE KLACHTEN MELDT EEN PERSOON MET VOEDSELOVERGEVOELIGHEID?

Personen met een voedselovergevoeligheid kunnen volgende klachten hebben:

- Klachten aan mond, keel en neus: jeuk, branderig gevoel, roodheid, verdikking, loopneus.
- Klachten aan maag en darmen: overgeven, buikpijn, buikkrampen, diarree.
- Huidklachten: vlekjes, jeuk, roodheid, bulten, eczeem.
- Longklachten: hoesten, moeilijk of piepend ademhalen, benauwdheid.
- Klachten aan hart en vaten: hartkloppingen, duizeligheid en flauwvallen.

Een voedselallergie kunt u herkennen aan verschillende soorten klachten tegelijk, meteen na het eten van iets. Bijvoorbeeld na het eten van pinda: jeuk (een huidklacht) én moeilijk ademen (een longklacht). Er is dan ook een breed spectrum van symptomen mogelijk. Symptomen kunnen mild zijn tot zeer ernstig (bv. een anafylactische shock).

De voedselovergevoeligheden en klachten die vaker voorkomen zijn:

Voedselallergieën: De klachten bij een voedingsallergie verschillen van patiënt tot patiënt. Wel treden de symptomen meestal op binnen enkele minuten tot twee uur na het eten van het voedsel. Telkens als het voedingsmiddel opnieuw gegeten wordt, krijgt men klachten omdat het lichaam het voedingsmiddel herkent als een schadelijke stof. Er komen dan stoffen vrij die zorgen voor de allergische klachten. Symptomen die bij een voedingsallergie kunnen optreden werden hierboven omschreven.

Klachten door gluten (**Coeliakie**): Gluten zitten in granen (tarwe, rogge, gerst, spelt, kamut) en graanproducten, zoals brood of pasta. Dit kan darmklachten en diarree geven.

Lactose-intolerantie: Typisch voor lactose-intolerantie is dat je, nadat je melkproducten hebt gegeten of gedronken, last krijgt van buikkrampen, diarree of winderigheid. Lactose-intolerantie kan je heel wat klachten bezorgen, maar is doorgaans niet gevaarlijk.

1.5. GAAT VOEDSELOVERGEVOELIGHEID OVER OF BLIJFT ZE LEVENSLANG BESTAAN?

Bij **voedselallergie** is er een wisselend natuurlijk verloop. Allergieën die typisch overgaan na de kindertijd zijn deze voor melk, ei, bloem, soja. Allergiën die typisch persisteren zijn pinda, hazelnoot, vis en zeevruchten.

Coeliackie blijft levenslang bestaan, maar de klachten zijn wisselend.

Bij **lactose-intolerantie** speelt de etnische achtergrond een grote factor. Kaukasiërs⁶ heeft de unieke eigenschap dat de lactase-activiteit gedurende het hele leven gehandhaafd blijft. Mensen met een andere etniciteit zijn genetisch zo geprogrammeerd dat de lactaseproductie afneemt na de zoogperiode.

1.6. WELKE DIAGNOSTISCHE TESTS ZIJN ER BESCHIKBAAR?

Voedselallergie. De gouden standaard voor de diagnose van voedselallergie is de *dubbelblinde placebo-gecontroleerde voedselprovocatie*. Zelfrapportering en serologie voor IgE zijn onbetrouwbaar, huidtest geven enkel informatie over de mate van sensibilisatie.

De voedselprovocatietest is echter een zeer omslachtige test waarvoor 2 dag opnames in het ziekenhuis nodig zijn. Bij deze test wordt het verdachte voedsel verstoep in een voedingsstof waar de persoon wel tegen kan.

⁶ De term Kaukasisch ras is een antropologische term, die in het verleden werd gebruikt om het algemene fysieke type van (een deel van) de oorspronkelijke bevolking van Europa, Noord-Afrika, Hoorn van Afrika, Zuidwest-Azië en Zuid-Azië aan te duiden.

De eerste en belangrijkste pijler in de diagnose is een grondige anamnese van de voedselinname gekoppeld aan de klachten. Een voedseldagboek kan hierin nog verdere verfijning brengen.

Belangrijke vragen voor de anamnese zijn:

1. Wat zijn de symptomen en hoe lang na de voedingsinname treden ze op?
2. Treden de klachten ook op zonder blootstelling aan het verdachte voedingsmiddel? (Als wel dan is voedselallergie minder waarschijnlijk.)
3. Wanneer het verdachte voedingsmiddel vermeden wordt, blijvende klachten bestaan of keren ze weer terug?
4. Komt er bij de patiënt of eerstegraads familieleden atopie voor (contacteczeem, allergische astma, allergische rhino-conjunctivitis of voedselallergie)?
5. Hoe is de diagnose van de voedselallergie in het verleden precies gediagnostiseerd?

Coeliackie. Hier is de diagnose via bloed wel mogelijk via de dosage van IgA weefseltransglutaminase antistoffen (tTGA). Een positief resultaat betekent 60% kans dat de gluten de oorzaak zijn van de klachten.

Lactose intolerantie. Wordt gediagnosticeerd via een lactose- ademtest. Voor deze ambulante test moet de persoon 50 g lactose innemen op nuchtere maag en wordt de hoeveelheid waterstof (H₂) in uitgeademde lucht als maat genomen voor de hoeveelheid lactose die toch de dikke darm bereikt en daar door bacteriën wordt gefermenteerd tot o.a. melkzuur.

Een alternatief is een eliminatietest gedurende verschillende weken. Hierbij moeten echter ook alle verborgen bronnen van lactose vermeden worden.

1.7. HOE PAKKEN WE EEN VRAAG ROND VOEDSELGEVOELIGHEID AAN OP DE MEDISCHE DIENST?

Een eerste anamnese via vooropgestelde vragen (zie 1.6.' hierboven) moet je op het spoor brengen van de aard van een mogelijke overgevoeligheid: een voedselallergie of -intolerantie? Soms is het nodig om meerdere oorzaken te onderzoeken.

Indien de anamnese grondig is uitgevoerd en een allergie lijkt mogelijk, kunnen verdere tests ten laste genomen worden.

Afhankelijk van het resultaat kan een aanvraag ingediend worden voor een aangepaste opvangplaats waar individueel koken mogelijk is via een transfert voor medische redenen (via Data Noord).

ADDENDUM 8: Hervestiging

1. IDENTIFICATIE- EN SELECTIEPROCEDURE

In een eerste fase zal UNHCR (Hoog Commissariaat voor de Vluchtelingen van de Verenigde Naties) vluchtelingen identificeren die voldoen aan de voorwaarden voor hervestiging. In functie van de Europese, en in tweede fase de Belgische voorwaarden worden vluchtelingen geïdentificeerd die in aanmerking komen voor hervestiging naar België.

Het CGVS (Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen) reist af naar het land waar de vluchteling zich bevindt om selectiegesprekken uit te voeren bij de voor België geselecteerde vluchtelingen. De selectie van de vluchtelingen gebeurt op basis van de criteria vermeld in de Conventie van Genève.

Het CGVS legt hun adviezen voor aan de staatssecretaris voor Asiel en Migratie die op zijn/haar beurt deze adviezen goed- of afkeurt. Indien een advies goedgekeurd wordt kan de persoon/familie op legale wijze reizen naar België, en met garantie op een erkenning als vluchteling in België.

Bij hun aankomst in België dienen de vluchtelingen pro-forma een verzoek om internationale bescherming in bij de Dienst Vreemdelingenzaken. Deze fase is een "formaliteit" aangezien hun dossier al gekend is en ze reeds een positief advies hebben gekregen van het CGVS. De vluchtelingen krijgen zo snel als mogelijk hun statuut als erkend vluchteling.

2. HERVESTIGINGSPROGRAMMA GEORGANISEERD DOOR FEDASIL

Na een positief advies van de staatssecretaris organiseert Fedasil volgende programma's die de transfer naar en de integratie in België moeten voorbereiden en vergemakkelijken.

1. Medische screenings
2. Sociale screenings
3. BELCO en BELCO+ training (*Belgian Cultural Orientation Training*)

In een **eerste fase** zal een medisch team en een team van hervestigingsmedewerkers afreizen naar het land waar de vluchtelingen verblijven om een medische en sociale screening uit te voeren voor elke vluchteling.

De sociale screening heeft als doel om via individuele gesprekken (per persoon of in familieverband) een eerste beeld te krijgen over wie de persoon of familie is, wat hun verwachtingen zijn en welke specifieke kwetsbaarheden ze hebben. Op die manier kan de meest aangepaste opvangplaats gezocht worden. Daarnaast is de sociale screening ook een moment om al eerste informatie rond het leven in België te verstrekken en te praten over het opvangmodel Community Sponsorship.

De medische screening, die gelijkloopt met de sociale screening wordt verder uitgebreider toegelicht.

In een **tweede fase** zal een team van verschillende hervestigingsmedewerkers afreizen naar het land waar de vluchtelingen verblijven om de Belgische Culturele Oriëntatietraining, of in het kort BELCO, te geven aan de geselecteerde vluchtelingen. Tijdens de BELCO-training worden de vluchtelingen vier

dagen lang ondergedompeld in interactieve sessies over een veelheid aan aspecten van het leven in België. Het doel is om de verwachtingen van de vluchtelingen zo goed mogelijk te beheren, zodat zij op die manier een geïnformeerde keuze kunnen maken over hun hervestigingstraject.

Na aankomst in België wordt er door de flying coaches, hervestigingscoaches verbonden aan de vijf hervestigingscentra, de BELCO+ training gegeven aan de hervestigde vluchtelingen. Alle hervestigde vluchtelingen, ongeacht via welk opvangmodel zij opgevangen worden, krijgen deze training. Tijdens de BELCO+ training wordt dieper ingegaan op de informatie die reeds in BELCO was besproken, en heeft hebben de hervestigde personen de kans om persoonlijke ervaringen hier in België te delen en gerichte informatie te vragen.

3. TRANSFER NAAR EN OPVANG IN BELGIË

3.1. TRANSFER NAAR BELGIË

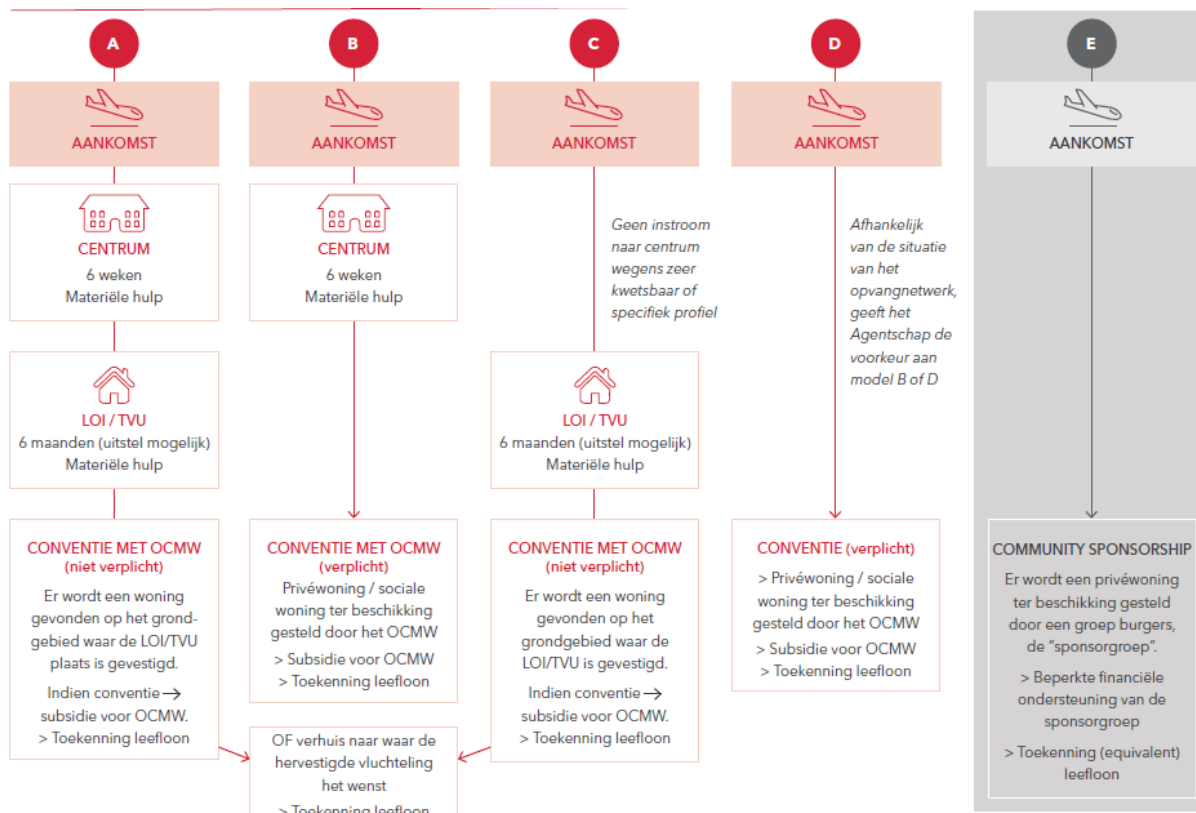
De operationele organisatie van de reis gebeurt door IOM. Met behulp van Buitenlandse Zaken en de Belgische Ambassades zorgen zij voor het boeken van zowel lokale als internationale vluchten, voor reisbijstand bij vertrek, transit en aankomst en faciliteren ze immigratie- en douaneformaliteiten in samenwerking met de Belgische autoriteiten.

Bij aankomst in de Nationale luchthaven in België is er steeds een delegatie van het Hervestigingsprogramma aanwezig om hen te verwelkomen en uitleg te geven.

3.2. OPVANG IN BELGIË

3.2.1. Verschillende mogelijkheden

Sinds 2023 is het ook mogelijk voor vzw's of ngo's om een conventie met Fedasil aan te gaan voor de opvang van hervestigde vluchtelingen.



4. MEDISCH PROGRAMMA HERVESTIGING

Het medisch programma Hervestiging heeft als voornaamste doel de medische noden van vluchtelingen die een positief antwoord hebben ontvangen van de staatssecretaris te detecteren, medische noden vóór en tijdens de transfer naar België te organiseren indien vereist en de continuïteit van de zorg te garanderen na aankomst in België.

Het medisch team bestaat uit 1 Verpleegkundig coördinator Hervestiging en een pool van verpleegkundigen die een specifieke opleiding hebben gevolgd. Er is een nauwe samenwerking met de Internationale Cel Fedasil.

Voor het ondersteunende en operationele medische luik wordt samengewerkt met de International Organization of Migration (IOM).

4.1. MEDISCH TRAJECT

4.1.1. Medische Screening

Bij elke vluchteling die een positief antwoord heeft ontvangen na het interview met het CGVS wordt een medische screening uitgevoerd door het medisch team Hervestiging Fedasil in het land waar de vluchteling verblijft alvorens hij/zij naar België reist.

4.1.1.1. Doel

De voornaamste doelen zijn:

- Detectie van medische problemen die een invloed kunnen hebben op een eventuele transfer naar België en/of invloed hebben op de opvangplaats.
- Voorkomen van uitstel transfer naar België omwille van medische redenen.
- Aanmaak eerste medische fiche voor de medische diensten in de opvangcentra of huisarts zodat deze de aankomsten kunnen voorbereiden.
- Indien medisch complexe situatie; vluchteling informeren over gezondheidssysteem in België en aftoetsen of de verwachtingen realistisch zijn.

4.1.1.2. Medisch dossier

De medische screening is gebaseerd op een speciaal ontwikkelde checklist (► **Annex 22: Medical Screening Resettlement Belgium**) die per individu opgemaakt wordt en waarbij eventueel medische rapporten worden toegevoegd.

Op basis van de verzamelde informatie worden volgende vragen beantwoord:

1. Is de persoon op dag van medische screening gezond genoeg om te reizen? Indien niet. Wat is nodig om de persoon te stabiliseren zodat reizen op vooropgestelde reisdatum wel mogelijk is?
2. Zijn er specifieke noden die voorzien moeten worden tijdens de transfer? (Bv. rolstoel, stretcher, medische escort, etc.)
3. Zijn er specifieke noden voor de opvangplaats? (Indien van toepassing, Match-It labels toekennen)

4.1.2. Pre-Departure Medical Screening en Fit To Fly

4.1.2.1. Pre-Departure Medical Screening

Indien de persoon op de dag van de medische screening niet als gezond genoeg beschouwd wordt om de reis naar België te ondernemen, wordt aan IOM gevraagd een bijkomende Pre Departure Medical Screening (PDMS) te organiseren. Dit kan zowel een bloedanalyse inhouden als een consultatie bij een specialist met bijhorende medicamenteuze therapie.

IOM bezorgt de resultaten van bijkomende screening aan Fedasil die het op zijn beurt toevoegt aan het medisch dossier.

4.1.2.2. Fit To Fly

Daags voor de vluchteling vertrekt naar België voert IOM een laatste check uit om na te gaan of alle personen gezond genoeg zijn om de reis aan te vatten. Dit gebeurt op basis van het Fit To Fly (FTF) document.

Indien er toch een tegenindicatie zou zijn om te reizen, dan wordt de reis voor deze persoon/familie uitgesteld naar een latere datum. In tussentijd zal IOM een (nieuwe) Pre Departure Medical Screening uitvoeren.

IOM bezorgt de resultaten van de FTF-screening aan Fedasil, die het op zijn beurt toevoegt aan het medisch dossier.

4.1.3. Medische intake

De Medische informatie verzameld tijdens de missie (incl. medische documenten) wordt ongeveer drie weken voor de aankomst van de vluchteling in België gedeeld met de medische dienst van het centrum waar de persoon aan toegewezen wordt. Dit geeft de medische dienst de mogelijkheid de aankomst goed voor te bereiden en in te plannen in hun consultatieagenda. Er zal een melding gedaan worden aan de medische diensten over welke personen als eerste gezien moeten worden omwille van een medische problematiek.

Indien een persoon/familie buiten het reguliere opvangnetwerk een opvangplaats toegewezen krijgt, ontvangt de persoon/familie een medische enveloppe waarin alle verzamelde medische informatie per persoon is toegevoegd, inclusief een begeleidende brief voor de huisarts.

Zoals bij de reguliere verzoeker tot internationale bescherming (VIB) moet deze groep zich ook aanmelden op de dienst Dispatching voor een RX-thorax in het kader van Tuberculosepreventie en voor het vaccinatieprogramma georganiseerd door de dienst Dispatching.

De intake moet aan de standaard kwaliteitsnormen voldoen, maar omdat er al een eerste medische screening werd uitgevoerd is het niet vereist de intake opnieuw volledige over te doen.

Na twee weken wordt verwacht van de medische dienst dat de labels gegeven in Match-It door de dienst Dispatching op basis van gegevens verzameld tijdens de Medische screenings aangepast worden naar de situatie in het opvangcentrum. Dit om een correcte toewijzing te kunnen doen naar een lokaal opvang initiatief (LOI) in de volgende fase.

ADDENDUM 9: Hongerstaking

1. INTERNE ORGANISATIE

Er moet duidelijk intern bepaald worden wie de actie opvolgt. Om een coherente communicatie te garanderen, moeten de hongerstakers weten wie hen begeleidt. De directie moet minstens een persoon ter beschikking stellen van de groep die opgeleid is inzake psychosociale begeleiding en een zorgverlener die de medische opvolging coördineert onder de verantwoordelijkheid van een arts. Zij brengen dagelijks verslag uit.

Het personeel dat niet bij de actie betrokken is, wordt wel objectief geïnformeerd.

2. HONGERSTAKERS

De directie moet de deelnemers aan de hongerstaking eraan herinneren dat de opvangcentra niet uitgerust zijn voor hongerstakingen en dat deze de goede werking in geen geval mogen verstoren. Er kan eventueel verwezen worden naar het huishoudelijk reglement.

De directie moet elke dag actief contact opnemen met de deelnemers om de situatie te beoordelen. Het is heel belangrijk om een goed contact te onderhouden tussen de directie en de deelnemers. Dit contact is vooral belangrijk om de bewoners gerust te stellen en de deelnemers te kunnen identificeren. Er mag geen enkele sanctie genomen worden op basis van de deelname aan de hongerstaking.

Er moet zo snel mogelijk een medisch contact opgericht worden voor de hongerstakers. Deze contactpersoon moet elke dag beschikbaar zijn voor de deelnemers van de hongerstaking en coördineert de meting van de gezondheidsparameters (gewicht, bloeddruk). Voor elke deelnemer wordt een medisch dossier opgesteld en dit moet beschikbaar zijn voor elke behandelende arts. De deelnemers die een medische/psychiatrische behandeling volgen moeten duidelijk geïnformeerd worden dat ze deze in geen enkel geval mogen stopzetten.

De deelnemers worden verwittigd van de hoeveelheden water (1,5 tot 2 liter per 24u), citroen (1 per anderhalve liter water) en zout (1 koffielepel per anderhalve liter water) die ze nodig hebben. Het centrum stelt deze middelen ter beschikking.

De leden van de permanentie worden geacht minstens vier maal de plaats(en) waar de hongerstakers 's nachts verblijven te bezoeken en de aanwezigheden op te nemen. Het aangeduide personeel moet het gebruik van de maaltijden in het restaurant bijhouden.

De deelnemers waarvan de gezondheidstoestand onrustwekkend wordt, moeten zonder uitstel naar een spoeddienst doorgestuurd worden.

Indien de betrokkenen desalniettemin een opname of behandeling weigeren, wordt de procedure voor een "dringende gedwongen opname ter observatie" ingezet. De betrokken persoon vormt dan immers een gevaar voor zichzelf.

Indien er een vermoeden is of het is aangetoond dat er minderjarigen deelnemen aan de hongerstaking, moet de dienst Jeugdzorg geïnformeerd worden.

Het centrum moet ervoor zorgen dat ze de gevolgen van de stopzetting van de hongerstaking aankan. Wanneer de hongerstaking is afgelopen mogen alleen kleine hoeveelheden licht verteerbaar voedsel opgenomen worden. De eerste dagen moeten we ervoor zorgen dat de opgenomen porties niet meer dan een derde van de normale hoeveelheden vormen. Deze hoeveelheid moet geleidelijk aan uitgebreid worden.

3. DERDE PARTIJEN

De advocaten mogen hun cliënten blijven bezoeken en moeten de mogelijkheid hebben om met hen te praten in een rustige ruimte.

De andere bezoekers mogen afspreken met de personen die ze wensen te zien in het hiervoor gebruikelijke lokaal.

Er mag in geen enkel geval een organisatie toegang krijgen zonder vooraf toelating te hebben van de centrumdirecteur.

4. DE HOOFDZETEL

De hoofdzetel wordt, via medische cel van de regio en de regiodirectie, elke dag op de hoogte gehouden per e-mail en volgende wordt doorgegeven:

- Het aantal hongerstakers (met een onderscheid tussen diegenen die ook een dorststaking houden) ;
- de plaats waar ze verblijven ;
- gezinssamenstelling ;
- nationaliteit ;
- de belangrijke gebeurtenissen van de dag via het 'sitrep' (situation report);
- de evolutie van het aantal hongerstakers ;
- een eventuele stopzetting van de actie.