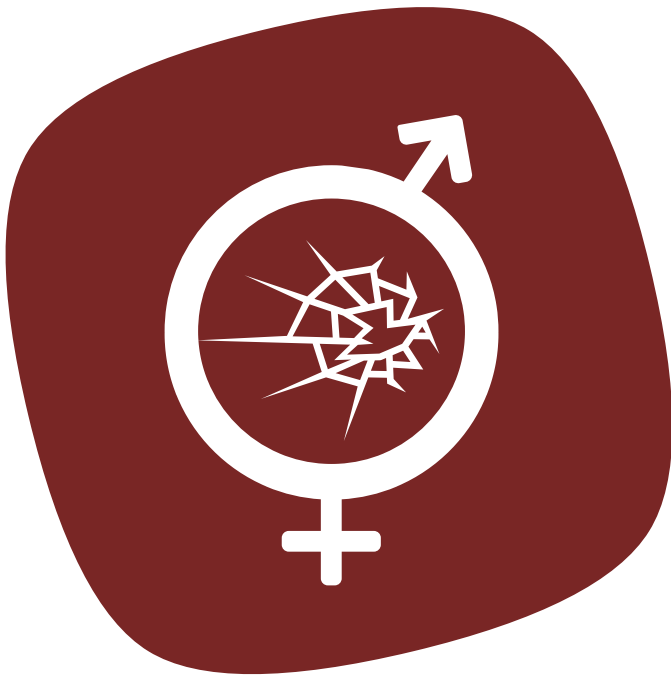




3

TRANSVERSALE FICHE

Impact van gendergerelateerd geweld op de gezondheid*



* Er wordt in deze fiche gestreefd naar een genderbewust en inclusief taalgebruik. Hoewel hierbij erkend wordt dat de Nederlandse taal hierin tekort schiet, werd ervoor gekozen de vermelding 'v/m/x' weg te laten om de continuïteit van de tekst te verzekeren.



Inhoudstafel

1. Impact van gendergerelateerd geweld op de gezondheid.....	1
1.1. Impact op de mentale gezondheid.....	2
1.2. Impact op de fysieke gezondheid.....	3
1.3. Impact op de seksuele en reproductieve gezondheid.....	3
1.4. Sociale en economische impact.....	4
1.5. Evolutie en impact van GGG op termijn.....	4
2. Impact van de vlucht en de procedure tot internationale bescherming op de gezondheid.....	7
2.1. Impact van de vlucht.....	7
2.2. Impact van het asieltraject op de gezondheid.....	7
3. Recht op medische begeleiding van personen die internationale bescherming aanvragen.....	9
4. Bronnen voor verdere studie.....	11
Bijlage 1: Begrijpen hoe de hersenen functioneren in geval van stress.....	12



1

Impact van gendergerelateerd geweld op de gezondheid

In het kader van deze transversale fiche wordt gezondheid als positief beschouwd, als een hulpbron voor het dagelijkse leven, waardoor participatie aan en welzijn in de maatschappij mogelijk wordt. Tal van factoren, ook 'sociale determinanten van gezondheid' genoemd, dragen bij tot het creëren van (on)gunstige voorwaarden voor gezondheid: huisvesting, verzorging, werk, sociaal netwerk, voeding etc. Gelijkaardige toegang tot hulpverlening en gezondheidszorg profileert zich als belangrijkste determinant voor elke verbetering of bescherming van de gezondheid.

“Gezondheid is een volledige toestand van lichamelijk, mentaal en sociaal welzijn. Het gaat dus niet alleen om de afwezigheid van ziektes of gebreken.”

“Het bezitten van een zo goed mogelijke gezondheidstoestand is een van de fundamentele rechten van ieder mens, ongeacht ras, religie, politieke opinies, economische of sociale situatie.”

Wereldgezondheidsorganisatie, 1946¹

De impact van gendergerelateerd geweld (GGG) op de gezondheid kan verscheidene vormen aannemen.

GGG leidt tot globale **gezondheidsproblemen** op **korte** en **lange** termijn. De effecten op de globale gezondheid zijn cumulatief: ze wegen zwaarder door in het geval **meerdere** vormen van geweld aanwezig zijn².

De symptomen die hieronder opgesomd worden, zijn zowel gevolgen van het geweld, als signalen die de mogelijkheid bieden GGG op te sporen. Men vindt deze signalen, per vorm van geweld, ook terug in het hoofdstuk 'Identificatie' van de specifieke fiches. Migratie is een context waarin het risico op en de effecten van geweld toenemen, gezien de cumulatie van geweldpleging op de migratieroutes en/of in het ontvangstland³.

Het merendeel van de gevolgen beschreven in deze fiche, treffen vooral meisjes en vrouwen, daar deze de meerderheid vormen van de slachtoffers van gendergerelateerd geweld.

1 The Constitution was adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Off. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100), and entered into force on 7 April 1948. Amendments adopted by the Twenty-sixth, Twenty-ninth, Thirty-ninth and Fifty-first World Health Assemblies (resolutions WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 and WHA51.23) came into force on 3 February 1977, 20 January 1984, 11 July 1994 and 15 September 2005 respectively and are incorporated in the present text. Retrieved from <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.

2 World Health Organisation (2012). Understanding and addressing violence against women. Health consequences. WHO/RHR/12.43. Geneva: WHO. Retrieved from: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/en.

3 World Health Organisation (2017). Violence against women. Fact sheets. Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.



1.1. IMPACT OP DE MENTALE GEZONDHEID



Op emotioneel vlak

- **angst**, droefheid, prikkelbaarheid, schaamte, schuldgevoel, ambivalente gevoelens, wisselende en instabiele gevoelens of het tegendeel, ogenschijnlijke afwezigheid van emoties;
- **zwak zelfbeeld en zelfvertrouwen**, verminderde zelfwaardering, gevoel van onveiligheid, moeite om keuzes te maken, frequente huilbuien;
- **depressieve klachten en/of symptomen**: energiegebrek, interessegebrek, vermoeidheid, waardevermindering, slaapproblemen etc. (dubbel zoveel risico in geval van geweldpleging binnen het gezin)⁴;
- **gejaagdheid**: nervositeit, algemene angst, angststoornissen (risicotoename van 2,6 bij seksueel geweld)⁴, slaapproblemen (slapeloosheid, nachtmerries etc.), in staat van paraatheid zijn, paniekaanvallen, met soms zelfverminking, zelfmoordgedachten en overgaan tot de daad.



Op psychosomatisch vlak

Herhaalde en aanhoudende fysieke klachten waarop de geboden medische zorgen en/of het nemen/vragen van grote dosissen pijnstillers geen effect hebben.

Bijvoorbeeld:

- hoofd-, nek-, lendenpijn etc.
- duizeligheid, braakneigingen, hartkloppingen etc.



Op vlak van gedrag

- **ontwijkingsgedrag** (plaatsen, gesprekken, herinneringen, relaties etc.)
- **drug- en/of alcoholgebruik** (risicotoename van 2,3 bij seksueel geweld)⁵
- hoog **tabaksgebruik**
- **seksueel risicogedrag**:
 - onbeschermde betrekkingen
 - eerste seksuele ervaring op zeer jonge leeftijd
 - meerdere partners
- **risicogedrag**
 - provocerend en agressief gedrag
 - herhaalde vechtpartijen
 - gevaarlijk rijgedrag
- **zelfmoordpoging**



Op cognitief vlak

De herinnering aan het geweld zit vast in het deel van de hersenen dat 'amygdala' genoemd wordt en wordt niet opgeslagen in de hippocampus. Dit wordt het '**traumatisch geheugen**' genoemd (👁 zie bijlage 1 voor meer informatie over de mechanismen van de hersenen).

Aanwijzingen van traumatisch geheugen in het verhaal⁶:

- het vertellen gaat gepaard met huilbuien of, integendeel, gebeurt met een neutrale en emotioneel afstandelijke houding
- **verwarring** in het verhaal, wat wijst op mentale verwarring
- ontbrekende **details**, door elkaar slaan van **ruimtelijke en tijdelijke elementen**, contradicties, lacunes
- mankementen, onnauwkeurigheden, **incoherenties**
- stilzwijgen.

4 World Health Organisation, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. (2013). Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO. Retrieved from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en>.

5 Ibid.

6 J Cohen (2001). Questions of Credibility: Omissions, Discrepancies and Errors of Recall in the Testimony of Asylum Seekers, International Journal of Refugee Law, 13 (3):293-309. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/30961048_Questions_of_Credibility_Omissions_Discrepancies_and_Errors_of_Recall_in_the_Testimony_of_Asylum_Seekers.



1.2. IMPACT OP DE FYSIEKE GEZONDHEID

Fysieke blessures

- blauwe plekken, snij- en schaafwonden, perforaties, brandwonden, bijtwonden, barsten en breuken, maar ook inwendige kneuzingen etc.

Pijn en specifieke aandoeningen

- hoofdpijn en rugklachten, verminderde mobiliteit, syndroom van chronische pijn etc.

- endocriene aandoeningen (diabetes, immuunstoornissen etc.)
- NKO-stoornissen (oorsuizen, oorontstekingen, herhaalde keelontstekingen etc.)
- tand- en dermatologische problemen
- cardiovasculaire aandoeningen (hartkloppingen, ademhalingsproblemen, astma, bronchitis etc.)
- gastro-intestinale klachten (opgeblazen gevoel, braken, colitis, braakneigingen, transitproblemen)

1.3. IMPACT OP DE SEKSUELE EN REPRODUCTIEVE GEZONDHEID

Rond zwangerschap

- in de medische anamnese: onveilige, gedwongen **abortus** (dubbel zo veel risico dat er sprake was van geweld), bevalling op zeer jonge leeftijd (41% meer risico)⁷
- **ongewenste** zwangerschap, moeite om in de zwangerschap te **investeren**, moeite om zich aan het kind te hechten
- zwangerschaps**complicaties**: voortijdige bevalling (41% meer risico)⁸, miskraam (16% meer risico)⁹

Fysieke aandoeningen

- verwondingen aan/rond de geslachtsorganen (vagina, anus, binnenkant dijen etc.)
- vaginale/anale bloedingen, infecties of ontstekingen
- **aambeien** (bloed in stoelgang, op ondergoed)

Pijn

- bij plassen
- chronische bekkenpijn
- aan **geslachtsorganen** en **anus**
- bij het vrijen, pijnlijke (hevige) menstruatiepijn

Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), waaronder HIV

Vrouwen die slachtoffer zijn van seksueel geweld of mishandeling hebben 1,5 keer meer risico op een besmetting met HIV, afhankelijk van de regio's.¹⁰

Seksuele aandoeningen

- afwezigheid of vermindering van **seksueel verlangen**
- vaginisme
- vermijden van affectieve en seksuele betrekkingen
- verdringen van seksualiteit
- seksueel risicogedrag

7 Ibid.

8 Ibid.

9 Ibid.

10 Ibid.



1.4. SOCIALE EN ECONOMISCHE IMPACT

Naast de impact op het lichaam en de psyche van de slachtoffers heeft GGG ook een drastische invloed op het leven in algemene zin. Daarnaast kunnen veranderingen ook weer wijzen op signalen van aanwezig geweld.

- **verandering** in het verloop van het **dagelijkse leven**
 - onregelmatigheid of onderbreking van schoolloopbaan (bv. in geval van gedwongen huwelijk)
 - onregelmatigheid of onderbreking van de **beroepsactiviteit**, waardoor economische problemen ontstaan
- **terugtrekken** uit de sociale/familiale sfeer (opsluiting, mensenhandel, etc.)
- **niet in staat zijn** voor het gezin/de kinderen te zorgen
- **verandering** in sociale/familiale **banden** (sociale dood)
 - sociaal **isolement** (achterdocht)
 - opzijgeschoven, **verworpen worden** door de gemeenschap
 - **veroordeling**, stigmatisering, schaamtegevoel
 - toename van de fysieke/economische **onveiligheid** (te wijten aan bv. een verstoting door de gemeenschap)

1.5. EVOLUTIE EN IMPACT VAN GGG OP TERMIJN

Iedereen **reageert verschillend op geweld**. Iedereen ervaart verschillende symptomen, die van een wisselende intensiteit zijn, op **verschillende momenten** in het leven.

Impact op korte termijn (gedurende de eerste 6 maanden)

Hypervigilantie

- Slapeloosheid
- Toestand van alertheid
- Hypersensibiliteit
- Prikkelbaarheid
- 's Nachts wakker worden
- Aandachtsstoornissen
- Explosieve woedeaanvallen

Dissociatie

Gewijzigde bewustzijnstoestand, geheugen-, concentratie- en aandachtsstoornissen, gevoel van vervreemding, gevoel er niet te zijn, afgesneden te zijn van de eigen gevoelens.

Ontwijkgedrag

Angst om buiten te komen, angst voor bepaalde situaties.

Herbeleven (flashbacks)

De bevalling kan bijvoorbeeld een aanleiding zijn om herinneringen te reactiveren.

“Ik durf niet onder de mensen komen. Ik blijf de ganse tijd op mijn kamer in het centrum. Wanneer ik buitenkom, neem ik een andere weg als mannen me tegemoetkomen (ontwijkingsgedrag). Op een dag zag ik iemand met een groene pantalon [een pantalon met militaire kleuren], en toen werd ik heel bang. Ik kreeg hartkloppingen, en ik herinnerde me wat de soldaten me aangedaan hadden (ontwaken van het traumatisch geheugen). 's Nachts kan ik de slaap niet vatten. Ik denk voortdurend (herbeleven). Ik ben bang in te slapen, om niet te moeten dromen (hypervigilantie). Ik zie heel kwalijke dingen in m'n dromen. Ik droom dat ik gefolterd word en men me van alles aandoet (slaapstoornissen). Ik doe de deur op slot en ik plaats een stoel achter de deur, zodat niemand binnenkomt (hypervigilantie)”.



“Op een morgen, heel vroeg, klopte een sociaal assistent heel hard op m’n deur. Ik werd verschrikt wakker, liet m’n kind in bed en rende naar het venster. Ik wou springen, maar hoorde dat men me ‘Hadja’ noemde. Toen hield ik halt. Ik dacht dat het m’n schoonbroers waren die me opnieuw wilden verkrachten, en ik wou vluchten. Maar toen ik ‘Hadja’ hoorde roepen, was het alsof iemand me gewekt had. Zij noemden me ‘Binta’, niet ‘Hadja’. Op dat moment begreep ik dat zij het niet waren. (Hypervigilantie, wakker worden van het traumatisch geheugen door een auditieve stimulus)”.

Bron: D’Aguanno A., 2019, Communication Personnelle. Récit de personnes demandeuse de protection internationale lors de consultation psychologique ou de groupe de parole.

Uitgestelde impact

De herinnering aan geweld kan een tijdlang ‘inslapen’ (weken, maanden, jaren). De persoon is zich niet bewust van het gestelde geweld, of herinnert het zich slechts vaag. Desondanks zijn de effecten van het trauma druppelsgewijs voelbaar in het dagelijks leven van de slachtoffers.

“Ik voelde me heel slecht in m’n vel op sommige momenten van de dag. Naarmate de avond naderde, kwamen me bepaalde gedachten voor de geest. Ik probeerde ze te verjagen. Ik wist niet waarover het ging en ik wou er niet naar luisteren. Het was alsof ik het reeds wist. En dan op een avond liet ik de herinneringen de vrije loop en zag ik opnieuw hoe m’n oom me misbruikte toen ik kind was. Het is tweemaal gebeurd.”

“Toen ik vertaalde wat de gynaecologe zei aan een vrouw, herinnerde ik me m’n eigen kindertijd. Ik herinnerde me een warme vloeistof die over m’n kleren vloeide. Ik moet zo’n vijf jaar geweest zijn. Op dat moment woonden m’n neven bij ons in de hoofdstad. Nu begrijp ik waarom ik me aan de telefoon, nu we volwassen zijn, slecht in m’n vel voelde en boos was, toen ik met hem sprak [een van de neven].”

Latifa had deelgenomen aan de opvoering van een toneelstuk waarin het verhaal gebracht werd van een kind dat gevaar liep besneden te worden. Als voorbereiding op het stuk had ze zich laten inspireren door tal van animaties/praatgroepen rond vragen die in het stuk behandeld werden. Na meerdere optredens voor honderden toeschouwers, barstte ze in tranen uit toen ze een reportage zag over hetzelfde thema. Ze is 17 jaar en heeft een vriendje. Ze heeft haar eerste seksuele ervaring gehad, en weent, zegt ze, omwille van datgene wat ze nooit zal kennen.

Bron: D’Aguanno A., 2019, Communication Personnelle. Récit de personnes demandeuse de protection internationale lors de consultation psychologique ou de groupe de parole.

Wanneer het traumatisch geheugen terug de kop opsteekt, verschijnen de symptomen alsof de gebeurtenis zich nog maar net heeft voorgedaan.



Impact op lange termijn

Wanneer een geheel van specifieke symptomen langer dan een maand aanhoudt na de gebeurtenis, is het mogelijk dat de betrokken persoon een **post-traumatische stresstoestand** ontwikkeld heeft. In bepaalde gevallen van GGG, zoals **seksueel geweld**, bedraagt het risico dat de persoon op lange termijn een post-traumatisch stresssyndroom (PTSS) ontwikkelt 80%. Wanneer dit geweld plaatsvindt gedurende de **kindertijd**, stijgt het risico tot 100%¹¹.

Signalen van post-traumatisch stresssyndroom (PTSS)¹²

- herhaalde onvrijwillige indringende herinneringen, flashbacks, terugkerende dromen over het gestelde geweld, waardoor een gevoel van ontreddeering optreedt
- psychische ontreddeering en intense fysiologische reacties indien de persoon blootgesteld wordt aan stimuli die aan het trauma herinneren
- ontwijken van herinneringen, gedachten, plaatsen, personen, tekens die het geweld in herinnering kunnen brengen
- niet in staat zijn zich de feiten te herinneren
- algemeen wantrouwen
- intense emotionele ontreddeering en niet in staat zijn positieve emoties te voelen
- emotionele rollercoaster
- zelfdestructief, onberedeneerd, impulsief gedrag
- concentratieproblemen
- hypervigilantie
- slaapstoornissen

Aangezien GGG een impact heeft op het gehele leven, zal de observatie van het gedrag van de betrokken persoon aanwijzingen geven over eerdere of huidige ervaringen van geweld.

→ zie 'Identificatie', specifieke fiches

Factoren die de ontwikkeling van een post-traumatisch stresssyndroom tegengaan

- dagelijkse adequate psychosociale steun, onmiddellijk na het ervaren van geweld
- toegang hebben tot en krijgen van aangepaste zorg
- kunnen praten over het trauma en gehoord worden indien zich de nood hiertoe laat voelen
- in een 'gezonde' omgeving leven, nl. zonder bloot te staan aan andere vormen van geweld, in gezelschap van steunende en liefhebbende personen
- een positief zelfbeeld en hoge zelfwaardering hebben

11 Salmona M. (2015). La reconnaissance de l'impact psychotraumatique sur les enfants victimes de violences sexuelles: un impératif humain pour respecter les droits des enfants et une urgence de santé publique. Retrieved from: <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/201508-reconnaissance-des-consequences-psychotraumatiques-sur-les-enfants-victimes.pdf>.

12 Uit de DSM-5-criteria ; 5e editie van het 'Diagnostic and statistical manual of mental disorders' gepubliceerd door de American Psychiatric Association (APA) en regelmatig herzien. Voor meer details betreffende de frequentie, duur en symptomen van PTSS, kan het handboek geraadpleegd worden: <https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update2015.pdf>.



2 | Impact van de vlucht en de procedure tot internationale bescherming op de gezondheid

2.1. IMPACT VAN DE VLUCHT

Personen die internationale bescherming aanvragen zijn meestal in minder goede gezondheid dan de bevolking van het ontvangstland.

Het rapport van 2018 van het regionale kantoor van de Wereldgezondheidsorganisatie in Europa heeft in dit kader een aantal aandachtspunten geïdentificeerd¹³:

- Overdraagbare aandoeningen: HIV/AIDS, tuberculose, hepatitis B en C, virale infecties waarvan sommige kunnen vermeden worden door vaccinaties;
- Niet-overdraagbare aandoeningen: diabetes type 2, cardiovasculaire ziektes (beroerte en ischemische hartaandoeningen) en kanker (in het bijzonder baarmoederhalskanker);
- mentale gezondheid, waaronder posttraumatisch stresssyndroom, depressie en

- angst;
- gezondheid van moeders;
- seksuele en reproductieve gezondheid, waarbij speciale aandacht geschonken wordt aan eerdere ervaring van seksueel geweld;
- gezondheid van kinderen en adolescenten.

Tal van factoren vóór en na de migratie kunnen een mogelijke impact hebben op de gezondheidstoestand, zoals de slechte levensomstandigheden in het land van herkomst, foltering en geweld, het trauma van de ballingschap, van detentie, de duur van procedures, taal- en cultuurbarrières of gebrek aan kennis van het gastland. Ook de opvangomstandigheden kunnen een negatieve impact hebben op hun gezondheid en hun zorguitgaven.¹⁴

2.2. IMPACT VAN HET ASIELTRAJECT OP DE GEZONDHEID

Hoewel mensen die ertoe komen hun land te verlaten meestal in goede gezondheid

verkeren¹⁵, wordt vastgesteld dat de gezondheidstoestand van migranten slechter wordt

13 World Health Organization Regional Office for Europe (2018). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH. Copenhagen: WHO Europe.

14 Dauvrin M, Detollenaere J, De Laet C, Roberfroid D, Vinck I. Asylum seekers in Belgium: options for a more equitable access to health care (2019). A stakeholder consultation Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 319. Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_319_Asylum_seekers_in_Belgium_Report_2.pdf.

15 De Spiegelaere, M. (2017). "Inégalités sociales de santé et parcours d'exil: Quelques réflexions sur les enjeux d'une relation complexe entre vulnérabilités et facteurs protecteurs", in Cultures & Santé, Accès à la santé et parcours d'exil, Actes du colloque, pp.15-22.



vastgesteld dat de gezondheidstoestand van migranten zowel tijdens hun migratieparcours als in het opvangland verminderd, als gevolg van hun lagere socio-economische status in vergelijking met de bevolking van het gastland¹⁶. Men schat dat een verblijf van langer dan 4 maanden in een collectief opvangcentrum schadelijk wordt voor het welzijn van de bewoners/bewoonsters. Er ontstaan gezondheidsproblemen, zoals slaapgebrek, angst en depressie.¹⁷ De tijd die men doorbrengt in collectieve opvangcentra zou dus zo kort mogelijk moeten zijn. De verbale of fysieke intimidatie en het gevoel van onveiligheid waarmee sommige vrouwen geconfronteerd worden in het opvangcentrum (vrouwen zijn vaak in de minderheid ten opzichte van mannen in gemengde opvangcentra) kunnen het trauma opnieuw doen beleven.

De procedure op zich, het landurige gesprek op het CGVS (waar ingegaan wordt op de details van het trauma), de soms in twijfel getrokken geloofwaardigheid van de persoon en het wachten op de beslissing van het CGVS

heeft eveneens een impact op de geestelijke gezondheid¹⁸. Wanneer geen geloof gehecht wordt tijdens het gesprek op het CGVS aan het verhaal van een persoon die verkracht werd of tot een huwelijk gedwongen werd, dan is dit opnieuw een vorm van geweld. De aankondiging van een negatieve beslissing kan een ware schok teweegbrengen die zelfs door een positieve beslissing in hoger beroep niet steeds hersteld zal kunnen worden. Dit blijkt uit de ervaringen van sociaal werkers/werksters die werken in gespecialiseerde centra voor vrouwen die slachtoffer van geweld zijn.¹⁹

Gezondheidsproblemen van personen die internationale bescherming aanvragen, zijn van dezelfde aard als die welke de rest van de bevolking kent, maar zij gaan nog samen met kenmerken die specifiek zijn voor ballingschap en de onderliggende voorwaarden. Deze personen hebben grote nood aan zorg en sociale bescherming. Toegang tot het sociaal-medisch systeem wordt des te belangrijker.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Dauvrin et al. Ibid.

¹⁸ UNHCR (2013) Beyond Proof Credibility Assessment in EU Asylum Systems. Brussels, UNHCR. Retrieved from <https://www.unhcr.org/protection/operations/51a8a08a9/full-report-beyond-proof-credibility-assessment-eu-asylum-systems.html>.

¹⁹ Braun, N et Scheuren, A. (2019). Le récit d'exil comme outil d'accompagnement juridique et psychologique et la philosophie de travail autour des activités collectives aux Logis de Louvranges. Présentation au colloque 'GBV&Asylum: Listen, Look and Link » 11 décembre 2019, Bruxelles, GAMS.



3 | Recht op medische begeleiding van personen die internationale bescherming aanvragen²⁰

Elke persoon die internationale bescherming aanvraagt heeft recht op een opvang die de mogelijkheid biedt een menswaardig leven te leiden. De wet²¹ voorziet dat de persoon die internationale bescherming vraagt recht heeft op materiële hulp, waaronder medische en psychologische begeleiding.

De begunstigde van opvang heeft recht op de nodige medische begeleiding om een menswaardig leven te leiden. Deze medische zorgen gaan verder dan dringende medische bijstand. Fedasil heeft de bevoegdheid om deze medische begeleiding te garanderen; met uitzondering van de Lokale Opvanginitiatieven van het OCMW, waarvoor het OCMW bevoegd is. De medische begeleiding wordt toegekend

onder de verantwoordelijkheid van een arts die professionele onafhankelijkheid bewaart ten opzichte van de directie of de verantwoordelijke van het betrokken centrum. Onder medische begeleiding wordt zowel medische bijstand (bv. medicatie) als medische zorgen verstaan.

In algemene regel heeft de begunstigde recht op bijstand en medische zorgen zoals voorzien in de nomenclatuur van het RIZIV, met uitzondering van bepaalde handelingen (lijst min - zie kader 1). Dit wordt uitgebreid tot bepaalde prestaties die niet afhangen van het RIZIV, maar toch ondersteund worden voor asielzoekers (lijst plus - zie kader 1).²²

Kader 1. Lijst van min en plus in het kader van de kostendekking van zorgen door Fedasil

Lijst min: medische hulp en zorgen die niet strikt noodzakelijk zijn en niet gegarandeerd worden voor de begunstigde

- Orthodontie
- Onderzoek en behandeling van onvruchtbaarheid
- Tandprothesen, voor zover er geen kauwproblemen zijn, ongeacht de leeftijd van de asielzoeker/ster
- Puur esthetische interventies, met uitzondering van reconstructie na chirurgie of trauma
- Tandheelkundige zorg en trekken van tanden onder algemene verdoving

20 De informatie die hoofdstuk 3 bevat, is gebaseerd op een informatief document dat voorbereid werd door Medimmigrant. (2007). "Soins médicaux pour demandeurs d'asile et Autres catégories d'étrangers dans la Structure d'accueil", Retrieved from <https://bit.ly/2GQ1Wae>. L'étude de 2019 du KCE sur la santé des réfugiés a également été mobilisée: Dauvrin, M., Detollenaere, J., De Laet, C., Roberfroid, D., Vinck, I. (2019). « Synthèse: demandeurs d'asile: options pour un accès plus équitable aux soins de santé. Résultats d'une consultation de stakeholders », Health services Research, KCE REPORT 319Bs, Retrieved from <https://bit.ly/31mF1ga>.

21 De toepassing van de opvangwet van 12 januari (Wet van 12 januari 2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën van vreemdelingen) valt onder de bevoegdheid van de Programmatorische Overheidsdienst (POD) Maatschappelijke Integratie. De opvangwet is niet van toepassing op asielzoekers of andere bewoners die vastgehouden worden in de gesloten centra van de Federale Overheidsdienst van Binnenlandse Zaken (http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2007011252&table_name=wet).

22 Koninklijk besluit van 9 april 2007 dat de medische hulp en zorg bepaalt, die niet duidelijk nodig zijn en niet verzekerd worden voor de begunstigde van opvang, en de medische hulp en zorgen met betrekking tot het dagelijkse leven die voor de opvangbegunstigde verzekerd zijn.



Lijst plus: medische hulp en zorgen met betrekking tot het dagelijkse leven die aan de begunstigde gegarandeerd worden

- Geneesmiddelen categorie D (niet-terugbetaalbaar) op voorschrift, met uitzondering van medicamenten voor behandeling van impotentie
- Geneesmiddelen categorie D die beschikbaar zijn zonder voorschrift van een arts, opgenomen in de volgende rubrieken: maagzuurremmers, spasmolytica, braakmedicatie, middelen tegen diarree, pijnstillers en antipyretica (paracetamol, salicylzuur, ibuprofen 400 mg, sodiumnaxopren 220 mg), geneesmiddelen tegen mond- en keelaandoeningen
- Tandextracties
- Tandprotheses, alleen om opnieuw te kunnen kauwen.
- Kinderbril, voorgeschreven door een oftalmoloog, met uitzondering van bi- of multifocale glazen en gekleurde glazen
- Bril voor volwassenen in geval van een brekingsindex van minstens 1D op het beste oog, voorgeschreven door een oftalmoloog, met uitzondering van bi- of multifocale en gekleurde glazen
- Aangepaste melk voor zuigelingen wanneer borstvoeding niet mogelijk is

Er wordt psychologische begeleiding verzekerd wanneer de nood duidelijk is. Om dit alles mogelijk te maken kan Fedasil akkoorden sluiten met gespecialiseerde instanties, zoals centra voor geestelijke gezondheid, psychiatrische ziekenhuizen en zorginstellingen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen etc. Het is in de eerste plaats belangrijk om samen met de betrokken persoon en in overleg met de medische dienst na te gaan of de psychologische begeleiding nodig is. Indien de betrokken persoon een andere arts of medische specialist wenst te raadplegen, moet de medische zorg zelf vergoed worden.²³

In bepaalde gevallen zijn dringende zorgen nodig en kan de vordering niet op voorhand gevraagd worden. Deze zorgen zullen ook terugbetaald worden door Fedasil indien de factuur vergezeld is van een 'attest voor dringende zorgen' die de dringendheid van de zorgen rechtvaardigt. Na het toedienen van de zorgen moet de arts de factuur en het attest voor dringende zorgen opsturen naar de Cel Medische Kosten²⁴.

Ziehier de gegevens van de Cel Medische Kosten:

Fedasil, Cel Medische Kosten
 Kartuizerstraat 21, 1000 Brussel,
 Tel: + 32 2 213 43 00 (NL)
 + 32 2 213 43 25 (F)
 Fax: + 32 2 213 44 12
 E-mail: medic@fedasil.be

²³ Klaarblijkelijk moet (in bepaalde omstandigheden) de vrije keuze inzake de zorgverstrekker, niet voor rekening van de betrokken persoon, gegarandeerd worden.

²⁴ De betrokkene kan zijn/haar identiteit bewijzen aan de arts door bijlage 25 te tonen, bijlage 25bis, 26 of 26bis, waarop een foto staat indien het om een asielzoeker of ex-asielzoeker gaat.



4

Bronnen voor verdere studie

- ↘ Dauvrin, M., Detollenaere, J., De Laet, C., Roberfroid, D., Vinck I. (2019). **Asylum seekers in Belgium: options for a more equitable access to health care. A stakeholder consultation Health Services Research (HSR). KCE Reports 319.** Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_319_Asylum_seekers_in_Belgium_Report_2.pdf
- ↘ International Rehabilitation Council for Torture Victims (2009). **Psychological evaluation of torture allegations. A practical guide to the Istanbul Protocol - for psychologists.** Copenhagen: IRCT. Retrieved from https://irct.org/assets/uploads/pdf_20161120165022.pdf
- ↘ Schauer, M., Neuner, F., Elbert T. (2011). **Narrative Exposure Therapy: A short Term Treatment For Traumatic Stress Disorders** (2nd edition). Cambridge, MA: Hogrefe Publishing. Retrieved from https://www.vivo.org/wp-content/uploads/2015/09/Narrative_Exposure_Therapy.pdf
- ↘ Salmona, M. (2018). **L'amnésie traumatique, un mécanisme dissociatif pour survivre.** Retrieved from <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2018-l-amnesie-traumatique.pdf>
- ↘ Van der Kolk, B. A. (2014). **The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma.** Viking, New-York. Retrieved from <https://www.brainpickings.org/2016/06/20/the-body-keeps-the-score-van-der-kolk>
- ↘ Schachter, C.L., Stalker, C.A., Teram, E., Lasiuk, G.C., Danilkewich, A. (2008). **Handbook on sensitive practice for health care practitioner: Lessons from adult survivors of childhood sexual abuse.** Ottawa: Public Health Agency of Canada. Retrieved from <https://www.cdho.org/docs/default-source/pdfs/reference/sensitivepractice.pdf>
- ↘ World Health Organisation (2012). **Understanding and addressing violence against women. Health consequences. WHO/RHR/12.43.** Geneva: WHO. Retrieved from https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/en
- ↘ World Health Organisation, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. (2013). **Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.** Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en>



BIJLAGE 1

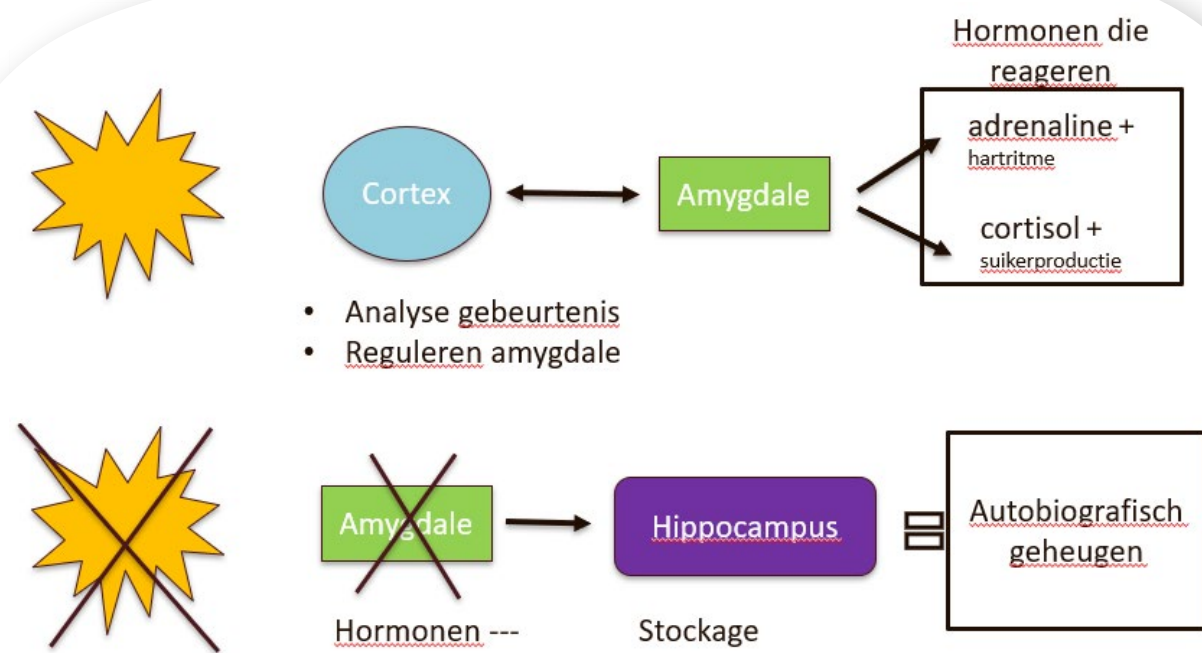
BEGRIJPEN HOE DE HERSENEN FUNCTIONEREN IN GEVAL VAN STRESS

Om de gevolgen van gendergerelateerd geweld te begrijpen is het van belang te begrijpen hoe de hersenen reageren op extreme stress.¹

Reactie van de hersenen op stress

Stress is normaal en maakt deel uit van het leven. Het lichaam en de hersenen zijn in staat zich erop voor te bereiden, dit te verwerken en zich ertegen te beschermen.

De verschillende reacties van de hersenen worden schematisch voorgesteld in figuur 1. Bij **gevaar** wordt de gebeurtenis door de **cortex** verwerkt en geanalyseerd. De amygdala scheidt de nodige **hormonen** af zodat het lichaam kan reageren op de stress. Het gaat hier om **adrenaline** (verhogen van het hartritme) en cortisol (afschieden van suiker om energie te produceren). De cortex **reguleert de hoeveelheid ervan in functie van de gevaaranalyse**.



Figuur 1. Reactie van de hersenen op stress (D'Aquanno 2019)²

Wanneer het gevaar geweken is, komt de amygdala tot rust en houdt de hormonenproductie op. De gebeurtenis wordt verwerkt

door de **hippocampus**: de gebeurtenis wordt in het geheugen opgeslagen. We spreken hier van 'autobiografisch geheugen'.

¹ Conseil des femmes francophones de Belgique (2014). Viols et violences sexuelles. Actes du colloque du 26.04.2014. Protocoles de prise en charge des victimes de violences sexuelles à destination des professionnel.le.s de la santé et de la justice. Brussels: CFFB. Retrieved from http://www.bassenge.be/actualites/cffb_actes_protocole.pdf.

² De tekening werd gemaakt op basis van het traumatisch geheugen, zoals voorgesteld in bovenvermeld document.

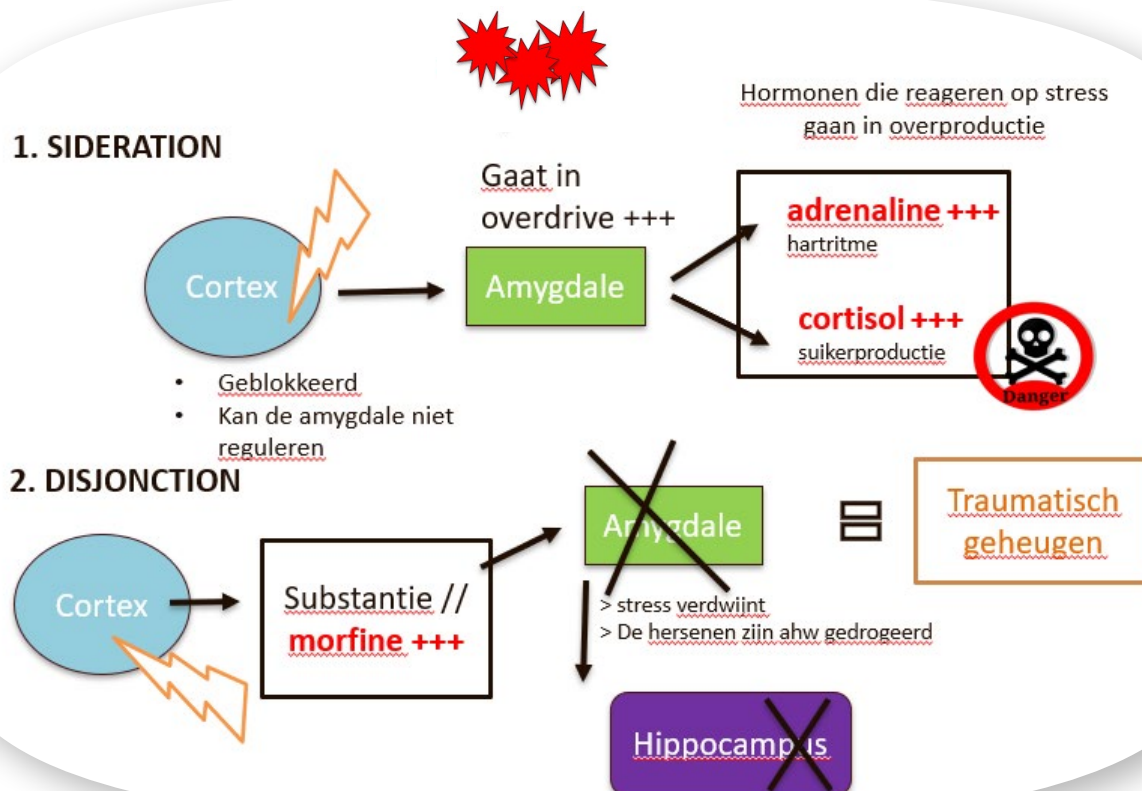


Reactie van de hersenen op geweld

Gendergerelateerd geweld zorgt voor extreme stress, van die aard dat de hersenen niet in staat zijn de impact ervan via de gewone neurologische mechanismen te verwerken.

De **cortex is geblokkeerd**. Hij is niet bij machte het gebeuren te analyseren en kan niet de nodige beslissingen nemen om de stress ten gevolge van het gevaar te controleren. De

amygdala gaat in overdrive en produceert adrenaline en cortisol in toxische dosissen. Hierdoor komt het leven van de slachtoffers in gevaar, en ontstaat het risico op disfuncties van het hart en neurologische schade. Deze toestand heet 'sideratie' (shock, stupor). De slachtoffers zijn fysiek en mentaal verlamd, en geblokkeerd in een toestand van extreme stress.



Figuur 2. Reactie van de hersenen op geweld (D'Aguzzo 2019)³

Om het fysieke leven te vrijwaren, gaan de hersenen **zichzelf letterlijk uitschakelen** om de amygdala stil te leggen, en dit door **substanties** te produceren die op morfine lijken.

- De stress verdwijnt, terwijl de geweldpleging aan de gang is. De emotionele antwoorden die de cortex bij een normale behandeling van stress moduleert, gaan eveneens brusk stoppen. Vanaf dan voelt de persoon geen pijn of emoties meer.
- De gebeurtenis zal geblokkeerd worden in de amygdala onder een emotionele en sensorische vorm. Men spreekt hier van 'trau-

matisch geheugen'. De gebeurtenis zal niet verwerkt en gestockeerd worden door de hippocampus in de vorm van autobiografisch geheugen, wat een invloed zal hebben op het functioneren van het geheugen en het reconstrueren van de feiten.

- Morfineachtige substanties die geproduceerd worden door de cortex werken in als een drug op het slachtoffer, geven hem/haar een gevoel van vervreemding, onwerkelijkheid, het gevoel de scène te observeren, van een vervorming van werkelijkheid,...

3 De tekening werd gemaakt op basis van het traumatisch geheugen, zoals voorgesteld in CFFB 2014 (zie referentie 23).



In gesprekken met een sociaal assistent (SA) vertelt Brahima beknopt over zijn tocht die hem van Burkina Faso naar Europa bracht, maar meestal lijkt hij afwezig. Aanvankelijk werd dit door de SA geïnterpreteerd als gebrek aan interesse, aan betrokkenheid bij z'n procedure. De SA praat tot hem, hij antwoordt niet en kijkt door het venster. De SA heeft het gevoel z'n tijd te verliezen. Hij is teleurgesteld, maar stelt hem ten slotte vragen over z'n manier van doen. Brahima zegt dat hij 'reist' in gedachten, en dat dit hem 'overvalt' zonder dat hij er iets kan aan doen. Later zal hij bekennen dat dit gebeurt, telkens hij spreekt/terugdenkt aan de reden waarom hij zijn land verlaten heeft.

Bron: D'Aguanno A., 2019, Communication Personnelle. Récit de personnes demandeuse de protection internationale lors de consultation psychologique ou de groupe de parole.

De stupor en de disjunctie die optreden tijdens de geweldpleging, worden in het neuronaal functioneren ingegrift. Bijgevolg wordt het traumatisch geheugen gereactiveerd wanneer het opnieuw blootgesteld wordt aan elementen die de gevaarsituatie in herinnering brengen. De hersenen reageren alsof het gevaar reëel aanwezig is. Tijdens gesprekken komt Brahima in een shocktoestand door zijn eigen verhaal en activeert hij een nieuwe stupor.



Gepubliceerd te Brussel in december 2019

Deze fiche 'Impact van gendergerelateerd geweld op de gezondheid' maakt deel uit van een geheel van 15 didactische fiches, bestemd voor professionals binnen het opvangnetwerk. De bedoeling is een beter begrip te krijgen van gendergerelateerd geweld in het kader van internationale bescherming en hierop te kunnen inspelen.

Deze publicatie werd uitgewerkt, geproduceerd, uitgegeven en gepubliceerd door GAMS België, in partnerschap met Intact en de European Family Justice Center Alliance (EFJCA), met bijdragen van diverse organisaties (isala asbl, La Voix des femmes asbl, Le Monde selon les femmes asbl, Merhaba vzw, Payoke vzw, SOS Viol asbl), in het kader van het project 'Gender-Based Violence and Asylum: an integrated approach'. Het project werd gefinancierd door het programma 'Asylum, Migration and Integration Fund (AMIF)' van de Europese Commissie (D. G. Migration and Home Affairs).

Het geheel van de fiches en de namen van de personen die bijgedragen hebben tot deze opdracht, vindt men op de website www.gbv-asylum-hub.be



Verantwoordelijke uitgever



GAMS Belgique - GAMS België

Gabrielle Petitstraat, 6 - 1080 Brussel
www.gams.be
info@gams.be

Dit project werd financieel ondersteund door



Towards a more integrated migration policy, made possible by the AMIF

In partnerschap met

