

# *Het belang van de taal in de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener*

Werktekst naar aanleiding van de petitie ingediend door  
Jan Béghin, Sven Gatz, Jean-Pierre Maeyens,  
Herman Mosselmans en Michiel Vandenbussche  
bij de Raad van Europa met betrekking op  
'het fundamentele recht op gezondheid'  
van de Nederlandstalige bevolkingsgroep in Brussel en de Rand en  
ter voorbereiding van het bezoek van Boriss Cilevics,  
rapporteur van de Raad van Europa

Eindredactie : Myriam Verkouter &  
Dr. Luc D'Hooghe  
Augustus 2003



# Inhoudstafel

Voorwoord

Inleiding

1. Het belang van de taal in de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener
  - 1.1. De rechten van de patiënt
  - 1.2. Het belang van een goede anamnese
  - 1.3. Het belang van de taal in de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener
  
2. Het Brussels hoofdstedelijke zorgaanbod in de Belgische, federale structuur
  - 2.1. Historische context
  - 2.2. Het federale België
  - 2.2. De bevoegdheden van de gemeenschappen en de gewesten
  - 2.3. De verdeling van de bevoegdheden met betrekking tot het Brussels hoofdstedelijk zorgaanbod
  
3. De taalwetgeving en het Brussels hoofdstedelijke zorgaanbod
  - 3.1. De ziekenhuizen in het Brussels hoofdstedelijke gewest
    - 3.1.1. De universitaire ziekenhuizen
    - 3.1.2. De algemene ziekenhuizen
      - 3.1.2.1. De privé-ziekenhuizen
      - 3.1.2.2. De openbare ziekenhuizen
  - 3.2. De Brusselse Hoofdstedelijke Dienst voor Brandweer en Dringende Medische Hulp (DBDMH)
  - 3.3. De Medische Urgentie Groep : een geval apart
  
4. De controle op de toepassing van de taalwetgeving
  - 4.1. De Vaste Commissie voor Taaltoezicht
  - 4.2. De vice-gouverneur
  - 4.3. Het Verenigd College
  - 4.4. De Raad van State
  - 4.5. Besluit
  
5. Politieke en andere acties om aan de taalproblemen in de Brusselse ziekenhuizen te verhelpen
  - 5.1. Acties vanuit de Vlaamse gemeenschap in Brussel
  - 5.2. Het taalhoffelijkheidssakkoord
  - 5.3. Pro Medicis Brussel
  - 5.4. Het virtueel zorgnetwerk
  - 5.5. Een Vlaams ziekenhuis in Brussel ?

6. Overzicht van relevante en wetenschappelijke werken over de taalproblematiek in de Brusselse ziekenhuizen

7. Getuigenissen van patiënten en personen ‘uit het veld’

7.1. Reacties uit verschillende milieus ...

7.2. Getuigenissen van patiënten

**Besluit**

Bibliografie

Bijlagen

## Voorwoord

Patiënt en arts begrijpen elkaar als ze dezelfde taal spreken.

Voor een optimale zorgverlening hebben de geneeskundige zorgverstrekkers en in het bijzonder de artsen de deontologische plicht in staat te zijn naar de patiënt te luisteren, zijn taal te begrijpen en hem in die taal uit te leggen hoe hij zal geholpen worden.

Gedreven door hun bezorgdheid voor een goede kwalitatieve zorgverlening en door hun ervaring op het terrein ijveren de Nederlandstalige artsenverenigingen in het Brusselse reeds jarenlang voor meer begrip hieromtrent. Het zijn juist de huisartsen die dagelijks te horen krijgen van hun patiënten hoe het onthaal en de opvang in het ziekenhuis is verlopen: of ze alles hebben kunnen vertellen, of ze het gevoel hadden begrepen te worden, of zij alles verstaan hebben in verband met hun aandoening, de voorgestelde behandeling en de medicatie...

Nederlandstalige huisartsen doen er alles aan om hun patiënten in hun taal te verzorgen, desnoods wordt een beroep gedaan op een intercultureel bemiddelaar om de taal en de cultuur van de patiënt te begrijpen.

Het is verwonderlijk dat vele Franstalige hulpverleners daar zo weinig moeite voor doen en weinig begrip voor kunnen opbrengen.

Ze maken er zich nog te vaak vanaf met de bemerking *‘Mais monsieur, les Flamands parlent tous un peu le français à Bruxelles! Je vous l’assure : ils nous comprennent !’*

En juist daar wringt volgens ons het schoentje : het is niet aan de patiënt om de taal van de hulpverlener te verstaan, maar aan de hulpverlener om de taal van de patiënt te spreken !

Eén ding is zeker: een hoffelijke opstelling of goodwill is onvoldoende om aan deze jaren durende, discriminerende behandeling iets te verhelpen.

Een daadwerkelijke, eerlijke aanpak van deze sociale (taal-) problematiek, samen met een herdefiniëring van de (verouderde) taalwetten én een betere sanctionering indien ze niet worden toegepast, zijn nodig om eindelijk tot een bevredigende oplossing te komen in het belang van de zieke.

Tenslotte zou in gans dit dossier de patiënt centraal moeten staan; niet de hulpverlener noch syndicale of politieke agenda's.

Dr. Luc D'Hooghe,  
Huisarts en ere-voorzitter Brusselse Huisartsen vzw

# Inleiding

Op 27 september 2002 dienden 6 gemeenteraadsleden, 5 schepenen, 3 burgemeesters en 1 provincieraadslid uit Brussel en de Vlaamse rand<sup>1</sup> een petitie in bij de Raad van Europa met betrekking op 'het fundamentele recht op gezondheid' van de Nederlandstalige bevolkingsgroep in Brussel en de Rand. Deze petitie klaagde de taaltoestanden bij de noodoproepdiensten en de Brusselse ziekenhuizen aan.

De petitie werd ontvankelijk verklaard door het Bureau en op 10 januari 2003 besliste de Commissie Juridische Zaken van de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa om een rapporteur aan te duiden om de klacht te onderzoeken, ondanks felle tegenstand van FDF-lid Clerfayt. Lode Vanoost (Agalev) nam de verdediging van deze klacht op zich in deze Commissie.

Op 3 april 2003 werd de Heer Boriss Cilevics door de commissie aangeduid als rapporteur.

Het is geen nieuw gegeven dat vele Nederlandstaligen die in Brussel en omgeving werken of wonen regelmatig moeilijkheden ondervinden in de hoofdstedelijke ziekenhuizen in hun taal verzorgd te worden. Ondanks het stelselmatig aanklaarten van dit probleem, is tot op heden weinig verbetering merkbaar. Daarenboven blijven heel veel Franstalige politici en beleidsmensen het probleem ontkennen. Eén van de argumenten die hier vaak naar voren wordt geschoven is het fragmentarische, soms zelf sporadische karakter van de taalklachten van Nederlandstalige patiënten en hun arts(en). De complexe relatie tussen zorgverlener en zorgvrager én het gebrek aan opvang (én sanctionering en/of opvolging) maakt het bijzonder moeilijk voor Nederlandstalige patiënten over de taalsituatie in de Brusselse ziekenhuizen te klagen of zelfs te praten. Nochtans druist deze toestand in tegen een grondrecht, met name het recht op zorg. Alleen het systematisch aanklagen van deze toestand en het herhalen van dit recht kan op termijn voor een mentaliteitsverandering zorgen. In de eerste plaats bij de Nederlandstalige patiënt zelf, zodat hij mondiger wordt en zijn recht op het gebruik van zijn taal durft op te eisen. In de tweede plaats in de ziekenhuizen, zodat het gebruik van de twee talen (Nederlands en Frans) op termijn een evidentie wordt.

Dit werkdokument gaat in op de rechten van de patiënt zoals geformuleerd in de wet van 22 augustus 2002, op het belang van een goede anamnese voor de patiënt én voor de arts en op het belang van de taal in de relaties tussen zorgvrager en zorgverlener.

In een tweede hoofdstuk plaatsen we het zorgaanbod in Brussel-hoofdstad tegen de achtergrond van het Belgische, federale model en de taalwetten.

De toepassing van deze taalwetten in de Brusselse ziekenhuizen en bij de Brusselse brandweer wordt beschreven in een derde hoofdstuk. Bij deze beschrijving horen vanzelfsprekend de talrijke problemen die zich stellen bij het toepassen van de taalwetten. Het aanklaarten van deze problemen is de rode draad van ons betoog. We doen dit op verschillende niveau's. In de eerste plaats wijzen we op een aantal problemen die rechtstreeks voortvloeien uit de besprekingen van de toepassing van de taalwetten in de ziekenhuizen en bij de brandweer. Het leek evident om de praktijk zo dicht mogelijk bij de theorie te laten aansluiten. We bespreken achtereenvolgens de problemen in de universitaire en algemene ziekenhuizen, bij de brandweer en de heisa omtrent de medische urgentiegroepen.

Dat deze taalproblemen stand houden ondanks een brede waaier aan controlemechanismen wordt verklaard in een vierde hoofdstuk. Het vijfde hoofdstuk gaat dieper in op de politieke en andere acties om aan de taalproblemen in de Brusselse ziekenhuizen te verhelpen. In een zesde hoofdstuk volgt een overzicht van relevante en wetenschappelijke werken over de taalproblematiek in de Brusselse ziekenhuizen en een korte lijst die de belangrijkste taalproblemen nog eens samenvat. Tenslotte sluit hoofdstuk 7 het rapport af met een niet-exhaustieve lijst van 'vooraanstaande' getuigenissen : patiënten die geconfronteerd werden met het gebrek aan Nederlands in de Brusselse verzorgingsinstellingen of personen die vanuit hun politieke en/of professionele ervaringen de taalproblemen in de Brusselse gezondheidssector hebben gevolgd en hierover verslag wilden uitbrengen.

Het is meer dan duidelijk dat deze problematiek niet mag gezien worden als en louter politiek of communautair probleem, maar wel als een sociaal-psychologisch probleem.

# 1. Het belang van de taal in de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener

## 1.1. De rechten van de patiënt

Sinds 6 oktober 2002 bestaat er in België een wet op de patiëntenrechten. Deze wet wil een duidelijke relatie tussen patiënt en zorgverstreker bevorderen en bepaalt een aantal rechten voor de patiënt. Deze rechten houden rechtstreeks verband met de communicatie tussen patiënt en zorgverstreker en dus onrechtstreeks, ook met taal. We leggen dit verband door een aantal artikels en paragrafen uit hoofdstuk III van de wet toe te lichten. Dit hoofdstuk bespreekt de rechten van de patiënt, zijn recht op een duidelijke taal en op een leesbaar patiëntendossier, in een zevental artikels (artikel 5 t.e.m. 11 van de wet).

Artikel 5 omschrijft het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening :

**Art. 5.** De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.

Een kwaliteitsvolle dienstverlening die beantwoordt aan de behoeften van de patiënt veronderstelt ook een communicatie in de taal van de patiënt. Dit lijkt een evidentie. Daarenboven mag men geen onderscheid maken in de dienstverlening ‘op welke grond ook’. Dus ook niet op basis van taal. Dit betekent dat iedere patiënt, ongeacht zijn taal, recht heeft op de best mogelijke verzorging.

Artikel 7 en 8 omschrijven het recht op informatie. De tweede paragraaf van artikel 7 gaat in op het belang van een duidelijke taal in de communicatie tussen zorgvrager en zorgverlener.

**Art. 7. §1.** De patiënt heeft tegenover de beroepsbeoefenaar recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan.

§2. De communicatie met de patiënt geschiedt in een duidelijke taal.

Een duidelijke taal veronderstelt dat de patiënt de zorgverstreker zowel verstaat als begrijpt. Dit kan alleen als de zorgverstreker de taal van de patiënt spreekt.

**Art. 8.** §1. De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar.

§2. De inlichtingen die aan de patiënt verstrekt worden, met het oog op het verlenen van diens toestemming bedoeld in §1, hebben betrekking op het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst, de nazorg, de mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen. Ze betreffen bovendien de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de toestemming, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen, desgevallend met inbegrip van de wettelijke bepalingen die met betrekking tot een tussenkomst dienen te worden nageleefd.

§3. De in §1 bedoelde informatie wordt voorafgaandelijk en tijdig verstrekt en onder de voorwaarden en volgens de modaliteiten voorzien in §2 en §3 van artikel 7.

Ook de informatie moet duidelijk in de taal van de patiënt geschieden; tenslotte moet hij onbevangen een gefundeerde beslissing kunnen nemen en op basis van de verstrekte informatie kunnen instemmen met de voorgestelde behandeling(en). Dit geldt trouwens ook voor het patiëntendossier, zoals gestipuleerd in artikel 9 en waartegen systematisch wordt gezondigd in de Brusselse ziekenhuizen, zoals zal blijken uit de getuigenissen van artsen en patiënten én uit de beschrijving van de klachtenbehandeling van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht (cf. hoofdstukken 3, 4 en 7). Alleen als een dossier wordt opgemaakt in de taal van de patiënt, kan de patiënt het lezen én heeft hij daadwerkelijk toegang tot zijn dossier.

**Art. 9.** §1. De patiënt heeft ten opzichte van de beroepsbeoefenaar recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier.

§3. De patiënt heeft recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier, tegen kostprijs, overeenkomstig de in §2 bepaalde regels. Ieder afschrift vermeldt dat het strikt persoonlijk en vertrouwelijk is.

Tenslotte regelt artikel 11 het recht op klachtenbemiddeling :

**Art. 11.** §1. De patiënt heeft het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie.

Deze wet regelt bijgevolg ook het recht op het neerleggen van een taalklacht ... echter de ombudsfunctie bestaat enkel op papier.

## 1.2. Het belang van een goede anamnese

Ieder onderzoek van een patiënt begint in principe met een anamnese. Het Groot Woordenboek der Nederlandse Taal *Van Dale* omschrijft anamnese als *‘wat de patiënt met betrekking tot de voorgeschiedenis van zijn ziekte kan vertellen alsook het verslag daarvan’*. Meestal ondervraagt de arts de patiënt zelf (auto-anamnese) of eventueel personen uit zijn omgeving (hetero-anamnese). Hetero-anamnese is vooral van belang als de ondervraging van de patiënt, door zijn leeftijd (kinderen), zijn geestestoestand (geestesstoornissen, bewustzijns-stoornissen) of andere toestanden waardoor hij niet tot communicatie komt, niet mogelijk is of een onbetrouwbare indruk maakt.<sup>2</sup>

Iedere anamnese begint met een aantal algemene vragen over het lijden van de patiënt (de omschrijving van de klachten, de duur, het begin, de aard, de intensiteit, de lokalisatie, de begeleidende verschijnselen, de behandeling, etc.). Daarna komen gerichte vragen over de verschillende orgaansystemen (centraal zenuwstelsel, zintuigen, spijsverteringsstelsel, cardiovasculair stelsel, ademhalingsstelsel, urogenitaal stelsel, extremiteiten, huid, lichaamsgewicht, etc.) en over de doorgemaakte ziekten, lichamelijke en geestelijke ontwikkeling, resultaat van keuringen, intoxicaties, voeding, kinderziekten, tropische ziekten, venerische ziekten, bevallingen, miskramen en afwijkingen die bij de familie voorkomen. Tevens wordt de ‘beleving’ van de ziekte — hoe de patiënt zich voelt en hiermee omgaat — nagegaan (pyschosomatiek).

Iedere arts is het erover eens dat de anamnese een fundamenteel onderdeel is van het geneeskundig onderzoek en van de diagnostiek (dit is het geheel van de onderzoeken : anamnese, algemeen lichamenlijk of klinisch onderzoek, laboratoriumonderzoek en andere technische onderzoeken) die moeten leiden tot de diagnose.

De anamnese is richtinggevend in de diagnostiek en kan in sommige gevallen ook rechtstreeks tot de diagnose voeren : één enkel woord in het verhaal van de patiënt of in zijn antwoord kan de exacte diagnose doen stellen. Dit is bijvoorbeeld het geval bij hyperventilatie : *‘de klachten lijken sterk op het begin van een hartinfarct, een angor, terwijl de anamnese duidelijk in de richting van het psychosomatische gaat. Een goed gesprek tussen dokter en patiënt, waarin de patiënt wordt gerustgesteld en samen met de arts gezocht wordt naar de reden van zijn angsten is vaak al voldoende om de patiënt op adem te laten komen. Indien dit gesprek ontbreekt, wordt een verkeerde anamnese gesteld die leidt tot massa’s klinische onderzoeken die de patiënt nog meer gaan beangstigen en men komt hierdoor vaak in een vicieuze cirkel terecht’* (Dr. D’Hooghe, Vorst)

De anamnese is dus ook een uiterst moeilijk onderdeel van het geneeskundig onderzoek dat vooral berust op een goede wisselwerking tussen de vragen van de arts en de antwoorden van de patiënt. Nergens komt de persoonlijkheid en de ervaring van de arts zo tot uiting als bij de anamnese. Nergens is de communicatie tussen arts en patiënt zo belangrijk als bij de anamnese. Nergens is de kennis van de taal van de patiënt zo belangrijk als tijdens de anamnese: *‘een patiënt met een ‘krop in de keel’ deed haar beklag bij een Franstalige collega. Nu moet je weten dat het woord ‘krop’ in het Frans vertaald wordt als ‘goitre’. Opnieuw volgden klinische onderzoeken die de patiënt (én de arts) gingen misleiden. Een goede vertaling van de uitspraak ‘krop in de keel’ wat wijst op verdriet had volstaan om de patiënt gerichter te helpen en door met hem te praten samen naar een meer psychologische oorzaak en hulp te zoeken’ (Dr. D’Hooghe, Vorst)*

### **1.3. Het belang van de taal in de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener**

Het fundamentele recht van de patiënt op een goede verzorging veronderstelt een positief contact tussen de zorgverstrekker en de zorgvrager ten einde een correcte anamnese af te nemen. Een positief contact veronderstelt op zijn beurt een goede communicatie tussen arts en patiënt. Een goede communicatie veronderstelt dat beiden dezelfde taal spreken en dit veronderstelt ten slotte dat patiënt en arts elkaar eerst moeten verstaan vooraleer ze elkaar kunnen begrijpen. Communicatie en taal zijn dus onlosmakelijk met elkaar verweven en beïnvloeden uiteindelijk de kwaliteit van de zorg.

Volwaardige geneeskunde impliceert een goede, nauwkeurige anamnese. Daarvoor moet de arts de patient kunnen ondervragen en zijn antwoorden en verhalen kunnen verstaan en op een vlotte wijze kunnen interpreteren. De ondervraging van de patiënt of van zijn familie of omgeving vereisen een perfecte communicatie waarbij de arts de taal van de patient moet kennen (en niet andersom). Zijn kennis van die taal bepaalt mee, in belangrijke mate, de waarde van zijn onderzoek, het aantal en soort technische onderzoeken nodig om de diagnose te bevestigen of te ontkennen en dus van zijn diagnosestelling en uiteindelijke behandeling. Met andere woorden, de kennis van de taal van de patiënt staat rechtstreeks in verband met het welzijn van de patiënt.

In het vorige punt hebben we gezien dat een gebrekkige anamnese kan leiden tot een deficiënte diagnose en behandeling, dat zij vertraging in de diagnosestelling en behandeling kan veroorzaken. Dat alles kan voor de patiënt zowel lichamelijke, geestelijke, sociale en financiële gevolgen hebben. En met dit laatste soort gevolgen raken we ook de gevoelige snaar

van de sociale zekerheid aan : verkeerd gerichte diagnostische onderzoeken en uitgestelde en deficiënte behandelingen veroorzaken nutteloze en dure kosten !

Volwaardige geneeskunde berust ook op respect. Respect voor de patiënt, maar ook voor zijn rechten als patiënt. Daarenboven verkeert de patiënt in een toestand van sterke afhankelijkheid, waarin het afdwingen van zijn rechten niet altijd vanzelfsprekend is. In een context van sterke en belangrijke afhankelijkheid en psychologische kwetsbaarheid van de patiënt, zijn het de dokters en verpleegkundigen, die zich moeten aanpassen aan de leefwereld én aan de taal van de patiënt, omwille van het respect dat zij aan de patiënt als zieke verschuldigd zijn.

Vooraf in urgentiegeneskunde blijken artsen dit respect niet te kunnen opbrengen; ze vinden het maar normaal dat iedereen in Brussel Frans spreekt en begrijpt ! Een patiënt getuigt over Erasme : *‘toen mijn zoon Wouter in de nacht van 19 op 20 augustus 1998 in onze woning tot tweemaal toe het bewustzijn verloor (...) heb ik de dienst 100 opgebeld om een ziekenwagen. Naar aanleiding daarvan is ondermeer een medisch interventieteam van het Erasmus-ziekenhuis ter plaatse gekomen. De geneesheer van dat team bleek Nederlandsonkundig te zijn, bij zoverre dat – gebrekkige – communicatie enkel mogelijk was via een verpleger die wel een beetje Nederlands kende. Er werd wel ingegaan op mijn verzoek om mijn zoon niet naar het Erasmus-ziekenhuis te brengen maar wel naar dat van Halle. Beersel is nochtans een eentalig Nederlandstalige gemeente die geenszins behoort tot het Brussels hoofdstedelijk gewest. De factuur die mij nadien voor de interventie door Erasmus werd toegestuurd bleek ook eentalig Frans te zijn en heb ik derhalve onbetaald teruggestuurd’*(Van Poucke Roger, Beersel, 1998). Een andere patiënt getuigt over Saint-Luc : *‘Tijdens een opname in het ziekenhuis Saint-Luc te Sint-Lambrechts-Woluwe, waar ik door de dienst 100 naartoe was gebracht, vroeg ik aan de arts die mij onderzocht of hij geen Nederlands sprak. Hij antwoordde : ‘Ici, c’est en français, madame !’*” (Fanny Van de Velde, Brussel, s.d.)

## 2. Het Brussels hoofdstedelijke zorgaanbod in de Belgische, federale structuur<sup>3</sup>

Om de politiek en de organisatie van het zorgaanbod in Brussel te begrijpen is het belangrijk deze te plaatsen tegen de achtergrond van de werking van het Brusselse model in het bijzonder en van de federale structuur in het algemeen. Als bouwstenen van deze federale structuur spelen taal en territorialiteit een essentiële rol in de indeling van België in deelstaten en in de samenwerking tussen de gemeenschappen. Deze samenwerking berust grotendeels op politieke evenwichten en minnelijke schikkingen : de bescherming van de Franstalige minderheid op federaal vlak werd en wordt politiek-historisch gekoppeld aan de bescherming van de Vlaamse aanwezigheid in Brussel.<sup>4</sup>

### 2.1. Historische context<sup>5</sup>

Taal is geen neutraal gegeven in België.<sup>6</sup> Taal lag aan de basis van de splitsing van de grote politieke partijen en ziekenfondsen en van de oprichting van nieuwe politieke formaties en de taalpolitiek leidde in het verleden al tot verschillende regeringscrisissen.

Nochtans stond de taalproblematiek lange tijd niet bepaald in het middelpunt van de belangstelling en werd ze pas in het begin van de 20<sup>ste</sup> eeuw een politiek strijdpunt met verstrekkende gevolgen.

Het koninkrijk België is in 1830 ontstaan als bufferstaat tussen de voormalige oorlogvoerende landen in Europa. Dit was een artificieel en wat de taal betreft heterogeen land. In het zuiden sprak de bevolking hoofdzakelijk het Waals dialect, dat verwant is met het Frans. In het noorden sprak de bevolking verschillende Vlaamse dialecten die nauw verwant waren met het Nederlands. In de 19<sup>e</sup> eeuw stelde dat geen groot probleem vermits de hogere klassen, de adel en de bourgeoisie, Frans spraken in België, maar ook op veel andere plaatsen in de rest van Europa, bijvoorbeeld in Polen en in mindere mate bij de Russische adel.

België was in die tijd een vooruitstrevende democratie : er was een vrij gekozen parlement, maar het kiesrecht was verre van algemeen. Het kiesrecht was voorbehouden voor wie belastingen betaalde, dus hoofdzakelijk voor de Franstalige bourgeoisie. In diens visie was België een Franstalig land en de Waalse en Vlaamse lagere klassen moesten opgevoed worden in het Frans om zich tot de Franse cultuur te kunnen verheffen.

In het midden van de 19<sup>de</sup> eeuw kwam daartegen verzet, vooral vanwege de Vlaamse literatoren, de zogenaamde taalminnaren.<sup>7</sup> Dankzij de Vlaamse Beweging werd langs democratische weg vanaf 1880 geleidelijk

een erkenning van de Nederlandse taal bekomen. Er werden wetten gestemd over de taal in het gerecht, later in de administratie en in het onderwijs. Dit ging zeer langzaam. Een werkelijke Vlaamse macht kwam er slechts nadat het algemeen kiesrecht bekomen werd na de Eerste Wereldoorlog.

Een uitgebreide taalwetgeving die gelijke rechten toekende aan het Nederlands en aan het Frans kwam er slechts in 1932. Aanvankelijk werd gepoogd in het ganse land tweetaligheid in te voeren. Toen in de jaren dertig de Vlaamse macht voldoende sterk bleek om gelijke rechten voor het Nederlands af te dwingen, werd de tweetaligheid in het Zuiden radicaal geweigerd. Daarom werd gekozen voor twee eentalige gebieden met het Frans als officiële taal in het Zuiden en het Nederlands in het Noorden. In Brussel en in een aantal gemeenten rond Brussel en de taalgrens die het Noorden van het Zuiden scheidt, werd een tweetalig statuut voorzien.

Een wetgevingstrategie die poogde een gelijkberechtiging voor het Nederlands te garanderen in het tweetalig gebied Brussel kwam er slechts met de taalgrensafbakening in 1962 en het taalcompromis van Hertoginnedal (1963).

De taalwetten spitsen zich echter toe op de administratie, het gerecht en het onderwijs en handelen enkel over het taalgebruik in de openbare diensten. In private aangelegenheden is het taalgebruik volledig vrij. Omdat de gezondheidssector in België grotendeels in handen is van de katholieke zuil en buiten de staat om wordt georganiseerd, valt het taalgebruik in de geneeskunde en in de ziekenzorg daar grotendeels buiten. Dit is ook te verklaren door het feit dat de ziekenzorg in België op zeer liberale wijze georganiseerd is. We hebben een systeem van vrije geneeskunde en zowel in het Noorden als in het Zuiden van het land is men daaraan zeer gehecht.

De taalwetten zijn ontstaan langs democratische en parlementaire weg en zijn telkens het resultaat van een compromis. Dit verklaart waarom ze zo ingewikkeld en dikwijls onlogisch schijnen. Zo ontstonden heel wat wetten die vaak anders geïnterpreteerd worden door de Franstaligen dan door de Vlamingen, wat aanleiding gaf tot heel wat betwistingen en verduidelijkingen door de rechtbanken. Er zijn ook heel wat wetten waaraan geen sancties verbonden zijn en die dus straffeloos worden genegeerd.

Ten slotte is België ontstaan als een Franstalig land waar de Nederlandse taal en cultuur heel vaak en lang misprezen werd. Het numeriek groter aantal Vlamingen heeft slechts geleidelijk aan gelijke rechten verworven en hun taal opgelegd aan de Franstalige 'meerderheid'. Dat deze verworvenheid ten koste ging van de macht en de voorrechten van de Franstaligen, hoeft weinig betoog. Door veel Franstalige politici wordt deze Vlaamse strijd dan ook als een bedreiging ervaren. Maar deze strijd is verre van gewonnen.

Veel Franstaligen aanvaardden nog steeds de taalwetten niet en, vermits er geen sancties voorzien zijn, worden de taalwetten in Brussel vaak niet toegepast...

## 2.2. Het federale België

Het federale België heeft twee soorten deelstaten : Gemeenschappen en Gewesten. België is ingedeeld in drie Gewesten – het Vlaams, het Waals en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest – en drie Gemeenschappen – de Vlaamse, de Franse en de Duitstalige Gemeenschap.

De basis van de federale structuur werd gelegd in de grondwetsherziening van 1970.<sup>8</sup> Deze eerste staats hervorming gaf de Gemeenschappen een zekere culturele autonomie en de Gewesten een grondgebied en een economische autonomie.

Het grondgebied van het Vlaams Gewest valt samen met het Nederlandse taalgebied. Het grondgebied van het Waals Gewest beslaat het Franse en Duitse taalgebied.

Dit proces werd verdergezet tijdens de staats hervorming van 1980. Met de staats hervorming van 1980 kregen de Gemeenschappen naast culturele autonomie ook de bevoegdheid over persoonsgebonden aangelegenheden (o.a. gezondheid en sociale bijstand) en kregen twee Gewesten officieel vorm : het Vlaamse Gewest en het Waalse Gewest. Net als de drie Gemeenschappen beschikten ze vanaf dan over een eigen Raad en Regering.

In Vlaanderen smolten van bij het begin de Regeringen en Raden van het Vlaamse Gewest en de Vlaamse Gemeenschap samen. De Regeringen en Raden van het Waalse Gewest en van de Franstalige Gemeenschap behielden elk hun autonomie.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest kreeg een apart statuut tijdens de derde staats hervorming van 1988-1989. Het krijgt net als de twee andere Gewesten een eigen Raad en Regering. De eerste stemt over ordonnanties, de tweede voert ze uit. In deze derde staats hervorming wordt de autonomie van Gemeenschappen en Gewesten nog versterkt.

Aan deze autonomie werd nogmaals gesleuteld in de vierde (1993) en vijfde (2001) staats hervorming door een verdere overdracht van bevoegdheden aan de Gemeenschappen en Gewesten. Het Sint-Michielsakkoord uit 1993 maakte van België officieel 'een federale staat samengesteld uit Gemeenschappen en Gewesten' en een einde aan de Belgische eenheidsstaat zoals vastgelegd in de Grondwet van 1830.<sup>9</sup> Het Lombardakkoord uit 2001 bevatte een aantal wijzigingen met betrekking tot de Brusselse instellingen (zetelverdeling in de Brusselse Hoofdstedelijke Raad, andere samenstelling en uitbreiding van de Vergadering van de Vlaamse GemeenschapsCommissie enz.).

### 2.3. De bevoegdheden van de Gemeenschappen en de Gewesten

De afbakening van de grenzen tussen de Gemeenschappen en de Gewesten hangt nauw samen met de indeling van België in taalgebieden. In 1963 werd de taalgrens vastgelegd. Daardoor werd België ingedeeld in vier taalgebieden, die de streektaal als bestuurstaal moesten gebruiken. Het Nederlandse taalgebied omvat de provincies Antwerpen, Limburg, Vlaams-Brabant, en Oost- en West-Vlaanderen. Het Franse taalgebied omvat de provincies Luik, Henegouwen, Namen, Luxemburg en Waals-Brabant. Het Duitse taalgebied omvat de negen gemeenten van de Oostkantons. De negentien gemeenten van het gebied Brussel-Hoofdstad zijn tweetalig Nederlands-Frans. In sommige gemeenten waar grote groepen anderstaligen wonen, zoals in Voeren en Komen, en in de zes Vlaamse randgemeenten rond Brussel, kregen de anderstalige inwoners taalfaciliteiten: ze mogen er hun eigen taal gebruiken aan het loket in het gemeentehuis of bij hun contacten met de overheid.

Het Vlaamse Gewest strekt zich uit over het grondgebied van het Nederlandse taalgebied; het Waalse Gewest over het grondgebied van het Franse én het Duitse taalgebied; het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest over het grondgebied van de 19 gemeenten van het tweetalige gebied Brussel Hoofdstad.<sup>10</sup>

Grosso modo kunnen we stellen dat de Gemeenschappen bevoegd zijn voor cultuur, onderwijs en persoonsgebonden aangelegenheden (o.a. welzijn en preventieve gezondheid) en de Gewesten voor economische en sommige sociale aangelegenheden.<sup>11</sup>

De Vlaamse Gemeenschap is bevoegd in het Nederlandse taalgebied, maar oefent ook gemeenschapsbevoegdheden uit op het grondgebied van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest - het zogenaamde tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Hier is de Vlaamse Gemeenschap enkel bevoegd voor de Nederlandstalige culturele organisaties en onderwijsinstellingen, en voor de gezondheids- en welzijnsinstellingen die zich tot de Nederlandstaligen richten. De Franse Gemeenschap is bevoegd in het Franse taalgebied en heeft dezelfde bevoegdheden in Brussel als de Vlaamse Gemeenschap, maar dan ten opzichte van de Franstaligen. De bevoegdheid van de Duitstalige Gemeenschap omvat het Duitse taalgebied.

Omdat de Franse en de Vlaamse Gemeenschap geen bevoegdheden ten aanzien van de fysieke Brusselaars uitoefenen en men Brusselse Vlamingen moeilijk kan onderscheiden van Franstalige en anderstalige Brusselaars - ze wonen immers op hetzelfde grondgebied, het gebrek aan taalcriteria maakt het onmogelijk om hen bij de één of andere gemeenschap te rekenen en daarenboven was er vanaf het begin ook de politieke keuze om de verschillende (taal)gemeenschappen niet te laten onderwerpen aan enige vorm van subnationaliteit binnen het Brussels grondgebied - werd

een aparte gemeenschapsinstelling opgericht : de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, dewelke bevoegd is ten aanzien van de personen in het Brussels Hoofdstedelijke Gewest en belast is met een aantal deelaspecten binnen het cultuur-, gezondheids- en welzijnsbeleid gericht naar beide officiële taalgemeenschappen.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie hangt niet af van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de federale overheid, of één van de gemeenschappen. Zoals gezegd oefent ze bevoegdheden uit over de Brusselaars, maar ook over de instellingen die niet met de ene of de andere gemeenschap verbonden kunnen worden : de zogenaamde bicommunautaire instellingen.

Samengevat kunnen we stellen dat alleen het Brussels Hoofdstedelijk gewest *de jure* tweetalig is en in enkele gemeenten langs de taalgrens een minderheidsbeleid met taalfaciliteiten heerst.

De tweetaligheid van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vertaalt zich in een gewaarborgde aanwezigheid van de twee taalgemeenschappen in alle overheidsinstellingen die zich tot de inwoners van het hele tweetalige gebied richten. Daarnaast zijn ook de instellingen van het Brussels Hoofdstedelijke Gewest in belangrijke mate als tweeledig opgevat. Als voornaamste voorbeelden van deze tweeledigheid op regionaal vlak gelden de poolvorming bij de verkiezingen voor de Raad en de indeling van deze Raad in twee taalgroepen (zoals in het federale Parlement), de quasi-paritaire samenstelling van de Regering en de alarmbelprocedure.

Lejeune en Pas stellen dat dit dualisme in Brussel politiek-historisch verbonden is met het tweeledig karakter van de Belgische federale staatsopbouw.<sup>12</sup> De bescherming van de Franstalige minderheid in België werd en wordt politiek gekoppeld aan de bescherming van de Vlaamse aanwezigheid in Brussel.

## **2.4 De verdeling van de bevoegdheden met betrekking tot het Brussels hoofdstedelijk zorgaanbod**

We hebben gezien dat een hele reeks bevoegdheden verdeeld is over de Gemeenschappen en de Gewesten, die hiervoor over eigen wetgevende en uitvoerende organen beschikken.

Wat de Brusselse gezondheidssector betreft, is de organisatie van de dringende medische hulpverlening via de Dienst voor Brandweer en Dringende Medische Hulp in handen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.<sup>13</sup>

De Vlaamse en de Franstalige Gemeenschap zijn enkel bevoegd ten aanzien van instellingen die wegens hun organisatie of hun activiteiten

uitsluitend behoren tot de Vlaamse of de Franse gemeenschap : hun universitaire en unicommunautaire ziekenhuizen, de opleidingen van artsen en paramedici en hun eigen ambulante zorgsectoren (o.a. thuisverpleging, bejaardenhulp, oppas- en wachtdiensten) voor zoverre er hier sprake is van een unicommunautair karakter.<sup>14</sup> De Vlaamse Gemeenschap, de Franstalige Gemeenschap en haar gemeenschapscommissie treden in Brussel op als inrichtende macht ten aanzien van deze laatste en zijn te beschouwen als gedecentraliseerde besturen onderworpen aan het bestuurlijk toezicht van de respectieve gemeenschappen.<sup>15</sup>

We hebben ook gezien dat de verschillende taalgemeenschappen niet onderworpen zijn aan enige vorm van subnationaliteit binnen het Brussels grondgebied. Nederlandstalige en Franstalige Brusselaars kiezen in belangrijke mate zelf tot welke taalgemeenschap ze zich wenden en in welke omstandigheden. Onder meer om die redenen werden een aantal deelaspecten binnen het cultuur-, gezondheids- en welzijnsbeleid onder een gemeenschappelijke noemer geplaatst. Omdat ze zich niet louter tot één, maar tot beide grote gemeenschappen richtten – men spreekt trouwens over ‘bicommunautaire’ materies – werden deze gemeenschapsbevoegdheden toegewezen aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie houdt dus toezicht op het grootste gedeelte van het zorgaanbod in de hoofdstad : de openbare ziekenhuizen en de private ziekenhuizen, de chronische verzorgingsinstellingen, de poliklinieken, de rusthuizen, enkele medische en psychosociale centra, etc... die geen keuze gemaakt hebben tussen de Franse of Vlaamse Gemeenschap. Samen worden ze de ‘bicommunautaire verzorgingsinstellingen’ genoemd.

Vreemd genoeg bestaat er geen juridische invulling van de term ‘bicommunautair’ en moet men het stellen met een passieve omschrijving van de term, met name ‘alles wat niet mono-communautair is’. Daarenboven zijn er ook geen verplichtingen verbonden aan de noemer ‘bicommunautaire instellingen’.

*Inlassen schema kabinet Vanbengel*



### 3. De taalwetgeving en het Brussels hoofdstedelijke zorgaanbod

Patiënten hebben in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een rijke keuze aan ambulante zorgen en ziekenhuizen. In Brussel-hoofdstad zijn tweeëntwintig ziekenhuizen gevestigd : drie universitaire, tien privé en negen openbare ziekenhuizen. In totaal levert dit meer dan 7.000 bedden op. Naast de universitaire en algemene ziekenhuizen opereren nog chronische verzorgingsinstellingen en psychiatrische ziekenhuizen. Deze structuur wordt vervolledigd door poliklinieken, medische centra, ambulante zorgverlening en extra voorzieningen zoals thuisverpleging, bejaardenhulp, onthaalcentra, kinderdagverblijven, oppasdiensten en wachtdiensten. In geval van dringende medische hulpverlening kan men een beroep doen op de 100-centrale van de brandweer: een nationaal noodnummer dat de patiënt onmiddellijk hulp biedt door middel van een ziekenwagen en/of medische urgentiedienst.

Vooraf in de ziekenhuizen en bij de dringende medische hulpverlening komen taalproblemen voor.

We bespreken achtereenvolgens de taalwetgeving die van toepassing is op de universitaire en de algemene ziekenhuizen, bij de brandweer en de dringende medische hulpverlening. Per sector wijzen we op de belangrijkste taalproblemen.

#### **3.1. De ziekenhuizen in het Brussels hoofdstedelijk gewest**

Bij de bespreking van de taalwetgeving en haar toepassing in de Brusselse ziekenhuizen is het nodig een onderscheid te maken tussen het soort ziekenhuis enerzijds en het officiële taalgebruik van de instelling en de vereiste taalkennis van het personeel anderzijds. Het taalgebruik heeft betrekking op de taal die gebruikt wordt in de contacten tussen zorgvrager en zorgverlener; de taalkennis verwijst naar de kennis van de tweede taal (de facto het Nederlands of het Frans) door de verzorgingsinstelling in haar geheel of door de zorgverlener in het bijzonder. Het statuut van een ziekenhuis maakt een onderscheid tussen universitaire, openbare en privé-instellingen. Afhankelijk van het statuut van het ziekenhuis, geldt een andere taalregeling en verschilt ook de bevoegde overheid.

### 3.1.1. De universitaire ziekenhuizen

Brussel telt drie universitaire ziekenhuizen :

#### **Academisch Ziekenhuis Erasmus (ULB)**

Lenniksebaan 808  
1070 Anderlecht

#### **Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit Brussel**

Laarbeeklaan 101  
1090 Jette

#### **Academisch Ziekenhuis Saint-Luc (UCL)**

Hippokrateslaan 10  
1200 Sint-Lambrechts-Woluwe

Samen beschikken ze over 2430 bedden. Hun ligging op de rand van het gewest, maar vooral hun hooggekwalificeerd aanbod aan zorgen maakt dat zij een grote aantrekkingskracht hebben op de Brusselse rand en een deel van Vlaams-Brabant. Hoewel de universitaire ziekenhuizen actief rekruteren in het Brussels hoofdstedelijk gewest en in de gemeenten daarrond - de zogenaamde randgemeenten<sup>16</sup> - en bijgevolg in contact komen met personen behorende tot de twee politiek dominante taalgroepen, zijn ze mono-communautair en hangen ze af van hun respectieve taalgemeenschap: de Vlaamse Gemeenschap is bevoegd voor het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit Brussel (AZ-VUB) en de Franstalige Gemeenschap voor het Hôpital Erasme van de Université Libre de Bruxelles en de Cliniques Universitaires Saint-Luc van de Université Catholique de Louvain. De officiële voertaal in de gangen van het AZ-VUB is het Nederlands en in Erasme en Saint-Luc is dit het Frans.

De toenemende internationale rol van Brussel als Europese hoofdstad en de druk van het multiculturele karakter van de grootstad dwongen een meertalig beleid van deze ziekenhuizen in toenemende mate af.

Om een brug te bouwen tussen de verschillende culturen en als tolk te dienen om vooral allochtonen en buitenlandse patiënten aan te spreken en te begrijpen, werden interculturele bemiddelaars een vaste waarde in de wandelgangen van de Vlaamse universitaire verzorgingsinstelling.<sup>17</sup>

Ook de professionele instroom van buitenlandse studenten en artsen begunstigde de openheid naar andere talen en culturen. Deze openheid was echter geen garantie voor een betere kennis van de tweede landstaal : vaak is de toename van het Engels er omgekeerd evenredig met het gebruik van het Frans in het AZ-VUB of het Nederlands in de Franstalige universitaire ziekenhuizen. Daarenboven zijn er heel veel Nederlandsonkundige artsen-

specialisten en stagiairs in de Franstalige universitaire ziekenhuizen die niet zelden van buitenlandse afkomst zijn en zelden op de hoogte worden gebracht van het gebruik van het Nederlands als tweede officiële taal in Brussel!

Er wordt vooral over Erasme en Saint-Luc geklaagd. Beide ziekenhuizen liggen op de rand van Brussel en bedienen een groot stuk van de omringende ‘Vlaamse’ gemeenten, terwijl ze officieel alleen het Frans als voertaal (moeten) gebruiken!

Het taalprobleem in deze ziekenhuizen stelt zich op verschillende niveau’s, maar de meeste problemen stellen zich op de spoedafdelingen waar de Vlaamse patiënt geen keuzemogelijkheid heeft. De ziekenwagens hebben de plicht de patiënt steeds naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis te voeren en in de rand is dat vaak Erasme of Saint-Luc.

Vooraf over de spoeddienst van Erasme wordt geklaagd :

*‘(...) het is toch totaal onlogisch dat men mensen voor een deel uit Vlaams-Brabant worden afgevoerd obligaat naar een ééntalig Frans ziekenhuis. Het is mono-communautair en het is ondenkbaar van daar systematisch te kunnen rekenen op Nederlandstalige opvang en toch is de dienst-100 daarop aangesloten, ook voor een deel van Vlaams-Brabant en voor Brussel’ (Getuigenissen van Brusselse huisartsen. In : Verkouter, Kwaliteit van de communicatie in de contacten van de patiënten en van de huisartsen met de Brusselse verzorgingsinstellingen. Eindrapport. Juni 2000, 214p + bijlagen)*

*‘(...) Ik heb ook problemen met Erasme, niet zozeer omwille van de kwaliteit, maar omwille van de slechte communicatie, de arrogantie waarmee men soms Nederlandstalige patiënten daar aanpakt, en ook de slordigheid waarmee de rapporten verstuurd worden, enzovoorts ...’ (o.c.)*

*‘(...) we waren op restaurant in de rand. Mijn moeder voelde zich niet goed en we hebben van daaruit de 100 gebeld. De ambulancier sprak Nederlands, maar moest haar naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis brengen. Op de spoedafdeling van Erasme liep het mis : niemand sprak er Nederlands, met handen en voeten heb ik het moeten uitleggen ... ik kan nog wat Frans, maar mijn bejaarde moeder spreekt nauwelijks Frans. Ik heb gevraagd om haar te laten transfereren als ik vernam dat ze daar 14 dagen zou moeten liggen. Maar dat bleek niet zo eenvoudig. Daarenboven werd mij met een sarcastische glimlach geantwoord dat het wel eventjes zou kunnen duren en alle kosten voor mijn rekening waren. Daar lag ze dan ... de patiënt naast haar zorgde weliswaar voor de elementaire vertaling, maar ze voelde zich zo verlaten (...). We hadden nood aan een gesprek in het Nederlands. Al was het maar om te weten hoe het met haar was. Ik vraag me dikwijls af hoe het contact had verlopen als haar buurman niet tweetalig was geweest. Of ik daarover ben gaan klagen? Dat doe je niet, je zit in een totaal afhankelijke situatie, je wil niet dat ze er de dupe van wordt ... je ondergaat, je houdt je mond en hoopt alleen dat het bij die ene keer blijft ... (Goossens Nelly, Sint-Pieters-Leeuw)*

Niet alleen bij de spoeddiensten, ook bij een doorverwijzing hebben huisartsen en patiënten last van het gebrek aan tweetaligheid : *Ik denk dat jij bij een doorverwijzing alleszins moet zorgen dat de mensen zich daar op hun gemak voelen. Voor onszelf als arts is natuurlijk het allerbelangrijkste dat ze een collega zien die zijn werk goed doet, die het kwalitatief doet en dat het medisch een goeie doorverwijzing is. Maar als iemand totaal tegen zijn zin naar Saint Luc gaat omdat hij geen woord Frans kent, dan valt het sowieso erg tegen en wordt het automatisch ook geen goeie medische doorverwijzing, want die gaan daar dichtklappen'* (Getuigenissen van Brusselse huisartsen. In : Verkouter, o.c.)

*Mijn vader had kanker in de galwegen. Onze huisarts stelde voor om naar Erasmus te gaan omdat dit ziekenhuis over een vrij specifieke techniek beschikt om dit soort aandoeningen te opereren. Op dat moment is de medische verzorging je prioriteit. Maar mens, mijn vader wou daar weg (...) De dokter sprak alleen Frans met dan nog een zekere hautaine houding ... de verpleging was totaal Nederlandsonkundig, ze waren niet vriendelijk, deden geen moeite (...) Naar iemand die Nederlands sprak werd niet gezocht. Dit kan blijkbaar als men Russisch of Arabisch spreekt, maar niet als men Vlaming is ... Hij voelde zich zo onmachtig en weerloos ... .. ze hebben zelfs geweigerd om een Nederlanstalige priester te roepen ! Als Vlaming doe je moeite om de mensen in hun taal te woord te staan ... ik ben verpleegster in de Kempen en als daar een Fransman langskomt, help je die mens in het Frans. Of we daarover hebben geklaagd? Bij wie? We hadden niet veel keuze, hé? Op dat ogenblik primeert de kwaliteit van de medische interventie. Niemand klaagt graag over het gebrek aan Nederlands, je wordt er zo vlug schief voor bekeken ... (Sibbens Nadine, Sint-Job-in-t'Goor)*

Maar niet alleen Erasmus wordt aangeklaagd omwille van een gebrek aan Nederlands. Ook Saint-Luc scoort slecht op vlak van tweetaligheid. Indien patiënt en arts de keuze hebben, verkiest men vanuit het Zuidwesten van Brussel het Heilig Hart in Leuven. Naar Saint-Luc gaat men alleen als het echt moet : *In het park van Tervuren kreeg ik een ongeval (...) en werd de 100 erbij geroepen. Ik weet niet of je het park kent, maar er is een rechtstreekse baan naar Leuven. Ik verkoos en drong aan om mij naar Leuven te brengen. Dit werd mij geweigerd. Het dichtstbijzijnde ziekenhuis was Saint-Luc. De ambulanciers kenden het Heilig Hartziekenhuis niet eens en negeerden iedere opmerking van mijnentwege. Ik voelde mij precies een tweederangsburger : alles verliep in het Frans ! Hoe kan je nu een serieus medisch probleem uitleggen als je elkaar niet begrijpt? (Pierre Sterckx, Tervuren)*

Voor volwassenen is het niet gemakkelijk om in een Franse en Nederlandsonvriendelijke omgeving terecht te komen.

Geheel absurd wordt het als het om kinderen gaat : *'zo'n twee jaar geleden werd mijn toen 13 maanden oude zoontje opgenomen in het universitair ziekenhuis Sint Lucas in Woluwe en dit voor een oogheelkundige ingreep. De behandelde geneesheerspecialist Prof. Dr. Potter deed steeds zijn uiterste best om ons in het Nederlands te woord te staan. Dit werd door ons zeer geapprecieerd. Maar ... aan de receptie werden wij*

*keurig in het Frans doorverwezen naar de afdeling pediatrie. Daar aangekomen kregen we (ook in het keurig Frans) een tweepersoonskamer toegewezen. Ondanks mijn hardnekkig Nederlands-praten was er blijkbaar op de gehele afdeling geen enkele verpleegkundige die mij in het Nederlands kon (of wou) te woord staan. Alle communicatie (als daar al sprake van was) verliep dus eentalig Frans.*

*Later die dag werd het tweede bedje in de kamer ingenomen door een allochtoon kindje. Aanvankelijk lag het meisje daar uren alleen, maar 's avonds werd onze kamer 'overstelp't door een familiebezoek van zo'n zeven allochtone familieleden. Groot was dan ook mijn verbazing toen een toegesnelde verpleegkundige via haar draagbare telefoon onmiddellijk een tolk opriep voor 'een dringende tussenkomst' op de afdeling pediatrie. Na een tiental minuten verscheen er inderdaad een Arabisch/Franse tolk en werd voor zover ik eruit kon opmaken een uiteenzetting gedaan over de medische toestand van hun kind, weliswaar in hun eigen taal!!!' (Ilse Proesmans)*

### **3.1.2. De algemene ziekenhuizen**

Het grote verschil tussen de universitaire en de algemene ziekenhuizen – als noemer voor de privé- en de openbare ziekenhuizen – bevindt zich in het statuut van het ziekenhuis : universitaire ziekenhuizen zijn mono-communautair en behoren tot één taalgemeenschap terwijl de algemene ziekenhuizen door hun bi-communautair statuut zich zowel tot de Frans- als tot de Nederlandstalige gemeenschap moeten richten.<sup>18</sup> De tien privé-ziekenhuizen kregen destijds de keuze tussen een mono- en een bi-communautair statuut; de openbare ziekenhuizen werden bij wet bi-communautaire ziekenhuizen. Hoewel al deze ziekenhuizen een bicomunautair statuut hebben – en in theorie dus open staan voor zowel Franstalige als Nederlandstalige patiënten – maakt de regelgever tot nog toe een onderscheid tussen privé en openbare ziekenhuizen wat de toepassing van de taalwetgeving betreft.

#### **3.1.2.1. De privé-ziekenhuizen**

Brussel telt 12 privé-ziekenhuissites welke gehergroepeerd zijn in verschillende entiteiten :

**Verplegingscentrum François Rabelais**

**site César de Paepe 2000**

Cellebroersstraat 11

1000 Brussel

02/506.71.11

**site Hôpital Français Reine Elisabeth**

Josse Goffinlaan 180

1082 Sint-Agatha-Berchem

02/482.40.00

**Vzw Europa Ziekenhuizen**

**site Maria-Louizasquare**

Maria-Louizasquare 59

1000 Brussel

02/737.80.88

**site Sint-Michiel**

Linthoutstraat 150

1040 Etterbeek

02/737.80.00

**site Deux Alice**

Groeselenberg 57

1180 Ukkel

02/373.45.11

**site Sint-Elisabeth**

De Frélaan 206

1180 Ukkel

02/373.16.11

**De ziekenhuizen Edith Cavell, van de Basiliek en Lambermont**

**campus Kliniek Park Leopold**

Froissartstraat 38

1040 Etterbeek

02/287.51.11

**site Nieuwe kliniek van de Basiliek**

Pangaertstraat 37-47

1083 Ganshoren

02/422.42.42

**Medisch instituut Edith Cavell**

Edith Cavellstraat 32

1180 Ukkel

02/340.40.40

**Sint-Anna Sint-Remigius Sint-Etienne Kliniek**

**site Sint-Anna Sint-Remigius Kliniek**

J. Graindorlaan 66

1070 Anderlecht

02/556.51.11

**site Sint-Etienne Kliniek**

Middaglijnstraat 100

1210 Sint-Joost-Ten-Node

02/225.91.11

## Algemene Kliniek Sint-Jan

Broekstraat 104

1000 Brussel

02/221.91.11

De inrichtende macht van een privé ziekenhuis is een privé-vereniging. De privé-ziekenhuizen zijn inzake tweetaligheid op het vlak van hun organisatie, noch op het vlak van hun functioneren gebonden aan enige wettelijke verplichting.<sup>19</sup> Nochtans werden ze erkend als bicommunautaire ziekenhuizen en vallen ze onder de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke GemeenschapsCommissie. Daarenboven krijgen ze ook uit deze gemeenschappelijke pot subsidies met betrekking tot hun infrastructuur. Ze worden verondersteld de nodige inspanningen te leveren teneinde een tweetalige dienstverlening te verzekeren, maar hun taalgebruik wordt niet gecontroleerd.<sup>20</sup>

Het gebrek aan controle maakt dat de tweetaligheid in deze ziekenhuizen vaak afhangt van de goodwill van de directie en van het personeel.

Hoewel de situatie minder erg is dan in beide Franstalige universitaire ziekenhuizen, wordt ook hier het gebrek aan Nederlands in de dienstverlening aangeklaagd door Vlaamse huisartsen en hun patiënten. Interviews met Brusselse huisartsen wezen op het feit dat bepaalde privé-ziekenhuizen omwille van dit probleem systematisch vermeden worden.

Dit is vooral het geval voor Cavell en Park Leopold : *‘Ik was van 15 tot 18 september 2002 in CHIREC “Park Leopold” voor een voetoperatie. De chirurg, Dr. De Stoop is Nederlandstalig. Enkele dagen voor de operatie werden voorbereidende onderzoeken gedaan – radiografieën werden genomen door dokters die geen Nederlands spraken : ze zeiden weinig en plaatsten mijn voeten in de juiste positie. Daarna volgden de radio’s van de longen (...) als ik hen in het Nederlands aansprak, antwoordden zij niet maar maakten met gebaren duidelijk wat ik moest doen. Tijdens mijn verblijf ontmoette ik geen enkele verpleegster die Nederlands sprak (...) De dag voor de operatie moest ik de resultaten van de longenradio’s krijgen van een dokter die geen woord Nederlands kon. Ze zei me “qu’elle voyait quelque chose aux poumons” en vroeg me “si j’avais une maladie des poumons” . Ik antwoordde dat dat niet zo was en dan vroeg ze me “si j’avais encore quelque chose à dire”. Daarna kon ik terug naar mijn kamer (...) Er werd geen enkele poging gedaan om toch maar een beetje Nederlands te spreken. Of je dit aanklaagt? Je hebt schrik om niet correct behandeld te worden (...) op dat ogenblik primeert de medische kwaliteit op de taal en schakel je over op het Frans, uit pure noodzaak. Maar je kan het niet goed uitleggen ... Van een contact tussen dokter en patiënt is er op dat moment ook geen sprake meer ! Men voelt zich als Vlaming in zo’n kliniek niet thuis : het is alsof je daar eigenlijk niet hoort! Het kan niet dat een geneesheer in België zijn patiënt niet in het Nederlands kan te woord staan. Het kan niet dat geen enkele verpleegster van dienst Nederlands spreekt’ (Chris Weyers, Dilbeek)*

Alleen Sint-Elisabeth en Sint-Jan genieten als privé-ziekenhuis de voorkeur van Nederlandstalige huisartsen en hun patiënten.<sup>21</sup>

Maar ook daar verloopt het niet altijd van een leien dak ... :

*Mijn zoontje werd opgenomen met een dijbeenbreuk bij de spoedgevallendienst van het Sint-Elisabeth Ziekenhuis in Ukkel. Hij was op dat moment 4 jaar. Toen hij moest plassen, en dat uiteraard niet in het Frans kon uitleggen, deed de verpleegster op de spoedgevallendienst alsof ze hem niet begreep. Hij zei nochtans 'ik moet pipi doen'. Pipi in 't Frans of in 't Nederlands, dat zal niet veel verschil maken. Op de afdeling pediatrie was er bij een aantal mensen van het verplegend personeel onwil om Nederlands te praten. Bij één van die dames was het zo erg dat ik haar de deur gewezen heb nadat ik haar al verschillende malen gevraagd had om mijn zoon niet in het Frans aan te spreken, een taal die hij niet begreep. Hij was toen al bang van alles wat met dat ziekenhuis te maken had, begreep niet waarom hij daar moest blijven stilliggen en die verpleegsters, die hem toch moesten helpen, spraken hem aan in een taal die hij niet begreep. Dat maakte hem bijzonder bang en verward. De reactie van de dame in kwestie op mijn vraag was : 'allez madame, il ne parle pas un peu le français à son age?' Dat te moeten horen van iemand die zelf afgestudeerd is en die toch gedurende een aantal jaar Nederlands zou moeten gevolgd hebben ... ik was woedend. Geen respect voor de patiënt, in dit geval een kind van 4 jaar' (Mostaert Katty, Sint-Genesius-Rode)*

...

### 3.1.2.2. De openbare ziekenhuizen

Brussel telt 9 openbare ziekenhuissites :

#### **Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter**

Hoogstraat 322

1000 Brussel

02/535.31.11

#### **Jules Bordet Instituut**

Héger-Bordetstraat 1

1000 Brussel

02/541.31.11

#### **Universitair Verplegingscentrum Brugmann**

##### **Site Schaarbeek**

Schaarbeekse Haardstraat 36

1030 Schaarbeek

02/247.22.11

##### **site Brugmann**

A. Van Gehuchtenplein 4

1020 Brussel

02/477.21.11

## **Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola**

J.J. Crocq laan 15  
1020 Brussel  
02/477.21.10

### **Irisziekenhuizen Zuid**

#### **site Baron Lambert**

Baron Lambertstraat 38  
1040 Etterbeek  
02/739.84.11

#### **Site Etterbeek-Elsene**

J. Paquotstraat 63  
1050 Elsene  
02/641.41.11

#### **Campus Joseph Bracops**

Dr. Huetstraat 79  
1070 Anderlecht  
02/556.12.12

#### **site Molière Longchamp**

Marconistraat 142  
1190 Vorst  
02/348.51.11

De openbare ziekenhuizen hebben in totaal 2246 bedden.

In tegenstelling tot de private ziekenhuizen is er hier wel een wettelijke tweetaligheid van toepassing. Net als de andere diensten van de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn zijn ze gedecentraliseerde diensten van de gemeenten en vallen ze onder de wet op de plaatselijke diensten zoals bedoeld in de artikelen 17 tot 22 van het Koninklijk Besluit van 18 juli 1966.<sup>22</sup> Deze artikelen bepalen het taalgebruik in de contacten tussen zorgverlener en zorgvrager en de taalkennis van het ziekenhuispersoneel.<sup>23</sup>

Het taalgebruik geschiedt net als in de overige plaatselijke diensten van Brussel-hoofdstad in de door de particulier (lees : de patiënt) gebruikte taal, voor zover die taal het Nederlands of het Frans is, conform artikel 19, eerste lid van de S.W.T.<sup>24</sup> Dit veronderstelt een basiskennis van het Frans en het Nederlands door het personeel van het ziekenhuis.

Wat de taalkennis betreft van het personeel in de plaatselijke diensten van Brussel-Hoofdstad kan algemeen gesteld worden dat iedere kandidaat die dingt naar een ambt of betrekking in één van die diensten, het examen, wanneer dit is voorgeschreven voor het ambt of de betrekking, aflegt in het Nederlands of in het Frans, naargelang van de taal waarin hij zijn onderwijs heeft genoten. Is er geen examen voorgeschreven, dan wordt de hoofdtal van de kandidaat bepaald door het stelsel van het genoten onderwijs. De bevorderingsexamens gedurende de loopbaan worden

eveneens afgelegd in de hoofdtal van de ambtenaar. De vrije keuze van de taal van het examen die vroeger gold, wordt dus vervangen door de taal van het genoten onderwijs. De hogere ambtenaren dienen te slagen voor een examen over de kennis van de tweede taal. De taalexamens worden afgenomen door Selor, het vroegere Vast Wervingssecretariaat, onder toezicht van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht.

Algemeen geldt dat : *“Het personeel dat in contact komt met het publiek dient het bewijs te leveren van een aan de aard van de waar te nemen functie aangepaste voldoende of elementaire mondelinge kennis van de tweede taal. Deze moet vooraf worden aangetoond”*.

Bovendien dienen bij de werving van hun personeel de besturen van de gemeenten en die van de openbare besturen die aan de gemeenten ondergeschikt zijn, ten minste 50% van de te begeven betrekkingen in gelijke mate te verdelen over de twee taalgroepen. Het betreft hier personeel lager dan de rang van directeur (rang 13), omdat er op het directieniveau een wettelijke pariteit bestaat. Deze verplichting wordt vaak omzeild door het aantrekken van tijdelijke arbeidskrachten en het aanwerven van contractuelen.

In 1996 werd een belangrijke – vooral financiële – herstructurering doorgevoerd van de Brusselse openbare ziekenhuizen. Samen met de gemeenten en de plaatselijke OCMW's, de negen openbare ziekenhuizen, Artsenverenigingen en de universitaire ziekenhuizen van de Vrije Universiteit Brussel en de Université Libre de Bruxelles werd een overkoepelend orgaan opgericht : de *Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele Samenwerking (kortweg IRIS)*.

Deze herstructurering heeft echter geen directe invloed op de vereiste van wettelijke tweetaligheid voor de openbare ziekenhuizen, zoals blijkt uit de opmerking van Van Santen : *“Het hoeft ook geen betoog dat de Brusselse O.C.M.W.'s en de ziekenhuisverenigingen opgericht overeenkomstig de hoofdstukken XII en XII bis van de organieke O.C.M.W.-wet van 8 juli 1976, onder de toepassing vallen van de gecoördineerde taalwetten”*.<sup>25</sup>

Welke zijn nu de problemen gelinkt aan de taal in de openbare ziekenhuizen?

In de eerste plaats zijn de problemen dezelfde als in de universitaire en de privé-ziekenhuizen : een gebrek aan tweetalige dienstverlening, een moeilijke opvang van Nederlandstalige patiënten en een overwegend Franstalige werksfeer waarin de rapportering en de briefwisseling vaak uitsluitend in het Frans gebeuren, schrikken veel Nederlandstalige dokters, paramedici én patiënten af. Om die redenen wordt met een aantal ziekenhuizen liever niet samengewerkt; naar Sint-Pieter, Baron Lambert, koningin Fabiola, Etterbeek-Elsene, Molière Longchamp en New Paul

Brien sturen Nederlandstalige huisartsen liever geen Nederlandstalige patiënten door.

Vooraf met het Sint-Pietersziekenhuis hebben de Nederlandse huisartsen de meeste problemen. In navolging op een Panorama-uitzending op de VRT van enkele jaren geleden reageerde Dr. Yoshimi hier als volgt op : *‘Ik heb toch al gereageerd op toestanden in Sint-Pieter, dat was in Panorama een paar jaar geleden : mensen die dement verklaard werden omdat ze geen Frans konden. Dat was een druppel op een hete plaat. Sint-Pieter heeft geen klacht ingediend tegen mijn uitspraken, voor mij is dat een bevestiging dat het waar was’.*

Een patiënte voegt daaraan toe : *‘Reeds meermaals heb ik kunnen vaststellen dat de taalbekwaamheid van het personeel daalt naargelang de hiërarchie stijgt. Het basis of onderhoudspersoneel is volledig twee- of drietalig, het verplegend personeel is dit voor een goede 60% en de dokters voor een zeer klein percent. Zo heb ik het kunnen ervaren tijdens mijn opname voor een operatie op de dienst stomatologie. De dokter moest er iemand van het basispersoneel bijhalen om als tolk op te treden (...) Inmiddels gebeurt er niets meer en word ik aan mijn lot overgelaten. De man in kwestie loopt mij verschillende keren voorbij maar doet alsof ik wind ben. Nadat het mij teveel wordt (...) klamp ik een andere dokter aan om te vragen of de diagnose nog niet gesteld is. Pech, want de man verstaat geen Nederlands. Ik doe dan mijn best om de toestand in het Frans uit te leggen. De dokter verdwijnt zonder iets te zeggen. Daarna daagt de eerste man terug op en nadat ik hem in het Frans de vraag stel of het onderzoek nog niet is afgelopen, klaart de hemel op, wordt het dossier aangevuld en kan ik dadelijk in mijn rolstoel terug naar mijn kamer.’ (Francine De Coster, Bonheiden)*

Een andere patiënte reageerde als volgt : *‘Al jaren ga ik naar een Nederlandstalige oogarts in het Sint-Pietersziekenhuis. Hij heeft een hele goede reputatie en kan u te woord staan in uw taal. Maar hij is dan wel de enige. De rest doet daar weinig moeite. Je bent wel verplicht om over te schakelen op het Frans, anders is er geen contact mogelijk’ (Yamila Mahassina, 2002)*

Over de andere openbare ziekenhuizen zijn de meningen verdeeld. Met Molière-Longchamps werkt de ene Nederlandstalige huisarts wel graag samen, de andere niet. Hoewel er ook hier een aantal Nederlandstalige artsen-specialisten en tweetalige verpleegsters zijn, overheerst nog duidelijk het Franstalig karakter van het ziekenhuis : *‘Het is niet eenvoudig je uit te drukken in het Frans. In Molière-Longchamps werd ik geopereerd op aanraden van mijn huisarts. In de eerste plaats kies je voor de kwaliteit van de geneesheer-specialist en van de verzorging. Bij het taalgebruik sta je niet lang stil. Tot je daar wordt opgenomen. Alles verliep er in het Frans en ik had moeite om de medische terminologie te begrijpen. Maar als je systematisch in het Frans wordt aangesproken, ga je je als Brusselaar ook in die taal behelpen. Anders is er geen communicatie mogelijk en gaat dit ten koste van de verzorging. Of ik er met mijn huisarts over ben gaan praten. Ja, ik heb hem gemeld dat ik niet meer naar dat ziekenhuis terug wou. We hebben samen naar een andere geneesheer-specialist gezocht die wel tweetalig was en die gevonden in Sint-Elisabeth.’ (Julien Itterbeek, 2003)*

Ook in het Brugmann-ziekenhuis hangt het af waar je als huisarts of patiënt terecht komt. Zo merkt een dokter aan het telefonisch onthaal een positieve evolutie op : *'(...) ik telefoneer naar het Brugmann ziekenhuis en het eerste wat ik meestal hoor is, ik weet nu niet wat ze er nu voor zeggen hé, Brugmann-Brugmann ziekenhuis, het komt er onmiddellijk achter, over enkele jaren was dat niet denkbaar, daar is zeker een positieve tendens.'* (Getuigenissen van Brusselse huisartsen. In : Verkouter, o.c.)

Deze evolutie wordt echter tegengesproken door patiënten die zich ter plaatse begaven : *'(...) het liep al mis bij het onthaal. Alles was in het Frans. Zodra ze merken dat je – al was het maar een woord – Frans praat of begrijpt, verdwijnt alle moeite om ook maar Nederlands te gebruiken. Als je aandringt, word je scheef bekeken als een lastigaard. Het feit dat ik Nederlands wilde spreken ondanks het feit dat ik de Franse taal machtig was, ervaren dokters en verplegers dat als pesterij van mijnentwege. Ik ben tweetalig, maar moest als tolk dienen voor mijn Vlaamse buurman, die geen woord Frans sprak noch begreep'* (Crockaert André, Knokke-Heist)

Het Bracops-ziekenhuis kent dan weer een andere evolutie én een ander probleem : *'(...) we hebben in Anderlecht nooit taalproblemen gehad met het Bracopsziekenhuis. De meeste collega's waren tweetalig, dat was geen probleem. Nu zijn er de universiteiten, zowel de ULB als de VUB, we moeten geen onderscheid maken, die sturen hun assistenten en specialisten in opleiding naar de hospitalen en wat zie je op de lijst die we van hen krijgen : op de 10 nieuwe namen staan soms 9 Afrikaanse (...). Bij sommige is het Frans betwistbaar, over het Nederlands spreekt men niet. Waarom zou iemand uit Kameroen die aan de ULB studeert en 3 maand stage loopt in een Brussels ziekenhuis in godsnaam Vlaams leren, die doet dat niet.'* (Getuigenissen van Brusselse huisartsen. In : Verkouter, o.c.)

Dit druist echter in tegen de wettelijke verplichting dat de OCMW-ziekenhuizen zich zo moeten organiseren dat ze de Franstalige of Nederlandstalige patiënt in zijn taal kunnen ontvangen en verzorgen.

Voor al op de spoedgevallendienst van de openbare ziekenhuizen komt deze klacht terug : stagiairs of artsen-specialisten die geen Nederlands kennen. Het is belangrijk dit probleem aan te kaarten omdat meer en meer ziekenhuizen worden bemand met tijdelijk personeel; op die manier lijkt het ook op een tactiek om geen vaste personeelsleden (én dus wettelijke tweetaligen) meer aan te stellen. Indien dit tijdelijk personeel dan nog hoofdzakelijk van buitenlandse herkomst is, vormt dit probleem een bijkomend én belangrijk pijnpunt voor de Nederlandstalige, maar ook tweetalige huisartsen : *'Zij hebben in feite meestal problemen met buitenlanders, de specialisten die ofwel uit Libanon komen, of Iraniërs zijn er ook veel. Dus ik heb aan de ULB gestudeerd, bij ons waren er veel Libanezen, Tunesiërs en Iraniërs. De Tunesiërs die zijn allemaal terug naar ginder. Libanezen die hadden de oorlog hier toen wij onze studies begonnen zijn in '76, die mensen zijn gehuwd met Belgen en die werken hier en natuurlijk, die hebben het zeer moeilijk om Nederlands te leren. En dan heb je ook de*

*Iraniërs, die zijn hier ook gebleven en hebben hetzelfde probleem. Dus die mensen zijn specialist geworden en werken in hospitalen, en als zij van wacht zijn, dan zijn er soms acute problemen omdat zij helemaal niks van Nederlands kennen'. (Getuigenissen van Brusselse huisartsen. In : Verkouter, o.c.)*

In de tweede plaats wordt ook het gebrek aan controle op de toepassing van de taalwetgeving in de openbare ziekenhuizen aangeklaagd. Afhankelijk van de bron die we hierover raadplegen, krijgen we verschillende verklaringen. We onthielden er een paar.

Enerzijds is de controle op de toepassing van de taalwetgeving in de openbare ziekenhuizen van het Brusselse hoofdstedelijke gewest versnipperd over verschillende instanties. In het volgend hoofdstuk zullen we zien dat maar liefst drie instanties controle kunnen uitoefenen op de toepassing van de taalwetgeving in de openbare ziekenhuizen : de vice-gouverneur, het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Vaste Commissie voor Taaltoezicht.

Anderzijds beschikken deze instanties niet over de nodige politiek-juridische draagkracht om de toepassing van de taalwetgeving af te dwingen. Zo werd in het verleden weinig gevolg gegeven aan de adviezen van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht en van de Raad van State alsook aan de schorsingen van de vice-gouverneur. (zie hoofdstuk 4).

Bovendien werkt men in deze ziekenhuizen meer en meer met tijdelijk en contractueel personeel. Het personeelsverloop is er zodanig groot dat niemand over adequate personeelslijsten beschikt of wil vrijgeven – laat staan met de taalaanhorigheid en taalkennis van het personeel. <sup>26</sup> Dit bemoeilijkt niet alleen de controle op de naleving van de taalwetgeving, maar zorgt er ook voor dat veel personeel, door zijn contractueel statuut, het gebrek aan tijd en middelen, aan de taalvereisten ontsnapt.

Tenslotte klagen de Iriskoepel en de ziekenhuizen zelf over de moeilijkheid om tweetalig personeel te vinden, het gebrek aan financiële middelen om hun personeel adequate taalcursussen aan te bieden en over de kloof tussen de officiële taalexamen van Selor en de nodige taalkennis van het ziekenhuispersoneel om iedere patiënt correct in zijn taal te behelpen.<sup>27</sup>

Opmerking : nochtans wordt door de Gemeenschappelijke GemeenschapsCommissie ieder jaar geld voorzien voor het organiseren van dergelijke taalcursussen en slagen bepaalde privé-ziekenhuizen (cf. Europa-ziekenhuizen) er wel in tweetalig personeel te vinden ...

### 3.2. De Brusselse Hoofdstedelijke Dienst voor Brandweer en Dringende Medische Hulp (DBDMH)

Brussel beschikt over een goed georganiseerd netwerk van diensten om snel en efficiënt te kunnen opereren bij noodgevallen. Dit netwerk is grotendeels in handen van de hoofdstedelijke brandweer : zij coördineert de 100-centrale, stuurt ziekenwagens uit en leidt de ambulanciers op.

Tot 1989 was de Brusselse brandweer een agglomeratiedienst en als dusdanig onderworpen aan de bepalingen van de gecoördineerde wetten op het taalgebruik in bestuurszaken (S.W.T.). Dit betekende een pariteit tussen Nederlandstaligen en Franstaligen op leidinggevend niveau, gecombineerd met een individuele tweetaligheid van de ambtenaar, in het bijzonder wanneer deze in contact kwam met het publiek.<sup>28</sup> Als gevolg van deze regeling waren ambulanciers verplicht tweetalig.

Met de Brusselwet van 12 januari 1989 werd de Dienst voor Brandweer en Dringende Medische Hulp van de Agglomeratie overgeheveld naar het Gewest en werd het taalregime van de brandweer gewijzigd via de wet van 16 juni 1989 : *“door de diensten nu te laten vallen onder het toepassingsgebied van artikelen 50 en 54, de eerste paragraaf van hoofdstuk V, § 1 en vervolgens de hoofdstukken VII en VIII van de gecoördineerde wetgeving van 1966, werd thans overgestapt naar het systeem van de centrale diensten, namelijk tweetalige diensten, bemand door ééntalig personeel.”*<sup>29</sup> Vervolgens keurde de Brusselse Hoofdstedelijke Raad op 19 juli 1990 een reeks ordonnances goed waarbij de Brusselse Hoofdstedelijke Dienst voor Brandweer en Dringende Medische Hulp werd omgevormd tot een zogeheten ‘pararegionale’ dienst mét taalkaders op alle niveaus. De taalkaders – of het aantal Nederlandstalige versus Franstalige brandweermannen per niveau – hangen af van het werkvolume en werden berekend op basis van tellingen in opdracht van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht : aantal oproepen in het Nederlands, aantal oproepen in het Frans, aantal tussenkomsten in het Nederlands, aantal tussenkomsten in het Frans, aantal werkfiches in het Nederlands, aantal werkfiches in het Frans, etc... Het tellen van de taal van de activiteiten leidde echter tot eindeloze discussies, politieke conflicten en is vatbaar voor voldoende kritiek die de betrouwbaarheid van dit cijfermateriaal zeer sterk in twijfel trekt.

Het invoeren van de taalkaders bij de D.B.D.M.H. verliep echter niet van een leien dak en is inmiddels uitgegroeid tot een dossier met verstrekkende gevolgen. Tussen de oprichting van de dienst in 1990 en het ondertekenen van het taalakkoord van 20 november 1997 tekende zich een woelige periode af van contestaties en arresten van de Raad van State, waarbij staatssecretaris Vic Anciaux ontslag nam en de werking van de Brusselse regering blokkeerde.<sup>30</sup> Uiteindelijk zorgde een typisch Belgisch compromis voor het einde van deze impasse. Enerzijds werd de verhouding van 70,52% Franstalige - 29,48% Nederlandstalige

personeelsleden aanvaard door de Brusselse regering. Anderzijds ondertekenden alle leden van de Brusselse regering de omzendbrief ter toepassing van het taalhoffelijkheidssakkoord van 1996 (zie hoofdstuk 5).

Welke waren nu de gevolgen van deze taalkaders op de werking van de brandweer en de dringende medische hulpverlening?

We hebben gezien dat sinds de oprichting van de taalkaders bij de brandweer de brandweermannen en ambulanciers niet langer tweetalig moeten zijn. Op praktisch vlak zorgt dit gebrek aan tweetaligheid voor heel veel problemen, zowel tijdens de gewone interventies als bij de organisatie van de dringende medische hulp.<sup>31</sup>

1. De centrale van de '100' wordt bemand door 8 brandweermannen die om beurt de telefoon opnemen van zodra een nieuwe oproep binnenkomt. In totaal werken op de 100-centrale 48 brandweermannen plus een adjudant voor de dagelijkse administratieve leiding.

In totaal worden voor de dringende medische hulpverlening in Brussel én de rand (deel Vlaams-Brabant en Waals-Brabant met zonennummer (02)) 763 personen ingeschakeld, wat neerkomt op 76,3% van de mankracht van de operationele diensten. Er is de interne vraag dat de aangestelde van de '100' tweetalig zou willen zijn. Dit is echter niet afdwingbaar en bij een correcte toepassing van de taalwetten wordt dit zelfs een overtreding ! Ook al streeft men naar een officieuze fifty-fifty verhouding, de persoon in nood krijgt ofwel een Franstalige of een Nederlandstalige aan de lijn. Dit gebeurt zonder rekening te houden met de taal van de persoon die oproept, omdat men vooraf de taal van deze persoon niet kan bepalen.

Met andere woorden : wettelijk gezien kunnen Nederlandstalige patiënten dus in het Frans aangesproken worden en Franstalige patiënten in het Nederlands. Een gelijke verdeling van het aantal Nederlandstalige en Franstalige brandweermannen vormt daarbij geen garantie dat de oproeper in zijn taal behandeld wordt.

2. Tijdens de interventies en opleidingen geeft de overste zijn bevelen en instructies in zijn moedertaal en de anderstalige brandweermannen zijn, luidens de letter van de wet, niet verplicht deze te - kunnen - verstaan. Vaak is het zo dat alles in het Frans verloopt en rekent men op de goodwill en tweetaligheid van het Nederlandstalige personeel.
3. Om de operationeel tweetalige dienst te verzekeren met ééntalige personeelsleden, zou op elke interventiewagen minimum één Nederlandstalige moeten worden geplaatst. Het huidig werkregime is zo opgesteld dat men over 6 personeelsleden moet

kunnen beschikken om een complete functie te vervullen. In een wagen waar meer dan de helft van de brandweermannen Franstalig is, wordt Frans gesproken, hoewel de Nederlandstalige brandweermannen het recht hebben om de bevelen in het Nederlands te krijgen en in principe niet eens verondersteld worden hun Franstalige collega's of oversten te begrijpen. Ook dit bevordert de werksfeer niet.

4. De Brandweer heeft 21 ziekenwagens ter beschikking voor het vervoer van personen. Omdat er steeds twee brandweermannen in één ambulance zitten, zijn er per wacht 42 manschappen van dienst. Van de 900 brandweermannen die het brevet 'hulpverlener-ambulancier' behaalden, rijden 763 met de ziekenwagens. Ongeveer 538 zijn Franstalig en 225 zijn Nederlandstalig. Een kleine rekenoefening die bevestigd wordt door het hoofd van de brandweer<sup>32</sup> leidt tot de vaststelling dat Nederlandstalige brandweperlui tweemaal zoveel zouden moeten uitrukken als hun Franstalige collega's, indien men hier volgens de regel van de wet de taalkaders toepast. Bovendien is het praktisch onmogelijk om iedere ziekenwagen van een Nederlandstalige en Franstalige brandweerman te voorzien omdat men rekening moet houden met langdurige zieken, arbeidsongevallen, andere dienstverplichtingen én een constant personeelstekort.

Met andere woorden : de vooropgestelde tweetalige dienstverlening naar het publiek toe is puur theoretisch.

5. Daarenboven kunnen we ons ook de retorische vraag stellen welke taal de brandweermannen onder elkaar (moeten) spreken ... wettelijk gezien moeten ze de taal van hun collega niet verstaan noch spreken ! Zo kan het dus gebeuren dat twee collega's van een verschillende taalrol niet met elkaar kunnen overleggen tot welke actie er moet worden overgegaan in dringende noodsituaties<sup>33</sup>
6. De oproepen worden meestal doorgegeven in het Frans, zowel in de staf-kazerne als in de voorposten. Ook de vertrek informatie (adres en reden). Zodoende zijn de kaartsystemen (CARDEX) ééntalig Frans, terwijl die volgens de regel van de wet in beide talen zou moeten.

Dit leidde in het verleden reeds tot verschillende problemen in de rand rond Brussel waar Nederlandstalige adressen door dit systeem niet worden begrepen !<sup>34</sup>

7. Meestal krijgen ook de reanimatiewagens hun vertrek informatie in het Frans. Vaak zijn de verantwoordelijke dokters ééntalig Frans, hoewel zij zowel Nederlandstalige als Franstalige ambulanciers moeten bevelen. De onderlinge communicatie is

dan bijzonder moeilijk. Daarenboven heeft men frequent te maken met Nederlandstalige slachtoffers en is het voor de Nederlandstalige brandweerman niet altijd evident zelf voor de vertaling in te staan naar Franstalige collega's en dokter toe.

Tussen het puur politieke machtsspel, de organisatorische implicaties van de taalkaders en de dagelijkse realiteit waarin moet worden gewerkt overheerst echter een menselijk aspect dat de continuïteit in de werking van de DBDMH mogelijk maakt ... ten bate van de patiënt in nood waarvoor de dienst toch werd opgericht ...

Zonder de goodwill van de Nederlandstalige brandweermannen om elkaar onderling te verstaan, was de bom allang gebarsten!

Maar goodwill is geen regel op zich ... en taalkaders zijn alleen werkbaar als beide taalgroepen onafhankelijk van elkaar kunnen opereren. Dit is niet het geval bij de brandweer waar men in alle omstandigheden steeds een tweetalige dienstverlening moet kunnen verlenen, zonder steeds vooraf te weten of men zich nu in het Frans of in het Nederlands zal moeten uitdrukken, bij de persoon in nood.

Politieke pogingen om het tij te doen keren door de tweetaligheid van de ambtenaar/brandweerman weer in te voeren liepen tot hiertoe met een sisser af. Ook het voorstel om via Koninklijk Besluit te bepalen dat minstens één hulpverlener aan boord van de ambulance de taal of talen van het interventiegebied beheerst is een stille dood aan het sterven ...

We kunnen ons hierbij volgende vragen stellen :

- waar primeert het belang van de patiënt ?
- waarom is iedere (politieke) poging om het tij te doen keren bij voorbaat gedoemd om te mislukken ?
- waarom is het zo moeilijk om een elementaire basiskennis van de tweede taal (lees : het Nederlands) te vragen aan (Franstalige) kandidaat brandweermannen – zelfs al hoeft het wettelijk niet ?
- Sinds het nieuwe statuut van de DBDMH (1 juli 2002) is er de mogelijkheid om via Selor examens af te leggen per niveau (1, 2 en 3 afhankelijk van de graad van officier, midden of lager kader). Via het kabinet Delathouwer is er zelfs een taalpremie voorzien voor wie zijn brevet haalt. Vooral Nederlandstalige brandweermannen halen de premie binnen, Franstaligen doen zelden mee aan zo'n taalexamen. Waarom ?
- Hoe kan op termijn (lees : als de goodwill van de Nederlandstaligen uitdooft ...) de goede werking van de DBDMH verzekerd blijven met een tweetaligheid van de dienst in plaats van een tweetaligheid van de ambtenaar ? Want, zelf met een taalpremie op zak, blijft men in principe een ééntalige agent.

### 3.3. De Medische Urgentie Groep : een geval apart

In sommige gevallen is de hulp van een ambulance onvoldoende en wordt een Mobiele Urgentie Groep (MUG) uitgestuurd. Deze groep vindt zijn oorsprong in de wil van bepaalde ziekenhuizen om hoogstaande geneeskundige hulp te bieden aan de patiënt ter plaatse en zo de beste verzorging te verzekeren tot de aankomst van de ziekenwagen(s) in de spoedgevallendiensten.<sup>35</sup> Een MUG bestaat minstens uit een arts en een verpleegkundige, beiden met een bijzondere kennis van dringende medische hulpverlening. Ze helpen samen met de ambulanciers de slachtoffers ter plaatse en tijdens het vervoer naar het ziekenhuis.

In het Brusselse hoofdstedelijke gewest zijn tot op heden vijf MUG diensten actief. Volgende instellingen beschikken over een MUG : Hôpital Erasme, Universitair Ziekenhuis Sint Pieter, A.Z. – V.U.B., Algemene kliniek Sint Elisabeth en de Clinique Universitaire Saint Luc. Drie van deze ziekenhuizen zijn mono-communautaire. Sint Pieter en Sint Elisabeth behoren tot de bi-communautaire ziekenhuizen. Eerder uitzonderlijk beschikt het Militair Ziekenhuis dat gespecialiseerd is in zware brandwonden, ook over een MUG.<sup>36</sup>

We hebben gezien dat de mono-communautaire ziekenhuizen tot de Franstalige of de Vlaamse Gemeenschap behoren en de bi-communautaire ziekenhuizen onder de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vallen. Hoewel de erkenning tot de gemeenschapsbevoegdheden behoort, valt alles wat de normering betreft onder het Ministerie van Binnenlandse Zaken.

***Op de vraag of de MUG-diensten van al deze ziekenhuizen wel of niet tweetalig moeten zijn, zijn er tegenstrijdige antwoorden.***

Enerzijds zou de taalregeling van de MUG afhangen van het soort ziekenhuis waartoe ze behoort : mono-communautaire ziekenhuizen zijn ééntalig en enkel bicommunautaire ziekenhuizen uit de IRISstructuur moeten tweetalig zijn. Dit zou betekenen dat slechts één MUG (van het Sint-Pietersziekenhuis) officieel tweetalig is.

Anderzijds kwam er als gevolg van een aantal klachten gericht aan de interventies van de MUG van het Hôpital Erasme en Saint Luc een advies van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht dat de MUG en de spoedgevallendienst van een privé-kliniek belast zijn met een opdracht die de grenzen van een privaat bedrijf te buiten gaan. Hiervoor verwijst de commissie naar artikel 1, § 1, 2<sup>o</sup> van het KB van 18 juli 1966 en de gecoördineerde wetten op het gebruik van de talen in bestuurszaken (SWT). Daaruit volgt dat : “... die diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest dervijze moeten georganiseerd zijn dat zij de taal kunnen respecteren van de Frans- en

*Nederlandstalige patiënten die hun, na een ongeval in een openbare plaats, door de dienst 100 worden overgedragen met toepassing van de wet op de dringende geneeskundige hulp van 8 juli 1964. Concreet veronderstelt zulks dat ten minste de geneesheren en verplegers die instaan voor de permanentie van de spoedgevallendienst en de MUG van die klinieken, en die in contact moeten treden met de patiënt of zijn familie, tweetalig zijn.”<sup>37</sup>*

Maar ook de Nationale Raad van de Orde van geneesheren adviseerde reeds in 1977 dat er geen onderscheid mag gemaakt worden naar het soort ziekenhuis vanwaar de MUG uitrukt en formuleerde zijn advies als volgt : *“Aangezien de wetgeving betreffende de dringende medische hulpverlening situaties impliceert waarin de patiënt zijn hulpverlener niet vrij kan kiezen, beschouwt de Nationale Raad het als een deontologische plicht dat zowel de MUG-arts als de arts op de gespecialiseerde functie spoedgevallen de taal beheerst van de streek waar hij deze permanentie waarneemt”*.<sup>38</sup> In 2001 voegde hij eraan toe : *“De Nationale Raad is van mening dat een andere opdeling van de interventiezones betreffende de dringende medische hulpverlening, die rekening houdt met de streektaal, er zal toe bijdragen dat aan deze deontologische vereiste zal worden voldaan”*.<sup>39</sup>

Terug kunnen vragen gesteld worden :

- wat is hier belangrijk? De structuur of de patiënt in nood?
- Quid met tweetaligheid?
- Quid met de adviezen van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht en de adviezen van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren?
- Waarom duurt het zolang vooraleer de overheid kan/wil ingrijpen?
- Vanwaar die onwil ?

De meest concrete stap naar een betere tweetaligheid van de Brusselse spoedopnamediensten werd gezet toen de Vlaamse regering op 22 september 2000 besliste om de slechte kennis van het Nederlands in de Brusselse ziekenhuizen, de medisch uitgeruste ziekenwagens (MUG) en de spoedopnamediensten van alle ziekenhuizen aan te kaarten op een Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Tijdens deze conferentie werd een werkgroep geïnstalleerd die voorstellen moest formuleren met betrekking tot de bekende pijnpunten. Naast het invoeren van een federaal meldpunt voor taalklachten, oordeelde de conferentie om in het federale Koninklijk Besluit op de erkenning van de MUG's ook taalvoorwaarden in te schrijven : tenslotte is taal een even belangrijk instrument als een EKG-apparaat om tot een correcte diagnose te komen !

Elke medische urgentiedienst zou in de toekomst de taal machtig moeten zijn van het gewest waar hij opereert. Brusselse urgentiediensten die het Nederlands onmachtig zijn, dreigen dus hun vergunning te verliezen. Vooral in de zuidelijke randgemeenten stemt dit tot optimisme

omdat eindelijk verholpen wordt aan de wantoestanden waarbij patiënten tot diep in Vlaams-Brabant werden opgehaald door ambulances waarin niemand de taal van de patiënt sprak.<sup>40</sup>

Tot nog toe echter blijft het bij een voorstel en worden opnieuw geen stappen ondernomen door de bevoegde ministers om dit voorstel om te zetten in een toepasbaar Koninklijk Besluit ...

## 4. De controle op de toepassing van de taalwetgeving

‘Het toezicht op de inachtneming van de taalwetgeving in de administratie is toevertrouwd aan de Vaste Commissie voor Taaltoezicht, aan de vice-gouverneur en aan de toezichthoudende overheden, zijnde de Brusselse Regering en het Verenigd College, naast de gewone rechtscolleges zelf uiteraard’.<sup>41</sup>

Het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie is bevoegd voor de bi-communautaire sector in de Brusselse gemeenten en hun O.C.M.W.’s en bijgevolg voor de organisatie van het administratief toezicht op het gebruik van talen in bestuurszaken. Vervolgens treedt de vice-gouverneur als commissaris van de federale regering op als tussenpersoon in de lokale en de gewestelijke overheid en houdt hij toezicht op de toepassing van de bestuurstaalwet binnen de grenzen van het Brussels hoofdstedelijke gewest.<sup>42</sup> Zodra deze grenzen overschreden zijn, kunnen alleen de Vaste Commissie voor Taaltoezicht (V.C.T.) en de Raad van State controle uitoefenen op de toepassing van de taalwetgeving.

### 4.1. De Vaste Commissie voor Taaltoezicht

In het kader van haar controlefunctie is de V.C.T. belast met het behandelen van klachten over de toepassing van de taalwetgeving en kan ze bij de bestuurlijke overheden hiervoor een onderzoek instellen. Haar controlefunctie oefent ze uit door middel van adviezen. Ook het toezicht op de door Selor (het vroegere Vast Wervingssecretariaat) voorgeschreven taalexamens valt onder haar bevoegdheden.<sup>43</sup> Zij kan echter niet sanctionerend optreden; uitzonderlijk kan zij, indien de aangemaande overheid niet de nodige maatregelen treft binnen de gestelde termijn, zich in de plaats stellen teneinde de naleving van de gecoördineerde taalwetten te verzekeren.<sup>44</sup>

Het afgelopen decennium bracht de Vaste Commissie voor Taaltoezicht verschillende adviezen uit over de taalsituatie in de Brusselse ziekenhuizen. De klachten en/of vragen om advies gingen over het taalgebruik van het personeel en de arts, over de correspondentie en facturering van het ziekenhuis, over de opschriften in de wandelgangen en op de ziekenwagens en over de aanstelling van het ziekenhuispersoneel. De helft van al deze klachten had betrekking op het verzenden van Franstalige brieven en facturen naar Nederlandstalige patiënten, ééntalige getuigschriften en jaarverslagen, etc.

Over de schriftelijke communicatie van O.C.M.W.- ziekenhuizen is de V.C.T. formeel : een factuur, uitnodiging of medisch verslag wordt door de commissie beschouwd als een betrekking met een particulier en volgens de taalwet gebruikt iedere plaatselijke dienst van Brussel-Hoofdstad de taal van deze particulier, voor zover die taal het Nederlands of het Frans is. Van zodra de taalaanhorigheid van de betrokkene bekend is, moet het ziekenhuis in zijn correspondentie de taal van deze patiënt of huisarts gebruiken<sup>45</sup>.

In het verleden werden hieromtrent klachten ontvankelijk verklaard over het Medisch Centrum Sint-Pieter, het ziekenhuis Paul Briën, het U.Z. Brugmann, de ziekenhuisvereniging Etterbeek-Elsene en het ziekenhuis Molière-Longchamps.

Vervolgens kwamen ook klachten binnen van patiënten en huisartsen die uitsluitend in het Frans werden aangesproken door artsen die geen Nederlands konden.<sup>46</sup> Volgende openbare ziekenhuizen werden bij deze klachten betrokken : de ziekenhuisvereniging Etterbeek-Elsene, het Medisch Centrum Sint-Pieter, het ziekenhuiscentrum Baron Lambert, het Brugmannziekenhuis en het Bracopsziekenhuis.

Over het private Sint-Jansziekenhuis en het universitaire ziekenhuis Erasme sprak de V.C.T. zich niet uit, omdat de verplichte tweetaligheid hier niet van toepassing was. Wat het soort ziekenhuis betreft, moet alleen het personeel van de O.C.M.W.-ziekenhuizen tweetalig zijn en het bewijs hiervan leveren bij het dingen naar een vaste betrekking.<sup>47</sup> Personeelsleden van private en universitaire ziekenhuizen moeten dit niet.

Ook voor losse medewerkers, plaatsvervangers, stagiairs én zelfstandige artsen in de openbare ziekenhuizen is de tweetaligheidvereiste niet afdwingbaar, aldus de V.C.T. In een advies van 30 mei 1991 maakte ze een onderscheid tussen statutaire, zelfstandige artsen en studenten geneeskunde die stage liepen in het kader van een opleiding of specialisatie.<sup>48</sup> Statutaire artsen die tot de personeelsformatie behoren, evenals de artsen die met een arbeidscontract aan het openbare ziekenhuis zijn verbonden, blijven integraal onderworpen aan de taalwet en moeten tweetalig zijn. Zelfstandige artsen – die op grond van een ondernemingscontract of krachtens een mandaat hun beroep uitoefenen - worden beschouwd als private medewerkers, opdrachthouders of deskundigen<sup>49</sup>. Bij de ondertekening van het contract wordt geen taalexamen afgenomen. Net als de zelfstandige artsen, kunnen ook studenten geneeskunde die stage lopen in het kader van hun opleiding of specialisatie volgens de V.C.T. niet verplicht worden een bewijs van tweetaligheid te leveren.<sup>50</sup>

Hoewel het O.C.M.W.-ziekenhuis waar ze in dienst zijn niet ontheven is aan de verplichting de taalwetgeving toe te passen, moet het er alleen voor zorgen dat “*de artsen de taal van de Nederlandstalige en Franstalige patiënten waarmee ze omgang hebben, kunnen begrijpen en spreken*” en dat “*de medische dossiers in de taal van de patiënt worden opgesteld*”.

Alle personeelsleden van wie men geen taalexamen kan afnemen worden dus beschouwd als “private medewerkers” in de zin van artikel 50 van de bestuurstaalwet. D.w.z. dat het openbaar ziekenhuis ervoor moet zorgen dat de tweetalige dienstverlening verzekerd blijft, zonder dat men de taalkennis van de medewerker kan testen.

Opmerking : Van *contractuele* personeelsleden moet men wettelijk gezien *wel* taalexamens afnemen – dat zijn geen private medewerkers en we zullen zien in hoofdstuk 5 dat het taalhoffelijkheidssakkoord bepaalde dat men mocht afwijken van het principe dat deze taalkennis voor de indiensttreding moest bewezen worden, maar wel 2 jaar erna. Het bevestigde in zekere zin het principe dat ook deze personeelsleden tweetalig moesten zijn.

De controle van de V.C.T. op de toepassing van de taalwetgeving in de Brusselse ziekenhuizen beperkte zich grotendeels tot het geven van advies over de openbare ziekenhuizen, waarbij nog een onderscheid werd gemaakt tussen vast benoemd personeel, zelfstandige werknemers en stagiairs.

Dit onderscheid werd echter niet behouden in haar adviezen over de spoedgevallendiensten. De V.C.T. pleit nog steeds voor een tweetalige dienstverlening van deze diensten, die zij echter juridisch niet kunnen afdwingen. De V.C.T. behoort immers niet tot het voogdijsysteem en heeft alleen een adviserende bevoegdheid. Zelf kan ze geen sancties treffen; ze kan alleen aan de bevoegde overheden en rechtscolleges vragen om de administratieve handelingen, verordeningen, bescheiden, benoemingen, bevorderingen en aanstellingen die in strijd zijn met de bestuurstaalwet te schorsen en te vernietigen.<sup>51</sup> In het Brusselse hoofdstedelijke gewest zijn alleen het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de vice-gouverneur bevoegd om toezicht te houden op de toepassing van de taalwetgeving in de openbare ziekenhuizen en op te treden indien de gecoördineerde taalwetten niet worden toegepast.<sup>52</sup>

De vraag kan gesteld worden :

- waarom de bevoegde overheden zo weinig doen met de adviezen van de V.C.T., behalve ze systematisch negeren?
- waarom een wettelijk aangesteld en neutraal orgaan zo weinig draagkracht heeft ?
- waarom de politiek haar neutrale adviezen zomaar naast zich neer legt/kan neerleggen ?

## 4.2. De vice-gouverneur

Het statuut en de taakomschrijving van de vice-gouverneur van de provincie Brabant werden vastgelegd in de taalwet van 2 augustus 1963, artikel 6.<sup>53</sup>

Als regeringscommissaris voor de hoofdstad van België treedt de vice-gouverneur op als tussenpersoon tussen de lokale en de gewestelijke overheid en houdt hij toezicht op de toepassing van de bestuurstaalwetgeving binnen de grenzen van het Brusselse hoofdstedelijke gewest. Dit toezicht resulteert in het behandelen van klachten en het terechtwijzen van de gemeentelijke en de O.C.M.W.-administraties, wanneer de bestuurstaalwet niet wordt nageleefd.<sup>54</sup>

Met betrekking tot aanstellingen en bevorderingen van personeel in de lokale administraties en in de O.C.M.W.-ziekenhuizen kwamen bij de vice-gouverneur regelmatig klachten binnen.<sup>55</sup>

Indien er effectief een schending van de taalwetgeving was, kon de vice-gouverneur de betrokken beslissing schorsen voor een termijn van veertig dagen. De schorsing zelf had weerom geen juridische gevolgen, behalve als eerste stap voor een vernietiging door het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Dus ook zijn macht is beperkt.

Bovendien was het voor de vice-gouverneur onmogelijk om systematisch over correcte personeelslijsten met daarop de taalaanhörigheid van (alle) personeelsleden te beschikken. Laat staan deze lijsten te controleren.

Sinds de oprichting van de *Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele Samenwerking (IRIS)* die het beheer van de negen openbare ziekenhuizen waarneemt, zou de rol en de interventies van de vice-gouverneur zich nog beperken tot de lokale administraties en O.C.M.W. François Toirmol — kabinetsdirecteur van vice-gouverneur Nys — wijst op het feit dat de beslissingen tot aanstellingen en benoemingen niet meer aan de vice-gouverneur bekend gemaakt zijn en dat hij ‘niet langer’ beschikt over de personeelslijsten van de openbare ziekenhuizen met de taalaanhörigheid van ieder vast benoemd personeelslid.<sup>56</sup>

### 4.3. Het Verenigd College

Binnen het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zijn twee ministers — één per taalrol — bevoegd om het toezicht op de gemeentelijke diensten, de O.C.M.W.’s en de *IRIS*-ziekenhuizen waar te nemen en beslissingen die strijdig zijn met de taalwetgeving, te vernietigen.

Iedere vernietiging vereist echter een “consensus” tussen beide voorgedijministers. De onenigheid tussen de vroegere ministers Rufin Grijp (SP) en Didier Gosuin (FDF) en de interpretatieverschillen tussen beide taalgemeenschappen leidden in het verleden tot een blokkering van de correcte toepassing van de taalwetgeving : door het systematisch ontbreken van de handtekening van de Franstalige voorgedijminister werd jaren geen gevolg gegeven aan de schorsingsdossiers van de vice-gouverneur.<sup>57</sup>

Hoewel de samenwerking tussen de huidige ministers Guy Vanhengel (VLD) en Eric Tomas vlotter verloopt, wijst de eerste toch op een aantal pijnpunten met betrekking tot de correcte toepassing van de taalwetten : het voortdurend gebrek aan gezondheidsmedewerkers en artsen in de openbare ziekenhuizen – laat staan tweetaligen – , de grote turnover van tijdelijke en ‘losse’ contracten, het personeel dat weliswaar over kennis van de tweede taal beschikt (in casu het Nederlands), maar niet slaagt in zijn taalexamens, etc ... maken dat het soms moeilijk is om tot een vernietiging over te gaan.<sup>58</sup> Indien er geen vernietiging werd uitgesproken, werd de schorsing opgeheven en kreeg de omstreden beslissing rechtskracht. In dit laatste geval kan alleen de Raad van State de taalwetgeving afdwingen.

Opmerking : ééntaligen benoemen is dus gemakkelijk, de beslissing ongedaan maken dus te moeilijker ... de deur staat nogmaals open voor misbruik ...

Hierbij kunnen we ons de vraag stellen waarom niets aan de ‘oorzaak’ wordt gedaan ? Of het niet nodig is het tij te doen keren door de procedure om te draaien (cf. wetsvoorstel van Annemie Vande Casteele en Karel Van Hoorebeke, punt 5.1) ?

#### 4.4. De Raad van State

Ten slotte kan iedereen, die zich benadeeld voelt door een beslissing van een administratieve overheid inzake de toepassing van de taalwetten, in beroep gaan bij de Raad van State.<sup>59</sup>

De arresten van de Raad van State – waar zowel de Nederlandstaligen als de Franstaligen vertegenwoordigd zijn in de Verenigde Kamers – zijn minder omstreden dan de adviezen van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht, omdat ze geen onderscheid maken tussen het statuut van het medisch personeel.

Volgens de Raad van State wordt de verplichte tweetaligheid van het personeel in de openbare ziekenhuizen verbonden aan het ambt, niet aan het statuut van de ambtenaren.<sup>60</sup> Strenger dan het advies van de V.C.T. oordeelt de Raad van State dat ieder personeelslid in een openbaar ziekenhuis tweetalig moet zijn, ongeacht of hij/zij een losse medewerker is, stage in het ziekenhuis loopt of als zelfstandig arts in dienst is. Zo verduidelijkten vooral de arresten van 5 juni 1981 de taaleisen ten aanzien van stagiairs en zelfstandige artsen : *‘De Raad van State oordeelt dat, wanneer de geneesheer niet werd benoemd door het O.C.M.W. en evenmin bij arbeidsovereenkomst werd aangeworven en wanneer hij geen enkele door dat centrum uitgekeerde wedde heeft ontvangen, maar niettemin in de organisatie van de diensten van het ziekenhuis geïntegreerd is, hij een medewerker van de door het ziekenhuis beheerde openbare dienst is geworden’.*<sup>61</sup>

Maar ook hier rijzen vragen :

- wat werd er in het verleden en tot op heden gedaan met de uitspraak van dit arrest ?
- waarom worden geen sancties voorzien bij overtredingen ?

#### **4.5. Besluit**

Samengevat kunnen we stellen dat (1) de inkrimping of onterechte omzeiling van de toezichtmogelijkheden van de vice-gouverneur op de openbare ziekenhuizen na de oprichting van de *Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele Samenwerking*, (2) de diametraal tegenover elkaar staande visies van de voogdijministers binnen de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie én het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en (3) het voornamelijk weigeren van de Franstalige voogdijminister de taalwetgeving toe te passen door de schorsingen van de vice-gouverneur mede te ondertekenen, de correcte toepassing van de taalwetgeving in de openbare ziekenhuizen onmogelijk maakten.

Daarenboven wezen het niet meer kunnen opvolgen van de schorsingsdossiers door de vice-gouverneur en de beperkte slagkracht van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht – die slechts een adviserende rol vervult - op de beperktheid van administratieve en juridische maatregelen om te verhelpen aan een politieke mentaliteit en misbruik van (on)macht, maar vooral ook aan een sociaal-psychologisch probleem : iedere patiënt wil graag gehoord en begrepen worden in zijn eigen moedertaal en dit zou moeten kunnen, zowel in het Nederlands als in het Frans.

We stellen ons de vraag :

- wie staat in dit dossier centraal ? De patiënt of de politiek ?
- waarom worden wetten, schorsingen, arresten niet toegepast ?
- wie heeft hier belang bij ...

## 5. Politieke en andere acties om aan de taalproblemen in de Brusselse ziekenhuizen te verhelpen

### 5.1. Acties vanuit de Vlaamse gemeenschap in Brussel

Om een kwaliteitsvolle welzijns- en gezondheidszorg mogelijk te maken in het Nederlands en tweetaligheid in de Brusselse gezondheidsinstellingen te stimuleren werden in de loop der jaren belangrijke stappen gezet.

De belangrijkste stap in de geschiedenis van het Nederlandstalig zorgaanbod in Brussel is wellicht de stichting van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit Brussel geweest. Rector Ben Van Camp, zelf arts en specialist interne geneeskunde-hematologie, is doordrongen van de betekenis van het AZ voor de Nederlandstalige gezondheidszorg in de hoofdstad: *“ik heb de taaltoestanden in de Brusselse ziekenhuizen van heel nabij meegemaakt. We hebben in de jaren ‘60-’70 echt moeten vechten voor de rechten van de Nederlandstalige patiënten. Verscheidene collega’s en ikzelf zijn ooit uit een ziekenhuis gezet omdat we opkwamen voor het Nederlands (...) Tijdens de voorbije 25 jaar heeft het VUB-ziekenhuis een grote rol gespeeld in de Vlaamse aanwezigheid in Brussel. Dat lag niet voor de hand (...) Het Vlaamse AZ heeft zijn eigen weg moeten maken, er was geen referentie, er ging geen medische geschiedenis aan vooraf. Toch heeft het AZ vrij snel een reputatie opgebouwd en is de uitstraling steeds groter geworden.”*<sup>62</sup>

In dezelfde tijdsgesest werden de Van Helmontgilde, de Brusselse WelzijnsRaad, de Vlaamse Wachtdienst en de Brusselse Huisartsenkring opgericht.

De Van Helmontgilde werd gesticht in 1936 als beroepsvereniging voor Nederlandstalige geneesheren in Brussel en omgeving vanuit de reële nood aan een beroepsvereniging die de belangen van de Vlaamse geneesheer, en de elementaire rechten van de Vlaamse patiënt te Brussel zou verdedigen. Zijn belangrijkste motivatie was het besef dat de Vlaamse geneesheren in het Brusselse niet aan hun trekken konden komen zolang zij door hun Franstalige collega’s overvleugeld werden.<sup>63</sup> Hoewel de huidige doelstellingen fundamenteel dezelfde zijn als bij zijn stichting, heeft de gilde een ander profiel aangenomen en werd ze met de jaren minder strijdbaar op politiek en syndicaal vlak. Inmiddels telt de gilde een 300-tal dokters onder zijn leden, verspreid over Brussel en de Vlaamse rand.

De Vlaamse Wachtdienst kwam er zodat Nederlandstalige patiënten binnen het Brussels gewest (in 1979 nog de ‘Brusselse Agglomeratie’ genoemd) 24 uur op 24 een beroep konden doen op Nederlandstalige huisartsen. Eindelijk konden patiënten in hun moedertaal over intieme

zaken – zoals ziek zijn – spreken en begrepen worden.<sup>64</sup> De stichters waren vertrokken van twee grote principes : de taal mag voor de zieke nooit een probleem zijn, met andere woorden de arts moet steeds de taal van zijn patiënt kunnen spreken (1) en dringende geneeskunde behoort integraal tot de huisartsengeneeskunde

Omdat vanuit de Vlaamse Wachtdienst de nood werd gevoeld om ook op andere vlakken van de beroepsuitoefening het roer in eigen handen te nemen, werd de Brusselse Huisartsenkring opgericht als draaischijf voor allerhande huisartsproblemen in het Brusselse en als intervisiegroep voor wetenschappelijke vorming en patiëntenbelangen.<sup>65</sup> Een tiental jaren later werd het Overlegplatform Vlaamse Gezondheidszorg in het leven geroepen als reactie op de herstructurering van de OCMW – ziekenhuizen (1993).<sup>66</sup> Ook hier was het doel de fundamentele rechten van de Nederlandstalige patiënten in de ziekenhuizen van Brussel-hoofdstad te verdedigen en te wijzen op de gevolgen van de nieuwe omkadering van de Brusselse openbare ziekenhuizen.

Meer recentelijk gaf de Interministeriële Conferentie over de Taalproblematiek in de Brusselse ziekenhuizen (2000), die werd opgericht onder impuls van Bert Anciaux, Minister van Brusselse Aangelegenheden<sup>67</sup>, vorm aan een aantal beleidsintenties.<sup>68</sup>

In de eerste plaats aan een federaal meldpunt voor klachten over het onthaal in de Brusselse intramurale gezondheidsinstellingen. Dit meldpunt zou de klachten (waaronder ook taalklachten) registreren en doorgeven aan de bevoegde overheidsinstanties en nagaan welk gevolg eraan werd gegeven. De operationalisering van dit meldpunt is echter de verantwoordelijkheid van de federale minister, bevoegd voor Volksgezondheid. Met de kabinetswissel naar aanleiding van de laatste parlementsverkiezingen (2003) werd aan dit initiatief echter geen gevolg meer gegeven.

In de tweede plaats zou men in het Koninklijk Besluit over de erkenning van de Medische Urgentieteams een passus invoegen die stelt dat in het team ten minste één persoon de taal machtig moet zijn van de regio waarnaar men uitrukt (cf. Advies van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren). Ook de uitvoering van deze maatregel berust in de verantwoordelijkheid van bovenvernoemde minister ...

Met betrekking tot het taalstatuut van de Brusselse brandweer dienden Annemie Vande Casteele een wetsvoorstel in en Guy Vanhengel en Sven Gatz een voorstel van resolutie in die ertoe strekken de federale overheid te vragen de wetgeving te wijzigen zodat het personeel van de Brusselse Hoofdstedelijke Dienst voor Brandweer en Dringende Medische Hulp (DBDMH) opnieuw een tweetalig statuut wordt opgelegd.<sup>69</sup>

Tevens diende Annemie Vande Castele samen met Karel Van Hoorebeke een wetsvoorstel in tot wijziging van artikel 65 van de gecoördineerde taalwetten.<sup>70</sup> Dit voorstel beoogde het principe van het afkeuringstoezicht inzake de toepassing van de taalwet door gemeenten, OCMW's en ziekenhuizen te herzien.

Wat het tekort aan artsen en paramedici betreft, stelde SP!AGA tijdens een persconferentie van 20 juli 2001 voor om de nieuwe middelen voor de VGC en de Vlaamse middelen vanuit Vlaanderen voor Brussel gedeeltelijk te gebruiken voor beurzen voor in Brussel stagedoende Vlaamse studenten geneeskunde, beurzen voor huisartsen in beroepsopleiding in Brussel, beurzen voor Vlaamse geneesheren-specialisten in opleiding, een vergoeding voor Vlaamse stagemeesters, een betoelaging van de Nederlandstalige wachtdienst in Brussel en tweetaligheidspremies.<sup>71</sup>

Tenslotte steun(d)en Vlaamse politici in Brussel talrijke (wetenschappelijke) onderzoeken over de taalproblemen in de Brusselse ziekenhuizen (cf. hoofdstuk 6) en zagen verschillende projecten ter bevordering van het Nederlandstalig zorgaanbod in Brussel dankzij de financiële steun van de Vlaamse en Vlaams-Brusselse overheden het licht.

## **5.2. Het taalhoffelijkheidsakkoord<sup>72</sup>**

Het principe van individuele tweetaligheid zoals bedoeld door de bestuurstaalwet van 1963 bestaat erin dat de ambtenaren van de lokale besturen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest – althans zij die met het publiek in contact komen – een minimale kennis van beide landstalen moeten hebben en een taalexamen dienen af te leggen om deze tweetaligheid te bewijzen. In de praktijk is echter gebleken dat deze vereiste voor talrijke problemen zorgde, voornamelijk te wijten aan het feit dat er een tekort blijft aan tweetalige kandidaten voor de openbare ambten van de lokale besturen. Daarenboven ontsnapten heel veel kandidaten en personeelsleden aan de taalcontroles, zoals we hierboven reeds verschillende keren hebben laten opmerken.

Omdat juridische maatregelen alleen niet hielpen en administratieve vaak te traag werkten, toonde het ondertekenen van het taalhoffelijkheidsakkoord van 14 november 1996 in de eerste plaats de politieke wil om de standpunten van de Franstalige en Nederlandstalige Brusselaars met elkaar te verzoenen. De Vlaamse strijd voor een volledige tweetaligheid van het personeel op lokaal vlak en in de O.C.M.W.-ziekenhuizen was lange tijd niet verenigbaar met de visie van de Franstalige

Brusselaars die zoveel toegevingen en inspanningen disproportioneel vonden ten opzichte van een Vlaamse minderheid in Brussel.<sup>73</sup> Daarbij vergeten ze systematisch dat de tweetaligheid van het Brussels Hoofdstedelijke Gewest een compromis was voor de gelijkbehandeling van de Franstalige minderheid op federaal vlak ! De toenemende druk langs Vlaamse zijde maar vooral het groeiend besef dat een betere tweetaligheid van haar personeel de Franstalige gemeenschap alleen ten goede kon komen, dwongen een nieuwe regeling af.

De discussie op politiek niveau mondde uit in een compromis dat bevestigde dat alle kandidaten, zowel voor een vaste als voor een contractuele benoeming, een bewijs van tweetaligheid moesten kunnen voorleggen. Deze afspraak zou een belangrijke doorbraak betekenen, aangezien aan Franstalige zijde voor het eerste werd ingestemd met de argumentatie dat ook tijdelijke en contractuele personeelsleden in een taalexamen moeten slagen.

Het taalhoffelijkheidssakkoord bestaat uit twee luiken. Enerzijds wordt een termijn bepaald binnen dewelke *contractuele* ambtenaren van de plaatselijke diensten in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest taalexamens moeten afleggen indien ze op het moment van de aanwerving niet voldoen aan de vereiste kennis van de tweede taal. Anderzijds bevat het akkoord de afspraak dat Selor gedurende de geldigheidsperiode van het akkoord de nodige aanpassingen van de mondelinge, schriftelijke en computergestuurde examens uitvoert.

Einde 1997 stuurden de Brusselse Hoofdstedelijke Regering en het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie elk een omzendbrief aan de Brusselse gemeentebesturen, de Brusselse OCMW's en openbare ziekenhuizen. D.m.v. deze circulaire werden deze besturen en instellingen officieel op de hoogte gebracht van het akkoord en de manier waarop de regering en het college hun bestuurlijk toezicht op de aanwervingen door gemeenten, OCMW's en openbare ziekenhuizen zouden uitoefenen.

Volgens de circulaires worden lijsten aangelegd van werkzoekenden die in het bezit zijn van een taalattest. Wanneer de plaatselijke diensten personeelsleden willen aanwerven zijn ze verplicht om eerst uit deze lijsten te putten. Maar als het, omwille van bijzondere omstandigheden kan verantwoord worden, of als er onvoldoende of geen geschikte kandidaten op deze lijsten voorkomen, kunnen de diensten toch personeelsleden in dienst nemen die niet over een taalattest beschikken. De arbeidsovereenkomsten met deze personeelsleden zijn echter tijdelijk met een *maximum*termijn van twee jaar. Indien ze binnen de termijn van hun contract geen bewijs van taalkennis hebben behaald *en* er op de lijsten kandidaten met het vereiste profiel voorkomen, dan wordt het contract niet verlengd en worden ze vervangen door kandidaten op de lijst.

Tegen de omzendbrieven werd een annulatieberoep ingesteld bij de Raad van State. De Raad van State heeft echter geoordeeld dat de beroepen onontvankelijk waren, aangezien de verzoekers niet over de vereiste hoedanigheid beschikten. De Raad heeft zich dan ook niet ten gronde uitgesproken.

Op 18 en 19 juli 2002 vervingen de regering en het college de instructies uit de oude circulaire. Volgens de nieuwe circulaire worden vanaf 1 september 2002 de contractuele ambtenaren (die bij indiensttreding niet over het vereiste taalattest beschikken) aangeworven voor een periode van twee jaar. Dat arbeidscontract met bepaalde duur kan voortaan – en in tegenstelling tot met wat de oude circulaire bepaalde – verlengd worden voor een nieuwe periode van twee jaar, mits aangetoond wordt dat het personeelslid actief een volledige taalopleiding gevolgd heeft. Het kan ook verlengd worden indien het personeelslid geen erkende opleiding heeft gevolgd, maar wel deelgenomen heeft aan een Selor-taalexamen en 40% van de punten heeft behaald. Onder de nieuwe omzendbrieven kunnen dus ook na twee jaar personen in dienst blijven, zonder dat zij over de wettelijk vereiste taalkennis beschikken. Slechts indien de betrokkene na vier jaar nog niet geslaagd is, zal zijn aanwerving in principe geschorst en vernietigd worden, behalve in zeer uitzonderlijke gevallen die behoorlijk gemotiveerd moeten worden.

Tegen deze nieuwe omzendbrieven werd opnieuw een schorsings- en annulatieberoep ingesteld bij de Raad van State. In zijn arrest van 8 april 2003 heeft de Raad in kortgeding beslist dat de omzendbrieven moeten geschorst worden.

Alhoewel de omzendbrieven nog steeds bestaan, betekent de schorsing dat de circulaires niet mogen uitgevoerd worden zolang de Raad zich niet ten gronde uitgesproken heeft. In principe zouden de gemeenten, OCMW's en openbare ziekenhuizen kunnen dagvaarden wanneer zij conform de omzendbrieven aanwervingen doen. De reeds gedane aanwervingen blijven echter bestaan, voor zover ze niet werden tenietgedaan.<sup>74</sup>

### **5.3. Pro Medicis Brussel<sup>75</sup>**

Pro Medicis Brussel werd in 1999 als project gelanceerd ter bevordering van de tweetaligheid van het medisch en paramedisch zorgaanbod in het Brusselse hoofdstedelijke gewest. Het toenmalig VGC-collegelid bevoegd voor Gezondheid – de heer Rufin Grijp – gaf hiertoe een krachtige aanzet. Hoewel los ervan, werd Pro Medicis ondergebracht bij de Brusselse Huisartsen Kring vzw. Het project beschikt over een eigen stuurgroep, een bureau en een team. De stuurgroep is pluralistisch samengesteld met personen uit diverse geledingen van het Brussels

zorgaanbod en leidt het project in goede banen. Naast haar leidinggevende en controlerende taak staat de stuurgroep garant voor de vertrouwelijke behandeling van de verkregen informatie. Het bureau volgt het project van dichtbij op : de voorbije en toekomstige activiteiten worden er geëvalueerd en eventuele knelpunten worden er besproken. Tenslotte bestaat het team uit een viertal mensen en heeft het als taak de praktische aspecten van het project wekelijks op te volgen. Na twee werkjaren (2000-2002) bevindt het project zich in het derde en afrondende werkjaar 2002-2003. In het huidige werkjaar wordt een grondige evaluatie van de werkzaamheden doorgevoerd en verankerd.

De belangrijkste doelstelling van Pro Medicis Brussel was te onderzoeken waarom pas afgestudeerde gezondheidswerkers geen carrière ambiëren in het Brusselse hoofdstedelijke gewest of zelfs dit gewest verlaten, te zoeken naar de oorzaken hiervan en naar mogelijke oplossingen om de situatie te verbeteren.

De voorbije jaren ontwikkelde Pro Medicis Brussel diverse strategieën om haar doel te bereiken. Zo worden onder andere stageplaatsen, vacatures in ziekenhuizen, alsook de noden en mogelijke inplanting van huisartsen in het Brusselse hoofdstedelijke gewest, in kaart gebracht, om een beeld te krijgen over vraag en aanbod in dit gewest. Verder wordt het project bekend gemaakt bij studenten geneeskunde en verpleegkunde : de voordelen van een Brusselse carrière worden belicht. Zo ook onderhandelt Pro Medicis Brussel met hogescholen, universiteiten en Brusselse ziekenhuizen om stageplaatsen in de Brusselse ziekenhuizen beter in te vullen. Indien men als student een stage loopt in een Brussels ziekenhuis waarbij reeds de technische en sociale vaardigheden werden geëvalueerd door de stagemester, zal het ook gemakkelijker zijn om later daar een plaats te krijgen. Doordat tweetalige (para)medici hierdoor gemakkelijker een plaats kunnen krijgen, wordt op lange termijn de tweetaligheid in de Brusselse ziekenhuizen verhoogd.

Door bemiddeling komt de informatie over opleidingsplaatsen, vestigingsmogelijkheden en vacatures in het Brusselse hoofdstedelijke gewest, vlotter terecht bij tweetalige artsen, verpleegkundigen en studenten die geïnteresseerd zijn om zich in het Brusselse hoofdstedelijke gewest te vestigen. Anderzijds worden stagemesters en diensthoofden in de hoofdstad beter geïnformeerd over mogelijke kandidaten.

Ten slotte doet Pro Medicis Brussel ook aan groepsvorming. Tweetalige geneesheren-specialisten die in het Brusselse hoofdstedelijke gewest actief zijn, zijn ten slotte onderling slecht georganiseerd. Hierdoor hebben tweetalige geneesheren-specialisten en tweetalige huisartsen in de hoofdstad weinig contact met elkaar. Pro Medicis Brussel tracht deze geneesheren-specialisten dan ook te groeperen om zo ook de contacten tussen tweetalige huisartsen en geneesheren-specialisten te verbeteren.

Concreet worden tweetalige artsen en verpleegkundigen aangetrokken voor het Brusselse hoofdstedelijke gewest. Specifiek met betrekking tot medici is het daarbij niet de bedoeling om in het reeds overgemedicaliseerde hoofdstedelijke gebied nog meer artsen aan te trekken. Eerder dienen de openstaande vacatures op termijn tweetalig ingevuld te worden.

#### **5.4. Het virtueel zorgnetwerk**

Tijdens het symposium 'Geïntegreerde Nederlandstalige Gezondheidszorg in Brussel en Omgeving' dat het doktersgild Van Helmont op 9 november 2002, stelde professor Jan Peers, voorzitter van de nationale ziekenhuisraad, het concept van het virtueel Vlaams zorgnetwerk voor.

Het virtueel Vlaams zorgnetwerk vertrekt vanuit een bestaand zorgaanbod dat zo doelmatig mogelijk wordt aangewend. In plaats van zorgverleners en ziekenhuisfuncties fysiek in één nieuw ziekenhuis te concentreren, wordt een virtuele structuur uitgedokterd. Concreet wil dat zeggen dat in een databank de beste specialisten en alle andere zorgverleners zijn gegroepeerd, samen met hun communicatievaardigheden en taalkennis. De selectie berust op twee essentiële kenmerken : de kandidaat moet communicatie- en taalbekwaam zijn in het Nederlands én getuigen van een goede professionele kwaliteit.

Voor het samenstellen van het zorgprogramma kan de huisarts in de databank meerdere specialisten selecteren die professioneel uitblinken en in een ziekenhuis werken dat de nodige waarborgen biedt op het vlak van communicatie en taal. Door dit systeem vergroot de kwaliteit, ziekenhuisverblijven worden korter en het aanbod wordt doelmatiger gebruikt. Ideaal is per patiënt een zorgprogramma samen te stellen waarin op een verstandige manier wordt bekeken wat er specifiek nodig is. Dit gebeurt het beste onder begeleiding van de huisarts. Er wordt gestreefd naar een systeem waarbij de huisarts de patiënten voor een lange periode volgt. De huisarts wordt de coach op het vlak van gezondheid en beslist samen met de patiënt in welke situaties er een doorverwijzing naar specialisten nodig is.

Het virtuele zorgnetwerk beantwoordt aan de wettelijke vereisten inzake erkenning en financiering vermits het gebruik maakt van bestaande erkende ziekenhuisdiensten en past in de wettelijke omschrijvingen van een ziekenhuisorganisatie 'als organisatie voor een permanent aanbod van specialistische zorg in multidisciplinair verband, al dan niet op ambulante wijze of door hospitalisatie, voor personen die het geheel van de voorzieningen nodig hebben'.

Het netwerk ontwikkelt pro-actief modellen voor geïntegreerd werken om aan de medische en maatschappelijke evolutie te beantwoorden. Het netwerk vormt een permanente structuur met een formeel dagelijks bestuur onder toezicht. De deelnemers in het netwerk worden geselecteerd op professionele uitmuntendheid, communicatie- en taalbekwaamheid en capaciteit tot multidisciplinaire samenwerking. Het netwerk zorgt voor ondersteuning van de participanten op vlak van organisatie, logistiek en vorming.

De belangrijkste onderdelen van het voorbereidend project zijn het bepalen van het algemene concept, het analyseren van de haalbaarheid van het concept, het opstellen van een implementatieplan en de concrete uitwerking in een business plan

Tenslotte bevordert het systeem de multidisciplinaire aanpak.

### **5.5. Een Vlaams ziekenhuis in Brussel ?**

Op 1 april 2003 vond in de commissie Brussel en de Vlaamse Rand een hoorzitting plaats naar aanleiding van een collectief verzoekschrift dat werd ingediend door de Vlaamse Volksbeweging Brussel. De initiatiefnemers vragen hierin aan de Vlaamse regering geld vrij te maken om in Brussel een Vlaams ziekenhuis te bouwen en uit te baten.

22.044 personen onderschreven dit verzoekschrift.

De VVB gelooft — na 35 jaar niet naleving van de taalwetgeving — niet langer in een verbetering van de tweetaligheid in de Brusselse ziekenhuizen. Er zit volgens de organisatie maar één ding op : ‘de Vlaamse regering mag eentalige ziekenhuizen oprichten in de hoofdstad. We vragen dat ze van die mogelijkheid gebruik maakt. Ze kan een verlieslatend ziekenhuis overnemen of een antenne oprichten van het AZ-VUB.’

Alhoewel er weinig steun is vanuit de Vlaamse regerende politieke partijen, wordt de haalbaarheid van dergelijk initiatief momenteel verder onderzocht....

Het initiatief als dusdanig is echter niet nieuw : Prof. dr. Jan Gijssels, hoogleraar publiek recht bij de Ufsia en assessor bij de Raad van State, verdedigde dit idee een drietal jaren geleden al, in een vrije tribune van een Vlaamse krant : *“De Vlaamse Gemeenschap heeft de bevoegdheid om ziekenhuizen op te richten, maar gebruikt die niet (...) In de ziekenhuissector is die bevoegdheid om de situatie van Vlamingen in Brussel te verbeteren, nooit gebruikt, ondanks het succes van de gesplitste onderwijsnetten. Waarom niet ?”*<sup>76</sup>

## 6. Overzicht van enkele relevante en wetenschappelijke werken over de taalproblematiek in de Brusselse ziekenhuizen

Ondanks het feit dat er over de Brusselse ziekenhuizen weinig informatie - laat staan cijfermateriaal - beschikbaar gesteld wordt, trok de taalsituatie in de Brusselse ziekenhuizen sinds de jaren zestig niet alleen de aandacht van politici en journalisten, maar ook van wetenschappers, die in het zorgaanbod van de toen nog Brusselse agglomeratie een ideaal en vooral complex onderwerp van onderzoek vonden. Dertig jaar studiewerk over de Brusselse verzorgingsinstellingen liet ons toe een overzicht te maken van de belangrijkste pijnpunten en hun evolutie.

Eind 1965 gaf het Vlaams Aktiecomitee voor Volksgezondheid (VAKV) als eerste de opdracht aan de studiegroep 'Mens en Ruimte' om een vooronderzoek uit te voeren over de taalproblematiek in de medisch sociale sector in Brussel en omgeving<sup>77</sup>. De onmiddellijke aanleiding tot de stichting van dit comité door het Verbond der Vlaamse Academi, het Verbond van het Vlaams Overheidspersoneel en het Vlaams Geneesheren Verbond waren de taaltoestanden bij het medisch schooltoezicht waar Vlaamse leerlingen behandeld werden door Nederlandsonkundige dokters en verpleegsters.<sup>78</sup> De bedoeling van het onderzoek was een objectieve analyse te maken van de taalkennis en van het taalgebruik in de Brusselse verzorgingsinstellingen. Als uitgangspunt voor de taalproblematiek gold de vigerende wetgeving in België op het gebruik der talen. De methodologie bestond erin een algemene inventaris op te maken van alle medisch-sociale instellingen die gelegen waren in de hoofdstad en in Vlaams Brabant. Via deze inventaris werd een enquête uitgevoerd die peilde naar de taalkennis en het taalgebruik van het ziekenhuispersoneel, de werking en de personeelsbezetting van het ziekenhuis én de houding van de ondervraagde personen tegenover de taalproblemen in het algemeen. 34 verzorgingsinstellingen werden bestudeerd via observatie en informele gesprekken met de directie, de dokters en het paramedisch en administratief personeel. Uit deze beschrijvende analyse bleek dat de meeste instellingen overwegend of uitsluitend Franstalig waren. Het Nederlandstalig personeel bekleedde vooral de lagere plaatsen; de dokters en de directie waren Franstalig. Het stimuleren van voldoende tweetaligheid was vooral het werk van de sociale dienst en van de verplegers, zelden van de dokters of van de directie. De Nederlandstalige ziekenhuizen in de randgemeenten deden aanzienlijk meer inspanningen om hun personeel Frans aan te leren.

In contrast daarmee kampten de Brusselse ziekenhuizen niet alleen met een gebrek aan kennis van het Nederlands, maar ook van andere talen in het algemeen. Vooral in de gemeenten met een hoge concentratie

migranten leidde dit tot problemen tussen de patiënten en het onthaal. Het onthaal was ten slotte nog te weinig uitgerust om de patiënt ‘te onthalen’ : door een gebrek aan communicatievaardigheden én talenkennis beperkte het zich tot een louter administratieve dienstverlening. Om het belang van de communicatie als factor in de gezondheidszorg te promoten, werd een vervolgonderzoek voorgesteld met de nadruk op een theoretische benadering van het onderwerp, een beschrijvende studie van de medische instellingen in Brussel en Vlaams Brabant en een onderzoek over de positie van de Vlaamse patiënt en zijn taal in het medisch sociale systeem.<sup>79</sup>

Hoewel de organisatoren er niet expliciet naar verwezen, stelde het Vlaams Geneesheren Verbond tijdens een studiedag op 8 oktober 1972 het nieuwe onderzoek voor. *“Taaltoestanden in de geneeskundige sektor te Brussel”* beperkte zich echter tot een nieuwe beschrijving van de oude taaltoestanden in de Brusselse ziekenhuizen.<sup>80</sup> Op systematische wijze werden de Nederlandstalige versus Franstalige personeelsleden geteld in instellingen behorende tot de medische en sociale sector.<sup>81</sup> Ook in dit onderzoek was het gebrek aan Nederlandstalig personeel het belangrijkste besluit. Er werden argumenten aangereikt waarom Nederlandstalige artsen liever niet naar Brussel kwamen werken, maar deze wogen niet op tegen de problemen die Nederlandstalige patiënten dagelijks ondervonden en door de onderzoekers als volgt werden beschreven : “ ... het gaat hier om zieken. De Vlaamse intellectueel uit Brussel, zal, wanneer hij ziek is, vragen om in een ziekenhuis in Vlaanderen te worden opgenomen, doch de kleine man denkt daar niet aan en kan ook niet voldoende gewicht in de schaal leggen bij zijn dokter om zulks te bekomen.”<sup>82</sup> Dit citaat verwijst niet alleen naar de sociale en culturele dimensie van de taalsituatie, maar ook naar de positie van de Nederlandstalige patiënt in de Brusselse ziekenhuizen. Bij dringende medische dienstverlening was de situatie nog erger : hier was geen vrije keuze en werd het ziekenhuis opgelegd aan de patiënt in nood.

Reeds in 1973 was er niet alleen de behoefte aan meer Nederlandstalig personeel en artsen, maar ook de nood aan eigen instellingen die het zorgaanbod voor Nederlandstalige patiënten zouden waarborgen. Tenslotte werd aan de desiderata van Vlaamse huisartsen, Nederlandstalige patiënten, professoren en studenten wiens klinische opleiding grotendeels in het Frans geschiedde pas in 1977 een gevolg gegeven door de oprichting van het Academisch Ziekenhuis van de V.U.B in september 1979.<sup>83</sup> Anderzijds werd met de hulp van het Vlaams Geneesheren Verbond, het doktersgild Van Helmont en andere verenigingen de Vlaamse Wachtdienst Brussel opgericht met als principe dat de taal voor de patiënten nooit een probleem mocht zijn en dat Nederlandstalige patiënten eindelijk een beroep konden doen op ‘Nederlandskundige’ huisartsen 24u op 24 en 7dagen op 7 !

Twintig jaar later waren dezelfde uitgangspunten, dezelfde conclusies en de daaruit voortvloeiende politieke eisen en actiepunten in belangrijke mate dezelfde gebleven.

In 1991 publiceerde de vereniging Brussel Economisch en Sociaal (BRES)<sup>84</sup> een tweetalig dossier over de *'Invloedszone van de Brusselse ziekenhuizen'*. De studie maakte een balans op van het zorgaanbod in de ziekenhuizen in het Brusselse hoofdstedelijke gewest.<sup>85</sup> Tevens werd de invloedssfeer van de sector bepaald op basis van de kenmerken van het ziekenhuis en de zone van herkomst van de in Brussel gehospitaliseerde patiënten. De studie was gebaseerd op de statistische gegevens van de studiedienst van het Bestuur voor Verzorgingsinstellingen en van de jaarboeken over de verzorgingsinstellingen, uitgegeven door het Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu. Op basis van deze gegevens werd een inventaris opgemaakt van de ziekenhuisinstellingen in Brussel op 1 januari 1990. Via het aantal ziekenhuizen, bedden, inwoners, opnames, ligdagen, de duur van de hospitalisatie en de bezettingsgraad werden Vlaanderen en Wallonië met elkaar vergeleken. In een aparte analyse werd de invloedssfeer van de Brusselse ziekenhuizen besproken.

De belangrijkste bevindingen? Sinds 1987 was men getuige van een toename van het aantal opnames, terwijl het aantal Brusselse patiënten zelf verminderde. Deze afname was vooral te wijten aan een daling van het bevolkingscijfer binnen het gewest. Toch stelden de onderzoekers vast dat de Brusselse ziekenhuizen meer en meer patiënten van het Vlaamse en Waalse gewest verzorgden. De studie leidde tot de conclusie dat de invloed van de Brusselse ziekenhuizen zich niet alleen beperkte tot de 19 gemeenten van de hoofdstad, maar dat de aantrekkingskracht van de Brusselse ziekenhuizen omgekeerd evenredig was met de afstand van de gemeente van herkomst van de patiënt tot de hoofdstad en eveneens varieerde in functie van het al dan niet bestaan van een belangrijke ziekenhuissector in de zone van herkomst.<sup>86</sup>

De bevindingen van Taymans werden in het onderzoek van Van Gysel gebruikt om de reikwijdte van de taalproblemen in de Brusselse verzorgingsinstellingen te illustreren. In opdracht van de heer Rufin Grijp, lid van het College van de Vlaamse Gemeenschapscommissie onderzocht Van Gysel *'De aanwezigheid van artsen in België en Brussel'* en gaf hij een overzicht van de rol van de overheid ten overstaan van het geneesherencorps. Eén van zijn belangrijkste besluiten was dat 36% van de patiënten van de Brusselse algemene ziekenhuizen afkomstig waren van buiten het gewest.<sup>87</sup> De helft van deze patiënten woonde in Vlaanderen. Wat de universitaire ziekenhuizen betrof was zelfs 62% van de patiënten woonachtig buiten het Brussels gewest. Hiervan kwam achtenveertig procent uit Vlaanderen. Het gebrek aan Nederlandstalige artsen in Brussel werd berekend op basis van het cijfermateriaal van de vice-gouverneur van de provincie Brabant en in verband gebracht met cijfers afkomstig van het

Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en enkel het Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten. Dit onderzoek beperkte zich grotendeels tot een beschrijving van statistieken : de aanwezigheid van artsen in België, vergelijkingen met andere Europese landen, de aanwezigheid van artsen in het Brusselse hoofdstedelijke gewest en een beschrijving van de Brusselse artsenpopulatie.<sup>88</sup> Interessant was echter de beschrijving van het gedragspatroon van patiënten uit het Brusselse gewest die aangesloten waren bij de socialistische mutualiteit.<sup>89</sup> Bij het raadplegen van een huisarts bleef 3/4 van de Vlaamse patiënten binnen het Brusselse hoofdstedelijke gewest. Er bestond een duidelijk verschil tussen het consultgedrag naar de huisarts toe en dit gericht naar de specialisten. Slechts de helft van deze laatste consulten vond plaats binnen het gewest, in 13% van de gevallen bij een Nederlandstalige arts. De onderzoeker stelde verder nog verschillen vast tussen Nederlandstalige en Franstalige patiënten door te wijzen op de grotere mobiliteit van de Vlamingen : veel Nederlandstalige patiënten gaan terug naar hun eigen streek om arts en specialist te consulteren.<sup>90</sup>

Het onderzoek over *'De kwaliteit van het onthaal en de begeleiding van de gebruikers uit verschillende gemeenschappen in de bi-communautaire algemene ziekenhuizen van het Brusselse Gewest'* werd uitgevoerd door de professoren Laurent en Prims in opdracht van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest aan de Katholieke Universiteit Leuven en de Université Libre de Bruxelles in de loop van 1991.<sup>91</sup> Via de adviserende commissie werden ook de Université Catholique de Louvain (U.C.L.) en de Vlaamse Economische Hogeschool te Brussel bij de studie betrokken. Aan de hand van drie meetinstrumenten beschreven ze de verschillende aspecten die de kwaliteit bepalen van het onthaal en de begeleiding van de patiënten tijdens hun hospitalisatie. Het eerste meetinstrument was de observatie van het opnamegebeuren in ieder ziekenhuis. Het tweede betrof een gesprek met de diensthoofden en de hoofdverpleegkundigen. Het derde en belangrijkste meetinstrument was de bevraging van gehospitaliseerde patiënten behorende tot verschillende gemeenschappen.<sup>92</sup> Aan de hand van de verschillende meetinstrumenten kwamen de onderzoekers tot een aantal vaststellingen en werden verbanden gezocht. Zo werden de socio-economische karakteristieken<sup>93</sup> van de populatie in verband gebracht met de opinies over de kwaliteit van het onthaal en de begeleiding. De variabele leeftijd leek op significante wijze verband te houden met de mening van de patiënten over de kwaliteit van het onthaal en de begeleiding : jongere patiënten waren over het algemeen kritischer en 65-plussers waren over het algemeen heel tevreden over hun ziekenhuiscontacten.<sup>94</sup> Om de keuze van het ziekenhuis te analyseren werd aan de respondenten een aantal indicatoren voorgelegd en gevraagd in welke mate ze een rol speelden bij de keuze van het ziekenhuis<sup>95</sup>. Ondanks

de mogelijkheid om socio-economische factoren hiermee in verband te brengen, werden heel algemene besluiten getrokken : meer dan 60% van de respondenten verklaarde dat de huisarts of de specialist hen het ziekenhuis had aangeraden. 30% van de bevroegde patiënten noemde de nabijheid of de reputatie als bepalende factor. 10% van de patiënten koos het ziekenhuis omdat in die instelling de vereiste medische behandeling kon gegeven worden. De Nederlandstalige patiënten hechtten in vergelijking met de andere populaties meer belang aan de reputatie van het ziekenhuis. De nabijheid van het ziekenhuis tot de eigen woonplaats was een belangrijk criterium voor de respondenten uit de Maghreblanden, terwijl de Belgen veel meer rekening hielden met het advies van hun huisarts bij het kiezen van een ziekenhuis. Het belang van de taal als keuzemotief werd wijselijk niet besproken. Alleen in het hoofdstuk over de opnames, werd gevraagd of de patiënt tijdens zijn inschrijving in zijn moedertaal terecht kon. Zowel Nederlandstalige als Franstalige waren hierover tevreden. Maar : één derde van de Nederlandstalige patiënten moest echter wel overschakelen op het Frans om zich verstaanbaar te maken ! Ten slotte kreeg ook deze studie kritiek door het statistisch te klein aantal ondervraagde Nederlandstalige patiënten en werden omwille van deontologische redenen de resultaten algemeen gehouden en de ziekenhuizen niet bij naam genoemd.<sup>96</sup>

Naar aanleiding van de herstructurering van de OCMW-ziekenhuizen werd onder leiding van het Overlegplatform Vlaamse Gezondheidszorg in 1993 een rapport opgesteld. Het rapport *'Veel hospiti, weinig taal. Nederlands-Frans taalprobleem in de ziekenhuizen van Brussel'* benadrukte de problematiek vanuit de positie van de patiënt en gaf een summiere samenvatting en bekritisering van de vorige studies en documenten die over het onderwerp reeds werden gepubliceerd.<sup>97</sup> De Corte legde de nadruk op de sociale dimensie van het taalprobleem, op de rol van taal in de geneeskunde en in de relatie tussen arts en patiënt. Na een inleidend hoofdstuk over de taalwetgeving werden het BRES-dossier, de studie van Laurent en Prims en het onderzoek van Van Gysel kort besproken. Een apart hoofdstuk werd gewijd aan de aanwezigheid van de artsen in Brussel én aan de herstructurering van de openbare ziekenhuizen. Er werd een vergelijking gemaakt van de verschillende aspecten over het Nederlands-Frans taalprobleem en op basis hiervan formuleerde het Overlegplatform Vlaamse Gezondheidszorg tijdens de persconferentie van 21 april 1993 enkele politieke voorstellen.

Diezelfde voorstellen vonden we terug in de besluiten van het colloquium *'Het Nederlandstalig zorgaanbod in het Brusselse hoofdstedelijke gewest'*, georganiseerd door het Vlaams Komitee Brussel en de Katholieke Universiteit Brussel op 9 mei 1998.

Ook hier werd gewezen op de problemen binnen de (herstructurering van de) openbare ziekenhuizen, het gebrek aan (taal)wettelijke verplichtingen in de privé-ziekenhuizen, de problemen

binnen de dienst-100 en het belang van de eerstelijnszorg. Het bestaande zorgaanbod werd toegelicht alsook het belang van een Nederlandstalig zorgaanbod in Brussel aan de hand van een paar uiteenzettingen en de discussies tijdens de werkgroepen.<sup>98</sup> Vier knelpunten weerhielden de aandacht : het gebrekkige onthaal van Vlaamse patiënten, het gebrek aan Vlaamse artsen en verpleegkundigen, de Vlaamse impact op het Brusselse gezondheidsbeleid en de witte vlekken in het eigen Nederlandstalig zorgaanbod<sup>99</sup>.

Tijdens dit colloquium groeide het initiatief om een studie te maken over hoe Nederlandstalige huisartsen en patiënten hun ziekenhuiscontacten evalueerden. Het onderzoek *'Kwaliteit van de communicatie in de contacten van de patiënten en van de huisartsen met de Brusselse verzorgingsinstellingen'* gebeurde op aanvraag van de Brusselse Huisartsen/Vlaamse Wachtdienst vzw in samenwerking met het doktersgild Van Helmont, Brudi, de Brusselse Welzijnsraad, de KUB en de VUB en werd in de loop van 1999-2000 uitgevoerd door het Centrum voor de Interdisciplinaire Studie van Brussel.

De oorspronkelijke bedoeling om alleen klachten te registreren werd vervangen door een meer algemene registratie van ervaringen en opmerkingen van patiënten en huisartsen over de Brusselse verzorgingsinstellingen. Het empirisch onderzoek bestond uit een korte schriftelijke ondervraging van een honderdtal Nederlandstalige huisartsen en hun patiënten enerzijds en een twintigtal diepte-interviews met deelnemende huisartsen anderzijds. De schriftelijke ondervraging was de spil van het onderzoek en uit de ledenlijsten van de Nederlandstalige artsenkringen in en rond Brussel werd een staal getrokken van 100 huisartsen, gespreid over het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Rand. Deze huisartsen kregen de verantwoordelijkheid hun patiënten te ondervragen over hun ervaringen met Brusselse ziekenhuizen op basis van een standaard registratieformulier. Een apart luik was voorzien om ook hun eigen ervaringen te evalueren. Over een periode van zes maanden werden 640 registratieformulieren met patiëntengegevens verzameld en nog een vijftigtal met uitsluitend gegevens over de communicatie tussen de arts en het ziekenhuispersoneel.

Het onderzoek leverde interessante informatie op. In de eerste plaats over het belang van het doorverwijzen en het doorverwijsgedrag van de artsen en de afwezigheid van bepaalde Brusselse ziekenhuizen : huisartsen en patiënten kozen dikwijls samen voor een bepaald ziekenhuis waar ze in hun taal zouden worden onderzocht én voorkwamen op die manier al problemen. In de tweede plaats over de keuze en de motieven van patiënten en de invloed van sociaal-geografische factoren op dit keuzegedrag. Brusselse patiënten kozen andere ziekenhuizen dan patiënten uit de Rand. Die waren kritischer dan de Brusselse patiënten : ze kozen veel bewuster voor een welbepaald ziekenhuis, sloten op basis van negatieve ervaringen met bepaalde instellingen meer op voorhand uit en waren na die

préselectie over het algemeen meer tevreden over de communicatie. Naar bepaalde Brusselse ziekenhuizen werd vanuit de Rand niet verwezen en de voorkeur ging duidelijk naar het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit Brussel en Sint-Elisabeth.

Dit wees op een derde belangrijke vaststelling, met name het belang van de taal in de evaluatie van de communicatie. Ondanks de beperktheid van het materiaal, werd achterhaald welk soort patiënten belang hechtte aan de taal en of de taal de keuze van het ziekenhuis beïnvloedde. Verkouter stelde vast dat patiënten die heel veel belang hechtten aan het gebruik van het Nederlands bewust kozen voor Nederlandstalige of tweetalige ziekenhuizen. Aan de andere kant vielen ook de patiënten op die schijnbaar geen belang hechten aan het gebruik van hun preferentietaal. Veel oudere patiënten in Brussel gebruikten gemakkelijk(er) het Frans (omdat ze destijds - ondanks hun Vlaamse roots - veelal Franstalig onderwijs hadden genoten!). Zodra ze goed verzorgd werden en vriendelijk onthaald, speelde taal een ondergeschikte rol. Daarenboven waren bepaalde patiënten er trots op dat ze tweetalig zijn. Anderen onderschatten dan weer de rol van de taal in hun medische contacten en een vierde groep gaf niet graag toe dat ze liever Nederlands gebruiken.

Dat de keuzemotieven per instelling sterk verschilden, was een vierde vaststelling. Vergelijkingen tussen de ziekenhuizen maakten duidelijk dat iedere instelling hierdoor een apart profiel ontwikkelde.

De verschillen tussen patiënt en huisarts in het kiezen en evalueren van een ziekenhuis golden als vijfde vaststelling. Huisartsen kozen veel minder in functie van de nabijheid van het ziekenhuis, maar eerder voor de kwaliteit van de zorgen, de persoonlijke contacten met het ziekenhuis en de specialist. Ze waren over het algemeen minder tevreden over de communicatie met het ziekenhuis. De communicatie tussen de huisarts en het ziekenhuis beperkte zich tot de contacten met de specialist, zowel op het niveau van de briefwisseling als op het niveau van de telefonische contacten.

Ten slotte, en als zesde vaststelling, gold de negatieve evaluatie van de urgentiediensten, waar patiënten en huisartsen het gloeiend eens waren over het gebrek aan communicatie met het onthaal en met de artsen van wacht!

## 7. Getuigenissen van patiënten en personen ‘uit het veld’

### 7.3. Reacties uit verschillende milieus ...

Toen we aan ons betoog begonnen, ontvingen we van heel veel mensen uit verschillende milieus positieve reacties. In de eerste plaats van patiënten zelf. Deze reacties komen aan bod in de volgende paragraaf.

In de tweede plaats kregen we heel wat reacties binnen van Nederlandstalige huisartsen uit Brussel en de Rand rond Brussel. Zij konden getuigen over hun (gebrek aan) communicatie met de Brusselse ziekenhuizen en de moeilijke doorverwijzingen van Nederlandstalige patiënten, maar ook over de briefwisseling en de facturatie die systematisch in het Frans gebeurt, ook al weet de administratieve dienst van het ziekenhuis dat het hier om een Nederlandstalige dokter en patiënt gaat ...

Benevens de huisartsen en patiënten reageerden ook veel paramedici, politici, beleidsverantwoordelijken, administratieve en wetenschappelijke medewerkers, journalisten, professoren, etc ... op onze oproep. Sommigen gaven ons informatie door, maar bleven liever anoniem, om politieke maar ook – en vooral – om professionele redenen. Anderen werden geïnterviewd en hun getuigenissen werden verwerkt doorheen de verschillende hoofdstukken van dit rapport.

Tenslotte werd een aantal personen gevraagd vanuit hun professionele ervaring onze argumentering bij de rapporteur van de Raad van Europa nog meer kracht bij te zetten<sup>100</sup> : dr. Vic Anciaux, arts en erstaatssecretaris, dhr. Pierre Fourrier, verpleger IRISziekenhuizen Zuid (site Sint-Pieters), dhr. Guido Fonteyn, journalist bij De Standaard, dhr. Reej Masschelein, ere-stafmedewerker van de Brusselse Welzijnsraad, dhr. Staf Nimmegeers, pastoor en senator SP-spirit, dr. Joost Rampelberg, arts en mede-stichter Vlaamse Wachtdienst Brussel en Brusselse Huisartsenkring, dhr. Guy Tegenbos, journalist, prof. dr. Benjamin Van Camp, arts en rector van de Vrije Universiteit Brussel, dhr. Dirk van der Ougstraete, brandweerman bij de B.H.D.M.H. , mevr. Jacqueline Van Engelen, hoofdverpleegster IRISziekenhuizen Zuid (site Bracops), dhr. Dirk Van Zundert, journalist VRT, dr. Robrecht Vermeulen, arts, medestichter Vlaamse Wachtdienst Brussel en bestuurslid van de Vlaamse Huisartsen en het Vlaams Geneeskundig Verbond én prof. dr. Els Witte, erector van de Vrije Universiteit Brussel en directeur van het Centrum voor de Interdisciplinaire Studie van Brussel (VUB).

## 7.4. Getuigenissen van patiënten

In het verleden – maar ook vandaag nog – schuiven ziekenhuisdirecties, beleidsverantwoordelijken en politici het taalprobleem in de Brusselse ziekenhuizen graag van tafel met het argument dat ‘er geen problemen zijn, omdat er geen klachten zijn’.

Deze houding getuigt niet alleen van een gebrek aan inzicht in het politieke, Brusselse veld en het maatschappelijk weefsel daarrond, maar ook van een gebrek aan psychologisch inzicht in de leefwereld van de patiënt en in de relatie dokter – patiënt, die zo vaak in de buitenlandse literatuur beschreven wordt.

We hebben reeds gesteld dat het als (Nederlandstalige) patiënt niet eenvoudig is om een (taal)klacht neer te leggen. Enerzijds is er de socio-politieke context waarin Nederlandstalige patiënten zich in Brussel bewegen. Of het nu aan het loket van het gemeentehuis is of bij de bakker om de hoek, Nederlandstaligen schakelen gemakkelijk over op het Frans, soms uit gewoonte, meestal uit noodzaak om te kunnen communiceren met de andere. Dit is ook het geval voor Nederlandstalige patiënten in Brusselse ziekenhuizen. Alleen als het echt mank loopt, brengen ze verslag uit en dan nog liefst in de veilige omgeving van het kabinet van hun vertrouwde huisarts. Anderzijds is de relatie dokter-patiënt een heel complexe relatie, waarin de patiënt zich in een zeer afhankelijke positie bevindt, niet alleen lichamelijk, maar ook psychologisch. In zo'n relatie gaat men geen eisen stellen, gaat men niet klachten, is men bang dat een strakkere houding – waarmee men zijn rechten als patiënt om in zijn taal verzorgd te worden gaat opeisen – gevolgen zal hebben op de medische behandeling en op het verdere contact tussen zorgvrager en zorgverstrekker.

Daarenboven sluiten heel veel Nederlandstalige patiënten – vaak in overleg met hun huisarts – heel veel negatieve ervaringen uit door vooraf op zoek te gaan naar een dienst of specialist die het Nederlands machtig is. Dit verklaart dan weer waarom er minder klachten binnenkomen dan verwacht en waarom bepaalde ziekenhuizen helemaal niet aan bod komen in de getuigenissen van patiënten omdat Nederlandstalige patiënten er gewoon niet willen komen ! Dit vermijdingsgedrag zegt veel over de ziekenhuizen die helemaal niet aan bod komen ... !

Ondanks deze realiteit en de beperkingen in tijd en middelen om getuigenissen van patiënten te vinden, startte Dr. Robrecht Vermeulen op korte termijn met een inventaris van taalklachten van Nederlandstalige patiënten in de Brusselse ziekenhuizen. Via een rondschrijven en een site op het internet werden Nederlandstalige patiënten aangespoord om spontaan verslag uit te brengen van hun ervaringen met de verzorgingsinstellingen en hun personeel in het Brussels hoofdstedelijke gewest. De nodige discretie werd verzekerd en indien patiënten erom vroegen, werden hun getuigenis anoniem gemaakt.

Maar niet alleen bij Dr. Vermeulen kwamen reacties binnen. Nederlandstalige patiënten reageerden ook rechtstreeks op de kabinetten van Jan Béghin en Sven Gatz nadat ze vernomen hadden dat er een petitie werd ingediend en een onderzoek werd ingesteld over de taalproblemen in de Brusselse ziekenhuizen. Ook een aantal Nederlandstalige huisartsen uit Brussel en de rand gaven ons namen door van Nederlandstalige patiënten die graag verslag uitbrachten over hun ervaringen met de ziekenhuizen in het Brussels hoofdstedelijk gewest.

Uit de talrijke, spontane reacties van patiënten uit Brussel, de Vlaamse rand en Vlaanderen brengen we alleen verslag uit van de ervaringen van patiënten wiens naam effectief mocht worden doorgegeven naar de rapporteur van de Raad van Europa. Per getuigenis wordt de naam van de patiënt, zijn woonplaats, de datum van zijn bezoek aan een Brussels ziekenhuis en de voornaamste klachten weergegeven. De getuigenissen werden gegroepeerd per ziekenhuis en vervolgens per dienst.

Het is niet meer dan een momentopname (mei – juni 2003), maar illustreert de gevoelens die hieromtrent heersen ...

Inventaris van getuigenissen van patiënten  
per ziekenhuis en dienst

**Academisch Ziekenhuis Erasmus : spoedgevallendienst**

Goossens Nelly, o.c., s.d.

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door het personeel’  
‘gebrek aan contact in de eigen taal’

Sibbens Nadine, o.c., 1991

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door de arts en het personeel’  
‘niet-correcte dienstverlening in het Nederlands’

‘weigering om een Vlaamse priester te roepen voor een stervende’

Van Poucke Roger, o.c., 1998

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door de arts en het personeel’

**Academisch Ziekenhuis Erasmus : onthaal en dermatologie**

Buslot Raf, Dilbeek, 2002/2003

Klacht : ‘niet-correcte dienstverlening in het Nederlands’

‘facturatie en briefwisseling uitsluitend in het Frans’

**Academisch Ziekenhuis Erasmus : radiologie**

Ketter Willy, Wezembeek-Oppem, s.d.

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door de arts en het personeel’  
‘facturatie en briefwisseling uitsluitend in het Frans’

*‘In het Erasmus-ziekenhuis overkwam het mij regelmatig dat het personeel van bv. de dienst radiologie, zowel ontvangst als de dokters, heel gebrekkig of helemaal geen Nederlands konden spreken. Daarbij komt ook nog dat de mij achteraf toegezonden documenten steevast in het Frans werden opgemaakt. Na terugzending van bedoelde documenten werd er mij nadien op gewezen, in de taal van Molière natuurlijk, dat Erasmus een Franstalig ziekenhuis is.’*

**Academisch Ziekenhuis Saint-Luc : oncologie**

Ernest Gillioen, Sint-Lambrechts-Woluwe, januari 2003

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door de arts en het personeel’

**Academisch Ziekenhuis Saint-Luc : oogheelkunde**

Ilse Proesmans, o.c., 2001

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door het verplegend personeel’  
‘gebrek aan contact in de eigen taal’

**Academisch Ziekenhuis Saint-Luc : spoedgevallendienst**

Fanny Van de Velde, o.c., s.d.

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door het verplegend personeel’

Sterckx Pierre, o.c., juli 1998

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door het verplegend personeel’  
‘niet-correcte dienstverlening in het Nederlands’

Lehouck Magriet, Sint-Lambrechts-Woluwe, s.d.

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door het verplegend personeel’  
‘niet-correcte dienstverlening in het Nederlands’

*‘het Franstalig personeel was niet vriendelijk, de gehele omgeving kwam niet tegemoet aan de Vlamingen. Ook de dokter van wacht kon geen woord Nederlands. Als men hier de 100 belt, dan wordt men zonder verwittiging, boe of bah, naar de UCL gevoerd, ook al is men een Nederlandstalige patiënt en is de UCL een Franstalig ziekenhuis. Dit kan toch niet?’*

### **Vzw Europa Ziekenhuizen site Sint-Michiel : pneumologie**

Lehouck Magriet, Sint-Lambrechts-Woluwe, 1986

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door het verplegend personeel’  
‘niet-correcte dienstverlening in het Nederlands’

### **De ziekenhuizen Edith Cavell, van de Basiliek en Lambermont campus Kliniek Park Leopold : voetchirurgie**

Weyers Christiane, o.c., september 2002

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door het verplegend personeel’

### **Sint-Anna Sint-Remigius Sint-Etienne Kliniek**

#### **site Sint-Anna Sint-Remigius Kliniek : spoedgevallendienst**

De Baerdemaeker Eric, Wemmel, december 1999 – januari 2000

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door het verplegend personeel’

*‘(...) Begin 2000 belden we de spoeddienst van het ziekenhuis...De arts van dienst sprak geen Nederlands. Niet gebrekkig, maar gewoonweg geen woord. We werden doorverbonden naar een Nederlandsprekende verpleegster, die de nodige informatie opnam om mijn vader te laten opnemen (...) Ter plaatse aangekomen, kwam ik in contact met een (vermoedelijk dezelfde) dokteres. Weerom, geen woord Nederlands. Alweer, ditmaal zelfs zonder een initieel onderzoek, doorverwezen naar een verpleegster die wel Nederlands sprak. En daar lag mijn vader dan ... ruime tijd later heeft die dokteres mijn vader dan toch maar eens onderzocht, zonder één woord (...) Gewoon onbegrijpelijk : een ziekenhuis, of op zijn minst het hoofd van de spoeddienst, die bij het opstellen van een rooster, in mijn ogen willens nillens, de noodzaak van al was het maar een elementaire kennis van de taal van de meerderheid in dit land negeert. Voor mijn vader was er niet veel hoop meer, maar wat als het om een kind gaat?’*

**Verplegingscentrum François Rabelais**  
**site Hôpital Français Reine Elisabeth : kinderafdeling**

Vansina C., Kalmhout, februari 1996

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door het verplegend personeel’  
‘niet-correcte dienstverlening in het Nederlands’

*‘op 10 februari 1996 is ons kleinkind geboren. Op advies van haar arts beviel mijn schoondochter in het Frans hospitaal. Mijn vrouw en ik togen onmiddellijk naar Brussel om ons eerste kleinkind te gaan bewonderen. Groot was onze verbazing en, vol ongeloof, toen bij ons aanmelden aan de onthaalbalie en naar de te volgen weg naar de kinderafdeling informeerden, we geen antwoord kregen en beide personen ons wezenloos voor zich uitstaarten. Nadat we beleefd een tweede maal de nodige informatie vroegen en het baliepersoneel weer niet reageerde, dachten we even dat deze twee vrouwelijke personen geboorgestoord waren ... tot we beseften dat wij blijkbaar ‘lucht’ waren omdat we Nederlands spraken. (...) Hoe verlopen en behandelen ze hier spoedgevallen ? we durven hier niet aan denken en hopen dat ons nooit een ongeval of ziekte moge overkomen als we in Brussel op bezoek zijn ...’*

**Vzw Europa Ziekenhuizen**  
**site Deux Alice : kinderafdeling**

Nys Jeannine, Sint-Pieters-Leeuw, 1987

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door het verplegend personeel’

*‘een kleine anekdote toen mijn zoon voor zijn poliepen opgenomen werd in het ziekenhuis 2-Alices in Ukkel. Ikzelf heb toen daar ook op zijn kamer gelogeed omdat mijn zoon toen maar 2 jaar was. Er was een verpleegster en die begon tegen mijn zoon in het Frans te spreken. Ik zei haar dat hij geen Frans verstond en dat we Nederlandstalig waren, waarop zij letterlijk tegen mijn zoon zei “que c’est dommage que tu ne parles pas le français!”. Raar toch dat zij ervan uit ging dat iedereen maar Frans moest spreken i.p.v. dat zij haar best zou doen om Nederlands te leren!’*

**Vzw Europa Ziekenhuizen**  
**site Sint-Elisabeth: dienst heelkunde**

Nys Jeannine, o.c., februari 2003

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door het verplegend personeel’

D’Haese Hadewijck, Alseberg, februari 2003

Klacht : ‘facturatie en briefwisseling uitsluitend in het Frans’

*‘Aan het onthaal van het Sint-Elisabeth-ziekenhuis kreeg ik als Nederlandstalige een formulier in het Frans overhandigd. Ik heb dit geweigerd. De dame aan het onthaal was vriendelijk. Ze drukte aan het toestel een tweede formulier af om mij te tonen dat die steeds eentalig Frans waren. Daarop heb ik schriftelijk protest aangetekend bij de verantwoordelijke van het secretariaat heelkunde, hem verzekerd dat ik vroeger in Sint-Elisabeth steeds in het Nederlands werd ontvangen (...)*’

**site Sint-Elisabeth: dienst oorheelkunde**

Ghislena Sonck, Vorst, augustus 2001

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door de behandelde arts en ander verzorgend personeel’

*‘Op 8/8/2001ging ik naar het Sint-Elisabeth-hospitaal te Ukkel voor een oonderzoek. De dokter die mijn dossier opmaakte kende amper Nederlands en de persoon die het gehoor moest testen kende totaal geen Nederlands. Het was de dienst van (...)*’

**site Sint-Elisabeth: dienst pediatrie**

Mostaert Katty, o.c., oktober 1996

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door het verplegend personeel’

**site Sint-Elisabeth: dienst radiologie**

Pauwels J., Beersel, januari 2003

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door de behandelde arts en ander verzorgend personeel’

*‘Op 8 januari ll. bood ik mij aan om een echografie van de lever te ondergaan en werd ik door een vrouwelijke geneesheer ontrvangen en beleefd begroet in het Frans. Om aan te duiden dat ik Nederlandstalig ben groette ik terug in het Nederlands waarop de dame mij antwoordde “je suis française”. Achteraf volgde gedurende de zeer beperkte conversatie nog een enkel Nederlands woord : inademen. Een dergelijke situatie is zeer onaangenaam. Ze bevordert zeker niet de goede relatie tussen geneesheer en patiënt (...)*’

**Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter : afdeling gips**

Mike Barlow, Schaarbeek, 1996

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door de behandelde arts en ander verzorgend personeel’

**Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter : dienst cardiologie**

Colle Rudi, Brussel, 2001

Klacht : ‘facturatie en briefwisseling uitsluitend in het Frans’

**Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter : dienst opthalmologie**

Ghislena Sonck, s.l., 1990

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door de behandelde arts en ander verzorgend personeel’

**Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter : dienst dermatologie**

Reynaers Jan, Sint-Genesius-Rode, maart 2003

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door de behandelde arts’

**Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter : dienst stomatologie**

Francine De Coster, o.c., mei 2003

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door de behandelde arts en ander verzorgend personeel’

**Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter : dienst opthalmologie**

Mahassine Yamila, o.c., 2003

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door het administratief en verzorgend personeel’

**Universitair Verplegingscentrum Brugmann**

**Site Schaarbeek : cardiologie**

De Wilde Stefaan, Brussel, 1985 - 2003

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door de arts en het personeel’  
‘facturatie en briefwisseling uitsluitend in het Frans’

*‘Een vijftiental jaar reeds ga ik regelmatig naar het universitair verplegingscentrum voor het pace-makernazicht. Alle contacten met verpleegkundigen en geneesheren zijn in het Frans. Nooit werd een aanzet gedaan om mij in het Nederlands te woord te staan, niettegenstaande men mij in de wachtzaal Nederlands hoort spreken. Zoals de meeste Vlamingen heb ik noties van het Frans en schakel ik (te) gemakkelijk over naar die taal. Daarbij komt dat ik als zieke in een zwakke situatie sta en tracht ik beslist in de beste verstandhouding met het ziekenhuispersoneel te blijven en vermijd ik taalverwikkelingen. Het drukwerk waarbij een nieuwe afspraak wordt gemaakt is tweetalig, maar steeds wordt de Franstalige zijde ingevuld. Op vraag of het mogelijk is een Nederlandstalig ‘getuigschrift voor verstrekte hulp’ te krijgen dat bestemd is voor het ziekenfonds, werd ontkennend geantwoord. “de tussenkomst door het ziekenfonds is dezelfde, of het nu een Nederlandstalig dan wel een Franstalig formulier is”, werd eraan toegevoegd.*

**Universitair Verplegingscentrum Brugmann**

**Site Schaarbeek : dienst chirurgie**

Crockaert André, o.c., november 1997

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door de arts en het personeel’  
‘niet-correcte dienstverlening in het Nederlands’

**Irisziekenhuizen Zuid**

**Site Etterbeek-Elsene**

Etterbeek Julien, o.c., 2002

Klacht : ‘geen kennis van het Nederlands door de arts en het personeel’

## Besluit

‘Het fundamentele recht van de patiënt op een goede verzorging veronderstelt een positief contact tussen de zorgverstrekker en de zorgvrager ten einde een correcte anamnese af te nemen. Een positief contact veronderstelt op zijn beurt een goede communicatie tussen arts en patiënt. Een goede communicatie veronderstelt dat beiden dezelfde taal spreken en dit veronderstelt ten slotte dat patiënt en arts elkaar eerst moeten verstaan vooraleer ze elkaar kunnen begrijpen. Communicatie en taal zijn dus onlosmakelijk met elkaar verweven en beïnvloeden uiteindelijk de kwaliteit van de zorg.’<sup>101</sup>

De problematiek van het gebrek aan Nederlandstalige zorgverstrekking in het Brussels hoofdstedelijke gewest hebben we in de eerste plaats besproken vanuit het standpunt van de Nederlandstalige patiënt. Slechts door zich in de plaats te stellen van de patiënt, en hem voldoende aan bod te laten komen doorheen de talrijke getuigenissen, konden we de taalproblemen in de Brusselse ziekenhuizen benaderen vanuit een sociale en psychologische dimensie. Meer dan ooit dringt zich een multidisciplinaire benadering op om mogelijke oplossingen te vinden en een positief beleid ten aanzien van het Nederlandstalig zorgaanbod te stimuleren. Alleen een multidisciplinaire benadering waarin rekening wordt gehouden met alle betrokkenen — niet alleen de overheid, de politiek en de ziekenhuizen, maar ook het Nederlandstalig verzorgend personeel, de Nederlandstalige patiënten en hun huisartsen — kan het huidige discours van politieke (on)wil en juridische (on)macht overschrijden.

Met dit werkdocument hebben we geprobeerd de problematiek van het gebrek aan Nederlandstalig of tweetalig zorgaanbod in het Brussels hoofdstedelijke gewest te benaderen vanuit verschillende invalshoeken.

We zijn begonnen met een historische situatieschets; het concept van de taalwetgeving, het ontstaan van België als federale staat en de gevolgen van deze federale structuur voor de verschillende taalgemeenschappen en voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en zijn instellingen. De complexiteit van deze federale structuur vertaalt zich niet alleen in een soms onoverzichtelijk compromis voor het zorgaanbod in de hoofdstad, maar ook in een versnippering van bevoegdheden over verschillende administratieve en politieke instanties.

Deze versnippering leidt en leidde in het verleden reeds tot een belangrijk politiek pijnpunt : het gebrek aan (eind)verantwoordelijkheid van de verschillende instanties om iets aan de taalproblemen in het Brussels zorgaanbod te doen.

Dit gebrek aan verantwoordelijkheid vinden we ook terug in de juridische *context*.

In de eerste plaats op het niveau van **de taalwetgeving**. De taalwetten ontstonden in een periode — midden jaren zestig — waar de politieke en sociale realiteit lang niet meer overeenstemt met deze van vandaag. De maatschappij evolueerde en deze evolutie leidde tot belangrijke veranderingen in het hoofdstedelijke zorgaanbod en in de manier waarop de Brusselaars en de inwoners van de rand rond Brussel — Franstaligen, Nederlandstaligen en/of anderstaligen — dit zorgaanbod gingen gebruiken.

Het onderscheid dat de regelgever maakt tussen universitaire, privé- en openbare ziekenhuizen, wordt niet gemaakt door de gebruikers van deze ziekenhuizen. We hebben gezien dat alleen de openbare ziekenhuizen — en dan nog in beperkte mate — onderworpen zijn aan de taalwetgeving.

Maar een Brusselse patiënt maakt dit onderscheid niet. Hij weet niet altijd tot welk ziekenhuis hij zich richt, of het om een uni- dan wel een bicommunautair ziekenhuis gaat, of het tweetalig is of moet zijn. Een patiënt richt zich tot een zorgverstrekker — liefst in zijn taal — en wil verzorgd worden. Hij vraagt niet of deze zorgverstrekker een vast contract heeft, of het om een contractueel gaat of een losse medewerker. Hij checkt niet of deze zorgverstrekker zijn taal moet begrijpen en spreken. Hij wil geholpen worden.

Het lijkt een evidentie dat men anno 2003 in de hoofdstad van Europa in zijn eigen taal terecht kan, dat men er in de ziekenhuizen verzorgd en begrepen wordt in zijn moedertaal. Dit is voor veel Europeanen een evidentie; voor veel Vlamingen ook. Daarenboven is Brussel ook de hoofdstad van Vlaanderen. Vlamingen hebben decennia lang heel wat politieke inspanningen geleverd om — al was het maar op papier — een tweetalig beleid af te dwingen als compensatie voor de gelijkbehandeling van het Waals Gewest/Franstalige Gemeenschap op federaal niveau.

Dat men als Vlaming in zijn eigen taal verzorgd en begrepen wordt, berust echter niet alleen op een politiek compromis, maar ook en vooral op een grondrecht, met name het **recht op verzorging**. En deze verzorging moet kunnen in openbare, maar ook in privé- en universitaire ziekenhuizen : zodat men de beste keuze zou kunnen maken, maar ook omdat men niet altijd een keuzemogelijkheid heeft. We verwijzen hieromtrent naar de problemen bij de spoedgevallen, waar Nederlandstalige patiënten vaak niet in hun taal ontvangen en verzorgd worden. Maar er zijn ook andere gevallen waar de keuze van de patiënt beperkt is : bij doorverwijzingen, wanneer er geen plaats is in bepaalde diensten en ziekenhuizen, voor OCMW-patiënten, wanneer gespecialiseerde, vaak academische verzorging vereist is, etc...

Op die manier komen heel wat Nederlandstalige patiënten en hun familie in een Franstalig zorgcircuit terecht en worden ze niet langer in hun taal (verder)geholpen.

Dat dit ongestraft kan en blijft duren, wijst ook op een ander gebrek aan juridische verantwoordelijkheid, met name het gebrek aan middelen om de toepassing van de taalwetgeving af te dwingen. In hoofdstuk 4 hebben we gewezen op de verschillende controlemechanismen, maar ook op de versnippering hiervan, op de beperkte draagkracht van de adviezen van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht, op de afstandelijke houding van de vice-gouverneur en op de politieke machtspelletjes in het Verenigd College van de Gemeenschappelijke GemeenschapsCommissie. Het begint erop te gelijken dat alle controlemechanismen een toegift waren en zo geconcipieerd dat ze op voorhand al gedoemd waren te mislukken in hun opdrachten.

Of zoals Bart Sturtewagen schrijft over de miskennis van Nederlandstalige patiënten in de Brusselse ziekenhuizen : *‘Het gaat om een oud zeer, dat in dit beschaafd land, ondanks alle staatsbervormingen, commissies en werkgroepen, blijkbaar niet uit de wereld kan worden geholpen. Dat zegt veel over de beperkingen van de tot nu toe gebuldigde aanpak. Een politieke cultuur waarin ieder probleem automatisch wordt vertaald in termen van bevoegdheidsverkeveling en machtsverdeling, kan daarvoor geen oplossing brengen.’*<sup>102</sup>

Zolang hierin geen verandering komt, blijft de situatie perfide en iedere actie bij voorbaat gedoemd tot mislukking.

En acties zijn er geweest! Het was geenszins onze bedoeling een exhaustieve inventaris op te maken van alles wat Vlaamse politici en Brusselse parlementariërs doen en hebben gedaan om het Nederlandstalig zorgaanbod in de hoofdstad te verbeteren.

Wel was het in dit opzet belangrijk te wijzen op de verwezenlijkingen van een aantal acties. We denken hierbij aan de heisa omtrent het taalhoffelijkheidsakkoord, het stimuleren van wetenschappelijke en andere projecten en studies, het concept van Pro Medicis Brussel, van het virtueel zorgnetwerk en het Vlaams ziekenhuis. Ook hier zal het resultaat van deze acties sterk afhangen van de manier waarop de Brusselse én de federale politiek – met in het bijzonder de Franstalige beleidsvoerders – zullen reageren.

Maar dat er een politieke wil bestaat aan Vlaamse kant, is inmiddels bewezen. Deze wil wordt trouwens ook ondersteund door heel veel Nederlandstalige én tweetalige Brusselaars en inwoners uit de rand rond Brussel.

Enerzijds door de talrijke vooraanstaande getuigen die bereid waren en zijn om dieper in te gaan op deze problematiek en vanuit hun ervaring als huisarts, politicus, specialist, woordvoerder van een vereniging, decaan van een medische faculteit en/of rector ons betoog versterken.

Anderzijds door de vele getuigenissen van patiënten, dewelke getuigen wat zijzelf aanvoelen bij de huidige situatie en maar ook getuigen van de wil van vele Vlamingen en Nederlandstalige Brusselaars om eindelijk het tij te doen keren, zodat op termijn zorg in eigen taal – in se het Nederlands – een evidentie wordt. Zodat Vlamingen zich eindelijk thuis kunnen voelen in een hoofdstad, die hen tot op vandaag nog te vaak verwaarloost.

We hopen dan ook dat dit werkdocument als impuls mag dienen om de situatie van het zorgaanbod in het Brussels hoofdstedelijke gewest ten gronde te onderzoeken, dat het de rapporteur mag aanzetten dieper in te gaan op bepaalde aspecten van de problematiek en ze kan toetsen aan de werkelijkheid. De werkelijkheid zoals die wordt ervaren door de Nederlandstalige patiënten, maar ook door het Nederlandstalig verzorgend personeel en de Nederlandstalige huisartsen die vaak en veel problemen ondervinden met het overheersend Franstalig karakter in de Brusselse verzorgingsinstellingen.

Tenslotte hopen we dat hij op een aantal vragen waarop wij geen antwoord kregen – omdat een aantal belangrijke deuren tijdens dit vooronderzoek gesloten bleven en een aantal sleutelfiguren liever niet reageerden – wel een antwoord zal krijgen.

We wensen hem veel succes en nog meer oplossingen ... voor dit schrijnend probleem zodat patiënten uit beide taalgemeenschappen eindelijk een evenwaardige behandeling zouden kunnen krijgen.

## Bibliografie

BAETENS BEARSMORE (H.) Code-switching in a heterogeneous, unstable, multilingual speech community. In *Network on Code-switching and Language Contact – Papers for the Symposium on Code-switching in Bilingual Studies : theory, significance and perspectives*. (pp. 405-436). Strasbourg : European Science Foundation, 1991.

BARBER (B.) Communication between doctor and patient : what compliance research show. In Alatis, J.E. et Tucker, G.R., editeurs, *Language in public life*. (pp. 119-125). Washington: Georgetown University Press, 1979.

BOUCHARD (R.) & GILES (H.) *Attitudes towards language variation. Social and applied context*. London : Edward Arnold, 1982.

BOUVEROUX (J.). Het St.-Michielsakkoord. Standaard Uitgeverij, Antwerpen, 1993, 48p.

BRANS (M.), VAN HASSEL (H.) & RIMANQUE (K.). De Vlaamse Gemeenschap in Brussel. De toepassing van art. 65 en 66 van de Brusselwet. Acco, Leuven, 1992.

CIRCOUREL (A.V.) Doctor-patient discourse. In VAN DIJCK (T.A.) Ed., *Handbook of discourse analysis vol III. Discourse and Dialogue*. (pp. 193-202). London : Academic Press, 1985.

COCKX (S.). *Pro Medicis Brussel. Project ter bevordering van het tweetalig zorgaanbod in het Brussels hoofdstedelijk gewest. Stand van zaken op 1 november 2000*. Manuscript non publié, Brusselse Huisartsen vzw, 2000.

DE BRABANDERE (J.). De benoeming en de bevordering van gemeentepersoneel. Overzicht van de recente rechtspraak van de Raad van State (1975-1987). In : *Tijdschrift voor Bestuurswetenschappen en publiekrecht*, nr. 3, 1989, pp. 154-176.

DE CORTE (H.). *Nederlands-Frans taalprobleem in de ziekenhuizen van Brussel*. Manuscript non publié, Overlegplatform Vlaamse Gezondheidszorg, 1993.

DE SCHRIJVER (R.), DE WEVER (B.), DURNEZ (G.), GEVERS (L.), VAN HEES (P.) en DE METSENAERE (M.). *Nieuwe Encyclopedie van de Vlaamse Beweging*. Lannoo, Tielt, 1998.

DETANT (A.). *De toepassing van de taalwetgeving in de Brusselse gemeentelijke instellingen*, VUBPress, Brussel, 1995.

FIELDING (G.) & EVERED (C.). The influence of patients' speech upon doctors: the diagnostic interview. In St. Clair, R.N. et Giles, H., editeurs, *The social and psychological contexts of language* (pp. 51-72). Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates, 1980.

HELLER (M.S.) Negotiations of language choice in Montreal. In J.J. Gumperz, *Language and social identity*. (pp. 108-118). London : Cambridge University Press, 1982.

JANSSENS (R.). *Taalgebruik in Brussel. Taalverbindingen, taalverschuivingen en taalidentiteit in een meertalige stad*. Brusselse thema's nr. 8, Brussel, VUBPress, 2001.

LAURENT A. & PRIMIS A.. (1992). *Onderzoek naar de kwaliteit van het onthaal en de begeleiding van de gebruikers uit verschillende gemeenschappen in de bicommunautaire algemene ziekenhuizen van het Brussels Gewest*. Manuscrit non publié, Université Libre de Bruxelles – Katholieke Universiteit Leuven.

LEJEUNE (Y.) en PAS (W.). Le fonctionnement des institutions. De werking van de instellingen. In : WITTE (E.), ALEN (A.), DUMONT (H.) en ERGEC (R.) *Het statuut van Brussel. Bruxelles et son statut*. Brussel, Larcier, 1999, p. 474.

MABILLE (X.). *Histoire politique de la Belgique. Facteurs et acteurs de changement*. Bruxelles, CRISP, 1997, 475p.

Mc RAE (K.) *Conflict and Compromise in Multilingual Societies. Vol. 1. Switzerland, Vol. 2. Belgium et Vol. 3. Finland*. Waterloo : Wilfrid Laurier University Press, 1983.

MASSCHELEIN (R.) Het bestaande zorgaanbod. In : *Het Nederlandstalig zorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Verslag Colloquim*. (pp. 11-18). Manuscrit non publié, Katholieke Universiteit Brussel – Vlaams Komitee Brussel., 1998

Mens en Ruimte. *Taaltoestand in de Brusselse ziekenhuizen*. Manuscrit non publié, Vlaams Aktiekomitee voor Volksgezondheid, 1967.

RUYS (B.). *De Vaste Commissie voor Taaltoezicht. Een studie over de controle op de toepassing van de Belgische taalwetgeving*. Die Keure, Brugge, 1980, p. 10 e.v.

SHUY (R.W.) The medical interview. Problems in communication. In : *Primary Care*, 3, 1976, 365-386.

STAMATIKIS (L.), DAMINET (B.), TASIAUX (M.), TOUSSAINT (B.), GILLET (J.B.) en SERVAIS (J.M.). Expérience SMUR en Belgique. Analyse des données de l'année 1993. In : *L'aide Médicale Urgente/Dringende Medische Hulpverlening*, Hopital Belge/Belgisch ziekenhuis, nr. 220, 1995, pp. 24-33.

TAYMANS, (M.) *Invloedszone van de Brusselse ziekenhuizen*. (Dossier BRES N° 1). Brussel : Irisuitgaven, 1991.

TOIRMOL (F.). *Taalwetgeving en contractuele tewerkstelling*. In : *Tijdschrift voor gemeenterecht*, nr. 3, 1997, pp. 264-274.

TOIRMOL (F.). *Toepassing van de taalwetgeving : Brussel-Hoofdstad en randgemeenten*. In : *Tijdschrift voor Gemeenterecht*, nr. 5, 1993, pp. 310-320.

VAN GIJSEL, (J.-P.) (s.d.). *De aanwezigheid van de artsen in Brussel*. Manuscrit non publié, College van de Vlaamse Gemeenschapscommissie.

VAN SANTEN (T.). *Taalwetgeving in Bestuurszaken*. Opleidingsinstituut van de Federale Overheid, Brussel, 1998, 121 p.

VANHENGEL (G.). *Beleidsbrief Hoofdstedelijke Aangelegenheden 2003*, 2002.

VANSTEENKISTE (S.) en TAEYMANS (M.). *Sociaal Beleid en Federalisme*. Larcier, Brussel, 1999, pp. 111-118.

VERREPT (H.). *Evaluatie van het project 'interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg'*. Eindrapport. Medisch-sociale Wetenschappen VUB, Brussel, 1995, 259p.

VERKOUTER (M.). *Kwaliteit van de communicatie in de contacten van de patiënten en van de huisartsen met de Brusselse verzorgingsinstellingen*. Eindrapport. Juni 2000, 214p + bijlagen

VERKOUTER (M.). *De ziekenhuizen, de taalwetgeving en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest : vergelijking van het aanbod met de behoeften van Nederlandstalige huisartsen en hun patiënten*. In : WITTE (E.) en MARES (A.). 19 keer Brussel. Brusselse thema's 7, VUBPress, Brussel, 2001, p. 449-494.

Vlaams Geneesheren Verbond. (1972). *Taaltoestanden in de geneeskundige sektor te Brussel*. Manuscrit non publié, Vlaams Aktiecomitee voor Volksgezondheid.

WITTE (E.), CRAEYBECKX (J.) en MEYNEN (A.). *Politieke geschiedenis van België. Van 1830 tot heden*. Brussel, VUBPress, 1990, p 58 e.v.

WITTE (E.), DE METSENAERE (M.), DETANT (A.), TYSENS (J.) en MARES (A.) *Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de taalwetgeving*. Brussel, VUBPress, 1998.

WITTE (E.), ALEN (A.), DUMONT (H.) en ERGEC (R.) *Het statuut van Brussel. Bruxelles et son statut*. Brussel, Larcier, 1999, p. 354

WITTE (E.) en TYSENS (J.). *De tuin van Akademos. Studies naar aanleiding van de 25<sup>ste</sup> verjaardag van de Vrije Universiteit Brussel*, VUBPress, Brussel, 1995, pp. 323-347.

- 
- <sup>1</sup> De ondertekenaars van de petitie zijn : Jan Beghin, Sven Gatz, Jean-Pierre Maeyens, Herman Mosselmans en Michiel Vandebussche (de indieners) en Vic Laureys, Dirk Brankaer, Georges Vanderlinden, Anne Sobrie, Luc Debraekeleer, Maria Toelen, Karel De Ridder, Marie-Paul Quix, Jan Gypers en Werner Daem (de overige ondertekenaars).
- <sup>2</sup> DE CORTE (H.). Nederlands-Frans taalprobleem in de ziekenhuizen van Brussel. Brussel, Overlegplatform Vlaamse Gezondheidszorg, 1993, pp. 4-9.
- <sup>3</sup> Met bijzondere dank aan Els Witte en Tom De Pelsmaeker voor het nalezen en verbeteren van dit hoofdstuk
- <sup>4</sup> LEJEUNE (Y.) en PAS (W.). Le fonctionnement des institutions. De werking van de instellingen. In : WITTE (E.), ALEN (A.), DUMONT (H.) en ERGEC (R.) *Het statuut van Brussel. Bruxelles et son statut*. Brussel, Larcier, 1999, p. 474.
- <sup>5</sup> Met bijzondere dank aan dr. Robrecht Vermeulen die grotendeels deze paragraaf voor zijn rekening heeft genomen
- <sup>6</sup> JANSSENS (R.). Taalgebruik in Brussel. Taalverhoudingen, taalverschuivingen en taalidentiteit in een meertalige stad. Brusselse thema's nr. 8, Brussel, VUBPress, 2001, p.13.
- <sup>7</sup> WITTE (E.), CRAEYBECKX (J.) en MEYNEN (A.). *Politieke geschiedenis van België. Van 1830 tot heden*. Brussel, VUBPress, 1990, p 58 e.v.
- <sup>8</sup> WITTE (E.), CRAEYBECKX (J.) en MEYNEN (A.).o.c., 417p en MABILLE (X.). *Histoire politique de la Belgique. Facteurs et acteurs de changement*. Bruxelles, CRISP, 1997, 475p.
- <sup>9</sup> BOUVEROUX (J.). Het St.-Michielsakkoord. Standaard Uitgeverij, Antwerpen, 1993, 48p.
- <sup>10</sup> De 19 gemeenten zijn : Anderlecht, Brussel-stad, Elsene, Etterbeek, Ganshoren, Koekelberg, Jette, Laken, Oudergem, Schaarbeek, Sint-Agatha-Berchem, Sint-Gillis, Sint-Jans-Molenbeek, Sint-Joost-ten-Node, Sint-Lambrechts-Woluwe, Sint-Pieters-Woluwe, Ukkel, Vorst en Watermaal-Bosvoorde.
- <sup>11</sup> Het Sint-Michielsakkoord onderscheidde een tiental bevoegdheidsgebieden waarvoor de Gewesten bevoegd zijn : ruimtelijke ordening, leefmilieu, landinrichting en natuurbehoud, huisvesting, waterbeleid, economie, energiebeleid, tewerkstellingsbeleid, openbare werken en verkeer, wetenschapsbeleid en de ondergeschikte besturen (toezicht op en financiering van gemeenten, intercommunales en provincies)
- <sup>12</sup> LEJEUNE (Y.) en PAS (W.). o.c.
- <sup>13</sup> De erkenning van de dienst alsook de juridische en financiële maatstaven blijven echter federaal.
- <sup>14</sup> BRANS (M.), VAN HASSEL (H.) en RIMANQUE (K.). De Vlaamse Gemeenschap in Brussel. De toepassing van art. 65 en 66 van de Brusselwet. Acco, Leuven, 1992, pp. 113-121.
- <sup>15</sup> VANSTEENKISTE (S.). Coherenties en incoherenties in de persoonsgebonden aangelegenheden. In : VANSTEENKISTE (S.) en TAEYMANS (M.). *Sociaal Beleid en Federalisme*. Larcier, Brussel, 1999, pp. 111-118.
- <sup>16</sup> Met de 'Rand'gemeenten bedoelen we de gemeenten die zich rond het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bevinden : Braine-l'Alleud, Waterloo, Sint-Genesius-Rode, Linkebeek, Beersel, Halle, Sint-Pieters-Leeuw, Drogenbos, Dilbeek, Wemmel, Grimbergen, Vilvoorde, Machelen, Zaventem, Kraainem, Wezembeek-Oppem en Tervuren.
- <sup>17</sup> VERREPT (H.). Evaluatie van het project 'interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg'. Eindrapport. Medisch-sociale Wetenschappen VUB, Brussel, 1995, 259p.
- <sup>18</sup> Interview met Minister Guy Vanhengel, 16 juli 2003
- <sup>19</sup> MASSCHELEIN (R.). Het Bestaande zorgaanbod. In : *Het Nederlandstalig zorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest*, verslagboek van het colloquium van 9 mei 1998, Vlaams Komitee Brussel - Katholieke Universiteit Brussel, Brussel, 1998, p. 13.
- <sup>20</sup> Interview met Minister Vanhengel, An Lukoviak en Luc Notredame, 16 juli 2003
- <sup>21</sup> VERKOUTER (M.). Kwaliteit van de communicatie in de contacten van de patiënten en van de huisartsen met de Brusselse verzorgingsinstellingen. Eindrapport. Juni 2000, 214p + bijlagen
- <sup>22</sup> VAN SANTEN (T.). *Taalwetgeving in Bestuurszaken*. Opleidingsinstituut van de Federale Overheid, Brussel, 1998, 121 p.
- <sup>23</sup> Zie Koninklijk Besluit van 18 juli 1966 in bijlage
- <sup>24</sup> VAN SANTEN (T.). o.c., p. 31.

- 
- <sup>25</sup> Ibidem, p. 35
- <sup>26</sup> Interview met Rufin Grijp en Jacqueline Van Engelen, 6 augustus 2003
- <sup>27</sup> Interview met Dirk Tielens, 26 mei 2003
- <sup>28</sup> TYSENS (J.). Conflicten rond het taalkader van de Brusselse brandweer. In : WITTE (E.), DE METSENAERE (M.), DETANT (A.), TYSENS (J.) en MARES (A.) *Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de taalwetgeving*. Brussel, VUBPress, 1998, pp. 59-74.
- <sup>29</sup> Ibidem
- <sup>30</sup> Interview met Vic Anciaux, 18 juni 2003
- <sup>31</sup> Met veel dank aan Dirk van der Ougstraete voor de vrijgegeven informatie, de terechte opmerkingen en de lectuur van eerdere versies van deze paragraaf
- <sup>32</sup> Interview met Kommandant Labruyère, maart 2000
- <sup>33</sup> Voorstel tot resolutie van de heer Guy Vanhengel in de Brusselse Hoofdstedelijke Raad. Zitting 1997-1998, 28 mei 1998, losse nota's.
- <sup>34</sup> Zij bijlage
- <sup>35</sup> STAMATIKIS (L.), DAMINET (B.), TASIAUX (M.), TOUSSAINT (B.), GILLET (J.B.) en SERVAIS (J.M.). Expérience SMUR en Belgique. Analyse des données de l'année 1993. IN : *L'aide Médicale Urgente/Dringende Medische Hulpverlening*, Hopital Belge/Belgisch ziekenhuis, nr. 220, 1995, pp. 24-33.
- <sup>36</sup> Gesprek met Dhr. Docks, documentalist bij de B.H.D.M.H. op 5 juni 2000
- <sup>37</sup> Brief van A. Van Cauwelaert - De Wyels, voorzitter van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht, aan de heer directeur van de cliniques universitaires Saint Luc, dd. 7 januari 1999 en aan de heer directeur van Erasmusziekenhuis – CUB, dd. 7 januari 1999.
- <sup>38</sup> Tijdschrift Nationale Raad, nr. 26, 1977, p. 16
- <sup>39</sup> Tijdschrift Nationale Raad, nr. 95, 15 december 2001, p. 13
- <sup>40</sup> Tavernier wil met twee extra teams en betere geografische spreiding Mug-werking verbeteren. 'Die van de mug spraken geen Nederlands, en ik kende het Frans voor hersenbloeding niet'. In : *De Morgen*, 3 december 2002; Mug operationeel op 1 augustus. In : *De Morgen*, 20 februari 2001; Brusselse Mug moet tweetalig zijn. In : *Intramuros*, nr. 30, december 1999
- <sup>41</sup> VANDERNOOT (P.). La législation linguistique applicable à Bruxelles. In : WITTE (E.), ALEN (A.), DUMONT (H.) en ERGEC (R.) *Het statuut van Brussel. Bruxelles et son statut*. Brussel, Larcier, 1999, p. 354
- <sup>42</sup> DETANT (A.). *De toepassing van de taalwetgeving in de Brusselse gemeentelijke instellingen*, VUBPress, Brussel, 1995, p. 56
- <sup>43</sup> Artikel 34 van de wet van 16 juni 1989
- <sup>44</sup> VAN SANTEN (Th.). *Taalwetgeving in bestuurszaken*. Opleidingsinstituut van de Federale Overheid, Brussel, 1998, p.95.
- <sup>45</sup> Advies 21.175/II/PN van 20 september 1990, Advies 22.123/II/PN van 13 december 1990, Advies 22.222/II/PN 20 december 1990, Advies 21.175 van 18 september 1991, Advies 24.037 van 23 september 1992 en 8 september 1993, Advies 26.085 van 30 juni 1994, Advies 23.160 van 18 mei 1995, Advies 27.193 van 5 mei 1996, Advies 28.125 van 20 februari 1997 en Advies 29.115 van 10 juli 1997
- <sup>46</sup> Advies 21.056/II/PN van 26 oktober 1989, Advies 22.030 van 12 februari 1992, Advies 21.183 van 18 november 1994, Advies 27.240 van 4 juli 1996; Advies 28.125 van 20 februari 1997, Advies 29.286 van 11 december 1997, Advies 29.284 van 11 juni 1998 en Advies 29.336 van 22 oktober 1998.
- <sup>47</sup> Voor het taalhoffelijkheidsakkoord was alleen het vastbenoemd personeel verplicht een bewijs van tweetaligheid te leveren; contractuelen en tijdelijke personeelsleden waren dit niet.
- <sup>48</sup> Advies 22.004 van 30 mei 1991
- <sup>49</sup> in de zin van artikel 50 van de voornoemde wetten
- <sup>50</sup> Advies 22.004 van 30 mei 1991
- <sup>51</sup> RUYSS (B.). *De Vaste Commissie voor Taaltoezicht. Een studie over de controle op de toepassing van de Belgische taalwetgeving*. Die Keure, Brugge, 1980, p. 10 e.v.
- <sup>52</sup> TOIRMOL (F.). *Taalwetgeving en contractuele tewerkstelling*. In : *Tijdschrift voor gemeenterecht*, nr. 3, 1997, pp. 264-274.
- <sup>53</sup> VANDERNOOT (P.). o.c., p. 391

- 
- <sup>54</sup> TOIRMOL (F.). Toepassing van de taalwetgeving : Brussel-Hoofdstad en rand-gemeenten. In : *Tijdschrift voor Gemeenterecht*, nr. 5, 1993, pp. 310-320.
- <sup>55</sup> VERKOUTER (M.) in gesprek met Dhr. François Toirmol, kabinet van de vice-gouverneur van Brussel, februari 1999
- <sup>56</sup> Interview met Deheer François Toirmol, 14 juli 2003
- <sup>57</sup> DETANT (A.). Kunnen taalvrijheid en officiële tweetaligheid verzoend worden? De toepassing van de taalwetgeving in het Brussels Hoofdstedelijke Gewest en de 19 gemeenten. o.c., p. 422.
- <sup>58</sup> Interview met Minister Guy Vanhengel, 16 juli 2003
- <sup>59</sup> DE BRABANDERE (J.). De benoeming en de bevordering van gemeentepersoneel. Overzicht van de recente rechtspraak van de Raad van State (1975-1987). In : *Tijdschrift voor Bestuurswetenschappen en publiekrecht*, nr. 3, 1989, pp. 154-176.
- <sup>60</sup> Arrest nr. 24.982 van 18 januari 1985
- <sup>61</sup> Arresten nr. 21.222 t.e.m. 21.225 van 5 juni 1981
- <sup>62</sup> 25 jaar AZ-VUB. Brusselse gezondheidszorg nog altijd in hetzelfde bedje ziek. In : *De Randkrant*, juni 2002, pp. 4 –5.
- <sup>63</sup> Doktersgild Van Helmont – Brussel. Viering 50 jarig bestaan. 4 oktober 1986,
- <sup>64</sup> D’Hooghe (L.). 10 jaar Vlaamse Wachtdienst Brussel. , Jubileumboek. Brussel, 1989, 47p.
- <sup>65</sup> Brussel : waar Vlamingen ziek zijn. In : *Artsenkrant*, nr. 262, 20 september 1985.
- <sup>66</sup> DE CORTE (H.). *Nederlands-Frans taalprobleem in de ziekenhuizen van Brussel*. Overlegplatform Vlaamse Gezondheidszorg, 1993, 133p.
- <sup>67</sup> Anciaux lanceert offensief over naleving taalwetten. In : *De Morgen*, 2 augustus 2000
- <sup>68</sup> VANHENGEL (G.). Beleidsbrief Hoofdstedelijke Aangelegenheden 2003, 2002.
- <sup>69</sup> Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. 20 december 1999 – doc 50 0329/001 en Brusselse Hoofdstedelijke Raad. Gewone zitting 1997-1998. 24 juni 1998 – A 266/1.
- <sup>70</sup> Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. 11 mei 2000 – doc 50 0648/001.
- <sup>71</sup> Lambermont en Lombard. Wat zit er bijkomend in de bus voor Vlaams-Brussel? Persconferentie SPIAGA 20-07-2001. Losse nota’s, 6 p.
- <sup>72</sup> Met bijzondere dank aan Tom De Pelsmaeker, adjunct van de directeur – Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap/Coördinatie Brussel voor het herwerken van eerdere versies van deze paragraaf
- <sup>73</sup> DETANT (A.). Kunnen taalvrijheid en officiële tweetaligheid verzoend worden? De toepassing van de taalwetgeving in het Brussels Hoofdstedelijke Gewest en de 19 gemeenten. o.c., p. 431.
- <sup>74</sup> Federale taalwet aanpassen aan Brussels taalhoffelijkheidssakkoord. In : *De Financieel Economische Tijd*, 11 april 2003.
- <sup>75</sup> Met bijzondere dank aan Sven Cockx voor de redactie van deze paragraaf
- <sup>76</sup> GIJSSELS (J.). De taal van een Brusselse zieke. In : *De Standaard*, 14 augustus 2000.
- <sup>77</sup> Studiegroep Mens en Ruimte, *Enquête taaltoestand in de Brusselse ziekenhuizen*. In opdracht van het Vlaams Aktiekomitee voor Volksgezondheid, 1967, s.l., 109 + bijlagen.
- <sup>78</sup> VAN BEVER (J.). Vlaams Aktiekomitee voor Volksgezondheid. In : DE SCRIJVER (R.), DE WEVER (B.), DURNEZ (G.), GEVERS (L.), VAN HEES (P.) en DE METSENAERE (M.). *Nieuwe Encyclopedie van de Vlaamse Beweging*. Lannoo, Tiel, 1998, pp. 3309-3310.
- <sup>79</sup> Ibidem, pp. 106-109.
- <sup>80</sup> Vlaams Geneesheren Verbond (ed.). *Taaltoestanden in de geneeskundige sektor te Brussel*. Brussel, 1972.
- <sup>81</sup> Tot deze instellingen behoorden de ziekenhuizen, het Ministerie van Volksgezondheid, het Ministerie van Sociale Voorzorg, het Militair Hospitaal en de medische militaire instellingen te Brussel. Verder werd een inventaris opgemaakt voor wat de sportsector betrof alsook voor een aantal openbare en privé-instellingen (de post, de A.S.L.K., het Instituut Pasteur, het Ministerie van Financiën, het Fonds voor Arbeidsongevallen en enkele farmaceutische firma’s).
- <sup>82</sup> Ibidem, p. IX, 5.
- <sup>83</sup> BEERTEN (N.), VANHELDEN (L.) en VANTEMSCHE (G.). Historiek en betekenis van het Academisch Ziekenhuis van de V.U.B. In : WITTE (E.) en TYSENS (J.). *De tuin van*

---

*Akados. Studies naar aanleiding van de 25<sup>ste</sup> verjaardag van de Vrije Universiteit Brussel*, VUBPress, Brussel, 1995, pp. 323-347.

<sup>84</sup> De vereniging “Brussel Economisch en Sociaal” werd opgericht op vraag van de heren Charles Picqué en Jos Chabert, beiden minister van de Brusselse Hoofdstedelijke Executieve en belast met de regionale statistiek. De opdracht was statistisch materiaal te verzamelen over een aantal gewestelijke beleidsdomeinen en de belangrijkste doelstelling was het onderzoek tussen de universitaire onderzoekscentra van de ULB, KUB, VUB, FUSL en ICHEC te coördineren.

<sup>85</sup> TAYMANS (M.). Invloedszone van de Brusselse ziekenhuizen. Brussel Economisch en Sociaal, dossiers 91, IRIS-uitgaven, nr. 1, 1991, 53p.

<sup>86</sup> *ibidem*, p. 26.

<sup>87</sup> VAN GYSEL (J.P.). *De aanwezigheid van de artsen in Brussel*. In opdracht van de heer Rufin Grijp, Brussel, s.d., 125p.

<sup>88</sup> Dit onderzoek werd echter fel bekritiseerd omdat de taal van de documenten van de leden aangesloten bij deze mutualiteit zeer frekvent niet de voertaal van de patiënten in kwestie was en als dusdanig de statistieken vervalsten.

<sup>89</sup> *Ibidem*, pp. 108-115.

<sup>90</sup> *Ibidem*, p. 124.

<sup>91</sup> LAURENT (A.) en PRIMIS (A.). *Onderzoek naar de kwaliteit van het onthaal en de begeleiding van de gebruikers uit verschillende gemeenschappen in de bi-communautaire algemene ziekenhuizen van het Brussels Gewest*. ULB-KUL, 1992, 189p.

<sup>92</sup> De vier gemeenschappen waren : de Belgische Franstaligen, de Belgische Nederlandstaligen, de inwoners van de toen nog elf andere lidstaten van de Europese Gemeenschap en personen afkomstig uit de Magreblanden. Deze bevraging gebeurde mondeling op basis van een vragenlijst. Het oorspronkelijk streefcijfer van 2000 respondenten was bedoeld om telkens 500 gehospitaliseerde patiënten per gemeenschap te ondervragen. Uiteindelijk werkten slechts 621 patiënten mee. Het te groot aantal Franstalige patiënten en het te klein aantal ondervraagde van de andere gemeenschappen hadden belangrijke gevolgen voor de interpretatie van de resultaten, maar ook voor de vergelijkingen tussen de verschillende gemeenschappen.

<sup>93</sup> leeftijd, geslacht, burgerlijke stand, kinderen, levensbeschouwing, opleidingsniveau, bijkomende hospitalisatieverzekering, economisch statuut, beroepscategorie en kamertype

<sup>94</sup> *Ibidem*, p. 78

<sup>95</sup> *Ibidem*, p. 94

<sup>96</sup> *Ibidem*, p. 172.

<sup>97</sup> DE CORTE (H.). *Nederlands-Frans taalprobleem in de ziekenhuizen van Brussel*. Overlegplatform Vlaamse Gezondheidszorg, 1993, 133p.

<sup>98</sup> *Het Nederlandstalig zorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest*, verslagboek van het colloquim van 9 mei 1998, Vlaams Komitee Brussel - Katholieke Universiteit Brussel, Brussel, 1998, 118p.

<sup>99</sup> *Ibidem*, pp. 109-110.

<sup>100</sup> In alfabetische volgorde...

<sup>101</sup> VERKOUTER (M.). De ziekenhuizen, de taalwetgeving en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest : vergelijking van het aanbod met de behoeften van Nederlandstalige huisartsen en hun patiënten. In : WITTE (E.) en MARES (A.). 19 keer Brussel. Brusselse thema's 7, VUBPress, Brussel, 2001, p. 449-494.

<sup>102</sup> STURTEWAGEN (B.). Testcase. In : De Standaard, september 2002, p. 6