

VLAAMSE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

DE RAAD

ZITTING 2021-2022

18 MEI 2022

Hoorzitting: Tweektalige dienstverlening Brusselse ziekenhuizen

SAMENVATTEND VERSLAG

uitgebracht namens de Samenwerkingscommissie met de Vlaamse volksvertegenwoordigers gekozen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Commissie voor Brussel en de Vlaamse Rand en Dierenwelzijn van het Vlaams Parlement door de heer Arnaud VERSTRAETE (VGC) en mevrouw Annabel TAVERNIER (Vlaams Parlement)

Hebben aan de werkzaamheden deelgenomen:

VGC: mevrouw Bianca Debaets, mevrouw Els Rochette, de heer Arnaud Verstraete, de heer Gilles Verstraeten, mevrouw Khadija Zamouri

Vlaams Parlement: mevrouw Els Ampe, voorzitter, de heer Stijn Bex, mevrouw Annabel Tavernier, de heer Karl Vanlouwe

Verontschuldigd: de heer Fouad Ahidar, de heer Jan Busselen, mevrouw Carla Dejonghe, de heer Dominiek Lootens-Stael

Dames en heren,

De Samenwerkingscommissie met de Vlaamse volksvertegenwoordigers van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Commissie voor Brussel en de Vlaamse Rand en Dierenwelzijn van het Vlaams Parlement organiseerde op woensdag 18 mei 2022 een hoorzitting over de tweetalige dienstverlening in Brusselse ziekenhuizen. Sprekers waren dr. Luc D'Hooghe (huisarts in Brussel en erevoorzitter Brusselse Huisartsen vzw), prof. dr. Marc Noppen (CEO UZ Brussel), de heer Peter Fontaine (algemeen directeur en voorzitter Directie Comité Europa Ziekenhuizen), de heer Alexandre Deschuymere (CEO Kliniek Sint-Jan) en de heer Dirk Thielens (CEO Iris Ziekenhuizen).

Verslaggevers waren de heer Arnaud Verstraete voor de Vlaamse Gemeenschapscommissie en mevrouw Annabel Tavernier voor het Vlaams Parlement.

Alle bijlagen zijn te vinden op de dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlement.be.

1. Uiteenzetting door dr. Luc D'Hooghe, huisarts in Brussel en erevoorzitter Brusselse Huisartsen vzw

Dr. Luc D'Hooghe is in 1979 begonnen als huisarts in Brussel. Hij koos voor Brussel omdat Brussel als multiculturele en meertalige hoofdstad hem een uitdaging leek. Ondertussen is hij reeds 43 jaar werkzaam in Vorst. Op heel wat vlakken is er veel veranderd. Hij heeft de indruk dat de strijd voor een volwaardig en voldoende Nederlandstalig zorgaanbod in Brussel voor de toekomstige Vlaamse artsen, maar vooral voor de patiënten, nog niet gewonnen is. Hij zal binnenkort met gemengde gevoelens op pensioen gaan, niet zeker dat er voor zijn Nederlandstalige patiënten voldoende aanbod aan Nederlandstalige collegae, huisartsen en specialisten zal zijn.

In al die jaren heeft hij geprobeerd zich in te zetten voor kwaliteitsvolle tweetalige zorg. De Vlaamse Wachtdienst werd opgericht eind 1979 en de Brusselse Huisartsenkring (BHAK) kort daarna. Reeds in 1993 trokken ze aan de alarmbel in een werkdocument: 'Veel hospitaalweinig taal - Nederlands-Frans taalprobleem in de ziekenhuizen van Brussel' (Overlegplatform Vlaamse Gezondheidszorg, 1993).

Toenmalig Brussels minister Rufin Grijp (SP) maakte het mogelijk Pro Medicis Brussel op te richten met als taak Brussel aantrekkelijker te maken voor Vlaamse studenten in de zorg. Er werden stageplaatsen vrijgemaakt en overeenkomsten gesloten met Vlaamse faculteiten en hogescholen om stagairs naar Brussel te sturen.

In 2000 trok de gastspreker, als voorzitter van de BHAK en actief in de adviesgroep Gezondheid van de VGC, opnieuw aan de alarmbel. Er werd een studie uitgevoerd in samenwerking met professor Els Witte van de VUB. In de studie 'Kwaliteit van de communicatie in de contacten van patiënten en huisartsen met de Brusselse verzorgingsinstellingen' (Myriam Verkoute, VUB, 2000) was de belangrijkste conclusie dat er dringend nood was aan meertalige hulp in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Kwaliteitsvolle gezondheidszorg impliceert immers verstaanbare zorg en begrepen worden in de eigen taal. Het staat buiten kijf dat een goede anamnese, of ondervraging over

voorgeschiedenis en huidige ziekte, een goede communicatie tussen zorgverstreker en zorgverlener vergt. Een zorgverstreker die de taal van de patiënt niet begrijpt en dus met hem niet kan communiceren, kan geen anamnese afnemen. De anamnese is een fundamenteel deel van het geneeskundig onderzoek, een instrument zoals een stethoscoop, om te komen tot een gerichte diagnose. Het is niet aan de fysisch en psychisch kwetsbare en afhankelijke patiënt om de taal van de arts te spreken, maar wel omgekeerd.

De gastspreker heeft de indruk dat er meer dan 20 jaar later niet zoveel veranderd is. Hij vreest dat de Nederlandstalige patiënt, als het zo verder gaat, de stad en of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zal moeten verlaten wegens een gebrek aan aanbod, een gebrek aan zorgverlening in zijn eigen taal. Dat gebeurt nu reeds. Het risico bestaat dat men daardoor in een vicieuze cirkel belandt: een gebrek aan Nederlandstalig zorgaanbod in Brussel zorgt voor een uitstroom van Vlaamse patiënten die hun heil in de Rand of verder in Vlaanderen moeten of zullen zoeken. Dat levert de Brusselse ziekenhuizen het excuus op dat er toch geen Vlaamse patiënten meer zijn. Jonge Nederlandstalige artsen-specialisten kiezen niet langer voor Brussel omwille van de eentaligheid in de ziekenhuizen en zo slinkt het Nederlandstalig zorgaanbod nog verder.

Probleemstelling

- Veelzijdige hoofdstad

Brussel is naast hoofdstad van België ook de hoofdstad van Vlaanderen en heeft een nauwe band met de Vlaamse Rand rond Brussel. Naast de Nederlandsprekende inwoners uit dit hoofdstedelijke tweetalige Gewest zijn er heel wat inwoners uit de Vlaamse Rand die een beroep doen op het zorgaanbod in Brussel.

Binnen België stelt men telkens opnieuw vast dat er cultuurverschillen zijn tussen het Noorden en het Zuiden van het land, ook in de gezondheidszorg, en zeker in de huisartsgeneeskunde. Dit wordt uitvergroot in de Brusselse context.

Brussel is na Dubai de meest internationale stad van de wereld, er worden meer dan 100 talen gesproken. Deze meertaligheid wordt door Franstaligen en door jonge kosmopolitische Vlamingen aangehaald om de strijd voor het Nederlands te relativiseren. Maar bij ziekte zoeken deze laatsten wel een Nederlandssprekende arts op. Het gebruik van die vele talen in Brussel is geen argument om niet voor de eigen landstaal te blijven vechten. De Franstaligen doen niets anders. Bovendien geeft een tweetaligheid, Nederlands-Frans, juist een opening naar meer talen en contacten.

- Brussel kent een zeer versnipperd zorgaanbod

De burger vindt er moeilijk zijn weg in, zeker als er taalkundige, culturele en sociale hinderpalen zijn. Minder dan de helft van de Brusselaars heeft een vaste huisarts. Juist die huisarts, die hopelijk de taal van zijn patiënt begrijpt en spreekt, kan zorgen voor een gerichte doorverwijzing naar een Nederlandssprekende specialist of dienst. Als een patiënt zelf op zoek gaat naar een Nederlandssprekende zorgverlener wordt het pas echt moeilijk. Buiten de Europa Ziekenhuizen is er geen ander ziekenhuis in Brussel die de talenkennis van zijn artsen kenbaar maakt in zijn onthaalbrochure.

Doet een Nederlandstalige patiënt een beroep op de Brusselse Huisartsenwachtdienst, de GBBW (Garde Bruxelloise - Brusselse Wachtdienst), dan is het maar de vraag of hij in het

Nederlands zal worden verzorgd. Buiten de centrale wachtpost zijn alle andere 5 wachtposten eentalig Frans.

Doet een Nederlandstalige patiënt een beroep op de mobiele urgentiegroep (MUG) of de spoeddienst van een ziekenhuis, dan wordt het nog moeilijker om een Nederlandstalige dienstverlening te garanderen. Juist op een moment dat het zo belangrijk is om te kunnen communiceren en het cruciaal is om een goede anamnese te stellen.

Bij collocatie of gedwongen opname is het hemeltergend. Nederlandssprekende patiënten worden in acute psychische nood - van psychose tot dreiging tot zelfmoord - frequent doorverwezen naar Franstalige psychiatrische afdelingen. Meermaals werd dokter Luc D'Hooghe, als huisarts, door desbetreffende ziekenhuizen opgebeld om tussen te komen bij een onbepaalde patiënt die door frustratie onhandelbaar werd.

Specifiek voor doorverwijzing in belangrijke levensfasen, zoals zwangerschap, bevalling en postnatale periode, is buiten het UZ Brussel, de Europa Ziekenhuizen en Kliniek Sint-Jan de zorgverlening quasi eentalig Frans. In deze zeer belangrijke fase voor aanstaande en jonge ouders is het totaal niet meer vanzelfsprekend om dienst- en hulpverlening in het Nederlands te vinden voor ouder en kind. De aanwezigheid van Kind en Gezin aan bed wordt in vele ziekenhuizen geweigerd, desnoods getolereerd. Het wordt ook door Kind en Gezin zelf te weinig ingevuld en overgelaten aan het ONE (Office de naissance et de l'enfance). Op lokaal vlak is er geen samenwerking, noch doorverwijzing tussen Kind en Gezin en ONE. Daarenboven vermindert Kind en Gezin het aantal consultatieplaatsen binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, terwijl nabijheid juist zo belangrijk is.

Het gespecialiseerde kankercentrum Jules Bordet Instituut (bicommunautair, verplicht tweetalig) is verhuisd naar de site van Erasmus (een eentalig unicommunautair universitair centrum). Tweetaligheid was er al niet en zal zeker verder niet gegarandeerd worden.

Buiten de VUB zijn alle *intensive care* afdelingen eentalig Frans en mag men van geluk spreken als er een Nederlandssprekende verpleegkundige van dienst is. Zich niet verstaanbaar kunnen maken in zo'n precaire situatie is erg. Tijdens de coronapandemie werd dit pijnlijk duidelijk zowel in Saint Michel als in het Molière ziekenhuis.

Veel Nederlandstalige patiënten kiezen voor een revalidatie in Vlaanderen. In Brussel kan enkel Scheutbos nog door de beugel.

- Communicatie

In 2000 bracht de BHAK, zoals reeds gezegd, een studie uit over de kwaliteit van de communicatie tussen ziekenhuizen en huisartsen. Daaruit bleek duidelijk dat de huisartsen een preselectie doen van de ziekenhuizen en de artsen bij doorverwijzing van hun Nederlandstalige patiënten. Echter bij opname of interne doorverwijzing is de taal zeker verder niet gegarandeerd.

In veel ziekenhuizen is het intern verboden dat Nederlandstalige stagiairs of specialisten hun nota's in de taal van de patiënt opstellen. Het eindverslag wordt dan ook meestal in het Frans naar de huisarts gestuurd. Van het Iris Ziekenhuis Molière-Longchamp moet dokter Luc D'Hooghe de allereerste Nederlandstalige brief nog krijgen.

Zowel patiënten als hun artsen kunnen hun medisch dossier inkijken via het Brussels Gezondheidsnetwerk (Abrumet). Dit is een Brussels netwerk voor het uitwisselen van informatie, verbonden met alle Belgische ziekenhuizen, waar bepaalde medische documenten van patiënten worden verzameld. De patiënt heeft het recht om zijn gezondheidsdocumenten te lezen die door ziekenhuizen worden gedeeld. Natuurlijk lukt dat enkel als dat dossier wordt opgemaakt in de taal van de patiënt.

Hetzelfde geldt voor de Sumehr (Summarized Electronic Health Record). Het is een minimale dataset die een arts nodig heeft om de medische toestand van de patiënt in enkele minuten te kunnen evalueren en zo de continuïteit van de zorg te kunnen garanderen. De dataset bevat een samenvattend gezondheidsdossier, het medicatieschema en de vaccinatiegegevens. Ook dit kan de patiënt uitlezen op *mijngezondheid.be*. Op een interpellatie over de gehanteerde taal antwoordde Abrumet de spreker op 27 oktober 2021: *“gedeelde documenten moeten inderdaad in de moedertaal zijn van de patiënt die ze leest... we kunnen erover praten met ziekenhuizen als de gelegenheid zich voordoet”*.

Wettelijk kader

Alle afspraken worden systematisch uitgehold, niet nageleefd, en dit zonder enige sanctie. De taalwetgeving bestaat sinds 1963. Het taalhoffelijkheidsakkoord dateert van 1996. De procedure bij de Vaste Commissie voor Taaltoezicht is te omslachtig en zonder effect. Schorsingen, de rol van de vice-gouverneur, worden zeldzaam doorgevoerd en blijven zonder gevolg.

Daarenboven is de Brusselse overheid er tweemaal in geslaagd contraproductieve maatregelen te nemen. In 1993 bij de herstructurering van de OCMW-ziekenhuizen werd de Iris Koepel opgericht. Gezondheidszorg is Gemeenschapsmaterie en toch werd deze Iris Koepel niet ondergebracht in de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), maar valt ze onder Gewestbevoegdheid. De voornaamste reden daarvoor was dat er binnen de GGC paritair beslist moet worden. Deze pariteit geldt niet voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, wat machteloosheid impliceert voor de Vlaamse Gemeenschap.

In 2021 kwam de netwerkvorming tussen de algemene ziekenhuizen en een universitair ziekenhuis (tweede- en derdelijn) tot stand. Door de verplichte samenwerkingsverbanden werden er in Brussel 2 ziekenhuisnetwerken opgezet. Geen enkele daarvan voorziet in een samenwerking met regionale Nederlandstalige universitaire centra: noch met de VUB, noch met de KU Leuven. Zo is er Chorus, een netwerk dat volgende ziekenhuizen omvat: het eentalig Frans universitair ziekenhuis Erasme ULB, een Waals-Brabants ziekenhuis, alle (verplicht tweetalige bicommunautaire) OCMW-ziekenhuizen, Jules Bordet Instituut, en de CHIREC-groepering. Het tweede netwerk, H.uni, wordt gevormd rond de UCL, een eentalig Frans universitair ziekenhuis Saint Luc, met terug een Waals-Brabants ziekenhuis in Ottignies en de (bicommunautaire, dus in principe tweetalige) Europa Ziekenhuizen en Kliniek Sint-Jan.

Hoe kan men binnen die netwerken bij interne doorverwijzing van bicommunautaire naar eentalige instellingen de taal van de patiënt eerbiedigen? Dit heeft ook repercussies op het werven van artsen in opleiding uit KU Leuven, UGent, UAntwerpen en VUB. Welke garanties zijn er op opleidingsplaatsen voor Nederlandstalige studenten uit Nederlandstalige universiteiten binnen deze netwerken? Voormalig federaal minister van Volksgezondheid Maggie De Block drong indertijd aan dat de VUB enkel een netwerk met ziekenhuizen in

Vlaanderen zou realiseren (met Aalst en Halle). Wat was daarvoor de reden? En wat deed Vlaanderen? De brieven van de BHAK en van de Van Helmontgilde bleven zonder antwoord. Zelfs de rector van de KU Leuven antwoordde nietszeggend.

Waar blijft de toepassing en de controle van de taalwetgeving in dit geheel? Nederlandssprekenden zijn aldus gedoemd zich te laten verzorgen in een Franstalig netwerk.

Oplossingen

1. Iedere patiënt heeft best zijn eigen huisarts waardoor er een gerichtere doorverwijzing kan gebeuren voor geplande zorg. Maar minder dan 50 % van alle Brusselse patiënten hebben een vaste huisarts.

Er is daarenboven in bepaalde delen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een tekort aan of afwezigheid van Nederlandstalige huisartsenpraktijken door pensionering of overlijden (Ukkel, Watermaal-Bosvoorde, Elsene, Haren en straks Vorst).

Het aantal Nederlandstalige huisartsen is wel gestegen naar 139 momenteel. Er zijn echter minder Nederlandstalige praktijken. De jonge huisartsen groeperen zich in grotere entiteiten, zoals medische huizen. Het beroep is sterk vervrouwelijkt en veel huisartsen werken deeltijds. Het aantal artsen van 65 jaar en ouder dat nog beroepsactief is, is bijna even groot als het aantal artsen in de leeftijdscategorie 45 tot 54 jaar. Dat betekent dat een grote groep artsen de komende 10 jaar met pensioen gaat.

Welke maatregelen moeten er genomen worden zodat de eerstelijns niet uitvalt? Er moet duidelijk ingezet worden op het verhogen van het aantal studenten huisartsgeneeskunde ten opzichte van het aantal specialisten. Er moet een reglementering van de vestiging van huisartsen overwogen worden, zoals voor apothekers en notarissen. Kleine entiteiten van 3 tot 4 artsen in elke gemeente zijn te verkiezen boven 1 arts of boven enkele grotere medische huizen met 13 of 14 artsen.

2. Pro Medicis Brussel moest destijds fuseren met het Huis voor Gezondheid. Het aantrekken van Nederlandssprekende verzorgenden werd voor hen geen speerpunt. PMB was erin geslaagd meerdere stageplaatsen te laten erkennen bij Nederlandstalige huisartsen wat ertoe geleid heeft dat het aantal Nederlandstalige artsen in opleiding toenam en er daarvan een groot aantal op hun ex-stageplaats gebleven zijn. PMB probeerde ook door die stages het negatieve imago over Brussel te counteren.

Het is hoogst noodzakelijk dat het Huis voor Gezondheid daar opnieuw actief een punt van maakt. Afspraken tussen ziekenhuizen en de 4 Vlaamse faculteiten geneeskunde en de hogescholen zijn noodzakelijk om gegarandeerde stageplaatsen te hebben. Tegelijkertijd taallessen aanbieden en hun verblijf in Brussel faciliteren kan drempelverlagend werken. Talenkennis in Brussel verleent toegang tot een zeer groot, divers en internationaal publiek, wat een meerwaarde is. Bijzondere aandacht zou moeten gaan naar de studenten die nu reeds in Brussel les volgen. Te weinig van hen blijken daarna in Brussel hun beroep uit te oefenen.

3. Het inbouwen in de opleiding van artsen, verpleegkundigen en kinesisten van taallessen binnen de universitaire centra en verpleegscholen, liefst verplicht, minimaal als keuzevak, lijkt de gastspreker essentieel. Inzetten op meertaligheid biedt een meerwaarde. Taal blijft een diagnostisch instrument zoals een stethoscoop.

4. Erasmusprojecten worden internationaal gestimuleerd. Waarom ook niet binnen België? Niet alleen de uitwisseling met andere landen maar zeker ook binnen België, tussen de 3 Gemeenschappen, is een meerwaarde voor de medische opleiding. Rotaties tussen de verschillende universiteiten en Gemeenschappen verruimen de medische en technische benadering en zou de meertaligheid een *boost* geven. Tegelijkertijd kan dit leiden tot een mentaliteitswijziging: “*het beter leren kennen en begrijpen van je burens*”. Het Prins Filipsfonds ondersteunt dit reeds voor scholen uit het lager en secundair onderwijs. Waarom dit niet uitbreiden naar de hogescholen en universiteiten?

5. Het Huis van het Nederlands met zijn 55 medewerkers levert reeds jaren prachtig werk. In 2019 werden vooral in de privéziekenhuizen taallessen georganiseerd. Maar in hoeverre wordt de taalkennis binnen de ziekenhuizen verder gestimuleerd? De gastspreker vermeldde reeds het verbod om Nederlandstalige rapporten op te maken. Wat is de *outcome* van die taallessen? Wat moet er nog meer gebeuren zodat die kennis actief wordt gebruikt in de ziekenhuizen?

Slechts een 30-tal huisartsen op een totaal van 1.467 aangesloten bij de wachtdienst GBBW volgden lessen Nederlands. Welke stimulans kan hier helpen om het aantal tweetalige wachtartsen in Brussel te verhogen?

Moet dat echter betaald worden door de Vlaamse Gemeenschap? Dat lijkt de spreker een taak voor de GGC, met zo nodig ook lessen medisch Frans voor Nederlandstalige verzorgenden. Wanneer zal de GGC zich positief bezighouden met de tweetaligheid in de zorg?

6. Het is uiterst belangrijk dat de documenten van het Abrumet-netwerk, of minimaal de besluiten, verstaanbaar zijn voor de patiënt, dat wil zeggen opgesteld zijn in de moedertaal Nederlands of Frans. Er moet bij Abrumet worden op aangedrongen dat ze dit prioritair bespreken met de betrokkenen, ziekenhuizen en artsen, en benadrukken op hun websites.

7. Het bicommunautaire karakter van de ziekenhuisnetwerken moet dringend gegarandeerd worden, zo niet wordt eentaligheid erin gebetonneerd. Waarom geen verplichting dat zowel de VUB in het Chorusnetwerk, als de KU Leuven in het netwerk van Saint Luc worden opgenomen?

8. Een mentaliteitswijziging is noodzakelijk of zelfs sanctionering. Ondanks alle wetten, akkoorden en afspraken is er weinig vooruitgang, vooral in de publieke sector. Dr. Luc D’Hooghe kan nog steeds niet begrijpen dat Franstalige collega’s zonder verpinken een Nederlandstalige patiënt niet willen of kunnen begrijpen of aanspreken in zijn of haar taal.

In hoeverre kan een tweetaligheidspremie soelaas bieden? Zonder een degelijk examen op niveau bij Selor en een mentaliteitswijziging blijft het een lachertje. Het is dringend nodig dat deze mentaliteitswijziging wordt uitgedragen door de politieke partijen. Het is aan de PS, Ecolo, Défi, MR en Les Engagés om als eersten de afspraken correct na te leven. Het is aan de politieke partijen om een positief samenlevingsbeeld voorop te stellen zodat er een positieve mentaliteit tussen de Gemeenschappen wordt gestimuleerd. Dat zal automatisch het aanleren van de tweede landstaal bevorderen.

9. Politieke belangstelling voor dit probleem is essentieel. Binnen de huidige Brusselse Hoofdstedelijke Regering is minister Sven Gatz bevoegd voor Openbaar ambt en via de GGC ook voor de ziekenhuizen. Daarnaast is hij ook bevoegd voor de meertaligheid in Brussel (Frans, Engels en als laatste Nederlands). Het zou een meerwaarde zijn om de *incentives* voor het leren van de tweede taal in Brussel, zowel Frans voor Nederlandstalige zorgverstrekkers

als Nederlands voor Franstaligen, in kaart te brengen en zo nodig te versterken. Dat past binnen zijn functie ter bevordering van de meertaligheid.

Brussels minister Elke Van den Brandt is onder meer bevoegd voor Gezondheid binnen de GGC maar heeft die bevoegdheid jammer genoeg volledig overgelaten aan Brussels minister Alain Maron, haar Franstalige evenknie bij Ecolo. De BHAK zou graag zien dat Elke Van den Brandt meer aandacht schenkt aan de tweetalige gezondheidszorg. Dit is een dringende oproep aan beide ministers om hun bevoegdheid rond gezondheidszorg op te nemen zodat een kwaliteitsvolle tweetalige zorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest kan worden gegarandeerd.

10. En Vlaanderen, laat Vlaanderen Brussel los? Vlaanderen betaalt graag (1,5 miljard euro per jaar voor Onderwijs, Welzijn en Gezondheid), maar ziet weinig toe op de besteding van dit geld en op de zorg voor zijn Nederlandssprekende inwoners, behorend tot de Vlaamse Gemeenschap. Nu Brussel een eigen Gewest is, blijkt het geïsoleerd te worden, denk aan de ziekenhuisnetwerken. Graag kregen de Brusselse huisartsen duidelijk zicht op het beleid en de bedoelingen van de Vlaamse Gemeenschap voor zijn Nederlandstalige onderdanen die toevallig in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen. Het is nu het moment om het over de toekomst van de Vlaamse ziekenzorg te hebben in dat Gewest. Als er een nieuwe staatsvorming komt, op vraag van de financieel noodlijdende Franstalige partijen, moet Vlaanderen voorbereid zijn.

De spreker hoopt dat deze hoorzitting terug wat animo kan brengen in dit meer dan 30 jaar oude verhaal.

2. Uiteenzetting door prof. dr. heer Marc Noppen, CEO UZ Brussel

Prof. dr. Marc Noppen, CEO UZ Brussel, voelt zich als CEO van een unicommunautair, Vlaams ziekenhuis in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een beetje een vreemde eend in de bijt. Hij heeft een tijd gewerkt in de Franstalige gezondheidszorg in Montréal. Opvallend was dat iedereen in de zorg er tweetalig was of er was op zijn minst de garantie dat een patiënt in zijn taal werd opgevangen. Dat is een groot verschil met wat hij hier meemaakt.

Een van de achterliggende redenen voor dit verhaal is de zeer complexe organisatie van ons land en in het bijzonder van de gezondheidszorg. Prof. dr. Marc Noppen stelt een vereenvoudigd schema voor van de organisatie van de gezondheidszorg in België. Vriend en vijand is het erover eens dat er na de Zesde staatsvorming aan een nieuw model gewerkt moet worden. De vreemd versnipperde bevoegdheden moeten op een logische, medisch verantwoorde en in het belang van de patiënt aanvaardbare manier gereorganiseerd worden. Het gevolg van de complexe staatsstructuur heeft parten gespeeld in crisismomenten (Covid-19). Het is moeilijk om met 8 ministers en 1 staatssecretaris een coherent, krachtig, snel en doelmatig beleid te voeren. Hij hoopt dat daaruit lessen getrokken worden.

Ook de *governance* van Brussel is zeer complex. Naast het Gewest zijn er de Gemeenschappen, de 19 gemeenten, de 6 politiezones, 248 wijken enzovoort en uiteindelijk is het slechts een middelgrote Europese stad. Wel een met bijzonder kenmerken: na Dubai de meest internationale stad en een vreemde stad die eigenlijk niet bestaat. Hij komt daar zo meteen op terug.

De vorige spreker heeft het al uitvoerig over de taalwetgeving gehad. Prof. dr. Marc Noppen houdt van *evidence* en realiteiten. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de 19 gemeenten, dat is politiek Brussel, maar elke parameter toont een andere realiteit. Honderdduizenden mensen uit Vlaanderen en Wallonië komen in Brussel werken en zullen er vaak ook op een bepaald moment zorg nodig hebben. Het Nederlandstalige UZ Brussel, gelegen op de Rand van Brussel, heeft ongeveer 40 % patiënten uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 60 % uit de rest van het land (vooral uit de Rand) en zelfs daarbuiten. Dat geldt ook voor het Erasme ziekenhuis, het Saint Luc ziekenhuis en de Brusselse ziekenhuizen die ook patiënten van buiten het Gewest hebben. Er is dus een enorme mobiliteit, een socio-demografische realiteit die men niet kan ontkennen. Die stopt niet aan de grenzen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Daar moet een oplossing voor gevonden worden.

Daarnaast is er nog het economische, metropolitane verhaal met de luchthaven, de grote Rand rond Brussel. Het is een soort schizofrene situatie. De internationalisering van de hoofdstad(regio) is enorm toegenomen. Vijftig jaar geleden was het denkkader over de Brusselse bevolking de tegenstelling Vlaams-Frans, maar nu is er nog slechts een minderheid van Brusselse inwoners die als moedertaal Frans of Nederlands heeft. Hij stelt ook vast dat de *lingua franca* in heel wat Brusselse cafés Engels geworden is. Men zoekt de tegenstelling niet meer, dat is ook een realiteit.

Prof. dr. Marc Noppen gelooft in *evidence based medicine* en management. De vorige spreker haalde reeds een simpele realiteit aan: de arts-patiënt-communicatie in dezelfde taal verbetert de medische *outcome*. Daar draait het om: wat is het beste voor de patiënt. Ook in andere landen speelt dat probleem. Hij geeft het voorbeeld van Stockholm, een stad met heel veel anderstalige immigranten. Onderzoek toonde aan dat de kwaliteit van de opvang van de cardiovasculaire patiënten in het Karolinska ziekenhuis achteruitging door voornamelijk communicatieproblemen. De patiënt kon zich niet goed verstaanbaar maken ten aanzien van de hulpverlener en omgekeerd. Dat verband wordt door tientallen papers aangetoond. Het is voor de gastspreker de belangrijkste boodschap in dit verhaal: denk in termen van kwaliteit van zorg.

Bovendien is er ook zoets als respect, gezond verstand en goede manieren. Het charter van het UZ Brussel, Kenmerken van onze zorg, punt 3, bepaalt dat het ziekenhuis Nederlandstalig is en dus meertalig. De voertaal en administratieve taal is het Nederlands. Maar de patiënt wordt in zijn taal opgevangen. Het UZ maakt daar een punt van. Het UZ geeft trouwens lessen medisch Frans voor studenten. De gastspreker heeft zelf 35 jaar geleden een jaar in een Franstalig ziekenhuis gewerkt, een echt taalbad. Het verbreedt de horizon en laat je toe om in het UZ Brussel de Franstalige patiënt in het Frans medisch op te vangen. Dat is een enorme meerwaarde en een teken van respect.

Hij vertelt het schrijnende verhaal van een Nederlandstalige dame met een acuut medisch probleem die overleden is zonder dat haar vraag om Nederlandstalige opvang ingewilligd geworden is en zonder dat familie op tijd verwittigd was. Ze was opgehaald door de dichtstbijzijnde MUG van het Erasme Ziekenhuis. Degenen die hier op deze hoorzitting aanwezig zouden moeten zijn, zijn er niet. De aanwezige collega's doen hun best om zoveel mogelijk de principes van tweetaligheid te volgen. De gemiddelde wielrenner of voetballer die in een Vlaamse ploeg terechtkomt, spreekt na een jaar redelijk Nederlands. De professor begrijpt niet dat iemand die 9 of 12 jaar gestudeerd heeft er niet in slaagt om een minimum aan respect voor zijn patiënten te tonen.

Prof. dr. Marc Noppen gelooft veeleer in het goede voorbeeld geven, *nudging* en belonen, dan in een repressief systeem. De ervaring leert dat dat toch niet helpt. Hij is een voluntarist. Gezien de enorme internationalisering van Brussel gelooft hij dat ook eentalig Franstalige geneeskunde niet meer houdbaar is. Er moet goed nagedacht worden hoe men dat aanpakt.

Dr. Luc D'Hooghe had het over de netwerkwerkvorming onder toenmalig federaal minister van Volksgezondheid Maggie De Block. Prof. dr. Marc Noppen heeft destijds aan de minister gevraagd of ze het logisch vond dat universitaire ziekenhuizen deel moeten uitmaken van een locoregionaal ziekenhuisnetwerk, tweedelijnszorg dicht bij de burger. De universitaire ziekenhuizen vonden het vreemd dat zij verplicht deel moesten uitmaken van een dergelijk netwerk. Als het dan toch moest, was zijn 2^{de} vraag of ze deel konden uitmaken van 2 netwerken: 1 in de grote Vlaamse Rand (waarvan 60 % van de patiënten afkomstig was) en 1 in Brussel (goed voor 40 % van de patiënten). Dat beantwoordde aan een socio-demografische realiteit. Dat was echter onbespreekbaar om onbekende redenen. Het UZ Brussel moest dus kiezen. Als Vlaams ziekenhuis verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel was het logisch dat het voor een Vlaams ziekenhuisnetwerk gekozen heeft. Hij had echter graag tot 2 netwerken behoort omdat dat in het belang van de patiënt is.

De gastspreker concludeert dat er nog veel werk is. Een aantal pistes voor oplossing werden door de vorige spreker aangebracht. Men moet met iedereen rond de tafel gaan zitten. Dergelijke schrijnende situaties als in het verhaal zijn vandaag de dag onaanvaardbaar.

3. Uiteenzetting door de heer Peter Fontaine, algemeen directeur en voorzitter Directie Comité Europa Ziekenhuizen

De heer Peter Fontaine sluit zich aan bij prof. dr. Marc Noppen: de ziekenhuizen die hier aanwezig zijn, doen in Brussel een inspanning om meertalig te zijn. De andere zijn afwezig. Hijzelf woont in Brugge en werkt sedert 5 jaar in Brussel. Hij ontdekt Brussel als een meertalige omgeving waarin hij zorg probeert te organiseren.

De Europa Ziekenhuizen zijn 2 sites in het centrum van Brussel, 1 in Ukkel en 1 in Etterbeek, en een polikliniek in Waterloo. De Europa Ziekenhuizen beschikken over ongeveer 700 bedden. Ze hebben een historiek als meertalige instellingen.

De Europa ziekenhuizen, privé ziekenhuizen, zijn niet gebonden aan dezelfde taalwetgeving als de openbare ziekenhuizen. Uiteraard moeten patiënten die op de spoeddiensten aankomen in hun eigen taal bediend worden. Los van die wetgeving proberen de Europa Ziekenhuizen er alles aan te doen om de twee- en meertaligheid zoveel mogelijk te verzekeren.

Volgens de taalbarometer van BRIO over de talenkennis was er in 2018 een sterk overwicht van het Frans in Brussel. Het Nederlands als talenkennis gaat sterk achteruit. De 2^{de} gesproken taal in Brussel is het Engels. Ook voor de thuistaal staat het Frans op de eerste plaats, het Nederlands daalt. Daarnaast is er een groep van ongeveer 10 % die echt tweetalig Frans-Nederlands is. De heer Peter Fontaine stelt dat ook vast in de Europa Ziekenhuizen. Er is een groot verschil tussen personen die perfect tweetalig opgevoed zijn en personen die niet tweetalig opgevoed zijn. Een taal leren, vraagt heel wat inspanning, zeker als men ze niet in het onderwijs heeft meegekregen. Men haalt nooit meer het niveau van de mensen die tweetalig opgegroeid zijn.

Van de Brusselse ziekenhuizen hebben de Europa Ziekenhuizen een marktaandeel van ongeveer 11 % in Brussel. Er zijn ook patiënten vanuit Wallonië en Vlaanderen. De kaart met de marktaandelen van de Brusselse ziekenhuizen bevestigt de grote mobiliteit. Inwoners uit de Vlaamse Rand of Wallonië komen ook in de Europa Ziekenhuizen terecht wegens het aanbod, maar ook ten gevolge van de mobiliteit. Wie in Brussel iets overkomt, komt in een Brussels ziekenhuis terecht.

De tabel met de evolutie van het taalgebruik van de patiënten in de Europa Ziekenhuizen vastgelegd in het administratieve systeem, toont aan dat ongeveer 10 jaar geleden nog 10 % van de patiënten als moedertaal het Nederlands hadden, terwijl dat in 2021 nog 6 % is; 89 % van de patiënten is Franstalig; dat is slechts licht gestegen. Het Engels is sterk vooruitgegaan: van 1 naar 4 %.

Van het personeel is 24 % van de artsen, 18 % van de verpleegkundigen, en 16 % van de niet-verpleegkundigen (vaak een lager opleidingsniveau) Nederlandstalig. In het totaal is niet 1 op 5 medewerkers van oorsprong Nederlandstalig.

Bij de ombudsdienst van de Europa Ziekenhuizen komen een 10-tal klachten per jaar binnen over het gebruik van taal: 10 over het Nederlands, 1 over het Frans.

In het algemeen proberen de Europa Ziekenhuizen sterk in te zetten op tweetalige onthaalmedewerkers. Voor verpleegkundigen ligt dat moeilijker omdat men geen selectie meer kan maken door een tekort aan verpleegkundigen. De cijfers voor de afdeling radiotherapie bewijzen ook dat tweetaligheid mogelijk is, in samenwerking met het ziekenhuis van Halle. Uit de jaarlijkse tevredenheidsenquête blijkt dat elke patiënt in zijn moedertaal onthaald wordt.

In de Europa Ziekenhuizen heeft ongeveer een vierde van het personeel ouder dan 56 het Nederlands als moedertaal. Bij de jongere medewerkers daalt hun aantal systematisch behalve de laatste jaren, toen er ook expliciet inspanningen gedaan werden. De Europa Ziekenhuizen proberen bewust ook Nederlandstalig personeel aan te trekken, wat niet evident is.

De kennis van de 2^{de} landstaal is een andere kwestie. Er worden taaltesten afgenomen. De taaltesten Nederlands bij de Franstaligen tonen aan dat het niveau van het Nederlands van de Franstaligen lager is dan het omgekeerde. Het niveau van het Frans van de Nederlandstaligen is beter. Dat vergt voor de Europa Ziekenhuizen een extra inspanning. Deze cijfers kunnen vertekend zijn. Het gaat eigenlijk om mensen die al interesse hebben om een in het ziekenhuis georganiseerde opleiding in de andere landstaal te volgen. Er werd afgesproken om dergelijke taaltesten te doen bij elke werknemer.

Ook in de Europa Ziekenhuizen worden heel veel talen gesproken: 35. Die mogelijkheid wordt ook benut. Als er anderstalige patiënten binnenkomen, kan er altijd 1 van de verpleegkundigen opgeroepen worden die de taal van de patiënt machtig is.

Van de medewerkers heeft 82 % de Belgische nationaliteit. Van hen zou men eigenlijk mogen verwachten dat ze beide landstalen kennen. Werknemers van een andere nationale nationaliteit die een 2^{de} taal spreken, spreken in de eerste plaats Frans, zeker niet het Nederlands.

De Europa Ziekenhuizen is de enige ziekenhuiskoepel in Brussel dat de tweetaligheid volledig verankerd heeft in zijn beheersstructuur. Dat is niet evident. Dat betekent dat zowel in de algemene vergadering, in de raad van bestuur, in de medische raad en in de ondernemingsraad de helft Nederlandstaligen en de helft Franstaligen zitting hebben. Bij de verkiezingen worden kandidaten verkozen uit 2 afzonderlijke groepen: een Nederlandstalige en een Franstalige. Dat is niet zo evident want de verdeling in de realiteit is volledig anders. In de medische raad en de ondernemingsraad wordt zo een relatief zwaarder gewicht gegeven aan de Nederlandstaligen. Tot op vandaag wordt dat aanvaard. Af en toe komt het toch eens ter sprake.

Alle verslagen, documenten en voorbereidingen van de raden zijn tweetalig. Alle communicatie in het ziekenhuis is in principe tweetalig. Op het terrein is dat zeer moeilijk. Alle teksten moeten vertaald worden, wat heel wat inspanningen vergt. In de systemen zijn de documenten in de eerste plaats opgemaakt in het Frans. Daar komt dan terecht reactie op. Anderzijds vraagt het een hele grote inspanning om de hele werking van het ziekenhuis systematisch in de beide landstalen te doen.

Ook externe communicatie wordt steeds in beide landstalen gevoerd, eigenlijk in 3 talen. Tegenwoordig wordt daar ook het Engels bijgenomen.

Hij sluit zich aan bij prof. dr. Marc Noppen over de netwerkvorming. De 1^{ste} gesprekken daarover vonden plaats samen met Kliniek Sint-Jan en Halle. Uiteindelijk is er geen enkel Vlaams ziekenhuis dat op een of andere wijze in een Brussels ziekenhuisnetwerk zit. Het mag zelfs niet. Halle was een logische keuze geweest omdat het vlakbij de Europa Ziekenhuizen gelegen is en er veel samenwerkingsverbanden zijn.

Ondanks het feit dat er in het netwerk waartoe de Europa Ziekenhuizen behoren, een Waals ziekenhuis zit (Saint-Pierre in Ottignies), is er in het netwerk afgesproken dat de beheersstructuren tweetalig zijn. Dat wordt ook gerespecteerd. Dat betekent nog niet dat men erin slaagt om ook Saint Luc tweetalig te maken.

De Europa Ziekenhuizen hebben een duidelijk taalbeleidsplan. Er is ook een taalwerkgroep. In de schoot van de raad van bestuur is er een meertaligheidcommissie om de meertaligheid te bewaken. De Europa Ziekenhuizen beschikken slechts over een taalcoach, gesubsidieerd door de GGC. De ziekenhuizen organiseren zelf taallessen en taaltesten die afgenomen worden in samenwerking met een extern bureau. Er worden *incentives* gegeven aan het personeel als ze een bepaald niveau van de andere landstaal behalen. Momenteel is dat een gsm-abonnement. Er zijn heel wat samenwerkingsverbanden met het Huis van het Nederlands om ervoor te zorgen dat de ziekenhuizen de tweetaligheid ondersteunen.

Op het vlak van rekrutering probeert men rekening te houden met de taalkennis, maar als men tegenwoordig een verpleegkundige vindt dan neemt men die aan los van de taalkennis.

Heel wat kosten van dit taalbeleid worden niet gesubsidieerd en worden door het ziekenhuis gedragen. Een deel van de loonkosten voor de taalcoach is gesubsidieerd, alsook een deel van de taallessen. De tijd die de medewerkers aan taallessen besteden, is niet volledig gesubsidieerd. De zeer grote vertaalkosten worden op geen enkele manier gesubsidieerd. De subsidievoorwaarden zijn te restrictief. De taalopleidingen worden gesubsidieerd maar slechts tot op een bepaald niveau. Iemand met een masterdiploma kan geen aanspraak maken op

gesubsidieerde taallessen. Het ziekenhuis moet dus zelf de kosten dragen voor de opleidingen van de kaderleden en voor de artsen.

De rekrutering is problematisch. Nederlandstalige verpleegkundigen komen steeds minder naar Brussel. Er is zeer veel verloop in de sector. Vroeger was er een directe band met een school voor verpleegkundigen. Nu die er niet meer is, is het veel moeilijker om Nederlandstalige stagiairs-verpleegkundigen aan te trekken. Dit is nochtans een zeer belangrijke rekruteringsbasis voor de toekomst. Op die manier brokkelt de rekrutering langzaam af.

Het Nederlands is niet de 2^{de} taal in het Franstalig onderwijs. Een Nederlandstalige heeft minstens de basis Frans gekregen in het onderwijs. Ongeveer 80 tot 90 % van de medewerkers die zich aanbieden, zijn Franstalig of komen uit het Brussels onderwijs waar wel nog tweetalig onderwijs is. Dat geldt echter niet voor het onderwijs in Wallonië. Zeer velen hebben zelfs geen notie van het Nederlands, wat opleiding zeer moeilijk maakt. Het vergt zowel van het ziekenhuis als van de medewerkers een belangrijke inspanning. De heer Peter Fontaine werkt nu zelf 5 jaar in Brussel en geeft toe dat hij niet perfect tweetalig is. De andere landstaal in alle details beheersen, ook de medische terminologie, is niet evident.

Men botst ook op tegen IT-barrières. In een klein land als België zijn er weinig IT-leveranciers. Op dit moment is er nog slechts 1 systeem van patiëntendossier in België dat in beide landstalen kan functioneren: het systeem van ZORGI. Het systeem van de KU Leuven zou nu meertalig ontwikkeld worden. Ook het UZ Brussel werkt aan een systeem. Er is een verschil tussen systemen die in het Nederlands of in het Frans zijn opgesteld en systemen die in functie van de gebruiker *switcht* naar de andere landstaal. Sommige software komt in het Frans binnen en meestal is het onmogelijk om die in een Nederlandstalige versie te verkrijgen.

De heer Peter Fontaine vraagt dat de overheid de voorwaarden van subsidiëring zou herbekijken. Er is ook een verschil in de subsidiëring van privé en openbare ziekenhuizen die een inspanning doen. De privé ziekenhuizen krijgen vrij weinig middelen. Hij pleit voor een uitbreiding van de subsidiëring zodat iedereen waar nodig een taalbad kan krijgen.

De aantrekkelijkheid van Brussel voor de zorgverstrekkers moet verhoogd worden. Er wordt nog steeds een vrij negatieve beeldvorming over Brussel opgehangen. Dat stimuleert mensen uit Vlaanderen niet om in Brussel te komen werken. Daar is werk aan de winkel. Mobiliteitsproblemen zijn ook een belangrijke hinderpaal. Van Vlaanderen naar Brussel komen werken is niet evident.

Hij pleit ook om de samenwerking tussen Brusselse en Vlaamse ziekenhuizen te bevorderen. Hij heeft de indruk dat men steeds meer een muur optrekt. De netwerkvorming is daar een voorbeeld van. De Europa Ziekenhuizen staan in voor de oncologieradiotherapie voor de brede regio van Halle. Als men erop aanstuurt de specialiteiten binnen de eigen netwerken te organiseren - dat komt eraan -, dan zullen de patiënten uit Halle niet meer naar de Europa Ziekenhuizen doorverwezen worden. Dat betekent ook dat de tweetaligheid in de radiotherapie in de Europa Ziekenhuizen niet behouden kan blijven over zoveel jaar. Als er geen Nederlandstalige patiënten zijn, is er geen kans om het Nederlands te oefenen. Op een bepaald moment wordt dat een vicieuze cirkel.

Tot slot, vraagt de gastspreker zich af of het de taak is van het ziekenhuis om taalopleidingen te organiseren. Een ziekenhuis moet zorgen voor zorg en is geen onderwijsinstelling, geen

instelling die ervoor verantwoordelijk is om ervoor te zorgen dat 2.000 medewerkers beide landstalen machtig zijn. Desondanks doet het ziekenhuis dat wel, maar nooit echt op niveau. Dat zou op een heel andere manier geregeld moeten worden.

4. Uiteenzetting door de heer Alexandre Deschuymere, CEO Kliniek Sint-Jan

De heer Alexandre Deschuymere herkent volledig de situatie die de vorige spreker heeft geschetst. Kliniek Sint-Jan omvat 548 bedden in het centrum van Brussel. Op het vlak van taalbeleid is het ziekenhuis sterk geëvolueerd de laatste 30 jaar. Toen hij begon in Kliniek Sint-Jan was 90 % van het personeel Nederlandstalig. Dertig jaar nadien is nog 20 % van het personeel Nederlandstalig. Het bicommunautaire statuut en de meertaligheid is zeer belangrijk voor Brussel gezien de demografische evolutie. Het personeel moet zich er van bij de rekrutering van bewust zijn dat ze in een bicommunautaire omgeving binnenkomen. Ze maken dus een keuze om een inspanning te doen om tweetalig te worden.

Het ziekenhuis bestaat al meer dan 800 jaar in het centrum van Brussel, waar de gasthuiszusters Augustinessen van Brussel de zorg opnamen. Sedert een jaar maakt het ziekenhuis deel uit van het netwerk H.uni. Kliniek Sint-Jan heeft wel gevraagd dat het netwerk volledig tweetalig zou zijn, zeker vanaf het niveau van bepaalde bestuursorganen tot op het werkveld. De heer Peter Fontaine en de heer Alexandre Deschuymere zorgen ervoor dat de tweetaligheid gerespecteerd wordt.

In Kliniek Sint-Jan passeren meer dan 30.000 patiënten per jaar. Van de patiënten is 6 tot 10 % Nederlandstalig, maar het Nederlands is niet hun moedertaal. Het centrum van Brussel kent een zeer multiculturele bevolking waarvan de moedertaal meestal Arabisch of Turks is en meer en meer inwoners komen van de Oostbloklanden.

Het ziekenhuis telt 1.500 medewerkers en 300 artsen als zelfstandige. Op het vlak van de taalrol, wat niet overeenkomt met de taalkennis, is 23 % van de medewerkers Nederlandstalig. Dat verschilt sterk naargelang de afdeling; 21 % van de artsen is Nederlandstalig. Belangrijk is ervoor te zorgen dat er een pariteit is over de hele hiërarchische lijn. Dat is het geval op het vlak van het management: 63 % van de kaderleden is Nederlandstalig. In het departement zorg is 90 % van de kaderleden Nederlandstalig. Het is belangrijk dat er ook in de leidinggevende organen een pariteit is.

Bij de rekrutering wordt de talenkennis getest. Voor teamverantwoordelijken, diensthoofden en artsen wordt minimaal een B2-niveau gevraagd. Voor hoger en middelmanagement en directie wordt een C1-niveau gevraagd. Dat wordt ook gemonitord gedurende het jaar.

Kliniek Sint-Jan heeft het voorrecht om een subsidie te ontvangen voor een taalcoach die verantwoordelijk is voor het hele taalbeleid. Hij werkt een aangepast programma uit voor het personeel, gaande van functionele tweetaligheid op de verschillende afdelingen tot persoonlijke aanpak voor het voeren van specifieke gesprekken. Er wordt ook getoetst of er sprake is van een taalblokkage, wat zeker bij de Franstaligen voorkomt. Met hen moet er elke dag geoefend worden.

Omdat er nog weinig Nederlandstalige patiënten in het ziekenhuis komen, zijn er weinig oefenkansen. Daarom worden andere strategieën uitgewerkt. Men streeft naar paritaire afdelingen. Er wordt ook van iedereen op elke afdeling gevraagd om dagelijks oefeningen te

doen. Er wordt bv. 1 of 2 dagen per week samen Nederlands gepraat op een afdeling, bv. tijdens een Nederlandstalige briefing eventueel in aanwezigheid van de taalcoach.

Het ziekenhuis is voor 32 uur taallessen per persoon gesubsidieerd voor personeelsleden onder masterniveau. Hij ervaart dat als een beperking. Als men wil dat het ziekenhuis tweetalig blijft, is het belangrijk aan elk niveau taallessen te kunnen aanbieden. Men moet taallessen niet verplichten, maar aanbevelen, zodat het personeel beseft wat echt belangrijk is, namelijk dat de patiënt geholpen wordt in zijn eigen taal. Hoe kan men een anamnese doen als men de taal van de patiënt niet kent?

Er wordt geoefend in conversatielessen maar ook via privélessen voor bepaalde beroepsprofielen. De afgelopen 2 jaar met Covid-19 was het resultaat minder goed, maar dat geldt ook voor andere ziekenhuizen. Nu volgt zeker 10 tot 12 % van de medewerkers lessen binnenshuis, maar ook 30 % van de medewerkers volgen lessen buitenshuis. De lessen worden ook als prestatie erkend, dat is de *incentive* die men geeft.

De aanwezigheid van de taalcoach direct op het werkveld werkt goed. De connectie tussen de taalcoach en de diensten is zeer belangrijk. Ook overeenkomsten met hogescholen en universiteit zijn belangrijk. Kliniek Sint-Jan heeft een overeenkomst met 22 vormingsinstellingen zowel in Vlaanderen als in Wallonië. De stageplaatsen zijn *fiftyfifty* verdeeld volgens de taalgroepen. Het is belangrijk een evenwicht te houden in de stageplaatsen voor de 2 taalgroepen.

Alle communicatie in Kliniek Sint-Jan is tweetalig, zowel intern als extern. Zo blijven alle medewerkers ondergedompeld in een taalbad. Ook het partnerschap met het Huis voor Gezondheid en het Huis van het Nederlands is belangrijk. Men moet ook attent zijn voor alle mogelijkheden in Brussel, zoals het woordenboekje FR/NL/EN voor de ziekenhuizen om de zorgverstrekker te helpen, zodat ze de taal van de patiënt kunnen spreken. Er wordt gemonitord of de taal van de patiënt in het ziekenhuis gesproken wordt. Dat is essentieel.

Het tekort aan bepaalde zorgverstrekkers en specialiteiten van artsen is niet bevorderlijk bij het vinden van meertalig personeel. Toch klopt dat ook niet helemaal. Zes jaar geleden heeft het ziekenhuis een 50-tal verpleegkundigen gerekruteerd in Portugal. Ze kenden noch Frans noch Nederlands. Na 6 jaar is 50 % van hen volledig drietalig geworden door de geleverde inspanningen. Het is dus mogelijk.

De voertaal is sterk afhankelijk van de afdeling en de samenwerkingsverbanden. De afdeling dialyse werkt samen met het UZ Brussel en met Halle. Er moeten dus Nederlandstalige medewerkers gerekruteerd worden voor die afdeling zodat de patiënt zeker in zijn taal begeleid zal worden. Van de materniteit is 90 % Nederlandstalig, zelfs als de moedertaal van de medewerkers geen Nederlands of Frans is, want er zijn veel Nederlandstalige partnerschappen.

Om deze complexe taal te leren, is op de eerste plaats motivatie zeer belangrijk. Medewerkers die een nieuwe taal leren, verdienen veel respect, want het is niet altijd evident. Als men wil dat de mensen durven spreken, moet men hen ook die kans geven. Daarbij is motivatie belangrijk en niet controle. Men moet voor hen ook tijd vrijmaken om de taal te leren. Dat betekent niet altijd meer vrije tijd geven, maar tijd maken op het niveau van de afdeling zodat men het kan oefenen. Om te oefenen moet men het ervoor over hebben dat een briefing langer duurt. Na 3 tot 4 maanden kan men een positieve evolutie vaststellen.

Momenteel is de taalcoach voor 60 % gesubsidieerd. Idealiter zouden er 1 tot 2 voltijdse taalcoachen zijn, niet alleen voor het personeel dat op de betaalrol staat maar ook voor de zelfstandigen die ook recht hebben op lessen. Ook voor personeel met een hoger diploma dan bachelor zijn bijkomende mogelijkheden nodig. Een taalpremie kan interessant zijn, maar de heer Alexandre Deschuymere gelooft er niet altijd in. Zodra iemand de taalpremie behaald heeft, stopt de tweetaligheid. Hij gelooft meer in monitoring en continue *incentive*. Het is belangrijk om ook tijdens de hele opleiding het taalniveau te meten en niet alleen op het moment van de rekrutering. Goede voorbeelden en resultaten bekendmaken, werkt ook motiverend. Elk jaar wordt gepubliceerd hoeveel personeelsleden in het ziekenhuis een hoger taalniveau hebben behaald.

De heer Alexandre Deschuymere besluit dat de patiënt belangrijk is. Hij moet dus zeker in zijn eigen taal behandeld kunnen worden, van spoedgevallen tot de palliatieve zorgen, in elke context, ambulante of in een ziekenhuis. Tweetaligheid blijft een echte uitdaging. Ook de vertalingscel van het ziekenhuis heeft een hoop werk. Het is tevens belangrijk een tweetalige accreditatie te hebben voor het voltallige ziekenhuispersoneel.

5. Uiteenzetting door de heer Dirk Thielens, CEO Iris Ziekenhuizen

Volgens de heer Dirk Thielens gaan de Iris Ziekenhuizen ervan uit dat taal belangrijk is om de patiënt goed te kunnen behandelen.

De Iris Koepel bestaat uit 5 openbare ziekenhuizen op 11 ziekenhuissites: Brugmann en Sint-Pieter in het centrum, Iris Ziekenhuizen Zuid (in feite 4 ziekenhuizen), het Jules Bordet Instituut en het kinderziekenhuis UKZKF. De Iris Koepel beslaat ongeveer 1/3^{de} van de ziekenhuisbedden in Brussel en staat voor ongeveer een kleine 8.000 voltijds equivalenten. De verschillende spoedgevallen samen zijn goed voor ongeveer 258.000 patiëntencontacten. Ongeveer iedere Brusselaar komt minstens 1 keer terecht bij de Iris Ziekenhuizen; het aantal raadplegingen per jaar bedraagt 1.200.000.

De basistendensen die de vorige sprekers aangaven, zijn natuurlijk ook merkbaar bij de Iris Ziekenhuizen. Het aantal Nederlandstaligen bij het personeel daalt gestaag. Het aantal puur Nederlandstalige patiënten daalt ook. Deze tendens stelt men vast sedert 2006. Op dat moment zijn de Iris Ziekenhuizen gaan aankloppen voor subsidies voor privélessen voor het personeel op de spoedafdeling. Daarna werden bijkomend privé- en groepslessen gegeven voor het onthaal en vanaf 2009 hebben de Iris Ziekenhuizen in samenwerking met het Huis van het Nederlands een elektronische leeromgeving ontwikkeld, HOPITAAL genaamd. Het Huis van het Nederlands moet dat platform aan alle ziekenhuizen ter beschikking stellen. Het kent enkele problemen, maar die zijn op te lossen. Vanaf 2012 werd dat platform opengesteld voor al het personeel. De koepel heeft ook de tendens naar de meertaligheid gevolgd: Nederlands, Frans en Engels. Daarna werd het platform HOPITAAL geïntegreerd in de e-learning afdeling. Het platform wordt slechts gedeeltelijk gesubsidieerd. Als openbare ziekenhuizen hebben de Iris Ziekenhuizen beslist om alle middelen te groeperen en zelf een deel op te leggen om een globaal platform te kunnen uitwerken.

De Iris Ziekenhuizen bieden ongeveer hetzelfde taalopleidingsaanbod aan als de collega's van het Kliniek Sint-Jan. Er worden groepslessen georganiseerd, tijdens de werkuren, en privélessen voor de spoeddiensten voor zover mogelijk. Het betreft speciale lessen die kunnen dienen voor het personeel in hun dagelijkse werkomgeving: over de kalender, telefoongebruik, de lichaamsdelen... Prof. dr. Marc Noppen gaf het spijtige voorbeeld van

een patiënt die niet in het Nederlands behandeld werd in het Erasme ziekenhuis. Ongeveer 10 jaar geleden circuleerde er een video over een geval in een Iris Ziekenhuis waarbij een dokter oog verstonde in plaats van elleboog en het licht uitdeed. Hij hoopt dat dergelijke situaties niet meer voorvallen, maar geeft toe dat er nog moeilijkheden zijn.

De Iris Ziekenhuizen beschikken over een paar taaltrainers. Alle subsidies daarvoor werden gegroepeerd en de ziekenhuizen hebben er zelf nog bijkomend middelen aan toegevoegd. De heer Dirk Thielens is zich ervan bewust dat dit verre van voldoende is. Bij het begin van het schooljaar 2020-2021 bedroeg het aantal cursisten ongeveer 660. Er is een groot verloop. Tot 2018-2019 nam het aantal inschrijvingen bij het begin van het jaar gestaag toe. Natuurlijk is daar met Covid-19 een kentering in gekomen. Veel mensen verlaten de cursus in de loop van het schooljaar.

Velen van hen komen uit het Franstalig onderwijs en spreken geen jota Nederlands. Zij moeten dus van nul af aan opgeleid worden, wat zeer arbeidsintensief is en niet altijd de gewenste resultaten oplevert.

Zoals gezegd, is er veel uitstroom. Een belangrijk deel daarvan is te wijten aan de individuele werkdruk. Voor wat de aanwerving van zorgverstrekkers aangaat, is de 1^{ste} vraag niet: bent u twee- of drietalig, maar wenst u wel bij ons te komen werken en onder welke voorwaarden? De prioriteit ligt momenteel dus op voldoende handen op de werkvloer.

Tevredenheidsenquêtes wijzen uit dat de cursisten zeer tevreden zijn. De deelnemers aan de enquête zijn natuurlijk mensen die graag opgeleid willen worden. Voorlopig is de opleiding vrijblijvend, omdat de directie ervan uitgaat dat de stok niet echt werkt. Men opteert voor motivatie. De belangrijkste motivatie bij zorgverleners is goede zorg te kunnen verlenen en zich op een verantwoorde manier bezig te kunnen houden met de patiënt.

Er worden zowel cursussen beginners als elementaire kennis aangeboden in de 3 talen. Het gaat over ludieke spelletjes, e-learning met *serious gaming* enzovoort. De coronajaren hebben het gebruik van HOPITAAL echter geen goed gedaan.

De heer Dirk Thielens besluit dat de Brusselse ziekenhuizen die hier aan het woord geweest zijn ongeveer dezelfde problemen ondervinden en dezelfde oplossingen proberen te ontwikkelen. Het is duidelijk dat er een gigantisch gebrek is aan middelen voor taaltrainers en e-learning, ondersteuning enzovoort - die weliswaar onderling uitgewisseld kan worden. Een ander probleem is dat het personeel tijd moet hebben op de werkvloer. Het is niet evident om aan het personeel te vragen dat ze de opleiding thuis zouden volgen. De directie heeft gekozen voor *blended learning*, enerzijds, met een coach op de werkvloer, en anderzijds, een e-learning omgeving die toelaat om woordenschat te leren, video's te bekijken, het spreken te oefenen en fouten te corrigeren.

Voor een schets van de overige problemen verwijst hij naar de vorige sprekers.

6. Bespreking Vragenronde

Mevrouw Annabel Tavernier (N-VA) is verheugd dat deze hoorzitting eindelijk heeft kunnen plaatsvinden na veel uitstel door de coronacrisis. De prioriteiten lagen elders. Tegelijk heeft de coronacrisis ook een aantal pijnpunten blootgelegd in verband met het thema dat vandaag voorligt: tweetalige dienstverlening in de zorg. Tweetalige dienstverlening staat hoog

op de agenda van de N-VA-fractie. In 2022 zijn taalrechten nog steeds geen verworven rechten in Brussel. Zeker in de zorgsector is dat problematisch. Het gaat vaak over leven en dood. Het is een schande dat mensen in een acute noodsituatie niet geholpen worden in hun eigen taal. Zelfs Nederlandstaligen die een goed mondje Frans kennen, zijn niet vertrouwd met het medische vakjargon. Dat kan leiden tot misverstanden en een fatale afloop.

Volgens de N-VA-fractie moeten de Nederlandstaligen altijd kunnen rekenen op kwaliteitsvolle zorg in Brussel, wat impliceert dat ze geholpen worden in de eigen taal. Ziekenhuizen zijn daarin een noodzakelijke schakel, maar daar is nog steeds onvoldoende Nederlandstalige zorgverlening. Het commissielid dankt de sprekers voor hun grote engagement, maar er is nog steeds een probleem.

Zeker bij de spoeddiensten zou gegarandeerde tweetalige dienstverlening evident moeten zijn. Het commissielid heeft reeds herhaaldelijk cijfers en informatie opgevraagd, zowel bij voormalig Vlaams minister Wouter Beke van Welzijn en Volksgezondheid, als bij Vlaams minister Benjamin Dalle van Brussel. Daaruit blijkt dat tweetalige dienstverlening bij de spoeddiensten niet gegarandeerd wordt.

Daarbij moet niet alleen naar de ziekenhuizen gekeken worden maar ook naar het politieke niveau. Er is een duidelijk gebrek aan politieke wil bij de Brusselse Hoofdstedelijke Regering om deze problematiek ten gronde aan te pakken. Vlaanderen plaatst al decennia lang dit thema op de politieke agenda maar andere overheden hebben er nog nooit echt op gereageerd. Daardoor blijft de situatie van achterstelling bestaan. Dat geldt niet alleen voor de Vlamingen in Brussel maar ook voor de Vlamingen in de Rand. Ze worden vaak enkel in het Frans geholpen. Dat zet natuurlijk kwaad bloed. Vaak vragen patiënten om niet naar Brussel te worden gebracht. Volgens cijfers gegeven door de heer Peter Fontaine is het aantal Nederlandstalige patiënten gedaald van 10 naar 6 %. Misschien is dat ook het gevolg daarvan. Het gaat om een vicieuze cirkel.

Cijfers van het Vlaams Meldpunt Taalklachten in Brusselse ziekenhuizen van het afgelopen jaar laten een gevoelige stijging zien van geregistreerde klachten; 38 % van de klachten had betrekking op de dringende medische hulp. Meer dan de helft van de klachten had betrekking over de bicommunautaire ziekenhuizen. Hoe evalueren de sprekers deze cijfers en de toenemende aantal klachten over de gebrekkige Nederlandstalige dienstverlening?

In samenwerking met het Huis van het Nederlands en het Huis voor Gezondheid worden er in juni gratis webinars georganiseerd voor hulp- en zorgverleners in de Brusselse welzijns- en gezondheidssector. Mevrouw Annabel Tavernier gaat ervan uit dat de sprekers daar positief tegenover staan. Is dit de enige samenwerking met het Huis van het Nederlands? Zijn er nog andere initiatieven? Daarnaast bieden de ziekenhuizen zelf cursussen aan. Hoe reageren de zorgverleners zelf daarop? Hoeveel zorgverleners staan weigerachtig ten opzichte van het aanbod en hoe gaat de directie daarmee om?

Het aantal gemelde klachten is volgens het commissielid een onderschatting van de reële ontevredenheid. Veel mensen kennen het Meldpunt Taalklachten niet. Hoeveel klachten ontvangen de ziekenhuizen zelf en hoe volgen ze die op? Houden ze daar cijfers over bij? Welke lessen trekken ze eruit?

De heer Peter Fontaine had het over 10 taalklachten. Denkt hij dat het om een onderschatting gaat?

Een huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt en vertrouwenspersoon. Mevrouw Annabel Tavernier veronderstelt dat hij als eerste klachten hoort van patiënten als er sprake is van gebrekkige Nederlandstalige dienstverlening. Hoeveel % van de patiënten spreken dr. Luc D'Hooghe daarover aan?

Er zijn in Brussel ook nog steeds te weinig Nederlandstalige huisartsen. In 2019 waren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest slechts 155 huisartsen op de Nederlandse taalrol ingeschreven. Op 10 jaar tijd zijn er netto amper 23 huisartsen bijgekomen. Daarom voorzag de Vlaamse Regering vorig jaar in een subsidie van 200.000 euro voor de Brusselse Huisartsenkring om aan de capaciteitsbehoeften tegemoet te komen. Hoe werd deze subsidie onthaald en welke impact heeft ze gehad? Wat kan Vlaanderen nog meer doen om de Brusselse Huisartsenkring te ondersteunen en het tekort aan Nederlandstalige huisartsen aan te pakken? *Bruzz* berichtte onlangs dat het aantal aangeslotenen bij de Brusselse Huisartsenkring in stijgende lijn zit. Daarmee is het tekort natuurlijk nog niet weggewerkt. Zoals dr. Luc D'Hooghe zelf aanstipte, zijn ze ook ongelijk verdeeld over het Brusselse grondgebied.

Hoeveel Nederlandstalige Brusselaars moet dr. Luc D'Hooghe doorverwijzen?

De Brusselse installatiepremie houdt geen rekening met de taal. Hoe staat dr. Luc D'Hooghe daar tegenover? Welke andere initiatieven kunnen er genomen worden om meer Nederlandstalige huisartsen aan te trekken?

Te vaak komt men als Nederlandstalige bij wachtdiensten terecht waar geen Nederlandstalige arts aanwezig is. Bijna alle Nederlandstalige artsen zijn gecertificeerd tweetalig, terwijl slechts 4 % van de Franstalige artsen aangesloten bij de Federatie van de Brusselse Huisartsen Verenigingen (FBHAV) in 2021 tweetalig is. Is de situatie volgens dr. Luc D'Hooghe in de praktijk verbeterd of verslechterd?

In je eigen taal verzorgd worden, is een absolute voorwaarde voor goede zorg. Dr. Luc D'Hooghe heeft dat goed geschetst, zegt **de heer Arnaud Verstraete (Groen)**. Anderzijds, is er ook de menselijke kant, die goed geïllustreerd werd door prof. dr. Marc Noppen. Het slachtoffer had een waardiger dood gekend en de familie had sereen kunnen afscheid nemen als de zorgverlening haar correct in het Nederlands had bijgestaan. Een 3^{de} aspect is de wettelijke kant: de taalwetten moeten nageleefd worden en dat is vandaag te weinig het geval. Dat is geen nieuw gegeven. Het loopt als een rode draad door de geschiedenis van ons land en onze hoofdstad. Er is de laatste decennia te weinig evolutie merkbaar.

Daarom is het goed de dialoog daarover te voeren en alle ideeën op een rijtje te zetten. De sprekers hebben reeds tal van interessante ideeën voorgesteld. De op korte termijn uitvoerbare ideeën zijn vanuit politiek oogpunt aantrekkelijker. Men kan er immers snel mee aan de slag gaan.

De heer Arnaud Verstraete vindt dat taalopleiding op het werk een must is. In de huidige context is het een taak van de ziekenhuizen. Hij is het er mee eens dat dit in een ideale wereld anders zou zijn. Iedereen moet op zijn niveau doen wat hij kan om vooruitgang te maken inzake tweetaligheid. Hij is zeer geïnteresseerd in de ervaringen van alle sprekers. Wat zijn volgens hen goedwerkende *incentives* om het personeel over de streep te trekken? Het voorbeeld van een gsm-abonnement vindt hij interessant. Er wordt vaak gezegd dat taalpremies niet goed werken. Taalpremies bestaan bij de GGC, de federale en de

gemeentelijke administraties. Beamen alle sprekers dat taalpremies niet werken? Wat is het alternatief? Toen er voor het regeerakkoord onderhandeld werd over de GGC werd er voor premies gekozen voor taalopleidingen op het werk. Men vertrok vanuit de idee dat daarvoor best tijd gegeven wordt op de werkvloer omdat het drempelverlagend is. Welke andere mogelijkheden zien de sprekers om de intrinsieke motivatie te versterken? In welke mate kan een cultuurverandering in de organisaties helpen? Dat geldt niet enkel voor ziekenhuizen, maar ook voor OCMW's, gemeenten, gewestelijke administraties enzovoort. Kan het helpen als de gehele organisatie meertaligheid opneemt als een van de prioritaire collectieve doelstellingen? Dan rust het niet op de schouders van het individu, maar wordt het een groepsuitdaging om dat doel zo snel mogelijk te bereiken op de werkvloer.

Daarnaast zijn er de meer complexe en langetermijnoplossingen. Meertaligheid in het onderwijs is daar 1 van. Er is op dat vlak absoluut een probleem. Het Franstalig onderwijs in Brussel levert geen meertalige jongeren af. Dat moet veranderen, maar is gemakkelijker gezegd dan gedaan.

Via een nieuwe staatshervorming is een andere organisatie in de gezondheidszorg mogelijk. Hij verneemt daarover graag concrete suggesties van de sprekers. Er staat mogelijks een staatshervorming aan te komen. Hij is ook benieuwd naar eventueel andere langetermijnoplossingen.

Ten aanzien van Groen werden ook vragen gesteld. Groen draagt inderdaad sinds kort ook een bevoegdheid op het vlak van Gezondheid. Groen heeft ervoor gekozen om die bevoegdheid toe te vertrouwen aan 1 minister vanuit het oogpunt van efficiënt beheer. Tijdens de coronacrisis werd er geklaagd over de absurde Belgische situatie met 8 bevoegde ministers. Groen heeft op basis van duidelijke afspraken, onder andere over tweetaligheid, gekozen om die bevoegdheid aan 1 persoon toe te vertrouwen. Die afspraken worden opgevolgd, maar er zijn geen magische formules. In Brussel is het 'gemakkelijker gezegd dan gedaan'. Meerdere partijen hebben al langer die ervaring met het bestuur in Brussel gehad. De pasklare antwoorden liggen niet voor het rapen.

Groen wil werken op basis van vertrouwen met zijn Franstalige partner Ecolo. Ecolo is er ook van overtuigd dat er aan tweetaligheid gewerkt moet worden. Zij zijn er bv. voorstander van om de tweetaligheid opnieuw te verplichten in het Franstalig onderwijs in Wallonië.

Voor de heer Arnaud Verstraete is dit een belangrijke start van een dialoog onder Nederlandstaligen die allemaal die uitdaging willen aanpakken. Die dialoog over een betere aanpak moet absoluut voortgezet worden.

Mevrouw Bianca Debaets (cd&v) vraagt zich af of de situatie verbeterd is op 20, 30 jaar tijd. Toen ze als medewerkster op het kabinet van minister Jos Chabert werkte en samen met dr. Luc D'Hooghe in de adviesraad Gezondheid zitting had, was het gebrek aan tweetaligheid al een *issue*. Het is in Brussel altijd al een *issue* geweest. Na de uiteenzettingen van de sprekers durft ze niet beweren dat er op al die tijd een grote verbetering gerealiseerd is. Iedereen is het erover eens dat het Nederlands aan status gewonnen heeft. Het succes van het Nederlandstalig onderwijs is daar een illustratie van. Meer en meer Frans- en anderstaligen beseffen dat kennis van het Nederlands een pluspunt is. Maar over de correcte tweetaligheid in de ziekenhuizen blijft ze in dubio.

Over dit thema kan men dagen spreken. Het gebrek aan tweetaligheid zorgt soms voor schrijnende situaties. Een patiënt wordt in het ziekenhuis opgenomen als het niet goed gaat. De organisatie van de gezondheidszorg is op zich al een thema om over na te denken. Misschien moet er meer op preventie ingezet worden. Maar nu is het eenmaal zo dat men in een ziekenhuis terecht komt als het al niet goed gaat. Men verwacht daar een correcte zorgverlening in de eigen taal. Taal en zorg is in Brussel een vrij complex en breed fenomeen. Voor een Nederlandstalige logopedist is er meer dan 1 jaar wachttijd. Dat geldt voor tandartsen, diëtisten, enzovoort. Het aantal huisartsen stijgt inderdaad maar wel geconcentreerd in beroepspraktijken. Dat op zich is ook een bespreking waard: hoe verhogen we de aantrekkelijkheid van Brussel voor Nederlandstalige zorgverstrekkers?

Mevrouw Bianca Debaets denkt niet dat men met de cijfers van het Vlaams Meldpunt Taalklachten in Brusselse ziekenhuizen (13 klachten in 2021) iets kan aanvangen. Sprekers brachten ook enkele cijfers over de klachten in hun eigen ziekenhuizen. Het gaat slechts om het topje van de ijsberg. Velen kennen het meldpunt niet en velen getroosten zich niet de moeite omdat ze op dat ogenblik wel andere zorgen aan hun hoofd hebben.

Dr. Luc D'Hooghe sprak terecht over de lakse of onverschillige houding van de toezichthoudende overheid, namelijk het Verenigd College van de GGC. Dat er niet 1 maar 2 GGC-collegeleden waren, had te maken met taalwetgeving en garanties voor de beide taalgemeenschappen. Waarom 1 van de 2 collegeleden het nu nodig vindt om de bevoegdheid en de verantwoordelijkheid van zich af te schuiven; begrijpt mevrouw Bianca Debaets niet. Men verschuilt zich achter uniformiteit en communicatie. Ze betreurt dat daarmee een belangrijke hefboom voor de Vlaamse Gemeenschap in Brussel wordt opgegeven. Mevrouw Bianca Debaets noemt zichzelf geen communautaire scherpslijper maar het gaat hier wel over zorg. Zijzelf kan zich in het Frans uitdrukken als ze zorg nodig heeft, maar een oudere of een kind van 10 kan het misschien niet. Men moet daar niet licht over gaan.

Er wordt gezegd dat er een schromelijk gebrek aan middelen is om het personeel tweetalig te maken. Is het wel een probleem van middelen? Of is het veeleer een cultuurprobleem, een mentaliteitsprobleem? Want anderen zeggen dat een ziekenhuis niet de plek is waar je een taal moet leren. Ze is de sprekers vanzelfsprekend dankbaar dat ze die verantwoordelijkheid opnemen.

Doet de daling van het aantal Nederlandstalige patiënten zich in alle hier vertegenwoordigde ziekenhuizen voor? Komen er minder patiënten uit de Rand of hoe moet men dit duiden? Wijken ze uit naar ziekenhuizen in bv. Aalst?

Ze heeft de laatste 20, 30 jaar het gevoel dat de private ziekenhuizen de beste leerlingen van de klas zijn. Dat heeft misschien deels te maken met de directie die vaak Nederlandstalig is. De openbare ziekenhuizen die wettelijk tweetalig moeten zijn, kennen misschien de grootste problemen inzake tweetaligheid. Hoe valt dat te verklaren? Het antwoord luidt vaak dat men geen personeel vindt. Ook in Vlaanderen vindt men 'de handen' niet meer. Ze begrijpt dat dit een grote uitdaging is. Maar hoe komt het dat het ene ziekenhuis, dat evenveel moeite heeft om personeel te vinden, er wel in slaagt om hen op zijn minst een goede basis Nederlands aan te leren, en het andere niet? De acute nood aan zorgpersoneel is niet groter. Daar moeten ook andere verklaringen voor zijn.

Wegens de acute nood aan zorgpersoneel kijkt men voor aanwervingen ook naar het buitenland. Dat is niet nieuw: de Europa Ziekenhuizen hebben al lang geleden proefprojecten

gelanceerd om personeel uit andere landen naar hier te halen. Op dat moment is de talenkennis misschien wat bijkomstig. Ze begrijpt de context, maar maakt zich tegelijk zorgen over de toekomst.

Mevrouw Els Rochette (one.brussels-Vooruit) meent dat het boeiend zou zijn om de partners in de ziekenhuisnetwerken uit te nodigen waar het moeilijk loopt met het werken rond twee- en meertaligheid. Hier waren de goede voorbeelden te horen.

De verhalen zijn schrijnend. Het is onaanvaardbaar dat iemand sterft door gebrek aan talenkennis bij het personeel. Ook one.brussels-Vooruit wil ervoor ijveren dat dergelijke situaties tot het verleden behoren. Het is traumatisch voor mensen die in het ziekenhuis terecht komen dat ze ook het gevoel hebben dat ze niet begrepen worden. Iedereen erkent het probleem. Hoe kan men tot oplossingen komen? De staatshervorming die er aankomt, kan opportuniteiten bieden voor een meertalige dienstverlening in Brussel. Wat is volgens de sprekers de prioriteit bij een nieuwe staatshervorming? Dat kan het politieke niveau vanuit Brussel dan hopelijk concreet mee op tafel leggen.

De kwaliteit in de zorg en het respect zijn 2 principes die steeds terugkomen bij alle sprekers. Daar sluit mevrouw Els Rochette zich volledig bij aan. Daarbij gaat het niet alleen om de wettelijke verplichting maar ook om een mentaliteit om in deze meertalige stad de beste zorg aan iedereen te bieden. Het gaat dan niet alleen over de ziekenhuizen. Recentelijk was het ook in de Brusselse vaccinatiecentra problematisch om in de Nederlandse taal verzorgd te worden. Na klachten daarover werd er gelukkig onmiddellijk op gereageerd. Het feit dat tweetaligheid niet een automatische reflex is, is een politiek probleem in Brussel dat one.brussels-Vooruit zoveel mogelijk aankaart.

Dr. Luc D'Hooghe schetste een zeer pessimistisch beeld van het Nederlandstalig zorgaanbod. Iedereen neemt dit signaal op. De vandaag geleverde inspanningen (taalcoaches op de werkvloer, aanbod van taallessen enzovoort) zijn hoopgevend. Het commissielid hoort dat er een groot gebrek is aan middelen en subsidies. Eigenlijk zou het aantal aanwezige taalcoaches bepaald moeten worden op basis van het aantal Nederlandsonkundige personeelsleden.

Ze begrijpt dat bij een overaanbod aan verpleeg- en zorgkundigen en artsen de ziekenhuizen eisen zouden kunnen stellen. De situatie is nu totaal anders. Ze hoorde dat men tot in Portugal gaat om 50 verpleegkundigen te rekruteren. Mevrouw Els Rochette vraagt of de ziekenhuizen ook samenwerken met BON, het Brussels Onthaalbureau Nieuwkomers. Zij staan onder meer nieuwkomers bij om hun diploma's te valideren. Misschien zit daar een kans? Worden er acties ondernomen ten aanzien van nieuwkomers met een wettelijk verblijfsstatuut om hen aan te werven? Ze gelooft dat men in deze stad heel veel potentieel verloren laat gaan. Er leven in Brussel heel wat mensen zonder papieren die ook vaak gediplomeerd zijn. Ze begrijpt natuurlijk dat de ziekenhuizen niet aan de slag kunnen gaan met mensen zonder papieren. Ze hoort bv. verhalen van woonzorgcentra die personeel moeten ontslaan omdat hun asielprocedure na jaren is afgelopen.

Het negatieve imago van Brussel en de slechte mobiliteit zijn te betreuren obstakels voor potentiële werkzoekende zorgverleners uit Vlaanderen. Er moet dringend werk gemaakt worden van betere verbindingen tussen de Gewesten. Is er een loonverschil tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel? Bij gemeenten en OCMW's is het verschil in loon tussen Vlaanderen en Brussel 1 van de obstakels.

Blijkbaar is de taalpremie niet zo succesvol. Pleiten de sprekers voor afschaffing ervan om het geld daarvoor te investeren in andere incentives?

Ondanks de geleverde inspanningen voor tweetaligheid in de ziekenhuizen is er nog steeds een probleem, stelt de heer Gilles Verstraeten (N-VA) vast. Het Huis van het Nederlands levert inspanningen. De Vlaamse Gemeenschap levert belangrijke budgettaire bijdragen voor het formuleren van antwoorden op deze problematiek. Men kan zich afvragen of deze hoorzitting niet veeleer georganiseerd had moeten worden in de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Want van daar zal een belangrijk deel van het antwoord moeten komen. Dat Brussels minister (GGC-collegelid) Alain Maron deze problematiek ernstig zou nemen, heeft de heer Gilles Verstraeten nog niet kunnen vaststellen. Collegelid Elke Van den Brandt is altijd afwezig in de debatten in de GGC. Men kan zeggen had het efficiënt is dat er 1 minister bevoegd is, maar dan verwacht commissielid Gilles Verstraeten dat collegelid Elke Van den Brandt die officieel die bevoegdheid bekleedt, op zijn minst waakt over het gevoerde beleid op het vlak van tweetaligheid. Pas na klachten van VGC-raadsleden over het gebrek aan Nederlandstalige dienstverlening in de vaccinatiecentra heeft het collegelid gereageerd. Hetzelfde geldt voor de ziekenhuizen.

Het commissielid heeft in 2018 en 2019 in het Brussels Hoofdstedelijk Parlement schriftelijke vragen ingediend over de Iris Ziekenhuizen en de naleving van de taalwetgeving. Er werd beloofd om de gevraagde informatie door te sturen, maar dat is niet gebeurd. Op 10 februari 2020 heeft hij op basis van de wet openbaarheid van bestuur informatie over taalbeleid gevraagd aan Brussels minister Alain Maron: het taalbeleidsplan, de semestriële rapporten over de werkzaamheden op het vlak van taalbeleid, resultaten en tevredenheidsenquêtes. Het kabinet van Brussels minister Alain Maron heeft de heer Gilles Verstraeten doorverwezen naar de Iris Koepel.

De heer Dirk Thielens, CEO van de Iris Ziekenhuizen, repliceert dat die documenten niet jaarlijks worden opgestuurd naar iedereen, maar wel naar (de diensten van) het Brussels Hoofdstedelijk Parlement, de GGC en de bevoegde ministers. Die documenten zijn dus vrij beschikbaar.

De heer Gilles Verstraeten (N-VA) zal dit navragen. De Iris Koepel is de taalopleiding intern gaan organiseren en de samenwerking met het Huis van het Nederlands verloopt niet meer op dezelfde manier. Op zich vindt hij het positief dat de Iris Koepel daar zelf verantwoordelijkheid voor neemt, maar hij vraagt zich af wat de reden is voor de interne opleiding.

Brussels minister Alain Maron beweert dat er voor de openbare ziekenhuizen in tegenstelling tot bv. de openbare besturen, geen statistieken voorhanden zijn waarin artsen en verpleegkundigen per taalrol worden ingedeeld. Hij beweert zelfs dat dat wettelijk niet is toegelaten. Hoe komt het dan dat Kliniek Sint-Jan en de Europa Ziekenhuizen hier op vrijwillige basis dergelijke statistieken delen? De N-VA-fractie vraagt die cijfers al jaren tevergeefs op. Hij begrijpt het niet. Als hij die cijfers niet via de politieke overheid kan verkrijgen, vraagt hij het op deze hoorzitting.

Hoe richten de Europa Ziekenhuizen en Kliniek Sint-Jan zich tot de beide taalgemeenschappen? Hij heeft de indruk dat ze heel erg hun best doen op het vlak van tweetalige organisatie. Hij denkt wel dat er een reputatieprobleem speelt waardoor Vlamingen buiten Brussel gaan of enkel naar het UZ in Jette. Hoe verloopt de samenwerking met het

Huis van het Nederlands voor de organisatie van taalcursussen voor het onthaal- en het zorgpersoneel? Is er ook een contact met de GGC daaromtrent?

Hij begrijpt dat de sprekers het niet de taak van een ziekenhuis vinden om taalcursussen te organiseren. Tegenwoordig wordt er echter steeds meer ingezet op opleiding op de werkvloer, zeker in sectoren waar er personeelstekorten zijn. Dat zal er deel van uitmaken. Hij is het wel met de sprekers eens dat dat dan correct omkaderd en ondersteund moet worden. Hij stelt jaar na jaar vast dat de GGC-budgetten op dat vlak niet evolueren. Zijn de sprekers vragende partij voor meer budget vanuit de GGC voor ondersteuning?

Kan de heer Dirk Thielens cijfers geven over het aantal personeelsleden in de Iris Ziekenhuizen volgens taalrol, getuigschrift inzake kennis van de 2^{de} taal bezorgen? Hoeveel van de 5 ziekenhuizen halen de wettelijk vereiste tweetaligheid van 25 % voor personeel en 50 % vanaf de graad van afdelingschef? Heeft hij met andere woorden een concreet beeld van die problematiek? De creatie van de Iris Koepel heeft in zekere zin ook de controle op de taalwetgeving via de vice-gouverneur afgezwakt. Er worden al lang geen dossiers meer doorgestuurd over de ziekenhuizen.

Volgens de heer Dirk Thielens is de talenkennis vaak bijkomstig bij de rekrutering. De heer Gilles Verstraeten hoort wel dat Kliniek Sint-Jan Portugese zorgverleners is gaan zoeken en dat de helft daarvan na 6 jaar perfect drietalig is. Dat toont aan dat de talenkennis bij de aanwerving bijkomstig kan zijn maar dat het meteen daarna inzetten op talenkennis resultaten oplevert.

Kan de heer Dirk Thielens toelichting geven over de externe dienstverlening als aanvulling op het interne aanbod in de Iris Ziekenhuizen?

Kan prof. dr. Marc Noppen het taalbeleid in het UZ Brussel verder toelichten? Hij spreekt van een taalbad en zegt dat hij een vreemde eend in de bijt is. Dat zou niet zo mogen zijn. Als gebruiker van het UZ Brussel stelt hij vast dat hij als Nederlandstalige vaak de vreemde eend in de bijt is. Iedereen wordt daar perfect in het Frans en het Engels bediend, maar men kan er ook altijd in het Nederlands terecht. Hoe slaagt het UZ daarin? Dat heeft er natuurlijk mee te maken dat het UZ deel uitmaakt van een Nederlandstalige universiteit en er een rechtstreekse band is met opleidingen in het Nederlands. Vermoedelijk vergemakkelijkt dat de aanwerving van Nederlandstalig personeel. Ook voor de andere ziekenhuizen is daar een deel van de oplossing te vinden.

De N-VA-fractie heeft in de GGC tegen de ordonnantie gestemd die de ziekenhuisnetwerken moet organiseren, omdat ze uiterst bezorgd is over het behoud van tweetalige dienstverlening. Door het Waals-Brabantse netwerk beginnen specialisaties te verhuizen naar bv. Ottignies. Die worden niet meer aangeboden in Brussel. Het bestuur mag dan tweetalig zijn maar bij rationaliseringsoperaties stelt men vast dat er diensten verhuizen naar een Franstalig ziekenhuis en zo verdwijnen uit een bicommunautair georganiseerd ziekenhuis. Dat leidt tot een vershraling van het tweetalig aanbod. Kan daar meer toelichting over gegeven worden? Ook wat de Iris Ziekenhuizen betreft, want het CHU Saint Pierre (centre hospitalier universitaire) zou niet volwaardig betrokken geweest zijn bij een aantal *démarches*.

De heer Stijn Bex (Groen) heeft tijdens de uiteenzettingen 2 uitspraken genoteerd. De 1^{ste} uitspraak is van prof. dr. Marc Noppen: als de arts-patiënt relatie in dezelfde taal kan verlopen, verbetert de medische *outcome*. De 2^{de} uitspraak is van dr. Luc D'Hooghe: het is

niet aan de kwetsbare patiënt om de taal van de zorgverlener te spreken maar omgekeerd. Dat zijn volgens de heer Stijn Bex 2 hoofdlijnen om te onthouden. Het zou de overtuiging moeten zijn van iedereen die geneeskunde en zorg verstrekt. Het is een engagement eigen aan het beroep. Er moet veel meer op ingezet worden om iedereen in Brussel daarvan te overtuigen, en misschien ook in Vlaanderen.

Men riskeert in een vicieuze cirkel terecht te komen: minder Nederlandstalige patiënten, minder Nederlandstalige verzorgenden kunnen ertoe leiden dat op termijn de neerwaartse beweging niet meer gestopt kan worden. Het is een belangrijke *wake-upcall*. Tegelijkertijd stelt hij vast dat de aanwezige sprekers hier een grote wil hebben om iets aan die uitdaging te doen. Het is interessant om te weten hoeveel % van de Brusselse ziekenhuizen hier op deze hoorzitting vertegenwoordigd zijn.

In het algemeen denkt hij dat er nood is aan veel meer samenwerking voor *best practices* rond taalbeleid. In welke mate kan het politieke niveau de ziekenhuizen helpen om dat te organiseren? Vermoedelijk is er in elk ziekenhuis en bij de huisartsenorganisaties veel *knowhow* aanwezig, die best samengebracht kan worden. Misschien zijn daar al studies over gemaakt waarmee de verantwoordelijke beleidsmakers aan de slag kunnen gaan?

Hij meent dat de heer Gilles Verstraeten gelijk heeft dat dit debat ook binnen de GGC gevoerd moet worden. Dat is op deze hoorzitting minder aan bod gekomen maar het gaat daarbij niet alleen om Nederlandstaligen versus Franstaligen. De Brusselse context is meertalig. De 2 uitspraken bij het begin van zijn betoog gelden voor een zorgzoekende van gelijk welke nationaliteit. In het Brussel van de toekomst moet daarvoor beleid ontwikkeld worden. Dat biedt misschien een kans om ook in de ziekenhuizen waar vandaag nog eentalig Frans gedacht wordt, ook de *mindset* te verbreden. Wat belangrijk is voor iemand die Pools spreekt, is ook belangrijk voor iemand die Nederlands spreekt. Zien de sprekers daar kansen liggen? Kan de inzet van tolken een oplossing zijn om problemen te voorkomen?

Dr. Luc D'Hooghe had het over samenwerkingsverbanden tussen huisartsen. De heer Stijn Bex had begrepen dat hij daar negatief tegenover stond. Bieden samenwerkingsverbanden tussen huisartsen niet juist kansen om meer mensen voor het beroep aan te trekken?

Voorts wenst hij te reageren op uitspraken over het politieke beleid ten aanzien van meertaligheid in Brussel in de laatste 3 jaar. Sedert de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bestaat, is de partij van mevrouw Bianca Debaets ongeveer 20 jaar verantwoordelijk geweest voor die thematiek. De andere 10 jaren waren de collega's van Vooruit daarvoor bevoegd. Het is niet zinvol om stenen naar elkaar te werpen voor wat niet goed gelukt is. De laatste 3 jaren zijn de investeringen in meertaligheid niet achteruitgegaan, integendeel. De budgetten zijn - weliswaar te bescheiden - verhoogd. Hij denkt dat iedereen samen daar moet op inzetten. Het institutionele kader voor geneeskunde in Brussel is stof voor discussie voor de Zevende staatshervorming. Er moet niet alleen aandacht voor meertaligheid zijn, maar het zorgbeleid in Brussel moet ook eenvoudiger worden. De uitdaging is dat een eenvoudig bestuur toch een goed bestuur kan worden. Nu is er het omgekeerde en dat is zeker niet alleen de verantwoordelijkheid van Groen.

De heer Karl Vanlouwe (N-VA) erkent de inspanningen in de verschillende ziekenhuizen, maar er is toch een verschil in taalbeleid vast te stellen. De politici moeten dit werk opnemen, de verantwoordelijkheid ligt op verschillende niveaus: het Vlaams Parlement en de Vlaamse Regering, en de Brusselse Hoofdstedelijke Regering en het Verenigd College. Hij hoopt dat

ook de GGC daarover open kan debatteren. De Franstalige politici zijn zich nog steeds niet helemaal bewust van deze problematiek.

Het schrijnende verhaal dat prof. dr. Marc Noppen aanhaalde, is onaanvaardbaar in de hoofdstad van Europa, de hoofdstad van België en van de deelstaten. Gelijksortige problemen bestaan al tientallen jaren in Brussel. Het is niet de kwetsbare patiënt die zich moet aanpassen maar de zorgverlener.

Dr. Luc D'Hooghe zei dat er ongeveer 30 van de 1.400 Franstalige huisartsen inspanningen deden om lessen Nederlands te volgen. Waar haalt hij dat cijfer vandaan?

Nederlandstaligen in Brussel verkiezen vaak buiten Brussel verzorging te zoeken. Het is voor het commissielid onaanvaardbaar dat Nederlandstaligen deze stad verlaten omdat ze denken dat de zorg buiten Brussel wel in het Nederlands zal verlopen. Het UZ Brussel is daarop een uitzondering. Hij respecteert de vele inspanningen van de ziekenhuizen om tweetaligheid te realiseren. Maar hij stelt vast dat in het UZ Brussel een taalbeleid gevoerd wordt waar Frans- en anderstaligen volledig in hun taal geholpen worden, van administratie tot zorg. Waarom is dat ook niet mogelijk in de andere ziekenhuizen? De inspanningen daar zijn onvoldoende, verkeerd gefocust op bepaalde diensten of individueel afhankelijk van de bereidwilligheid van arts of verpleegkundige. Zit het probleem niet in het feit dat het taalbeleid te vrijblijvend is? Als men niet bereid is de andere landstaal te leren, is men dan wel geschikt om in Brussel in een ziekenhuis te werken?

Het is een vicieuze cirkel. Het aantal Nederlandstalige patiënten bedroeg 10 jaar geleden ongeveer 10 % van het totaal, dat is nu gezakt naar 6 %. Misschien gaat het om patiënten die buiten Brussel verzorging zoeken. De negatieve beeldvorming over Brussel moet gekeerd worden. Men moet effectief voor tweetalige dienstverlening zorgen. Ligt het probleem dus niet bij het feit dat het taalbeleid te vrijblijvend is ten aanzien van het personeel? De taalkennis moet ook een bekwaamheidsvereiste zijn voor het verzorgend personeel in de Brusselse ziekenhuizen. Dan zal men het aantal Nederlandstalige patiënten misschien terug kunnen doen stijgen tot 15 %.

De heer Stijn Bex pleitte voor een verbreding van de *mindset* en inzetten op andere talen. De heer Karl Vanlouwe begrijpt dat, maar laat men eerst werk maken van een echte tweetaligheid.

In het Verenigd College zijn 2 collegeleden bevoegd voor Gezondheid. De beslissing van een Nederlandstalig collegelid om haar bevoegdheden te delegeren naar een Franstalige collega is volgens Karl Vanlouwe volledig onwettig. Volgens de Bijzondere Brusselwet zijn beide bevoegd voor Gezondheid. Het gevolg daarvan heeft men kunnen zien tijdens Covid-19, waar er in bepaalde test- en vaccinatiecentra geen tweetalige dienstverlening was. Als een Nederlandstalig collegelid dat dossier had aangepakt, dan had ze voor correcte tweetaligheid kunnen zorgen. De delegatie van die bevoegdheid was in het nadeel van de Nederlandstalige patiënt.

Als niet iedereen in het Nederlands en het Frans terecht kan in een ziekenhuis dan moet men de oorzaak daarvoor zoeken bij het falende onderwijs, meent **commissievoorzitter Els Ampe**, zowel in Franstalig maar ook in Nederlandstalig België. Men slaagt er blijkbaar niet in om te zorgen dat jongeren van 18 perfect tweetalig zijn. Het begint allemaal bij het politieke niveau. Van een verpleegkundige wordt verwacht dat hij tweetalig is, maar niet alle ministers

en burgemeesters zijn het. Nochtans zouden zij het voorbeeld moeten geven. Ze zouden tweetalig moeten zijn vooraleer ze een functie opnemen. Hetzelfde geldt voor de verantwoordelijken hoger in de hiërarchie van het ziekenhuis. Er is een verschil met een vacature voor een verpleegkundige die niet ingevuld geraakt en die men noodgedwongen moet opleiden op de werkvloer.

Ze waardeert enorm de inspanningen van de ziekenhuizen die hier aanwezig zijn. De minder goede leerlingen hebben niet geantwoord op de uitnodiging voor deze hoorzitting. Wat vinden de sprekers van de idee om de taalpremie of de talenkennis te koppelen aan een soort van marktwerking met betrekking tot de positie in een ziekenhuis? Dan moet de overheid minder middelen uittrekken en kunnen ze efficiënter ingezet worden.

Mevrouw Els Rochette (one.brussels-Vooruit) vraagt om een vorige spreker te corrigeren: ze wijst erop dat de heer Pascal Smet niet bevoegd was voor Gezondheid in de vorige legislatuur.

Dr. Luc D'Hooghe zegt dat er binnen de Brusselse wachtdienst 30 huisartsen een opleiding Frans-Nederlands volgen. Volgens de Franstalige tegenhanger van de Brusselse huisartsen FAMGB (Fédération des Associations des Médecins Généralistes de Bruxelles) zijn er een 200-tal tweetalige artsen. Daarnaast zijn er de 100 echt tweetalige huisartsen van de Brusselse Huisartsenkring (BHAK). Hij vindt het schrijnend dat er slechts 30 artsen die gratis taalopleiding volgden. Na een Selorexamen kregen ze dan ook nog een tweetaligheidspremie. Volgens hem heeft dat te maken met de mentaliteit.

Zolang men niets aan die mentaliteit kan doen en het politieke niveau zelf niet correct de tweetaligheid in Brussel naleeft, zullen er problemen zijn. In Vorst is het OCMW-rusthuis eentalig Frans geworden. Alle Nederlandstaligen zijn er ontslagen om ze te vervangen door politiek benoemden. Alle baby's die in het UZ Brussel geboren worden of in Ukkel of in Kliniek Sint-Jan krijgen een Franstalige identiteitskaart. Dr. Luc D'Hooghe moet de ouders er systematisch op wijzen dat ze een Nederlandstalige identiteitskaart moeten eisen. Het onthaal verloopt vaak al foutief omdat veel Nederlandstalige patiënten zich aanmelden met een Franstalige identiteitskaart.

Hij heeft aangegeven dat hij problemen ondervindt bij de spoeddiensten in Brussel. Alleen de spoeddienst van het UZ Brussel is tweetalig, bij Kliniek Sint-Jan is het ook aanvaardbaar. Bij de Europa Ziekenhuizen is het eentalig Frans. Over de anderen kan hij zich niet uitspreken. Het gevolg is dat heel veel van zijn patiënten buiten Brussel gaan voor geneeskundige zorgen, naar Aalst voor hartchirurgie, naar Antwerpen en Dendermonde voor orthopedie, naar Leuven voor andere pathologieën en ook naar Halle. Hij heeft dat vroeger nooit meegemaakt. Economisch heeft dat gevolgen voor de Brusselse ziekenhuizen. Het is meestal niet de minderbegoede klasse, maar de middenklasse die buiten Brussel gaat. Het aantal Nederlandstalige jonge middenklassers dat in Brussel komt wonen, stijgt enorm. Zij gaan meestal buiten Brussel op consultatie.

Taalopleiding zou inderdaad in de eerste plaats in de scholen moeten gebeuren, en niet op de werkvloer. Ook dat heeft te maken met de politiek van de Franstaligen waarbij al wat Nederlands was, rechts was en dus moest verdwijnen. Al wat Vlaams is, is negatief. Dat imago blijft bij veel mensen hangen. Hij hoort migranten zeggen dat Vlamingen sectair zijn, terwijl de Vlamingen de enigen zijn die twee- of drietalig zijn. Het politieke niveau creëert een negatieve sfeer in Brussel. Zolang dat niet verandert, zal de schoolopleiding niet

verbeteren. In het Franstalig onderwijs is het zeer erg gesteld. Gelukkig zijn er al meer Franstaligen die naar Nederlandstalige scholen gaan. Hij vindt dat er goed over nagedacht moet worden om op universitair en hogeschoolniveau taallessen te geven. Tweektaligheid is voor heel België interessant. Tweektaligheid is even goed bruikbaar aan de kust als in Wallonië. Wie zijn burens kent, heeft ze liever.

Het gaat niet alleen over taal, maar over respect, over samenleven en elkaar correct behandelen, waar taal een deel van is.

In Vlaanderen leeft inderdaad een negatief beeld over Brussel.

Hij is niet gekant tegen groepspraktijken, hij wenst vooral dat er een minder concentratie is. Momenteel zijn er groepspraktijken met 14 personeelsleden, terwijl er bv. in Vorst slechts 1 arts meer is en in Ukkel, Watermaal-Bosvoorde en Haren zelfs geen enkele huisarts meer. Desnoods zou men vanuit die groepspraktijken kleine satellieten kunnen opzetten. De installatiepremie Impulseo is nu enkel van toepassing voor gebieden met veel laaggeschoolden of minderbegoeden. Er zou een soort Impulseo moeten komen voor de vestiging van Nederlandstalige huisartsen in Brussel zodat er in elke gemeente minstens een paar Nederlandstalige artsen zijn. Het beste zouden groepspraktijken zijn van 3 artsen met ondersteuning. Geneeskunde in Brussel is veel duurder: de huisvesting, de leefomgeving enzovoort (bv. parkeerkaart, verzekering). Een beginnend arts moet 3.000 euro verschillende soorten belastingen betalen.

De hogere kosten maken samen met de moeilijke mobiliteit en de problematiek van de tweektaligheid dat Brussel niet meer zo aantrekkelijk is. Het is de taak van het Huis voor Gezondheid, het vroegere Pro Medicis, om de aantrekkelijkheid te verhogen. Dat is mogelijk volgens dr. Luc D'Hooghe als de artsen stages doen bij Nederlandstalige huisartsen in Brussel. Dan zien ze dat het echt wel leuk is.

Het aantal klachten dat bij het meldpunt binnenkomt en in het ziekenhuis zelf is inderdaad een irrelevant cijfer dat niet overeenkomt met de realiteit, meent **prof. dr. Marc Noppen**. Het UZ Brussel krijgt in ieder geval weinig klachten binnen via gelijk welk meldpunt ook.

De aantrekkelijkheid van Brussel voor artsen en de negatieve vicieuze cirkel van minder Nederlandstalige patiënten, minder Nederlandstalige huisartsen, minder Nederlandstalige dienstverlening in de ziekenhuizen is inderdaad een en-en-en-verhaal. Een belangrijk element daarin is dat men moet afstappen van de kunstmatige beperking van de instroom in de het artsenberoep. Die beperking zal ons bijzonder duur te staan komen. Het duurt 9 jaar om een huisarts op te leiden, 12 jaar voor een specialist. België is nu al ongeveer de slechtste leerling van Europa. Dan begint men ook nog te subcontingenteren. Dit moet misschien eens in een ander gremium aangekaart worden. Het is ook een van de redenen waarom er in het algemeen niet genoeg huisartsen zijn, niet alleen in Brussel maar ook in Vlaanderen.

Wat is het verschil tussen het UZ Brussel en de andere ziekenhuizen? Het UZ Brussel heeft een voorsprong doordat het van oorsprong Nederlandstalig is en *de facto* dus meertalig. Het Bellevue Hospital Center in Manhattan in New York vangt alle immigranten op die op Ellis Island in New York toekomen. Daar komen patiënten van over de hele wereld binnen, veelal minderbegoeden. Op de spoedafdeling hangt in elke box een telefoon met 2 hoorns. De zorgverstreker kan onmiddellijk in contact komen met een tolk. Daarbij zijn alle talen van de wereld ter beschikking. De patiënt luistert mee. De gastspreker vindt dat op zijn minst voor de

spoedeisende hulp geëist moet worden dat er twee- of meertalig personeel aanwezig is. Als dat niet het geval is, moet er een dergelijke telefoon voorhanden zijn zodat men een tolk kan opbellen aan wie de patiënt zijn verhaal in zijn eigen taal kan doen. In het UZ Brussel zijn er 70 nationaliteiten onder het personeel; er zijn 50 talen ter beschikking. Er is een dergelijke dubbele telefoon voorhanden om indien nodig iemand van het personeel op te bellen die de taal van de patiënt spreekt.

Het is dus mogelijk. Het heeft te maken met respect, dat men alleen krijgt als men het ook geeft. Zo geeft hij het voorbeeld van een Franstalige patiënt die absoluut (gebrekkig) Nederlands wou spreken, ook al gaf prof. dr. Marc Noppen zelf aan dat hij hem in het Frans te woord kon staan. Dat heeft te maken met de cultuur van de instelling, die van bovenaf begint: *The culture of your organisation is determined by the worst behaviour tolerated by the CEO.* Als de CEO aanvaardt dat er op zijn spoeddienst enkel Frans gesproken wordt, dan zal dat zo zijn. Op deze hoorzitting zitten zoals gezegd enkel de goede leerlingen. Wie hier aanwezig had moeten zijn, is er jammer genoeg niet.

Het is perfect mogelijk om aangeworven Frans- en anderstalige personeelsleden binnen het jaar Nederlands te laten spreken. Bij sommigen zal het iets langer duren, zoals bij de Filipijnse verpleegkundigen die in het UZ Brussel werden aangeworven. Ook de meest rabiata eentalig Franstalige professor uit een Franstalig ziekenhuis spreekt na een jaar bijna perfect Nederlands.

Uiteraard is het toegelaten dat het ziekenhuis de taal van zijn personeelsleden registreert. Het UZ Brussel doet dat om taalredenen: als men weet welke talen er in huis zijn, kunnen die personeelsleden indien nodig opgebeld worden om als tolk op te treden. Hij denkt niet dat daar wettelijke bezwaren tegen zijn. Het ziekenhuis vraagt ook aan de patiënt in welke taal de behandeling en de administratie gevoerd moet worden.

De barema's voor het verzorgend personeel zijn in alle Gewesten ongeveer dezelfde.

De heer Peter Fontaine onderstreept dat verandering op het terrein niet gerealiseerd zal worden door deze hoorzitting maar enkel door echte samenwerking en beleid. De ziekenhuizen kunnen de context niet veranderen, ze kunnen alleen proberen te remediëren. Er spelen heel veel elementen. Hij verwijst naar de opmerking van dr. Luc D'Hooghe over de spoedgevallen in de Europa Ziekenhuizen. Daar zijn nog veel Nederlandstalige verpleegkundigen en artsen. De context maakt het onmogelijk om Nederlandstaligen te vinden voor de spoedgevallendienst. De artsen die uit andere disciplines gevallen zijn, komen vaak op spoedgevallen terecht. Er zijn geen tekorten in de andere disciplines. Buitenlandse artsen die vaak Franssprekend zijn, maar geen Nederlands kennen of Franstalige artsen komen terecht op de spoedgevallendienst. De natuurlijke instroom is Franstalig.

De Europa Ziekenhuizen doen inspanningen. Er zijn opleidingen Nederlands gestart voor alle artsen op de spoedgevallendienst. Dit wordt niet gesubsidieerd door de GGC en is ten laste van het ziekenhuis. Het is op initiatief van het individuele ziekenhuis; het gebeurt zeker niet in alle ziekenhuizen in Brussel.

Op een bepaald moment is er een *point of no return*. Er was terecht een klacht van een patiënt over een verpleegafdeling waar niemand van het zorgpersoneel Nederlands spreekt. Als er onvoldoende Nederlandstaligen in de instelling zijn, krijgt ook het personeel op die afdeling geen oefenkansen. Een afdeling met uitsluitend Nederlandstalige verpleegkundigen oprichten,

is geen goede geneeskunde. Gezien de context zal er veel meer moeten gebeuren om dat op een of andere wijze te kantelen. Het start bij het onderwijs. Er moet nagedacht worden over de globale politiek daarrond. De ziekenhuizen hebben een zekere verantwoordelijkheid, die niet opgelegd wordt, maar die ze zelf ter harte nemen.

De klachtencijfers zijn inderdaad niet relevant, beaamt de gastspreker. Volgens dr. Luc D'Hooghe krijgt men de indruk dat de Nederlandstalige patiënten de Brusselse ziekenhuizen verlaten. Dat blijkt niet uit de cijfers van de Europa Ziekenhuizen. Ze verliezen geen marktaandeel in Vlaanderen, zij het dat het om een klein marktaandeel gaat. Ze verliezen veeleer marktaandeel in Wallonië en ze winnen vooral in Brussel.

Men moet zeer goed nadenken over de staatshervorming. Hij heeft vanuit Vlaanderen het gevoel gehad dat het voor Vlaamse ziekenhuizen verboden was om met Brusselse ziekenhuizen samen te werken in het kader van de ziekenhuisnetwerken. Als men een muur bouwt rond Brussel zullen er ook geen Vlamingen meer naar Brussel komen. Dan zal het voor de Brusselse ziekenhuizen ook niet meer mogelijk zijn om aan de Nederlandstaligen die wel nog komen Nederlandstalige dienstverlening te garanderen.

Een staatshervorming zou het eenvoudiger moeten maken en niet complexer. Hij werkt 6 jaar in Brussel maar hij kan de bevoegdheden niet allemaal duiden. Indien nodig zal hij het uitzoeken. Het is ongelooflijk complex. Daar is niemand mee geholpen. Er wordt terecht geopperd dat dit debat in de GGC gevoerd moet worden. Maar het heeft te maken met de staatsstructuur die alle partijen samen gecreëerd hebben.

Hij is enorm gefrustreerd over het beeld van Brussel dat veel Vlaamse kranten brengen. Brussel is een witte vlek in een kaart van Vlaanderen. Dan is men verrast dat er geen Vlamingen meer naar Brussel komen.

Er is geen verschuiving van activiteit in de Europa Ziekenhuizen sedert de opname in het ziekenhuisnetwerk. Twee ziekenhuizen in hetzelfde netwerk positioneren zich als tweetalige ziekenhuizen. Het klopt dat er een universitair Franstalig ziekenhuis in het netwerk zit. Er moet over nagedacht worden hoe de patiënt binnen een dergelijk netwerk in zijn eigen taal kan behandeld worden. De Europa Ziekenhuizen hebben een sterke band met de KU Leuven die ook in de raad van bestuur zit. Het blijft een uitdaging in het toekomst. Hij ziet een evolutie dat gespecialiseerde functies binnen de netwerken georganiseerd worden. En dat zal voor de Brusselse ziekenhuizen, maar niet alleen voor de Europa Ziekenhuizen, een probleem zijn. De universitaire functies in de netwerken zijn Franstalig.

Hij denkt wel dat er meer budget uitgetrokken moet worden. De opleiding in de 2^{de} landstaal moet minder vrijblijvend zijn maar men loopt het risico dat zorgverleners niet meer in Brussel zullen willen werken. Er moet een evenwicht gezocht worden, maar hij denkt wel dat het sterker gestimuleerd kan worden. Hij wil voor elk personeelslid een taaltest van de andere landstaal bij indiensttreding, een taalaanbod en een algemeen premiestelsel. De Europa Ziekenhuizen hebben een eigen premiestelsel ingevoerd. De inspanning moet crescendo gaan. Als men een bepaald niveau behaalt, kan men de premie voor een paar jaar behouden. Men moet een volgend niveau behalen om een volgende premie te verkrijgen. Men moet zeer creatief omgaan met de context waarin de ziekenhuizen functioneren. Op een of andere wijze moet het in een andere richting gaan. Zo niet komt men aan een *point of no return*.

De heer Alexandre Deschuymere wil 4 bijkomende elementen aanstippen. Het onderwijs is zeker mee verantwoordelijk voor de talenkennis. Ziekenhuizen zijn niet de enige verantwoordelijken. Hij verbaast er zich altijd over dat de hogescholen zeer interessante internationale programma's kunnen voorleggen waarbij zij ook taallessen aanbieden voor andere talen dan het Frans en het Nederlands. Ze promoten dat ook voor hun studenten. Maar opleidingen in het Franstalig of het Nederlandstalig onderwijs niet. De coronaperiode bood een opportuniteit. De internationale programma's waren stopgezet. Twee hogescholen hebben toen een nationaal programma aangeboden voor de promotie van taallessen Frans en Nederlands. Ze hebben een soort co-diploma's uitgereikt in het Frans en het Nederlands. Deze initiatieven worden niet altijd ondersteund. Diploma's uitgereikt in beide talen zou volgens hem nochtans ook een oplossing kunnen zijn op het niveau van het onderwijs.

Hij stelt vast dat Nederlandstaligen vaak overschakelen naar een andere taal als ze in een Brussels ziekenhuis terechtkomen. Dat is volgens hem niet wenselijk, ze moeten hun taal spreken zodat iedereen verplicht is Nederlands te spreken.

In verband met de taalpremies sluit hij zich aan bij het standpunt van de heer Peter Fontaine. Voor wie niet wil evolueren in zijn talenkennis moet de taalpremie herzien worden na een bepaalde termijn. De talenkennis moet continu geëvalueerd worden.

Binnen het ziekenhuispersoneel moet men een onderscheid maken tussen de vaste omkadering en de vlottende omkadering zoals stagiairs. Zij zijn voor 3 weken, 6 maanden of eventueel 1 jaar in het ziekenhuis aanwezig. Na die periode moet men helemaal opnieuw beginnen met die inspanningen, om te verzekeren dat de patiënt in zijn taal geholpen wordt. Dat wordt vaak over het hoofd gezien. Er is niet alleen een tekort aan personeel - dat is niet altijd zo geweest -, maar er is ondertussen ook een veel grotere mobiliteit onder het personeel. Na 5 of 7 jaar maximum verlaat het personeel het ziekenhuis. Telkens moet men opnieuw beginnen met de inspanningen.

De Brusselse Hoofdstedelijke Regering is de ziekenhuizenormen aan het herzien. In dat kader mag ze ook een aantal kwalitatieve normen opnemen. Waarom zou men daarbij niet de tweetaligheid opnemen, met *incentives* voor de ziekenhuizen? Men zou *incentives* kunnen koppelen aan bepaalde eisen voor een bicommunautaire ziekenhuis of voor een eentalig ziekenhuis.

De heer Dirk Thielens wenst terug te komen op de context. Het is volgens hem fundamenteel fout gelopen bij de Eerste staatshervorming. De Brusselse ziekenhuizen zijn toen opgedeeld in tweetalige ziekenhuizen en eentalig universitaire ziekenhuizen: het ene Vlaamse universitaire ziekenhuis aan de Rand – dat uitstekend werkt – en 2 unicommunautaire Franstalige ziekenhuizen in Sint-Pieters-Woluwe en in Anderlecht aan de Rand van Vlaanderen. In 2005 al voerde de Europese Commissie een onderzoek naar de tweetaligheid. Het grote probleem waren de spoeddiensten en de MUG-diensten van Erasme en Saint Luc die in de Vlaamse Rand Nederlandstalige patiënten ophaalden, terwijl ze unicommunautaire Franstalige ziekenhuizen zijn. Het politieke niveau moet consequent zijn en ziekenhuizen niet terechtwijzen voor een situatie die het zelf gecreëerd heeft. Dat is zijn persoonlijke standpunt.

Alle ziekenhuizen hebben interne ombudsdiensten. Er worden weinig klachten ingediend. Waarschijnlijk worden er heel veel klachten niet ingediend omdat de patiënten uiteindelijk naar een ziekenhuis komen om verzorgd te worden en omdat ze tevreden zijn met de verzorging. Anderzijds, betreurt hij het feit dat er een meldpunt is. Hij is afgevaardigd

bestuurder van de Iris Koepel en hij heeft de laatste 2 jaar interims gedaan als ziekenhuisdirecteur. Hij heeft nooit de minste feedback gekregen van het meldpunt taalklachten over een eventuele klacht. Klachten moeten gebruikt worden om te vermijden dat hetzelfde probleem zich herhaalt. Anders is een klachtenprocedure een totaal steriel gebeuren.

Het merendeel van de directies is tweetalig. Op een bepaald moment werden 3 van de 5 openbare ziekenhuizen geleid door een Nederlandstalige. Er is natuurlijk een redelijk groot verloop. Maar iedereen in het directiecomité is tweetalig, dat is evident.

De IFIC-verloning die nu pas ingevoerd wordt in de openbare ziekenhuizen, maar altijd gangbaar was in de privéziekenhuizen, zorgt ervoor dat de barema's vergelijkbaar zijn in de 3 Gewesten. Maar de kosten zijn niet dezelfde: in Brussel is de huur veel duurder, zijn er de parkeer- en mobiliteitsproblemen enzovoort. Een tijd geleden kwam 50 % van het personeel in de Iris Ziekenhuizen uit Wallonië of uit Vlaanderen. Dat percentage daalt flink. Dat betekent dat men zich moet toespitsen op de Brusselse bevolking. Op zich is dat natuurlijk niet slecht maar jammer genoeg is de kennis van de andere landstaal niet zo denderend, behalve van degenen die naar het Nederlandstalig onderwijs gegaan zijn. Jammer genoeg ontbreekt ook de kennis van het Frans bij degenen die het Nederlandstalig onderwijs in Vlaanderen verlaten.

Het principe van de taalpremie zou nuttig kunnen zijn. De vraag is of het beperkt moet blijven tot de taalpremie en er ook geen compensatie moet zijn voor de levensduurte. De taalpremie moet inderdaad afhankelijk zijn van het niveau, met een vermindering als de talenkennis erop achteruitgaat. Opmerkelijk is dat in sommige diensten niet veel oefenkansen zijn voor Nederlands. Het aantal Nederlandstalige patiënten is zeer klein en het merendeel van de patiënten, zeker als het om Brusselaars gaat, schakelt spontaan over op het Frans. "*Waar kan ik oefenen?*" is een van de meest voorkomende opmerkingen van de cursisten.

Uiteraard is de moedertaal van de personeelsleden gekend. Hij is wel niet op de hoogte van hetgeen over en weer gaat tussen de ministers en de verschillende Gemeenschappen en parlementen. Dat is ook zijn taak niet en past in de organisatie van dit land.

Het Huis van het Nederlands heeft gevraagd om de samenwerking met de Iris Ziekenhuizen op te zeggen. Iris heeft samen met het Huis van het Nederlands HOPITAAL, de e-learning omgeving, ontwikkeld. Iris heeft het verder geperfectioneerd en uitgebreid naar het gehele netwerk. Het Huis van het Nederlands heeft laten weten dat het niet langer hun prioriteit is en heeft aan de Iris Koepel gevraagd om het over te nemen. Het Huis van het Nederlands heeft het e-learning platform wel verdeeld over de privéziekenhuizen. Vermits alle Brusselse ziekenhuizen vanaf begin juli bij dezelfde groepsorganisatie zijn aangesloten is dat 1 van de punten die hij zal aankaarten.

De heer Stijn Bex (Groen) herhaalt zijn vraag over het aandeel van de Brusselse ziekenhuizen dat op deze hoorzitting vertegenwoordigd is. **Prof. dr. Marc Noppen** antwoordt dat het om ongeveer 70 % van de Brusselse ziekenhuizen gaat.

De heer Peter Fontaine sprak van een muur die rond Brussel gebouwd wordt. Vlaamse ziekenhuizen mogen niet samenwerken met Brusselse ziekenhuizen. **De heer Stijn Bex (Groen)** vraagt om verduidelijking. **De heer Peter Fontaine** antwoordt dat het over de ziekenhuisnetwerkvorming gaat. De Europa Ziekenhuizen werken samen met het ziekenhuis in Halle. Ook in Halle wordt dat sterk geapprecieerd; voor veel patiënten is het niet evident

om naar een ziekenhuis in Aalst te gaan. De Vlaamse overheid zou echter nooit erkennen dat een Brussels ziekenhuis in een ziekenhuisnetwerk stapt met een Vlaams ziekenhuis. Als er geen Nederlandstaligen meer naar Brusselse ziekenhuizen komen, zal dat de tweetaligheid niet ten goede komen.

De heer Stijn Bex (Groen) vraagt of het mogelijk en wenselijk is om daaraan te remediëren.

Prof. dr. Marc Noppen antwoordt dat het koninklijk besluit letterlijk bepaalt dat er in Brussel plaats is voor 4 netwerken waarvan 1 onder Vlaamse bevoegdheid. Bedoeling was dat het UZ Brussel als ziekenhuis in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest moest toetreden tot een Vlaams ziekenhuisnetwerk. De regeling is dus zwart op wit in het koninklijk besluit vastgelegd. Of men dat nog wil of kan veranderen, is een politieke vraag. **De heer Peter Fontaine** voegt eraan toe dat de ziekenhuisnetwerken ondertussen gevormd zijn. **Dr. Luc D'Hooghe** merkt op dat voor de oprichting van de ziekenhuisnetwerken de Doktersgilde Van Helmont, de Brusselse Huisartsenkring, het overlegplatform brieven geschreven hebben, vragen gesteld aan de voorzitter, aan de Vlaamse minister-president, aan de rector van de KU Leuven. Daar heeft men nooit een antwoord op gekregen, of een nietszeggend antwoord zoals van de KU Leuven: "*Vlaanderen was op voorhand op de hoogte*".

Commissievoorzitter Els Ampe heeft het voorstel gehoord om de mogelijkheid toe te laten om tot meerdere netwerken toe te treden. **Prof. dr. Marc Noppen** repliceert dat hij dat voorstel destijds expliciet geformuleerd had omdat het beantwoordt aan de realiteit. Dat geldt niet alleen voor het UZ Brussel, maar ook voor Erasme en Saint Luc die waarschijnlijk ook ongeveer de verhouding 40-60 % patiënten uit Brussel en Wallonië/Vlaanderen kennen. Het is vreemd om structuren op te richten die niet overeenkomen met de realiteit. Vroeg of laat botst dat. Het antwoord op dit voorstel was neen.

De heer Stijn Bex (Groen) nodigt de sprekers uit om de leden daarover meer informatie te bezorgen. Hij denkt bv. aan de briefwisseling van dr. Luc D'Hooghe.

De heer Karl Vanlouwe (N-VA) wijst erop dat het om een boeiende maar andere discussie gaat: over samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen. Deze hoorzitting gaat over de problematiek van de tweetaligheid. Hij begrijpt dat dat mogelijk een muur creëert maar de problematiek van het gebrek aan tweetaligheid bestond al 20, 30 jaar geleden. Hij vraagt dus op dit probleem te focussen. Het betreft overigens een federale aangelegenheid die hier niet geregeld moet worden. Hij is op de hoogte van de discussie, waarvoor geen oplossing is. Hier moet men focussen op het probleem van de gebrekkige tweetaligheid.

De verslaggevers,
Arnaud VERSTRAETE
Annabel TAVERNIER

De voorzitter,
Els AMPE