

MEDISCH VADEMECUM

Richtlijnen en instructies omtrent medische zorgen

Versie 5: juni 2025

Cel Gezondheid Fedasil

AANPASSINGEN EN TOEVOEGINGEN

Om het Medisch Vademecum accuraat te houden, wordt gestreefd naar een 6-maandelijkse actualisering en een 2-jaarlijkse volledige oppuntstelling.

Wanneer er een onduidelijkheid is, een regel die niet overeenkomt met de realiteit of er een twijfel bestaat, gelieve dit te melden aan fhq_med_noord@fedasil.be.

Indien de opmerking gegrond is, zal het Medisch Vademecum bij een volgende actualisering of oppuntstelling aangepast worden.

Nieuwe aanpassingen en toevoegingen worden hieronder vermeld in een overzicht, en in de tekst weergegeven in groene kleur. **Deze kunnen ook via 'Ctrl+F' 'NEW' snel geraadpleegd worden.** Aanpassingen en toevoegingen uit vorige versie worden in het zwart geplaatst.

Versie	Pagina	Tekstonderdeel	Aanpassing en/of toevoeging
5	11	1.4 Medische Regularisatie	Toevoeging
5	14-16	3. Medisch Kader	Aanpassing
5	17	4. Gezondheidszorgverlening gedurende procedure Verzoeker om Internationale Bescherming	Toevoeging
5	21	4.1.3.2.2 Vaccinatie bij minderjarigen (< 18 jaar)	Aanpassing + Toevoeging
5	27	4.2 Gezondheidszorgverlening gedurende procedure Verzoeker om Internationale Bescherming No Show	Toevoeging
5	33	6.1.1 Project HZIV/CAAMI	Toevoeging
5	33	6.1.2 Inschrijving in de mutualiteit of Hulpkas Ziekte- en Invaliditeitsverzekering	Toevoeging
5	41	6.3.1.1.6.1. Kauwfunctie	Aanpassing
5	48	6.3.2.2.1. Parafarmaceutische producten	Aanpassing
5	50	6.3.3.2. Tolken	Toevoeging
5	50-52	6.3.4. Aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten	Aanpassing
5	53	7.1 Infectieziekten	Aanpassing
5	63-64	7.6.1. Preventie	Toevoeging
5	66	7.6.3.4.1 Ten laste name psychologische consulten voor VIB's No Show	Toevoeging
5	66-67	7.6.3.5 Procedure bescherming opgelegd aan een persoon met een psychiatrische aandoening	Aanpassing
5	68	7.6.3.7 Verslavingsproblematiek	Toevoeging
5	72	7.7.5.1.1 Algemene inleiding	Aanpassing
5	ANN 8	Medisch attest vrouwelijke Genitale Verminking (VGV)	Aanpassing
5	ANN 11	Conventie	Aanpassing
5	ANN 19	Annex 19: Organisatorische modaliteiten van psychologische consulten voor de bewoners van de opvangstructuren en voorwaarden voor de ten laste name.	Aanpassing

5	ANN 23	Model van omstandig geneeskundig verslag in het kader van de wet van 26 juni 1990 inzake de bescherming opgelegd aan een persoon met een psychiatrische aandoening (KB 12/12/2024)	Toevoeging
5	ANN 24	Brief aan zorgverleners betreffende de voorwaarden voor de ten laste name van psychologische consulten voor Verzoekers om Internationale Bescherming met een code 207 No Show	Toevoeging
5	ANN 25	Voorwaarden voor de ten laste name van tolkkosten in het kader van psychologische consulten voor VIB No Show	Toevoeging

Inhoud

AANPASSINGEN EN TOEVOEGINGEN.....	1
VOORWOORD	8
1. DE OPVANGWET	9
1.1. VERZOEK OM INTERNATIONALE BESCHERMING	9
1.2. RECHT OP OPVANG	10
1.3. RECHT OP MEDISCHE BEGELEIDING BINNEN DE OPVANGWET	10
1.4. MEDISCHE REGULARISATIE	11
2. OPVANG VAN VERZOEKERS OM INTERNATIONALE BESCHERMING	12
2.1. FASE 1: INSTROOM	12
2.2. FASE 2: OPVANG.....	13
2.2.1. <i>Opvangcentra</i>	13
2.2.2. <i>Alternatieven voor een opvangcentrum</i>	13
2.2.2.1. Individuele opvangstructuren	13
2.2.2.2. Specifieke structuren	13
2.2.3 <i>VIB's buiten het opvangnetwerk (VIB's No Show)</i>	13
2.2.4. <i>Niet Begeleide Minderjarige Vreemdelingen</i>	14
3. MEDISCH KADER	14
3.1. DE CEL GEZONDHEID FEDASIL	14
3.2. DE REGIONALE CEL GEZONDHEID BIJ FEDASIL	15
3.3. DE CEL PROCESBEHEER FEDASIL.....	15
3.4. ORGANIGRAM	16
3.5. DE GEZONDHEIDSDIENSTEN IN DE OPVANGSTRUCTUREN	16
4. GEZONDHEIDSZORGVERLENING GEDURENDE PROCEDURE VERZOEKER OM INTERNATIONALE BESCHERMING.....	17
4.1. GEZONDHEIDSZORGVERLENING GEDURENDE PROCEDURE VERZOEKER OM INTERNATIONALE BESCHERMING IN EEN OPVANGCENTRUM	17
4.1.1. <i>Medische screening</i>	17
4.1.2. <i>Medische intake</i>	18
4.1.3. <i>Preventieprogramma's</i>	19
4.1.3.1. Tuberculosepreventie	19
4.1.3.1.1. Verwerking van de RX-Thoraxen	20
4.1.3.2. Vaccinatieprogramma	20

4.1.3.2.1. Vaccinatieprogramma Dispatching.....	21
4.1.3.2.2 Vaccinatie bij minderjarigen (< 18 jaar)	21
4.1.3.2.3 Interval tussen verschillende vaccins	22
4.1.3.2.4 Registratie van de uitgevoerde vaccinaties	22
4.1.3.2.5 Vaccinaties.....	23
4.1.3.2.5.2 Vaccinatie tegen mazelen – bof – rubella (MBR)	23
4.1.3.2.5.4 Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep (= Influenza).....	24
4.1.3.2.5.5 Vaccinatie tegen Covid-19.....	24
4.1.3.3 Sensibilisering en preventie	25
4.1.3.4 Epidemie of pandemie.....	26
4.1.4 Toedienen van medische zorg	26
4.1.4.1. Richtlijnen voor voorschrijven en verdelen van farmaca in een collectieve opvangstructuur	26
4.2 GEZONDHEIDSZORGVERLENING GEDURENDE PROCEDURE VERZOEKER OM INTERNATIONALE BESCHERMING NO SHOW	26
5. MEDISCHE ATTESTATIE EN GEGEVENSBEHEER	27
5.1. ELEKTRONISCH MEDISCH DOSSIER	27
5.1.1. Invoeren van de gegevens in het Elektronisch Medisch Dossier	28
5.1.2. Toegang tot het ontvangen van informatie van externe diensten	28
5.1.3. Doorsturen van het Medisch Dossier	28
5.1.3.1. Uitwisseling van het Medisch Dossier	29
5.2. MEDISCHE ATTESTERING.....	29
5.2.1 Attestering in het kader van een asielprocEDURE.....	30
5.2.1.1. Attest Slachtoffer van Foltering.....	30
5.2.1.2. Attest Vrouwelijke Genitale Verminking	31
5.3. BEROEPSGEHEIM EN ALGEMENE VERORDENING GEGEVENSBECHERMING	31
5.3.1. Beroepsgeheim	31
5.3.2. Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).....	31
6. MEDISCHE KOSTEN.....	32
6.1 INLEIDING	32
6.1.1 Project HZIV/CAAMI	33
6.1.2 Inschrijving in de mutualiteit of Hulpkas Ziekte- en Invaliditeitsverzekering	33
6.2. FINANCIËLE ASPECTEN	34
6.2.1. Het requisitorium/ de toelating	34
6.2.1.1. Praktische uitvoering.....	35
6.2.1.1.1. VIB verblijft in een opvangcentrum (Fedasil of partner)	35
6.2.1.1.2. VIB verblijft op een privéadres of zonder opvangplaats (VIB's No Show)	35
6.2.2. Annulatiekosten.....	36
6.2.3. Aankoop of verhuur van materiaal.....	36
6.2.4. Facturen.....	37
6.2.4.1. Requisitoria of toelatingen	37
6.2.4.2. Artsen in een opvangstructuur: Betaling prestaties.....	37
6.2.5. Conventies	38
6.3. WETTELIJK KADER VAN TERUGBETALING VAN DE MEDISCHE ZORGEN DOOR FEDASIL	38
6.3.1. Medische verstrekkingen.....	39
6.3.1.1. Mondzorg	39
6.3.1.1.1. Tandsteen verwijderen.....	40
6.3.1.1.2. Conserverende verzorging bij cariës	40
6.3.1.1.3. Tandextracties.....	40
6.3.1.1.4. Wortelkanaalbehandelingen.....	40
6.3.1.1.5. Algemene verdoving	40
6.3.1.1.6. Tandprothesen	41
6.3.1.1.7. Toekenning door de gezondheidsdienst of cel Procesbeheer FHQ	42
6.3.1.2. Oogaandoeningen.....	42
6.3.1.2.1 Niet chirurgische tussenkomsten	42
6.3.1.2.2. Heelkundige interventies	44

6.3.1.3. Hoorapparaat	45
6.3.1.4. Bandagisterie.....	45
6.3.1.5 Medische pedicure.....	46
6.3.1.6. Gezinsplanning	46
6.3.1.6.1 Contraceptie	46
6.3.1.6.2 Zwangerschapsbeëindiging	46
6.3.1.6.3 Fertiliteitsbehandeling	47
6.3.1.7. Genetische testen	47
6.3.1.8. Zorgtrajecten	47
6.3.1.9 Vroedkunde	47
6.3.2. Geneesmiddelen en Parafarmacie 6.3.2.1. Geneesmiddelen	47
6.3.2.2. Parafarmacie	48
6.3.2.2.1. Parafarmaceutische producten	48
6.3.3. Vervoer en Tolken	48
6.3.3.1. Vervoer	49
6.3.3.2. Tolken	49
6.3.4. Aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten	50
6.3.4.1. Hoe de aanvraag uitzonderlijke ten laste name indienen?	51
6.3.4.1.1. Voor de partner opvangcentra	51
6.3.4.1.2. Voor de Federale opvangcentra	52
6.3.4.1.3. Voor VIB's No Show	53
7. SPECIEKE MEDISCHE PROBLEMATIEKEN	53
7.1. INFECTIEZIEKTEN	53
7.1.1 Seksueel Overdraagbare Infecties (SOI).....	53
7.1.1.1 Chlamydia, Gonorrhoeae en Syphilis.....	54
7.1.1.2 HIV	54
7.1.1.3. Hepatitis.....	55
7.1.1.3.1. Hepatitis A	55
7.1.1.3.2. Hepatitis B	55
7.1.1.3.3. Hepatitis C	55
7.1.2. Tuberculose	56
7.1.2.1. Screening bij aankomst.....	56
7.1.2.2. De periodieke screening	57
7.1.2.3. Rapportering en monitoring van Tuberculose.....	57
7.1.2.4. Transfer/ vertrek van een bewoner met een lopende op puntstelling of behandeling van tuberculose	57
7.1.3. MRSA	58
7.1.4. Varicella.....	59
7.1.5. <i>Helicobacter pylori</i>	59
7.2. PARASITOSE.....	60
7.2.1. Scabies	60
7.2.2. Helminthiasis	60
7.2.3. Schistosomiasis.....	61
7.3. SUBSTITUTIE BEHANDELING METHADONE	61
7.4 TABAKSONTWENNING	62
7.5 DIEET	62
7.5.1 Voedselovergevoeligheid.....	63
7.6 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	63
7.6.1. Preventie.....	63
7.6.2. Detectie van psychologische nood.....	64
7.6.3. Aanpak.....	64
7.6.3.1 Medische intake en consultatie	64
7.6.3.2. Multidisciplinair overleg (MDO).....	65
7.6.3.3. Individueel Begeleidingsplan (IBP).....	65
7.6.3.4 Doorverwijzing naar psychologische & psychiatrische hulp	65
7.6.3.4.1 Ten laste name psychologische consulten voor VIB's No Show	66

7.6.3.5 Procedure bescherming opgelegd aan een persoon met een psychiatrische aandoening	66
7.6.3.6 Attestering van psychische problemen in het kader van de asielpprocedure	67
7.6.3.7 Verslavingsproblematiek	68
7.6.3.8 Transfers tussen opvangstructuren en continuïteit van zorg	68
7.6.3.9 Residentiële opvang en zorg	68
7.7 FAMILIAAL EN EMOTIONEEL LEVEN	69
7.7.1 Intra-familiaal geweld	69
7.7.2 Kindermishandeling	70
7.7.3 Seksueel geweld	70
7.7.4 Foltering	71
7.7.4.1. Medisch attest identificatie van symptomen en tekenen van foltering	71
7.7.5. Genitale verminking	72
7.7.5.1. Vrouwelijke genitale verminking	72
7.7.5.1.1. Algemene inleiding	72
7.7.5.1.2. VGV in de opvangcentra	73
7.7.5.2. Mannelijke Circumcisie of besnijdenis	73
7.7.5.2.1. Algemene inleiding	73
7.7.5.2.2. Ten laste name mannelijke Circumcisie of besnijdenis	73
7.8 SEKSUELE GEZONDHEID	74
7.8.1 Contraceptie	74
7.8.2 Zwangerschapsafbreking	74
7.8.3. Transgender	75
7.8.4. Pre-Expositie Profylaxe	75
8. TRANSFERS	75
8.1. MEDISCHE TRANSFER	76
8.1.1. Introductie	76
8.1.2. Verantwoordelijken	76
8.1.3. Procedure	76
8.2. MEDISCHE UITZONDERINGEN VOOR UITSTEL VAN EEN TRANSFER OF VERTREK	76
8.2.1. Medische uitzondering uitstel van vertrek	76
8.2.2. Medische uitzondering uitstel transfer naar een Dublin plaats	77
8.2.3. Medische uitzondering uitstel transfer naar een Open terugkeerplaats	77
9. EINDE MATERIËLE HULP	78
9.1. EINDE PROCEDURE	78
9.1.1. Erkenning als vluchteling of Subsidiaire Bescherming	78
9.1.2. Vrijwillige terugkeer	78
9.1.3. Dringende Medische Hulp, mogelijkheden en beperkingen	79
9.1.4. Verlenging recht op opvang	79
9.1.5. Dublin procedure	80
10. INTERNATIONALE PROGRAMMA'S	80
10.1. RELOCATIE	80
10.2. HERVESTIGING	81
10.3. VRIJWILLIGE TERUGKEER	81
10.3.1. Wie komt in aanmerking?	82
10.3.2. Adapted Medical Assistance After Return	82
11. VARIA	83
11.1. HONGERSTAKING	83
11.2. OVERLIJDEN	83
11.2.1 Autopsie	84
11.3. ORGAANDONATIE	84

11.4.	ORGAANTRANSPLANTATIE	84
11.5.	KLINISCHE STUDIES.....	85
12.	ANNEXEN	85
13.	ADDENDA.....	85

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 veelgestelde vragen van zorgverleners in het opvangnetwerk, zowel binnen als buiten de opvangcentra, evenals van zorgverleners die vaak werken met VIB's buiten het opvangnetwerk (de zogenaamde VIB's No Show).

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.

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 dagvergoeding, en toegang tot juridische bijstand en tot diensten zoals tolken en opleidingen.

1.1. Verzoek om Internationale Bescherming

Elke vreemdeling die in België aankomt, kan een verzoek om internationale bescherming indienen en wordt vervolgens een Verzoeker om Internationale Bescherming (VIB), (Voorheen 'Asielzoeker'). Deze aanvraag gebeurt meestal bij de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ), maar kan ook gedaan worden aan de grens, binnen een gesloten centrum of in een strafinrichting. De DVZ is de instantie bevoegd voor de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen in België. De DVZ registreert het verzoek om internationale bescherming en zal vaststellen of België – of een andere lidstaat – verantwoordelijk is voor de behandeling van het verzoek (het Dublin-onderzoek).

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 (in de vorm van een attest van Immatriculatie of "de oranje kaart").

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.

Net zoals voor elke administratieve handeling, is er evenwel de mogelijkheid om een cassatieberoep in te dienen bij de Raad van State (RvS). De RvS doet echter geen uitspraak over de feiten, het kan alleen nagaan of het arrest van de RvV wettig is en het bijgevolg vernietigen of het beroep van de verzoeker verwerpen.

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 of in aanmerking komt voor subsidiaire bescherming, dan heeft hij/zij recht op een initieel beperkt verblijf in België en krijgt hij/zij een tijdelijke verblijfsvergunning in de vorm van een elektronische A-kaart. Na vijf jaar, te tellen vanaf het indienen van het verzoek om internationale bescherming, krijgt de vluchteling een onbeperkt verblijfsrecht.

1.2 Recht op opvang

Elke Verzoeker om Internationale Bescherming (VIB) heeft in principe recht op materiële hulp, waaronder ook opvang wordt begrepen, tijdens de volledige asielprocedure. Dit recht geldt vanaf het 'doen' van het verzoek bij DVZ, namelijk het uiten van de wil om een VIB in te dienen, en eindigt op het moment van een positieve beslissing (nl. toekenning statuut van vluchteling of subsidiaire bescherming), of na de betekening van een negatieve finale beslissing, d.w.z. één van de volgende beslissingen:

- Negatieve beslissing van het CGVS, indien bij het verstrijken van de beroepstermijn geen opschortend beroep werd ingediend
- Beslissing van de RvV tot verwerping van het beroep/tot bevestiging van de negatieve beslissing van het CGVS inzake het verzoek om bescherming
- Vanaf het 2^{de} volgende verzoek (3^e VIB): na een beslissing van niet-ontvankelijkheid door het CGVS en indien er geen beroep in volle rechtsmacht is bij RvV
- Na afsluiting van het verzoek (technische weigering)

In bepaalde gevallen kan dit recht op opvang beperkt of ingetrokken worden. In geval van een beperking blijft de VIB echter een recht op medische begeleiding behouden. Het opvangnetwerk bestaat uit collectieve en individuele opvangstructuren. België voorziet een opvangmodel met collectieve centra als norm.

1.3 Recht op 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.¹

- 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 staat een RIZIV plus en RIZIV min lijst vast

De basislijst van medische zorgen toegestaan aan VIB's is de lijst die vermeld staat in de **RIZIV-nomenclatuur** (zoals voorzien in art.35 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994). Bovendien stelt het KB van 9 april 2007 twee lijsten vast:

¹ 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

-De “min-lijst”= bijlage 1 = de lijst van medische hulp en zorgen die, hoewel ze zijn opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur, niet verzekerd worden door Fedasil omdat ze manifest niet noodzakelijk blijken te zijn (zie 6.3).

-De “plus-lijst” = bijlage 2 = de lijst van medische hulp en medische zorgen die, hoewel ze niet zijn opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur, verzekerd worden door Fedasil omdat ze tot het dagelijkse leven behoren (zie 6.3).

Daarnaast voorziet artikel 4 van het KB dat, met uitzonderlijke toestemming van de directeur-generaal medische hulp en zorgen toegekend kunnen worden, indien blijkt dat deze noodzakelijk zijn opdat de VIB kan beschikken over een medische begeleiding die aan de menselijke waardigheid beantwoordt, zelfs indien deze noch worden vermeld in de RIZIV-nomenclatuur, noch in bijlage 2 (de pluslijst).

De wet, naast deze RIZIV plus en min lijst, vermeld in het KB, 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, rekening houdend met de individuele situatie en de zorgcontinuïteit.

1.4 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 Verblijfswet van 15 december 1980). Deze is bedoeld voor vreemdelingen (Is niet altijd een VIB) die een legale verblijfsstatus vragen in het kader van een medische behandeling.

Volgens de wet komt een persoon in aanmerking voor een regularisatie op basis van artikel 9ter als deze persoon lijdt aan ‘(1) een ziekte die een reëel risico inhoudt voor haar/zijn leven of fysieke integriteit of (2) dat deze ziekte een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in haar/zijn land van herkomst of verblijf’

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 medisch getuigschrift op te maken.

Het ingevulde medisch getuigschrift wordt aan de betrokkene gegeven die het via zijn advocaat kan indienen bij de Afdeling Uitzonderlijk Verblijf – Dienst Medisch Verblijf van DVZ.

[NEW] Het is aan de arts om in eer en geweten een medisch getuigschrift op te maken (of niet). Indien een arts geen reden ziet om een medische regularisatie aan te vragen, mag hij/zij dit weigeren. De Nationale Raad van de Orde der artsen is van mening dat de behandelende arts, die niet ingaat op het verzoek van de patiënt om een attest over zijn gezondheidstoestand, hiervoor een gegronde reden dient te hebben en deze ook kenbaar dient te maken aan de patiënt. Indien iemand nadien blijft vragen om een 9ter op te maken, 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 na het advies van de specialist toch nog een doorverwijzing wordt gevraagd, dan valt deze doorverwijzing ten laste van de verzoeker.

Bij twijfel over het al dan niet aanvragen van een medische regularisatie, is het belangrijk om de aanvraag 9ter 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

2.1. Fase 1: Instroom

Een VIB doorloopt in principe een opvangtraject dat bestaat uit 2 fases. 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. Binnen het opvangtraject passeert een VIB eerst langs dispatching, om vervolgens aan een eerste fase centrum te worden toegewezen.

Dispatching (Fedasil): De afdeling dispatching bestaat onder andere uit:

- ⇒ **Medische dienst:** De medische dienst is bestemd voor de VIB die in een opvangcentrum van Fedasil of van een partner zal verblijven. Hier krijgen ze een eerste medische screening: de VIB wordt er 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.

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 (NBMV) 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 voor een opvangcentrum

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).

2.2.3 VIB's buiten het opvangnetwerk (VIB's No Show)

De volgende categorieën VIB's krijgen een code 207 'no show':

- 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 in procedure die vrijwillig de opvang heeft verlaten
- De VIB die een 2^{de} of meervoudige aanvraag indient. Wanneer het CGVS het nieuw verzoek ontvankelijk verklaart, kan de VIB zich opnieuw aanbieden voor een opvangplaats.

- De VIB met recht op opvang na eerste verzoek om internationale bescherming, maar die geen opvangplaats heeft wegens plaatsgebrek.

De VIB No Show blijft zijn recht op medische hulp door Fedasil behouden.

De VIB die een 'Bijlage 26quater' heeft ontvangen (die aangeeft dat België, volgens de Dublinverordening, niet de verantwoordelijke lidstaat is voor de behandeling van het verzoek om Internationale bescherming), blijft zijn recht op medische hulp door Fedasil behouden tot de VIB effectief België heeft verlaten.

De verplichte plaats van inschrijving is voor de volgende bewoners code 207 <No Show>, niet te verwarren met geen code 207 (niet-toewijzing of opheffing, bijzondere omstandigheden).

2.2.4. 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. De Cel Gezondheid Fedasil

[NEW] De cel Gezondheid 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. De Regionale cel Gezondheid bij Fedasil

[NEW] De **Regionale cel Gezondheid** bestaat uit artsen, verpleegkundigen, een gezondheidspromotor en medisch administratieve medewerkers en is verantwoordelijk voor de opvolging van de medische zorgen in de opvangcentra. 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 één van de regionale Medische teams.

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 De Cel Procesbeheer Fedasil

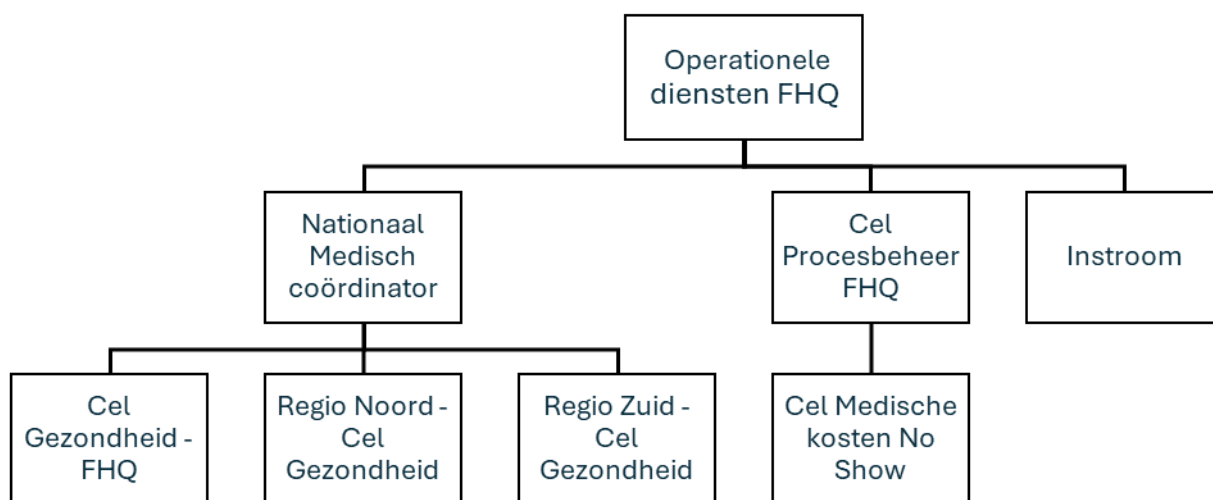
[NEW] De **cel Procesbeheer** bestaat uit verschillende cellen, waaronder ook de cel Medische kosten No-Show die verantwoordelijk voor de medische kosten van de VIB's No Show.

Hun voornaamste taken zijn:

- Het verstrekken van requisitoria (analyseren van de aanvraag en controleren van de bevoegdheid van Fedasil)
- Het behandelen van facturen voor medische zorgen van de VIB's No Show

3.4 Organigram

Onder de Operationele diensten van Fedasil vallen verschillende cellen. Dit organigram toont de cellen die relevant zijn in het kader van dit medisch vademecum:



3.5 De gezondheidsdiensten in de opvangstructuren

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

Een externe samenwerking wordt opgezet met lokale zorgverstrekkers en apothekers. Indien er geen gezondheidsdienst is binnen het centrum, 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 gezondheidsdiensten 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 groeps sessies 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. Gezondheidszorgverlening gedurende procedure Verzoeker om Internationale Bescherming

[NEW] De algemene visie van het Agentschap op de medische, psychosociale en psychologische ondersteuning van VIB en NBMV zonder verzoek is gebaseerd op een geïntegreerde, cultuursensitieve benadering van gezondheid, gericht op gezondheidsbevordering, preventie, psychosociale ondersteuning en toegang tot curatieve zorg, met prioriteit voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze aanpak is erop gericht om de menselijke waardigheid van VIB's tijdens hun hele traject te respecteren en garanderen.

4.1 Gezondheidszorgverlening gedurende procedure Verzoeker om Internationale Bescherming in een opvangcentrum

4.1.1 Medische screening

De medische screening wordt uitgevoerd door de gezondheidsdienst 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 een medisch probleem wordt gerapporteerd door de VIB, dan wordt een Medische Screening-fiche aangemaakt waarbij de volgende elementen worden bevraagd:

- Actieve zorgelementen
- Parameters

- Klinische observaties
- Chronische medicatie
- Externe medische opvolging in België
- Medische verslagen in het bezit van de VIB

Voor personen zonder medische problemen wordt de eerste medische rapportage in het Elektronisch Medisch dossier (EMD) pas gedaan tijdens de Medische Intake in het opvangcentrum (Zie 4.1.2).

Indien een medisch probleem wordt vastgesteld op Dispatching, is het mogelijk dat het advies van de arts op Dispatching wordt ingewonnen, verpleegkundige zorgen worden toegediend en/of een “Prior categorie” (► **Annex 3:** Medische intake – prior categorieën Aanmeldcentrum) aan de VIB wordt toegekend. Al deze zaken worden genoteerd in de Medische Screening-fiche.

De Medische screening-fiche wordt de dag nadien automatisch geïntegreerd in het EMD van de VIB voor de federale opvangcentra. De partnercentra krijgen de Screening-fiches beveiligd via mail doorgestuurd.

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 12 jaar een RX-thorax afgenomen om Tuberculose op te sporen (zie 4.1.3.1).

Ook worden de eerste vaccinaties toegediend indien geen tegenindicatie (zie 4.1.3).

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 in het opvangcentrum
- Eventuele labels
- TBC screening al uitgevoerd op Dispatching of nog uit te voeren in het opvangcentrum

4.1.2 Medische intake

Indien een VIB tijdens de medische screening een “Prior Categorieën” krijgt (zie 4.1.1), zal de medische intake uitgevoerd worden tijdens zijn verblijf in het Aanmeldcentrum. Indien een VIB met een “Prior categorieën” rechtstreeks aan een 2^{de} lijns-opvangcentrum wordt toegewezen, moet die binnen de 1 à 3 werkdagen een medische intake krijgen. 2^{de} lijns-opvangcentra worden de eerst volgende werkdag door de Gezondheidsdienst Dispatching (Medische screening) via e-mail op de hoogte gebracht van de medische situatie.

Standaard worden in OOC of 2^e lijns-opvangcentra bij alle nieuwe bewoners een intake gedaan binnen de 5 werkdagen na aankomst in de opvangstructuur. In het Aanmeldcentrum ligt de focus op het uitvoeren van een medische intake van alle VIB met een Prior categorie.

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 gezondheidsdienst
- 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 om de zorgcontinuïteit te verzekeren. Dit principe wordt continu afgewogen tegenover de noodzaak, om de zo best mogelijke zorg te leveren.

4.1.3 Preventieprogramma's

4.1.3.1 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 gezondheidsdienst 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) bij instroom in het opvangnetwerk.

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 12 jaar
- Personen die extreem onrustig gedrag vertonen en in de onmogelijkheid zijn om een RX-thorax af te nemen op Dispatching

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 kinderen tussen 6 tem 12 jaar wordt geen actieve screening naar TBC verricht aangezien de prevalentie in deze leeftijdsgroep uiterst laag ligt. Kinderen van 0 tem 5 jaar moeten wel nog een intradermo krijgen.

Personen die niet stabiel en zelfstandig recht kunnen staan en personen die geen RX-thorax hebben gekregen omwille van onrustig gedrag op Dispatching dienen zo snel mogelijk een RX-thorax te krijgen in het opvangcentrum.

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. Indien deze test positief is, worden ze naar de kinder- of longarts doorverwezen voor verder onderzoek.

4.1.3.1.1. 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.

Bij een afwijkend resultaat bezorgt de gezondheidsdienst van Dispatching het verblijfsadres van de VIB aan VRGT/FARES zodat zij de verdere opvolging kunnen organiseren. VRGT/FARES contacteert dus de gezondheidsdienst van het betrokken opvangcentrum.

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. Indien de centra geen bericht ontvangen van VRGT/FARES betekent dit dat de screening normaal was, onder voorwaarde dat deze effectief uitgevoerd is geweest (zie Medische Instroom-fiche in Match-it om dit te controleren).

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 gezondheidsdienst 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^e lijn totdat een actieve TBC voldoende uitgesloten is of totdat de VIB niet langer besmettelijk wordt geacht.

4.1.3.2 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 Gezondheidsdienst 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

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

³ Brussel en Wallonië: https://www.ccref.org/e-vax/Calendrier_vaccination_2020-2021.pdf

Match-It.

4.1.3.2.1. Vaccinatieprogramma Dispatching

Alle personen worden gevaccineerd in de Gezondheidsdienst 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.)
- 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 Gezondheidsdienst 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 4.1.3.2.4.).

4.1.3.2.2 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. en dit overeenkomstig de vaccinatiekalender van de desbetreffende gemeenschap.

Fedasil neemt het Rotavirus vaccin ten laste bij vaccinatie voor de leeftijd van 6 maanden. Volledige vaccinatie bestaat uit 2 dosissen Rotarix of 3 dosissen Rotateq.

[NEW] Het pneumokokken vaccin wordt ten laste genomen door Fedasil overeenkomstig de vaccinatiekalender van de desbetreffende gemeenschappen.

[NEW] Voor bescherming tegen RSV:

Deze preventieve therapieën kunnen worden vergoed volgens de voorwaarden van het Riziv onder hoofdstuk IV, waarvoor de toestemming van de adviserend arts nodig is.

Het maternale vaccin tegen het RSV-virus (Abrysvo®) wordt ook ten laste genomen volgens de geldende RIZIV-voorwaarden.

Voor nieuwe opvangstructuren: graag contact opnemen met
De provinciale afdeling van Agentschap Opgroeien <https://www.kindengezin.be/nl/kind-en-gezin-diensten/lokale-teams>

➤ Schoolgaande kinderen vanaf 6 jaar en jonger dan 18 jaar:

Controle van het vaccinatieschema en het toedienen van nog ontbrekende basis vaccins via de schoolgeneeskundige diensten- CLB in Vlaanderen en PSE/PMS centra in Wallonië-, overeenkomstig de in voege zijnde vaccinatiekalender van de desbetreffende gemeenschap (zie <https://zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/vaccinaties/basisvaccinatieschema>)

De opvangstructuren geven best een brief mee voor de school – ter attentie van hun respectievelijke CLB of PSE- waarin aangegeven wordt welke vaccins reeds toegediend werden en met de vraag of de nodige inhaalvaccinaties kunnen gegeven worden in lijn met de bestaande aanbevelingen. (► **Annex 6:** Brief melding te vaccineren schoolgaande jongere (6-18))

Het is ook nodig om een toestemmingsformulier voor toediening van de nodige inhaalvaccinaties ondertekend door de ouder(s) of voogd mee te geven naar school: cfr. Info- en toestemmingsformulieren van de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugd gezondheidszorg (VWVJ) voor mature en niet mature leerlingen (► **Annex 5:** Info-toestemmingsformulier voor toediening van de nodige inhaalvaccinaties). Indien er nog geen voogd is, kan de centrumdirecteur het toestemmingsformulier ondertekenen.

Indien het CLB/PME echt niet in de mogelijkheid is om het vaccinatieschema te vervolledigen, kan vaccinatie georganiseerd worden door de gezondheidsdienst/ behandelende arts verbonden aan de opvangstructuur.

4.1.3.2.3 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).

4.1.3.2.4 Registratie van de uitgevoerde vaccinaties

De registratie van elk zelf toegediend vaccin is noodzakelijk in Vaccinnet⁴ of e-Vax⁵ en in het EMD van de VIB. K&G en CLB registreren zelf de toegediende vaccins.

Alle vaccins toegediend op de gezondheidsdienst dispatching AMC moeten door de gezondheidsdienst van de opvangstructuur waar de bewoner langdurig verblijft (2^e lijn opvangcentrum, individuele woning, dus niet in een OOC of het AMC) of door de huisarts in vaccinnet of e-vax geregistreerd worden

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

⁵ <https://www.e-vax.be/welkom.do>

én in het EMD. 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. Laat de VIB een foto nemen van de geregistreerde vaccinaties met zijn/haar eigen smartphone (zo mogelijk) zodat de informatie niet verloren gaat.

Elke 6 maanden zullen door de cel Gezondheid de vaccinatiestatistieken opgevraagd worden bij de gezondheidsdiensten. Deze worden op vraag doorgegeven aan de federale en regionale gezondheidsinstanties.

4.1.3.2.5 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 vervolgpvang georganiseerd worden.

4.1.3.2.5.1 Vaccinatie tegen polio (IMOVAX)

➤ Doelgroep

- Alle VIB's afkomstig uit landen waar polio endemisch⁶ is (Afghanistan en Pakistan) en alle landen met een risico op uitbraak door herinfectie. Deze lijst wordt regelmatig herzien door de WGO, dus kijk steeds de meest recente versie na op: <https://polioeradication.org/about-polio/where-we-work/>
- Polio is de enige vaccinatie in België waarvoor een wettelijke verplichting bestaat (beperkte groep). Het is sterk aanbevolen bij alle personen die niet of onvolledig gevaccineerd zijn.

➤ Vaccinatieschema

- ⇒ Volwassenen: 1 rappel Imovax® zo snel mogelijk na aankomst in België
- ⇒ Kinderen en adolescenten (<18 jaar): 1 rappel Imovax® zo snel mogelijk na aankomst in België + vaccinatieschema vervolledigen tot 3 doses in totaal (met interval van minimum 1 tot maximum 6 maanden)

4.1.3.2.5.2 Vaccinatie tegen mazelen – bof – rubella (MBR)

➤ Doelgroep

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

➤ Vaccinatieschema

- ⇒ M-M-R VaxPro® : één dosis bij aankomst, tweede dosis na 1 tot 2 maand (minimum interval van 4 weken); voor kinderen tot 6 jaar: zie schema departement Zorg.

⁶ 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/>

Let op: NIET toedienen aan zwangere vrouwen of vrouwen die proberen zwanger te worden (1 maand contraceptie na vaccinatie). De vaccinatie tegen mazelen mag wel 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.

4.1.3.2.5.3 Vaccinatie tegen difterie –tetanus – kinkhoest (DiTePer)

- 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
 - Boostrix®: vervolledigen van het vaccinatieschema als volgt: 1^e dosis – 2^e dosis na 1 maand – 3^e dosis na 6 maand interval (na de opvang)
 - Zwangere vrouwen dienen bij elke zwangerschap opnieuw gevaccineerd te worden.

4.1.3.2.5.4 Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep (= Influenza)

- Doelgroep: de klassieke 'risico' groepen
 - Alle personen vanaf 65 jaar⁷
 - Zwangere vrouwen in het tweede of derde trimester van hun zwangerschap
 - Alle patiënten⁸ vanaf de leeftijd van 6 maanden die lijden aan een onderliggende chronische aandoening⁹, van de longen, het hart (uitgezonderd hypertensie), de lever, de nieren, aan metabole aandoeningen (inclusief diabetes), aan neuromusculaire aandoeningen of aan immuunstoornissen (natuurlijk of geïnduceerd).
 - Kinderen tussen 6 maanden en 18 jaar die een langdurige aspirinetherapie ondergaan.
- Vaccinatieschema
 - ⇒ Enkel 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.

4.1.3.2.5.5 Vaccinatie tegen Covid-19

- Doelgroep
 - Iedereen vanaf 6 maand kan zich laten vaccineren tegen Covid 19
 - Vaccinatie is sterk aanbevolen voor wie kwetsbaarder is:
 - Personen van 65 jaar en ouder ⁷
 - Personen die in een instelling voor langdurige zorg of rusthuis verblijven
 - Personen met een BMI (Body Mass Index) > 40
 - Personen ouder dan 18 met ten minste één van de ernstige chronische ziekten van het long-, lever-, nier-, diabetes-, hart- of neurologisch type.

⁷ Indien nationale richtlijnen jongere leeftijdsgroepen indiceren kan dit gevolgd worden.

⁸ Aanpassingen zijn mogelijk in functie van de nationale en internationale aanbevelingen.

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

- Personen met een verzwakte immuniteit
- Personen die werken in de zorgsector
- Personen die in dezelfde kamer verblijven als of hetzelfde huis (indien individuele woning) als ernstig immuun gecompromitteerde mensen
- Alle personen onder de 65 die weinig bewegen, roken of overmatig drinken.
- Voor sommige kinderen dan 18 indien immunodeficiëntie of ernstige chronische ziekten => te bespreken met de kinderarts

➤ Vaccinatieschema

Doelgroep	Voorgestelde dosis	Opmerking
6 maand tot en met 4 jaar	basisvaccinatie (3 dosissen pediatrische variant (1/10 volwassen dosis))	Immunosuppressie/ ernstige aandoeningen: vaccinatie door pediater Gezond kind op vraag en met toestemming: vaccinatie in pediatriesch referentiecentrum
Vanaf 5 jaar	Basisvaccinatie (2 dosissen) <u>Bij immunosuppressie of ernstige chronische aandoeningen: extra booster dosis na 6 maanden</u>	Kinderen 5- 11 jaar: basisvaccinatie met pediatrische variant (1/3 van volwassen dosis)
Volwassenen	Basisvaccinatie (2 dosissen) en booster met aangepast vaccin*	
Kwetsbaren	Basisvaccinatie (2 dosissen), booster met aangepast vaccin, extra booster met aangepast vaccin in de herfst-wintermaanden	extra booster herfst-winter minstens 3 maanden na vorige booster

* Voor de kwetsbare groepen is een extra booster met een aangepast vaccin aanbevolen in de herfst- en wintermaanden (minstens drie maanden na hun vorige booster). Na deze extra booster met aangepast vaccin is momenteel geen extra booster dosis meer aanbevolen.

4.1.3.3 Sensibilisering 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 .

4.1.3.4 Epidemie of pandemie

Wanneer er op nationaal niveau sprake is van een epidemie¹⁰ of op internationaal niveau van een pandemie¹¹ 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.

4.1.4 Toedienen van medische zorg

Bij het toekennen van zorg aan VIB's is het belangrijk om te streven naar een kwalitatieve curatieve en preventieve zorg, rekening houdend met de individuele situatie en noden van de VIB. 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. Zo kan het voor sommige specifieke zorgen belangrijk zijn om rekening te houden met de bestaande zorg in het thuisland (bvb. model pacemaker, bepaalde medicatie,...).

4.1.4.1. 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 7: Richtlijnen om geneesmiddelen voor te schrijven, te verdelen en toe te dienen aan de bewoners**

4.2 Gezondheidszorgverlening gedurende procedure Verzoeker om Internationale Bescherming No Show

VIB's No Show doorlopen geen medische screening op de gezondheidsdienst Dispatching. Dit houdt ook in dat er voor de VIB's No Show geen systematische TBC-screening plaatsvindt. Indien een persoon klinische symptomen vertoont die kunnen wijzen op tuberculose, is het belangrijk steeds door te verwijzen naar een arts/pneumoloog voor verder onderzoek. De kosten voor medische beeldvorming of een tuberculinehuidtest voor een diagnosestelling kunnen ten laste genomen worden door Fedasil. Tuberculose is een ziekte waarvoor meldingsplicht geldt. (Zie 7.1.2.3 Rapportering en monitoring van Tuberculose)

¹⁰ 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.

¹¹ 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.

[NEW] VIB's No Shows kunnen voor medische hulp terecht bij een zorgverlener naar keuze. Zie hoofdstuk 6 voor meer informatie over hoe Fedasil medische kosten voor VIB No Show ten laste kan nemen.

In België zijn de gefedereerde autoriteiten (gemeenschappen en gewesten) bevoegd voor de preventie in de gezondheidszorg, dus ook voor de 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 12&13 voor meer informatie omtrent vaccinatiekalender). Het vaccinatieprogramma beschreven in 4.3.2. geldt dus ook voor VIB's No Show, met uitzondering van het feit dat deze groep nog niet werd gevaccineerd op de dienst Dispatching. Deze kosten kunnen ook ten laste genomen worden door Fedasil, via een requisitorium (zie hoofdstuk 6).

Sommige VIB's No Show hebben er echter wel al een verblijf in een opvangcentrum op zitten en zijn wel reeds gevaccineerd op de gezondheidsdienst Dispatching. Alle vaccins toegediend op de gezondheidsdienst dispatching AMC moeten door de gezondheidsdienst van de opvangstructuur waar de bewoner langdurig verblijft (2^e lijn opvangcentrum, individuele woning, dus niet in een OOC of het AMC) of door de huisarts in vaccinet of e-vax geregistreerd worden. Nieuwkomers bevinden zich nog niet in Vaccinet en e-vax. Daardoor kan de registratie jammer genoeg niet onmiddellijk gebeuren. De bewoner krijgt wel bij het verlaten van de opvangstructuur een bewijs van vaccinatie(s). De registratie van elk zelf toegediend vaccin is noodzakelijk in Vaccinet¹⁴ of e-Vax¹⁵. Wanneer de VIB instroomt in het opvangnetwerk van Fedasil of van een partner, bijvoorbeeld door een wijziging van de privé woonsituatie of na uitnodiging van op de wachtlijst, krijgt de VIB een medische screening in Dispatching en een medische intake door de gezondheidsdienst van het opvangcentrum.

5. Medische attestatie en gegevensbeheer

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

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 Medisch Dossier

De voornaamste doelen van het EMD zijn:

- Centraliseren van alle medische informatie van de persoon
- Overzicht krijgen over de gezondheidssituatie van de persoon
- Betere individuele begeleiding kunnen aanbieden

¹² Vlaanderen: <https://www.laatjevaccineren.be/basisvaccinatieschema>

¹³ Brussel en Wallonië: https://www.ccref.org/e-vax/Calendrier_vaccination_2020-2021.pdf

¹⁴ <https://www.vaccinet.be/Vaccinet/welkom.do>

¹⁵ <https://www.e-vax.be/welkom.do>

- 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 Medisch Dossier

Medische gegevens moeten binnen het EMD 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 EMD-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 EMD (of specifieke gegevens) (SUMEHR) verzonden worden aan externe medische zorgverstrekkers of -diensten.

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

5.1.3. Doorsturen van het Medisch Dossier

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

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 kopie¹⁶ - 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 problemen, voorgeschiedenis, actieve medicatie, vaccinaties, wensen van de patiënt, naam en contactgegevens van de arts van het centrum die de patiënt heeft behandeld, enz.

¹⁶ Het elektronisch dossier moet gedurende 30 jaar door de gezondheidsdienst bewaard worden.

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 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 gezondheidsdienst duidelijk te vermelden.

5.2. Medische 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, en in samenspraak met de persoon 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 relaas 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 8: 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 9: Wetteksten beroepsgeheim**). De nationale Raad van de Orde der Artsen heeft ook éénmalig een advies¹⁷ 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.

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.

¹⁷ <https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/beroepsgeheim/beroepsgeheim-in-centra-voor-asielzoekers>

In de verordening worden de volgende rechten van de VIB beschreven:

- Het recht op informatie: iedereen heeft het recht te weten dat zijn gegevens verwerkt zullen worden en waarom dat gebeurt
- Het recht van verbetering: iedereen kan kosteloos onjuiste gegevens laten verbeteren of onvolledige, irrelevante of verboden gegevens laten wissen
- Het recht van toegang: iedereen moet de nodige controle kunnen uitoefenen over zijn verwerkte persoonsgegevens
- Het recht van verzet: iedereen heeft het recht zich te verzetten tegen het gebruik van zijn gegevens
- Het recht op overdraagbaarheid van gegevens: iedereen heeft het recht om zijn 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 10**: 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 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 cel Procesbeheer van Fedasil.
5. VIB met officieel werk of een NBMV: indien ingeschreven in de mutualiteit worden de medische kosten ten laste genomen worden door de mutualiteit (zie 6.1.1. Inschrijving in de mutualiteit of Hulpkas Ziekte- en Invaliditeitsverzekering). Het remgeld wordt ten laste genomen door Fedasil.
6. Na opheffing van de verplichte plaats van inschrijven code 207 ontstaat het recht op (financiële) maatschappelijke dienstverlening als het OCMW van de gewoonlijke verblijfplaats oordeelt dat de aanvrager ervan behoeftig is. De POD Maatschappelijke Integratie betaalt de medische kosten van OCMW cliënten met recht op maatschappelijke dienstverlening.

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 Project HZIV/CAAMI

Het 'HZIV4Fedasil' project streeft naar de administratieve en financiële vereenvoudiging van de medische ondersteuning voor verzoekers om internationale bescherming. Fedasil werkt samen met de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV/CAAMI), om de toegang tot gezondheidszorg voor verzoekers tot internationale bescherming te verbeteren. Fedasil zal de verschillende stappen binnen het proces digitaliseren: de controle van de financiële bevoegdheid, de toegang tot gegevens voor zorgverleners, de facturatie en de terugbetaling van de zorg.

[NEW] Momenteel zit dit project in de (beperkte) pilootfase, waar het enkel is uitgerold voor verzoekers die in de opvangcentra verblijven en is de samenwerking beperkt tot 3 ziekenhuizen (CHU Marie-Curie in Charleroi, Jan Palfijn Gent en AZ Vitaz Sint-Niklaas).

In de loop van 2025 zal het project uitgebreid worden naar alle apotheken en ziekenhuizen in België.

Meer informatie? Zie:

<https://www.caami-hziv.fgov.be/nl/pro/specifieke-regimes/facturering-fedasil>

[faq_nl_01072024.pdf](#)

[NEW] FHQ_med@fedasil.be: voor algemene vragen over project HZIV4Fedasil.

6.1.2 Inschrijving in de mutualiteit of Hulpkas Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

[NEW] Volgende groepen opvangbegunstigden hebben het recht om zich in te schrijven bij een mutualiteit/HZIV gedurende hun procedure:

- NMBV, op volgende voorwaarden:
 - o jonger dan 18 jaar oud en een aanvraag tot benoeming van een voogd is ingediend.
 - o 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. OF je bent vrijgesteld van leerplicht in het kader van het buitengewoon onderwijs. OF je bent niet-leerplichtig en dan moet je aangemeld zijn bij een dienst voor preventieve gezinsondersteuning (Kind & Gezin of ONE) of ingeschreven zijn in het kleuteronderwijs.
 - o Je kan niet aansluiten als NBMV als je op een andere manier gerechtigde of persoon ten laste kan zijn.
- VIB's die legaal werken in België, in loondienst of als zelfstandige
- Studenten, die onderwijs van het derde niveau volgen in een instelling voor dagonderwijs
- Personen ten laste van een familielid dat zich mag aansluiten bij een gerechtigde, kunnen ook soms 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 of een andere mutualiteit. (<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/ziekenfondsen/contacteer-de-ziekenfondsen>)

De VIB moet lidgeld betalen aan de mutualiteit. Als De VIB hiermee in orde is, dan biedt de mutualiteit ook een aanvullende verzekering aan. Dit zijn alle diensten en voordelen die een ziekenfonds aanbiedt bovenop de verplichte verzekering. Bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV) betaalt de VIB geen lidgeld, maar ontvangt de VIB ook geen aanvullende verzekering. 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 Verzoeker Internationale Bescherming (bewoner of No Show) 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 door Fedasil van de specifieke medisch zorgen vernoemd op de plus-lijst
Het gaat hier onder andere over de ‘D’ medicatie en psychologische begeleiding.

Indien derdebetalersregeling niet mogelijk is kan de volledige factuur van de medische prestatie ten laste genomen of terugbetaald worden door Fedasil, zolang Fedasil bevoegd is voor de medische kosten. Ziekenhuizen moeten in elk geval de derdebetalersregel toepassen op hun facturatie aan Fedasil. 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 (de plus-lijst).

6.2. Financiële aspecten

6.2.1. Het requisitorium/ de toelating

- Een requisitorium is een document dat bestemd is voor de externe zorgverstrekker 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.

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 zorgverstrekker en geeft deze daar af
- ✓ Zorgverstrekker 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 of zonder opvangplaats (VIB's No Show)

Het requisitorium wordt altijd opgemaakt door de dienst 'Procesbeheer' op de hoofdzetel van Fedasil. Dezelfde medische kosten worden ten laste genomen voor VIB's No Show als voor een VIB in het opvangcentrum, tenzij expliciet anders vermeld in het vademecum.

Het requisitorium kan worden opgemaakt door de dienst 'Procesbeheer' voor de diverse doeleinden vermeld in dit vademecum:

- **Praktisch:**
 - ✓ VIB doet aanvraag requisitorium alvorens effectieve consultatie, onderzoek, hospitalisatie, aankoop, etc.(met uitzondering van spoedeisende zorgen). Een hulpverlener of zorgverstrekker kan de aanvraag requisitorium ook invullen voor een VIB.
 - ✓ VIB (of hulpverlener) 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 ingreep, moet een medisch verslag bij de aanvraag ingediend worden. In geval van medicatie of kinesithérapie 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 het e-mailadres dat vermeld staat op het on-line formulier. De VIB neemt zijn requisitorium mee naar de afspraak bij de externe zorgverstrekker en geeft dit daar af.

- ✓ De zorgverstrekker 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 verzorgd worden, 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 die niet voldoen aan de vereisten van terugbetaling vermeld op het requisitorium

Ter informatie: de dienst 'Procesbeheer' blijft bereikbaar via 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 €. Voor een VIB No-Show kunnen geen annulatiekosten ten laste genomen worden indien er geen requisitorium werd aangevraagd.

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, verbandmateriaal of incontinentiemateriaal) niet op de lijst voorkomt kan dit product aangevraagd worden via de cel Gezondheid 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.

Voor VIB's No Show bestaan er geen kadercontracten voor deze medische producten (medisch materiaal, verbandmateriaal en incontinentiemateriaal voor volwassenen). Voor het verkrijgen van een medisch product voor VIB's No Show moet er een prijsofferte ingediend worden, met vermelding RIZIV-nomenclatuur, samen met een voorschrift en een aanvraag requisitorium bij de cel Procesbeheer FHQ.

6.2.4. Facturen

6.2.4.1. Requisitoria of toelatingen

Voor medische zorgen toegestaan via een requisitoria is de medische dienst van het opvangcentrum of de dienst 'Procesbeheer' (VIB No-Show) 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 in een opvangstructuur: Betaling prestaties

Huisartsen die een VIB consulteren in een opvangstructuur, 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 gebeurt dat op basis van een requisitorium, nadien wordt een conventie (► **Annex 11:** 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 Nomensoft¹⁸.

Enkele medische zorgen zijn het Koninklijk besluit expliciet opgesomd. (K.B. 09 april 2007)

(► **Annex 12:** Opvangwet. Terugbetaling van de paramedische en psychologische zorgen).

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

¹⁸ <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/Nomen/nl/search>

- Aangepaste melk voor zuigelingen wanneer borstvoeding niet mogelijk is. (Binnen een opvangcentrum wordt dit ten laste genomen via de werkingskosten gezien het over standaardvoeding gaat.)

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 heekunde of trauma.
- Tandverzorgingen en of –extracties onder algemene verdoving

Art. 4. In het belang van de patiënt kan de directeur-generaal van het Agentschap ten uitzonderlijke titel aan de begunstigde van de opvang de medische hulp en de medische zorgen toekennen die noodzakelijk zijn opdat hij zou kunnen beschikken over een medische begeleiding die aan de menselijke waardigheid beantwoordt, zelfs indien deze noch worden vermeld in de nomenclatuur zoals voorzien in artikel 35 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, noch in bijlage 2 bij dit besluit.

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.

Om het gebruik van deze dienstverlening te rationaliseren 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 tandheekunde veel te vaak verengd tot een kwestie van 'pijn' of 'geen pijn', en zou zich moeten uitbreiden tot 'noodzakelijke zorg'. Dit omvat die tandheekundige zorgen waarvan de tandheekundig 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 tandheekundige 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/tandheekundige.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 6.3.1.1.3 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 vallen onder orthodontie en staan op de minlijst en worden dus NIET vergoed door Fedasil.

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 13: Nomenclatuurnummers tandprotheses.**

6.3.1.1.6.1. Kauwfunctie

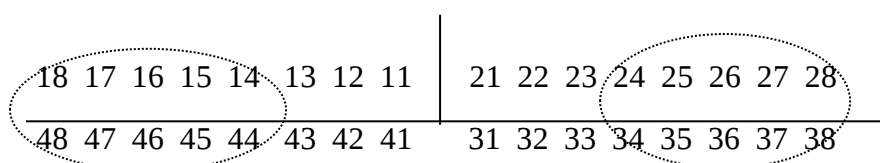
Het gaat erom een kauwfunctie te behouden waardoor de persoon zich op een correcte manier kan voeden. Dit is enkel mogelijk bij een voldoende aantal tanden die instaan voor de kauwfunctie.

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, gezien de min-lijst, 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

[NEW] Fedasil neemt het plaatsen van de volledige prothese (boven, onder, of boven en onder) ten laste **afhankelijk van de toestand van de tandenloosheid. Hiervoor moet steeds een aanvraag uitzonderlijke ten laste name worden ingediend.**

6.3.1.1.7. Toekenning door de gezondheidsdienst of cel Procesbeheer FHQ

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 $\geq$ 4/10
- Prijs voor het uitneembaar gebit boven en/of onder => $\leq$ 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.

Voor VIB's No Show moet een aanvraag requisitorium opgestuurd worden samen met een voorschrift en één prijsofferte, volgens de hierboven vermelde voorwaarden, naar de cel Procesbeheer FHQ.

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)
- $\geq$ 18 jaar: indien het beste oog [dioptrie + cilinder] $\geq$ 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 6.3.4.) ingediend worden.

Bifocale en multifocale brillen worden enkel ten laste genomen indien een correctie myopie en hypermetropie nodig is, mits voorschrift van een oogarts en indien de prijs van een bifocale of multifocale bril lager is dan de totale prijs van 2 afzonderlijke brillen. Opmeting door een optiker is hier niet voldoende.

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).

2. Contactlenzen

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

Indien er met een bril gewerkt kan worden zal dat steeds 1ste keuze zijn, fedasil voorziet niet in een ten laste name van en een bril en lenzen.

Contactlenzen worden volgens het RIZIV enkel vergoed in geval van een aantal welomschreven aandoeningen. Fedasil volgt deze regelgeving. 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 6.3.4.) of bij de cel procesbeheer FHQ (Voor VIB's No Show). Lenzenvloeistof wordt enkel in deze uitzonderlijke situatie ten laste genomen.

3. 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.

4. Toekenning door de medische dienst of door de cel procesbeheer FHQ

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 $\Rightarrow |dioptrie| + |cilinder| \geq 1$ of < 18 jaar?
- Duiding ver en/of dichtbij zicht

en met prijsofferte optiker voor:

- prijs montuur $\Rightarrow \leq$ RIZIV code
- prijs glazen $\Rightarrow \leq$ 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.

Voor VIB's No Show moet een aanvraag requisitorium opgestuurd worden samen met een dioptrieverslag en één prijsofferte, volgens de hierboven vermelde voorwaarden, naar de cel Procesbeheer FHQ.

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. Indien een ingreep aangewezen is, wordt deze ten laste genomen.

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 6.3.4.) 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, gelden de RIZIV regels en moet toestemming gevraagd worden, indien dit volgens het RIZIV vereist is. Indien het over een complexe interventie gaat en/of er langdurige medische zorgen nodig zijn nadien (bv oogdruppels na een cornea transplantatie), is het erg belangrijk om samen met de VIB en de zorgverleners van de 1e en de 2e lijn te bekijken wat

het beste plan van aanpak is. Soms is het beter om de interventie uit te stellen tot er meer duidelijkheid is over het statuut van de VIB.

6.3.1.3. Hoorapparaat

Het RIZIV, en bij gevolg Fedasil, betaalt een hoorapparaat indien er een gehoorverlies is van minstens 35 dB aan het toe te rusten oor. Fedasil neemt enkel standaard toestellen ten laste, geen oplaadbare of andere gesofisticeerde modellen.

Gehoortverlies = 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 voor hoorapparaat.

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. VIB's No Show dienen een aanvraag requisitorium in te dienen samen met één prijsofferte voor de batterijen van het hoortoestel.

6.3.1.4. Bandagisterie

Fedasil volgt de voorwaarden/regelgeving van het RIZIV alsook de RIZIV- tarieven.

Verbandmateriaal wordt in de centra verdeeld en besteld via de medische dienst. Voor VIB's No Show, kan hier een verzoek tot ten laste name via requisitorium gebeuren enkel indien voorgeschreven door een arts.

Bij afwezigheid van een RIZIV-nomenclatuur, moet er steeds een aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten ingediend worden en voor de centra geldt het principe van de prijsvergelijking (3 offertes). VIB's No Show moeten 1 prijsofferte ingediend worden samen met een aanvraag requisitorium en een voorschrift van een arts bij de cel Procesbeheer FHQ.

Steunzolen worden ten laste genomen volgens de voorwaarden van het RIZIV, en voor een maximumbedrag van 160 Euro/paar. Indien één van de 3offertes onder de 160 euro blijft, wordt de goedkoopste gekozen en kunnen de steunzolen aangekocht worden. Er moet geen uitzonderlijke ten laste name ingediend worden. De offertes worden in het medisch dossier opgeslagen.

Voor VIB's No Show moet 1 prijsofferte, volgens de voorwaarden van het RIZIV en met een maximumbedrag van 160 Euro/paar voor steunzolen, opgestuurd worden samen met een aanvraag

requisitorium. Na goedkeuring wordt een requisitorium aangemaakt door de cel Procesbeheer FHQ met de vermelding van de goedgekeurde prijs.

Door RIZIV terugbetaalde producten:

<https://www.riziv.fgov.be/nl/nomenclatuur/nomen/Paginas/nomen-artikel29.aspx> .

6.3.1.5 Medische pedicure

Medische pedicure wordt slechts uitzonderlijk ten laste genomen, en enkel indien er een medische indicatie bestaat. Een voorschrift van een arts is noodzakelijk en er dient steeds een aanvraag uitzonderlijke ten laste name gedaan te worden en een prijsvergelijking (3 offertes).

Voor VIB's No Show moet 1 prijsofferte opgestuurd worden samen met een voorschrift van een arts en een aanvraag requisitorium. Na goedkeuring wordt een requisitorium aangemaakt door de cel procesbeheer FHQ met de vermelding van de goedgekeurde prijs.

6.3.1.6. Gezinsplanning

6.3.1.6.1 Contraceptie

Er is weinig prijsverschil tussen de verschillende contraceptievormen, waardoor Fedasil er heel wat ten laste neemt. VIB's No Show kunnen hiervoor een aanvraag requisitorium met voorschrift indienen.

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 (opvangstructuren) of bij de cel procesbeheer FHQ (VIB's No Show) op basis van een klinische verantwoording.

- vaginale ring
- hormonale pleisters

6.3.1.6.2 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 referentiecentrum¹⁹. 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.

¹⁹ <https://abortus.be/>

Fedasil neemt een zwangerschapsbeëindiging ten laste.

6.3.1.6.3 Fertiliteitsbehandeling

Alle ingrepen, medicatie en onderzoeken specifiek gelinkt aan fertiliteit vallen onder de min-lijst en worden dus niet ten laste genomen door Fedasil. Hieronder valt ook de afname en het bewaren van ovocyten.

Alle ingrepen, medicatie en onderzoeken specifiek gelinkt aan fertiliteit

6.3.1.7. Genetische testen

Fedasil neemt genetische testen ten laste indien het resultaat een eventuele impact kan hebben op de behandeling van de betrokkene, en indien voorzien in de RIZIV-nomenclatuur.

De NIPT (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.

DNA -testen voor het aantonen van vader- of moederschap worden enkel ten laste genomen door het Agentschap op het medisch budget in het geval van een NBMV die in een opvangcentrum verblijft en INDIEN een mogelijke positieve test de situatie (procedure of opvang) van de minderjarige zou kunnen verbeteren, uiteraard met akkoord van de voogd. Hiervoor wordt een uitzonderlijke aanvraag ten laste name ingediend. Meer info vind je in ► **Addendum 1: Niet begeleide Minderjarige Vluchtelingen** .

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

6.3.1.8. Zorgtrajecten

Een zorgtraject²⁰ 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.

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

6.3.1.9 Vroedkunde

Fedasil volgt de voorwaarden/regelgeving van het RIZIV alsook de RIZIV- tarieven. Volgens de voorwaarden van het RIZIV worden 11 raadplegingen tijdens de zwangerschap door een vroedvrouw ten laste genomen. Postnataal wordt een dagelijks consult door de vroedvrouw de eerste 5 dagen na de bevalling en dan nog 6 raadplegingen door de vroedvrouw vrij in te plannen tot de baby max. 1 jaar oud is ten laste genomen.

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 referentietrugbetaling. Het gaat hierbij over de geneesmiddelen van de volgende

²⁰ <https://www.zorgtraject.be/NL/index.aspx>

opsomming: antacida, spasmolytica, anti-emetica, anti-diarretica, analgetica en antipyretica en middelen voor buccofaryngeale aandoeningen. Aanvullend op K.B. neemt Fedasil ook Sedinal of sedistress ten laste.

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 van de regio (opvangstructuren) of bij de cel procesbeheer FHQ (VIB's No Show) 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 (opvangstructuren) of bij de cel procesbeheer FHQ (VIB's No Show).

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 of met de cel procesbeheer FHQ (VIB's No Show).

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. Voor VIB's No Show worden maximum 4 dozen melkpoeder per maand ten laste genomen, als borstvoeding niet mogelijk is en enkel op voorschrift.
- Vitamine supplementen zijn slechts in een beperkt aantal gevallen geïndiceerd. Indien 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.

[NEW] Voor de VIB's No Show worden enkel parafarmaceutische producten die vermeld staan in de lijst categorie D medicatie, en enkel op voorschrift. De lijst medicatie categorie D is te vinden op de website van Fedasil via de volgende link: <https://www.fedasil.be/nl/toegang-tot-gezondheidszorg-voor-asielzoekers>

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:

- 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.

Dringend ziekenvervoer (ziekenwagen) wordt door Fedasil ten laste genomen.

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 van het type tolk (video, tel. Live), 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.

6.3.3.2. is enkel van toepassing op VIB's verblijvend in een opvangstructuur.

[NEW] De kosten voor een tolk bij een psychologisch consult voor een VIB No Show kunnen vanaf 06/01/2025 ook ten laste genomen worden door Fedasil. Neem contact op met FHQ_psychosocial@fedasil.be voor meer informatie omtrent de voorwaarden & de praktische modaliteiten. (► **Annex 25: Voorwaarden voor de ten laste name van tolkkosten in het kader van psychologische consulten voor VIB No Show**)

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). Deze zal de aanvraag af- of goedkeuren.

Een aanvraag uitzonderlijke ten laste name is steeds noodzakelijk in de volgende situaties :

- Medicatie waarvoor a priori toestemming van de mutualiteit vereist is
 - Hoofdstuk IV (en IV bis) medicatie: zoals Hepatitis C behandeling (Maviret®, Eplclusa®,...), Keppra® tegen epilepsie, immunotherapie, Jardiance, Ozempic, Trulicity, Xarelto, Botox,...
 - Hoofdstuk VIII medicatie
 - Enkele hoofdstuk I medicatie, onder paragraaf 20001
- U kunt de status van een medicijn controleren door te zoeken op de volgende website (die uitgebreider is dan het BCFI): <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/SSPWebApplicationPublic/nl/Public/ProductSearch>
- [NEW] Alle zorgen die onder een oranje code vallen in het Excelbestand "Nomenclatuur. Dit zijn onder andere complexe heelkundige interventies of medische zorgen met een langdurig zorgtraject (meerdere maanden) of een traject met meerdere stappen zoals complexe orthopedische ingrepen,...Dure medische interventies zoals open hart interventies, complexe orthopedische interventies aan de rug (scoliose), uitgebreide maxillo-faciale interventies,...
- Medische zorgen waarvoor steeds goedkeuring van een adviserend arts nodig is vb kinesitherapie meer dan 18 sessies, logopedie, multidisciplinaire revalidatie, beenmergtransplantatie, bariatrische ingreep, individuele rolstoel, elektrische rolstoel, rollator, CPAP en BIPAP, parenterale /enterale voeding, implantaat van een neurostimulator, PUvA therapie,...
- Medische zorgen van de (huidige) min-lijst die uitzonderlijk wel toegestaan kunnen worden: esthetische zorgen na trauma of heelkunde,...
- Medische zorgen die door het RIZIV niet ten laste genomen worden en die niet op de plus lijst vermeld staan (dus niet voor categorie D medicatie en psychologische zorgen).

- Cochleair implantaat (ook als dit volgens de RIZIV voorwaarden niet noodzakelijk is, dus voor alle leeftijden)
- Langdurige hospitalisatie: neonatale hospitalisatie, hospitalisatie in een revalidatiecentrum, psychiatrische hospitalisatie > 3 weken
- Materiaal voor de opvolging van diabetes
- Curietherapie/Brachytherapie/ Radiotherapie voor cheloid behandeling
- Opname in een instelling (RVT, rusthuis,...), het opstarten van telemonitoring (of medische alarmsystemen), bepaalde vaccins die ofwel niet vergoed worden (zoals bexsero) of off-label gebruikt worden (zoals gardasil toegediend als onderdeel van een HPV+ behandeling), enz.

Voor complexe, langdurige en/of dure behandelingen is het ten sterkste aanbevolen om te overleggen met het medisch team van de regio of met de dienst procesbeheer FHQ (VIB's No Show) om zo samen de best mogelijke keuze te maken. Het is dus ook niet de bedoeling om enkel in bovenstaande situaties advies te vragen aan de regio, maar om in geval van twijfel te overleggen met de regio.

6.3.4.1. Hoe de aanvraag uitzonderlijke ten laste name indienen?

6.3.4.1.1. Voor de partner opvangcentra

[NEW]

- Controleer op voorhand de RIZIV-code van de geneeskundige verstrekking via het Excelbestand "Nomenclatuur":
 - als de zorg onder een groene code valt: wordt gedekt door Fedasil, geen aanvraag ten laste name nodig.
 - als de zorg onder een oranje code valt: er is vooraf een aanvraag tot ten laste name nodig
 - als de zorg onder een rode code valt: wordt niet ten laste genomen door Fedasil
- Vul op het online platform "Mediform" de aanvraag uitzonderlijke ten laste name van medische kosten in
- Voor ingrepen en medische zorgen:
 - Eén recent en gedetailleerd medisch rapport met motivatie voor aanvraag
 - Alle (oranje) RIZIV-codes (in "opmerkingen")
 - Een offerte voor medisch materiaal waarvoor geen RIZIV-tarief bestaat. (vb. steunzolen)
- Voor medicatie:
 - Het RIZIV-formulier in het geval van geneesmiddelen uit hoofdstuk IV (zie [Zoekmodules SSP - bijgewerkt op](#))
 - Geen aanvraag nodig voor medicatie 'categorie D' (valt ook onder groene codes). Te controleren via het Excelbestand 'Medicatie categorie D'
- Opmerkingen:

Als je een e-mail ontvangt met de vraag om een DPC (=Demande de prise en charge/ aanvraag ten laste name) in te vullen:

- Gebruik altijd de link die per e-mail werd doorgestuurd om je aanvraag aan te vullen (toevoegen van documenten/RIZIV-codes, ...)
 - Maak geen nieuwe DPC aan
- In geval van een technisch probleem met de aanvraag ten laste name: neem contact op via mail.

6.3.4.1.2. Voor de Federale opvangcentra [NEW]

Voor de federale centra moet een aanvraag ingediend worden via het platform 'Andes'.

- Controleer op voorhand de RIZIV-code van de geneeskundige verstrekking via het Excelbestand “Nomenclatuur”:

- als de zorg onder een groene code valt: wordt ten laste genomen door Fedasil, er is geen aanvraag ten laste name nodig
- als de zorg onder een oranje code valt: er moet vooraf een aanvraag ten laste name worden ingediend
- als de zorg onder een rode code valt: wordt niet ten laste genomen door Fedasil

- Een aanvraag ten laste name moet ingediend worden via het platform 'Andes': maak een DPC (=aanvraag ten laste name) aan en één (of meerdere) zorglijn(en) met de bijhorende RIZIV-code(s).

- Voor ingrepen en medische zorgen:
 - Eén recent en gedetailleerd medisch rapport met motivatie voor aanvraag
 - Alle (oranje) RIZIV-codes (als “zorglijn(en)”)
 - Een offerte voor medisch materiaal waarvoor geen RIZIV-tarief bestaat. (vb. steunzolen)
- Voor medicatie:
 - Het RIZIV-formulier in het geval van geneesmiddelen uit hoofdstuk IV (zie [Zoekmodules SSP - bijgewerkt op](#))
 - Geen aanvraag nodig voor medicatie categorie D (valt ook onder groene codes). Te controleren via het Excelbestand ‘Medicatie categorie D’

- Opmerkingen:

Als je een e-mail ontvangt met de vraag om een DPC (=aanvraag ten laste name) aan te vullen:

- Gebruik altijd de link die je per e-mail ontvangt om je aanvraag aan te vullen (documenten/RIZIV-codes toevoegen, ...)
- Maak geen nieuwe DPC of zorglijn aan

In geval van een technisch probleem met de aanvraag ten laste name: maak een ICT-ticket aan en kies de categorie "ANDES"

6.3.4.1.3. Voor VIB's No Show

Voor VIB's No Show bestaat er geen procedure voor een uitzonderlijke aanvraag ten laste name aangezien er altijd een aanvraag requisitorium moet gebeuren bij de cel procesbeheer FHQ. Zoals beschreven in hoofdstuk 6 is het voor bepaalde aanvragen wel nodig een prijsofferte en een medisch rapport toe te voegen bij de aanvraag requisitorium. Voor bepaalde aanvragen vraagt de cel procesbeheer de goedkeuring van een adviserend arts FHQ.

7. SPECIFIEKE MEDISCHE PROBLEMATIEKEN

7.1. Infectieziekten

[NEW] Verzoekers om Internationale Bescherming zijn een kwetsbare groep wat betreft infectieziekten, om verschillende redenen:

- Ze komen vaak uit landen waar bepaalde infectieziekten meer voorkomen, bijvoorbeeld tuberculose en hepatitis B.
- De vaccinatiegraad in het land van herkomst is vaak lager.
- Ze verblijven tijdens hun reis meestal in slechte omstandigheden.
- Ze kunnen in (of op weg naar) België worden blootgesteld aan infectieziekten waartegen nog geen natuurlijke immuniteit is opgebouwd, bijvoorbeeld waterpokken. Dit kan een hogere ziektelast veroorzaken.
- Ten slotte kunnen de woonomstandigheden op opvanglocaties voor asielzoekers zorgen voor een verhoogd risico op overdacht van ziekteverwekkers.

Infectieziektebestrijding en infectiepreventie voor VIB zijn daarom belangrijk.

7.1.1 Seksueel Overdraagbare Infecties (SOI)

VIB's komen vaak uit landen waar de SOI-prevalentiecijfer²¹ en incidentiecijfer²² 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 LGBTQ

²¹ Prevalentiecijfer: Geeft aan hoeveel gevallen er op een bepaald tijdstip zijn.

²² Incidentiecijfer: Geeft de snelheid weer waarmee een ziekte zich zal ontwikkelen.

- 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 infecties²³.

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 immuuncellen vernietigt en belemmert, worden geïnfecteerde personen geleidelijk immunodeficiënt. De immuunfunctie 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 (opvangnetwerk) of de cel Procesbeheer FHQ (VIB's No Show), na voorschrift door een infectioloog. (Formulier Cat. IV toe te voegen) (Zie: <https://www.riziv.fgov.be/nl/webtoepassingen/geneesmiddelen-van-hoofdstuk-iv-en-viii-aanvraagformulieren-voor-machtiging-tot-vergoeding>)

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.

²³ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/overzicht-infectieziekten-en-bijhorende-richtlijnen>

- (<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 gecombineerde 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
- 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 4.1.3. worden alle VIB die in een opvangcentrum verblijven, mits enkele uitzonderingen, via RX-thorax gescreend alvorens ze in het netwerk kunnen stappen. De medische dienst van de opvangstructuur wordt gecontacteerd door VRGT/FARES bij een afwijkend resultaat.

7.1.2.2. De periodieke screening

Na deze eerste screening kan er een periodieke screening op klinische symptomen gebeuren via een eenvoudige vragenlijst, elk moment wanneer u dit opportuun lijkt. (► **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
- voor regio zuid: 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’.

7.1.2.4. Transfer/ vertrek van een bewoner met een lopende oppuntstelling of behandeling van tuberculose

Transfer naar een andere opvangstructuur/ vertrek uit het opvangnetwerk

Bij een transfer of vertrek van een bewoner met een lopende oppuntstelling of behandeling van tuberculose naar een andere opvangstructuur dient de centrale dienst van VRGT op de hoogte gebracht te worden via het volgende emailadres: protocol.vib@vrgt.be

De volgende informatie moet meegedeeld worden aan VRGT:

- Naam, voornaam, geboortedatum, rijksregisternummer en OV-nummer van bewoner

- De volgende opvangstructuur

- Indien de bewoner het opvangnetwerk verlaat (of al verlaten heeft) dient dit ook gemeld te worden.

Het lokaal VRGT centrum moet niet op de hoogte worden gebracht van het vertrek. De centrale dienst van VRGT zal dit doen.

Bij transfer van een bewoner moet de medische dienst van de volgende opvangstructuur telefonisch (of indien niet mogelijk per mail) op de hoogte gebracht worden van de oppuntstelling/behandeling van de tuberculose.

Dit om het risico op een eventuele onderbreking van de opvolging/behandeling zo laag mogelijk te houden.

Aankomst vanuit een andere opvangstructuur

Bij aankomst van een bewoner met een lopende oppuntstelling of behandeling van tuberculose, wordt het lokaal VRGT centrum hiervan op de hoogte gebracht door de centrale dienst van VRGT.

Het verantwoordelijk VRGT centrum neemt contact op met de medische dienst van de opvangstructuur om de verdere opvolging te bespreken. De medische dienst mag uiteraard ook contact op te nemen met het lokale VRGT centrum vanaf het moment dat zij op de hoogte worden gesteld van een nieuw tuberculosedossier. Het is belangrijk dat dit contact zo snel mogelijk plaatsvindt na aankomst van de bewoner.

Een lijst van de lokale VRGT centra vindt u terug via volgende link:

<https://tuberculose.vrgt.be/contact>

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 wissel af te nemen.

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

- Een staal van de wonde nemen (met een wissel) + 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 Gezondheid 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
- Persisterende of recidiverende klachten
- Persisterend 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 biopt is gedaan (bij ulcus duodeni kan men zonder diagnostiek uitgaan van betrokkenheid van *H. pylori*)

Controle na eradicationbehandeling:

- wegens aangetoond ulcus pepticum (altijd)
- bij maagklachten: alleen indien deze niet verdwenen zijn na de eradicationbehandeling 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 stoelgangsstal.

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. Substitutiebehandeling met methadon kan ook ten laste genomen worden voor VIB's No Show, op voorschrift van een arts.

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 Tabaksontwenning

Vanaf 1 januari 2019 behoort tabaksontwenning, volledig tot de bevoegdheid van de deelentiteiten. Fedasil neemt dit ten laste aan de tarieven van de deelentiteiten. U kan zich hiervoor richten tot de volgende instanties: Agentschap Zorg (Voor de Vlaamse Gemeenschap); Iriscare (Voor het Brussels Gewest); Aviq (Voor de Federatie Wallonië-Brussel).

7.5 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> en hiervoor moet er een goedkeuring aangevraagd worden aan de nationaal medisch coördinator.

Voor alle andere aanvragen diëtist moet er een goedkeuring aangevraagd worden via de medische cel van uw regio en is een prijsvergelijk noodzakelijk (3 offertes).

Voor VIB's No Show moet een prijsofferte van de diëtist worden opgestuurd samen met een voorschrift, een medisch rapport en een aanvraag requisitorium. Na goedkeuring wordt een requisitorium aangemaakt door de cel procesbeheer FHQ met de vermelding van de goedgekeurde prijs.

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. Voor VIB's No Show kunnen geen specifieke voedingsmiddelen of vervangingsmiddelen ten laste genomen worden. Sondevoeding kan wel ten laste genomen worden volgens de geldende RIZIV-regelgeving.

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.

7.5.1 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**

7.6 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.

7.6.1. Preventie

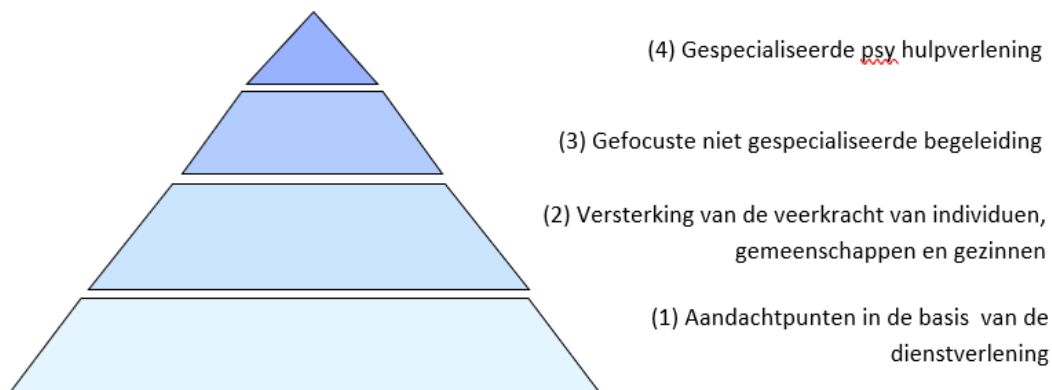
Het doel van preventie is ervoor te zorgen dat mensen gezond blijven door hun welzijn en geestelijke gezondheid te bevorderen en te beschermen.

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.

[NEW] De psychosociale piramide helpt dit te illustreren waarin psychosociale ondersteuning zich niet enkel focust op gespecialiseerde hulpverlening (bv. een psycholoog) maar ook aandacht heeft

voor basisvoorzieningen en inzetten op gemeenschapsdiensten die direct bijdragen aan mentaal welzijn en door niet gespecialiseerde hulpverleners kunnen worden toegepast.



7.6.2. 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, ...)

7.6.3. Aanpak

7.6.3.1 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 overbodige 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

7.6.3.2. 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.

7.6.3.3. 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.

7.6.3.4 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 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.

7.6.3.4.1 Ten laste name psychologische consulten voor VIB's No Show

Voor de vergoeding van psychologische consulten voor VIB's No Show moet men een aanvraag requisitorium indienen bij de cel Procesbeheer FHQ

De consultaties voor VIB's No Show kunnen plaatsvinden in het kantoor van de psycholoog en/of via videoconferentie.

[NEW] Om door te verwijzen naar een psycholoog staan de organisatorische modaliteiten en de geldende tarieven in '► **Annex 24: Brief aan zorgverleners betreffende de voorwaarden voor de ten laste nam van psychologische consulten voor bewoners van de opvangstructuren**'.

De kosten voor het annuleren van een consultatie, ten belope van 1/3 van de erelonen, worden ten laste genomen door Fedasil op voorwaarde dat er op voorhand een requisitorium werd toegekend, met een maximum van 30 euro per consultatie.

Administratie- en dossierkosten kunnen niet bijkomend aangerekend worden. Informatie-uitwisseling (telefoon, e-mail of brief) is inbegrepen in de consultatieprijs.

7.6.3.5 Procedure bescherming opgelegd aan een persoon met een psychiatrische aandoening

[NEW] Soms moet worden overgegaan naar een 'bescherming opgelegd aan een persoon met een psychiatrische aandoening', verder benoemd als een 'beschermende observatiemaatregel'. Hoewel dit niet frequent voorkomt, is desgevallend een goede kennis van de procedure en een vlotte gang van zaken aangewezen.

Wettelijk gezien gaat het om een vrijheidsberoving en dus moet aan volgende drie voorwaarden zijn voldaan²⁴

- De persoon moet lijden aan een psychiatrische aandoening
- 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).
- Er bestaan geen andere alternatieve behandelingsmogelijkheden.

Er bestaan twee procedures voor 'beschermende observatie maatregel'²⁵:

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

[NEW] De gewone procedure voor de 'beschermende observatiemaatregel' start met het indienen van een verzoekschrift bij de vrederechter. Aan dit verzoekschrift moet een medisch verslag worden toegevoegd. Binnen de 24 uur na de indiening van het verzoekschrift bepaalt de vrederechter de dag en het uur van zijn bezoek aan de persoon wiens beschermende observatie wordt gevraagd.

²⁴ Bescherming personen met geestesziekte wijzigt op 1 januari | Justice

²⁵ Gecoördineerde versie wet 26.06.1990 na wet 16.05.2024 (NL-FR).pdf

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

De Procureur des Konings kan binnen de 24 uur beslissen tot een ‘**beschermende observatie**’ en een instelling toewijzen, eens hij zich van het urgente karakter heeft vergewist (**dit urgent karakter moet in het attest duidelijk zijn**). 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 arts, die dan een omstandig medisch rapport dient op te maken. Meestal zal dit een arts zijn verbonden aan een (psychiatrische) spoedgevallendienst.

De Procureur des Konings kan ook beslissen dat de persoon met een psychiatrische aandoening eerst voor een klinische evaluatie zal worden opgenomen in een residentiële instelling voor een maximumduur van 48 uur.

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.

[NEW] In ► **annex 23** kan je het gestandaardiseerd omstandig geneeskundig verslag vinden. Dit verslag moet door een arts worden opgesteld.

Opvolgplan na een beschermende observatiemaatregel

Indien men overgaat tot de procedure ‘**beschermende observatiemaatregel**’ moet men vanuit het centrum samen met de instelling 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 **observatie** periode afgelopen en wordt de persoon ontslaan uit het psychiatrisch ziekenhuis/de instelling. In uitzonderlijke gevallen volgt er een vrijwillige psychiatrische **behandeling**. Indien de ‘**beschermende observatie**’ wordt verlengd, moet de aanvraag gebeuren ten minste 15 dagen voor het verstrijken van de periode.

De mogelijkheid om een langdurige **beschermende observatiemaatregel** van maximum 1 jaar in te roepen, na termijn van 40 dagen of indien een termijn van eerdere verlenging (maximum 1 jaar) is verstreken, kan enkel via een beslissing van het vrederecht, 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.

[NEW] Gedurende de **beschermende observatiemaatregel** kan de arts ook ten allen tijde, in een gemotiveerd verslag en met instemming van de persoon met een psychiatrische aandoening, een beslissing nemen om de **beschermende observatiemaatregel** te vervangen door een ‘vrijwillige **behandeling onder voorwaarden**’.

7.6.3.6 Attestering van psychische problemen in het kader van de asielprocedure

In het kader van de asielprocedure 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 kan het nuttig zijn 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 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 op vraag van en in overleg met de VIB en het attest wordt uitsluitend aan de betrokken VIB gegeven. Dit wordt vermeld in het medisch dossier.

7.6.3.7 Verslavingsproblematiek

Gebruik of misbruik van middelen (bvb: alcohol, cannabis, illegale drugs en medicatie) in de opvangcentra kan een bron van moeilijkheden zijn. 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 middelen is een multidisciplinair overleg essentieel, met als doel een zorgplan op te stellen met alle betrokken actoren.

[NEW] Een doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening kan een optie zijn, mits toestemming van de VIB. *Deze hulpverlening kan zowel focussen op het stoppen van het gebruik maar ook op het versterken van weerbaarheid, veerkracht of psychisch functioneren.*

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.

7.6.3.8 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.

7.6.3.9 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/>
- POZAH: https://alexiusgrimbergen.be/ALEXIUS/images/brochure_pozah.pdf
-

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

7.7 Familiaal en emotioneel leven

7.7.1 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/>)

7.7.2. 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.²⁶

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:
 - o het Vertrouwenscentrum Kinderen (VK):
<http://www.kindermishandeling.be/startsite/3-www.html>
 - o het Agentschap Jeugdhulp:
<https://www.jeugdhulp.be/organisaties/ondersteuningscentrum-jeugdzorg-oci>
 - En Wallonie :
 - o Centre de Prevention des Violences Conjugales et Familiales : www.cpvcf.org
 - o Asbl Praxis : services spécialisés d'aide aux victimes de violences conjugales : www.asblpraxis.be, www.yapaka.be
 - o 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.

7.7.3 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

²⁶ **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."

- 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>

7.7.4. Foltering

Indien iemand slachtoffer is van folteringen in zijn thuisland of onderweg, wordt deze persoon als extra kwetsbaar beschouwd door het Gemeenschapsrecht²⁷. 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 1984²⁸ 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.”

7.7.4.1. Medisch attest identificatie van symptomen en tekenen van foltering

Het Istanboel protocol²⁹, 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 aspecifiek, weinig littekens).

²⁷ (Art20, lid 3 Richtlijn 2011/95/EU, Art 1, lid 12 van de Vreemdelingenwet)

²⁸ <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)

²⁹ <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/training8rev1en.pdf> (ENG), (FR)

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

https://issuu.com/irct/docs/medical_fr_web_red/8 (FR)

https://irct.org/assets/uploads/pdf_20161120165601.pdf (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.

7.7.5. Genitale verminking

7.7.5.1. Vrouwelijke genitale verminking

7.7.5.1.1 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 redenen³⁰.

VGV wordt ingedeeld in **vier types**:

[NEW] Type 1 of *clitoridectomie*: Dit is het geheel of gedeeltelijk verwijderen van het kapje en/of de clitorale glans.

[NEW] Type 2 of *excisie*: Dit is de gedeeltelijke of volledige verwijdering van het kapje en of de clitorale glans en de gedeeltelijke of volledige verwijdering van de kleine schaamlippen met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen.

[NEW] Type 3 of *infibulatie*: Dit komt overeen met de vernauwing van de vaginale opening door het hechten/ samenkleven van de kleine schaamlippen of de grote schaamlippen, met of zonder de gedeeltelijke of volledige verwijdering van het kapje en/of de clitorale glans.

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.

³⁰ 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

7.7.5.1.2. 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 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 8:** 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.

7.7.5.2 Mannelijke Circumcisie of besnijdenis

7.7.5.2.1. Algemene inleiding

Besnijdenis (Circumcisie) bij mannen is de permanente en volledige verwijdering van de voorhuid, de huidplooi die de eikel van de penis bedekt.

Mannelijke besnijdenis kan worden uitgevoerd door middel van verschillende conventionele of op hulpmiddelen gebaseerde chirurgische methoden en dit om medische redenen, of als onderdeel van traditionele en religieuze praktijken.

Redenen kunnen zijn:

- Pathologische aandoening (bijvoorbeeld phimosis),
- Preventief- hygiënische reden;
- Preventie van HIV of andere seksueel overdraagbare aandoeningen,
- Esthetische voorkeuren.

7.7.5.2.2. Ten laste name mannelijke Circumcisie of besnijdenis

Circumcisie omwille van pathologische aandoeningen wordt altijd door Fedasil ten laste genomen.

Circumcisie wordt niet ten laste genomen :

- Omwille van preventie HIV of andere seksueel overdraagbare aandoeningen.
- Omwille van esthetische voorkeuren.
- Omwille van preventief hygiënische redenen

7.7.5.2.2.1 Circumcisie als onderdeel van traditionele en religieuze praktijken

Religieuze circumcisie is het besnijden van jongens en mannen om een verbond met een God te tonen. Het is een voorschrift in sommige religies, zoals jodendom (Vermelding Tora, uitgevoerd op 8^{ste} levensdag) en islam (Sterk aangeraden vanuit de geloofsgemeenschap).

Fedasil neemt circumcisie om traditionele en religieuze redenen enkel ten laste indien de ingreep uitgevoerd wordt binnen een erkend ziekenhuis, en wanneer voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- Risco's van de (lokale) anesthesie en mogelijke complicaties worden in acht genomen.
- Ingreep moet gebeuren op 1 dag (ambulant of dagkliniek).
- Toelating van beide ouders (indien mogelijk) is vereist.
- Met respect van de geldende RIZIV richtlijnen en tarieven

7.8 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 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 LGBTQIA+ in België.

7.8.1 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.

Contraceptie 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 6.3.1.6.1. Contraceptie.

7.8.2 Zwangerschapsafbreking

Elke vrouw 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/ongepand-zwanger/watnu/>
- Wallonië: <http://www.gacehpa.be/>

7.8.3. 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.

Bij de opstart van een hormonale therapie en/of heelkundige interventie wordt de RIZIV regelgeving gerespecteerd.

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

7.8.4. 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. Voor VIB's No Show kan dit ook ten laste genomen worden door het indienen van een aanvraag requisitorium, samen met een voorschrift en het aanvraagformulier Cat. IV medicatie.

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). 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. 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. Een zwangerschap/recente bevalling met ter ondersteuning een recent medisch attest dat de voorziene bevalling aantoont binnen de 2 maanden of een geboorteakte die de geboorte aantoont van minder dan 2 maand geleden ten opzichte van de datum van het verzoek tot uitzondering.
- 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 Dublinplaatsen bieden begeleiding en medische zorg aan alle bewoners. Bijgevolg wordt in het kader van een uitzonderingsaanvraag alleen rekening gehouden met een medische reden die de betrokkene belet zich daadwerkelijk naar die plaats te begeven. Het gaat er niet om de medische situatie met betrekking tot de overdracht naar de verantwoordelijke lidstaat te onderzoeken.

De recente medische documenten die de aanvraag ondersteunen worden hiertoe op een beveiligde manier bezorgd aan dublin_med@fedasil.be of via DAKTARI voor de federale centra. In het onderwerp van de mail staat volgende informatie "opvangstructuur/ tegenindicatie /naam van bewoner/ OV-nummer /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 ambulant 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. 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 attest³¹ 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 de bedoeling dat de sociaal assistent of sociaal werker van de opvangstructuur de opvangbegunstigde begeleidt in dit proces en de VIB informeert over de te nemen stappen en over de benodigde documenten of zelfs helpt met de feitelijke aanvraag/invullen van de aanvraagformulieren. 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.

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 ambulant 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);

³¹ https://medimmigrant.be/IMG/pdf/attest_te_verstrekken_nl_.pdf

- 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

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.

Bij de aanvraag worden volgende medische bewijsstukken gevoegd:

- Een ingevuld en recent medisch attest (minder dan 2 maanden oud) waaruit de redenen blijken waarom de betrokkene de opvang niet kan verlaten
- Bewijs van indiening van een aanvraag voor een verblijfsvergunning op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 (afschrift van de aanvraag en ontvangst van de aangetekende brief)

De medische documenten die de aanvraag ondersteunen worden hiertoe op een beveiligde manier bezorgd aan 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.

9.1.5. Dublin procedure

Indien de VIB een ‘Bijlage 26quater’ heeft ontvangen die aangeeft dat België, volgens de Dublinverordening, niet de verantwoordelijke lidstaat is voor de behandeling van het verzoek om internationale bescherming, blijft Fedasil bevoegd voor de medische zorgen en dit tot de VIB effectief België via officiële weg heeft verlaten. Indien de VIB niet naar een Dublinplaats gaat, wijzigt de code van de code 207 in een code 207 “no show”.

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 de cel Gezondheid 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 en 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 het OCMW (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.
10. Breng externe partners op de hoogte: burgemeester, gemeente, school, advocaat, asielinstanties, de voogd van een NBMV... .
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:

Het Agentschap Fedasil is niet bevoegd voor de betaling van de begrafenis kosten, aangezien deze strikt genomen geen medische kosten zijn. Bijgevolg zijn onderstaande principes van toepassing:

Indien geen enkele nabestaande het initiatief neemt om de uitvaart te organiseren, moeten de gemeenten tussenkomen om een begrafenis voor behoeftigen te organiseren waarbij de gemeente, vanuit het principe van volksgezondheid en openbare veiligheid, moet instaan voor de begrafenis van deze personen.

De bevoegde gemeente is de gemeente waar de overledene is ingeschreven in een van de volgende drie registers: bevolkingsregister, vreemdelingenregister of wachtregister. Indien de persoon niet is ingeschreven, moet de gemeente van de plaats van overlijden de begrafenis op zich nemen.

Fedasil komt niet tussenbeide voor de kosten van een eventuele repatriëring.

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.

De opvangstructuur is niet bevoegd op dit gebied en mag alleen het contact tussen het ziekenhuis en de eventuele dichte nabestaanden faciliteren.

Meer informatie omtrent orgaandonatie kan je vinden op

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

11.4. Orgaantransplantatie

Het artikel 13ter van de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen somt de administratieve voorwaarden op om als kandidaat-ontvanger van een orgaan dat is weggenomen bij een overleden persoon, te kunnen worden ingeschreven in een Belgisch transplantatiecentrum.

De kandidaat-ontvanger moet:

- hetzij de Belgische nationaliteit hebben;
- hetzij in het bevolkingsregister ingeschreven zijn;
- hetzij sinds minstens 6 maanden in het vreemdelingenregister ingeschreven zijn;

- hetzij de nationaliteit hebben van een staat die hetzelfde toewijzingsorganisme voor organen deelt of sinds minstens 6 maanden in deze staat gedomicilieerd zijn.

Aangezien een verzoeker tot internationale bescherming ingeschreven is in het wachtregister, kan hij in principe niet in aanmerking komen voor transplantatie via een overleden donor.

Transplantatiecentra zijn echter verplicht een procedure te hebben voor het inschrijven van kandidaat-ontvangers op een wachtlijst.

Natuurlijk zijn er naast deze administratieve voorwaarden ook nog andere voorwaarden van belang zoals de dringendheid, de overlevingskans, etc.

Transplantatie met een levende donor valt onder een andere regelgeving. Een aanvraag uitzonderlijke ten laste name is steeds noodzakelijk.

11.5. 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'.