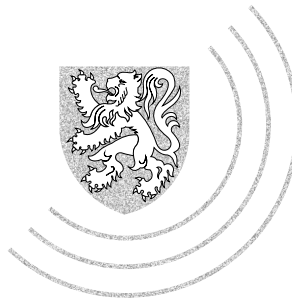


V L A A M S P A R L E M E N T



stuk **459** (2009-2010) – Nr. 1
ingediend op 24 maart 2010 (2009-2010)

Hoorzitting

over de welzijns- en gezondheidszorg in Brussel

Verslag

namens de Commissie voor Brussel en de Vlaamse Rand
uitgebracht door mevrouw Ann Brusseel

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: de heer Mark Demesmaeker.

Vaste leden:

mevrouw Karin Brouwers, de heren Tom Dehaene, Paul Delva, Eric Van Rompuy;
de heer Erik Arckens, mevrouw An Michiels, de heer Joris Van Hauthem;
de dames Ann Brusseel, Gwenny De Vroe;
de dames Mia De Vits, Yamila Idrissi;
de heren Mark Demesmaeker, Willy Segers;
de heer Boudewijn Bouckaert;
de heer Luckas Van Der Taelen.

Plaatsvervangers:

de heren Ludwig Caluwé, Jan Laurys, Johan Sauwens, Koen Van den Heuvel;
de dames Agnes Bruyninckx-Vandenhoudt, Gerda Van Steenberge, Linda Vissers;
mevrouw Irina De Knop, de heer Sven Gatz;
de heren Marcel Logist, Frank Vandenbroucke;
de heer Lieven Dehandschutter, mevrouw Tine Eerlingen;
de heer Peter Reekmans;
de heer Hermes Sanctorum.

Toegevoegde leden:

de heer Christian Van Eyken.

INHOUD

1. Brussels Overleg Thuiszorg	4
2. Brussels Gezondheidsoverleg (Brussels LOGO)	6
3. Kenniscentrum Woonzorg Brussel vzw	9
4. Universitair Ziekenhuis Brussel	14
5. Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad	18
6. Huis voor Gezondheid	22

De Commissie voor Brussel en de Vlaamse Rand hield op 10 maart 2010 een hoorzitting over de welzijns- en gezondheidszorg in Brussel. De volgende organisaties waren uitgenodigd: Brussels Overleg Thuiszorg (BOT), Brussels Gezondheidsoverleg (Brussels LOGO), Kenniscentrum Woonzorg Brussel vzw, Universitair Ziekenhuis Brussel (UZB), Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad (BWR) en Huis voor Gezondheid (HvG).

1. Brussels Overleg Thuiszorg

Mevrouw Ine Francen en mevrouw Birgit Devaster, stafmedewerkers BOT: BOT is erkend door de Vlaamse overheid, tussen 1995 en 2009 als samenwerkingsinitiatief in de thuiszorg (SIT), en sinds 1 januari 2010 als samenwerkingsinitiatief eerstelijnszorg (SEL). Sinds 2001 erkent ook de federale overheid BOT, en wel als geïntegreerde dienst voor thuiszorg (GDT). Aanvankelijk was BOT als vzw ingebed in de grotere vzw Brusselse Welzijnsraad. Sinds 1 januari is het een volledig autonome vzw.

Informatie, samenwerking en advies zijn de drie pijlers van de opdracht. De informatie is gericht aan zorgverleners en organisaties, maar bevat ook de bekendmaking van het aanbod aan de zorgvragers. Daartoe bestaat een website, die in 2010 verder wordt uitgewerkt. BOT werkt ook mee aan de databank Zorgzoeker, die gegevens bevat over de zorgverlening in Brussel en de Vlaamse Rand. In 2010 vertrekt verder een digitale nieuwsbrief en wordt de brochure Blik op de Thuiszorg heruitgegeven. Daarin vindt men zowel informatie over de leden van BOT als het ruimere thuiszorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

BOT bevordert indirect de informatie-uitwisseling tussen zorgverleners door ze met elkaar in contact te brengen, en direct met de heropstart van de voormalige thuisgezondheidszorgkernen, nu zorgknooppuntenoverleg genoemd. Daarin worden mensen samengebracht rond een bepaald thema. Doel is dat de lokale zorgverleners elkaar beter leren kennen. Naast de bevordering van samenwerking op het niveau van de organisaties, probeert BOT hetzelfde te doen voor de patiënten, meer bepaald door de promotie van zorgplannen. In die samenwerkingsovereenkomsten per patiënt staan de taakafspraken van de verschillende hulpverleners. Goede afstemming is immers noodzakelijk voor de continuïteit van zorg op maat.

Wat de adviesverlening betreft, geeft BOT signalen door, zowel tussen zorgverleners onderling als tussen het werkveld en het beleid. Momenteel telt BOT 83 leden, onder wie de huisartsenkring, verpleegkundigen, diensten gezinszorg, lokale en regionale dienstencentra, rusthuizen, ziekenhuizen, welzijnsorganisaties en ziekenfondsen met een ingebouwd centrum algemeen welzijn.

De ploeg van BOT is relatief nieuw en kan daardoor met een zekere afstand naar de sector kijken. Dit kan het evenwel bemoeilijken om achteraf eventuele vragen te beantwoorden. De BOT-medewerkers geven echter aan dat dit zeker geen reden moet zijn om vragen niet te stellen daar zij graag achteraf hieromtrent overleggen met hun achterban om alsnog een antwoord te formuleren. Als overlegorgaan wil BOT graag de nood aan afstemming, samenwerking en communicatie benadrukken, en dat op verschillende vlakken: tussen Vlaamse Gemeenschap en Brussels Gewest, over de sectoren heen, met andere Vlaamse steden en zeker in de communicatie over een individuele patiënt.

Wat betreft de samenwerking tussen de Vlaamse Gemeenschap en het Brussels Gewest geven de medewerkers van het BOT het volgende aan. Zoals iedereen wel weet, is Brussel een geval apart, waaraan de Vlaamse regelgeving niet altijd aangepast is. Volgens ons is een apart onderdeel voor Brussel nodig. Tweetaligheid is een van de elementen. Zo zijn mogelijks niet alle zorgverstrekkers van een patiënt Nederlandskundig, wat multidisciplinair overleg bemoeilijkt. Tweetalige documenten doen ons al een heel eind opschieten.

De samenwerking met OCMW's verloopt moeizaam voor de Nederlandstalige organisatie BOT. Ze sluiten immers eerder aan bij de bicommunautaire GDT Conectar. Daarom heeft ook BOT zich daarbij aangesloten. Daarnaast wordt toegang gezocht via de OCMW-rusthuizen. In elk geval is dit een blijvend knelpunt. Tevens stellen we ons de vraag hoe we om kunnen gaan met zaken die zich op de rand bevinden tussen gemeenschapsmaterie en gewestelijke materie. Valt bijvoorbeeld het sociaal vervoer onder Welzijn of onder Mobiliteit? Als het net zoals woningaanpassing onder Welzijn wordt gebracht, heeft ook de Vlaamse Gemeenschap inspraak.

Wat de samenwerking tussen sectoren betreft, attenderen wij op de mobiliteitsproblemen van verzorgend personeel. Hun parkeerkosten zijn hoog, want ze krijgen in tegenstelling tot verpleegkundigen geen parkeerkaart. Voor zorg- en hulpverleners is het sowieso moeilijk een parkeerplaats te vinden in Brussel. ParkingPlus is een project van Conectar dat een mogelijke oplossing biedt. Men vindt alle informatie op www.parkingplus.be.

Voor de samenwerking met andere Vlaamse steden, schuift BOT het Jaar van de woningaanpassing als mogelijkheid naar voren. Het overlegt op dit moment met de Brusselse lokale en regionale dienstencentra en met het Kenniscentrum Woonzorg Brussel, maar dit zou door Vlaanderen op een hoger niveau kunnen getild worden. Het onderwerp is ook voor andere steden relevant.

Wat de communicatie betreft, is de RAI-schaal (RAI: Resident Assessment Instrument) wenselijk maar niet eenvoudig. De onderdelen moeten ingevuld worden door verschillende hulpverleners. Wij hopen dat de elektronische versie dit kan vergemakkelijken, maar zij moet dan wel compatibel zijn met andere, bestaande programma's, zoals de elektronische dossiers van zorgverleners. Ook de kostprijs van informaticatoepassingen is een argument voor compatibiliteit. Als Brussels overleg orgaan onderschrijven wij het belang van een goede communicatie als basisvoorwaarde voor een goede afstemming en samenwerking. Initiatieven van overleg en communicatie, zoals dit van vandaag, kunnen wij dan ook alleen maar toejuichen. Wij halen hierbij graag nog aan dat wij hopen dat we er allen op kunnen toezien dat het belang van de cliënt/ patiënt daarbij steeds centraal blijft.

Vragen van de leden

De heer Paul Delva: Hoeveel mensen worden vandaag bereikt met het aanbod van thuiszorg? Hoeveel zorgvragers vallen uit de boot?

Mevrouw Birgit Devaster: Ik kan daar momenteel geen antwoord op geven. Het is wel een feit dat bepaalde doelgroepen, zoals etnisch-culturele minderheden, moeilijker te bereiken zijn. Er zijn verschillende projecten aan de gang om hen te helpen bij het vinden van de weg, zoals dat van het Overlegplatform Allochtone Ouderen (OVALLO). Dit aantal zal nog worden nagekeken.

Mevrouw Yamila Idrissi: Welke oplossing ziet BOT voor mensen die komen aankloppen, maar noch Nederlands noch Frans spreken?

Mevrouw Ine Francen: Die groepen kloppen niet rechtstreeks bij BOT aan. Het kan wel dat een koepel hen vertegenwoordigt en bij ons komt aankloppen. In het project 'Bruggenbouwers' van OVALLO, waarmee wij hebben samengewerkt, werden twee bruggenbouwers aangesteld om ambassadeurs te zoeken binnen gemeenschappen. Die mensen worden dan maandelijks samengebracht om te praten over een thema.

Concreet voor de thuiszorg werden vier groepen samengesteld met dergelijke ambassadeurs. BOT heeft hun wegwijs gemaakt in de thuiszorg. Wij hopen dat zij het woord vervolgens uitdragen in hun gemeenschap en mensen de weg tonen. Opvolging is zeker nodig, want er zijn nog andere groepen die uit de boot vallen, zoals mensen zonder papieren.

Daar hebben wij op dit moment nog geen antwoord voor. Er zijn andere organisaties die hier meer expertise in hebben zoals Medimmigrant.

Mevrouw Yamila Idrissi: Hanteert u het systeem van interculturele bemiddelaars?

Mevrouw Birgit Devaster: Ik vermoed dat de Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad daar meer over weet, meer bepaald de projectleider van OVALLO.

De heer Willy Segers: Wat is uw ervaring met de naleving van de taalwetgeving in Brussel? Hoe gaat u om met problemen?

Mevrouw Birgit Devaster: Problemen zijn er zeker. Zo is er grote vraag naar een Franstalige versie van het zorgplan. Ook wanneer het gaat om een Nederlandskundige patiënt zijn niet alle hulpverleners steeds Nederlandkundig. De vertaling voortdurend mondeling moeten herhalen, vertraagt het proces. Daarom werd al herhaalde malen gevraagd of van het efficiëntere, elektronische plan ook een Franstalige versie beschikbaar zal zijn.

Mevrouw Ine Francen: Als men dat toestaat, kan men meteen ook kijken naar de compatibiliteit met bestaande Franstalige programma's. Dergelijk overleg is beter dan vanaf nul te herbeginnen.

De heer Willy Segers: Maar dat overleg is er nog niet?

Mevrouw Ine Francen: BOT overlegt met de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) over het elektronische zorgplan en Conectar wil daar mee instappen.

Mevrouw Mia De Vits: Op welke schaal brengt BOT het aanbod samen, per gemeente of voor het hele gewest?

Mevrouw Birgit Devaster: Wij werken op twee vlakken. Enerzijds kijken wij naar het grote geheel, anderzijds speelt het zorgknooppuntenoverleg zich op lokaal niveau af. Daar werken wij met de indeling van het Lokaal Algemeen Welzijnswerk (LAW) in acht zones. Aangezien het overleg pas is heropgestart, weten wij nog niet of beide compatibel zijn. Dat moet duidelijk worden tegen eind 2010.

Mevrouw Mia De Vits: Hoe is die indeling in acht zones tot stand gekomen?

Mevrouw Birgit Devaster: Zij is gebaseerd op de indeling binnen het LAW, wat tevens aansluit bij de woonzorgzones.

2. Brussels Gezondheidsoverleg (Brussels LOGO)

Mevrouw Heidi Du Laing, coördinator Brussels LOGO: Hoewel het Preventiedecreet al sinds 2003 bestaat, is de werking van de LOGO's pas in 2009 bij ministerieel besluit geregeld. In 2010 wordt een fusieoperatie doorgevoerd van 26 tot vijftien LOGO's, die erkend zijn voor een periode van zes jaar, dus tot en met 2016.

Opdrachten zijn: concretiseren van gezondheidsdoelstellingen, stimuleren en coördineren van overleg, opzetten en coördineren van acties samen met preventiepartners, adviseren van het agentschap, samenwerken met lokale besturen voor het onderdeel gezondheid van lokaal sociaal beleid. De opdracht in het kader van het medisch milieukundig netwerk geldt niet voor de Brusselse LOGO.

LOGO Brussel is als semi-operationele dienst ingebed in de algemene directie Welzijn, Gezondheid en Gezin van de VGC sinds de oprichting in 1998. Zijn netwerk van partners bestaat uit de door het besluit verplichte groepen (67). In het kader van de nieuwe erken-

ning werden daarnaast nog 166 andere partners bevraagd. Uit de goede respons kwam vooral een pleidooi voor de opname van kansengroepen en etnisch-culturele minderheden naar voren. Op dit moment wordt gewerkt aan een meerjaren plan voor de nieuwe erkenningsperiode.

Het takenpakket bestaat, naast de genoemde opdrachten uit het ministerieel besluit, uit projecten die Vlaanderen voor een bepaalde periode aan de LOGO's toeweest, zoals het regionaal overleg geestelijke gezondheid, het project rookstopregisseur, het project preventiecoach geestelijk gezondheidsbeleid in het secundair onderwijs, en het project 10.000 stappen. Met extra middelen van de VGC neemt het Brusselse LOGO ook het thema middelengebruik verder op, investeert het in wijkprojecten, en volgt het Brusselse projecten zoals Brussel Gezond Stadsgewest.

Kansen op goede fysieke, psychische en sociale levenskwaliteit worden door allerlei factoren gedetermineerd: erfelijkheid, levensstijl, sociale cohesie, toegang tot voorzieningen, omgeving en milieu. Wat dat laatste betreft, neemt in Brussel de CO₂-uitstoot nog altijd toe. Een op vijf inwoners klaagt over lawaai, 30% heeft last van wegverkeer. Het groen is heel ongelijk verdeeld over de hoofdstad.

In de sikkkelzone in het centrum en rond het kanaal biedt 43% van de woningen slechts een beperkt basiscomfort. Loodintoxicatie blijft actueel. In 2001 sprak 11% van de ondervraagden in de gezondheidsenquête over vochtproblemen. Daarnaast zijn er grootstedelijke leefstijlaspecten zoals jongeren die minder ontbijten en minder bewegen. Tegen 2015 bedraagt het aantal jonge Brusselaars 31%. Er zijn heel hoge percentages voor eenpersoonshuishoudens en jongerenwerkloosheid. Er worden meer dan 50 talen gesproken.

De grootstad trekt ook bepaalde gezondheidsproblemen aan. Niet minder dan 32% van de tbc-lijders woont in de stad die 10% van de Belgische bevolking huisvest. De stad telt het grootste aantal dagelijkse en problematische drinkers. Gevolg van dit alles is een enorme sociale ongelijkheid, die al begint bij de geboorte. Kinderen die geboren worden in een gezin zonder inkomen uit werk, hebben twee keer zoveel kans te sterven in de eerste levensmaanden. Bij volwassenen zijn er hogere percentages van gebrek aan welbevinden, van depressie en diabetes. De verschillen tussen meer en minder rijke gemeenten weerspiegelen zich in de levensverwachting. De sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid is reëel en ook geografisch aanwijsbaar. Dat is een belangrijke vaststelling.

Wat de knelpunten betreft, signaleer ik de eentaligheid van projecten als 10.000 stappen die ook het Brusselse LOGO moet uitvoeren. Het gebruik van een website als ankerpunt is niet altijd direct toepasbaar op een eerder kansarm publiek en op bepaalde etnisch-culturele minderheden. Voor scholen komen projecten als preventiecoach geestelijk gezondheidsbeleid in het secundair onderwijs bovenop een groot aantal urgente problemen. Verder moeten LOGO's voldoen aan bepaalde indicatoren met betrekking tot bedrijven. Maar moeten zij investeren in grote bedrijven als Audi of Fortis? Is het niet mogelijk om projecten uit te werken die ook kleine organisaties de kans geven om in te stappen?

Ook de samenwerking tussen overheden is niet eenvoudig, zoals bijvoorbeeld voor borstkankerscreening. De samenwerking met de gemeenten loopt niet altijd slecht, maar de optie om het LOGO-beleid te verankeren in het lokaal sociaal beleid ontbreekt. Er is niet altijd een Nederlandstalige schepen maar er zijn ook goede ervaringen.

De Brusselse sterkte wordt gevormd door een aantal heel actieve partners. Tegelijk is het preventieaanbod de laatste jaren zeker niet groter geworden. Veel partners hebben andere prioriteiten dan de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Een andere sterkte is de positieve band met het VGC-beleid, waardoor samenwerking kan uitgebouwd worden met sportdienst, de jeugddienst, en de entiteit gezin, en afgestemd met de onderwijswerking.

Bovendien vinden wij dat de samenwerking tussen Nederlands- en Franstalige partners op het terrein lukt. Zo is er de zusterorganisatie ‘Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles’ (CLPS).

Naast de verplichte gezondheidsdoelstellingen, heeft het Brusselse LOGO ook oog voor andere thema’s. Er werd gewerkt rond tbc en rond vochtproblemen in huis. Er wordt de laatste tijd, in de plaats van op klassieke informatiecampagnes, sterk ingezet op settings, op het gezonder maken van organisaties waarmee mensen in contact komen, en die bijvoorbeeld bezig zijn met bijzondere jeugdzorg of kansarmoede. Verder geloven wij sterk in wijkgerichte gezondheidsprojecten, intensief werk dat meegaat op het ritme van de wijk.

Sociale ongelijkheid is geen opdracht in het LOGO-besluit, maar voor onze werking wel essentieel. Wij werken mee aan een recent initiatief van de Koning Boudewijnstichting over dit thema. LOGO Brussel probeert zoveel mogelijk zijn projecten te interculturaliseren.

In februari werden al een aantal bekommernissen geformuleerd aan het adres van minister Vandeuren. Brussel vraagt specifiek om niet vergeten te worden. Brussel ontbreekt soms nog altijd in nieuw uitgewerkt informatiemateriaal. Verder vragen wij aandacht voor sociale ongelijkheid in een sterk armoedebeleid. Gezondheid vereist de voorafgaande vervulling van een aantal voorwaarden op het vlak van werk, huisvesting en leefomgeving. Wij vragen ook aangepaste methodieken voor moeilijk te bereiken doelgroepen. Die aandacht moet er ook zijn bij de materiaalmakers aan wie de Vlaamse overheid projecten toevertrouwt.

De stedelijke LOGO’s vragen meer openheid voor een werking van onder uit. Men moet kunnen inspelen op grootstedelijke gezondheidsproblemen, en experimenteren met methodieken als ‘community based’ werken. Onder die voorwaarden kan het LOGO-concept in een grootstad en ook in Brussel werken.

Vragen van de leden

De heer Willy Segers: Klopt het dat veel Brusselse gemeenten geen lokaal sociaal beleid hebben?

Mevrouw Heidi Du Laing: In Vlaanderen is er de mogelijkheid om voor de populatie relevante gezondheidsdoelstellingen in het lokaal sociaal beleid mee te nemen, waardoor men het niveau van tijdelijke projecten overstijgt. Die manier van werken kan niet in Brussel. Dat neemt niet weg dat er wel samenwerking is. Een aantal Brusselse gemeenten heeft zelfs een schepen voor Gezondheid maar een systematische samenwerking met gemeenten heeft het LOGO tot nu toe niet. Het concept lokaal sociaal beleid heeft in Brussel een andere vorm gekregen.

De heer Willy Segers: Kan u een voorbeeld geven van het vergeten van Brussel bij Vlaamse initiatieven?

Mevrouw Heidi Du Laing: In de informatie over borstkankerscreening werd de specifieke werkwijze in Brussel, die eerder aansluit bij de Franse Gemeenschap, niet opgenomen. Het gaat soms eerder over de moeilijke toepasbaarheid van Vlaamse projecten in Brussel (bijvoorbeeld ‘Fit in je hoofd’, ‘10.000 stappen’). Misschien moet Vlaanderen ons daar iets meer vrijheid geven om die projecten te ‘verbrusselen’.

Mevrouw Yamila Idrissi: Wat is ‘community based’ werken?

Mevrouw Heidi Du Laing: Het vertrekt van wat de gemeenschap in een buurt of wijk zelf aangeeft als belangrijkste gezondheidsproblemen. Er lopen er thans twee in Brussel, in Laag-Molenbeek en in de Brabantstraat. In de tweede buurt werden veel lawaai-problemen gesignaleerd en een gebrek aan welbevinden door de overlast vanwege de prostitutie in de Aarschotstraat en het gebrek aan groen. Dat beeld wijkt sterk af van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Tabakspreventie is geen prioriteit op die plaats.

Vervolgens wordt ook nauw samengewerkt met het netwerk in de buurt zelf, zoals Samenlevingsopbouw. Deze aanpak is schaars in Vlaanderen, maar kan erg zinvol zijn in steden. Hij vergt wel veel investering.

De heer Paul Delva: Heeft uw Franstalige tegenhanger ongeveer dezelfde taakomschrijving? Legt hij andere prioriteiten of accenten? Is er een vorm van gestructureerd overleg? Slaagt u erin gezamenlijke projecten uit te werken of is dat een brug te ver?

Mevrouw Heidi Du Laing: Zeker niet, ik ga deze middag naar de algemene vergadering van het CLPS. Naast die vorm van gestructureerd overleg is dat er ook met andere, tweetalige organisaties. De werking is niet zo verschillend. Ook de Franse Gemeenschap werkt met een vijfjaarlijks programma en gezondheidsdoelstellingen, waarvan een heel aantal dezelfde. In het kader van samenwerking met gemeenten hebben wij een tweetalig aanbod nodig en dan stappen wij naar het CLPS. Wij zorgen dan respectievelijk voor de Nederlands- en de Franstalige inbreng. Ook bij de borstkankerscreening is het zo gegaan.

Brussels Gezond Stadsgewest is een project dat een opening naar het gewest maakt. In het gestructureerde overleg daarover is ook het Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM) een partner. Niet alles leidt tot concrete dingen, maar het is zeker niet zo dat we elkaar niet vinden. Het kan wel nog beter.

3. Kenniscentrum Woonzorg Brussel vzw

De heer Herwig Teugels, directeur Kenniscentrum Woonzorg Brussel: In 2004 schreef het Seniorencentrum in opdracht van Vlaams en Brussels minister Vanhengel een concept-nota over woonzorg in Brussel. In 2006 werd een strategisch woonzorgplanner aangewezen met als opdracht de uitwerking van een masterplan Woonzorg Brussel. Dat laatste gebeurde onder het motto ‘Stabiliseer het wonen, mobiliseer de zorg’.

Brussel werd opgedeeld in 33 woonzorgzones, met telkens ongeveer 10.000 inwoners volgens de 30%-norm. Bij de indeling werd rekening gehouden met de gemeente- en deelgemeentegrenzen (in de hoop op termijn met de lokale besturen te kunnen samenwerken) en met de kansindicatoren, op grond waarvan ook nog een aantal wijken werd afgegrensd. De 33 zijn tegelijk afgestemd op de acht zones van het lokaal sociaal beleid. Verder wordt ook een strategie voor de opstart van woonzorgprojecten in acht prioritaire woonzorgzones naar voren geschoven.

In het masterplan werd gepleit voor de oprichting van een begeleidend en ondersteunend kenniscentrum Woonzorg Brussel. Dat kreeg als eerste opdracht van minister Anciaux het opstellen van een algemeen zorgstrategisch koepelplan, dat eigenlijk een vertaling is van het masterplan naar de residentiële voorzieningen. Daar staat dus in wat het kenniscentrum minimaal wil uitwerken tussen 2008 en 2012 en waarvoor het initiatiefnemers zal zoeken.

In 2009 wordt ook het ambulante onderdeel aangepakt met een studie over de uitbouw van de thuiszorg. Met beide studies samen wil men komen tot een betere zorg- en dienstverlening door te werken aan een zorgcontinuüm en door nieuwe en aangepaste voorzieningen voor ouderen die kwaliteitsvol werken. Met dit alles wordt natuurlijk ook een effect op de invulling van de programmatie beoogd.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt ingedeeld in 33 woonzorgzones en acht zones lokaal sociaal beleid. De prioritaire woonzorgzones liggen in het westen en het noorden, van zone 7 (Anderlecht) tot zone 2 (Evere), de niet-prioritaire in het zuiden en het oosten. In de eerste groep wordt 70% van de middelen voor woonzorg en programmatie ingezet. Op de kaart kan men ook zien dat de bestaande Vlaamse dienstverlening in Brussel alles behalve goed is uitgewerkt.

Op 1 januari 2008 hadden wij 104 woongelegenheden in rusthuizen, woonzorgcentra en rvt's, 32 serviceflats op 1267, 0 dagverzorgingscentra, 0 centra voor kortverblijf, elf dienstencentra, 17% van de gezinszorg en één regionaal dienstencentrum. Vandaag bedragen de cijfers – voor voorlopige vergunningen – inmiddels 842 woongelegenheden, 129 serviceflats, 45 dagverzorgingscentra, nog steeds 0 centra voor kortverblijf, maar wel veertien dienstencentra. De gezinszorg is de afgelopen jaren gezakt, maar de precieze cijfers voor 2009 zijn nog niet bekend. De invulling voor regionale dienstencentra is ondertussen wel volledig.

Bij het begin van de woonzorg in Brussel, hebben wij niet alleen gemikt op ouderenzorg maar ook op personen met een handicap. Ook daar zijn nog grote noden, zoals een 'nursing unit' voor de zwaarste zorgvorm, maar ook op het vlak van geïntegreerd wonen. Er is zelfs geen enkele Vlaamse erkenning voor personen met een fysieke handicap. Daarom zijn wij op zoek naar een ADL-centrale (ADL: algemene dagelijkse levensverrichtingen) voor deze mensen.

Onze actiepunten zijn de volgende. Wij willen minstens twaalf woonzorgprojecten ontwikkelen, een cijfer dat realistischer is dan de acht uit het masterplan, al hoop ik tegen 2012 bij vijftien uit te komen. Er zijn kleine bij zoals in de Begijnenstraat in Molenbeek: een lokaal dienstencentrum met elf aanleunwoningen en iets verder in de straat vijftien assistentiewoningen samen met een 'nursing unit' voor personen met een handicap. Maar er zijn ook grote, zoals het project Pieter en Pauwel in Neder-over-Heembeek, met 70 assistentiewoningen, een lokaal dienstencentrum, een dagverzorgingscentrum, een ADL-centrale, een woonzorgcentrum in de buurt en aangepaste woningen, dat alles gecombineerd met een gemeenschapscentrum en een bibliotheek. Verder zijn er projecten met en zonder publiek-private samenwerking (pps), en met en zonder sectoroverschrijdend werken.

Tweede actiepunt wordt gevormd door de ontwikkeling van zorgknooppunten in elke woonzorgzone, uitgebouwd met de bestaande partners in thuiszorg en welzijn en met als doel de organisatie van de haal- en brengfuncties. Derde punt is de uitwerking van een actieplan levensloopbestendig wonen. Als men mensen zo lang mogelijk in hun eigen woning wil laten wonen, moeten die woningen ook aangepast zijn. In veel Brusselse woningen moet men eerst een aantal trappen doen voor men de woonverdieping bereikt. Naast de aanpassing van bestaande woningen, is ook een contingent van nieuwe, aangepaste woningen nodig.

De regionale dienstencentra, die net als in de rest van Vlaanderen adviseren over woning-aanpassing, stellen vast dat slechts een zeer beperkt deel van hun adviezen ook wordt uitgevoerd. Zij werken daarom vandaag aan een concept 'van advies tot uitwerking', aan de hand waarvan de ergotherapeut kan toezien op de stapsgewijze uitvoering van zijn advies. Doel is altijd dat de oudere zorgvrager langer in zijn woning kan blijven. In dat verband is het kenniscentrum ook bezig om samen met de dienstencentra en verschillende ziekenfondsen een steunpunt woningaanpassing uit de grond te stappen.

Opleiding en tewerkstelling vormen het vierde actiepunt. Met Pro Medicis Brussel wordt gewerkt aan de invulling van Brusselse knelpuntberoepen als verpleegkundige. Verder werd samen met Tracé Brussel, Actiris en de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) een project opgestart voor de bijkomende opleiding van polyvalent verzorgenden, zorgkundigen en logistieke functies. Daarnaast moeten nog een aantal aspecten van mobiliteit en wonen worden aangepakt, meer bepaald het grote capaciteitsgebrek inzake aangepast vervoer.

Specifiek Brussels aan de woonzorg is dat er haast geen samenwerking is met OCMW's. Dat bleek zowel bij de ontwikkeling van de woonzorgprojecten als bij de studie van de thuiszorg. Verder worden vrijwel alle initiatieven ontwikkeld door commerciële organisaties, die even hoge kwaliteit bieden maar tegelijk de keuzevrijheid van de cliënt beperken. Het is immers jammer als zij niet kunnen kiezen voor een publiek rusthuis met een Vlaamse erkenning. Vanwege het winstgevend karakter zetten de privéorganisaties ook vooral in op woonzorgcentra.

Er blijken in Brussel ook uiteenlopende visies te zijn op de organisatie van de thuiszorg. De Commission Communautaire Française (COCOF) en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) vertrekken eerder van een lokaal, voorzieningengericht beleid. Het aanbod van de organisaties is geïntegreerd, wat kan leiden tot overconsumptie maar wel klantvriendelijker is aangezien één aanmelding volstaat. Daardoor halen vrijwel alle diensten een 100% invulling van hun programmatie.

Vlaanderen heeft daarentegen een regionale benadering: de thuiszorg is uitgetekend voor de negentien gemeenten als geheel. Tegelijk is zij werksoortgericht. Er zijn aparte diensten voor gezinszorg, logistieke hulp, oppashulp, mantelzorg enzovoort. Dat vereist samenwerking en daar wordt door BOT ook naar gestreefd. Het stelt echter vast dat bijna alleen kan samengewerkt worden met door Vlaanderen erkende partners.

Dat is een probleem gezien de vier grote partners in de toelevering van klanten OCMW's, ziekenhuizen, sociale diensten van de gemeenten, en de ziekenfondsen zijn. Alleen bij de laatste zijn er die door Vlaanderen erkend zijn, maar ook zij zijn de kleine broertjes. De meeste toelevering komt uit tweetalige of eentalig Franse voorzieningen. In een dergelijke context kan regionaal gestructureerde thuiszorg niet van de grond komen. Het behaalde urencontingent in de gezinszorg spreekt boekdelen: 18%, hoewel dat voor een deel ook met het vinden van personeel te maken heeft.

Verder specifiek Brussels is dat de berekeningswijze voor één uur thuiszorg voor de cliënt veel voordeliger is bij de COCOF en de GGC. In één bepaald onderzocht geval rekende de COCOF 1,9 euro aan, de GGC 4,5 euro en de Vlaamse Gemeenschap 5,6 euro. Dan heeft de cliënt snel zijn keuze gemaakt, want taal is lang niet de eerste prioriteit. Dat is continuïteit van kwalitatieve dienstverlening. Maar ook wie een thuiszorgdienst opzet, komt voordeliger uit met een erkenning door de COCOF. Die verleent immers een tegemoetkoming van 26,90 euro voor één uur thuiszorg. Bij de GGC is dat 23,50 euro, en bij de Vlaamse Gemeenschap 23,83 euro (bedragen van 2008).

Verder is de samenwerking met GGC-voorzieningen regelgevingstechnisch niet altijd vanzelfsprekend. Nochtans denken de grote groepen die vandaag de woonzorgcentra uitbouwen, niet in de onderverdeling GGC-COCOF-Vlaamse Gemeenschap. Zij hebben instellingen in de drie gewesten. Op dezelfde manier zou men moeten bekijken hoe goed Nederlandstalige GGC-voorzieningen kunnen instaan voor bijvoorbeeld een door Vlaanderen erkend dagverzorgingscentrum. De eerste mogelijkheid daartoe is in Evere gecreëerd, waar een GGC-voorziening tegelijk een Vlaamse erkenning aanvraagde voor een rusthuis, een woonzorgcentrum en serviceflats. Op grond van een aantal afspraken heeft zij die ook gekregen.

Het is vandaag ook nodig om creatief en sectoroverschrijdend te werken. Met de huidige voorzieningen in de ouderenzorg kan geen 24 uurspermanentie waargemaakt worden. Dat komt onder andere doordat Brussel in de programmatie van de woonzorgcentra maar voor een derde staat ingeschreven in vergelijking met andere Vlaamse steden. Een voorbeeld van een dergelijke creatieve oplossing is de aanwending van de 24 uurspermanentie voor personen met een handicap voor de ouderen in naburige aanleunwoningen.

Tot slot in dit verband is er in Brussel geen afstemming tussen Wonen en Zorg, hoewel het Woonzorgdecreet daarvan uitgaat. Het ene is immers een gewestmaterie, het andere een

gemeenschapsmaterie. Het is jammer dat in een Vlaams Welzijnsdecreet sterk verwezen wordt naar een gewestmaterie zonder uit te leggen hoe men dat in Brussel aanpakt.

Wat de knelpunten in de huidige Vlaamse regelgeving betreft, wordt het eerste gevormd door de beperkte programmatie van de woonzorgcentra in Brussel. Zij bedraagt, uitgaande van de 30%-norm, slechts een derde van de programmatie van Vlaamse gemeenten met eenzelfde sociaaldemografische situatie. Men houdt immers rekening met de instellingen van de COCOF en de GGC, terwijl men in feite de eerste groep niet mag meerekenen en de tweede – volgens Home Info – slechts tussen een derde en een vierde. In de andere kent men onvoldoende Nederlands.

Een ander motief om de programmatie in Brussel op te trekken, is dat de Vlaamse regelgeving veel hogere kwaliteit biedt. Een COCOF-kamer is 11 m² groot, een GGC-kamer 12 m², maar een volgens het Vlaamse Woonzorgdecreet meet 16 m² zonder sanitair. In Vlaanderen mogen maximum 20% van de kamers voor twee personen dienen, bij de COCOF heeft men zelfs nog een aantal kamers voor vier personen.

Bij de toekenning van erkenningen zou het mogelijk moeten zijn om verschillende werkvormen aan elkaar te koppelen. Vandaag worden alleen de winstgevende werkvormen opgevraagd, namelijk woonzorgcentra en serviceflats. Niemand heeft zich vrijwillig aangeboden voor een dagverzorgingscentrum. Het kenniscentrum heeft actief moeten zoeken naar initiatiefnemers om uiteindelijk 45 bedden te realiseren. Centra voor kortverblijf raken, als verlieslatende post, helemaal niet ingevuld. De correctie van de markt door OCMW's, die in andere Vlaamse steden gebeurt, bestaat niet in Brussel.

Verder pleiten wij voor een soepelere omgang met de criteria voor gezinszorg. Vandaag mag slechts een bepaald percentage voor een wijkgerichte aanpak kiezen. Waarom mogen de Vlaamse organisaties daar niet voor kiezen als hun concurrenten dat wel mogen en daar succes mee hebben? Op dit moment bekijkt het kenniscentrum met partners uit de gezinszorg hoe de wijkgerichte aanpak kan gerealiseerd worden.

De programmatie van de lokale dienstencentra moet afgestemd worden op het aantal woonzorgzones. Een per zone is wenselijk, aangezien het de beste trekker is van de woonzorgknooppunten, en omdat het de enige werkvorm is die behoorlijk is uitgebouwd in Brussel. Het is positief dat we de laatste maanden zijn gekomen tot een sterkere opdeling van de Brusselse programmatie in prioritaire en niet-prioritaire woonzorgzones, anders zaten we nu wellicht bijna uitsluitend met woonzorgcentra in kapitaalkrachtige woonzorgzones.

De vrij stugge VIPA-reglementering (VIPA: Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden) vormt een ander knelpunt, meer bepaald voor de afstemming in pps-constructies. De versnippering van de Brusselse bevoegdheden is eveneens een pijnpunt. Er is meer overleg en samenwerking tussen de GGC, de Vlaamse Gemeenschap en de VGC nodig. Naast het eerder genoemde voorbeeld van de samenwerking tussen een Nederlandstalig woonzorgcentrum van de GGC en een door Vlaanderen erkend dagverzorgingscentrum, zijn er ook verschillende rusthuizen op een boogscheut van elkaar. Hoe kunnen zij afspraken maken over afstemming en doelgroepkeuze?

De samenwerking met gemeenten en gewest voor de afstemming op de woonzorgzones is in Brussel niet vanzelfsprekend. Zo belooft minister Vandeurzen met zijn collega van Huisvesting te overleggen over de inzet van socialehuisvestingsmaatschappijen met het oog op aangepaste woningen voor ouderen en personen met een handicap. Gaat hij dat ook doen met zijn Brusselse collega? Ook de aanpassing van de woonomgeving en vervoer zijn gewestmateries.

Ook openheid voor nieuwe initiatieven is nodig. De densiteit van het wonen in Brussel is heel hoog. In Laag-Molenbeek bijvoorbeeld wonen 36.000 mensen per km². Dat wil

zeggen dat er op 1 ha ongeveer 80 ouderen zijn die een beroep zouden kunnen doen op diensten. Waarom geen ambulante cel opzetten die voor hen instaat, in de plaats van een voorziening?

In de voorzieningen zelf kan men ook andere functies buiten Welzijn en Gezondheid inbedden, om er levendige sites van te maken, culturele bijvoorbeeld.

Ik sluit af met enkele uitdagingen. De eerste is de omgang met allochtone ouderen. Wie brengt de partners uit de grote steden samen om dat samen aan te pakken? Een tweede is de aanpak van de bewustmaking over de tijdige aanpassing van de woning aan het ouder worden. In Brussel moet men wel rekening houden met het hoge percentage van huurwoningen (70%), maar toch moet men ook hier komen tot een Jaar van de woning-aanpassing, zoals het BOT naar voren schoof. Misschien moet het wel een heel decennium worden.

Derde uitdaging is de inbedding van zorg op afstand. Domotica hebben hun kwaliteit op lange termijn nog niet bewezen en verschillende systemen zijn vaak incompatibel. Anderzijds mag men niet in slaap vallen en moet men blijven streven naar efficiëntie. In de zorgvernieuwing, het zoeken naar nieuwe modellen, is protocol 3 een katalysator geweest, maar men mag nu niet indommelen. De hele sector moet verder denken.

Laatste uitdaging is de uitwisseling van de ontwikkeling in verschillende steden, zeker Antwerpen en Gent, maar misschien ook Genk of Hasselt. Leren van elkaar en elkaar bevruchten komt niet alleen Brussel ten goede, maar ook Vlaanderen.

Vragen van de leden

De heer Sven Gatz: Denkt u dat we deze legislatuur de programmatie van de woon-zorgzones volledig kunnen realiseren? Had het kenniscentrum al contact met minister Vandeuren over de opheffing van de beperking in de programmatie voor Brusselse woon-zorgcentra?

De heer Herwig Teugels: Voor het netwerk van de residentiële voorzieningen is 2012-2013 realistisch. De residentiële voorzieningen zijn eerst aangepakt omdat ze de meeste tijd vergen. Grote partners kunnen dat zelf beredderen, kleinere organisaties hebben hulp nodig. Vaak zijn er ook te weinig middelen, bijvoorbeeld een vzw die een woonzorgcentrum wil opstarten. Het kenniscentrum moet dan op zoek naar een promotor die mee kan investeren en een al dan niet sociaal verhuurkantoor. Dergelijke constructie opzetten vergt wel wat tijd. Momenteel behartigt het netwerk zeven bouwvragen. Als alles goed loopt, is er een jaar nodig om die in Brussel goedgekeurd te krijgen. Als er vier initiatieven slagen, zullen er tegen 2013 500 tot 600 rusthuiswoongelegenheden bijkomen. Dat is haalbaar.

Dit jaar komen er nog 30 plaatsen in de dagverzorgingscentra bij: vijftien in Terra Nova en vijftien in Tram 82, ondergebracht in woon- en zorgcentrum Arcus. In 2012 komen er nog eens vijftien plaatsen bij in Schaarbeek. Het kenniscentrum is van plan om de komende maanden samen met BOT een aantal elementen van de studie over thuiszorg te ontleden. Het wil ook overleggen met het Huis van Gezondheid over de taakverdeling voor een krachtadig beleid. De eerste resultaten zullen dan blijken in 2012. Organisaties als Familiehulp of Solidariteit voor het Gezin zijn voornamelijk samenwerkingspartners, maar ze zijn groot, en een tanker draaien vergt wel wat tijd.

In verband met de tweede vraag is het kabinet Vandeuren niet onmiddellijk bereid om daar iets aan te veranderen. Het wijst terecht op de overconsumptie van sommige Brusselse rusthuizen. Tegelijk moet de kwaliteit bekeken worden. De kwaliteit van sommige Brusselse rusthuizen laat te wensen over. Zo is er een rusthuis in Schaarbeek gevestigd in

een herenhuis, met een ondermaatse lift en overvolle kamers. Het ligt in een arme wijk en de dagprijs bedraagt maar 27 euro. Mensen komen daar wonen omdat het betaalbaar is, maar ook om in de wijk te kunnen blijven. Zelf zou ik er echter niet willen verblijven. Dit is nog een echt rusthuis, maar heeft niets weg van een eigentijds woonzorgcentrum.

Mevrouw Vera Van der Borcht: Onder impuls van het kenniscentrum, is de programmatie de laatste twee jaar sterk toegenomen. Zijn er ook hinderpalen op het vlak van de ruimtelijke ordening? Wat de schrijnende toestanden in Brussel betreft, wil ik erop wijzen dat de Vlaamse inspectiediensten de kwaliteit zeer streng controleren, maar uiteraard enkel bij erkende rusthuizen.

Het gros van de initiatieven in Brussel wordt genomen door de commerciële organisaties. Het gebrek aan keuze, dat daaruit voortvloeit, is volgens de heer Teugels een verarming. In de rest van Vlaanderen is de situatie net omgekeerd, waardoor de meeste Vlamingen ook geen keuze hebben.

Is er in Brussel een tekort aan verpleegkundigen? Volgen allochtonen de opleiding verpleegkunde?

De heer Herwig Teugels: Bepaalde aspecten van de ruimtelijke ordening maken het moeilijk om in Brussel initiatieven te nemen. In Laag-Molenbeek is er geen enkel Nederlands-vriendelijk rusthuis, maar het is niet mogelijk daar een grond voor te vinden. Anderzijds zijn er een aantal kwaliteitsvolle sites op andere plaatsen. Het is jammer dat bepaalde initiatiefnemers die niet via het kenniscentrum gepasseerd zijn, een voorlopige vergunning van de Vlaamse overheid gekregen hebben voor een site die niet ingebed is in de omgeving zoals de geest van het Woonzorgdecreet voorstaat. Het uitgangspunt van het Woonzorgdecreet is dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen, voorzieningen moeten in een wijk ingebed zijn. Ouderen kunnen gemiddeld maar 300 meter te voet afleggen, winkels en andere diensten moeten dus voldoende nabij zijn. Dat is niet altijd het geval voor enkele voorlopig erkende projecten. Het kenniscentrum slaagt er meestal in zich te houden aan de bouwtechnische voorschriften van de regionale en lokale overheden. Het is niet zo dat Vlaamse initiatieven systematisch tegengewerkt worden.

Het rusthuis in Schaarbeek met de lamentabele huisvestingskwaliteit is niet erkend door Vlaanderen, het is een GGC-rusthuis. De GGC beschikt dan wel over een eigen inspectiedienst. Het is de bedoeling om ook die rusthuizen op termijn te verbeteren, alleen wordt de datum voortdurend verdaagd. De kwaliteitsnormen zijn dan altijd lager. Ik pleit voor meer woonzorgcentra in Brussel, maar niet omdat er tekorten zijn, maar omdat de kwaliteit van ettelijke voorzieningen te wensen over laat. De door de Vlaamse overheid erkende organisaties, publiek en commercieel, leveren betere kwaliteit dan van de andere twee overheden.

Een aantal mensen gaat liever naar een publiek dan naar een commercieel rusthuis ook als beide dezelfde kwaliteit tegen dezelfde prijs bieden. In Brussel is er geen keuzevrijheid.

Andere sprekers kunnen de vraag over een tekort aan verpleegkundigen beter beantwoorden. In Brussel zou er een groot tekort aan polyvalent zorgkundigen en verzorgenden zijn als de voorzieningen er zijn en als de thuiszorg van de grond komt.

4. Universitair Ziekenhuis Brussel

De heer Marc Noppen, gedelegeerd bestuurder UZB: België is een complex land, Brussel is een complexe stad. Ik heb de indruk dat de complexiteitslijnen samenvallen in het UZB. Het UZB is een van de zeven bij wet erkende universitaire ziekenhuizen van België, verbonden aan de faculteit Geneeskunde van de VUB. In tegenstelling tot gewone ziekenhuizen hebben universitaire ziekenhuizen naast de zorg ook opdrachten op het vlak van

onderwijs en opleiding en onderzoek. Het UZB is het enige unicommunautaire Vlaamse ziekenhuis in Brussel. Uitdagingen zijn onder andere: Vlaams in Brussel, vrijzinnig in Vlaanderen, universitair in België, klein in de wereld.

Een Nederlandstalig ziekenhuis in Brussel is in de praktijk meertalig. Allicht is het UZB het enige gegarandeerd meertalige ziekenhuis in Brussel. Vrijzinnigheid is een romantisch begrip uit de 19de eeuw dat nu vervangen is door humanisme en tolerantie. Universitair betekent dat het ziekenhuis bijzondere opdrachten heeft. Vrij onderzoek is trouwens in elk universitair ziekenhuis tegenwoordig de regel.

Het UZB is met meer dan 3000 hoogopgeleide personeelsleden een van de grootste privé-werkgevers in Brussel. Het UZB heeft een budget van 330 miljoen euro en 729 erkende bedden. Het verzorgt 26.000 hospitalisaties en 26.000 daginterventies per jaar en bijna 400.000 ambulante contacten. Het heeft een grote impact op de maatschappelijke situatie en de gezondheid in de regio. Het UZB heeft de drukste spoedgevallendienst van België. De eerstelijnsgezondheidszorg van huisartsen is veel minder uitgewerkt in Brussel. De bevolking doet veel sneller een beroep op de veel duurdere ziekenhuisgeneeskunde. Dat bezorgt ook het UZB organisatorische problemen. In 2008 is het zorgstrategisch plan van het ziekenhuis goedgekeurd. Vernieuwbouw is bezig.

Een unicommunautair Vlaamse instelling in het Brusselse Gewest, betaald met federaal geld. Dat is om problemen vragen. Er bestaat een 'Brussel discours' naar Nederlandstaligen in Brussel, maar 90 percent van het personeel van het UZB woont in Vlaanderen en werkt in Brussel. Dat is een eerste knelpunt. De facto is het ziekenhuis meertalig, het helpt mensen in het Nederlands, in het Frans, in het Engels en in nog veel meer talen. Het personeel kan daarvoor geen meertaligheidspremie krijgen zoals in de bicommunautaire ziekenhuizen. Bovendien zijn er dikwijls conflicten tussen gewest- en gemeenschapsmateries. Een goed voorbeeld daarvan is de mobiliteit. Heel wat ontsluitingsmogelijkheden worden niet gerealiseerd. Zo is tram 9 beloofd, maar of hij er zal komen, weet niemand. Van een metro is geen sprake wegens te duur, maar zelfs relatief eenvoudige ingrepen zoals een op- en afrit van de ring zijn onbespreekbaar. In 2007 stelde het ziekenhuis in het kader van het Vlaamse mobiliteitsplan van minister Van Brempt, een eigen mobiliteitsplan op. 300 van de 3000 werknemers zijn bereid de auto thuis te laten en de trein te nemen als er een pendelbus komt van het station van Jette tot aan het ziekenhuis, een afstand van twee kilometer (zoals toegestaan en gesubsidieerd voor andere Vlaamse UZ's). Minister Van Brempt vond dat een schitterend idee, maar jammer genoeg ligt het ziekenhuis in Brussel, dus moest minister Smet tussenbeide komen. Ook die vond het een mooi plan, maar had geen geld voor een Vlaams plan. Minister Bert Anciaux' Brusselfonds kon ook niet bijdragen omdat het alleen persoonsgebonden aangelegenheden betaalt. De heer Anciaux verwees door naar minister-president Peeters die op zijn beurt terug naar minister Van Brempt verwees. Na de verkiezingen zijn er uiteindelijk zes mensen verantwoordelijk voor mobiliteit. Maar we zien het licht aan het einde van de tunnel en hopen eerstdaags een busje te kunnen laten rijden.

Het Brussels Gewest heeft een zeer strenge milieuwetgeving waardoor de parking slechts druppelsgewijs uitgebreid mag worden. Dat alles zorgt dus voor een campuscongestie en nodeloze CO₂-productie. En nochtans heeft het ziekenhuis een schitterend mobiliteitsplan, dat het niet mag uitvoeren.

Opleidingscheques zijn niet beschikbaar voor Vlaamse werknemers in een Brussels bedrijf. De middelen van het Europees Sociaal Fonds voor tewerkstelling- en HR-beleid worden in Brussel op een collectieve en intransparante manier besteed. Het UZB krijgt in elk geval niets. Tewerkstellingsstimuli van het Vlaams Gewest als de weerwerkpremie, de subsidies voor invoegwerknemers, zijn niet van toepassing op UZB want de bedrijfszetel moet Vlaams zijn. De werkgelegenheidsvoordelen van het Brussels Gewest gelden dan weer

alleen voor inwoners van Brussel, ongeveer 10 percent van de medewerkers van het UZB. Ook energiepremies voor de tertiaire sector, initiatieven voor gezinsvriendelijke diensten zijn niet van toepassing. Dankzij minister Vanackere en staatssecretaris Grouwels heeft het UZB toch 21 extra programmatieplaatsen kinderopvang gekregen.

De goedkeuring van de bedden is Vlaams, de programmatie is Brussels en de financiering is federaal. Zo keurde de Vlaamse administratie de omzetting van 30 CD-bedden naar 22 SP-bedden goed, maar merkt op dat hierdoor de Brussels programmatie is overschreden, en dat “eventuele problemen bij de financiering van deze bedden bij federaal dienen te worden aangekaart”. Die onzekerheid bemoeilijkt de bedrijfskundige uitbating. In het decreet van 28 november 2008 betreffende de indeling in zorgregio's als basis voor de programmatie wordt Brussel niet langer erkend als specifieke zorgregio door de Vlaamse overheid. Vlaanderen geeft hierdoor expliciet de garantie op een Nederlandstalig ziekenhuisaanbod in Brussel op. Dat is vreemd.

Is de institutionele wirwar nu noodzakelijk of oplosbaar? Het UZB is dus een Vlaams ziekenhuis in het Brussels Gewest gefinancierd met federale middelen. Preventie en screening zijn gemeenschapsaangelegenheden, maar soms gewestelijk georganiseerd, zoals bijvoorbeeld borstkankerscreening. De behandeling is federale materie, de programmatie is gewestaangelegenheid, de accreditatie gemeenschapsaangelegenheid, de visitatie is gemeenschapsaangelegenheid. ‘Universitair’ is gemeenschap, ‘ziekenhuis’ is federaal, ‘Brussel’ is gewest, dus zelfs in de naam komen de drie bevoegdheidsniveaus samen. Zelfs aan een materie als onderzoek, duidelijk toegewezen aan de gemeenschappen, zijn er federale en gewestelijke aspecten.

Vrijzinnig is zoals gezegd een ‘romantische’ erfenis, voorbijgestreefd door de missie, de visie en de waarden van het ziekenhuis (en bovendien een privéaangelegenheid). Het is geen factor bij samenwerking, of discriminator in het zorgaanbod. Voor het UZB telt kwaliteit. Dat is de reden waarom het UZB in Brussel en Vlaanderen een aantal samenwerkingsverbanden heeft kunnen opzetten met ziekenhuizen uit een andere confessionele sfeer, onder meer het Mariaziekenhuis in Halle, Sint-Jan in Brussel, de K.U.Leuven.

De zeven universitaire ziekenhuizen in België zijn verantwoordelijk voor 15 tot 20 percent van het zorgvolume in België. In de buurlanden krijgen universitaire ziekenhuizen 20 tot 25 percent van hun middelen voor onderzoek en ontwikkeling, in België is dat 7,8 percent. Dat is onvoldoende. De ziekenhuizen hebben al herhaalde malen bij minister Onkelinx aangeklopt om dit te herzien via de budgetfinanciering, maar dat is voorsnog niet gebeurd.

Onderzoek is niet enkel Vlaamse maar ook Brusselse en federale materie. De plannen doorkruisen elkaar dan nog geregeld (bijvoorbeeld kankerplan, biobankplan). Zelfs in Vlaanderen is er overlapping, versnippering. In Vlaanderen zijn er de recent hervormde Vlaamse Raad voor Wetenschap en Innovatie (VRWI), het Engelstalige Centrum voor Medische Innovatie (CMI), het Medisch Centrum Vlaanderen, Vlaanderen in Actie en de traditionele subsidiekanalen voor wetenschappelijk onderzoek. Al die zaken doorkruisen elkaar.

Maar het is niet al kommer en kwel. Brussel is ook een geweldige troef. In de ‘Forbes Brand Value Ranking’ heeft de naam Brussels een geschatte waarde van 350 miljard dollar terwijl Vlaanderen, Wallonië en België niet in de lijst voorkomen. Het is het economische en institutionele hart van het land. Daarom vraagt UZB Vlaanderen zijn hoofdstad Brussel niet te vergeten. De Vlaamse Gemeenschap zou Brussel opnieuw als een specifieke Vlaamse zorgregio moeten erkennen en zo niet langer vergeten in de decreten. Brussel verdient een eigen, gegarandeerde plaats in de Vlaamse programmatie van bedden, voorzieningen en infrastructuur. Het UZB onderschrijft, als enige unicommunautair Vlaams ziekenhuis in Brussel, de Vlaamse regelgeving over ziekenhuiswerking en -infrastructuur

volledig. Het is trouwens volledig ingebed in een netwerkstructuur. Het UZBrussel bedient daarenboven ook een groot deel van de Rand en Vlaams-Brabant. Onze zorgregio omhelst dus zowel Brussel als de Rand en noordelijk, westelijk en zuidelijk Vlaams-Brabant. Bij conflicten of onduidelijkheden tussen gemeenschap- en gewestmateries, moet er dialoog zijn tussen de verschillende beleidsniveaus. In het uiterste geval zou een soort uitzonderingstatuut soelaas kunnen brengen.

Vragen van de leden

De heer Sven Gatz: Het ziekenhuis is een kwaliteitsvoorbeeld voor Brussel en Vlaams-Brabant. Anderzijds is er een hele reeks institutionele moeilijkheden. Welke hinderpalen hypothekeren de kwaliteit?

De heer Marc Noppen: Ondanks de moeilijkheden slaagt het ziekenhuis in zijn corebusiness, namelijk het verlenen van goede zorg. Alle hinderpalen die ik opsomde, kosten het ziekenhuis al grof geschat een miljoen euro per jaar. Dat is een bedreiging, gezien de beperkte financiële marges en de eventuele op komst zijnde besparingen.

Een belangrijke kwestie is het personeel, waarvan 90 percent afkomstig is uit Vlaanderen. Het UZB moet jonge hoogopgeleide professionals warm maken om te werken op een moeilijk bereikbare plaats. De VGC neemt een aantal initiatieven waaraan het UZB actief participeert. Het zijn ruimere initiatieven om jonge professionals naar Brussel te lokken. Dat heeft te maken met huisvesting, kinderopvang en andere voorzieningen.

Een ander nijpend probleem is de programmatie. Volgens de wetteksten bestaat Brussel als het ware niet meer als Vlaamse zorgregio. Dat plaatst de financiering op losse schroeven. Het UZB is afhankelijk van de Brusselse programmatie die heel weinig rekening houdt met een unicommunautair Vlaams ziekenhuis. Op wettelijk en financieringsvlak ligt het ziekenhuis dus potentieel in niemandsland.

De heer Paul Delva: Ook andere ziekenhuizen zoals de Europaziekenhuizen of het Elisabeth-ziekenhuis doen hun uiterste best om meertalige ziekenhuizen in Brussel te zijn. Net als het UZB klagen ook scholen over de dubbelzinnige situatie waarin ze zich bevinden, namelijk tussen gemeenschap en gewestbevoegdheden. Het is interessant dat het UZB het concurrentiële nadeel ten opzichte van Vlaamse ziekenhuizen becijferd heeft. Dat zou ook moeten gebeuren voor de Brusselse hogescholen en universiteiten. Een van de nadelen is de zeer gebrekkige medewerking van de lokale besturen, die een partner zouden moeten zijn van de instellingen in het onderwijs of in de gezondheidszorg.

De heer Joris Van Hauthem: Ik ben overdonderd door de absurde situaties die de heer Noppen aankaart. Kan hij de problemen indelen in moeilijkheden die louter voortvloeien uit het institutionele kluwen en die het gevolg zijn van politieke onwil?

De heer Marc Noppen: Eigenlijk kom ik zeer weinig politieke onwil tegen, noch op administratief, noch op Vlaams, noch op Brussels, noch op federaal niveau. In de zaak van het pendelbusje wou elk van de excellenties echt wel helpen, maar ze zaten constitutioneel vast. Minister Van Brempt wou helpen en heeft zelfs scenario's bedacht om creatief met de wet om te springen, maar was aan handen en voeten gebonden door de bevoegdheidsverdeling. De beleidsmakers zitten in dat keurslijf dat ze zelf gemaakt of geërfd hebben.

De samenwerking met de lokale beleidsverantwoordelijken was vroeger een probleem, maar ondertussen zijn de plooiën gladgestreken. Een paar weken geleden is er een convenant gesloten tussen het ziekenhuis en de gemeente om elkaar te steunen.

Ik bedoelde dat het UZB het enige ziekenhuis is waar een patiënt gegarandeerd in het Nederlands terecht kan. Uiteraard doen de andere ziekenhuizen hun best om meertalig te zijn.

Mevrouw Yamilla Idrissi: Hoe kan de naam Brussel uitgespeeld worden als troef? Is het realistisch te verwachten dat het UZB voor gewestmateries gelijkgeschakeld wordt met Vlaamse ziekenhuizen?

De heer Marc Noppen: Ik besef goed dat die gelijkschakeling onmogelijk te realiseren is, maar creatieve oplossingen zijn wel mogelijk, bijvoorbeeld de mogelijkheden van het Brusselfonds herbekijken.

De waarde van Brussel als keurmerk staat vast. Ik merk steeds bij buitenlandse bezoeken aan andere ziekenhuizen dat Brussel bekend is. Het zou jammer zijn als de Vlaamse Gemeenschap die onwaarschijnlijk grote troef zo uit handen zou laten glippen. Het UZB was ook betrokken bij Brussels Metropolitan, een initiatief van ondernemers om de regio te herwaarderen en aantrekkelijk te maken. In het kader van het initiatief is er een pps-project voor de uitbouw van een hotel op de campus, een combinatie van een gewoon hotel, een zorghotel, een aparthotel, een congrescentrum, een ondergrondse parking.

De heer Paul De Ridder, lid van het Brussels Hoofdstedelijk Parlement: Ik ben verbijsterd te horen dat Brussel niet langer erkend is als Vlaamse zorgregio en Vlaanderen daardoor de garantie van een Nederlandstalig ziekenhuisaanbod in Brussel opgeeft. Ik vraag de Vlaamse Parlementsleden die zaak kordaat aan te kaarten, ik zal hetzelfde doen in het Brussels Parlement, in de Vlaamse Gemeenschapscommissie. Dat bewijst nog maar eens hoezeer Brussel een negatief imago heeft. Het is nodig dat iedereen zich inzet om in de verste uithoeken van Vlaanderen een positief imago uit te dragen.

De heer Joris Van Hauthem: Enkele jaren geleden is een soort van ‘voorpost’ geïnstalleerd op de Nieuwsesteenweg in Dilbeek. Daar kunnen mensen al terecht zonder zich naar Jette te moeten verplaatsen. Hebt u dat daar gedaan omwille van de mobiliteitsproblemen? Had u dat anders niet gedaan?

De heer Marc Noppen: Dat was een van de motieven om dat in Dilbeek te doen. De Brusselse ring is tussen 7 en 10 uur en tussen 15 en 20 uur onmogelijk over te steken. Voor een aantal mensen in de Vlaamse Rand werd dat een probleem. Dus, dat is een reden.

5. Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad

Mevrouw Olivia Van Mechelen, directeur BWR: Ik breng een verhaal dat deels al aan bod is gekomen en een algemene schets biedt.

De Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad bestaat intussen 35 jaar als het overleg- en functioneel coördinatieplatform van de Nederlandstalige sector in Brussel. Onze doel en missie bestaan erin te werken aan kwaliteitsvolle en toegankelijke Nederlandskundige zorg via overleg, sectorale samenwerking, informatieverstrekking en advies. We krijgen daarvoor een toelage van de Vlaamse Gemeenschapscommissie. Die dynamiek heeft toch al gezorgd voor een aantal vernieuwende initiatieven in Brussel. De BWR werkt vandaag vooral rond de informatieverbreiding met het Zakboekje als een klassieker, maar ook databanken, tijdschriften enzovoort.

Thematisch werk gaat vooral over de problematiek van armoede en de interculturalisering van de zorg. Bovendien focussen we ook op netwerking en samenwerking binnen bepaalde sectoren, maar ook intersectoraal. In de BWR zijn een aantal intersectorale platforms

ingebod: het Brussels Regionaal Overleg Gehandicaptenzorg (BROG), Brussel Ondersteuning Dienstencentra (BOD) en het Brussels Platform Armoede (BPA).

Kader van het verhaal vandaag is het Vlaams engagement, ook voor welzijn. De Brusselse welzijnssector wordt voornamelijk door Vlaanderen ingekleurd. De VGC heeft een welgekommen, maar aanvullend beleid. Alle voorzieningen en reglementeringen, van kinderopvang tot ouderenzorg, worden bepaald door Vlaamse regelgeving.

Het Vlaams regeerakkoord bevestigt opnieuw het Vlaams engagement in Brussel. Vlaanderen laat Brussel niet los, staat er letterlijk. Dat vertaalt zich concreet in de 30 percent-norm, die gemakshalve nogal gemakkelijk gelezen wordt als 300.000. Dat getal is intussen sterk achterhaald. Er zijn geen 900.000, maar wel 1.050.000 Brusselaars. Prognoses geven aan dat over enkele jaren de kaap van 1.100.000 wordt overschreden. Dat impliceert dat ook qua programmatie een aantal zaken aan herziening toe zijn. De norm zou dus niet langer 300.000 maar 330.000 moeten zijn om de invulling van een aantal voorzieningen te bepalen.

Wie is die Brusselaar, voor wie willen we er zijn? De bevolking van Brussel wordt jonger. Een kwart van de Brusselaars is jonger dan 18 jaar. De vergrijzing is nog niet aan de orde, maar komt er wel aan. Belangrijkste aspect daarvan is dat de vergrijzing vooral gekleurd zal zijn. De toenemende diversiteit binnen de ouderengroep vormt een van de grote uitdagingen in Brussel. Bovendien gaat het dan om mensen die zich niet zelden in een precaire en kansarme situatie bevinden. Ook hun fysieke gezondheid lijdt daaronder.

Naast meer en meer gekleurd, wordt Brussel ook meer en meer meertalig. Twintig percent van de Brusselaars is noch Nederlands-, noch Franstalig. Ook daarvoor moeten de welzijnsvoorzieningen klaarstaan.

Hallucinant zijn wel de cijfers over de oprukkende verarming van Brussel. Bijna een derde van de kinderen groeit op in een gezin zonder beroepsinkomsten. Wat niet in de cijfers aan bod komt, is de zogenaamde twintigste gemeente, met name de mensen zonder papieren, die geschat worden op ongeveer 100.000 in Brussel.

Voor welke uitdagingen staat het welzijnsaanbod in Brussel? In eerste instantie is er de toegankelijkheid en de zichtbaarheid in Brussel. De vooropgestelde 300.000 leven in een grootstad van 1 miljoen inwoners en eigenlijk weten we niet wie ze zijn. Het zijn uiteraard de Nederlandstaligen, maar net zo goed de anderstaligen die een beroep wensen te doen op onze diensten. Het is dan ook niet eenvoudig om die constant variërende groep te vatten. Daarnaast staat de uitdaging om met een aantal voorzieningen toch dicht bij de mensen te staan. De nabijheid van de diensten is vooral ook voor ouderen een cruciaal gegeven. Er is al gesproken over de beperkte mobiliteit van ouderen en het belang van de wijkwerking. Een klein onderzoek bij jongeren uit een aantal Brusselse wijken – onder meer de Kuregemwijk in Anderlecht, een jeugdhuis in Etterbeek en een in Sint-Lambrechts-Woluwe – ging na hoe jongeren zich in de stad verplaatsen, welke metrostations ze kunnen noemen en wat ze van andere gemeenten weten. Daaruit bleek dat de jongeren van de Kuregemwijk amper hun wijk uitkomen. Laat staan dat ze naar het centrum of een andere gemeente zouden reizen om van een of andere dienstverlening gebruik te maken.

Hoe organiseer je dan die nabijheid en zichtbaarheid van diensten in Brussel? Na vijftien jaar in Brussel wonen en ondanks zes jaar werken op de BWR, heb ik als inwoner nog steeds niet het gevoel dat er iets klaarstaat op de dag dat mijn gezinsleden of ikzelf zorg nodig zouden hebben. Ik pleit zeker niet voor grote instellingen, maar er is niets zichtbaar, ook niet voor mensen met een handicap bijvoorbeeld. Onzichtbaar is ongekend, zeker voor mensen die het referentiekader en de hulpverleningscontext niet kennen. Daarmee doel ik vooral op de allochtone gemeenschap, die daarmee niet vertrouwd is.

Ook de BWR probeert op die uitdagingen in te spelen. In een poging om een antwoord te bieden op het Vlaams decreet dat zich inzake lokaal sociaal beleid vooral richtte op de gemeenten, hebben we een aantal jaren geleden geprobeerd een variant voor Brussel te formuleren. Dat vertrok niet vanuit het gegeven van de lokale besturen, omdat Vlaanderen daarop in de Brusselse context geen vat heeft. Het heeft ons aan het denken gezet en heeft geleid tot een territoriale benadering van het integrale aanbod. Historisch zijn er heel wat welzijnsvoorzieningen en initiatieven uitgebouwd, maar tegen het licht van de kaart van Brussel en de bevolkingsprofielen, is gebleken dat er heel wat blinde vlekken waren.

De lokale dienstencentra zijn gegroeid vanuit de kansarmoedeproblematiek en op initiatief van het voormalige Vlaams Fonds voor de Integratie van Kansarmen (VFIK). De meeste zijn ingebed in het centrum en in de kansarme wijken, waar ze zeker hun plaats hebben. Dat maakt tegelijk echter dat in een aantal gebieden van Brussel, met aanzienlijk wat Nederlandstaligen en/of ouderen, er nog hiaten zijn. We grepen het lokaal sociaal beleid aan om de fameuze acht zones af te bakenen als canvas voor wat we nog willen ontwikkelen: het woonzorgconcept, de plannen voor de uitbouw van de lokale dienstencentra en de invulling van de programmatie.

Het hele debat over de kwaliteit van het onthaal, is in hetzelfde kader gevoerd. Een van de bedoelingen was in elke zone een sociaal infopunt op te zetten. Daarvoor was niet in extra middelen voorzien, maar het zou puur op de kracht van de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) en een aantal lokale actoren gestoeld worden. Vandaag zijn er al drie van die sociale infopunten. Er zijn niet voldoende middelen om dat verder uit te breiden. Het heeft wel het debat aangewakkerd over de sectoren heen, met betrekking tot de kwaliteit van het onthaal. Grote vraag blijft hoe we dit verder kunnen implementeren. De CAW's zijn de belangrijkste partner en daar zijn ongeveer vijftien voltijdsequivalenten beschikbaar om in Brussel het eerstelijnsonthaal te organiseren. Dat maakt het bijzonder moeilijk om in een dergelijke grootstad aanwezig te zijn.

Een tweede aspect naast toegankelijkheid en zichtbaarheid waarrond de BWR werkt, is de interculturalisering van de zorg. In een aantal sectoren blijven we kampen met een absolute ondervertegenwoordiging van alloctonen in de zorg. Dat gaat onder meer over de sector van personen met een handicap en de ouderenzorg. Dat heeft mijns inziens vooral te maken met de onbekendheid van het systeem. Met het project Bruggebouwer proberen we dat aan te pakken. Twee van onze mensen zijn heel actief op zogenaamde 'ambassadeurs' of sleutelfiguren binnen de allochtone gemeenschap afgegaan. Dat gaat van imams over verantwoordelijken van eigen organisaties, tot vrijwilligers ter plaatse. Er zijn intussen een 70-tal allochtone mensen die in een traject worden meegenomen waarin ze intensief leren hoe kinderopvang, jeugdzorg, ouderenzorg, gehandicaptenvoorzieningen en dies meer georganiseerd zijn en hoe er een beroep op te doen. Dat project is cruciaal om die doelgroep te bereiken.

Een derde luik waarop we de focus willen richten, is de reële aandacht voor armoede. Die neemt hand over hand toe. Het gevoel leeft dat er niets wordt ondernomen om dat tegen te gaan. Dat heeft heel wat te maken met de institutionele problemen. Alleen voor welzijn en bijstand aan personen al zijn voor Brussel zes ministers bevoegd. Armoede vergt bovendien veel werk op andere beleidsvelden. Dan is het niet vreemd dat structurele maatregelen niet evident zijn.

Vanuit Vlaanderen zijn er zeven verenigingen waar armen het woord nemen erkend in Brussel. Ze krijgen een halftijdse, en enkele een voltijdse werkracht gefinancierd. Zij proberen het luisterend oor te zijn, te mobiliseren en een platform te zijn voor mensen in armoede. In het Europese Jaar van de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting, met grote campagnes en acties, zien we toch al een zekere moeheid bij de verenigingen om

daaraan deel te nemen. Ze hebben te weinig slagkracht en middelen om dat te doen en willen er liever voor de mensen zijn en aanbieden wat zij vragen.

De thuisloosheid is ook in de media geweest en vormt in Brussel ook een groep die we niet uit het oog mogen verliezen. Met de winterprik komen meestal de nodige crisismaatregelen en noodopvang, maar structurele maatregelen blijven uit. Er is intensieve en integrale begeleiding nodig en voldoende opvangplaatsen en vooral preventief werken is de boodschap.

Een vierde aandachtspunt voor het beleid zijn de historische zorgtekorten. In een aantal sectoren is de Brusselnorm verre van gerealiseerd. In de ouderenzorg zijn er 115 plaatsen effectief gerealiseerd van de 1200 vooropgestelde bedden. In de opvang van personen met een handicap zijn er in Brussel momenteel 415 plaatsen, wat driemaal minder is dan het Vlaamse gemiddelde. Het gebrek, zeker in de volwassenenopvang, is dramatisch. In Brussel verblijven op dit ogenblik meer personen met een handicap in een rusthuis dan in een gespecialiseerde voorziening. Het overaanbod waarvan sprake, wordt in rusthuizen op die manier ingevuld, maar ook de kwaliteit van die bedden moet in vraag gesteld. Of dat de juiste manier is om het overaanbod in te vullen, is maar de vraag.

Bepaalde van die problemen kwamen duidelijk in beeld naar aanleiding van een onderzoek dat we twee jaar geleden lieten uitvoeren naar de situatie van personen met een handicap in Brussel. Het gaf wel degelijk de aanzet tot mobilisatie. Vroeger werd al eens met het verwijt geschermd dat er onvoldoende initiatiefnemers waren in Brussel. Nu is het nog wachten op de Vlaamse middelen in het kader van het Zorgregiebesluit om dat tekort weg te werken.

Een vijfde element dat ik in de kijker wil zetten, is de complexe werkomgeving van de hulpverleners in Brussel: een zware armoedeproblematiek, de ingewikkelde hulpverleningsvragen die ermee gepaard gaan, de meertaligheid die van hen gevraagd wordt. Het verloop in de sector is tekenend voor de moeilijkheidsgraad van hun werk. Dat zet de kwaliteit van de hulpverlening en de zorg in Brussel zwaar onder druk. Het is essentieel dat er de nodige aandacht wordt besteed aan het aantrekkelijk maken van de sector. Er is een groot potentieel van onderbenut personeel in Brussel aanwezig. Dan denk ik aan hoger opgeleide nieuwkomers die hun diploma en ervaring niet kunnen verzilveren. In die zin is de erkenning van diploma's belangrijk. Dat potentieel aanboren en het aan de slag krijgen in de welzijnssector vergt nog aardig wat werk.

Tot slot kent Brussel ook een aantal institutionele obstakels die ertoe leiden dat bepaalde zorgvormen in Brussel niet gerealiseerd worden. Zo denk ik aan de niet-opsplitsing van het gerechtelijk arrondissement Brussel-Halle-Vilvoorde: er is in Brussel geen enkel erkend vluchthuis voor vrouwen die slachtoffer zijn van geweld door de partner. Daarvoor moeten ze uitwijken naar Leuven of elders. Ook voor kinderen en ouders die elkaar willen zien in een neutrale bezoekersruimte, is er geen plaats.

Een ander voorbeeld is arbeidszorg, een specifieke werkvorm in het kader van de sociale tewerkstelling van mensen die zo zwak staan op de arbeidsmarkt dat ze allicht nooit in het reguliere arbeidscircuit terechtkomen. In Vlaanderen bestaat die werkvorm al lang en heeft hij zijn plaats, maar daar wordt hij dan ook als gewestmaterie betoelaagd en erkend. Dat impliceert dat er voor Brussel geen erkenning en geen voorziening is. Dat betekent dat die heel kwetsbare groep mensen van hieruit op de bus moeten om bijvoorbeeld naar Dilbeek in Den Diepen Boomgaard aan zinvolle dagbesteding te gaan doen.

Ik wil ook nog wijzen op de kracht van die kleine Nederlandstalige welzijnssector in Brussel. Een grote troef is dat we er zijn voor iedereen. De Nederlandstalige voorzieningen staan open voor alle talen en nationaliteit en maakt geen onderscheid in herkomst en

kleur. Dat is niet zo vanzelfsprekend, omdat men bijvoorbeeld in de Franstalige voorzieningen zonder het Frans veel moeilijker terecht kan.

We vinden elkaar ook ondanks het feit dat we klein zijn. De BWR is een overlegorganisatie en de organisaties zitten geregeld samen om de tafel. Via BWR en ook op eigen kracht vinden ze elkaar over de sectoren heen om vernieuwende initiatieven te ontwikkelen, die hier vandaag aan de orde geweest zijn.

Ten slotte ijver ik ervoor dat Vlaanderen zich sterk maakt om Brussel niet los te laten. Soms zitten we toch met het gevoel dat Brussel bewust of onbewust vergeten wordt. We komen nog altijd rapporten tegen waarin geen Brusselse cijfers zijn opgenomen met het excuus dat ze niet beschikbaar zijn ofwel wegen ze zo zwaar op een problematiek dat ze niet in rekening worden gebracht. BWR is op dat vlak graag een volwaardige gesprekspartner.

6. Huis voor Gezondheid

De heer Jan Lamote, ondervoorzitter HvG: We worden niet echt vrolijk van wat we allemaal hebben gehoord, maar ik breng vandaag het geboortekaartje van een baby die na een lange bevalling toch het licht zag. Binnen het Huis voor Gezondheid hebben we namelijk leren samenwerken, iets wat vaak nog moeilijker is dan iets te splitsen.

Het HvG is ontstaan vanuit een project Gezondheidscoördinatie Brussel, dat is opgestart binnen het kader van de BWR. Het kwam tegemoet aan een overzichtelijker en beter gecoördineerd aanbod van de Nederlandskundige gezondheidszorg in Brussel. In een masterplan is derhalve aandacht geschonken aan de knelpunten, mogelijkheden en concrete voorstellen. De volgende projectjaren, 2007-2009, zijn een aantal initiatieven genomen tussen de gezondheidscoördinator en diverse gezondheidspartners. Voorbeeld daarvan is onder meer het herorganiseren van een eerstelijnswachtdienst, een heikel punt in Brussel. Buiten de normale werkuren een beroep doen op Nederlandskundige zorg in Brussel, is niet vanzelfsprekend. Enkele jaren geleden is daartoe de Brusselse/Vlaamse wachtdienst opgericht die later versmolt met de Brusselse huisartsen, die uiteindelijk uitmondde in de Brusselse Huisartsen Kring die aan de wieg stond van de ontwikkeling van de wachtpost, Terra Nova. Die staat ook in voor de zogenaamde rijdende wacht met chauffeur en taxi-dienst voor huisartsen van wacht. Dat met het oog op de bereikbaarheid en veiligheid.

Ander voorbeeld was het opzetten van een opleiding huisartspraktijkassistent. Het gaat dan om werklozen die in samenwerking met de VDAB, de Erasmushogeschool en de VUB een opleiding volgen om de huisartsen te kunnen bijstaan in taken die niet meteen verband houden met hun medische praktijk.

Ten slotte is er nog het Zorgzoekerproject waarover u ongetwijfeld nog veel zult horen. Dat is een cruciaal moment in de ontwikkeling van de herkenbaarheid van de zorg in Brussel. Er is een gegevensbank opgesteld van eerstelijnsverzorgers. Die is ontsloten via telefonische weg, via het nummer 1700, en elektronisch via de website, waar men tevens de sociale kaart van Brussel kan raadplegen. Het project beoogt ook een communicatiefunctie ten aanzien van zorgverleners en burgers, met een nieuwsbrief en up to date informatie. Op Zorgzoeker kunnen zorgverleners met een eigen paswoord ook terecht om zorgverstrekkers uit de tweede lijn te vinden en zorgnetzorgverstrekkers.

De prille initiatieven werden uiteindelijk verankerd in een grote gezondheidsstructuur voor Brussel, het Huis voor Gezondheid, in 2010. Het wordt voorgesteld op een eerste meeting op 25 maart 2010. U ontvangt nog een uitnodiging. In het HvG worden de activiteiten geïntegreerd die tot nu toe werden uitgevoerd door Pro Medicis Brussel, Zorgnet en het project Coördinatie Gezondheidszorg. Dat gebeurt om de reeds aanwezige samen-

werking als organisatie te bestendigen in een stabiele en efficiënte structuur waarbij ook de financiering baat zal hebben. Projectgestuurde financiering is immers heel wat anders dan structurele. Het biedt trouwens ook een betere zichtbaarheid en herkenbaarheid aan het Nederlandstalige zorglandschap in vergelijking met de grote versnippering die een feit was.

Het Brussels Overleg Thuiszorg zal met enthousiasme meewerken aan de doelstellingen van het HvG. Zo worden alle zorgondersteunende en zorgverlenende ondersteunende diensten samengebracht in één organisatie.

Belangrijk is dat het HvG zelf geen zorg verstrekt. Het ontplooit heel wat activiteiten en zal een structurele samenwerking met een aantal partners bevestigen, zoals met de Brusselse huisartsenkring, het Doktersgild Van Helmont – een organisatie van specialisten en huisartsen voor Brussel en de Rand – en de Brusselse Welzijnsraad. Het ontwikkelt bovendien een preferentiële relatie met de andere beroepsverenigingen, het LOGO, het Kenniscentrum Woonzorg, en de partners uit de Rand zoals Medirand, de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg of SEL's en de lokale multidisciplinaire netwerking (LMN) uit de Rand.

De nauwe samenwerking is nodig om de ondersteunende rol van het HvG te kunnen uitbouwen met het nodige inzicht en zo een kader te bieden voor een echt netwerk van gecoördineerde zorg.

Wanneer het HvG boven de doopvont wordt gehouden, zal meteen ook de nieuwe versie van Zorgzoeker operationeel worden, uitgebreid met gezondheids- en welzijnsgegevens uit de Rand. Dat is een belangrijke nieuwigheid.

Het huis is het resultaat van de zoektocht naar een oplossing voor problemen waarmee men in Brussel geconfronteerd wordt. Het steunt op vier pijlers. De eerste is netwerking. De individuele zorgverlener kent immers zijn Nederlandstalige collega's niet. Het huis wil daarom de netwerking verzorgen onder zorgverleners door het ondersteunen van beroepsverenigingen, het organiseren van meetings en debatten en thematische werkvergaderingen.

We willen er de nadruk op leggen dat binnen het HvG de huisarts als eerste lijn de coach is van de gezondheidszorg. Dat is een cruciaal statement dat van bij aanvang is vastgelegd.

Het HvG biedt tevens een oplossing voor de versnipperde aanpak van gezondheidsproblemen. Het hecht veel belang aan multidisciplinaire samenwerking, transmurale samenwerking op maat van de zorgverlener en patiënt via zorgtrajecten, plannen en paden.

Het is ook een unieke operationele samenwerking tussen het Huis enerzijds en anderzijds de Brusselse samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, het Brussels Overleg Thuiszorg, de Brusselse Huisartsen Kring en het lokaal multidisciplinair netwerk.

Zorgzoeker is als derde pijler de oplossing voor de Vlaming die tussen de overvloed aan Franstalige zorgverleners geen Nederlandstalige hulp vindt.

Als vierde pijler wenst het HvG het tekort aan zorgverleners op te lossen door het aantrekken en vooral behouden van tweetalige zorgverleners in het Brussels Hoofdstedelijke Gewest. Daarbij haal ik graag het H-team aan, een team met ervaringsdeskundigen dat in het secundair onderwijs de studie van of een job in de gezondheidszorg promoot. Dat kan ook gebeuren via stagebegeleiding, praktijkondersteuning en praktijkassistenten.

De uitdagingen zijn groot en er is om suggesties gevraagd voor het beleid. Ze leven echt op de werkvloer en komen spontaan naar boven. Ten eerste moet de eerste lijn de kans

krijgen om zijn rol van coördinator en begeleider te spelen in het zorgproces van de patiënt. Daardoor wordt voldoende ondersteuning inzake informatica en communicatie-instrumenten nodig geacht. Het gebruik van de eerste lijn stimuleren is efficiënter voor de patiënt en goedkoper voor de maatschappij. Een vaste huisarts of het geëigende gebruik van een huisarts van wacht promoten is belangrijk.

De organisatie van de zorg is sterk gefragmenteerd. Het onderscheid tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg is vaak niet meer duidelijk waardoor de patiënt erin verdwaalt. Dat verzwakt aanzienlijk de positie van de huisarts als coach. Als die huisarts een betere greep krijgt op dat proces, kan hij ook doorverwijzen naar een tweede lijn die Nederlandskundig is. Ook dat is in het belang van een goede zorg voor de patiënt.

We moeten ook zorgen voor een goede integratie tussen eerste en tweede lijn door een activiteit te organiseren zodat de samenhang, de methodiek van zorgpaden duidelijk wordt afgesproken tussen eerste en tweede lijn. Dat koppelt het taalprobleem onlosmakelijk aan de kwaliteit van de geneeskunde, want te vaak wordt vergeten dat het Nederlands niet machtig zijn, letterlijk gevaarlijk kan zijn.

Ten slotte is de achillespees van ons verhaal het oplossen van het tekort aan Nederlandskundige zorgverleners in de eerste lijn, aan Nederlandskundige verpleegkundigen. Bijna in alle ziekenhuizen van Brussel met Nederlandstalige patiënten worden we geconfronteerd met het feit dat operatiezalen moeten sluiten omdat er geen Nederlandstalige verpleegkundigen meer worden gevonden. Franstalige ziekenhuizen kunnen dat zeer gemakkelijk oplossen door patiënten aan te trekken uit landen waar het Frans wel gekend is, zoals Roemenië. Deze verpleegkundigen kunnen in die ziekenhuizen niet aan de bak komen, omdat ze de taal niet kennen.

Ik kan nog heel wat toevoegen, zoals het aspect mobiliteit waarover u reeds een en ander vernomen hebt. Een verpleegkundige 's nachts naar een ziekenhuis brengen vergt enige organisatie van de mobiliteit. Ook dat speelt mee in de problematiek.

Het verheugt me dat we alle bijdragen hier hebben gehoord en ook de nodige harde argumenten. Wij achtten het noodzakelijk al die verschillende groepen van goede wil bijeen te brengen in een goed herkenbaar middel waar eenieder zijn expertise ter beschikking kan stellen aan de Nederlandstalige patiënt in Brussel, ongeacht uit welke hoek men komt.

Vragen van de leden

De voorzitter: Ik meen dat hiermee meteen ook de vraag van mevrouw Van der Borghet beantwoord is over het tekort aan Nederlandstalig personeel.

Zelf wil ik nog graag weten hoe de samenwerking met de Rand concreet verloopt.

De heer Jan Lamote: Er is een Brusselse gezondheidsorganisatie die zijn spiegelbeeld heeft gekregen in de Rand: Medirand, die veel gelijkenis vertoont met de organisaties waaruit het Huis voor Gezondheid bestaat. Enige verschil is dat Medirand zorgverleners groepeerd uit de Rand. De wisselwerking tussen Brussel en de Rand wordt zeer complex. Een voorbeeld: ik woon in Groot-Bijgaarden en breek mijn heup. Ik word in een Brussels ziekenhuis geopereerd maar moet nadien kinesitherapie krijgen. Daar zit de connectie tussen de Brusselse zorgverlening en de Rand. Als ik zelf beslis mijn heup te laten vervangen in een ziekenhuis in de Rand, speelt dat concept niet meer, omdat de vraag niet meer bij de Brusselse gezondheidszorg terechtkomt.

Hou ook in gedachten dat bepaalde beroepsgroepen in Brussel onbestaand zijn, zoals Nederlandskundige logopedisten voor kinderen. Dan is samenwerking met de Rand gewoon een must. We vinden dan ook dat zowel Brussel de Rand kan versterken en steunen als de Rand een positieve invloed kan hebben in Brussel.

De voorzitter: Ik dank alle sprekers voor hun zeer interessante uiteenzetting. We kregen veel stof tot nadenken.

De voorzitter,

Mark DEMESMAEKER

De verslaggever,

Ann BRUSSEEL