

# **MEDISCH VADEMECUM**

Richtlijnen en instructies omtrent medische zorgen

**Versie 1: April 2023**

Medisch Beheer Fedasil

# Inhoudsopgave

<b>VOORWOORD .....</b>	<b>6</b>
<b>1. DE OPVANGWET .....</b>	<b>7</b>
1.1. VERZOEKER OM INTERNATIONALE BESCHERMING .....	7
1.2. MEDISCHE BEGELEIDING BINNEN DE OPVANGWET .....	8
1.3. MEDISCHE REGULARISATIE .....	8
<b>2. OPVANG VAN VERZOEKERS OM INTERNATIONALE BESCHERMING.....</b>	<b>9</b>
2.1. FASE 1: INSTROOM .....	9
2.2. FASE 2: OPVANG .....	10
2.2.1. <i>Opvangcentra</i> .....	10
2.2.2. <i>Alternatieven</i> .....	10
2.2.2.1. Individuele opvangstructuren .....	11
2.2.2.2. Specifieke structuren .....	11
2.2.2.3. Privé adres .....	11
2.2.3. <i>Niet Begeleide Minderjarige Vreemdelingen</i> .....	11
<b>3. MEDISCH KADER .....</b>	<b>12</b>
3.1. MEDISCH BEHEER.....	12
3.2. REGIONAAL MEDISCH TEAM BIJ FEDASIL.....	12
3.3. MEDISCHE DIENSTEN .....	12
<b>4. MEDISCHE DIENSTVERLENING GEDURENDE PROCEDURE VERZOEKER OM INTERNATIONALE BESCHERMING .....</b>	<b>13</b>
4.1. MEDISCHE SCREENING .....	13
4.2. MEDISCHE INTAKE .....	14
4.3. PREVENTIEPROGRAMMA'S.....	15
4.3.1. <i>Tuberculosepreventie</i> .....	15
4.3.1.1. Verwerking van de RX-Thoraxen.....	15
4.3.2. <i>Vaccinatieprogramma</i> .....	16
4.3.2.1. Vaccinatieprogramma .....	16
4.3.2.2. Vaccinatie bij minderjarigen (< 18 jaar) .....	17
4.3.2.3. Interval tussen verschillende vaccins .....	17
4.3.2.4. Registratie van de uitgevoerde vaccinaties.....	18
4.3.2.5. Vaccinaties .....	18
4.3.2.5.1. Vaccinatie tegen polio (IMOVAX).....	18
4.3.2.5.2. Vaccinatie tegen mazelen – bof – rubella (MBR) .....	18
4.3.2.5.3. Vaccinatie tegen difterie –tetanus – kinkhoest.....	19
4.3.2.5.4. Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep (= Influenza) .....	19
4.3.2.5.5. Vaccinatie tegen Covid-19.....	19
4.3.3. <i>Algemene bewustmaking en preventie</i> .....	20
4.3.4. <i>Epidemie of pandemie</i> .....	20
4.4. TOEDIENEN VAN MEDISCHE ZORG.....	21
4.4.1. <i>Kader van de medische zorg</i> .....	21
4.4.2. <i>Richtlijnen voor voorschrijven en verdelen van farmaca in een collectieve opvangstructuur</i> .....	21
<b>5. GLOBAAL MEDISCH DOSSIER.....</b>	<b>21</b>
5.1. ELEKTRONISCH GLOBAAL MEDISCH DOSSIER .....	21
5.1.1. <i>Invoeren van de gegevens in het Elektronisch Globaal Medisch Dossier</i> .....	22
5.1.2. <i>Toegang tot het ontvangen van informatie van externe diensten</i> .....	22
5.1.3. <i>Doorsturen van het Globaal Medisch Dossier</i> .....	22
5.1.3.1. <i>Uitwisseling van het Globaal Medisch Dossier</i> .....	23
5.2. ATTESTERING .....	23

5.2.1	Attestingering in het kader van een asielpcedure.....	24
5.2.1.1.	Attest Slachtoffer van Foltering .....	24
5.2.1.2.	Attest Vrouwelijke Genitale Verminking .....	25
5.3.	BEROEPSGEHEIM EN ALGEMENE VERORDENING GEGEVENSBESCHERMING .....	25
5.3.1.	Beroepsgeheim .....	25
5.3.2.	Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).....	26
<b>6.</b>	<b>MEDISCHE KOSTEN .....</b>	<b>26</b>
6.1.	INLEIDING .....	26
6.1.1.	<i>Inschrijving in de mutualiteit of Hulpkas Ziekte- en Invaliditeitsverzekering</i> .....	27
6.2.	FINANCIËLE ASPECTEN .....	28
6.2.1.	<i>Het requisitorium/ de toelating</i> .....	28
6.2.1.1.	Praktische uitvoering .....	28
6.2.1.1.1.	VIB verblijft in een opvangcentrum (Fedasil of partner) .....	28
6.2.1.1.2.	VIB verblijft op een privéadres (No Show) .....	28
6.2.2.	<i>Annulatiekosten</i> .....	29
6.2.3.	<i>Aankoop of verhuur van materiaal</i> .....	30
6.2.4.	<i>Facturen</i> .....	30
6.2.4.1.	Requisitoria of toelatingen.....	30
6.2.4.2.	Artsen: Betaling prestaties.....	31
6.2.5.	<i>Conventies</i> .....	31
6.3.	WETTELIJK KADER VAN TERUGBETALING VAN DE MEDISCHE ZORGEN DOOR FEDASIL .....	31
6.3.1.	<i>Medische verstrekkingen</i> .....	32
6.3.1.1.	Mondzorg.....	32
6.3.1.1.1.	Tandsteen verwijderen .....	33
6.3.1.1.2.	Conserverende verzorging bij cariës .....	33
6.3.1.1.3.	Tandextracties.....	33
6.3.1.1.4.	Wortelkanaalbehandelingen .....	33
6.3.1.1.5.	Algemene verdoving .....	34
6.3.1.1.6.	Tandprotheses .....	34
6.3.1.1.7.	Toekenning door de medische dienst .....	35
6.3.1.2.	Oogaandoeningen.....	35
6.3.1.2.1.	Niet chirurgische tussenkomsten .....	35
6.3.1.3.	Hoorapparaat.....	38
6.3.1.4.	Bandagisterie .....	38
6.3.1.5.	Gezinsplanning.....	38
6.3.1.5.1.	Contraceptie.....	38
6.3.1.5.2.	Zwangerschapsbeëindiging .....	39
6.3.1.5.2.	Fertiliteitsbehandeling .....	39
6.3.1.6.	Genetische testen .....	39
6.3.1.7.	Zorgtrajecten .....	39
6.3.2.	<i>Geneesmiddelen en Parafarmacie</i> 6.3.2.1. <i>Geneesmiddelen</i> .....	40
6.3.2.2.	Parafarmacie.....	40
6.3.2.2.1.	Parafarmaceutische producten .....	40
6.3.3.	<i>Vervoer en Tolken</i> .....	40
6.3.3.1.	Vervoer .....	41
6.3.3.2.	Tolken .....	41
6.3.4.	<i>Aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten</i> .....	42
6.3.4.1.	Hoe de aanvraag uitzonderlijke ten laste name indienen? .....	42
<b>7.</b>	<b>SPECIEFIEKE MEDISCHE PROBLEMATIEKEN .....</b>	<b>43</b>
7.1.	INFECTIEZIEKTEN.....	43
7.1.1	<i>Seksueel Overdraagbare Infecties (SOI)</i> .....	43
7.1.1.1	Chlamydia, Gonorrhoeae en Syphilis .....	43
7.1.1.2	HIV .....	43
7.1.1.3.	Hepatitis.....	44

7.1.1.3.1. Hepatitis A.....	44
7.1.1.3.2. Hepatitis B.....	45
7.1.1.3.3. Hepatitis C.....	45
7.1.2. Tuberculose.....	46
7.1.2.1. Screening bij aankomst.....	46
7.1.2.2. De periodieke screening op 6 en 12 maanden.....	46
7.1.2.3. Rapportering en monitoring van Tuberculose.....	46
7.1.3. MRSA.....	47
7.1.4. Varicella.....	47
7.1.5. <i>Helicobacter pylori</i> .....	48
7.2. PARASITOSE.....	48
7.2.1. Scabies.....	49
7.2.2. Helminthiasis.....	49
7.2.3. Schistosomiasis.....	50
7.3. SUBSTITUTIE BEHANDELING METHADONE.....	50
7.4. DIEET.....	51
7.4.1. Voedselovergevoeligheid.....	51
7.5. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG.....	52
7.5.1. Preventie.....	52
7.5.2. Detectie van psychologische nood.....	53
7.5.3. Aanpak.....	53
7.5.3.1. Medische intake en consultatie.....	53
7.5.3.2. Multidisciplinair overleg (MDO).....	53
7.5.3.3. Individueel Begeleidingsplan (IBP).....	53
7.5.3.4. Doorverwijzing naar psychologische & psychiatrische hulp.....	54
7.5.3.5. Procedure verplichte opneming ter observatie.....	54
7.5.3.6. Attestering van psychische problemen in het kader van de asielprocedure.....	55
7.5.3.7. Verslavingsproblematiek.....	56
7.5.3.8. Transfers tussen opvangstructuren en continuïteit van zorg.....	56
7.5.3.9. Residentiële opvang en zorg.....	56
7.6. FAMILIAAL EN EMOTIONEEL LEVEN.....	57
7.6.1. Intra-familiaal geweld.....	57
7.6.2. Kindermishandeling.....	57
7.6.3. Seksueel geweld.....	58
7.6.4. Foltering.....	59
7.6.4.1. Medisch attest identificatie van symptomen en tekenen van foltering.....	59
7.6.5. Genitale verminking.....	60
7.6.5.1. Vrouwelijke genitale verminking.....	60
7.6.5.1.1. Algemene inleiding.....	60
7.6.5.1.2. VGV in de opvangcentra.....	60
7.7. SEKSUELE GEZONDHEID.....	61
7.7.1. Contraceptie.....	61
7.7.2. Zwangerschapsafbreking.....	62
7.7.3. Transgender.....	62
7.7.4. Pre-Expositie Profylaxe.....	62
<b>8. TRANSFERS.....</b>	<b>63</b>
8.1. MEDISCHE TRANSFER.....	63
8.1.1. Introductie.....	63
8.1.2. Verantwoordelijken.....	63
8.1.3. Procedure.....	63
8.2. MEDISCHE UITZONDERINGEN VOOR UITSTEL VAN EEN TRANSFER OF VERTREK.....	63
8.2.1. Medische uitzondering uitstel van vertrek.....	63
8.2.2. Medische uitzondering uitstel transfer naar een Dublin plaats.....	64
8.2.3. Medische uitzondering uitstel transfer naar een Open terugkeerplaats.....	64

<b>9.</b>	<b>EINDE MATERIËLE HULP .....</b>	<b>65</b>
9.1.	EINDE PROCEDURE .....	65
9.1.1.	<i>Erkenning als vluchteling of Subsidiaire Bescherming</i> .....	65
9.1.2.	<i>Vrijwillige terugkeer</i> .....	65
9.1.3.	<i>Dringende Medische Hulp, mogelijkheden en beperkingen</i> .....	65
9.1.4.	<i>Verlenging recht op opvang</i> .....	66
<b>10.</b>	<b>INTERNATIONALE PROGRAMMA'S .....</b>	<b>67</b>
10.1.	RELOCATIE .....	67
10.2.	HERVESTIGING .....	67
10.3.	VRIJWILLIGE TERUGKEER .....	68
10.3.1.	<i>Wie komt in aanmerking?</i> .....	68
10.3.2.	<i>Adapted Medical Assistance After Return</i> .....	69
<b>11.</b>	<b>VARIA .....</b>	<b>69</b>
11.1.	HONGERSTAKING .....	69
11.2.	OVERLIJDEN .....	70
11.2.1	<i>Autopsie</i> .....	70
11.3.	ORGAANDONATIE .....	70
11.4.	KLINISCHE STUDIES .....	71
<b>12.</b>	<b>ANNEXEN.....</b>	<b>72</b>
<b>13.</b>	<b>ADDENDA .....</b>	<b>72</b>

## Voorwoord

De opvang van Verzoekers om Internationale Bescherming (VIB) en andere categorieën van vreemdelingen is gebaseerd op de wet van 12 januari 2007. Deze wordt vaak gewoon 'Opvangwet' genoemd.

Het vademecum 'Medische zorgen' bevat de richtlijnen en instructies voor het uitvoeren van deze wet en haar koninklijke besluiten voor de medische zorgen bij een VIB. Het belicht aspecten van de gezondheid die van groot belang zijn wanneer men met een VIB werkt en/of hun medische begeleiding verzekert.

De gebruikers van dit vademecum zijn de zorgverleners van de VIB.

Dit vademecum is een herziening van de vorige versies en is gebaseerd op technische en wetenschappelijke informatie en argumenten. Het tracht een antwoord te geven op veel gestelde vragen van de zorgverleners in het opvangnetwerk. Het heeft echter niet de pretentie om een medisch handboek te zijn, maar legt de richtlijnen uit voor een gestandaardiseerde, geharmoniseerde en kwalitatieve medische omkadering voor alle begunstigden van de opvang in België. Regelmatige herziening is echter nodig. Een stuurgroep rond het medisch vademecum zal 2-jaarlijks samenkomen en de voorstellen tot wijziging valideren.

Aan het einde van dit document bevinden zich in annexen een aantal bestaande procedures. In addenda is er bijkomende informatie te vinden rond bepaalde onderwerpen. De verwijzing naar de annexen of de addenda staat steeds duidelijk vermeld in de desbetreffende paragraaf. Instructies en richtlijnen worden regelmatig herzien.

Het vademecum 'Medische zorgen' is het resultaat van het werk en de inzet van vele personen. We danken dan ook iedereen voor hun geleverde bijdrage.

# 1. De Opvangwet

De Opvangwet van 12 januari 2007 voorziet materiële hulp voor verzoekers om internationale bescherming en bepaalde andere categorieën van vreemdelingen. Onder deze materiële hulp valt: onderdak, eten, kledij, medische, sociale en psychologische begeleiding, een dagelijkse uitkering en toegang tot juridische bijstand en tot diensten zoals tolken en opleidingen.

## 1.1. Verzoeker om Internationale Bescherming

Elke vreemdeling die in België aankomt, kan volgens de opvangwet van 2007 een verzoek om internationale bescherming indienen bij de **Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ)** en wordt vervolgens een Verzoeker om Internationale Bescherming (VIB). (Voorheen 'Asielzoeker')

Het **Commissariaat Generaal voor de Vluchtelingen en Staatlozen (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 verplicht België zich ertoe om vluchtelingen die zich op zijn grondgebied bevinden te beschermen.

Tijdens een persoonlijk interview met een medewerker van het CGVS (het 'gehoor') krijgt de VIB de kans om zijn verhaal te vertellen en de motieven voor zijn verzoek uit te leggen. Vervolgens onderzoekt het CGVS of de verklaringen met de werkelijkheid overeenstemmen en of het de VIB al dan niet het Vluchtelingenstatuut of het Statuut van Subsidiaire Bescherming kan toekennen.

Subsidiaire bescherming (ingevoerd in 2006) wordt toegekend aan verzoekers die niet aan de criteria voor het vluchtelingenstatuut voldoen, maar zich niettemin in een situatie bevinden waarbij terugkeren naar het land van herkomst een reëel en ernstig risico inhoudt.

Tijdens de volledige duur van het onderzoek krijgt de VIB een voorlopige verblijfsvergunning.

Na de beslissing van het CGVS kan de VIB beroep aantekenen bij de **Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (RVV)**, indien hij/zij niet akkoord gaat met de gekregen beslissing. 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 geweigerd wordt door het CGVS, of het beroep verworpen wordt door de RVV, krijgt de VIB een 'bevel om het grondgebied te verlaten' (BGV).

Als de VIB erkend wordt als vluchteling, dan heeft hij/zij recht op een initieel beperkt verblijf in België en krijgt hij/zij een tijdelijke verblijfsvergunning. Na vijf jaar, te tellen vanaf het indienen van het verzoek om internationale bescherming, krijgt de vluchteling een onbeperkt verblijfsrecht.

## 1.2. Medische begeleiding binnen de Opvangwet

De opvangwet van 2007 voorziet onder andere **medische begeleiding** voor alle VIB's die in procedure zijn en dus nog geen definitieve uitspraak kennen.<sup>1</sup>

- Art 23 van de opvangwet bepaalt dat deze medische begeleiding bestaat uit zorgen die *'noodzakelijk zijn om een leven te kunnen leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid'*.
- Art 24 bepaalt dat het gaat over medische zorgen *'ongeacht of zij opgenomen zijn in de nomenclatuur (...) of tot het dagelijks leven behoren'*.
- Art 30 van de opvangwet voorziet ook expliciet psychologische begeleiding.
- In het Koninklijk Besluit (KB) van 9 april 2007 stelde het Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een RIZIV plus en RIZIV min lijst vast (zie 6.3.).

De basislijst van medische zorgen toegestaan aan VIB's is de lijst die vermeld staat in de **RIZIV-nomenclatuur** (art.35 van de wet van 14 juli 1994).

→ Met uitzondering van enkele zorgen toegelicht in het hierboven vermeldde KB, want geïdentificeerd als "niet levensnoodzakelijk".

→ Met bijvoeging van zorgen niet vermeld in de nomenclatuur, maar toegestaan daar ze deel uitmaken van "het dagelijks leven".

De wet, naast deze zeer korte RIZIV plus en min lijst, blijft vaag over de exacte medische zorgen die nodig zijn voor een menswaardig bestaan.

Het is belangrijk om de medische zorgen aan VIB's af te stemmen op hun reële noden en om op een rationele manier om te gaan met de beschikbare zorg. Daarnaast moet er ook rekening gehouden worden met het tijdelijk karakter van de asielprocedure en de duur van de opvang.

## 1.3. Medische Regularisatie

Gescheiden van de procedure tot Verzoek om Internationale Bescherming is er ook een procedure tot medische regularisatie, ook wel **9ter** genoemd (verwijzend naar Artikel 9ter van de Verblijfwet van 15 december 1980). Deze is bedoeld voor vreemdelingen (Is niet altijd een vluchteling) die een legale verblijfsstatus vragen in het kader van een medische behandeling.

Het gaat hier over personen wiens medische toestand een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit inhoudt, en waarvoor de noodzakelijke medische zorgen niet beschikbaar of niet toegankelijk zijn in het land van herkomst.

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 regularisatie 9ter. Indien een persoon beantwoordt aan bovengenoemde definitie, is het belangrijk de mogelijkheid tot het indienen van een 9ter met de persoon te bespreken en mits akkoord, te vragen aan arts en/of specialisten om dit op te maken.

---

<sup>1</sup> De wetteksten zijn te raadplegen op de volgende website:

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007011252&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007011252&table_name=loi)



Het ingevulde formulier wordt aan de betrokkene gegeven die het via zijn advocaat kan indienen bij de dienst Humanitaire regularisaties van DVZ.

Indien een arts geen reden ziet om een medische regularisatie aan te vragen, mag hij/zij dit weigeren. Indien iemand blijft aandringen voor het opmaken van een 9ter, kan een advies van een specialist ingewonnen worden. Deze zal in eer en geweten beslissen om de 9ter al dan niet in te vullen. Indien er nadien nog aangedrongen wordt voor verdere doorverwijzing, valt deze doorverwijzing ten laste van de bewoner.

Bij twijfel over het al dan niet aanvragen van een medische regularisatie, is het belangrijk om de aanvraag in te vullen. Het is aan de medische dienst van DVZ om te oordelen of een aanvraag gegrond is of niet.

► **Annex 1:** Medische regularisatie – 9ter

## 2. Opvang van Verzoekers om Internationale Bescherming

Elke Verzoeker om Internationale Bescherming (VIB) heeft recht op opvang en doorloopt een opvangtraject dat bestaat uit 2 fases. Het opvangnetwerk bestaat uit collectieve en individuele opvangstructuren. België voorziet een opvangmodel met collectieve centra als norm.

### 2.1. Fase 1: Instroom

Het opvangtraject van een VIB begint in het Aanmeldcentrum (AMC) van Fedasil. Het AMC is sinds december 2018 in het Klein Kasteeltje in Brussel gevestigd.

Het AMC bestaat uit drie diensten:

1. **Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ):** Hier meldt de VIB zich aan voor een Verzoek om Internationale Bescherming. (= onafhankelijk van Fedasil)
2. **Dispatching (Fedasil)**

De afdeling dispatching bestaat uit 3 subafdelingen:

- ⇒ **Medische dienst:** Eerste medische screening: Elke VIB wordt gezien door een verpleegkundige en indien nodig door een arts van de dispatching. Medische kwetsbaarheden worden genoteerd, de eerste basis vaccinaties worden aangeboden en iedereen wordt gescreend op Tuberculose (mits enkele specifiek uitzonderingen).
- ⇒ **Dienst Toewijzing:** Is verantwoordelijk voor een toewijzing aan een opvangplaats (= de verplichte inschrijvingsplaats of '**code 207**'), zowel in de eerste fase als bij een verhuis van de eerste naar de tweede opvangfase.
- ⇒ **Infopunt:** Hier kunnen VIB's terecht met vragen over procedures. De No Shows met een eerste procedure tot internationale bescherming (personen met recht op opvang die verblijven op een privéadres of een andere tijdelijke

verblijfplaats) kunnen hier een opvangplaats aanvragen indien ze niet langer No Show wensen te zijn.

3. **Observatie en Oriëntatie Centrum (OOC):** eerste fase centrum waar nieuwe VIB's kort opgevangen worden na het indienen van een verzoek om internationale bescherming. Bewoners die geïdentificeerd werden als prioritair/medisch kwetsbaar tijdens eerste medische screening zullen tijdens hun verblijf in OOC een medische en/of sociale intake krijgen. Niet Begeleide Minderjarigen (NMBV) worden in afzonderlijke OOC's opgevangen. Volwassenen en begeleide kinderen worden opgevangen in het aanmeldcentrum of een ander eerste fase centrum.

Het doel van het AMC is om in een korte periode de mensen zowel op sociaal als op medisch vlak te screenen met als doel de VIB toe te wijzen aan de voor hem/haar meest geschikte opvangplaats in het netwerk van Fedasil of partners.

De medische screening op dispatching en de medische begeleiding in het OOC hebben de volgende doelstellingen:

- de instroom in het opvangnetwerk zo efficiënt mogelijk organiseren
- het detecteren van medische en/of sociale kwetsbaarheden die specifieke opvangbehoeften hebben (Labeling Match-IT)  
▶ **Annex 2:** Labeling Match-IT
- het vroegtijdig detecteren van besmettelijke ziekten (bv. Tuberculose, Scabiës, etc.)
- het vroegtijdig detecteren van psychologische en psychiatrische problemen
- de opstart van dringende medische zorgen die niet uitgesteld kunnen worden.
- de overdracht van het dossier (observatie en detectie van sociale en medische componenten van de VIB) aan de toegewezen opvangplaats in Fase 2. (Zie 2.2.)

Op basis van de observaties in het AMC zal de Dienst Toewijzing de VIB vervolgens aan een opvangplaats toewijzen.

Bij de toewijzing wordt zoveel als mogelijk rekening gehouden met de specifieke situatie van de VIB's (gezinnen met kinderen, rolstoelgebruikers, niet-begeleide minderjarigen) en de specifieke behoeften van een VIB (Labels Match-It). Bepaalde opvangstructuren zijn immers beter aangepast aan bepaalde situaties en/of behoeften die zich voordoen bij VIB's. Anderzijds wordt ook rekening gehouden met de instructies van de directie en de reglementen ter zake.

## 2.2. Fase 2: Opvang

### 2.2.1. Opvangcentra

De collectieve opvangstructuren zijn open opvangcentra die door Fedasil of partners beheerd worden. De VIB's krijgen er materiële hulp zoals vermeld in de opvangwet (onder andere medische en psychologische begeleiding, toegang tot tolken, etc.).

### 2.2.2. Alternatieven

Wanneer de VIB niet naar een opvangcentrum gaat, zijn volgende alternatieven een optie.

#### *2.2.2.1. Individuele opvangstructuren*

De individuele opvangstructuren zijn (semi-)individuele woningen die door de OCMW's (de 'lokale opvanginitiatieven' of LOI's) of door NGO's beheerd worden. De VIB's krijgen ook hier materiële hulp zolang hun asielprocedure loopt. Het is het OCMW of de NGO die de begeleiding voorziet.

Meestal verblijven VIB's een langere periode in een collectieve opvangstructuur voordat een eventuele doorstroom naar een individuele opvangstructuur mogelijk is. In bepaalde specifieke situaties (medisch en/of kwetsbaar profiel, een hoge beschermingsgraad) kan de doorstroom sneller of uitzonderlijk zelfs onmiddellijk gebeuren. Het aantal individuele opvangplaatsen is echter onvoldoende om aan de vraag te beantwoorden.

#### *2.2.2.2. Specifieke structuren*

Sommige VIB's hebben nood aan een heel specifieke opvangplaats die niet beschikbaar is in het bestaande opvangnetwerk. In dit geval kan er een opvangplaats gezocht worden bij een externe organisatie waarmee Fedasil een overeenkomst aangaat (bv. een woonzorgcentrum).

#### *2.2.2.3. Privé adres*

De VIB heeft reeds bij zijn verzoek om internationale bescherming een verblijfplaats en verkiest daar te verblijven tijdens het verloop van zijn procedure. Wanneer de woonsituatie toch verandert en de VIB alsnog in het opvangnetwerk opgenomen wil worden, dan moet hij/zij zich melden bij het infopunt.

De VIB met een eigen verblijfplaats blijft zijn recht op medische hulp door Fedasil behouden.

Deze categorie VIB's worden 'No Shows' genoemd.

### *2.2.3. Niet Begeleide Minderjarige Vreemdelingen*

Het opvangtraject van een Niet Begeleide Minderjarige Vreemdeling (NBMV) verschilt van dat van meerderjarige VIB's. Dit omwille van verhoogde bescherming van minderjarigen.

NBMV's, gaan na hun eerste medische en sociale screening in Dispatching AMC niet naar het Observatie- en Oriëntatie gedeelte van het AMC (dag 1+), maar worden rechtstreeks toegewezen aan een Observatie- en Oriëntatie Centrum (OOC) waar enkel NBMV's worden opgevangen.

Eenzijds geeft het de Voogdijdienst de kans om na te gaan of de jongere wel degelijk niet-begeleid en minderjarig is. Anderzijds wordt er in het OOC een eerste medische, psychologische en sociale profielschets van de minderjarige gemaakt (observatie).

Na twee tot vier weken in een OOC, wordt de NBMV doorverwezen naar een collectieve opvangplaats die beantwoordt aan zijn/haar noden. De jongeren verblijven er in een afzonderlijke leefgroep, met een eigen team van begeleiders en opvoeders. De NBMV jonger dan 15 of met een duidelijke kwetsbaarheid worden meestal opgevangen in voorzieningen die door de gemeenschappen worden beheerd (Jeugdhulp).

Voor meer informatie omtrent procedures, medische handelingen, mutualiteit, psychosociale aspecten en preventie bij NBMV, ► **Addendum 1: Niet Begeleide Minderjarige Vluchtelingen.**

## 3. Medisch kader

### 3.1. Medisch Beheer

De cel Medisch beheer is een multidisciplinair team van artsen, verpleegkundigen, psycho-sociale coördinatoren en ondersteunende profielen voor administratie, projecten, E-health en data analyse.

Dit team wordt geleid door de Nationaal Medisch Coördinator, ondersteund door een adjunct, en werkt vanuit de hoofdzetel van Fedasil.

Hun voornaamste taken zijn:

- Uitwerken, bepalen en bewaken van de nationale medische strategie voor een geharmoniseerde en kwaliteitsvolle medische begeleiding van VIB's inclusief voor mentale gezondheid.
- Uitschrijven van nationale medische richtlijnen, instructies en vademecums
- Project management voor nationale en regionale projecten
- Coördinerende en adviserende functie voor de Regionale Medische teams
- Beheer van Elektronisch Medisch Dossier (EMD)
- Medische coördinatie en uitvoering van internationale programma's
- Data verzameling en analyse

### 3.2. Regionaal Medisch team bij Fedasil

Het Regionaal Medisch team bestaat uit artsen, verpleegkundigen en medisch administratieve medewerkers. Dit team is opgesplitst in twee regionale teams, namelijk Regio Noord (Vlaanderen) en Regio Zuid (Wallonië). Opvangcentra gelegen in een gemeente in het Brussels Hoofdstedelijk gewest worden toegewezen aan het regionaal Medisch team op basis van gemeente.

Elk regionaal Medisch team wordt geleid door een Regionaal Medisch Coördinator en werkt vanuit de regionale kantoren Noord/Zuid van Fedasil.

Hun voornaamste taken zijn:

- Operationele medische ondersteuning
- Opvolging van complexe medische dossiers
- Beslissing over uitzonderlijke ten laste names
- Behandeling aanvragen medische transfers
- Helpdesk: alle andere medische vragen mbt dagelijkse werking en organisatie

### 3.3. Medische diensten

Indien het volume van de opvangcapaciteit en het bijhorende personeelskader van een opvangcentrum het toelaat, wordt een medische dienst opgericht. Hier kunnen VIB's terecht met medische vragen en noden.

Een externe samenwerking wordt opgezet met lokale zorgverstrekkers en apothekers. Indien er geen medische dienst binnen het centrum is, kunnen VIB's met al hun vragen en noden terecht bij externe zorgverleners. Hierbij is het belangrijk rekening te houden met volgende aandachtspunten:

- De praktijk van de huisarts is vlot bereikbaar en niet te ver
- De intake wordt georganiseerd binnen de correcte termijn
- Pillendozen worden klaargemaakt door verpleegkundige/apotheker
- Er worden voldoende overlegmomenten georganiseerd.

Binnen de federale opvangcentra vallen de medische diensten rechtstreeks onder de verantwoordelijkheid van de centrum directie voor de organisatie en het personeelskader, en onder de regionale medische teams voor de inhoudelijke aansturing. Partnercentra kunnen dit op een andere manier organiseren.

Hun voornaamste taken zijn:

- Uitvoeren van een medische intake/screening bij VIB (of doorverwijzen voor intake)
- Bijhouden van een medisch dossier voor elke VIB
- Uitvoeren van reguliere medische consultaties (triage)
- Toedienen van (dringende) medische zorgen
- Doorverwijzen naar externe medische zorgverstrekkers
- Toedienen van preventieve medische zorgen (tuberculose screening, vaccinatie,...) en/of doorverwijzen naar externe zorgverstrekkers
- Organiseren van individuele of groepsessies rond gezondheidspreventie
- Detecteren en labelen van medische profielen
- Detecteren en aangepaste opvolging voorzien voor personen met een psychologische en/of psychiatrische kwetsbaarheid
- Garanderen dat de opvangplaats beantwoordt aan de medische noden van de VIB en zo nodig een aanvraag indienen tot transfert
- Contacten uitbouwen en onderhouden met lokale zorgverstrekkers
- Doorgeven van medisch dossier bij vertrek van de bewoner

## 4. Medische dienstverlening gedurende procedure Verzoeker om Internationale Bescherming

Elke VIB krijgt een medische screening op de dag waarop hij zijn verzoek om internationale bescherming indient.

Wanneer de VIB instroomt in het opvangnetwerk van Fedasil of van een partner krijgt de VIB een medische intake. Ook preventie is een belangrijk deel van gezondheid.

### 4.1. Medische screening

De medische screening wordt uitgevoerd door de medische dienst Dispatching in het AMC op dag 0.

Het doel van deze medische screening is om medische, fysieke en mentale problemen te detecteren, om personen die snel medische zorg nodig hebben te identificeren en om te evalueren of deze medische indicaties een invloed hebben op de toewijzing aan een opvangplaats. Niet dringende medische zorgen worden niet uitgevoerd tijdens de medische screening.

Er wordt een *fast track*-systeem gehanteerd door VIB te vragen of ze een medisch probleem hebben of niet. Indien niet worden geen verdere medische vragen gesteld.

Indien er zich een medisch probleem voordoet, dan wordt een Elektronisch Medisch Dossier (EMD) geopend voor de VIB. Voor personen zonder medische problemen wordt de eerste medische rapportage in het EMD pas gedaan tijdens de Medische Intake (Zie 4.2.).

Indien er een EMD geopend wordt, is het mogelijk dat er een “Prior categorie” (► **Annex 3: Medische intake – prior categorieën Aanmeldcentrum**) toegekend wordt.

Tijdens de medische screening worden ook eventuele medische labels toegekend in het Match-It programma. Zo kent de Dienst Toewijzing de specifieke noden van de VIB, en trachten ze om een aangepaste opvangplaats te vinden voor de VIB.

Er wordt indien geen tegenindicatie bij elke VIB ouder dan 5 jaar een RX-thorax afgenomen om Tuberculose op te sporen (zie 4.3.1).

Ook worden de eerste vaccinaties toegediend indien geen tegenindicatie (zie 4.3.).

Voor elke VIB wordt in Match-It een Medische Instroom-fiche aangemaakt, uitgeprint en meegegeven aan VIB waarop het volgende vermeld wordt:

- Toegediende vaccinaties
- Nog toe te dienen vaccinaties
- Eventuele labels

## 4.2. Medische intake

Indien een VIB tijdens de medische screening een “Prior Categorieën” krijgt (zie 4.1.), zal de medische intake uitgevoerd worden tijdens zijn verblijf in het Aanmeldcentrum. Indien een VIB met een “Prior categorieën” rechtstreeks aan een 2<sup>de</sup> lijns-opvangcentrum wordt toegewezen, moet die binnen de 2 werkdagen een medische intake krijgen. 2<sup>de</sup> lijns-opvangcentra worden de eerst volgende werkdag door de Medische dienst Dispatching (Medische screening) via e-mail op de hoogte gebracht van de medische situatie.

Standaard wordt bij alle bewoners een intake gedaan binnen de 5 werkdagen na aankomst in de opvangstructuur (OOC of 2<sup>e</sup> lijns-opvangcentrum).

Het doel van deze intake is om een algemene screening van de gezondheidstoestand van de nieuwe bewoner te doen en vroegtijdig medische en psychosociale aandoeningen op te sporen.

Tijdens de intake gebeurt het volgende:

- aanmaak elektronisch medisch dossier (EMD)
- anamnese a.d.h.v. de standaard vragenlijst (► **Annex 4: Standaard vragenlijst medische intake**): detectie van belangrijke gezondheidsproblemen en eventuele andere kwetsbaarheden

- voorstel voor bloedafname om te screenen voor infectieziekten (HIV, hepatitis B en C, syphilis)
- doorverwijzing naar de arts (indien nodig) en/of andere zorgverleners
- uitleg over werking van de medische dienst
- preventieve gezondheidszorg met de nadruk op tuberculosescreening, vaccinaties

Indien de persoon toegewezen is aan een opvangplaats met een tijdelijk karakter, bijvoorbeeld een OOC, dan worden niet-dringende medische of psychologische zorgen uitgesteld tot na de toewijzing aan de definitieve opvangstructuur.

### 4.3. Preventieprogramma's

#### 4.3.1. Tuberculosepreventie

De systematische TBC-screening van VIB's gebeurt op advies van de 'VZW Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT)' en 'ASBL Fonds des Affections Respiratoires (FARES)'.

De Medische dienst Dispatching AMC beschikt over een eigen Röntgen (RX)-toestel voor het afnemen van RX-thoraxen. In het kader van het nationaal preventieprogramma wordt elke VIB gescreend op Tuberculose (TBC) alvorens in het netwerk in te stromen.

In volgende situaties wordt geen RX-Thorax afgenomen:

- Vrouwen die (vermoedelijk) zwanger zijn
- Niet begeleide minderjarige meisjes
- Rolstoelpatiënten of personen die niet stabiel en zelfstandig recht kunnen staan
- Kinderen onder de 5 jaar
- Personen die extreem onrustig gedrag vertonen en in de onmogelijkheid zijn om een RX-thorax af te nemen

Niet begeleide minderjarige meisjes krijgen eerst een zwangerschapstest. Indien deze negatief is, volgt alsnog een RX-Thorax. Omwille van de nood aan extra ondersteuning bij detectie van een eventuele zwangerschap, wordt de zwangerschapstest uitgevoerd in de eerste dagen na aankomst in de opvangstructuur. Bij een negatieve test, wordt een RX-thorax zo snel mogelijk ingepland.

Voor de overige personen uit de bovenstaande lijst moet het plaatsen van een Intradermo (ID) georganiseerd worden door het medisch team of medisch verantwoordelijke verbonden aan de opvangstructuur.

##### 4.3.1.1. Verwerking van de RX-Thoraxen

De RX-thoraxen worden binnen de 48u na afname gelezen door externe longartsen die samenwerken met de VRGT en FARES.

De medische dienst Dispatching AMC ontvangt de resultaten de eerstvolgende werkdag (max 48u later) en controleert of er geen afwijkende resultaten zijn. Bij een afwijkend resultaat wordt het verblijfsadres van de VIB doorgegeven aan VRGT/FARES zodat zij de verdere opvolging kunnen organiseren. VRGT/FARES contacteert dus de medische dienst van het betrokken opvangcentrum.

De volgende categorieën kunnen worden toegekend door longartsen:

- **Categorie 0:** normale RX

- **Categorie 1:** Sterk vermoeden van Tuberculose -> persoon moet geïsoleerd worden en doorverwezen worden naar een spoedafdeling
- **Categorie 2:** Vermoeden van Tuberculose -> Indien klinische symptomen compatibel met TBC, idem Categorie 1. Indien niet, consultatie binnen de twee dagen bij de longarts
- **Categorie 3:** Zwak vermoeden van Tuberculose -> consultatie binnen de twee dagen bij de longarts
- **Categorie 4:** Inactief letsel oud TBC -> geen opvolging nodig
- **Categorie 5:** Letsels niet TBC -> geen opvolging nodig
- **Categorie 6:** Letsels niet TBC -> opvolging longarts nodig binnen de week
- **Categorie 10:** RX niet te interpreteren wegens technische fout -> RX moet opnieuw genomen worden.

Van zodra een afwijkend resultaat gekend is onderneemt de medische dienst de nodige stappen. Bij een categorie 1 uitslag betekent dit dat de VIB onmiddellijk een FFP2 of chirurgisch masker krijgt en naar het ziekenhuis dient overgebracht te worden met een ziekenwagen. Indien geen ziekenwagen ter beschikking, kan de bewoner vervoerd worden met een taxi mits het dragen van een chirurgisch mondmasker door de chauffeur en het openen van de ramen tijdens de rit. Indien de VIB nog in een eerstelijns opvangcentrum verblijft, zal hij niet getransfereerd worden naar de 2<sup>e</sup> lijn.

De resultaten van de RX-thorax worden automatisch geïntegreerd (binnen de 3 dagen) in het Elektronisch Medisch Dossier van de VIB voor de federale opvangcentra. Het VRGT/FARES neemt telefonisch contact op met het opvangcentrum van de persoon om de resultaten door te geven aan de medische dienst.

#### 4.3.2. Vaccinatieprogramma

In België zijn de gefedereerde autoriteiten (gemeenschappen en gewesten) bevoegd voor de preventie in de gezondheidszorg, dus ook voor vaccinaties. Zij zijn verantwoordelijk voor de vaccinatiestrategie, inclusief de aanpassing en uitvoering van de vaccinatiekalender. Er zijn bijgevolg kleine verschillen in de vaccinatieprogramma's van de gemeenschappen. (Zie voetnoot 2&3 voor meer informatie omtrent vaccinatiekalender)

De Medische Dienst Dispatching AMC informeert de VIB over de aangeboden vaccins door Fedasil. Met uitzondering van het Polio vaccin zijn er in België geen verplichte vaccins.

Een vaccin kan enkel toegediend worden na een mondelinge toestemming van de VIB. Indien een VIB een vaccin weigert, wordt dit genoteerd als "niet-gevaccineerd" in de Medische Instroom-fiche in Match-It.

##### 4.3.2.1. Vaccinatieprogramma

Alle personen worden gevaccineerd in de Medische dienst Dispatching AMC, met uitzondering van volgende personen:

- Kinderen jonger dan 6 jaar (zie verder Vaccinatie bij minderjarigen)
- Niet begeleide minderjarige meisjes zonder zwangerschapstest (Indien negatieve zwangerschapstest, meisje vaccineren volgens geldend regionaal inhaalschema.)

<sup>2</sup> Vlaanderen: <https://www.laatjevaccineren.be/basisvaccinatieschema>

<sup>3</sup> Brussel en Wallonië: [https://www.ccref.org/e-vax/Calendrier\\_vaccination\\_2020-2021.pdf](https://www.ccref.org/e-vax/Calendrier_vaccination_2020-2021.pdf)



- Personen die via een vaccinatiekaart, of ander geldig bewijs, kunnen aantonen dat ze reeds met desbetreffende vaccins gevaccineerd zijn en waarbij geen herhalingsdosis nodig is.
- Personen waarbij bewijs van vaccinatie met desbetreffende vaccins is teruggevonden in Match-It of Vaccinnet en waarbij geen herhalingsdosis nodig is.
- Personen die verminderde immuniteit hebben
- Personen die vaccinaties weigeren. Deze personen worden steeds geïnformeerd over het belang van vaccinatie.

Afhankelijk van de leeftijd en de nationaliteit, en op voorwaarde dat voorgaande uitzonderingen niet van toepassing zijn, worden volgende vaccins toegediend in de Medische dienst Dispatching AMC:

- ⇒ Mazelen, bof en rubella
- ⇒ Boostervaccinatie tegen tetanus, difterie (verlaagde dosis) en kinkhoest (verlaagde dosis)
- ⇒ Polio

Op de Medische Instroom-fiche(in Match-It) staat welke vaccins toegediend zijn en welke vaccins eventueel nog moeten toegediend worden in de opvangstructuur. Dit document vervangt de standaard vaccinatiekaart, maar niet de registratie in Vaccinnet of e-Vax (Zie 4.3.2.4.).

#### 4.3.2.2. Vaccinatie bij minderjarigen (< 18 jaar)

- Kinderen jonger dan 6 jaar: voor controle en vervolledigen van de vaccinatiekalender gebeurt doorverwijzing naar Agentschap Opgroeien / O.N.E. of de schoolgeneeskundige diensten, met name het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB) in Vlaanderen (<https://data-onderwijs.vlaanderen.be/onderwijsaanbod/lijst?s=clb> ) en de Service de Promotion Santé à l'École (PSE) in Wallonië (<https://www.one.be/public/6-12-ans/pse-medecine-scolaire/liste-des-services/> ) en dit overeenkomstig de vaccinatiekalender van de desbetreffende gemeenschap.
- Schoolgaande kinderen vanaf 6 jaar en jonger dan 18 jaar: controle van het vaccinatieschema en het toedienen van nog ontbrekende basis vaccins door het CLB. Indien de afspraak bij het CLB erg lang duurt kan een eerste inhaalvaccinatie door de opvangstructuur aangeboden worden.

Het CLB zal een toestemmingsformulier (► **Annex 5: Info- toestemmingsformulier voor toediening van de nodige inhaalvaccinaties**) van de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugd gezondheidszorg (VWVJV) vragen voor toediening van de nodige inhaalvaccinaties ondertekend door de ouder(s) of voogd.

Indien het CLB/PME echt niet in de mogelijkheid is om het vaccinatieschema te vervolledigen, dan kan de medische dienst dit uitzonderlijk zelf doen of kan een doorverwijzing naar een huisarts voor vaccinatie gebeuren.

#### 4.3.2.3. Interval tussen verschillende vaccins

De algemene regel geldt als volgt:

- Tussen 2 niet-levende vaccins mag eender welk interval gehanteerd worden ( Bv. tegelijkertijd, interval van een week, een maand)
- Tussen een levend en niet-levend vaccin: idem als tussen 2 niet-levende vaccins
- Tussen twee levende vaccins: ofwel tegelijkertijd toedienen, ofwel min 4 weken tussen laten (voor MBR)

- Tussen het toedienen van een levend vaccin (MBR) en de intra-dermo (ID) test voor Tuberculose screening: ofwel op dezelfde dag, ofwel minimum 4 weken na het plaatsen van de MBR (risico op vals-negatief ID resultaat).

#### 4.3.2.4. Registratie van de uitgevoerde vaccinaties

De registratie van elk zelf toegediend vaccin is noodzakelijk in Vaccinnet<sup>4</sup> of e-Vax<sup>5</sup> en in het EMD van de VIB.

Alle vaccins toegediend op de medische dienst dispatching AMC moeten door de medische dienst van de opvangstructuur waar de bewoner langdurig verblijft (2<sup>e</sup> lijn opvangcentrum, individuele woning, dus niet in een OOC of het AMC) of door de huisarts in vaccinnet of e-vax geregistreerd worden. Nieuwkomers bevinden zich nog niet in Vaccinnet en E-vax. Daardoor kan de registratie jammer genoeg niet onmiddellijk gebeuren.

Bezorg een bewoner, bij het verlaten van de opvangstructuur, steeds een bewijs van vaccinatie(s) zodat hij/zij nadien kan bewijzen waarvoor hij/zij reeds gevaccineerd werd.

Elke 6 maanden zullen door Medisch Beheer de vaccinatiestatistieken opgevraagd worden bij de medische diensten. Deze worden op vraag doorgegeven aan de federale en regionale gezondheidsinstanties.

#### 4.3.2.5. Vaccinaties

Eerste (rappel) vaccinatie tegen polio, mazelen-bof-rubella en difterie-kinkhoest-tetanus (wordt, indien geen uitzondering of tegenindicatie, toegediend door de Medische dienst Dispatching AMC (zie voorgaand item Vaccinatieprogramma). Eventuele herhalingsvaccins moeten in de vervolgoegang georganiseerd worden.

##### 4.3.2.5.1. Vaccinatie tegen polio (IMOVAX)

- Doelgroep
  - VIB's die uit een endemisch land<sup>6</sup> komen waar het poliovirus (WPV en VDPV) circuleert. De lijst van endemische landen wordt regelmatig herzien door de WGO.
- Vaccinatieschema
  - ⇒ Volwassenen: 1 (rappel) poliovaccinatie binnen de 3 maanden na aankomst in België
  - ⇒ Kinderen en adolescenten (<18 jaar): 1 (rappel) poliovaccinatie binnen de 3 maanden na aankomst in België + vaccinatieschema vervolledigen tot 3 doses in totaal (met interval van minimum 1 tot maximum 6 maanden)

##### 4.3.2.5.2 Vaccinatie tegen mazelen – bof – rubella (MBR)

- Doelgroep
  - Elke VIB geboren na 1970, zonder bewezen immuniteit (mazelen doorgemaakt op kinderleeftijd of een bewijs van volledige vaccinatie, zijnde 2 dosissen vaccin tegen MBR)

<sup>4</sup> <https://www.vaccinnet.be/Vaccinnet/welkom.do>

<sup>5</sup> <https://www.e-vax.be/welkom.do>

<sup>6</sup> Endemisch land is een land waar infectieziekte blijft voorkomen zonder dat de patiënten de ziekte buiten de landsgrenzen hebben opgelopen (in dit geval Polio). Definiëring endemische landen gebeurt door de Wereld Gezondheid Organisatie (WGO) <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>

➤ Vaccinatieschema

⇒ 2 dosissen met een interval van min. 4 weken

Let op: NIET toedienen aan zwangere vrouwen of vrouwen die proberen zwanger te worden. De vaccinatie tegen mazelen mag gebeuren tijdens de borstvoedingsperiode.

N.B.: Bij kinderen en jongeren < 18 jaar die één van de 3 infectieziekten (MBR) hebben doorgemaakt, wordt aanbevolen om toch het vaccinatieschema te vervolledigen om bescherming tegen de 2 andere infectieziekten te verzekeren.

#### 4.3.2.5.3. Vaccinatie tegen difterie – tetanus – kinkhoest

➤ Doelgroep

- Elke VIB 18 jaar en ouder, die geen bewijs heeft van een vaccinatie in de voorbije 10 jaar
- Alle zwangere vrouwen tussen de 24 en 32 weken zwangerschap

➤ Vaccinatieschema

⇒ Eénmalige dosis volstaat, met uitzondering van zwangere vrouwen waar men bij elke zwangerschap opnieuw vaccineert.

#### 4.3.2.5.4. Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep (= Influenza)

➤ Doelgroep

- Alle personen vanaf 50 jaar<sup>7</sup>
- Zwangere vrouwen in het tweede of derde trimester van hun zwangerschap
- Alle patiënten<sup>8</sup> vanaf de leeftijd van 6 maanden die lijden aan een onderliggende chronische aandoening<sup>9</sup>.
- Kinderen tussen 6 maanden en 18 jaar die een langdurige aspirinetherapie ondergaan.

➤ Vaccinatieschema

⇒ In de periode mid-oktober tot eind november kan de bovenvermelde doelgroep gevaccineerd worden.

⇒ Eénmalige dosis geïnactiveerd trivalent of geïnactiveerd quadrivalent vaccin tegen influenza (generisch voor te schrijven)

N.B gezinsleden of kamergenoten die zelf niet tot een risicogroep behoren, worden in de collectieve opvang niet gevaccineerd.

#### 4.3.2.5.5. Vaccinatie tegen Covid-19

➤ Doelgroep

- Alle personen van 5<sup>10</sup> jaar en ouder
- Verhoogde sensibilisering bij risicoprofielen<sup>11</sup>

➤ Vaccinatieschema

⇒ Volgende Covid-19 vaccins zijn erkend door het Europees Geneesmiddelenbureau <sup>12</sup>:

- Pfizer-BioNtech (Comirnaty) - mRNA
- Moderna (Spikevax) - mRNA
- Astra-Zeneca (Vaxzevria) – Virale vector
- Johnson & Johnson (Janssen Pharmaceutica) – Virale vector

<sup>7</sup> Indien nationale richtlijnen jongere leeftijdsgroepen indiceren kan dit gevolgd worden.

<sup>8</sup> Aanpassingen zijn mogelijk in functie van de nationale en internationale aanbevelingen.

<sup>9</sup> <https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/influenza#risicogroepen>

<sup>10</sup> Indien nationale richtlijnen jongere leeftijdsgroepen indiceren kan dit gevolgd worden.

<sup>11</sup> <https://covid-19.sciensano.be/nl/procedures/risicogroepen>

<sup>12</sup> European Medicines Agency (EMA) is belast met de goedkeuring van en toezicht op geneesmiddelen in de EU.

- Novavax – Recombinant eiwit
- Valneva – Geïnactiveerd virus
- ⇒ Met uitzondering van Johnson & Johnson (één dosis) bestaat een basisvaccinatie uit twee dosissen.
- ⇒ Leeftijd bepaalt mee welk vaccin toegediend kan worden
- ⇒ Interval tussen eerste basis-vaccin en tweede basis-(booster)vaccin verschilt per vaccin
- ⇒ Na de basisvaccinatie is een booster-vaccin aangeraden. Welk vaccin toegediend kan worden en na welk interval verschilt per vaccin.

#### 4.3.3. Algemene bewustmaking en preventie

Gezien de beperkte duur van de behandeling van het verzoek tot internationale bescherming, is het niet mogelijk om in te zetten op alle domeinen van preventie en bewustmaking. Er wordt dan ook prioritair ingezet op:

- de gezondheid van moeders en kinderen,
- seksuele gezondheid
- verslavende middelen
- mentale gezondheid

Systematische deelname aan alle regionale preventiecampagnes zoals bv. screening op kanker wordt niet aanbevolen tijdens de beperkte periode van de asielaanvraag. Afhankelijk van het risico en de ernst van de aandoening kunnen bij bepaalde VIB's wel specifieke preventieve onderzoeken uitgevoerd worden. Bij twijfel, kan er overlegd worden met de centrum arts .

#### 4.3.4. Epidemie of pandemie

Wanneer er op nationaal niveau sprake is van een epidemie<sup>13</sup> of op internationaal niveau van een pandemie<sup>14</sup> moeten er soms, afhankelijk van de ziekte, ook in de opvangcentra of opvangplaatsen maatregelen getroffen worden om de verspreiding van de desbetreffende ziekte tot een minimum te herleiden.

Omdat de aanpak van elke epidemie of pandemie aangepaste preventie- en behandelingsmaatregelen vergt, wordt er in dit Vademecum geen preventie en behandelingsplan opgenomen.

Indien er sprake is van een epidemie of pandemie met grote impact op de volksgezondheid, dan zal Fedasil, op basis van adviezen van experts uit regionale, nationale en eventueel internationale gezondheidsinstellingen, de nodige communicatie en ondersteunende werkinstrumenten ontwikkelen en aanbieden met als doel de verspreiding en de impact van de ziekte zoveel mogelijk in te perken.

---

<sup>13</sup> Epidemie: Er is sprake van een epidemie wanneer in een bepaald land of landstreek een ziekte uitbreekt en deze tot massale ziekte van de bevolking leidt.

<sup>14</sup> Pandemie: Er is sprake van een pandemie als een ziekte zich geografisch over de landsgrenzen uitstrekt en de bevolking van diverse landen massaal ziek worden.

## 4.4. Toedienen van medische zorg

### 4.4.1. Kader van de medische zorg

Bij het toekennen van zorg aan VIB's is het belangrijk om te streven naar een kwalitatieve curatieve en preventieve zorg, waarbij rekening gehouden wordt met de tijdelijkheid van de procedure. Het is dus steeds een afwegen tussen duurzaamheid en continuïteit van zorg enerzijds, en de mogelijke impact en risico's van het uitstellen van zorg anderzijds. Er wordt in de beslissing rond de toe te kennen zorg rekening gehouden met deze "tijdelijkheid".

### 4.4.2. Richtlijnen voor voorschrijven en verdelen van farmaca in een collectieve opvangstructuur

Fedasil heeft richtlijnen opgesteld aangaande voorschrijven en verdelen van medicijnen binnen de collectieve opvangstructuur. De daarbij horende "staande orders" hebben als doel de verantwoordelijkheden van de verpleegkundigen en medewerkers te verduidelijken en moeten steeds ondertekend worden door een arts van de opvangstructuur.

Richtlijnen zijn te raadplegen in ► **Annex 6: Richtlijnen om geneesmiddelen voor te schrijven, te verdelen en toe te dienen aan de bewoners**

## 5. Globaal Medisch Dossier

Elke medische handeling, contact (bv. wondzorg, voorschrift, consultatie, etc.) of -observatie moet gerapporteerd worden in het (Elektronisch) Globaal Medisch Dossier ((E)GMD) van de bewoner.

Ook medische attesten en verslagen moeten aan het medisch dossier toegevoegd worden.

Daarnaast wordt in dit hoofdstuk ook dieper ingegaan op het medisch beroepsgeheim en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVGB).

### 5.1. Elektronisch Globaal Medisch Dossier

De voornaamste doelen van het EGMD zijn:

- Centraliseren van alle medische informatie van de persoon
- Overzicht krijgen over de gezondheidssituatie van de persoon
- Betere individuele begeleiding kunnen aanbieden
- Efficiënte overdracht van medische informatie mogelijk maken tussen medisch personeel intern, maar zeker ook naar de externe zorgverleners

Elke opvangstructuur, die gebruik maakt van een medische software, moet ervoor zorgen dat die officieel 'goedgekeurd en geregistreerd' is door het e-health-platform.

### 5.1.1. Invoeren van de gegevens in het Elektronisch Globaal Medisch Dossier

Medische gegevens moeten binnen het EGMD worden gestructureerd (diagnoses, zorgelementen, voorgeschiedenis, risicofactoren, vaccinatie, medicatie, zorgplan, etc.).

Bepaalde gegevens moeten ook gestructureerd worden ingegeven om specifieke informatie gemakkelijk te kunnen identificeren. Hierdoor kunnen statistieken getrokken worden om de medische situatie in het netwerk te analyseren en evalueren. (Vaccins, zorgelementen, diagnoses, enz.)

Het is belangrijk dat de identificatie van het dossier steeds correct gebeurt. Daarom moeten de persoonsgegevens zo juist mogelijk ingevuld worden met specifieke aandacht voor de geboortedatum en het nationale of bis nummer.

### 5.1.2. Toegang tot het ontvangen van informatie van externe diensten

Het gebruik van de EGMD-software moet - onder andere - toegang geven tot alle informatie die door ziekenhuizen, laboratoria en andere externe diensten elektronisch ter beschikking gesteld wordt. Ook kan een samenvatting van het EGMD (of specifieke gegevens) (SUMEHR) verzonden worden aan externe medische zorgverstrekkers of -diensten.

Het is belangrijk alle externe medische informatie te integreren in het EGMD. Dit kan (bijna) automatisch verlopen door deze rapporten en resultaten zoveel mogelijk rechtstreeks in het dossier van de patiënt te integreren.

Door de toenemende digitalisering weigeren meer en meer ziekenhuizen 'papier' medische rapporten te versturen en dringen aan om over te schakelen naar digitale communicatie met huisartsen en andere externe medische diensten. Voor het verzenden en ontvangen van vertrouwelijke medische informatie zullen zij alleen nog maar gebruik maken van officieel beveiligde kanalen (e-Health box, etc.) en/of goedgekeurde medische software.

### 5.1.3. Doorsturen van het Globaal Medisch Dossier

Het Globaal Medisch Dossier is wettelijk gezien eigendom van de patiënt zelf en de persoon kan dit op elk moment opvragen en/of inkijken.

**Let op!** De individuele aantekeningen van de arts mogen niet worden gekopieerd/ aan de patiënt worden gegeven.

Wanneer de persoon de opvangstructuur verlaat, is een overdracht van het medisch dossier van de patiënt aan de behandelende arts die de opvolging van de patiënt overneemt essentieel om de continuïteit van de zorg te verzekeren.

Aangezien de opvolgarts vaak onbekend is, wordt aanbevolen om systematisch een kopie<sup>15</sup> - op papier - persoonlijk aan de VIB te overhandigen voordat hij de opvangstructuur verlaat. Zo mogelijk, is een elektronische transfert op een beveiligde manier echter aanbevolen.

Binnen medische software is er de mogelijkheid om een samenvatting van het patiëntendossier (SUMEHR) te maken.

Standaard bevat dit administratieve gegevens, risico's (allergieën, intoleranties, enz.), actieve

---

<sup>15</sup> Het elektronisch dossier moet gedurende 30 jaar door de medische dienst bewaard worden.

problemen, voorgeschiedenis, actieve medicatie, vaccinaties, wensen van de patiënt, naam en contactgegevens van de arts van het centrum die de patiënt heeft behandeld, enz.

Ook belangrijke medische rapporten van specialisten, ziekenhuisopnames, laboresultaten of andere technische onderzoeken, medische attesten (bv. medisch attest voor aanvraag van regularisatie op medische gronden (9ter), enz.) moeten toegevoegd worden aan de samenvatting van het patiëntendossier.

#### *5.1.3.1. Uitwisseling van het Globaal Medisch Dossier*

De opvolgarts kan steeds contact opnemen met de behandelende arts van de voorgaande opvangstructuur en vragen om het medisch dossier op te sturen via een beveiligd elektronisch softwaresysteem (bv. via de E-health box, ...) of via e-mail indien de bijgevoegde bestanden versleuteld zijn met een wachtwoord. Voor transfers van/naar opvangstructuren/partners die (nog) niet dezelfde software gebruiken als de Fedasil-centra, gebeurt de elektronische overdracht van gegevens door het beveiligen van de bestanden met een wachtwoord.

Voor bewoners die vrijwillig terugkeren naar hun land van herkomst, kan het een meerwaarde zijn om een Engelstalige samenvatting toe te voegen van de meest belangrijke elementen (diagnose, huidige therapie, zorgelementen...). Hierbij is het zeker aangewezen de contactgegevens van de arts en/of medische dienst duidelijk te vermelden.

## 5.2. Attestering

Een **medisch attest** is een getuigschrift dat een feit van medische aard vaststelt en bevestigt op grond van eigen ondervraging en onderzoek.

Voorwaarden voor de opstelling van een medisch attest zijn:

- Het wordt afgeleverd door diegene die het feit zelf heeft vastgesteld.
- Een attest is steeds administratief correct en bevat de juiste identiteitsgegevens van de betrokken patiënt en van de zorgverstrekker
- Het medisch attest houdt alleen medische vaststellingen over de patiënt zelf in.
- De inhoud van een attest mag het medisch beroepsgeheim op geen enkele manier schenden
- Elk attest dient waarheidsgetrouw, objectief en gewetensvol opgemaakt te worden en wordt gewaarborgd door de ondertekenaar.
- Het dient gedagtekend te worden op de dag van opmaak en voorzien te zijn van een stempel en handtekening van de persoon die het attest opmaakt. Een attest mag niet geantidateerd worden.
- Het attest wordt meegegeven aan de betrokkenen en niet bezorgd aan een derde persoon, tenzij uitzonderlijk, mits uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene.

Onder voorgaande voorwaarden geniet een medisch attest onbetwistbaar het vermoeden van geloofwaardigheid. De opmaak van een attest kan dan ook ten allen tijde geweigerd worden indien niet aan bovenstaande voorwaarden kan voldaan worden. Bij twijfel is het ook gerechtvaardigd de opmaak van een attest te weigeren.

Een **dixit attest** is een attest dat louter en alleen gebaseerd is op de verklaring van de betrokkenen en niet op een diagnose. Dergelijk attest heeft nooit het karakter van een medisch attest. Het is belangrijk dit duidelijk te melden in de hoofding van het attest. Het attest dient duidelijk te melden “volgens verklaring van betrokkene ...”.

Een verpleegkundige kan een afwezigheidsattest voor school opmaken, zo lang de hiervoor opgemaakte regelgeving van de school gerespecteerd wordt (frequentie, duur).

### 5.2.1 Attestering in het kader van een asielprocedure

Binnen het kader van een asielprocedure is het belangrijk dat betrokkene probeert de nodige medische attesten te verkrijgen

Zo is het bij slachtoffers van bv. foltering of Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) in het land van herkomst of een derde land van groot belang een attest op te maken. Dit attest wordt dan mee in overweging genomen op het moment dat het CGVS zijn beslissing neemt.

#### 5.2.1.1. Attest Slachtoffer van Foltering

Een attest ‘Slachtoffer van Foltering’ dient volgende informatie te bevatten:

- Datum en plaats van opmaak
- Identificatie van de opmaker (handtekening, naam, functie, identificatienummer)
- Identificatie van de patiënt (naam, voornaam, geboortedatum)
- Relas van de patiënt verwijzend naar de omstandigheden van de foltering met zo mogelijk vermelding van locatie en datum/periode, materiaal van foltering, personen die folterden, etc. Bij elke zin dient vermeld te worden dat de patiënt dit zegt/vertelt. Dit zorgt ervoor dat duidelijk is op welke manier deze informatie verkregen werd. Het volledige relas van de patiënt dient niet vermeld te worden.
- Psychologische klachten van de patiënt
- Een objectieve beschrijving van elk litteken met vermelden van
  - Locatie
  - Vorm
  - Grootte (in cm of mm)
  - Kleur
  - Eventuele specifieke aspecten zoals verheven randen
  - begrenzing
  - Maak zo mogelijk foto’s en voeg deze toe in het verslag
- Voor elk litteken/groep littekens dient vermeld te worden door wat deze littekens volgens de patiënt veroorzaakt zijn en of deze uitleg overeenkomt met de vastgestelde littekens. Het is ook belangrijk de graad van overeenkomst, de mate van consistentie (sterk, matig, enz) te vermelden.
- Advies naar behandeling/psychologische zorg
- Littekens die niets te maken hebben met de foltering, worden niet in het attest beschreven.
- Er wordt steeds een globale conclusie vermeld.

Indien je je als arts niet bekwaam voelt om dergelijk attest in te vullen, is het beter om door te verwijzen naar een collega of een expert.



Meer informatie met betrekking tot foltering is te vinden in het hoofdstuk 7.6 'Familiaal en Emotioneel leven'.

#### 5.2.1.2. Attest Vrouwelijke Genitale Verminking

Voorafgaand aan het opstellen van het medisch attest Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) is het aangeraden het « ► **Addendum 2: Vrouwelijke Genitale Verminking** » eens door te nemen.

Het in te vullen officieel medisch attest voor VGV kan geraadpleegd worden in ► **Annex 7: Medisch attest Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV)**. Het is belangrijk enkel dit model te gebruiken en het attest zo volledig mogelijk in te vullen.

Indien je je als arts niet bekwaam voelt om dergelijk attest in te vullen, is het beter om door te verwijzen naar een collega, die hiertoe opgeleid werd.

Meer informatie met betrekking tot Vrouwelijke Genitale Verminking is te vinden in het hoofdstuk 7.6 'Familiaal en Emotioneel leven'.

### 5.3. Beroepsgeheim en Algemene Verordening Gegevensbescherming

#### 5.3.1. Beroepsgeheim

Het wettelijk en deontologisch kader van het medisch beroepsgeheim ligt vast in Artikel 458 van het Strafwetboek en in de code van geneeskundige plichtenleer dat de fundamentele bepalingen betreffende het beroepsgeheim aangeeft (samenvatting in ► **Annex 8: Wetteksten beroepsgeheim**). De nationale Raad van de Orde der Artsen heeft ook éénmalig een advies<sup>16</sup> geformuleerd met betrekking tot het beroepsgeheim in centra voor VIB.

Het is essentieel dat enerzijds het beroepsgeheim gerespecteerd wordt, en anderzijds actief wordt deelgenomen aan multidisciplinair overleg. Hierbij wordt verwacht dat informatie rond specifieke opvangnoden, noden met betrekking tot de procedure en/of begeleiding en specifieke kwetsbaarheden kunnen besproken worden. Er wordt geen medische informatie gedeeld zoals diagnose(s) of behandelingen. Het is steeds aangewezen om aan de betrokkene vooraf toestemming te vragen rond het delen van bepaalde informatie (welke informatie? Met wie?) en betrokkene aan te moedigen de informatie zelf te delen indien dat aangewezen is.

Indien er een noodsituatie is, bijvoorbeeld een gevaar voor het leven van de betrokkene of een derde, mag het beroepsgeheim verbroken worden en kan de noodzakelijke informatie om betrokkene veilig te stellen gedeeld worden met essentiële personen.

Spreekplicht geldt als er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de fysieke of psychische integriteit van een minderjarige of kwetsbare persoon en deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermd worden. Ook geldt dit als er aanwijzingen zijn van een gewichtig en reëel gevaar voor andere minderjarigen of kwetsbare personen.

Medische attesten worden steeds aan de betrokkene zelf overhandigd.

---

<sup>16</sup> <https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/beroepsgeheim/beroepsgeheim-in-centra-voor-asielzoekers>

### 5.3.2. Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)

Deze wetgeving heeft betrekking op alle persoonsgegevens. Het gaat hier dus over alle informatie waardoor een persoon rechtstreeks of onrechtstreeks kan geïdentificeerd worden.

In deze verordening worden de volgende rechten beschreven:

- Het recht op informatie: u heeft het recht te weten dat uw gegevens verwerkt zullen worden en waarom dat gebeurt
- Het recht van verbetering: u kunt kosteloos onjuiste gegevens laten verbeteren of onvolledige, irrelevante of verboden gegevens laten wissen
- Het recht van toegang: u moet de nodige controle kunnen uitoefenen over uw verwerkte persoonsgegevens
- Het recht van verzet: u heeft het recht u te verzetten tegen het gebruik van uw gegevens
- Het recht op overdraagbaarheid van gegevens: u heeft het recht om uw persoonsgegevens in een gestructureerde, gangbare en machine leesbare vorm te verkrijgen en deze zonder hinder over te dragen aan een andere verwerkingsverantwoordelijke.

Iedereen die persoonsgegevens verwerkt moet deze verordeningen op elk moment respecteren.

## 6. Medische kosten

### 6.1. Inleiding

Zoals voorzien in de opvangwet, wordt de medische begeleiding (► **Annex 9: Juridisch kader medische kosten**) van een VIB tijdens de procedure verzekerd voor zover deze zorgen 'noodzakelijk zijn om een leven te kunnen leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid'. (Ref. Opvangwet) Wanneer het recht op materiële hulp stopt, stopt ook de vergoeding door Fedasil van de medische kosten.

De ten laste name en de controle van deze medische begeleiding verschilt naargelang de verblijfplaats van de VIB. De toegewezen opvangstructuur bepaalt dan ook wie verantwoordelijk is voor de medische kosten.

1. Een collectieve opvangstructuur in beheer van Fedasil: medische kosten worden ten laste genomen door Fedasil
2. Een opvangstructuur beheerd door één van de opvangpartners van Fedasil (bv. Rode Kruis, Croix Rouge, Caritas, SOI Gent, Ciré, ...): medische kosten worden ten laste genomen door de opvangpartner, met een terugbetaling door Fedasil van de werkelijk gemaakte kosten.
3. Een LOI beheerd door het OCMW: medische kosten worden ten laste genomen door FOD Maatschappelijke Integratie.
4. Geen verblijf in een opvangstructuur (no show/privé adres): medische kosten worden ten laste genomen door Fedasil en beheerd door de dienst procesbeheer van Fedasil.
5. VIB met officieel werk of een NBMV: medische kosten worden ten laste genomen door de mutualiteit (zie 6.1.1. Inschrijving in de mutualiteit of Hulpkas Ziekte- en Invaliditeitsverzekering). Het remgeld wordt ten laste genomen door Fedasil.

Het is belangrijk zeker te zijn dat de medische zorgen ten laste zullen genomen worden. Controle gebeurt dan ook best vóór de aflevering van de zorgen. De opvangwet voorziet een aantal specifieke bepalingen omtrent de soort zorgen die tijdens een verzoek om internationale bescherming al dan niet ten laste worden genomen. (zie 6.3.)

#### 6.1.1. Inschrijving in de mutualiteit of Hulpkas Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

De inschrijving in een mutualiteit of de Hulpkas Ziekte-en Invaliditeitsverzekering (HZIV) van alle opvangbegunstigden die aanspraak kunnen maken op de verplichte ziekte en invaliditeitsverzekering moet steeds zo snel mogelijk in orde gebracht worden.

Volgende groepen kunnen zich inschrijven bij een mutualiteit/HZIV gedurende hun procedure:

- NBMV die minstens drie opeenvolgende maanden lager of secundair onderwijs hebben gevolgd aan een school die erkend is door een Belgische overheid. Deelname aan de lessen in het OOC tellen hierbij mee.
- VIB's die legaal werken in België, in loondienst of als zelfstandige. Inschrijving vanaf werkdag één.
- Personen met een wettelijke verblijfsvergunning van meer dan drie maanden in België kunnen zich aansluiten bij de HZIV of een mutualiteit naar keuze.
- Personen ten laste van een familielid dat zich mag aansluiten bij een verzekeringsinstelling/ ziekenfonds = een Ziekte en Invaliditeitsverzekering gerechtigde, kunnen ook aangesloten worden bij dit ziekenfonds.
- Alle personen die een erkenning als vluchteling hebben gekregen of subsidiaire bescherming ofwel een positieve beslissing 'ten gronde' op een aanvraag tot regularisatie om medische of humanitaire redenen (9 ter of 9 bis), maar die nog tijdelijk in het opvangnetwerk verblijven (tijdens de transitieperiode, evt. met toegekend uitstel van vertrek)

Het is uiteraard de bedoeling dat de sociaal assistent of sociaal werker van de opvangstructuur de opvangbegunstigde begeleidt in dit proces en hem/ haar informeert over de te nemen stappen en over de benodigde documenten of zelfs helpt met de feitelijke aanvraag/ invullen van de aanvraagformulieren zo nodig.

De VIB of zijn/haar voogd mag kiezen bij welke verzekeringsinstelling hij/zij zich aansluit: de HZIV (<https://www.caami-hziv.fgov.be/nl/system/files/forms/39N.pdf>) of een mutualiteit.

De inschrijving voor de verplichte ziekte en invaliditeitsverzekering is op zich gratis, maar verschillende ziekenfondsen verplichten bij inschrijving ook aansluiting op een aanvullende verzekering. Deze aanvullende verzekering is steeds betalend en dekt extra diensten die variëren van mutualiteit tot mutualiteit, bv. medische bijstand in het buitenland, niet dringend ziekenvervoer, oppas voor zieke kinderen, enz. Bij de HZIV kan je je enkel aansluiten voor de verplichte ziekteverzekering en inschrijving is dus volledig gratis. De kosten verbonden aan evt. aansluiting bij de aanvullende ziekteverzekering bij een mutualiteit, worden niet ten laste genomen, noch terugbetaald door Fedasil.

Van zodra een bewoner in het opvangnetwerk van Fedasil of één van zijn opvangpartners verzekerd is via de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering gelden volgende terugbetalingsregels, **zolang** Fedasil bevoegd is voor de medische kosten en de algemene terugbetalingsregels voor opvangbegunstigden gerespecteerd zijn:

- Verplichte rechtstreekse facturatie aan het ziekenfonds van het deel dat door het RIZIV ten laste genomen kan worden telkens de derdebetalersregeling mogelijk is
- Fedasil neemt enkel het remgeld ten laste.
- Ten laste name van de specifieke medisch zorgen vernoemd op de plus-lijst Het gaat hier onder andere over de 'D' medicatie en psychologische begeleiding.

Enkel indien derdebetalersregeling echt niet mogelijk is – vb. voor tandartsconsultaties... - kan de volledige factuur van de medische prestatie ten laste genomen of terugbetaald blijven worden door Fedasil, zolang Fedasil bevoegd is voor de medische kosten. Dit geldt eveneens voor de medische hulp en de medische zorgen die, hoewel niet opgenomen in de RIZIV nomenclatuur, toch verzekerd worden door Fedasil aan de begunstigde van de opvang omdat ze tot het dagelijks leven behoren of noodzakelijk zijn.

## 6.2. Financiële aspecten

### 6.2.1. Het requisitorium/ de toelating

- Een requisitorium is een document dat bestemd is voor de externe zorgverstreker en dat hen de bevestiging geeft dat Fedasil of een partner de medische kosten van een specifieke persoon voor een specifieke medische handeling ten laste neemt.
- Op het requisitorium zal duidelijk aangegeven worden welke medische handelingen vergoed worden. Zo nodig zal het aantal sessies en/of de duur van de zorg vermeld worden.
- De vergoeding van de medische kosten beperkt zich steeds tot de RIZIV-tarieven. Persoonlijke toeslagen, supplementen, en dergelijke zullen niet vergoed worden via een requisitorium.

Een requisitorium is steeds op datum of voor beperkte duur. Het is belangrijk dit te respecteren en zo nodig een verlenging aan te vragen.

#### 6.2.1.1. Praktische uitvoering

##### 6.2.1.1.1. VIB verblijft in een opvangcentrum (Fedasil of partner)

Het requisitorium wordt opgemaakt en ondertekend door iemand van de medische dienst. Het is belangrijk af te stemmen met de arts en/of verpleegkundige of er een akkoord is voor de ingeplande medische zorg.

Indien er in het centrum geen medische dienst is en de arts om één of andere reden niet kan tekenen, dan kan ook de centrumverantwoordelijke het requisitorium tekenen.

Praktisch:

- ✓ VIB krijgt van de medische dienst eventueel een verwijsbrief samen met een requisitorium
- ✓ VIB neemt verwijsbrief en requisitorium mee naar de afspraak externe zorgverstreker en geeft deze daar af
- ✓ Zorgverstreker stuurt zijn factuur samen met het requisitorium naar de opvangstructuur (vermeld op requisitorium) die dan de factuur zal verwerken

##### 6.2.1.1.2. VIB verblijft op een privéadres (No Show)

Het requisitorium wordt altijd opgemaakt door de dienst 'Procesbeheer' op de hoofdzetel van Fedasil.

Het medisch requisitorium kan opgemaakt worden door de dienst 'Procesbeheer' voor diverse doeleinden:

- Consultatie bij een externe zorgverstreker of voor een opname in een ziekenhuis
- Aankoop van medicatie, medische producten en/of medisch materiaal, een bril, etc. Hiervoor is steeds een voorschrift van een arts nodig.
- **Praktisch:**
  - ✓ VIB doet aanvraag requisitorium alvorens effectieve consultatie, onderzoek, hospitalisatie, aankoop, etc. ( met uitzondering van consultatie op de spoed met dringende opname).
  - ✓ VIB dient volledig ingevulde aanvraag requisitorium in via het on-line formulier via de link: <http://noshowrq.fedasil.be>. In geval van een geplande hospitalisatie of interventie, moet een medisch verslag bij de aanvraag ingediend worden. In geval van medicatie of kinesitherapie sessies, moet een voorschrift toegevoegd worden.
  - ✓ De dienst 'Procesbeheer' controleert of de VIB nog in procedure is, en of de aanvraag door Fedasil kan ten laste genomen worden
  - ✓ Indien Fedasil de zorgen ten laste neemt, zal de dienst 'Procesbeheer' een requisitorium verzenden naar de VIB via het e-mailadres dat vermeld staat op het on-line formulier. De VIB neemt zijn requisitorium mee naar de afspraak bij de externe zorgverstreker en geeft dit daar af.
  - ✓ De zorgverstreker stuurt zijn factuur samen met het requisitorium per post naar de dienst 'Procesbeheer' (adres vermeld op requisitorium) die dan de factuur zal verwerken
- **Uitzondering.** VIB kan in geval van urgentie zonder requisitorium naar de spoedafdeling gaan en indien vereist gehospitaliseerd worden. Het requisitorium moet nadien aangevraagd worden en toegevoegd worden aan de factuur. Aanvraag kan gebeuren door ziekenhuis of, indien ziekenhuis het niet deed de VIB.

Let op. De dienst 'Procesbeheer' betaalt geen kosten terug waarvoor geen requisitorium werd afgeleverd of die niet voldoen aan de vereisten van terugbetaling vermeld op het requisitorium

Ter informatie: de dienst 'Procesbeheer' blijft bereikbaar via [medic@fedasil.be](mailto:medic@fedasil.be) of tijdens de telefonische permanenties die doorgaan van maandag tot vrijdag tussen 9u en 12u op volgende nummers:

02/213.43.00 (NL)

02/213.43.25 (FR)

### 6.2.2. Annulatiekosten

Indien een consultatie minstens 48 u op voorhand wordt geannuleerd per e-mail of telefoon, worden de consultatiekosten of tolkenkosten niet door Fedasil ten laste genomen.

Indien een consultatie minder dan 48 u op voorhand wordt geannuleerd of indien de afspraak niet nagekomen wordt (met uitzondering van overmacht – vb. staking van het openbaar vervoer, ...) dan neemt Fedasil maximum 1/3 van het normale honorarium ten laste en dit met een maximum bedrag van 30 €.

Indien een bewoner niet naar een consultatie of een afspraak is gegaan, dan wordt aan de zorgverstrekker gevraagd de medische dienst hier binnen de week per e-mail van op de hoogte te brengen.

### 6.2.3. Aankoop of verhuur van materiaal

Voor de federale centra, bestaan **kadercontracten** voor de volgende producten: medisch materiaal, verbandmateriaal en incontinentiemateriaal voor volwassenen.

Bestellingen van deze producten moeten verplicht gebeuren via deze kadercontracten en er moet steeds een bestelbon opgemaakt worden door de financiële dienst van het opvangcentrum na goedkeuring van de medische dienst of medisch verantwoordelijke.

Indien een medisch product (medisch materiaal of incontinentiemateriaal) niet op de lijst voorkomt kan dit product aangevraagd worden via de dienst Medisch Beheer FHQ, die bekijkt of dit product eventueel aan de lijst kan worden toegevoegd. Indien niet opportuun, kan het product op naam van de bewoner besteld worden via prijsofferte.

Voor het materiaal waarvoor **geen kadercontract** bestaat (protheses, steunzolen, hoorapparaten, ...), alsook voor het huren van medisch materiaal MOET altijd een prijsofferte worden gevraagd.

Indien het RIZIV voor dit product een vaste prijs voorzien heeft (volgens de RIZIV-nomenclatuur en steeds te vermelden op de prijsofferte!) en de prijs van de offerte de RIZIV-prijs respecteert, dan kan dit aangekocht worden zonder dat hiervoor 3 verschillende prijsoffertes worden gevraagd. Indien er geen RIZIV-prijs/nomenclatuur voorhanden is of de prijs hoger is dan de RIZIV-prijs, dan moeten er 3 prijsoffertes worden aangevraagd bij 3 verschillende firma's en moet daarvan de goedkoopste gekozen worden. Hierbij wordt ook rekening gehouden met eventuele transportkosten.

Er moet in beide situaties altijd een bestelbon worden opgemaakt door de financiële dienst. Pas na goedkeuring van de bestelbon mag het product aangekocht worden.

**Uitzondering:** Indien vb. een knie-brace (waarvoor normaal een bestelbon dient te worden opgemaakt) rechtstreeks op de dienst spoedgevallen wordt meegegeven, dan kan er natuurlijk geen bestelbon opgemaakt worden. In dit geval moet de medische dienst van het centrum deze informatie aan de factuur toevoegen. Dit is enkel van toepassing voor de dienst spoedgevallen en niet voor andere diensten. Het is belangrijk de nabijgelegen dienst(en) spoedgevallen regelmatig in te lichten over de financiële procedures van het opvangcentrum.

De opvangcentra van de partners volgen de procedure zoals beschreven, zonder rekening te houden met een kadercontract.

### 6.2.4. Facturen

#### 6.2.4.1. Requisitoria of toelatingen

Voor medische zorgen toegestaan via een requisitoria is de medische dienst of de dienst 'Procesbeheer' verantwoordelijk om de factuur inhoudelijk te valideren. Zij gaan na of de factuur overeenkomt met de medische zorgen die werden toegestaan en of de prijzen conform de RIZIV-bepalingen zijn.

#### 6.2.4.2. Artsen: Betaling prestaties

Huisartsen die een VIB consulteren, maar **geen samenwerkingsovereenkomst** hebben met Fedasil (vb. dokters van wacht) moeten een factuur opmaken per patiënt. De artsen werken steeds aan de geldende RIZIV-tarieven.

De factuur wordt samen met de requisitoria aan de medische dienst van het centrum bezorgd.

De factuur bevat de volgende informatie:

- datum van consultatie
- identificatiegegevens van de bewoner: naam, voornaam, geboortedatum
- identificatiegegevens van de arts met ofwel het ondernemingsnummer (of BTW nummer); ofwel de volledige naam, voornaam en adres; en een rekeningnummer
- RIZIV nomenclatuurnummers van de verleende zorgen en het overeenkomstige bedrag

Huisartsen die in de centra werken en **wel een samenwerkingsovereenkomst** hebben, werken steeds volgens de RIZIV-tarieven en dienen op het einde van de maand het document voor honorariavergoeding (te vinden bij de samenwerkingsovereenkomst) in op de medische dienst. Na validatie bezorgen zij het aan de financiële dienst. Als er in het centrum geen medische dienst (verpleegkundige en/of materiaal) is, mag de arts de prestatie aanrekenen als een (huis)bezoek afhankelijk van het feit of hij 1, 2 of meer dan 2 patiënten onderzoekt (103132, 103412, of 103434). Indien er wel een medische dienst is wordt het tarief voor een consult in het kabinet aangerekend voor een geaccrediteerde huisarts (101076) (zie samenwerkingsovereenkomst).

#### 6.2.5. Conventies

Een conventie met een externe instelling wordt opgemaakt voor een persoon die omwille van een zware medische problematiek of zware zorgnood langdurig in een externe instelling verblijft. Er moet steeds toestemming van een adviserend arts gevraagd worden vooraleer een bewoner in een instelling kan opgenomen worden.

Deze persoon wordt administratief wel toegewezen aan een opvangstructuur voor de nodige administratieve, sociale en medische opvolging. Eerst gebeurd dat op basis van een requisitorium, nadien wordt een conventie (► **Annex 10**: Conventie) opgemaakt door de hoofdzetel. Lees ook '► **Addendum 3**: 'Conventie' voor meer informatie.

### 6.3. Wettelijk kader van terugbetaling van de medische zorgen door Fedasil

Voor de zorgen (medisch/paramedisch) die beschreven staan in de RIZIV-nomenclatuur komt Fedasil tussen tot het maximumbedrag dat vermeld staat op deze RIZIV-lijst (inclusief het remgeld). Geconventioneerde zorgverstrekkers respecteren steeds de RIZIV-tarieven. Niet geconventioneerde zorgverstrekkers mogen enkel het maximum RIZIV-tarief aanrekenen. Zo zij de tarieven niet respecteren, kan men geen beroep doen op hun medische zorgen.

Het conventietarief voor een bepaalde prestatie kan steeds gevonden worden door het nomenclatuurnummer (= 6 cijfers) in te geven in Nomensoft<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> <https://webappsa.riziv-inami.fgov.be/Nomen/nl/search>

Enkele medische zorgen zijn in de wet (► **Annex 11**: Opvangwet. Terugbetaling van de paramedische en psychologische zorgen) expliciet opgesomd. De opsomming van deze medische zorgen zijn vermeld in de zogenaamde 'Plus- en min-lijst':

1. Zorgen zonder RIZIV-nomenclatuur die WEL verleend worden (Plus-lijst):
  - Geneesmiddelen van categorie D (niet A, B, C, Cs, Cx) indien voorgeschreven door een arts met voorschrift op stofnaam en rekening houdend met de aanbevelingen voor de referentietrugbetaling. Geneesmiddelen van categorie D (goedkoopste variant) voorkomend in de volgende lijst: antacida, spasmolytica, anti-emetica, anti-diarretica, analgetica en antipyretica en middelen voor buccofaryngeale aandoeningen
  - Tandextracties
  - Tandprothesen enkel ter herstel van de kauwfunctie
  - Brillen voor kinderen voorgeschreven door een oogarts met uitzondering van bi- of multifocale of gekleurde glazen
  - Brillen voor volwassenen vanaf een refractieafwijking van minstens 1D aan het beste oog, voorgeschreven door een oogarts, met uitzondering van bi- of multifocale of gekleurde glazen
  
2. Zorgen binnen de RIZIV-nomenclatuur die NIET verleend worden (Min-lijst):
  - Orthodontie
  - Alle ingrepen, medicatie en onderzoeken specifiek gelinkt aan fertiliteit
  - Tandprothesen, indien er geen kauwprobleem is, ongeacht de leeftijd
  - Zuiver esthetische ingrepen tenzij voor reconstructie na heelkunde of trauma.
  - Tandverzorgingen en of –extracties onder algemene verdoving
  - Aangepaste melk voor zuigelingen wanneer borstvoeding niet mogelijk is

Dit laatste wordt wel ten laste genomen via de werkingskosten gezien het over standaardvoeding gaat.

### 6.3.1. Medische verstrekkingen

#### 6.3.1.1. Mondzorg

Bij VIB's is er een hoge nood aan tandheelkundig zorg. De mondgezondheid bij velen is slecht en volgende factoren kunnen hierbij mogelijks een rol spelen: gebrek aan mondhygiëne, voeding, preciaire levensomstandigheden en/of beperkte toegang tot tandheelkundige zorg.

Door de overbevraging van deze dienstverlening is het belangrijk om steeds kritisch de klachten te analyseren en zo nodig een mondinspectie te doen. De bevindingen worden vermeld in het elektronisch medisch dossier en er moet worden bekeken wat dringend, mogelijk en redelijk is.

'Dringende zorgen' wordt in de tandheelkunde veel te vaak verengd tot een kwestie van 'pijn' of 'geen pijn', en zou zich moeten uitbreiden tot 'noodzakelijke zorg'. Dit omvat die tandheelkundige zorgen waarvan de tandheelkundig expert weet dat, als ze niet worden uitgevoerd, de situatie zo goed als zeker verslechtert en meer complexe behandelingen zullen nodig zijn in de toekomst.

Fedasil neemt tandheelkundige zorgen ten laste, op voorwaarde dat deze zorgen 'noodzakelijke zorg' zijn en op voorwaarde dat hier een RIZIV-nomenclatuur voor bestaat. Fedasil betaalt de verstrekte zorgen steeds terug volgens het meest recente akkoord met het RIZIV.



De lijst met nomenclatuurnummers van de ingrepen met tarieven (deze zijn indicatief gezien er regelmatig een nieuwe RIZIV-conventie is) die ten laste worden genomen, is te vinden op de website van het RIZIV: <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/honoraires/Paginas/tandheelkundige.aspx>. (Let op: deze wijzigen 2 keer per jaar)

Fedasil voorziet dan ook vergoeding aan RIZIV-tarief van volgende zaken:

- tandvullingen wanneer het tandbederf zich uitbreidt tot voorbij de glazuur-dentinegrens
- wortelkanaalbehandelingen
- tandextracties, ONGEACHT DE LEEFTIJD van de patiënt. U dient hiervoor als referentie de RIZIV-codes en tarieven van de leeftijdscategorie “vanaf 53 jaar” te hanteren en op het getuigschrift te vermelden (zie 5.5.1.2. eventueel met “referentie” erbij)
- supragingivale tandsteenreinigingen
- Radiografische opnames, volgens het ALARA-principe (as low as reasonably achievable)

Sommige RIZIV codes bestaan enkel voor bepaalde leeftijdscategorieën. Indien nodig voor een patiënt van een andere leeftijdscategorie, is de referentie RIZIV code dezelfde als de code voor dezelfde zorgen voor een andere leeftijdscategorie. Dit kan ook gespecificeerd worden op de factuur indien de zorgverstrekker dat wenst.

Esthetische restauraties, vast kroon- en brugwerk, kronen op melktanden, orthodontische behandelingen en implantaatwerk worden NIET vergoed door Fedasil. Deze behandelopties zijn zinvol maar kunnen worden uitgesteld tot na de aanvraag voor internationale bescherming.

#### 6.3.1.1.1. Tandsteen verwijderen

Fedasil neemt dit ten laste indien uitgevoerd door een tandarts.

Bij kinderen en volwassenen, indien de tandplak sterk ontwikkeld is, kan het verwijderen van tandsteen aanvaard worden als preventieve tandbehandeling, maximaal 1 maal per jaar. Adequate tandhygiëne aanleren is een vereiste.

De medische dienst kan een requisitorium uitschrijven met expliciete vermelding “verwijderen van tandsteen”.

#### 6.3.1.1.2. Conserverende verzorging bij cariës

Fedasil neemt dit ten laste aan RIZIV-tarief.

#### 6.3.1.1.3. Tandextracties

Fedasil neemt dit ten laste voor alle leeftijden (niet enkel bij kinderen tot 18 jaar of bij volwassenen vanaf 53 jaar) en baseert de terugbetaling op de RIZIV-tarieven van de +53-jarigen.

#### 6.3.1.1.4. Wortelkanaalbehandelingen

Fedasil neemt dit ten laste aan RIZIV-tarief.

Een ontsteking van een wortelkanaal met 1 of 2 wortels kan behandeld worden bij de tandarts. Voor een behandeling van een tand met 3 of 4 wortels (de achterste kiezen), kan de patiënt worden doorgestuurd door de tandarts naar de endodontoloog. Deze moet ook bereid zijn de zorgen te leveren aan de officiële RIZIV tarieven.

#### 6.3.1.1.5. Algemene verdoving

Alhoewel duidelijk vermeld staat in het KB dat tandverzorging en/of extracties onder algemene verdoving niet kunnen, wordt door de directeur-generaal van Fedasil een algemene uitzondering verleend indien voldaan is aan 1 van de volgende voorwaarden:

- Tandverzorging of meervoudige extracties bij kinderen jonger dan 8 jaar
- Gelijktijdig trekken van 4 wijsheidstanden, onafhankelijk de leeftijd
- Verzorging van tanden bij patiënten met somatische en/of ernstige mentale problemen waarbij de verzorging zonder algemene verdoving niet mogelijk is.

Dit moet niet geval per geval worden aangevraagd, maar is wel uitdrukkelijk te vermelden op het requisitorium.

#### 6.3.1.1.6. Tandprotheses

Fedasil neemt dit ten laste, ongeacht de leeftijd, indien de kauwfunctie onvoldoende is en mits de tandprothese de kauwfunctie herstelt (zie verder).

De verschillende etappes nodig voor het maken van de prothese, evenals de correcties die voortvloeien uit het dragen van die prothese zijn inbegrepen in de RIZIV prijs van de prothese. Er mogen geen afzonderlijke RIZIV codes voor deze consultaties worden aangerekend.

In de RIZIV prijzen van protheses zijn ook de prijzen van de haken inbegrepen in geval van gedeeltelijke protheses. De nomenclatuurnummers voor tandprothese vind je in ► **Annex 12: Nomenclatuurnummers tandprotheses.**

##### 6.3.1.1.6.1. Kauwfunctie

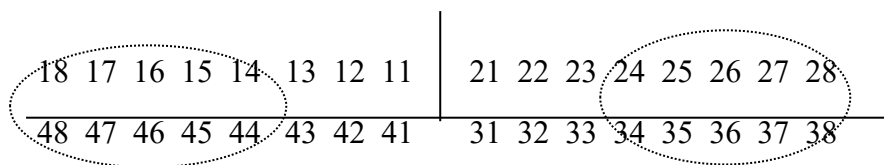
Het gaat erom een kauwfunctie te behouden waardoor de persoon zich op een correcte manier kan voeden. Dit is enkel mogelijk bij een voldoende aantal tanden die instaan voor de kauwfunctie.

Het aantal occluderende paren, gerekend vanaf de premolaren in het onder- en bovenfront, bepaalt de kauwcoëfficiënt.

Het aantal **occluderende** paren geeft het aantal **tanden** en hun positie in de mond weer, die een individu kan samenbrengen om voedsel af te bijten en te kauwen.

##### Tandnummering (FDI systeem)

Om zicht te krijgen op de kauwfunctie vragen we de tandarts om de ontbrekende en te vervangen tanden te duiden met de internationale nummering.



##### 1. Voor het blok voortanden boven en onder

De fronttanden en hoektanden (11, 12, 13, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 41, 42, 43) zijn niet essentieel voor de kauwfunctie.

In principe zal Fedasil geen vervanging van fronttanden ten laste nemen, tenzij de patiënt ook minder dan 4 occluderende paren heeft in de zijdelingse delen. Een mogelijke uitzondering kan aangevraagd worden wanneer de patiënt fronttanden verliest tijdens de duur van zijn asielprocedure (door bv.

ernstig trauma), er ernstig psychisch lijden is of als er minder dan 2 paar occluderende fronttanden zijn.

### 2. Voor de premolaren en de kiezen

Fedasil neemt een uitneembare prothese ten laste volgens de RIZIV-tarieven, indien de volwassen persoon minder dan 4 (slechts 0, 1, 2 of 3) paar occluderende tandenparen heeft en de voorgestelde prothese het aantal occluderende paren herstelt tot (ten minste) vier occluderende paren.

### 3. Voor volledig tandloosheid

Fedasil neemt het plaatsen van de volledige prothese (boven, onder, of boven en onder) ten laste voor zover de toestand van tandenloosheid minder dan 1 jaar bestaat of tijdens de asielprocedure ontstaan is.

#### 6.3.1.1.7. Toekenning door de medische dienst

Dit gebeurt op basis van het voorschrift van de tandarts met:

- Duiding van de ontbrekende tanden => kauwcapaciteit < 4/10
- Duiding van de te vervangen tanden met uitneembaar gebit onder/boven => kauwcapaciteit ≥ 4/10
- Prijs voor het uitneembaar gebit boven en/of onder => ≤ RIZIV-prijzen

#### TE VERMELDEN OP DE PRIJSOFFERTE VAN DE TANDARTS

Basisgegevens patiënt

Medische goedkeuring

Goedkeuring prijs

Vermelding totale prijs van 1 of beide protheses en tussen haakjes de RIZIV-prijs

Datum, naam en handtekening medische dienst

De goedgekeurde of afgekeurde prijsofferte moet bewaard worden door de medische dienst in het (elektronisch) medisch dossier.

Na goedkeuring wordt een requisitorium gemaakt met vermelding van de goedgekeurde prijs. Een kopie wordt bewaard samen met de gevalideerde prijsofferte.

#### 6.3.1.2. Oogaandoeningen

##### 6.3.1.2.1 Niet chirurgische tussenkomsten

###### 1. Monturen en glazen

Fedasil neemt dit ten laste indien:

- < dan 18 jaar: onafhankelijk van de dioptrie mits voorschrift door oogarts of indien oogarts moeilijk te consulteren is, na opmeting door optiker (met uitzondering van multifocale of gekleurde glazen)
- ≥ 18 jaar: indien het beste oog [dioptrie + cilinder] ≥ 1 en mits voorschrift door oogarts (met uitzondering van multifocale of gekleurde glazen)

- vervangingen volgens RIZIV normen (bv wijzigen brilglas indien minstens 0,5 dioptrie verschil met het vorige).
- verdunning van brilglazen (“hoge brekingsindex”) nodig en indien de dioptrie van het slechtste oog >3,5 (niet om esthetische redenen, enkel om de zwaarte van het glas te reduceren zodat de bril niet altijd afzakt en voor problemen zou zorgen).
- vervanging door verlies of breuk bij minderjarigen en volwassenen wordt geval per geval bekeken. Hiervoor moet een aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten (zie 6.3.5.) ingediend worden.

Bifocale brillen worden enkel ten laste genomen indien een correctie myopie en hypermetropie nodig is en indien de prijs van een bifocale bril lager is dan de totale prijs van 2 afzonderlijke brillen.

Aanvaarde prijzen:

- Montuur: Prijs montuur  $\leq$  RIZIV (code 742711 “Forfaitaire tegemoetkoming van het montuur, ongeacht de sterkte van de glazen ”)
- Brilglazen: Voor brilglazen moet een prijsofferte gevraagd worden. De prijs van de organische glazen is gebaseerd op de RIZIV lijst (“unifocale organische brilglazen”) voor kinderen jonger dan 18 jaar (afhankelijk van dioptrie en cilinder). Bij een hogere dioptrie dan 6, kan er een toeslag gerekend worden zoals voorzien in de RIVIZ-lijst; Groep 4. Bijslagen subgroep 1. Hoge cilinders (741996).

### 1. Contactlenzen

Voor dag en weeklenzen voorziet het RIZIV geen terugbetaling. Fedasil neemt deze dan ook niet ten laste.

Contactlenzen worden volgens het RIZIV enkel vergoed in geval van een aantal welomschreven aandoeningen. Hier dient dan ook steeds een aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten gedaan te worden via de medische cel van de regio (zie 6.3.5.). Lenzenvloeistof wordt enkel in deze uitzonderlijke situatie ten laste genomen.

### 2. Leesbrillen

Voor leesbrillen kunnen goedkope brillen worden aangekocht (via bestelbonnen na vergelijking prijzen). Indien geen aankoop via bestelbon, worden leesbrillen enkel verstrekt op voorschrift van de oogarts of optiker, indien deze laatste moeilijk toegankelijk is. Er moet steeds voldaan worden aan de minimum correctie van 1 aan het beste oog.

### 3. Toekenning door de medische dienst

Dit gebeurt op basis van het voorschrift van de oogarts of optiker (enkel bij een leesbril en in geval oogarts moeilijk toegankelijk is) met:

- Duiding van de dioptrie en cilinder =>  $| \text{dioptrie} | + | \text{cilinder} | \geq 1$  of  $< 18$ jaar?
- Duiding ver en/of dichtbij zicht

en met prijsofferte optiker voor:

- prijs montuur =>  $\leq$  RIZIV code
- prijs glazen =>  $\leq$  max RIZIV-prijs afhankelijk van dioptrie én cilinder

Indien zowel een ver- als bijziende correctie nodig is, bevat de offerte 3 prijzen als volgt:

1. bril + glazen verziend
2. bril + glazen bijziend

### 3. bril + bifocale glazen

#### TE VERMELDEN OP DE PRIJSOFFERTE VAN OOGARTS

Basisgegevens patiënt

Medische goedkeuring

Vermelding “≥ 1D” of “< 18 jaar”

Goedkeuring prijs

Vermelding totale prijs van montuur en glazen en tussen haakjes de maximum RIZIV-prijs

Datum, naam en handtekening medische dienst

De goedgekeurde of afgekeurde prijsoffertes worden bewaard in het (elektronisch) medisch dossier.

Na goedkeuring wordt een requisitorium aangemaakt met vermelding van de goedgekeurde prijs. Een kopie wordt bewaard samen met de gevalideerde prijsofferte.

#### 6.3.1.2.2. Heelkundige interventies

##### 1. Cataract

Lensdegeneratie is een chronisch proces, dat doorgaans langzaam ontstaat en reeds bestaande is op het ogenblik van het verzoek. De lens wordt troebel en het zicht langzamerhand slechter.

Voor een ingreep dient een aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten (zie 6.3.5.) te worden gedaan bij de medische cel van de regio. Een ingreep wordt goedgekeurd wanneer het zicht aan het beste oog beperkt is tot 6/10.

##### 2. Glaucoom

Wanneer de oogdruk te hoog is, wordt een trabeculotomie voorgesteld. Deze ingreep kan steeds ten laste genomen worden.

##### 3. Intra-vitreale injecties

Een injectie in het corpus vitreum of glasachtig lichaam met een vaatgroeiremmers wordt toegepast bij leeftijdsgebonden netvlies (macula) degeneratie, (diabetes) maculair oedeem en bepaalde ernstige vormen van myopie. Behandelingsmiddelen zijn onder meer Avastin, Lucentis en Eylea.

Avastin is niet terugbetaald door de klassieke mutualiteit, maar veruit het goedkoopste product. Deze injecties kunnen standaard ten laste genomen worden.

Voor een ten laste name van Eylea, Lucentis of andere producten dient men een aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten (zie 6.3.5.) in bij de adviserende artsen van Fedasil, waarbij- zoals in de klassieke mutualiteit, aan bepaalde criteria moet worden voldaan. Deze criteria zijn terug te vinden in Nomensoft, de database van het RIZIV: <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/Nomen/nl/search>

##### 4. Overige

Voor elke andere oftalmologische ingreep van kleine of grote aard, zoals strabisme operaties, cornea transplantatie, ingrepen aan het traankanaal, etc. moet toestemming gevraagd worden aan de adviserende artsen van Fedasil.

### 6.3.1.3. Hoorapparaat

Het RIZIV, en bij gevolg Fedasil, betaalt een hoorapparaat indien er een gehoorverlies is van minstens 40 dB aan het toe te rusten oor.

Gehoerverlies = tel de drempelwaarden (in dB) uit het toonaudiogram gemeten bij 1000, 2000 en 4000 Hz op en deel de som door 3. Bereken dit voor elk oor.

De RIZIV basisprijs omvat ook de garantie van het toestel tegen alle fabricagefouten bij een normaal gebruik en dit voor een duur van twee jaar, met uitzondering van de externe toebehoren. Bij vernieuwing van het toestel (volgens de RIZIV-regelgeving), mits een normaal gebruik, is de opvolging van het toestel gedurende de ganse periode van de garantie ook inbegrepen in de basisprijs.

Hernieuwing mogelijk indien:

- < 18 jaar: 3 jaar na datum van de vorige aflevering
- ≥ 18 jaar: 5 jaar na datum van de vorige aflevering
- verergering van minstens 20 dB

Fedasil neemt GEEN aanvullende verzekering ten laste.

Fedasil voorziet een ten laste name van de batterijen voor het hoortoestel na een vergelijkende prijsaanvraag. Er is een mogelijkheid om tot maximum 20 batterijen per hoorapparaat per 2 maanden te verstrekken.

### 6.3.1.4. Bandagisterie

Fedasil volgt de voorwaarden/regelgeving van het RIZIV alsook de RIZIV- tarieven. Bij afwezigheid van een RIZIV-nomenclatuur, moet er steeds een aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten ingediend worden en geldt het principe van de prijsvergelijking (3 offertes).

Verbandmateriaal wordt in de centra verdeeld en besteld via de medische dienst. Voor de VIB's die niet in een centrum verblijven, kan hier een verzoek tot ten laste name via requisitorium gebeuren en enkel indien voorgeschreven door een arts.

### 6.3.1.5. Gezinsplanning

#### 6.3.1.5.1 Contraceptie

Er is weinig prijsverschil tussen de verschillende contraceptievormen, waardoor Fedasil er heel wat ten laste neemt.

Volgende contraceptievormen worden ten laste genomen:

- Condoom (voor mannen en vrouwen)
- Orale contraceptie pil:
  - de 'POP' (Progesteron Only Pill)
  - de combinatiepil, bij voorkeurde combinatie oestradiol + levonorgestrel
  - nood-contraceptie: levonorgestrel 1,5 mg (zie online voor schema) en Ulipristal
- Spiraal (Intra-Uterine Device (IUD))
  - Koper spiraal

- Progesteron spiraal
- Implanon staafje

Volgende contraceptievormen worden enkel ten laste genomen in bijzondere situaties. Dit betekent dat er een toestemming wordt gevraagd aan de adviserende artsen op basis van een klinische verantwoording.

- vaginale ring
- hormonale pleisters

#### 6.3.1.5.2 Zwangerschapsbeëindiging

In België kan je een zwangerschapsbeëindiging (abortus) uitvoeren om psychosociale (niet-medische) redenen tot en met maximum 14 weken amenorrhoea of 12 na de bevruchting. Op een zwangerschapsbeëindiging om medische redenen staat geen maximum termijn.

Het medisch team heeft de taak om koppels of vrouwen door te sturen naar een bevoegd gespecialiseerd referentiecentrum<sup>18</sup>. Afhankelijk van de zwangerschapsduur worden verschillende methodes toegepast. Hoe sneller een zwangerschap afgebroken wordt, hoe minder ingrijpend het is op fysiek vlak. Daarom is een snelle detectie van ongewenste zwangerschap en doorverwijzing belangrijk. Het is essentieel om het gesprek op een cultuur sensitieve manier te voeren.

Fedasil neemt een zwangerschapsbeëindiging ten laste.

#### 6.3.1.5.2 Fertiliteitsbehandeling

Alle ingrepen, medicatie en onderzoeken specifiek gelinkt aan fertiliteit worden niet ten laste genomen door Fedasil.

#### 6.3.1.6. Genetische testen

Fedasil neemt genetische testen ten laste indien het resultaat een eventuele impact kan hebben op de behandeling van de betrokkene. Indien het enkel gaat over een bevestiging van een vermoedelijke aandoening, maar dit geen wijziging in de therapie veroorzaakt, worden de testen niet ten laste genomen. Bij twijfel kan een aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten (zie 6.3.5.) bij de adviserend arts ingediend worden. De NIPT test (Niet Invasieve Prenatale Test) wordt ten laste genomen indien de arts/gynaecoloog dit aangewezen vindt en de RIZIV criteria gerespecteerd worden. Informed consent is hierbij essentieel.

Fedasil neemt genetische testen binnen het kader van fertiliteit (overerfbare aandoeningen) NIET ten laste.

#### 6.3.1.7. Zorgtrajecten

Een zorgtraject<sup>19</sup> organiseert en coördineert de aanpak, de behandeling en de opvolging van een patiënt met een chronische ziekte. Het vertrekt van een samenwerking tussen patiënt, huisarts en specialist.

Momenteel is er een zorgtraject voor bepaalde patiënten, zoals bv met chronische nierinsufficiëntie of diabetes type 2.

---

<sup>18</sup> <https://abortus.be/>

<sup>19</sup> <https://www.zorgtraject.be/NL/index.aspx>

Zorg die aangeboden wordt binnen een zorgtraject wordt door Fedasil ten laste genomen volgens de geldende Riziv tarieven en richtlijnen.

## 6.3.2. Geneesmiddelen en Parafarmacie

### 6.3.2.1. Geneesmiddelen

Fedasil neemt de goedkoopste variant van geneesmiddelen van categorie D (niet A, B, C, Cs, Cx) ten laste indien voorgeschreven door een arts op stofnaam en rekening houdend met de aanbevelingen voor de referentietariefbetaling. Het gaat hierbij over de geneesmiddelen van de volgende opsomming: antacida, spasmolytica, anti-emetica, anti-diarretica, analgetica en antipyretica, middelen voor buccofaryngeale aandoeningen en sedinal of sedistress.

Geneesmiddelen van de andere categorieën (A,B, C, Cs, Cx) worden ten laste genomen volgens de geldende RIZIV regels. Dit betekent dat er een toestemming van de adviserend geneesheer gevraagd moet worden, indien van toepassing.

Bij twijfel over de ten laste name van medicatie dient contact opgenomen te worden met de medische cel van de regio.

### 6.3.2.2. Parafarmacie

Parafarmaceutische producten of parafarmaceutica zijn producten of voorwerpen die in de apotheek worden verkocht en voor medische doeleinden worden gebruikt, maar geen geneesmiddelen zijn.

Bij twijfel over de ten laste name van deze producten dient contact opgenomen te worden met de medische cel van de regio.

#### 6.3.2.2.1. Parafarmaceutische producten

- Zonnecrème, tandpasta, shampoo, zeep worden aangekocht en verdeeld door het economaat. Slechts uitzonderlijk worden ze aangekocht in de apotheek na voorschrift op medische indicatie in geval van dermatologische pathologie.
- Melkpoeder en potjesvoeding kunnen worden aangekocht via de opvangstructuur, maar horen niet op het medisch budget. Voor uitzonderlijke medische indicaties kunnen andere melken worden voorgeschreven via de apotheek.
- Vitamine supplementen zijn slechts in een beperkt aantal gevallen geïndiceerd. Indien strikt noodzakelijk en voorgeschreven, zijn deze ten laste van Fedasil.
- Confituur voor diabetici, suikervervangers e.d. zijn geen geneesmiddelen en moeten door de catering worden voorzien.
- Hydraterende crème, hydraterende olie, massagemelk (warm) en vaseline worden in grote verpakkingen aangekocht door de medische dienst en verdeeld onder de bewoners in functie van de nood.

## 6.3.3. Vervoer en Tolken

Tolken en transport zijn van essentieel belang zijn om de toegang tot gekwalificeerde zorg te waarborgen. Daarom kunnen zij in bepaalde situaties ten laste van het medisch budget worden genomen.

Fedasil neemt de kosten voor een tolk en/of transport enkel ten laste als de medische dienst of de medisch verantwoordelijke toestemming geeft voor de (para)medische handeling (consultatie,



onderzoek, therapie, interventie, ...). Indien de medische zorgen niet ten laste genomen worden, zal een tolk of vervoer nooit ten laste genomen worden.

De medische dienst of medisch verantwoordelijke geeft ook specifiek toestemming voor het inschakelen van een tolk en/of specifiek vervoer.

Indien een bewoner een (para)medische acte ondergaat zonder toestemming van de medische dienst of medisch verantwoordelijke van het opvangcentrum zullen deze kosten nooit ten laste genomen worden door Fedasil, maar zijn deze ten laste van de bewoner.

Daarentegen, indien een bewoner dringende medische zorgen nodig heeft via spoedopname of een medische wachtpost, kan de medische dienst of medisch verantwoordelijke achteraf een goedkeuring geven.

Federale opvangcentra. Raadpleeg ook volgende link:  
<https://infomed.fedasil.be/nl/organisatie/administratie/budget-tolken-en-transport> .

#### 6.3.3.1. Vervoer

Transport voor medische redenen valt onder bepaalde voorwaarden onder de medische kosten (Zie Medische Transfer; <https://infomed.fedasil.be/nl/organisatie/administratie/medische-transfer> ):

- De goedkoopste en tegelijk ook haalbare oplossing geniet de voorkeur.
- Indien de autonomie van een bewoner kan bevorderd worden door bv. één of enkele malen een andere bewoner mee met het openbaar vervoer te laten reizen, dan gaat de voorkeur uit naar deze optie (i.p.v. een taxi).
- Als alternatief voor een taxi kan beroep gedaan worden op vervoer vanuit centrum, vrijwilligers of minder mobiele centrale (MMC).
- Zo mogelijk wordt een afspraak gemaakt met een dichtbij zijnde zorgverlener. Na een transfert moet een verandering van zorgverlener worden overwogen.

#### 6.3.3.2. Tolken

Het is erg belangrijk dat zorgverlener en VIB elkaar goed begrijpen. Enerzijds zorgt dit ervoor dat de VIB zijn zorgnood goed kan uitleggen, anderzijds bevordert dit ook de kwaliteit van de zorg. Het is dan ook essentieel dat er ingezet wordt op het gebruik van tolken en intercultureel bemiddelaars.

- De VIB's hebben voor hun individuele medische consulten recht op een vertaling via een professionele tolk/intercultureel bemiddelaar (recht van de patiënt). Het is dus de verantwoordelijkheid van de medische dienst deze te voorzien.
- Fedasil neemt de kosten voor tolken omwille van medische redenen (consultaties intern of extern, medische of psychologische consultaties) ten laste indien duidelijk vermeld op het requisitorium dat het om een medische consultatie gaat.
- Er moet steeds aan afweging gemaakt worden tussen de kwaliteit en de kostprijs van een tolk.
- Vragen aan kinderen om voor volwassenen te tolken is niet gepast en geen goede manier om zorg te verlenen. In de meeste medische situaties is het ook niet aangewezen om beroep te doen op familieleden of vrienden om te tolken.
- In het ziekenhuis moet de tolk in principe door het ziekenhuis voorzien worden. Ze krijgen hiervoor budgetten van FOD Volksgezondheid. Indien er geen tolk door het ziekenhuis kan voorzien worden, kan een tolk ter plaatse uitzonderlijk op het medisch budget voorzien worden en in dezelfde situaties als bij externe ambulante zorgverstrekkers. Het blijft belangrijk om ziekenhuizen te wijzen op hun verantwoordelijkheid.

- Het is essentieel dat elke medische dienst van een opvangstructuur aangesloten is op het gratis tolkenprogramma Google Hangout (Intercult) van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Hierbij worden interculturele bemiddelaars ingezet om te tolken voor gezondheidswerkers. Behalve tolken, plaatsen ze ook de zorgvraag en de voorgestelde zorg in een culturele context. Een groepsaccount voor de medische dienst moet aangevraagd worden via [intercult@intercult.be](mailto:intercult@intercult.be).

#### 6.3.4. Aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten

Uitzonderlijke kosten zijn specifieke medische kosten met een niet urgent karakter. De aanvragen tot goedkeuring uitzonderlijke ten laste name van medische kosten moeten ingediend worden bij de medische dienst van de regio (opvangstructuren) of bij de adviserend arts FHQ (No Show). Deze zal de aanvraag af- of goedkeuren.

Er moet een aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten ingediend worden voor:

- geneesmiddelen waarvoor het RIZIV het akkoord van de medisch adviseur vraagt
- ongewone, zeer dure zorg en geneesmiddelen ( bv.: chemotherapie, beenmergtransplantatie, ...)
- elke ingreep die niet dringend is (bijv. heupprothese, knieprothese, orthopedische chirurgie, enz.)

Voor alle nieuwe problemen die noodzakelijke en onmisbare en/of dringende zorg vereisen, en als de zorg is opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur, moet geen aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten ingediend worden, zoals bv. bij blindedarmoperatie, cholecystectomie, ingeklemde hernia, recente breuk, etc. .

##### 6.3.4.1. Hoe de aanvraag uitzonderlijke ten laste name indienen?

- Vul het aanvraagformulier Uitzonderlijke ten laste name van medische kosten in (► **Annex 13: Aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten**)
- Voeg recente en gedetailleerde medische rapporten toe
- Indien mogelijk, het advies van de behandelende arts toevoegen
- Een prijsbestek met de verschillende RIZIV-codes voor de gevraagde zorg
- Het RIZIV-formulier in geval van hoofdstuk IV-geneesmiddelen (zie <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/SSPWebApplicationPublic/nl/Public/RequestForm>)

Het geheel wordt gegroepeerd in één enkele mail, per persoon en per aanvraag en de toegevoegde documenten MOETEN beveiligd verzonden naar de verantwoordelijke dienst.

- Het onderwerp van de e-mail: Uitzonderlijke aanvraag/ Voornaam, naam, OV nummer en geboortedatum.
- Als het dossier volledig is, zal uw aanvraag door de verantwoordelijke worden verwerkt.

## 7. SPECIEFIEKE MEDISCHE PROBLEMATIEKEN

### 7.1. Infectieziekten

VIB's komen vaak uit gebieden waar de medische infrastructuur minder toereikend is door oorlog of armoede. De vluchtroute vanuit deze landen is vaak lang en ongezond. Hierdoor is de kans op het oplopen van bepaalde infectieziekten groter en is een gestructureerde of gerichte screening aanbevolen.

#### 7.1.1 Seksueel Overdraagbare Infecties (SOI)

VIB's komen vaak uit landen waar de SOI-prevalentiecijfer<sup>20</sup> en incidentiecijfer<sup>21</sup> hoog zijn. De lange vluchtroute met ontberingen en een verhoogd risico op seksueel geweld maken de VIB's nog kwetsbaarder voor SOI. Een standaard screening, na geïnformeerd te zijn en goedkeuring te hebben gegeven, is dan ook aanbevolen bij een VIB met volgende indicatie(s):

- Symptomen van wratjes, wondjes of blaasjes rond de genitaliën, jeuk, vochtverlies, pijn bij het plassen, enz.
- Meerdere recente seksuele partners
- Zwangere vrouwen
- HIV-patiënten
- IV-druggebruikers
- Sekswerkers, en hun klanten
- Mannen die seks hebben met mannen (MSM) en personen die zich identificeren als LGBTI+
- Personen met een voorgeschiedenis van gevangenschap (incl. in detentiecentra voor migranten)
- Bewoners die aangeven seksueel geweld te hebben ondergaan
- Iedereen die getest wil worden op SOI

##### 7.1.1.1 Chlamydia, Gonorrhoeae en Syphilis

Dit zijn frequent voorkomende SOI. Gerichte screening bij aankomst wordt aanbevolen bij mensen uit een gebied met een prevalentie van > 0,5 % (Sub-saharisch Afrika) of indien ze een risicovolle vluchtroute hebben genomen.

Screening wanneer er indicatie aanwezig is. De Syphilis screening kan standaard meegenomen worden in de bloedafname bij aankomst. Er is een meldingsplicht bij de provinciale gezondheidsinspectie voor sommige van deze infecties<sup>22</sup>.

Voor meer informatie betreffende Syphilis, zie ► **Addendum 4: Syphilis**.

##### 7.1.1.2 HIV

Het humane immunodeficiëntievirus (HIV) richt zich op het immuunsysteem en verzwakt de immuniteit van mensen tegen veel infecties en sommige vormen van kanker die mensen met een gezond immuunsysteem gemakkelijker kunnen afweren. Aangezien het virus de functie van

---

<sup>20</sup> Prevalentiecijfer: Geeft aan hoeveel gevallen er op een bepaald tijdstip zijn.

<sup>21</sup> Incidentiecijfer: Geeft de snelheid weer waarmee een ziekte zich zal ontwikkelen.

<sup>22</sup> <https://www.zorg-en-gezondheid.be/overzicht-infectieziekten-en-bijhorende-richtlijnen>

immuuncellen vernietigt en belemmert, worden geïnfecteerde personen geleidelijk immunodeficiënt. De immunofunctie wordt meestal gemeten aan de hand van het aantal CD4-cellen.

HIV wordt beschouwd als een chronische ziekte. Snelle detectie en correcte behandeling is daarom belangrijk. Screening is ten stelligste aanbevolen nadat de VIB werd geïnformeerd en zijn toestemming geeft.

Indien de test HIV positief blijkt (AL HIV 1 en 2), zal het labo het staal doorsturen naar een referentie labo. Daar zal een bevestigingstest uitgevoerd worden en een tweede controle staal gevraagd worden. Indien mogelijk kan een CD4/CD8 telling gevraagd worden op hetzelfde staal.

Na het bespreken van het resultaat met de patiënt, kan de persoon idealiter doorverwezen worden naar een hiv-referentiecentrum. Voor de ten laste name van de antiretrovirale medicijnen (ARV) moet steeds een toestemming zijn van de regio arts van Fedasil, na voorschrift door een infectioloog. (Formulier Cat. IV toe te voegen)

Een adequate psychosociale ondersteuning is nodig en belangrijk voor de seropositieve persoon. Indien nodig kan deze persoon doorverwezen worden naar een organisatie gespecialiseerd in de begeleiding van HIV positieve migranten zoals vb.:

- LHIVING: Deze VZW biedt psychosociale hulp aan personen (en hun familie) met HIV of een andere ernstige chronische ziekte, die zich in een kansarme situatie bevinden. (<https://www.lhiving.be/home/nl/>)
- PROJECT HIV-SAM: Een cultuuraangepaste begeleiding voor SAM (Sub-Saharaans Afrikaanse Migranten uit de Afrikaanse Sub-Sahara) met HIV/aids (<http://www.hivsam.be/nl/>)
- Sensoa: het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid voor iedereen in Vlaanderen en Brussel. (<https://www.sensoa.be/sensoa-positief>)
- Sida sol: het doel van deze organisatie is de primaire, secundaire en tertiaire preventie van HIV/ aids, hepatitis en andere soa's ; actieonderzoek, bestrijding van discriminatie, opleiding en de ontwikkeling van solidariteitsacties voor kwetsbare groepen. (<https://centre-s.be>)
- La Plateforme Prévention Sida (PPS) : een Franstalige Belgische vereniging die werkt aan de preventie van HIV/aids en andere seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) in Wallonië en Brussel. (<http://vivreaveclevih.org>)

Een individuele counseling over het risicogedrag is essentieel, evenals het gratis ter beschikking stellen van condooms. De AIDS referentiecentra en verschillende andere organisaties/ instellingen bieden counseling diensten aan. Verschillende informatiebrochures voor seropositieve patiënten zijn beschikbaar.

Therapietrouw is zeer belangrijk bij hiv-behandeling waardoor een regelmatige opvolging door de medische dienst gevraagd wordt.

### *7.1.1.3. Hepatitis*

#### *7.1.1.3.1. Hepatitis A*

Hepatitis A is een virale gastro-intestinale die nooit leidt tot chronisch dragerschap van het virus. Het verplicht opsporen voor mensen die in de keuken werken is niet meer van toepassing. Een systematische screening voor hepatitis A is niet aangewezen. Nieuwe gevallen van hepatitis A zijn verplicht te melden aan de regionale gezondheidsinspectie.

#### 7.1.1.3.2. Hepatitis B

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

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).

Screening, na geïnformeerde toestemming, van alle VIB's ouder dan 18 jaar door een opsporing van het HBsAg is aanbevolen.

Meer informatie is te vinden in ► **Addendum 5: Hepatitis B.**

#### 7.1.1.3.3. Hepatitis C

Hepatitis C is een ontsteking van de lever die wordt veroorzaakt door het Hepatitis C-virus (HCV). Het virus kan zowel acute als chronische hepatitis veroorzaken, variërend in ernst van een milde ziekte tot een ernstige, levenslange ziekte met levercirrose en kanker tot gevolg. Het HCV is een door bloed overgedragen virus.

Gekende risicofactoren zijn:

- I.V. of nasale druggebruikers
- patiënten die een bloedtransfusie, een transplantatie of een ernstige chirurgische ingreep hebben ondergaan in land van herkomst indien geen goede screening en 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)

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/of HIV infectie.

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

Screening, na geïnformeerd te zijn en toestemming, van alle VIB's ouder dan 18 jaar door een bepaling van HCV antilichamen.

Meer informatie is te vinden in ► **Addendum 6:** Hepatitis C.

### 7.1.2. Tuberculose

Tuberculose (TBC) is een infectieziekte, veroorzaakt door de bacil van Koch (een bacil is een type bacterie).

De meest voorkomende vorm van de ziekte is longtuberculose. De bacteriën kunnen zich soms verplaatsen in het lichaam via bloed- en lymfevaten, waardoor ook andere organen kunnen aangetast worden zoals bijvoorbeeld de beenderen of de lymfeklieren.

Algemene informatie op:

- Fares: <https://www.fares.be/tuberculose>
- Agentschap Zorg en Gezondheid: [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be)
- Vlaamse Vereniging voor respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT): <https://tuberculose.vrgt.be/>
- In ► **Annex 14:** Informatie voor medewerkers over Tuberculose

#### 7.1.2.1. Screening bij aankomst

Zoals vermeld in 4.3.1. worden alle VIB, mits enkele uitzonderingen, via RX-thorax gescreend alvorens ze in het netwerk kunnen stappen.

#### 7.1.2.2. De periodieke screening op 6 en 12 maanden

Na deze eerste screening gebeurt er, na 6 en na 12 maanden, een periodieke screening op klinische symptomen via een éénvoudige vragenlijst (► **Annex 15:** Checklist voor periodieke Tuberculose screening). Enkel de personen die positief scoren (4 punten of meer) op de checklist worden doorverwezen voor verder onderzoek.

Gezien ongeveer de helft van de actieve tuberculosegevallen pas tot uiting komen in het eerste jaar na aankomst in België, is een continue waakzaamheid voor TBC heel erg belangrijk. Het belangrijkste is en blijft dat personen die klinische symptomen vertonen die evt. kunnen wijzen op tuberculose (chronische hoest, vermagering, nachtelijk zweten, vermoeidheid, subfebriele temperaturen, etc.) steeds doorverwezen worden naar de curatieve sector of de VRGT/FARES voor verder onderzoek (RX-thorax en/of consultatie bij een longarts).

#### 7.1.2.3. Rapportering en monitoring van Tuberculose

Tuberculose is een ziekte waarvoor meldingsplicht geldt. Wanneer een geval van tuberculose – al dan niet bevestigd door het labo van het ziekenhuis – wordt vastgesteld, moet dit gemeld worden aan de bevoegde arts gezondheidsinspecteur van uw provincie of regio.

Deze lijst is te vinden:

- VRGT : <https://tuberculose.vrgt.be/contact>
- FARES : <https://www.fares.be/tuberculose/contact>

De arts gezondheidsinspecteur is bevoegd voor de controle van infectieziekten. Hij/zij zal de verdere maatregelen op vlak van preventie en bescherming van de volksgezondheid coördineren – contactonderzoek enz. - samen met de VRGT / FARES en de betrokken centra / artsen.

Ook de medische coördinatie van het eigen netwerk (indien partner) en de medische coördinatie van Fedasil dient ingelicht te worden:

- voor regio noord: [fhq\\_med\\_noord@fedasil.be](mailto:fhq_med_noord@fedasil.be)
- voor regio zuid: [fhq\\_med\\_sud@fedasil.be](mailto:fhq_med_sud@fedasil.be)

Tot slot moet eveneens de directie en de interne preventie-adviseur ingelicht worden, alsook de externe arbeidsgeneeskundige dienst, zodat – indien nodig - de verdere opvolging kan gebeuren in het kader van ‘aangifte van beroepsziekten’.

### 7.1.3. MRSA

Vermoeden van infectie door Staphylococcus Aureus – MSSA of MRSA.

Regelmatig zijn er poly of multiresistente vormen van Staphylococcus Aureus aanwezig in de wonden van VIB's, zeker bij aankomst. De prevalentie van MRSA ligt heel wat hoger dan in de Belgische bevolking. Het is dan ook belangrijk om hier alert voor te zijn en zo nodig een wisser af te nemen.

VIB met abcessen en/of grote zwaar geïnfecteerde wonden met vermoeden van besmetting met Staphylococcus Aureus - MSSA of MRSA:

- Een staal van de wonde nemen (met een wisser) + versturen naar het labo voor cultuur en antibiogram
- Indien positief resultaat voor staphylococcus aureus MSSA of MRSA: vragen om het staal/ de cultuur door te sturen naar het referentie labo in het Erasmus ziekenhuis om de stam (genotype) te bepalen, om te zien (en hopelijk uit te sluiten) of het hier gaat om een besmettelijke communautaire vorm of niet.

(NB: stoppen na meer dan 6 staalafnames in eenzelfde opvangstructuur)

- Indien MRSA +: de cel medisch beheer van Fedasil op de hoogte brengen. Zo epidemie, ook de gezondheidsinspecteur van uw regio/ provincie per mail verwittigen
- Graag volgende info doorgeven: opvangcentrum, Blok /verdiep, NAAM en voornaam bewoner, nationaliteit, geboortedatum, datum aankomst in het centrum , datum begin van de symptomen, korte beschrijving van de geïnfecteerde wonden (lokalisatie, aantal...), datum staal name , resultaat labo, en indien de cultuur werd doorgestuurd naar het referentie labo : de datum en het resultaat.

### 7.1.4. Varicella

Varicella is een virale infectie met voornamelijk huidsymptomen. Kinderen genezen doorgaans na enkele dagen zonder enige nawerking. Na genezing ben je doorgaans levenslang beschermd tegen varicella.

Het virus blijft echter verborgen aanwezig in het lichaam en kan terug geactiveerd worden en de zona veroorzaken. Voor mensen met een verminderde immuniteit, zwangeren en pasgeboren baby's van moeders zonder antistoffen, kan varicella tot levensgevaarlijke complicaties leiden. Het is dan ook belangrijk om het contact tussen een eventueel besmettelijk persoon en deze specifieke groepen te

vermijden. Aangezien dit in een opvangcentrum niet evident is, is het aangeraden om de niet-immune personen van de risicogroepen te transfereren indien er een besmettelijk persoon aanwezig is in het centrum.

Om zo nodig, snel te kunnen reageren, wordt een systematische screening voor varicella antilichamen aanbevolen bij alle zwangere personen. Bij een pasgeboren kind wordt rekening gehouden met de immuniteit van de moeder.

Lees ook ► **Annex 16: Richtlijnen Varicella beleid in de collectieve opvang**

#### 7.1.5. *Helicobacter pylori*

*H. Pylori* komt in de meeste landen veel frequenter voor dan in West-Europa. Gezien het risico op maagkanker, is het opsporen van *H.Pylori* dan ook belangrijk.

In volgende situaties moet steeds een opsporing van *H.Pylori* gebeuren:

- Maagklachten bij patiënten afkomstig uit mediterrane landen, Oost-Europa, het Midden-Oosten, Azië, Afrika, Midden- en Zuid-Amerika
- *H. pylori*-test voorafgaand aan de start van een PPI (Proton Pump Inhibitor) als het vermoeden bestaat dat deze langdurig gebruikt gaat worden
- Persistenten of recidiverende klachten
- Persistent PPI-gebruik gestart ter behandeling van maagklachten, als de *H. pylori*-status onbekend is
- Endoscopisch aangetoond ulcus ventriculi, als tijdens de scopie geen kweek uit een biopsie is gedaan (bij ulcus duodeni kan men zonder diagnostiek uitgaan van betrokkenheid van *H. pylori*).

Controle na eradicatiebehandeling:

- wegens aangetoond ulcus pepticum (altijd)
- bij maagklachten: alleen indien deze niet verdwenen zijn na de eradicatiebehandeling gevolgd door 4 weken PPI

Bij een negatieve testuitslag is (periodiek) herhalen van de *H. pylori*-test niet nodig; het risico op herbesmetting is laag.

## 7.2. Parasitose

Een parasiet is een organisme dat zich ten koste van een ander organisme waarmee hij samenleeft in stand houdt en vermenigvuldigt. De schade aan de gastheer is niet zo groot dat deze aan de relatie ten onder gaat. Als dat wel het geval is dan wordt gesproken van een parasitoïde. Sommige parasieten kunnen voor een zware morbiditeit zorgen en zelfs mortaliteit.

Het klachtenpatroon is meestal erg vaag. Multi-infecties komen erg vaak voor. Het blijft belangrijk op zoek te gaan naar parasieten bij vage klachten zoals buikpijn, diarree, zwak voelen en/of algemeen onwel zijn.



Er zijn een massa parasieten die problemen kunnen veroorzaken bij de mens. De meest voorkomende kunnen gemakkelijk opgespoord worden via labo-onderzoek. De meest frequente parasieten Giardia Lamblia, Entamoeba histolytica en wormeneieren worden best opgespoord in een stoelgangsstaal.

Eosinofilie is een goede parameter voor een infectie met een/meerdere parasiet(en). Indien de eosinofilie hoog blijft, wordt de patiënt best doorverwezen naar een reiskliniek of infectioloog

### 7.2.1. Scabies

Scabies of schurft is een heel vaak voorkomende parasiet bij VIB's, die vaak gedetecteerd wordt op het moment van of net na aankomst. Het gebrek aan hygiënische omstandigheden onderweg en het delen van kledij en/of dekens, zorgt ervoor dat heel wat VIB's deze infectie onderweg oplopen.

Gezien de moeilijkheid om een volledige behandeling correct uit te voeren tijdens het traject, is het essentieel om bij nieuwkomers actief te screenen voor schurft. Schurft komt vaker voor bij bepaalde groepen VIB's (alleenstaand, jong, bepaalde nationaliteiten).

Gezien de hoge incidentie, wordt aantal gevallen van schurft opgevolgd in de opvangcentra en semestrieel doorgestuurd naar de medische coördinatie van Fedasil. Dit wordt ook opgevolgd door de regionale en federale gezondheidsautoriteiten.

Gezien hierover regelmatig vragen komen vanuit de verschillende gezondheids- en politieke autoriteiten is het belangrijk deze data te hebben.

Lees ook ► **Annex 17:** Aanpak schurft in collectieve en individuele opvangstructuren

### 7.2.2. Helminthiasis

Onderzoek heeft uitgewezen dat wormen de meest voorkomende aandoening zijn bij vluchtelingen, gaande van 14-64% afhankelijk van het land van herkomst, het profiel van de vluchteling en de testmethode. Ook na besmetting in het land van herkomst of transitland zorgen wormen voor een verhoogd risico op ziekte en dood. Wormen behoren tot de « vergeten » ziektes. Het blijft dan ook erg belangrijk ernaar op zoek te gaan.

Gezien het vage klachtenpatroon en de hoge prevalentie, kan een standaardbehandeling, idealiter onder toezicht, wetenschappelijk onderbouwd worden. Zoeken naar wormen op stoelgangsstalen is goedkoop, maar omslachtig. Drie stalen moeten afgenomen worden om de diagnose te kunnen stellen (80% van de infecties gevonden op 2 stalen). Het voordeel is dat nadien heel gericht behandeld wordt.

Om het werkzaam te houden, wordt in het contact van opvangcentra volgende richtlijn aanbevolen: eosinofilie wordt nagegaan in de standaardbloedafname bij intake. Indien eosinofielen verhoogd zijn, wordt een proefbehandeling gestart met 1 tab Albendazol of 6 tabs Mebendazole (2x/ dag voor 3 dagen), met een nieuwe bloedafname na min. 8 weken. Indien eosinofilie dan nog aanwezig is, wordt een stoelgangsonderzoek gedaan voor identificatie van de juiste parasiet, om een gerichte behandeling te kunnen geven.

Gezien Helminthen een tussengastheer nodig hebben in hun levenscyclus kan de infectie niet rechtstreeks van mens op mens gebeuren. Ook via toiletten kan er geen besmetting gebeuren.

### 7.2.3. Schistosomiasis

In Sub-saharisch Afrika alleen al zijn 240 miljoen mensen besmet met deze worm infectie. Het leidt vaak tot een chronisch ziek zijn/voelen. De prevalentie is afhankelijk van de regio van herkomst en kan binnen eenzelfde land sterk variëren. De larven komen vrij in zoet water en dringen dan via de intacte huid bij de mens binnen. Risicogroepen zijn dan ook kinderen (spelen in water), landbouwers, vissers, vrouwen (wassen).

Afhankelijk van de infectiedosis en immuniteitsstatus van de patiënt kan de infectie symptomloos verlopen of pas na maanden of jaren tot klachten leiden.

- A. Urogenitale vorm: zorgt voor hematurie (micro of macroscopisch) en frequent urineren. In een vergevorderd stadium veroorzaakt dit een verkalking van de blaaswand. Dit is onomkeerbaar. Soms kunnen de eileiders geblokkeerd geraken, met infertiliteit tot gevolg. Er is een verhoogd risico op blaaskanker.
- B. Gastro-intestinale vorm: klachten vooral buikpijn, misselijkheid, gebrek aan eetlust, ... . Op termijn treedt er aantasting van lever, milt, longen en darmen op.

Het is een vaak gemiste diagnose. In de actieve fase, kan een stoelgang-of urine onderzoek gebeuren. Neem hiervoor contact met het labo voor de geschikte tubes. Er moeten drie stalen afgenomen worden en het is belangrijk om de betrokkene 20 min actief te laten bewegen vooraleer het staal af te nemen.

Indien de infectie langer dan 6 à 8 weken aanwezig is, kan serologie gebruikt worden om de infectie op te sporen. Ook na een correcte behandeling blijft de serologie positief.

## 7.3. Substitutie behandeling Methadone

Binnen het opvangnetwerk voorzien we de continuïteit van medische zorg voor mensen die substitutietherapie krijgen. Hiertoe is een specifieke richtlijn uitgewerkt (► **Annex 18**: Richtlijn medische substitutie in collectieve opvangcentra). Deze richtlijn kadert binnen een breder preventief en remediërend beleid rond verslavingsproblematiek bij verzoekers tot internationale bescherming.

Hoewel de problematiek van middelen misbruik dagelijks aandacht vraagt in de opvangcentra, handelt deze richtlijn dus NIET over de algemene begeleiding van problematische gebruikers van tabak, alcohol, softdrugs. Ook verslavingsproblemen aan psychofarmaca komen niet aan bod.

Deze richtlijn heeft aansluitend ook volgende bijlagen:

- **Bijlage 1:** Overzicht van de expertisecentra voor drugshulpverlening
- **Bijlage 2:** Interne overeenkomst tussen persoon met substitutiebehandeling en opvangcentrum
- **Bijlage 3:** Bijkomende informatie over voorschrijven van substitutieproducten voor artsen en verpleegkundigen
- **Bijlage 4:** Standaardcontract Provinciale gezondheidsinspectie tussen persoon met substitutiebehandeling, arts en apotheker.

## 7.4. Dieet

Voor ten laste name van de kosten van een diëtist volgen we de RIZIV-regelgeving. Deze voorziet een tussenkomst in de kosten voor een heel beperkte doelgroep: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/dietisten/Paginas/default.aspx>. Voor alle andere aanvragen diëtist moet er een goedkeuring aangevraagd worden via de medische cel van uw regio.

Medische voeding wordt ten laste genomen volgens de RIZIV-regelgeving => <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/gezondheidsproducten/voeding/Paginas/dieetvoeding-bestemd-bijzonder-medisch.aspx>

De catering in de opvangcentra waar geen zelf-kook-mogelijkheden zijn, moet maaltijden leveren aangepast aan de meest gebruikelijke diëten zoals diabetesdieet, AVVZ (dieet arms aan verzadigde vetten), darm-sparend dieet, ... Voor specifieke individuele en uitzonderlijke diëten wordt er een opvangplaats met zelf-kook-mogelijkheden aanbevolen. Zo nodig, kan hiervoor een aanvraag voor medische transfer ingediend worden. Specifieke voedingsmiddelen of vervangingsmiddelen maken geen deel uit van de medische kosten, maar van de werkingskosten.

De noodzaak voor een dieet moet steeds objectief vastgesteld zijn en vereist een voorschrift van een arts. Fedasil neemt dan ook de nodige onderzoeken voor diagnose van voedsel allergie en/of voedsel intolerantie ten laste. Specifieke voedingsmiddelen of vervangingsmiddelen maken geen deel uit van de medische kosten, maar van de exploitatiekosten centrum.

### 7.4.1. Voedselovergevoeligheid

#### Welke vormen van voedselovergevoeligheid bestaan er?

‘Voedselovergevoeligheid’ is een overkoepelende term voor ongewenste, reproduceerbare reacties op een ‘normale’ hoeveelheid voedsel.

We kunnen 3 types onderscheiden:

- **A: Een allergische reactie** (via Immunoglobuline E (IgE))  
Bij dit type is er nooit reactie bij het eerste contact, maar de reactie neemt toe met frequentie contacten (= sensibilisatie), ook al gebeurt deze zonder symptomen. Soms ontstaat een hevige anafylactische reactie en shock.  
*Typevoorbeeld: ei, pinda*
- **B: Een allergische cellulaire reactie** (zonder IgE) gebeurt zonder aantoonbare sensibilisatie, en leidt tot een ontsteking van de darm.  
*Typevoorbeeld: coeliakie of glutenallergie* als reactie op het kiemeiwit in rogge, tarwe, haver en gerst.
- **C: Niet allergische voedselovergevoeligheid of voedselintolerantie**  
*Typevoorbeeld: lactose intolerantie* door lactase deficiëntie met gisting van lactose in de darm tot gevolg. Vaak is er hier een relatieve overgevoeligheid en is de dosis bepalend of er symptomen optreden of niet. Nb Lactose intolerantie komt pas voor vanaf de leeftijd van 4 jaar, voor die leeftijd hoeft dus ook geen lactose test aangevraagd te worden.

Voor meer informatie over deze 3 types, lees ► **Addendum 7: Dieet**

## 7.5. Geestelijke gezondheidszorg

Problemen op vlak van geestelijke gezondheid komen zeer frequent voor bij VIB. Meerdere oorzaken kunnen dit verklaren. Enerzijds kunnen zij verband houden met traumatische gebeurtenissen in het land van herkomst of tijdens de vlucht, anderzijds kunnen isolement na aankomst in België, verlies van eigenwaarde, onzekerheid en een (soms langdurig) verblijf in een opvangstructuur hierbij belangrijke elementen zijn.

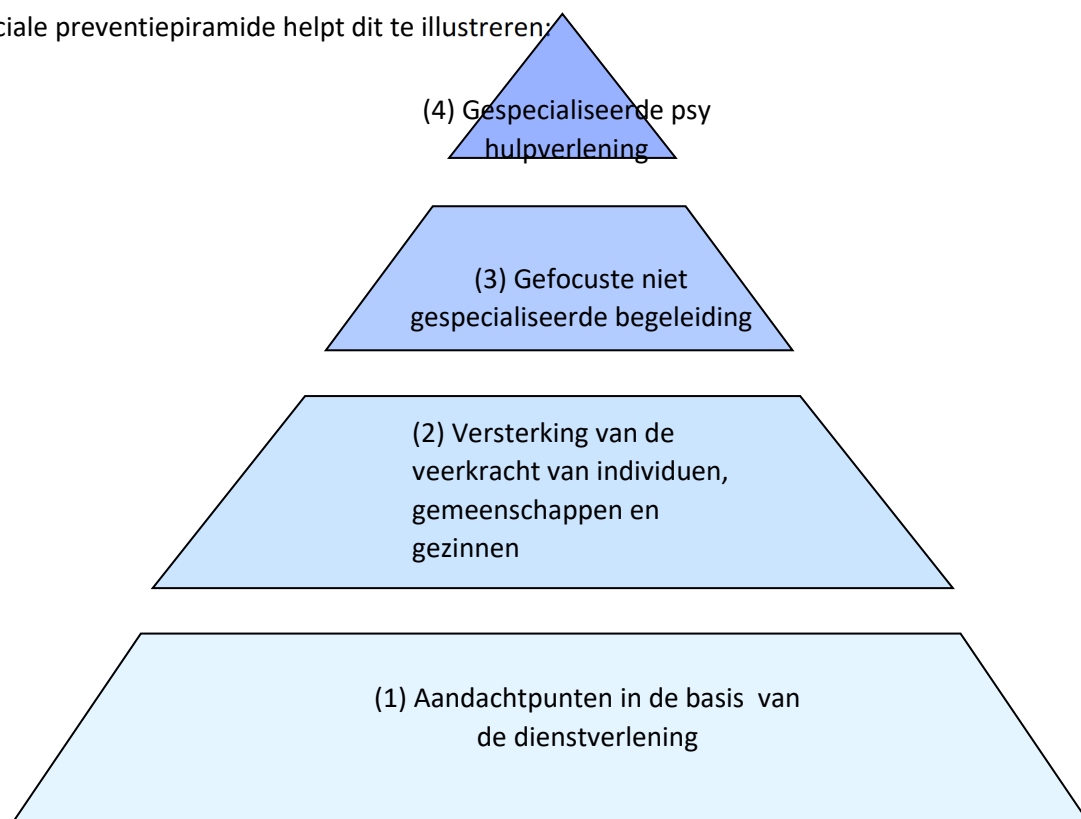
### 7.5.1. Preventie

Het doel van preventie is ervoor te zorgen dat mensen gezond blijven door hun welzijn en geestelijke gezondheid te bevorderen en te beschermen.

VIB's bevinden zich in een moeilijke situatie, waarin ze te maken krijgen met een groot aantal stressfactoren (bv. ingrijpende gebeurtenissen voor, tijdens en na de vlucht, de asielprocedure en onzekerheid over de toekomst, het verblijf in een opvangvoorziening en het leven in een nieuwe samenleving...).

Alle actoren die betrokken zijn bij de individuele en collectieve opvang van VIB's kunnen een rol spelen en een op hun behoeften afgestemde ondersteuning garanderen.

De psychosociale preventiepiramide helpt dit te illustreren:



### 7.5.2. Detectie van psychologische nood

Vroegtijdige opsporing is belangrijk. Alle personen die in contact komen met VIB's moeten alert zijn op signalen die erop wijzen dat een VIB een moeilijke periode doormaakt en dit melden aan de sleutelpersonen (medisch en/of sociaal) die verantwoordelijk zijn voor de begeleiding van de VIB.

De verschillende informatiebronnen zijn:

- de VIB zelf, zijn familie, vrienden, medebewoners / burens
- het personeel dat de dagelijkse begeleiding verzorgt
- via derden (psycho-medisch-sociaal dossier vorige centrum, CLB, school, externe maatschappelijk werker, ...)

### 7.5.3. Aanpak

#### 7.5.3.1. Medische intake en consultatie

De medische intake en elke medische consultatie zijn een goede gelegenheid om problemen/moeilijkheden op vlak van geestelijke gezondheid te detecteren, te evalueren en te begeleiden. Elementen uit het multidisciplinair- of teamoverleg kunnen vanzelfsprekend nuttige aanvullende informatiebronnen zijn.

Er moeten echter bepaalde voorzorgsmaatregelen worden genomen, zoals:

- vraag geen details om de persoon niet aan extra stress bloot te stellen
- laat de persoon uitleggen wat hij of zij wil zeggen (eventueel met een tolk)
- wees alert op somatische klachten die psychologische problemen kunnen verbergen
- besteed aandacht aan het gedrag
- Besef hoe je eigen gedrag/reactie invloed kan hebben op de geestelijke gezondheid van de VIB. Empathie is goed, medelijden of onbegrip doorgaans niet.
- stel een vervolgspraak voor op korte termijn in geval van beperkte tijd, indien er problemen gedetecteerd worden

#### 7.5.3.2. Multidisciplinair overleg (MDO)

Een multidisciplinair overleg in de vorm van een rond-de-tafelgesprek streeft naar een betere samenwerking en naar een goede afstemming van de zorg op de noden en verwachtingen van de bewoners.

Belangrijk is om de persoon *zelf* zoveel mogelijk te betrekken bij de bevindingen van het MDO en de bezorgdheden expliciet met de betrokken persoon te benoemen en bespreken.

Het individueel plan van aanpak is dus bijgevolg niet statisch doch evolueert in functie van de gebeurtenissen en in functie van het advies van externe en interne deskundigen.

#### 7.5.3.3. Individueel Begeleidingsplan (IBP)

De problemen, bevindingen en zorgen die uit het multidisciplinair overleg naar voren komen, moeten systematisch (op neutrale en objectieve wijze) worden vastgelegd in het globale individuele dossier (individueel ondersteuningsplan). Ook de beschermende factoren moeten hierin opgenomen worden, evenals acties die positief (kunnen) werken voor die persoon.

Bij de opbouw van dit IBP is het belangrijk de persoon zelf zoveel mogelijk te betrekken. Dit kan gebeuren door uitleg te verstrekken over het bestaan van een dergelijk dossier en over hoe de

informatie beschermd en/of gedeeld wordt in het team, maar ook door het bespreken van sommige onderdelen of informatie uit dit dossier.

Het zorgvuldig invullen en bijhouden van een dergelijk IBP draagt bij tot een inschatting van de ernst van de problemen en de eventuele nood aan doorverwijzing. Het is ook essentieel voor een goede informatieoverdracht bij een transfer van één opvangstructuur naar een andere en vormt ook een goede basis voor overleg over de verdere aanpak met de respectievelijke medische, psychosociale en andere actoren in het opvangnetwerk.

Het IBP wordt bewaard door de sociale dienst. De belangrijkste elementen worden opgenomen in het EMD.

Het beroepsgeheim moet steeds gerespecteerd worden en het belang van de persoon staat centraal bij de beslissing om bepaalde informatie al dan niet te delen. Bij informatie die mondeling verkregen is van de VIB, moet steeds toestemming verkregen worden van deze persoon vooraleer de informatie eventueel gedeeld kan worden.

#### *7.5.3.4. Doorverwijzing naar psychologische & psychiatrische hulp*

Om de VIB te verwijzen naar passende psychologische zorg wordt een eerste observatie van de psychosociale en gezondheidsbehoeften uitgevoerd door de opvangstructuur.

Op basis daarvan ontmoet de medische dienst (of de door de partner aangewezen dienst) de bewoner om hem de organisatorische modaliteiten van de psychologische zorg en de door Fedasil toegestane categorieën van diensten (adviesaanvraag, individuele/gezinsconsultatie, therapeutische groepsactiviteiten) uit te leggen.

Om door te verwijzen naar met een psycholoog staan de organisatorische modaliteiten en de geldende tarieven in '► **Annex 19: Organisatorische modaliteiten van psychologische consulten voor de bewoners van de opvangstructuren en voorwaarden voor de ten laste name**'.

Volgende contactdocumenten tussen het centrum en de zorgverleners worden ter beschikking gesteld via EMD:

- Adviesaanvraag en behandelvoorstel aan de zorgverlener
- Behandelingsvoorstel aan het team

Omdat de zorgbehoefte in de loop van de tijd verandert, is het raadzaam de gezondheidstoestand en het welbevinden van de VIB regelmatig opnieuw te evalueren.

#### *7.5.3.5. Procedure verplichte opneming ter observatie*

Soms moet worden overgegaan naar een 'verplichte opneming ter observatie', verder benoemd als een gedwongen opname. Daar dit toch regelmatig voorkomt is desgevallende een goede kennis van de procedure en een vlotte gang van zaken aangewezen.

Een gedwongen opname is en blijft een **uitzonderingsmaatregel**. Wettelijk gezien gaat het om een vrijheidsberoving van maximum 40 dagen en dus moet aan volgende vier voorwaarden zijn voldaan<sup>23</sup>

- De persoon moet lijden aan een (vermoedelijke) « geestesziekte »

---

<sup>23</sup> Cfr. Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van persoon met een geestesziekte.

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1990062632&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1990062632&table_name=wet)

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1990062632&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1990062632&table_name=loi)

- De persoon moet een gevaar betekenen voor zijn eigen gezondheid en veiligheid en/of een ernstige bedreiging betekenen voor het leven of de integriteit van andere(n).
- De persoon weigert de voorgestelde zorgen.
- Er bestaan geen andere alternatieve behandelingsmogelijkheden.

Er bestaan twee procedures voor verplichte opname<sup>24</sup>:

1. de **normale procedure** via het vreedegerecht

In dit geval moet een omstandig medisch attest van maximum 10 dagen oud – opgemaakt door een arts - bij de aanvraag worden gevoegd. Deze arts moet echter onafhankelijk zijn en mag geen band hebben met de patiënt noch met de aanvrager, noch verbonden zijn met de psychiatrische dienst waar de patiënt wordt verzorgd.

2. de **urgente procedure** via de Procureur Des Konings:

De Procureur des Konings kan binnen de 24 uur beslissen tot een verplichte opname en een psychiatrische instelling toewijzen, eens hij zich van het urgente karakter heeft vergewist. Meestal wordt deze procedure in gang gezet door de politie, die verantwoordelijk is voor de bescherming van personen en hun bezittingen, en die dus de procureur des Konings zal informeren wanneer iemand een gevaar vormt voor zichzelf of anderen. De procureur zal dan doorgaans vragen om de persoon in kwestie in contact te brengen met een onafhankelijke arts, die dan een omstandig medisch rapport dient op te maken.

Het is steeds belangrijk om – in de mate van het mogelijke - de patiënt zelf informatie te geven over de procedure en over wat er concreet verder zal gebeuren, alsook aan zijn/haar directe familie en omgeving.

### **Opvolgplan na een verplichte opname ter observatie.**

Indien men overgaat tot de procedure ‘verplichte opname ter observatie’ moet men van bij het begin in het multidisciplinaire team reeds gaan nadenken over ‘opvolgplan na ontslag’ want na een periode van maximum 40 dagen is de verplichte opname periode afgelopen en wordt de persoon ontslaan uit het psychiatrisch ziekenhuis. In uitzonderlijke gevallen volgt er een vrijwillige psychiatrische opname.

De mogelijkheid om een langdurige verplichte opname van maximum twee jaar in te roepen, na termijn van 40 dagen of indien een termijn van eerdere verlenging (maximum 2 jaar) is verstreken, kan enkel via een beslissing van het vreedegerecht, nadat deze alle partijen heeft gehoord. Hier wordt niet licht mee omgesprongen en worden alle elementen goed afgewogen gezien het gaat om een vrijheidsberoving van een persoon (cfr. gevangenisprocedure).

#### *7.5.3.6. Attestering van psychische problemen in het kader van de asielpcedure*

In het kader van de asielpcedure is het objectiveren van psychische problemen, bv. een *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) of een psycho-medische aandoening, vaak extra van belang.

Een psychisch probleem kan een mogelijke impact hebben op het verhoor bij het CGVS. Daarom is het aangewezen een medisch attest te laten opstellen door een arts of een psycholoog, met vermelding van de gezondheidsklacht(en) en/of diagnose die een invloed kunnen hebben op het vertellen van een coherent levensverhaal door een VIB. Het is belangrijk om zich te beperken tot het

---

<sup>24</sup> Schema over ' procedure gedwongen opname ter observatie' sur <http://similes.org/>

signaleren van objectieve symptomen - zoals bv. concentratieproblemen, blokkades, geheugenverlies, emotioneel beladen thema's, incoherentie in de verhaallijn... .

Men dient zich echter te behoeden voor subjectieve uitspraken en persoonlijke interpretaties in het attest. Het is niet aan de zorgverstrekker om zich uit te spreken over bv. de 'geloofwaardigheid van de persoon of zijn/haar verhaal'. Dit is het domein van het CGVS. Het is immers ook in het belang van de VIB dat op het CGVS de dossierbehandelaar zelf kan vaststellen dat er psychische/medische problemen zijn.

Dergelijk medisch attest wordt steeds opgemaakt in overleg en na akkoord van betrokkene zelf en het attest wordt uitsluitend aan de betrokken VIB gegeven. Dit wordt vermeld in het medisch dossier.

#### *7.5.3.7. Verslavingsproblematiek*

Problematisch gebruik van alcohol, cannabis, illegale drugs en medicatie in de opvangcentra is vaak een bron van moeilijkheden. Er is sprake van problematisch gebruik als er sprake is van afhankelijkheid en disfunctioneren en/of als het gebruik problemen oplevert voor het samenleven in het centrum, bv. door overlast, onveilige situaties, enz. .

Bij detectie van een problematisch gebruik van verdovende middelen is een multidisciplinair overleg essentieel, met als doel een zorgplan op te stellen met alle betrokken actoren.

Een doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening kan een optie zijn, mits toestemming van de VIB. Een residentieel ontwenningstraject is meestal gecontra-indiceerd gezien de tijdelijkheid van de procedure en er moet voorafgaand hieraan toestemming gevraagd worden aan de medische coördinatie van de regio.

#### *7.5.3.8. Transfers tussen opvangstructuren en continuïteit van zorg*

Continuïteit van zorg is belangrijk en daarom moet de betrokken VIB bij aankomst in het nieuwe centrum door het begeleidende team op de hoogte worden gehouden van de organisatorische modaliteiten voor zijn/haar zorg.

Als de afstand tot de vorige zorgverleners een belemmering vormt voor de continuïteit, moet dit snel met de VIB worden besproken en moet in overleg met de betrokkenen de aanstelling van een nieuwe zorgverlener (psycholoog, psychiater) worden overwogen.

#### *7.5.3.9. Residentiële opvang en zorg*

Personen die een intensieve ondersteuningsbehoefte hebben naar aanleiding van een psychisch probleem kunnen eventueel aangemeld worden bij volgende projecten of ziekenhuizen:

- CIBA (NL): <https://www.rodekruis.be/storage/main/brochure-ciba-medewerkers.pdf>
- CARDA (FR): <https://accueil-migration.croix-rouge.be/2019/06/26/accompagner-les-personnes-victimes-de-violences-sur-le-chemin-de-la-migration/>
- PASO: Voor minderjarigen - <https://www.upckuleuven.be/nl/paso-info-voor-verwijzers>
- POZAH: [https://alexiusgrimbergen.be/ALEXIUS/images/brochure\\_pozah.pdf](https://alexiusgrimbergen.be/ALEXIUS/images/brochure_pozah.pdf)

De aanmeldings- en toelatingsprocedure voor bovenstaande projecten verloopt steeds via medische cel regio of het coördinatieteam van de partner.



## 7.6. Familiaal en emotioneel leven

### 7.6.1. Intra-familiaal geweld

Het spreekt voor zich dat elke vorm van discriminatie, bedreiging of intimidatie van medebewoners, medewerkers of vrijwilligers onaanvaardbaar is in de context van de opvang.

Dit geldt ook voor elke vorm van intra-familiaal geweld die als volgt gedefinieerd wordt:

“Het mishandelen of nalaten van handelen, veelal herhaald, door iemand die in een persoonlijke relatie staat met het slachtoffer. Hierdoor lijdt deze laatste lichamelijke, emotionele, morele en/of materiële schade of zal hij/zij er vermoedelijk onder lijden. Deze persoon kan zich hiertegen niet verweren. Dit omvat tevens verbale agressie en seksuele handelingen of fysieke contacten tegen de wil van de betrokkene in, evenals cultuurgebonden gedragingen, straffen of rituelen die schade kunnen berokkenen, evenals verwaarlozing (al dan niet bewust).”

Trauma, armoede, financiële stress en een laag zelfbeeld kunnen belangrijke indicators zijn voor huiselijk geweld. Daarnaast kan posttraumatische stress is zowel een gevolg van, als een risicofactor voor huiselijk geweld en kindermishandeling zijn. Daarnaast blijkt de opvangsituatie zelf een belangrijke risicofactor.

Signalen van huiselijk geweld zijn in de opvangcontext vaak moeilijk te duiden, maar toch behoeft dit thema aandacht, omdat risicofactoren voor huiselijk geweld en kindermishandeling juist ook in de asielopvang aanwezig zijn. De signalen kunnen opgepikt worden door iedereen in het centrum en vragen een multidisciplinaire aanpak.

Voor meer informatie omtrent intra-familiaal geweld, de opvolging in acute situaties en verdere opvolging, lees ► **Annex 20: Typefiche intra-familiaal geweld.**

In acute situaties neem je contact op met de politie die is opgeleid om met huiselijk geweld en kindermishandeling om te gaan. Als er dringende hulp nodig is, bel het alarmnummer 112.

De Vlaamse overheid heeft een hulplijn voor alle vormen van geweld, misbruik en kindermishandeling. Je kan er terecht voor informatie, advies, gerichte doorverwijzing of directe hulp. Je kan contact opnemen met de hulplijn via het nummer 1712 of een bericht sturen via de website <https://www.vlaanderen.be/hulplijn-geweld-misbruik-en-kindermishandeling>.

Ook het Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW) is een belangrijke partner in de aanpak van huiselijk geweld. ( <https://www.caw.be/hoe-wij-helpen/begeleiding/relatie-gezin-omgeving/familiaal-geweld/>)

### 7.6.2. Kindermishandeling

De te nemen stappen zijn ongeveer dezelfde als bij andere vormen van intrafamiliaal geweld (cfr. supra), met dit verschil dat de hulpverlener zelf het parket/de procureur des Koning kan verwittigen indien de veiligheid van het kind acuut in gevaar is.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> **Legaal kader:** 458bis van het strafwetboek stelt dat, "iemand die weet heeft van mishandeling van een minderjarige uit hoofde van zijn beroep kan het misdrijf ter kennis brengen aan de procureur des Koning, op voorwaarde dat hij het slachtoffer heeft onderzocht, door het slachtoffer in vertrouwen werd genomen, er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de psychische of fysieke integriteit van de betrokkene en hij deze integriteit zelf of met hulp van anderen niet kan beschermen."

Het is wel noodzakelijk om een eventuele ongerustheid eerst aan de ouders te tonen en met hen te bespreken. Wijs de ouders ook op de grenzen van de competenties van het team en van de nood aan gespecialiseerde raad en hulp.

Onderneem volgende stappen indien minderjarige in gevaar is:

- Vraag advies aan gespecialiseerde diensten, ook als de familie hulp of een hospitalisatie aanvaardt.
  - In Vlaanderen:
    - het Vertrouwenscentrum Kinderen (VK):  
<http://www.kindermishandeling.be/startsite/3-www.html>
    - het Agentschap Jeugdhulp:  
<https://www.jeugdhulp.be/organisaties/ondersteuningscentrum-jeugdzorg-ocj>
  - En Wallonie :
    - Centre de Prevention des Violences Conjugales et Familiales : [www.cpvcf.org](http://www.cpvcf.org)
    - Asbl Praxis : services spécialisés d'aide aux victimes de violences conjugales :  
[www.asblpraxis.be](http://www.asblpraxis.be), [www.yapaka.be](http://www.yapaka.be)
    - Service de la protection de la jeunesse (SPJ) :  
<https://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=360>
- Bespreek onmiddellijke, maar tijdelijke hospitalisatie van het kind
- Bij weigering of twijfel: bel bij een noodsituatie de procureur des Koning ( zie voor contactgegevens: <https://www.om-mp.be/?q=nl/node/372> )

Beroep op hulpdiensten beoogt steun in een geruststellend kader, en geen sanctie.

### 7.6.3. Seksueel geweld

Seksueel geweld omvat « elke seksuele daad, elke poging om een seksuele daad te verkrijgen, ongewenste seksuele opmerkingen of uitnodigingen, mensenhandel of gelijk welke andere daad gericht tegen de seksualiteit van een persoon, uitgeoefend door middel van dwang, door gelijk welke persoon, ongeacht de relatie tot het slachtoffer, in gelijk welke omgeving. »

Bestaande checklist voor de optimale opvang van slachtoffers van seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen is te downloaden op: <https://biblio.ugent.be/publication/8546963/file/8546965.pdf>

In België zijn er gespecialiseerde zorgcentra voor slachtoffers van seksueel geweld:  
<https://www.seksueelgeweld.be/zorgcentra-na-seksueel-geweld-wat-voor-wie-waar>

- Universitair ziekenhuis te Gent
- CHU te Luik
- Sint Pieters ziekenhuis te Brussel, CPVS (Centre de prise en charge de victimes de violence sexuelle)
- CHU de Charleroi (Marie-Curie)
- UZ Anvers

Meer info is ook te vinden op deze websites: <https://www.seksueelgeweld.be/>, <http://www.iter-hulp.be/>,  
<https://www.we-access.eu/nl>

#### 7.6.4. Foltering

Indien iemand slachtoffer is van folteringen in zijn thuisland of onderweg, wordt deze persoon als extra kwetsbaar beschouwd door het Gemeenschapsrecht<sup>26</sup>. In deze richtlijn wordt ook duidelijk vermeld dat een passende medische en psychologische begeleiding moet voorzien worden voor deze personen, zowel tijdens als na de procedure. Het is dan ook belangrijk deze personen, zo nodig, door te verwijzen naar adequate gespecialiseerde hulpverlening.

Volgens het Verenigde Naties (VN)-verdrag van 10 december 1984<sup>27</sup> is marteling of foltering (samengevat) “iedere handeling waardoor opzettelijk hevige pijn of hevig leed, lichamelijk of geestelijk, wordt toegebracht met zulke oogmerken als het verkrijgen van inlichtingen, bestraffing, intimidatie of dwang, wanneer zulke pijn wordt toegebracht door of met instemming van een overheidsfunctionaris of een persoon met een officiële status.”

##### *7.6.4.1. Medisch attest identificatie van symptomen en tekenen van foltering*

Het Istanboel protocol<sup>28</sup>, opgemaakt in 1999, wordt als leidraad gebruikt voor de identificatie van symptomen en tekenen van foltering.

Het is belangrijk om op een zo objectief mogelijke manier een medisch attest op te maken en dit te overhandigen aan de VIB, zodat hij/zij dit kan voorleggen aan het CGVS tijdens het eerste verhoor. Elke medische dienst/verantwoordelijke dient er voor te zorgen dat slachtoffers van foltering op een relatief korte termijn worden doorverwezen naar een arts die een medisch attest kan opmaken. Elke arts kan dergelijk attest opmaken, zo hij de verder genoemde richtlijnen volgt. Ook bij andere littekens ten gevolge van mishandeling of huiselijk geweld kan een dergelijk littekenattest opgemaakt worden.

Indien een arts beslist een littekenattest op te maken, dient hij de betrokkene hiervan op een voor hem/haar begrijpelijke manier op de hoogte te brengen. De opmaak van een dergelijk attest draagt bij tot de geloofwaardigheid van de betrokkene en helpt hem zich voor te bereiden op het gestructureerd vertellen van zijn relaas.

Een arts kan steeds beslissen een dergelijk attest niet op te maken indien hij twijfelt aan het relaas van de patiënt, de littekens van accidentele oorzaak zijn of er geen enkele interpretatie mogelijk is van de littekens (zeer specifiek, weinig littekens).

Meer praktische informatie gelinkt aan het protocol van Istanboel kan je raadplegen op:

[https://issuu.com/irct/docs/medical\\_fr\\_web\\_red/8](https://issuu.com/irct/docs/medical_fr_web_red/8) (FR)

[https://irct.org/assets/uploads/pdf\\_20161120165601.pdf](https://irct.org/assets/uploads/pdf_20161120165601.pdf) (FR)

---

<sup>26</sup> (Art20, lid 3 Richtlijn 2011/95/EU, Art 1, lid 12 van de Vreemdelingenwet)

<sup>27</sup> <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading> (ENG),  
<https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx> (FR)

<sup>28</sup> <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/training8rev1en.pdf> (ENG),  
<https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50c83f6d2> (FR)

VZW Constats (<https://constats.be/>) is een organisatie die zich gespecialiseerd heeft in de opmaak van littekenattest voor slachtoffers van martelingen of wrede behandelingen in het land van herkomst en die op het moment van de opmaak van het attest in procedure zijn of zullen zijn. Een aanvraag tot het opstellen van een littekenattest kan via <https://constats.be/nl/welkom/aanvraagformulier>, rekening houdend met de realiteit dat de vraag groter is dan het aanbod en er een wachttijd is van meerdere maanden. Er worden meerdere attesten gevraagd, maar het is niet vereist om deze allemaal toe te voegen, al helpt het Constants wel bij de verdere opvolging.

## 7.6.5. Genitale verminking

### 7.6.5.1. Vrouwelijke genitale verminking

#### 7.6.5.1.1. Algemene inleiding

De WHO definieert Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) als elke ingreep die leidt tot een gedeeltelijke of volledige verwijdering van de externe geslachtsorganen van de vrouw of elke andere verwonding van de vrouwelijke geslachtsorganen toegebracht om niet-medische redenen<sup>29</sup>.

VGV wordt ingedeeld in **vier types**:

**Type 1** of *clitoridectomie*: gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris, met of zonder verwijdering van de voorhuid.

**Type 2** of *excisie*: gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris en van de binnenste schaamlippen, met of zonder verwijdering van de buitenste schaamlippen.

**Type 3** of *infibulatie*: vernauwing van de vaginale opening met het verwijderen en dichtnaaien van de binnenste en/of buitenste schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris.

**Type 4**: alle andere schadelijke ingrepen op de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, piercen, snijden, insnijden en uitbranden.

In het Westen komt genitale verminking van vrouwen steeds vaker voor, als gevolg van immigratie en volksverhuizingen. Daarom worden gezondheidswerkers wereldwijd steeds meer geconfronteerd met de zorgbehoeften van vrouwen met VGV. Voor meer informatie omtrent VGV in België, lees [https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/20220624\\_fgm\\_prevalencestudy\\_short\\_nl.pdf](https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/20220624_fgm_prevalencestudy_short_nl.pdf)

In samenwerking met GAMS en Intact werd een traject VGV opgesteld. Dit traject VGV heeft als doel een gemeenschappelijke aanpak te ontwikkelen voor de identificatie en begeleiding van VIB's (vrouwen en meisjes) die VGV ondergingen of het risico lopen de praktijk te ondergaan.

#### 7.6.5.1.2. VGV in de opvangcentra

Elk collectieve opvangstructuur heeft, in ideale omstandigheden, 1 of 2 referentiepersonen die het traject VGV goed kennen, maar het is aan de verpleegkundige om een meisje/vrouw te identificeren en samen met de sociale dienst de opvolging te garanderen.

Bij elk meisje/vrouw afkomstig uit een land (<https://gams.be/nl/vrouwelijke-genitale-verminking/>) waar VGV uitgevoerd wordt, is het belangrijk om tijdens de medische intake naar VGV te vragen en

---

<sup>29</sup> OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization; 2008 [cited 2016 Apr 10]. Beschikbaar via: URL [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf)

wordt een checklijst ingevuld (► **Annex 21:** Checklist Vrouwelijke Genitale Verminking.). Indien er sprake is van VGV wordt een afspraak voorgesteld bij een arts die het VGV attest kan opmaken (**Annex 7:** Attest Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV)). Daarnaast is het ook belangrijk om samen stil te staan bij de gevolgen van VGV voor de gezondheid, de rechten omtrent bescherming van meisjes/vrouwen en de mogelijkheid om doorverwezen te worden naar GAMS, ook als er geen besnijdenis plaats vond.

Ook vanuit een individuele opvangstructuur gebeurt de identificatie en doorverwijzing naar de juiste zorgverlener.

GAMS organiseert regelmatig vormingen (<https://gams.be/nl/vorming/>) over hoe deze thematiek op een cultuur-sensitieve manier bespreekbaar maken.

Lees ook « ► **Addendum 2:** Vrouwelijke Genitale Verminking » over hoe de identificatie en de begeleiding specifiek verloopt, inclusief nuttige adressen voor de doorverwijzing.

## 7.7. Seksuele gezondheid

Seksuele gezondheid is “een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn op het gebied van seksualiteit. Het vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties, en de mogelijkheid om seksuele ervaringen op te doen die plezierig en veilig zijn, vrij van dwang, discriminatie en geweld” (WHO).

[www.zanzu.be](http://www.zanzu.be) is een website ontwikkeld door Sensoa met informatie in verschillende talen over de seksuele gezondheid (lichaam, gezinsplanning, infecties, seksualiteit, relaties en gevoelens en rechten).

Op de Sensoa website, <https://shop.sensoa.be/>, zijn er verschillende producten beschikbaar die besteld en gebruikt kunnen worden voor sensibilisaties.

Binnen de opvangcentra is het belangrijk om in te zetten op sensibilisering rond de eigen seksuele gezondheid en beleving. Daarnaast wordt er ook informatie gegeven rond de rechten van LGBTQI in België.

### 7.7.1. Contraceptie

Bij elke vrouw van reproductieve leeftijd (15 – 49 jaar) - die niet zwanger is - is het belangrijk om te praten over een eventuele zwangerschapswens. Zo deze niet aanwezig is, is het aanbevolen om contraceptie te bespreken.

Alle contraceptiemethodes kunnen voorgesteld worden in functie van de persoonlijke voorkeur van de vrouw en rekening houdend met de medische en persoonsgebonden risicofactoren. Ook de inschatting van de therapietrouw en de verwachtingen van de vrouw/het koppel, bepalen mee de gekozen methode.

Contraconceptie evolueert snel in veel herkomstlanden. Hierdoor komen vrouwen vaak met nieuwere vormen van anticonceptie aan in België en is vaak een continuïteit van zorg mogelijk na een eventuele terugkeer.

Volgende contraceptievormen worden ten laste genomen door Fedasil, zie 6.3.1.5.1. Contraceptie.

### 7.7.2. Zwangerschapsafbreking

Elke vrouw die geconfronteerd wordt met een ongeplande zwangerschap, heeft het recht om een abortus (vrijwillige zwangerschapsafbreking) te vragen. In België is deze ingreep wettelijk toegestaan tot 14 weken amenorrhoea (of 12 weken na bevruchting) en wordt uitgevoerd in een ziekenhuis of in een abortuscentrum. Fedasil neemt deze ingreep ten laste.

Abortuscentra:

- Vlaanderen: <https://abortus.be/ongepland-zwanger/watnu/>
- Wallonië: <http://www.gacehpa.be/>

### 7.7.3. Transgender

Een transgender persoon heeft een verhoogd risico op discriminatie in de samenleving, en dus ook in een opvangcentrum. Signalen van discriminatie kunnen opgepikt worden door iedereen in het centrum en vragen een multidisciplinaire aanpak.

Transgender personen die reeds een hormonale therapie hebben opgestart in het land van herkomst of transitland, en deze verder willen zetten; voor deze personen zal Fedasil de continuïteit van deze behandeling garanderen. Fedasil neemt ook eventuele psychologische begeleiding ten laste.

De opstart van een hormonale therapie en/of heelkundige interventies worden niet ten laste genomen door Fedasil.

Indien een transgender persoon nood heeft aan informatie, ondersteuning en/of medische opvolging kan er een doorverwijzing gedaan worden naar een geconventioneerd centrum voor transgenderzorg.

- Vlaanderen: UZ-Gent (09.322.60.23)
- Wallonië: CHU Liège (04.366.79.60)

Meer informatie kan je vinden op volgende websites:

- <https://www.zanzu.be/nl/zoeken?s=transgender>
- <https://transgenderinfo.be/> - zorgbrochures in verschillende talen

### 7.7.4. Pre-Expositie Profylaxe

Pre-Expositie Profylaxe (PrEP) is het gebruik van hiv-remmers om een hiv-infectie te voorkomen. Hiervoor gelden dezelfde voorwaarden als het RIZIV en dient een aanvraag uitzonderlijke ten laste name te gebeuren bij de medische coördinatie, inclusief het aanvraagformulier Cat. IV medicatie. Enkel het generieke geneesmiddel kan worden vergoed.

## 8. Transfers

### 8.1. Medische transfer

#### 8.1.1. Introductie

Deze procedure is bedoeld voor de aanvragen van een aangepaste plaats om medische redenen, meer specifiek « doorstroom ». Deze procedure geldt voor de overgang naar een collectieve of individuele structuur.

#### 8.1.2. Verantwoordelijken

- De verantwoordelijke van de opvangstructuur is verantwoordelijk voor het indienen van een aanvraag voor een overplaatsing naar een aangepaste plaats om medische redenen volgens de gegeven instructies.
- Elke aanvraag voor een transfer moet multidisciplinair besproken zijn
- De medische cel is verantwoordelijk voor het controleren van de geschiktheid van de gevraagde transfer, voor het verstrekken van een advies en voor het doorsturen van informatie over de specifieke (para)medische behoeften van de betrokken VIB.
- DataSud en DataNoord zijn verantwoordelijk voor het controleren van de procedure, het vinden van de juiste aangepaste plaats en de toewijzingsdocumenten.

#### 8.1.3. Procedure

De algemene aanvraag zonder medische informatie wordt ingediend bij de dienst “data” van de regio via match-it. Indien de aanvraag volledig is, zal de dienst “data” overleggen met de medische dienst van de regio ([FHQ\\_med\\_noord@fedasil.be](mailto:FHQ_med_noord@fedasil.be)). De medische informatie wordt op een beveiligde manier aan de medische dienst van de regio bezorgd.

### 8.2. Medische uitzonderingen voor uitstel van een transfer of vertrek

Alle aanvragen medische uitzonderingen voor uitstel van een transfer worden via Match-It ingediend en behandeld. De medische informatie wordt steeds op een beveiligde manier verzonden en enkel aan de medische dienst bezorgd.

#### 8.2.1. Medische uitzondering uitstel van vertrek

Indicaties:

- De afwerking van belangrijke onderzoeken en het bespreken van de resultaten met de VIB
- Het bewerkstelligen van de afwerking of continuïteit van een levensnoodzakelijke behandeling of behandeling nodig voor de menselijke waardigheid.
- Hospitalisatie
- Overige ernstige gezondheidsproblematiek met voortdurend karakter of een ernstig nieuw medisch element wat de uitstroom heeft verhinderd/vertraagd.

De toekenning van uitstel van vertrek is de discretionaire bevoegdheid van de medische cel van de regio's. De medische documenten die de aanvraag ondersteunen worden hiertoe op een beveiligde manier bezorgd aan [fhq\\_med\\_noord@fedasil.be](mailto:fhq_med_noord@fedasil.be). In het onderwerp van de mail staat volgende informatie "opvangstructuur/ verzoek tot uitstel van vertrek medisch/naam van bewoner/ OV/geboortedatum". Voor de federale opvangcentra kan een verwijzing gebeuren naar de medische informatie in het elektronisch medisch dossier.

### 8.2.2. Medische uitzondering uitstel transfer naar een Dublin plaats

Personen met een toewijzing naar een Dublin plaats worden in de regel naar deze plaats overgebracht, tenzij hier ernstige medische tegenindicaties voor bestaan.

Indicaties:

- de afwerking van belangrijke onderzoeken en het bespreken van de resultaten met de VIB
- personen met een zeer ernstige medische tegenindicatie voor een overplaatsing zoals terminaal zieken, persoon onder zware kankerbehandeling,...
- zwangeren vanaf 2 maand voor de voorziene datum van bevalling tot 2 maanden erna.
- personen die gehospitaliseerd zijn
- personen met dialyse
- personen in behandeling voor tuberculose
- personen in een rolstoel zo er geen aangepaste dublin plaats beschikbaar is
- personen met een zware zorgbehoefte en/of specifieke noden voor de opvangplaats waaraan niet kan beantwoord worden in de dublinplaats

Deze uitzondering geeft enkel het recht om niet naar een Dublin-plaats getransfereerd te worden. DVZ zal de persoon rechtstreeks vanuit de opvangplaats naar het Dublin-land overbrengen. De transfer naar het Dublin-land is de bevoegdheid van DVZ.

De medische documenten die de aanvraag ondersteunen worden hiertoe op een beveiligde manier bezorgd aan [dublin\\_med@fedasil.be](mailto:dublin_med@fedasil.be). In het onderwerp van de mail staat volgende informatie "opvangstructuur/ Uitzondering dublin medisch/naam van bewoner/ OV/geboortedatum". Voor de federale opvangcentra kan een verwijzing gebeuren in match-it naar de medische informatie in het elektronisch medisch dossier.

### 8.2.3. Medische uitzondering uitstel transfer naar een Open terugkeerplaats

Deze kan voor een beperkte periode toegekend worden aan bewoners met een medische tegenindicatie voor een overplaatsing en hun familieleden, bvb.:

- de afwerking van belangrijke onderzoeken en het bespreken van de resultaten met de VIB
- (poging tot) stabilisatie van een medische en/of zware psychische pathologie
- Instellen van een behandelingstraject dat na deze periode ambulante kan verder gezet worden
- Mogelijk maken van een reeds geplande essentiële chirurgische ingreep/medische behandeling/ revalidatie tot een zekere autonomie bereikt is
- Gehospitaliseerde personen;
- Personen met hemodialyse;
- Personen met peritoneale dialyse;
- Zwaar hulpbehoevende of bedlegerige personen;



- Palliatieve zorgen
- Personen in een rolstoel, zo er geen aangepaste OTP plaatsen beschikbaar zijn;
- Personen in behandeling voor tuberculose;
- Personen in behandeling met chemo- of radiotherapie (tot 1 maand na het einde van de behandeling);
- Zwangere bewoonsters vanaf 2 maand voor de voorziene datum van bevalling tot 2 maanden erna
- Andere zware medische pathologie die overplaatsing of verlaten van de opvangstructuur onmogelijk maakt
- Compleet gebrek aan autonomie van de patiënt en van een netwerk dat voor de patiënt kan zorgen bv. opname in zorginstelling

Indien de verhuis naar een OTP plaats niet mogelijk is op lange termijn, zal uitzonderlijk een terugkeertraject opgestart worden op de huidige opvangplaats.

De medische documenten die de aanvraag ondersteunen worden hiertoe op een beveiligde manier bezorgd aan [med\\_doc@fedasil.be](mailto:med_doc@fedasil.be). In het onderwerp van de mail staat volgende informatie “opvangstructuur/ Uitzondering OTP medisch/naam van bewoner/ OV/geboortedatum”. Voor de federale opvangcentra kan een verwijzing gebeuren naar de medische informatie in het elektronisch medisch dossier.

## 9. Einde materiële hulp

### 9.1. Einde procedure

#### 9.1.1. Erkenning als vluchteling of Subsidiaire Bescherming

Van zodra een VIB zijn erkenning als vluchteling of Subsidiaire Bescherming ontvangt, moet hij/zij zich aansluiten bij een mutualiteit of de Hulpkas Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. (Zie 6.1.1. Inschrijving in de mutualiteit of Hulpkas Ziekte- en Invaliditeitsverzekering)

#### 9.1.2. Vrijwillige terugkeer

Zie ‘10.3. Vrijwillige terugkeer’ voor meer informatie hieromtrent en de mogelijkheid om Adapted Medical Assistance After Return (AMAAR) aan te vragen.

#### 9.1.3. Dringende Medische Hulp, mogelijkheden en beperkingen

Mensen zonder wettig verblijf hebben volgens Art. 57 § 2 van de organieke OCMW-wet van 08.07.1976 en het KB van 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan vreemdelingen die onwettig in het rijk verblijven, recht op ‘dringende medische zorgen’. Het KB specificeert dat deze medische hulp

zowel preventief als curatief kan zijn. Het betreft dus veel meer dan de zorgen die via de spoedgevallendienst verleend worden.

Indien een VIB geen statuut krijgt in België en het einde van zijn recht op opvang nadert, is het belangrijk om de verzoeker te informeren rond zijn rechten. Medisch gezien wil dat zeggen dat hij recht heeft op Dringende Medische Hulp (DMH) indien hij ervoor kiest in België te blijven.

Als zorgverstrekker kan u al een attest<sup>30</sup> voor de aanvraag tot DMH opmaken en meegeven aan de betrokkene op het moment dat hij de opvang verlaat. Dit is vooral aangewezen indien de persoon chronische zorgen/medicatie nodig heeft. Met dit attest kan hij/zij zich dan aanmelden bij het OCMW van zijn verblijfplaats, die op hun beurt een betalingsverbintenis kunnen meegeven. Nadien kan de betrokkene zich bij een zorgverstrekker aanmelden.

Aangezien deze procedure tijd vraagt, is het belangrijk de betrokkene hiervan duidelijk op de hoogte te stellen en hem aan te raden zo snel mogelijk contact op te nemen met het desbetreffende OCMW voor het opstarten van de procedure. Het is ook belangrijk om ervoor te zorgen dat personen die de opvang verlaten medicatie mee hebben voor 1 maand. Dit zorgt ervoor dat er ruim tijd is om alles in orde te brengen, zonder onderbreking van een behandeling.

#### 9.1.4. Verlenging recht op opvang

In bepaalde gevallen kan een verlenging van het recht op opvang aangevraagd worden, op basis van artikel 7 van de opvangwet.

Dit kan gebeuren nadat de persoon een negatieve beslissing heeft gekregen op zijn verzoek tot internationale bescherming, maar alvorens er een Bevel om het Grondgebied te Verlaten (BGV) afgeleverd werd.

Een niet limitatieve, noch bindende lijst van redenen hiervoor zijn:

- de afwerking van belangrijke onderzoeken en het bespreken van de resultaten met de VIB
- (poging tot) stabilisatie van een medische en/of zware psychische pathologie
- Instellen van een behandelingstraject dat na deze periode ambulante kan verder gezet worden
- Mogelijk maken van een reeds geplande essentiële chirurgische ingreep/medische behandeling/ revalidatie tot een zekere autonomie bereikt is
- Gehospitaliseerde personen;
- Palliatieve zorgen
- Personen in behandeling voor tuberculose;
- Personen in behandeling met chemo- of radiotherapie (tot 1 maand na het einde van de behandeling);
- Zwangere bewoonsters vanaf 2 maand voor de voorziene datum van bevalling tot 2 maanden erna
- Compleet gebrek aan autonomie van de patiënt en van een netwerk dat voor de patiënt kan zorgen bv verblijf in zorginstelling

---

<sup>30</sup> [https://medimmigrant.be/IMG/pdf/attest\\_te\\_verstrekken\\_nl\\_.pdf](https://medimmigrant.be/IMG/pdf/attest_te_verstrekken_nl_.pdf)

Deze verlenging van het recht op opvang wordt discretionair door de adviserend geneesheer toegekend voor een periode gelimiteerd in de tijd, waarna her-evaluatie dient te gebeuren.

De medische documenten die de aanvraag ondersteunen worden hiertoe op een beveiligde manier bezorgd aan [med\\_doc@fedasil.be](mailto:med_doc@fedasil.be). In het onderwerp van de mail staat volgende informatie "opvangstructuur/ Verlenging Art 7/naam van bewoner/ OV". Voor de federale opvangcentra kan een verwijzing gebeuren naar de medische informatie in het elektronisch medisch dossier.

## 10. Internationale programma's

Fedasil neemt zijn internationale rol op, onder meer door Europese afspraken over herplaatsing van asielzoekers en hervestiging van vluchtelingen uit te voeren. Daarnaast coördineert het ook het programma vrijwillige terugkeer vanuit België, in samenwerking met de terugkeerpartners.

Binnen Medisch Beheer Fedasil is er een medisch team die het medische luik van de verschillende internationale programma's uitwerkt, coördineert en uitvoert, in samenwerking met verschillende (internationale) partners.

### 10.1. Relocatie

Relocatie, ook wel 'overplaatsing' genoemd, verwijst naar de overdracht van vluchtelingen van de ene EU-lidstaat naar de andere. Dit is een intern EU-proces, waarin lidstaten een andere lidstaat helpen om de druk van een relatief grote vluchtelingenpopulatie te verminderen, door de verantwoordelijkheid voor een aantal van deze vluchtelingen over te nemen.

Eenmaal in België aangekomen, doorlopen deze vluchtelingen dezelfde procedure zoals een andere VIB.

### 10.2. Hervestiging

Hervestiging, ook wel Resettlement genoemd, is een internationaal programma onder leiding van het Hoog Commissariaat voor de Vluchtelingen van de Verenigde Naties (HCR). Het is een instrument om internationale bescherming te bieden aan vluchtelingen wiens leven, vrijheid, veiligheid, gezondheid of andere fundamentele rechten worden bedreigd in het land waar zij hun toevlucht hebben gezocht.

Hervestiging bestaat uit de selectie (door CGVS) en de transfer van vluchtelingen vanuit een land waar de vluchtelingen bescherming gezocht hebben naar een ander land, hier België, dat aanvaardt om hen op te vangen als vluchteling en hen een permanente verblijfsstatus toe kent. Hervestiging is volledig complementair aan de Belgische procedure betreffende het verzoek om internationale bescherming.

Het programma wil een oplossing bieden voor diegene die niet kunnen terugkeren naar hun land van herkomst en evenmin voldoende bescherming kunnen krijgen of geen lokale integratieperspectieven hebben in het land van eerste opvang.

De stappen in hervestiging zijn:

1. Identificatie en Selectie
2. Medische en sociale screening
3. Culturele oriëntatie
4. Voorbereiding en reis
5. Toekenning van de vluchtelingenstatus
6. Opvang en ondersteuning in België

Meer informatie over de verschillende stappen die een vluchteling doorloopt, indien hij/zij in aanmerking komt voor Hervestiging; lees ► **Addendum 8: Hervestiging**

Tijdens de medische screening wordt een medische fiche (► **Annex 22: Medical Screening Resettlement Belgium**) opgesteld, die nadien gedeeld wordt met de medische dienst opvangcentra waar persoon aan wordt toegewezen of een toegewezen huisarts en aan de betreffende persoon.

### 10.3. Vrijwillige terugkeer

Het programma vrijwillige terugkeer biedt ondersteuning op maat aan migranten die wensen op vrijwillige basis terug te keren naar hun herkomstland. De terugkeer wordt georganiseerd vanuit België en omvat de vervoerskosten en reisassistentie.

Bij een vrijwillige terugkeer hoort een terugkeerpremie en – afhankelijk van elke individuele situatie – eventuele steun bij de re-integratie in het land van herkomst.

Migranten die meer informatie wensen over vrijwillige terugkeer kunnen terecht bij hun maatschappelijk werker in het centrum of in een terugkeerloket van Fedasil of een van de partnerorganisaties. Voor meer informatie, zie <https://www.fedasil.be/nl/vrijwillige-terugkeer> .

Omdat de re-integratie in de nationale gezondheidszorg in het land van herkomst vaak tijd kost, wordt gevraagd om voor 2 maanden **medicatie** (indien verantwoord) te voorzien en mee te geven bij vertrek. Uitzonderlijk, en op specifieke vraag, kan het nodig zijn om voor een langere periode medicatie te verstrekken.

#### 10.3.1. Wie komt in aanmerking?

- Elke migrant zonder wettig verblijf of in procedure kan een beroep doen op het programma voor vrijwillige terugkeer, ongeacht welke verblijfsprocedure hij/zij al dan niet doorlopen heeft.
- Ook personen met een medische problematiek kunnen terugkeren, indien er geen medische tegenindicatie is om de reis te ondernemen.
  - Als de ziekte van de persoon (fysiek en/of psychisch) geen invloed heeft op zijn of haar dagelijks functioneren, kan hij of zij terugkeren via het normale vrijwillige terugkeerprogramma. Afhankelijk van de medische noden kan een extra budget voor medische kosten worden toegekend.

- Als de ziekte van de persoon (fysiek en/of psychisch) wel een invloed heeft op het dagelijks functioneren - in de breedste zin van het woord - bijvoorbeeld veel tijd doorbrengen in het ziekenhuis, zware medische kosten, beperkte mobiliteit, etc., dan kan de persoon een beroep doen op AMAAR ondersteuning (zie volgende).

### 10.3.2. Adapted Medical Assistance After Return

Adapted Medical Assistance After Return (AMAAR) is een project beheerd door Fedasil die aanvullende ondersteuning op maat biedt en wordt berekend op basis van de reële medische noden van de persoon ter plaatse. De ondersteuning kan worden voorzien voor een periode van maximum 6 maanden na terugkeer.

Het aanvullend AMAAR budget voor medische ondersteuning op maat (bv. voor consulten, medicatie, paramedische zorg, transport naar medische afspraken, onmisbare zaken, etc.) is voorzien voor personen met complexe medische problematieken, voor wie het budget algemeen programma van vrijwillige terugkeer niet volstaat voor een duurzame re-integratie en/of medische opvolging in het land van herkomst.

Om een duidelijk beeld te krijgen over de medische situatie van de persoon, kan het zijn dat er medische informatie opgevraagd wordt bij de medische dienst, huisarts en/of specialisten.

Elk dossier wordt individueel behandeld en de impact van het medisch probleem op het dagelijks functioneren wordt beoordeeld. Daarnaast wordt ook de toegankelijkheid, de daadwerkelijke beschikbaarheid en de kosten van de medische zorg ter plaatse beoordeeld.

In het kader van dit project kan ook proactief informatie worden opgevraagd voor mensen die voldoen aan de criteria van AMAAR. Soms twijfelen mensen of bepaalde zorg in hun eigen land beschikbaar/toegankelijk is. Op basis van de verworven informatie uit het land van herkomst kan de persoon een weloverwogen en doordachte beslissing nemen of hij/zij al dan niet wilt terugkeren.

Indien medisch voorgeschreven kan er tijdens de vlucht een medische en/of sociale begeleiding worden voorzien. De begeleider kan met toestemming van de migrant informatie over ziekte, behandeling en gedrag aan de familie ter plaatse geven.

## 11. Varia

### 11.1. Hongerstaking

Fedasil is van mening dat het niet gepast is een hongerstaking te houden binnen een opvangcentrum. Dergelijke acties verstoren het normale werk van het centrum en zijn hinderlijk voor andere bewoners.

Indien er toch een hongerstaking georganiseerd wordt, lees de instructies in ► **Addendum 9:** hongerstaking.

## 11.2. Overlijden

Indien er een overlijden van een bewoner is vastgesteld in of buiten het opvangcentrum, gelieve de volgende procedure uit te voeren.

1. Bij overlijden buiten het centrum zal het ziekenhuis of eventueel de politie het centrum inlichten.
2. Indien er een overlijden is binnen het centrum moet er een arts ter plaatse komen om het overlijden vast te leggen.
3. Breng de directie van het centrum op de hoogte.
4. Overleg met de coördinatie wie welke taak op zich zal nemen.
5. Breng de familie op de hoogte. In later stadium eventueel ook familie in het buitenland indien gegevens gekend.
6. Doe navraag i.v.m. de godsdienst.
7. Contacteer de begrafenisondernemer (zie verder ook 'Kosten gelinkt aan begrafenis')
8. Zorg ervoor dat de persoonlijke bezittingen van de bewoner in bewaring worden genomen.
9. Vul een incidentenfiche in en stuur deze naar [incident@fedasil.be](mailto:incident@fedasil.be) .
10. Breng externe partners op de hoogte: burgemeester, gemeente, school, advocaat, asielinstanties, ... .
11. Plan, zo nodig, een vergadering met bewoners en personeel.
12. Voorzie eventueel een plaats in het centrum voor rouwbetuigingen van bewoners en personeel.

Kosten gelinkt aan begrafenis:

- Begrafeniskosten worden ten laste genomen door Fedasil indien voldaan wordt aan de OCMW voorwaarden. Bijkomende kosten worden niet ten laste genomen door Fedasil. Eventueel kunnen deze door de familie betaald worden.  
⇒ Tip: Vraag jaarlijks bij het OCMW van de gemeente/stad waarin het opvangcentrum zich bevindt na welke kosten, en voor hoeveel ten laste genomen wordt door het OCMW. (Verschilt van gemeente tot gemeente)
- Fedasil neemt GEEN repatriëringskosten ten laste.
- Begrafeniskosten vallen onder werkingskosten, niet onder medische kosten.
- Indien een persoon in een LOI verblijft zijn de kosten voor het bevoegde OCMW, niet voor Fedasil.

### 11.2.1 Autopsie

Fedasil neemt de kosten van een autopsie niet automatisch ten laste. Indien het vanuit medisch en/of juridisch oogpunt belangrijk is om een autopsie te doen, dient een gemotiveerde aanvraag uitzonderlijke ten laste name ingediend te worden bij de medische coördinatie van de regio.

## 11.3. Orgaandonatie

De Belgische wetgeving hanteert het principe van 'veronderstelde toestemming'. Elke meerderjarige Belg wordt verondersteld akkoord te zijn om na zijn overlijden een mogelijke donor te zijn, tenzij hij tijdens zijn leven formeel of informeel verzet heeft aangetekend.

Formeel verzet is een registratie in het nationaal register van weigering tot orgaandonatie. De wet bepaalt dat ook informele wijzen van verzet door de 'mogelijke donor' moeten worden nageleefd voor zover dat verzet aan de betrokken artsen werd meegedeeld. De artsen moeten informeren naar dit mogelijke verzet. Indien iemand dus mondeling zegt geen donor te willen zijn, dan moet hier rekening mee gehouden worden. Het is dan ook aanbevolen dit in het medisch dossier te registreren.

Personen komen pas in aanmerking als ze zes maanden in het vreemdelingenregister zijn ingeschreven (en dus niet het wachtregister). Voordien kan er niet overgegaan worden tot orgaandonatie.

Meer informatie omtrent orgaandonatie kan je vinden op

<https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/levensbegin-en-einde/orgaandonatie>

#### 11.4. Klinische studies

Tijdens hun asielprocedure mogen de verzoekers tot internationale bescherming niet deelnemen aan klinische studies.

Eenzijds bevinden zij zich in een administratief onzekere situatie die ervoor zorgt dat het erg moeilijk is om zeker te zijn dat zij hier echt volledig vrijwillig aan deelnemen. Anderzijds kan er geen enkele garantie gegeven worden dat zij in België blijven tot het einde van de studie

## 12. Annexen

Annexen kunnen geraadpleegd worden in toegevoegd document 'ANNEXEN\_Vademecum MED\_NL'.

## 13. Addenda

Addenda kunnen geraadpleegd worden in toegevoegd document 'ADDENDUM\_Vademecum MED\_NL'.