

# EEN TERUGBLIK OP 40 JAAR GESCHIEDENIS

---



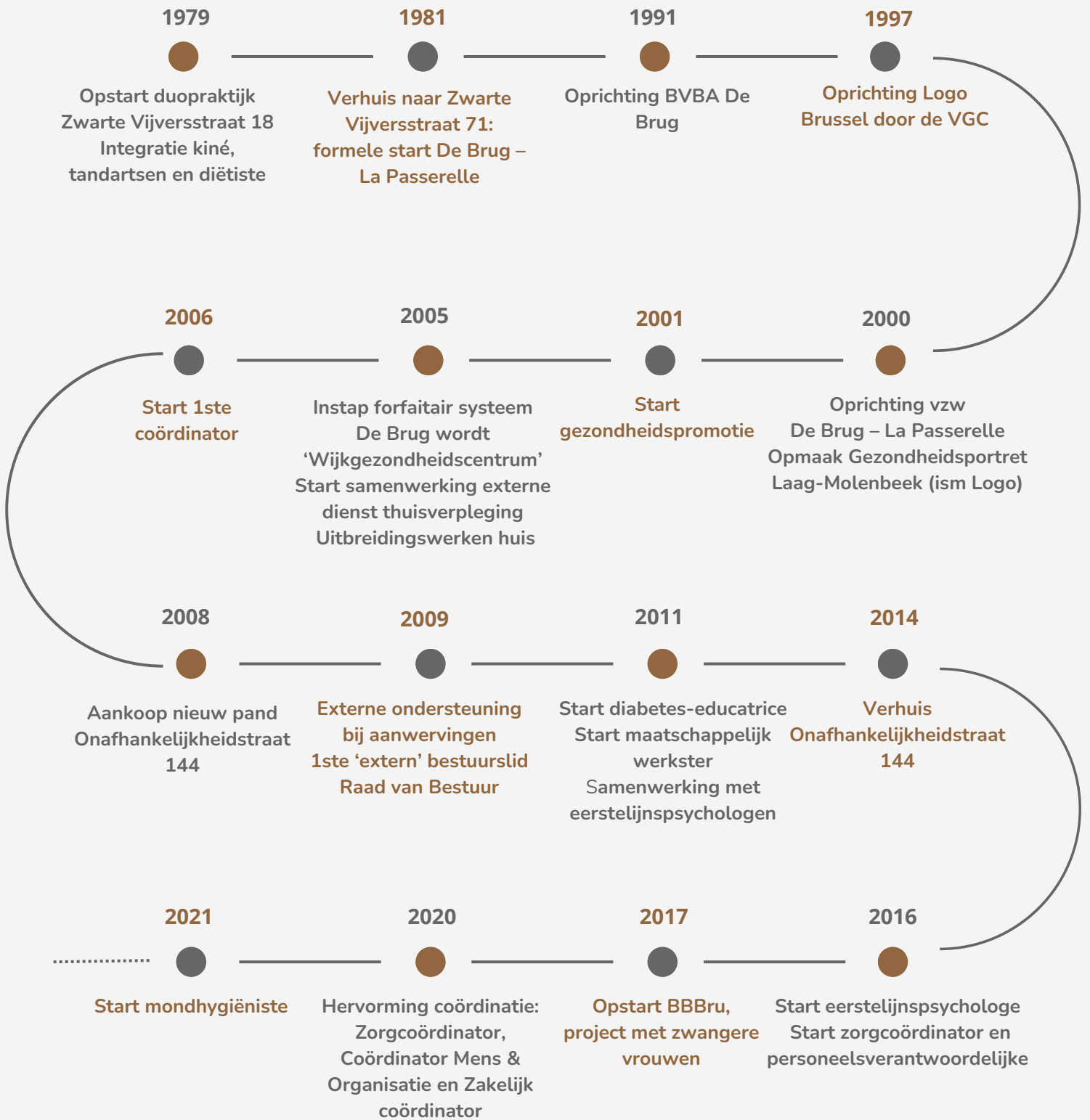
*“Zo deden we het, meer moest het niet zijn. Een bureel, dossierkasten en een ijskastje voor labostalen. Drie telefoonlijnen, balpennen en veel papier. Dat was het. De eenvoud ervan was, door de ogen van nu, verrassend. Dossiers die we voor de consultaties en huisbezoeken bovenhaalden en weer alfabetisch rangschikten. Labo-uitslagen die we noteerden in de dossiers, agenda’s waarin we huisbezoeken schreven. De belangrijkste verandering in de beginjaren was de introductie van een groot blad waarop we alle afspraken noteerden voor artsen en tandartsen: wat een vooruitgang!”*

*- Lieve De Wulf, onthaalmedewerker bij De Brug van 1986 tot 1992*

## DUIK MET ONS MEE

Duik met ons mee in de rijke geschiedenis van veertig jaar Wijkgezondheidscentrum De Brug, Maison Médicale La Passerelle. We nemen je mee vanaf het prille begin in 1979 en geven je een chronologisch overzicht per decennium. De jaren ‘10 bevat erg veel gedetailleerde informatie en bundelen we daarom volgens enkele grotere thema’s. Ook zoomen we kort in op de evolutie van gezondheidspromotie, een belangrijke en overkoepelende pijler in het centrum. Afsluiten doen we met een blik op de toekomst en een pleidooi. We illustreren het geheel met getuigenissen van medewerkers en op het einde van dit document vind je een overzicht terug van wie ooit bij De Brug werkte. Jammer genoeg beschikken we niet over de volledige data van tewerkstelling en, in sommige gevallen, ook niet over de volledige naam: onze excuses aan de betrokken personen. Veel leesplezier gewenst!

# TIJDSLIJN



# DE JAREN '80: DE PIONIERSJAREN

De pioniersjaren van De Brug kenmerken zich door een gedreven zoeken naar een betere gezondheidszorg en een zorg op maat van de patiënt, dit in een volkse wijk in Brussel waar veel gezinnen in armoede leven. De uitkomst was onzeker, het vertrekpunt ambitieus: hoe geven we concreet gestalte aan een maatschappelijk engagement waarbij we de traditionele geneeskunde overstijgen?

## Een andere vorm van gezondheidszorg

Bernard Meyfroidt en Georges Dusart starten eind 1979 een duopraktijk in de Zwarte Vijversstraat 18 in Sint-Jans-Molenbeek. Bernard gaat als eerste van start en Georges vervoegt hem op het moment dat Bernard zijn burgerdienst aanvat. Beiden behoren tot een nieuwe generatie artsen die ijveren voor een andere vorm van gezondheidszorg, meer gericht op de patiënt. Georges sympathiseert voor AMADA, voorloper van de PVDA, en Bernard voor Christenen voor het Socialisme, een vereniging die het Socialisme binnen de kerk propageerde. Waar ze met de praktijk in de Zwarte Vijverstraat naartoe willen, is aanvankelijk niet duidelijk. De wil om samen te werken en de gezondheidszorg te vernieuwen, zet van meet af aan de toon. In het prille begin verlopen de consultaties zeer rudimentair: patiënten nemen in de gang van de praktijk een plankje met daarop het uur van de afspraak.

## Een tumultueus begin

Bernard en Georges hebben meteen veel werk want in de winter van '79 - '80 breekt een artsenstaking uit die door progressieve artsen, vooral huisartsen, wordt geboycot. Met deze staking ontstaat er een beweging van progressieve artsen die voortaan weigeren om hun lidgeld te betalen aan de Orde der Geneesheren. Ze vinden de staking moreel onverantwoord omdat er geijverd wordt voor hogere inkomsten voor de specialistische geneeskunde. Ze verwijten de Orde dat ze een conservatieve medische ethiek verdedigen en vooral oog hebben voor de corporatistische belangen van artsen. Talrijke vergaderingen van de actievoerders gaan door in De Brug. In 1981 volgt er een grote betoging tegen de Orde in Machelen.

In 1984 betalen een 1500-tal artsen hun lidgeld niet. De Orde brengt iedere niet-betaler voor de burgerlijke rechtbank en de vrederechters veroordelen in veel gevallen tot betaling, waardoor deze beweging langzaam afkalft. Georges wordt uiteindelijk, in 1987, door het Vrederecht van kanton Molenbeek veroordeeld tot betaling. Een vijftigtal patiënten van De Brug zijn aanwezig om hun steun aan Georges te betuigen.



### **Een multidisciplinair centrum**

Al snel groeit de overtuiging om te evolueren naar een multidisciplinair centrum. Kort na de opstart van de duopraktijk werven Georges en Bernard een onthaalbediende aan. Ook wordt de samenwerking uitgebreid met een derde arts, twee kinesitherapeuten, een eerste en vervolgens een tweede tandarts en een diëtiste. De Brug is op dat moment het enige wijkgezondheidscentrum met tandartsen en zal hierin lang koploper blijven.

### **Pluralistisch marxisme**

In de beginperiode heeft de Brug een politiek platform dat expliciet verwijst naar het marxisme. Er wordt gekozen voor een pluralistisch marxisme, niet ongewoon voor de progressieve huisartsen in die periode. De zorgverleners werken als zelfstandigen en enkel de onthaalbedienden en de diëtiste werken onder contract. De zelfstandigen werken volgens het systeem van betaling per prestatie. Van hun totale inkomsten geven ze een bijdrage af aan De Brug waarmee het onthaal en de diëtiste betaald worden, volgens een verdeelsleutel in functie van de hoogte van de inkomens. Ieder jaar worden deze bijdragen herbekeken. Deze manier van werken is in die jaren allesbehalve vanzelfsprekend. De verwijzingen naar het marxisme verdwijnen dan ook, maar blijven het centrum inspireren.

### **Inzet en enthousiasme**

De artsen presteren, volgens de gewoonte van die tijd, veel uren, doorgaans behoorlijk meer dan de voorziene 38u of 40u in een bediendencontract. Huisbezoeken nemen eveneens een flink aantal uren in beslag, maar ook dat wordt in die tijd als een normale manier van werken beschouwd. De Brug draait op de inzet en het enthousiasme van de medewerkers: het is 'hun' centrum. Dit impliceert ook een inzet buiten de uren, zoals twee zaterdagdagen per jaar waarbij het huis grondig gekuist en opgeruimd wordt. Iedere medewerker is ook verantwoordelijk voor een deelaspect van de globale werking, zoals de wachtzaal, secundaire preventie, werken aan het huis, subsidies, patiëntenbesprekingen, vertegenwoordiging bij wijkorganisaties ...

*“Nadat ik alleen en met overrompelend succes gestart was met een kabinet op het Simonisplein te Koekelberg, ontmoette ik via de Brusselse Wachtdienst twee sympathieke en gemotiveerde collega's. We zagen elkaar regelmatig en al snel wisten ze me te overtuigen van hun marxistische benadering van een betere organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in precaire wijken. Tot dan bestonden mijn activiteiten grotendeels uit het meten van de bloeddruk van welgestelde mensen. Ik was er niet rouwig om dat Georges en Bernard me, met hun heldere denkbeelden en analyses, een uitnodigend alternatief boden.”*

*- Roger Kestens, huisarts bij De Brug van 1981 tot 1997*

*“De Brug heeft van meet af aan succes en patiënten volgen in grote getale. Er werd elke dag tot laat in de avond gewerkt en tot laat in de nacht vergaderd. De patiënten zijn aanvankelijk vooral vereenzaamde, oude Brusselaars met meerdere ziektesymptomen. Nadien komen steeds meer mensen met een buitenlandse origine, afkomstig uit alle landen van Europa en ver daarbuiten, over de vloer. De voldoening in ons werk en de interessante casussen die we zagen, compenseerden ruimschoots de precariteit waarmee we geconfronteerd werden. Velen konden immers geen remgeld betalen en anderen leefden op het OCMW die ons vaak pas na zes maanden of nooit uitbetaalden”*

*- Roger Kestens, huisarts bij De Brug van 1981 tot 1997*

### **Weinig klinisch, maar warm en gemoedelijk**

In 1981 verhuist De Brug naar de Zwarte Vijversstraat 71, een rijhuis wat verderop in de straat dat de medewerkers zelf aankopen en deels eigenhandig renoveren. Een kleine draaitrap aan het onthaal leidt naar de kelder met daarin de bibliotheek en de keuken die eveneens dienstdoet als vergaderruimte. In de keuken leidt een deur naar de medische stock en een ruimte waar de tandarts radiologische opnames ontwikkeld. De infrastructuur doet weinig klinisch aan en de moderne standaarden van hygiëne worden niet overal in het gebouw gehaald. Een medewerker getuigt bijvoorbeeld over één van de artsen die in zijn kabinet al rokend consultaties doet en dat er steevast gerookt wordt op de vergaderingen. Daarentegen omschrijven de patiënten en medewerkers De Brug als een warme en gemoedelijke plek. Zo vertelt één van de medewerkers dat in de kelder de koffie steeds klaarstond en iedereen tussendoor langskwam om er een babbeltje te slaan.

*“De eerste installatie van de tandartsenpraktijk stond op een houten vloer met daarop linoleum. De nieuwe installatie was te zwaar en daarom lieten we spanbeton steken met daarop een stenen vloer. In de zomer kwam op een bepaald moment, door de warmte, de vloer met veel gekraak naar omhoog. Ik was toen net een patiënt aan het behandelen en in paniek – ik dacht dat de vloer naar beneden ging vallen – rende ik naar beneden en heb ik alle patiënten uit de wachtzaal gejaagd. Achteraf bleek het een storm in een glas water te zijn: het spanbeton was oké, de vloer werd hersteld en alles was terug in orde. Ikzelf en de patiënt in kwestie zijn het voorval nooit vergeten.”*

*- Koen Franck, tandarts bij De Brug sinds 1982*

*“In de beginjaren bestond er geen digitale radiografie en ontwikkelde ik radiografieën met de hand in chemicaliën in de kelder. Ik kan mij dat nu echt niet meer voorstellen: dat was erg vervuilend, tijdrovend en van slechte kwaliteit.”*

*- Koen Franck, tandarts bij De Brug sinds 1982*



### **Een gezondheidshuis van de eerste lijn**

De Brug noemt zichzelf een gezondheidshuis, al is ze van bij aanvang aangesloten bij de Vereniging van Wijkgezondheidscentra. Pas in 2005, bij de overgang naar het forfait, kiezen we expliciet voor de term wijkgezondheidscentrum. De naam 'De Brug' verwijst naar de ambitie van het centrum om de afstand te overbruggen tussen de mensen en de ingewikkelde, moderne, technische geneeskunde waarin ze verloren dreigen te lopen. De Brug is een gezondheidshuis van de eerste lijn waarbij we de mens in zijn geheel willen benaderen, zowel lichamelijk, psychisch als sociaal. We verwerven inzicht in de personen zoals ze thuis en in de buurt leven en we proberen hun gezondheidsproblemen te koppelen aan werk- en leefomstandigheden. Indien nodig wordt er vanuit de eerste lijn doorverwezen naar de tweede of derde lijn.

### **Werkingsgebied**

De Brug kiest in de beginjaren niet expliciet voor een duidelijke afbakening van het patiëntenbestand tot de wijk. De artsen maken deel uit van de Vlaamse Wachtdienst. Brussel is ingedeeld in sectoren en Molenbeek maakt deel uit van sector IV-Noord waartoe ook Koekelberg, Jette, Laken, Ganshoren, Sint-Agatha-Berchem en een deel van Brussel-stad behoren. Patiënten die werden geholpen tijdens de wachtdienst, werden soms patiënt bij De Brug. Hierdoor werd de geografische actieradius heel groot.

### **Betrokkenheid patiënten**

In de jaren '80 richt De Brug een patiëntengroep op waarbij wordt gesproken over maatschappelijke onderwerpen met als doel patiënten politiek te vormen. Er is een dieetgroep actief en er wordt een patiëntenkrantje uitgegeven. In 1985 wordt samen met Centrum West een avondvergadering georganiseerd waarop een honderdtal aanwezigen present tekenen. Ook organiseert De Brug jaarlijks een bal voor de medewerkers en de patiënten.

*“Tot 1994 wordt er jaarlijks een bal georganiseerd voor de patiënten. Er werd met man en macht gewerkt aan het ineen knutselen van het ‘Bal van De Brug’ in de Vaartkapoen. Dit is steeds een groot succes. Ik vond het heerlijk en zo leerde ik ook de families van mijn patiënten beter kennen. Er werd gedanst en gedronken, er waren hapjes en een tombola, en er werd nog gedronken.”*

– Gilbert Dewaele, tandarts bij De Brug van 1981 tot 1995



## Opgericht en gedragen door medewerkers

In tegenstelling tot veel andere wijkgezondheidscentra, komt De Brug er niet op initiatief van enkele organisaties die een centrum oprichten en dan op zoek gaan naar werknemers. De Brug wordt daarentegen opgericht en gedragen door de medewerkers. We zijn aanvankelijk een feitelijke vereniging die zonder Raad van Bestuur werkt. Het beheer en beleid worden vastgelegd tijdens teamvergaderingen waar alle medewerkers naartoe komen. Langere en meer diepgaande discussies gebeuren op een jaarlijkse studieweekend. Er is een dagelijks bestuur van drie wisselende personen die wekelijks vergaderen. Daarnaast is er een veertiendaagse teamvergadering voor alle medewerkers en om de twee maanden is er een avondvergadering. De horizontale beslissingsstructuur van De Brug vindt zijn oorsprong in deze periode en maakt deel uit van het DNA van ons centrum.



*“Er werd veel en lang vergaderd in De Brug en de discussies liepen soms hoog op. Het bier en de sigaren die morele ondersteuning boden, zaten daar zeker voor iets tussen, maar we kwamen steeds tot een gedeelde visie!”*

*- Roger Kestens, huisarts bij De Brug van 1981 tot 1997.*

*“Wie er bij was denkt met veel plezier en enige weemoed terug aan de weekends in Bouwel, in de Antwerpse Kempen. Eén keer per jaar werd er op weekend gegaan, voor al wie betrokken was bij De Brug en met de partners en kinderen. Op zaterdag was er een discussie voor de medewerkers over de werking van het centrum. Op zondagvoormiddag was er een vergadering over één of ander politiek of sociaal thema. Het is een traditie die nog jaren stand zal houden.”*

*- Gilbert Dewaele, tandarts bij De Brug van 1981 tot 1995*



### **Omkadering (of het gebrek eraan)**

In die periode wordt De Brug niet professioneel omkaderd. Er zijn geen 'externen' die De Brug begeleiden en er is ook geen coördinator. De enige uitzonderingen hierop zijn een begeleider voor de discussies tijdens de jaarlijkse studiedag en de broer van één van de artsen (die werkzaam is in een financiële instelling, maar eigenlijk geen echte boekhouder is) die de financiën voor zijn rekening neemt. Verslagen van vergaderingen worden met de hand geschreven, dit volgens een beurtrol. De kwaliteit is vaak ondermaats, wat leidt tot veel discussie achteraf. Bovendien gaan deze verslagen vaak verloren in de zoveelste opkuis of latere verhuis. Van informatisering van de dossiers en van het onthaalwerk is nog geen sprake. Er is een klein dossier per patiënt dat gebruikt wordt bij elke consultatie en huisbezoek. Er is een groot dossier dat enkel wordt uitgehaald op verzoek van de arts, waarin alle verslagen van bloedafnames en bijkomende onderzoeken worden bijgehouden. Aan het onthaal ligt een groot blad waarop de onthaalbedienden de afspraken voor de consultaties noteren. Huisbezoeken en andere berichten worden genoteerd in de agenda van de arts.

### **Geconnecteerd met Brussel en met de wijk**

De artsen van De Brug staan in die beginjaren mee aan de wieg van de Brusselse Huisartsenkring en van de Vlaamse Wachtdienst in Brussel. De Brug is ook aangesloten bij de Vereniging van Wijkgezondheidscentra. Van meet af verwelkomt De Brug stagiairs verpleegkunde en huisartsgeneeskunde, vaak één stagiair per arts. In het nabijgelegen Centre des Etangs Noirs, een opleidingsplek voor manuele beroepen, worden de artsen van De Brug regelmatig uitgenodigd om er te spreken over medische preventie. De tandartsen geven ook een basisopleiding tandverzorging aan artsen in opleiding van Artsen zonder Grenzen.

Eind van de jaren '80 en begin van de jaren '90 werkt De Brug actief mee aan de Sociale Coördinatie, een tweetalig samenwerkingsverband van sociale organisaties in Molenbeek. Deze koepel werkt een aantal concrete voorstellen uit die een einde moeten maken aan het totaal gebrek aan sociaal beleid in de historische kern van Laag-Molenbeek. In 1992 komt er een beleid op gang dat werkt aan een betere ruimtelijke ordening. Om tegemoet te komen aan de ruime sociale noden richt de gemeente de Cellule pour la Lutte contre l'Exclusion Sociale op.

### **Komst en vertrek teamleden**

In de tweede helft van de jaren '80 en in de jaren '90 breidt het team gestaag uit: er komt een vierde huisarts, een tweede onthaalbediende en een vaste poetsvrouw. Twee huisartsen doen ook acupunctuur en één kinesist beoefent osteopathie. Gedurende één jaar werkt er in De Brug ook een psychologe. We werken ook steeds vaker met vrijwilligers. De oprichters, Bernard en Georges, verlaten De Brug nog voor het centrum de kaarsjes van haar tienjarig bestaan uitblaast: Bernard verlaat De Brug in 1986 en Georges vertrekt in 1987.





# DE JAREN '90: TER PLAATSE TRAPPELEN

De jaren '90 zijn geen evidente jaren voor het centrum. Tijdens dit decennium boekt De Brug inhoudelijk weinig of geen vooruitgang. Meningsverschillen over de werking van het centrum en persoonlijke conflicten werken eerder verlamdend.

## Moeilijke jaren

Na het vertrek van de eerste onthaalbedienden blijkt het zeer moeilijk om onthaalbedienden te vinden die het veeleisende onthaalwerk aankunnen. Vaak is er niemand aan het onthaal en moeten de medewerkers hun consultaties onderbreken om de telefoon te beantwoorden. Omdat de gespecialiseerde centra voor drugs niet kunnen voldoen aan de vele hulpvragen, krijgen eerstelijnspraktijken gaandeweg ook te maken met de vraag naar opvang en begeleiding van patiënten met een drugsverslaving. Huisartsen worden opgeleid en in samenwerking met gespecialiseerde centra vangen zij tientallen patiënten met een drugsproblematiek op, ook in De Brug.

## Beheer gebouw

Voor het beheer van het gebouw richten we in 1991 een vennootschap met beperkte aansprakelijkheid op. De aandelen verdelen we volgens een bepaalde verdeelsleutel over de zelfstandige medewerkers. De waarde van een aandeel is fictief en niet gebaseerd op de reële waarde van het huis. Op het ogenblik dat iemand weggaat uit De Brug, neemt de medewerker die hem vervangt de aandelen over. Zo vermijden we hoge registratiekosten bij iedere overname.

## Waar stagnatie de toon zet

Maar de jaren '90 zijn vooral jaren van stagnatie. Hoogoplopende meningsverschillen blokkeren iedere vernieuwing. Een grote meerderheid van de medewerkers wil een volwaardig wijkgezondheidscentrum, maar alle concrete afspraken en pogingen in die richting strandden. De discussies gaan zowel over de inhoudelijke lijn van het centrum als de organisatorische vormgeving ervan. Zo vragen we ons onder andere af hoe we meer kunnen betekenen voor de wijk door de verschillende disciplines meer met elkaar te laten samenwerken en door voluit te kiezen voor gezondheids promotie.

We discussiëren ook over de overstap naar het forfaitair systeem waarbij we, per ingeschreven patiënt en per discipline, een vast bedrag per maand zouden ontvangen via het ziekenfonds van de patiënt, ongeacht of de patiënt in die maand op consultatie komt of niet. We stellen ons vragen over het al dan niet evolueren naar een vzw en, tot slot, leeft er ook de existentiële vraag: 'Gaan we voor een echte samenwerking met zin voor compromis en luisterbereidheid of houden we vast aan ieders goesting waarbij we gemaakte afspraken voortdurend opnieuw in vraag stellen?' De meningsverschillen hebben echter nooit een impact op de toewijding en het engagement voor de patiënt en de kwaliteit van de zorgverlening blijft een hoofdbekommernis.

*“Begin jaren '90 heerste er een malaise in De Brug en toen heb ik besloten om er nog maar halftijds te werken. We gingen op zoek naar andere tandartsen wat niet makkelijk was, en tot op vandaag niet evident is. Kwam het door de afstand? De infrastructuur: we hadden slechts één behandelstoel? Was het de wijk? De samenstelling van de wijk was gedurende de jaren ook sterk veranderd: minder autochtone patiënten en we hebben ook een tijdje meer druggerelateerde problemen gekend tot we daar een eind aan hebben gesteld. Waren het de vele 'no shows' van onze patiënten tegenover andere praktijken in meer gegoede wijken? Was het de manier van werken?”*

– Koen Franck, tandarts bij De Brug sinds 1982

## Een kentering

Aan het einde van de jaren '90 komt er stilaan een kentering. In 1997 richt de Vlaamse Gemeenschap Logo's op, lokaal-regionale netwerken 'Lokaal Gezondheidsoverleg'. Deze netwerken, waarvan één in Brussel, krijgen als opdracht lokale initiatieven te bundelen en te coördineren om de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen te realiseren. Op dat ogenblik zijn die doelstellingen gericht op vijf zaken: een daling van het aantal rokers, een daling van de consumptie van vetrijke voeding, het verbeteren van borstkankerscreening, een daling van het aantal dodelijke ongevallen en het verbeteren van de vaccinatiegraad. We werken actief mee aan de uitbouw van Logo Brussel, vooral om er van meet af aan ook het aspect kansarmoede in te integreren.

## Gezondheidsportret

Logo en De Brug maken in 2000 het gezondheidsportret van Laag-Molenbeek op door verenigingen en wijkbewoners te bevragen over de prioritaire gezondheids-thema's: 'Is de wijk gezond om in te leven? Op welke manier beïnvloedt de wijk de gezondheid van haar bewoners?' En vooral: 'Wat vinden de bewoners er zelf van?' Het gezondheidsportret brengt de troeven en de gebreken van de wijk in kaart en geeft een aanzet voor mogelijke oplossingen.

'Afval' en 'een gebrek aan netheid op straat' komen er als belangrijkste bezorgdheden uit. Het tweede thema dat sterk aan bod komt is 'wonen'. We zetten een affichecampagne op tegen vuil op straat en er zijn contacten met de gemeente om onder andere te pleiten voor meer vuilnisbakken. Later komen er acties rond vocht in huis, rond CO-preventie en voor meer groen aan de gevels.

## Bundeling van krachten

Deze vernieuwde dynamiek resulteert in een heuse bundeling van krachten en wijkpartners verenigen zich in verschillende netwerken. We werken samen met Buurthuis Bonnevie, Maison Médicale Norman Bethune, La Rue asbl (vereniging ter ondersteuning van huurders en eigenaars) en Dar al Amal (vrouwenvereniging van de Foyer). Een vast netwerk 'Laag-Molenbeek Gezond' krijgt een structurele plek in de wijk en zet zich vandaag nog steeds in voor gezond wonen.



# DE JAREN NUL VAN DE 21STE EEUW: EEN INHOUDELIJKE EN ORGANISATORISCHE DOORSTART

In het begin van de 21ste eeuw volgt de doorbraak naar een volwaardig wijkgezondheidscentrum. Na een zware voorbereiding zetten we eindelijk de stap naar de forfaitaire werking. Gezondheidspromotie wordt op de rails gezet als een volwaardige discipline in het centrum.

## **Overstap naar vzw en uitbreiding team**

In het begin van deze periode wordt De Brug dan toch een vzw. Dit geeft het centrum onder meer de mogelijkheid om subsidies aan te vragen bij de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC). De vzw zal echter nog jaren een papieren bestaan leiden; er is een Raad van Bestuur, maar die speelt aanvankelijk geen rol in het beleid en de beslissingen van het centrum. In 2001 start de eerste gezondheidspromotor van het centrum. Deze persoon werkt vanuit een evidence-based strategie. Stilletjes aan waait er een nieuwe wind. De komst van vier nieuwe medewerkers zorgt voor een injectie van dynamiek en beslissingskracht. De hele discussie rond de overstap naar een forfaitair systeem, krijgt dan eveneens een boost.

## **Bezinning en discussie**

De teamvergaderingen groeien in dit decennium uit tot echte bezinnings- en discussiemomenten over de inhoudelijke uitbouw van het centrum. Thema's die aan bod komen zijn: het versterken van de multidisciplinaire samenwerking, valoriseren van functioneringsgesprekken, het delen van informatie over een patiënt versus beroepsgeheim, respect voor en door de patiënt, curatief en preventief werken, hoe informatie delen in het team ... In eerste instantie leiden deze gesprekken echter niet tot duidelijke afspraken en protocollen. De kwaliteit van verslagen zal gedurende de tweede helft van deze periode wel de hoogte inschieten.

## **Digitalisering**

We maken in dit decennium kennis met het Elektronisch Medisch Dossier; het is het startschot van een jarenlang gestaag informatiseren van de medische dossiers. We gaan ook van start met een elektronische agenda.

*“In 2002 versterkte Ingrid Vander Stichele de tandheelkunde in De Brug nog professioneler gemaakt en de samenwerking met de preventiewerkers verbeterd. Zo kwam er een gezelschapsspel over tandheelkunde, een maand van de mondgezondheid met een badge voor het personeel, een tekenwedstrijd voor kinderen met als eerste prijs een elektrische tandenborstel, brochures over algemene mondgezondheid, een inwisselingsactie van oude tandenborstels voor nieuwe. In samenwerking met de Federatie van apothekers werd er ook een medicatielijst opgesteld voor kinderen van medicatie zonder suiker. Er werd samengewerkt met het OCMW van Molenbeek, het asielcentrum Foyer Selah, het Leger des Heils en op regelmatige tijdstippen waren er ook schoolbezoeken.”*  
– Koen Franck, tandarts bij De Brug sinds 1982

### **Forfait: wel of niet?**

De overstap naar een forfaitair systeem wordt lang bemoeilijkt door twee zaken. Enerzijds is er het praktische probleem dat één arts deels als acupuncturist werkt, ook voor patiënten van buiten De Brug, wat niet meer mogelijk zou zijn binnen het forfait. Anderzijds, en vooral, is er de vrees dat het gros van de patiënten de stap niet wilt zetten: we gaan ervan uit dat de meeste patiënten bij verschillende artsen consulteren en dit zou binnen het forfait niet meer mogelijk zijn. We nodigen Wijkgezondheidscentrum De Brugse Poort uit Gent uit om nog eens alle voordelen van het forfaitair systeem toe te lichten. We bezoeken eveneens een Franstalig gezondheidscentrum in Vorst, het Wijkgezondheidscentrum Zwartberg in Genk en er zijn verschillende gesprekken met de Vereniging van Wijkgezondheidscentra.

### **De beslissing valt**

In 2003 overwinnen we de koudwatervrees en beslissen we over te stappen naar het forfaitair systeem. Hierop volgen jaren titanenwerk om de overgang rond te krijgen, zonder coördinatie en ook, tot in 2004, zonder administratieve ondersteuning. We rekenen uren om een zicht te krijgen op de inkomsten, want die zijn bij het forfaitair systeem afhankelijk van het aantal ingeschreven patiënten en hun statuut, en of die al dan niet een voorkeurstarief geniet. Dit is geen sinecure want het gaat over tienduizend dossiers en het patiëntenbestand is op dat moment nog niet geïnformatiseerd. Ook moet er een verdeelsleutel berekend worden om de inkomsten te verdelen over de medewerkers. De moeilijkheid omvat een verdeelsleutel voor de zelfstandigen. We beslissen om bij de overgang alle zelfstandige statuten te behouden tot we een duidelijker zicht hebben op de inkomsten. Doordat een zelfstandige minder kost dan een bediende kan het centrum in die beginjaren wel een mooi spaarpotje aanleggen, wat later de aankoop van een nieuw gebouw en de aanwerving van nieuwe medewerkers zal vergemakkelijken.

### **De effectieve overstap**

Op 1 januari 2005 gaat de forfaitregeling dan officieel in werking met een kleine 3000 inschrijvingen. De inschrijvingen verlopen zeer vlot en er zijn nauwelijks patiënten die weigeren. De nodige inschrijvingspapieren worden op het laatste moment bezorgd aan de mutualiteiten, sommige zelfs nog op kerstavond. Er komt echter meteen een kink in de kabel. Net voor De Brug de overstap doet, wijzigt de administratieve regeling bij de mutualiteiten. Als gevolg hiervan zal het tot augustus 2005 duren vooraleer De Brug haar eerste inkomsten krijgt. De bedienden worden in die periode doorbetaald, maar de zelfstandigen krijgen pas in augustus voor het eerst geld op hun rekening. Toch blijft iedere medewerker zich voor de volle honderd procent inzetten.

*“Het is vooral in die periode ter voorbereiding van het forfaitair systeem dat we als team erin slaagden te groeien. Als ik er nu aan terugdenk, sta ik nog steeds versteld van de enorme drive die er toen was. Zo mooi hoe we er toen in geslaagd zijn die energie te blijven aanwakkeren en er samen voor te gaan.”*

*– Vanessa Devis, arts bij De Brug van 2002 tot 2016*

*Om de patiënten te informeren over de overstap, maakten we een brochure die zo eenvoudig en visueel mogelijk probeerde duidelijk te maken wat de spelregels zijn. We organiseerden twee informatie-momenten en in de wachtzaal speelde een video die we zelf in elkaar geknutseld hadden. De video had als achtergrondmuziek Nun komm, der Heiden Heiland (BWV 62) van Bach en muziek van U2 en het resultaat was vrij hilarisch én efficiënt.*

*– Freddy Merckx, arts bij De Brug sinds 1988*

## Huisbezoeken

In het eerste forfaitjaar doet de verpleegkundige huisbezoeken, maar dit blijkt al snel een moeilijk te organiseren zaak. Wanneer hij De Brug verlaat, wordt beslist de nieuwe verpleegkundige geen huisbezoeken meer te laten doen en vanaf dan samen te werken met de externe organisatie Mederi.

## Een coördinator en een missie

In 2006 komt er voor het eerst een coördinator. Het team bestaat op dat ogenblik uit vijftien personen: één coördinator, vier huisartsen, twee kinesitherapeuten, één verpleegkundige, twee tandartsen, twee gezondheidspromotoren, twee onthaalbedienden en één administratief bediende. Vanaf 2006 worden we ook ondersteund door een boekhouder. De effectieve overgang naar het forfaitair systeem creëert de ruimte en dynamiek om meer vooruit te kijken. Zo formuleren we voor het eerst een missie: 'Het wijkgezondheidscentrum De Brug stelt zich als doel het aanbieden van een kwaliteitsvolle en laagdrempelige eerstelijnsgezondheidszorg in deze wijk binnen een multidisciplinair verband, met daarbij aandacht voor de patiënt in zijn geheel: lichamelijk, psychisch en sociaal. De Brug streeft hierbij naar een integratie van curatieve en preventieve zorg en van gezondheids promotie.'

## Overgang bediendenstatuut

In 2007 starten de gesprekken op over de overgang naar een bediendenstatuut voor de zelfstandigen. Niemand wordt verplicht over te stappen, maar er wordt beslist dat iedere nieuwe medewerker, uitgezonderd tandartsen, automatisch als bediende zal werken. Hierop volgen heel wat vergaderingen en uren rekenwerk: voor welk barema wordt gekozen, op welke bijkomende vergoedingen heeft men recht, hoe bereken je het verschil tussen het inkomen als zelfstandige en wat je als bediende zal verdienen, hoe regelen we de continuïteit van 8u tot 19u, wat met vergaderingen, wat met de organisatie van de wachten ...? De keuze voor de barema's wordt gemaakt: in 2008 doen twee artsen de overstap, een andere arts stapt over in 2010 en de kinesitherapeuten wachten voorlopig nog af.



## De limieten van het huis

In de eerste helft van deze periode nemen we het huis grondig onder handen. Er komt een bureau voor de nieuwe administratieve medewerker en dossiers kunnen vanaf nu in behoorlijke omstandigheden gestockeerd worden. We geven de derde verdieping een facelift en verbouwen ze tot keuken en vergaderlokaal en in de kelder voorzien we twee nieuwe kabinetten. De verbouwingen zijn noodzakelijk maar zorgen er wel voor dat de medewerkers steeds minder ruimte hebben. Het gebouw in de Zwarte Vijversstraat botst steeds meer op haar limieten, zowel qua grootte als qua noodzakelijk comfort. Het is zelfs niet meer mogelijk om de interdisciplinaire werking uit te breiden of meer patiënten in te schrijven. Vanaf de tweede helft van 2007 start dan de zoektocht naar een nieuw gebouw en in de zomer van 2008 kopen we het huidige pand in de Onafhankelijkheidsstraat aan. We vragen de bouwvergunning aan en dienen een subsidiedossier in. We opteren voor een groei van 3000 naar 4500 patiënten.

## Verdere professionalisering

Begin 2009 wordt beslist om de aanwerving van nieuwe personeelsleden voortaan te laten verlopen via een externe organisatie. Tot dan werden de gesprekken met kandidaat-medewerkers gevoerd door teamleden waarbij, na een eerste selectie, de kandidaten door het hele team gezien werden. In dat jaar gaan ook voor het eerst functioneringsgesprekken door gebaseerd op een zelfevaluatie. We spreken af om deze gesprekken jaarlijks te herhalen, maar na drie keer verwatert dit. Er wordt in het team ook een nieuw arbeidsreglement goedgekeurd en er worden afspraken gemaakt rond respect voor en door de patiënt.



## **Bestuurlijke versterking**

Op een teamvergadering in 2009 herbekijken we de Algemene Vergadering en de Raad van Bestuur. We beslissen ook het bestuur uit te breiden met een extern lid. Doordat de Raad van Bestuur voor het eerst zal fungeren als een volwaardig orgaan, ontstaat een nieuwe dynamiek in de beslissingsstructuur van het centrum, zeker wanneer later ook de Dagelijkse Werking herzien wordt.

## **Een voorproefje op 2020**

In de zomer van 2009 bereidt de medische wereld zich voor op een gevreesde uitbraak van de Mexicaanse griep. De berichten zijn onrustwekkend en er volgt een overleg op gemeentelijk niveau om de medische centra en de bevolking voor te bereiden. Handschoenen, FFP2 maskers en alcoholgel worden massaal aangekocht en het poetspersoneel krijgt de nodige instructies. Uiteindelijk loopt het af op een sissers, maar dit zal jaren later een algemene repetitie blijken te zijn.

## **Bevraging medewerkers en patiënten**

De Vereniging van Wijkgezondheidscentra brengt in 2010 een bezoek aan het centrum met een bevraging van de medewerkers en patiënten. De Brug scoort gelijk aan of beter dan het gemiddelde van de andere wijkgezondheidscentra. De duidelijkste uitschieters in negatieve zin zijn de nood aan meer inspraak van de patiënten, de ontevredenheid van patiënten met name over de wachttijden, de ontevredenheid van artsen en medewerkers, de nood aan een hygiëprotocol en het gebrek aan schriftelijke verslagen. Deze analyse én de functioneringsgesprekken resulteren in een verbetertraject.

## **Verdere uitbreiding team**

Aan het einde van dit decennium zal De Brug, bovenop de poetshulp, twintig teamleden tellen met nog een extra huisarts, een extra verpleegkundige, één diëtiste en vier onthaalbedienden. We starten ook met maatschappelijk werk in De Brug en we werven een maatschappelijk werker aan.

*“Toen ik de vraag kreeg om deel uit te maken van het bestuursorgaan van De Brug heb ik geen moment gearzeld. Ik was door mijn onderwijs- en onderzoeksopdracht aan de VUB vertrouwd met de werking van wijkgezondheidscentra en ook was ik al in het Gentse wijkgezondheidscentrum De Sleep verzeild geraakt. Ik was de eerste externe in een bont gezelschap van uiterst gemotiveerde medewerkers. Als een olifant in een porseleinenwinkel stelde ik vragen en maakte ik opmerkingen die menige wenkbrauw deed fronsen. Wat op dat moment precies door het hoofd van die andere bestuursleden ging, heb ik nooit durven vragen. Merkwaaardig genoeg begonnen mijn medebestuurders na verloop van tijd die rol van mij openlijk aan te moedigen.”*

*- Fred Louckx, extern lid Raad van Bestuur De Brug sinds 2009*



# DE JAREN '10: DE JAREN VAN GROEI EN VAN GROEIPIJNEN

Op enkele jaren tijd neemt De Brug een grote vlucht. Medische en organisatorische protocollen worden uitgewerkt en het onthaal wordt geprofessionaliseerd. Het aantal disciplines en medewerkers neemt toe en hierdoor komen bestaande gewoontes steeds meer onder druk te staan. Communicatie en besluitvorming zijn aan een herziening toe.

## Team en werkkader

### Werklast

De Brug wordt vergeleken met andere wijkgezondheidscentra in het kader van de werklast. De Brug blijkt een groter aandeel patiënten met voorkeurtarief te tellen waardoor de forfaits per patiënt hoger liggen. Het aantal consultaties per duizend patiënten en per fulltime arts en kinesist, ligt in De Brug ook significant hoger, voor de kinesisten zelfs in extreme mate. Artsen en kinesisten in De Brug doen meer huisbezoeken en De Brug heeft een opvallend stabiel patiëntenbestand.

### Zorgsubstitutie

Op een studiedag van de Vereniging van Wijkgezondheidscentra licht een Spaans eerstelijnscentrum haar werking toe omtrent zorgsubstitutie. Per voltijds arts werkt dit centrum met één voltijdse verpleging voor 2000 patiënten. De onthaalmedewerkers beslissen er wie een dringend verzoek tot consultatie moet opvolgen: een arts of een verpleegkundige. Verpleegkundigen zijn er dus bevoegd om, zonder tussenkomst van een arts, een brede waaier aan medische problemen op te vangen. Deze uiteenzetting leidt tot uiteenlopende bedenkingen bij De Brug: 'Kan dit systeem de werkdruk verminderen? Kan het voor financiële besparing zorgen? Zal de patiënt hiermee akkoord gaan? Biedt het meer kwaliteit?'. In 2012 hebben we een duidelijker zicht op de voordelen van zorgsubstitutie en wijzigen we de uitvoering van verschillende administratieve en logistieke taken. Secundaire preventie wordt uitbesteed aan een verpleegkundige.

### Reorganisatie onthaal

In 2013 keuren we een voorstel goed om het onthaal te reorganiseren. Er was al een tijd een proces van kwaliteitsverbetering bezig, maar toch bleef het onthaal vrij chaotisch en werd de administratie vaak te laat of onnauwkeurig gedaan. Het voorstel focust op een algemene kwaliteitsverbetering en de samenwerking binnen de onthaalploeg, maar ook het klaarstomen van het onthaal op de nakende verhuis naar een groter centrum. Het onthaal zal voortaan werken als zelfsturend team en groeit uiteindelijk uit tot een stevige steunpilaar van het centrum.

### Nieuwe aanwervingen

We beslissen om bij elke aanwerving een 'buddy' aan te stellen, een persoon die een nieuwe medewerker gedurende de eerste maanden zal begeleiden en ondersteunen. In 2014 leidt een uitgebreide evaluatie van de werklast, hetgeen in de voorbije jaren al regelmatig gebeurde, tot nog enkele aanpassingen: we werven een bijkomende kinesist aan, we gaan op zoek naar een extra tandarts, het aantal uren van de diëtist worden uitgebreid, een lopend project met eerstelijnspsychologen wordt verdergezet en we brengen de financiële haalbaarheid van eventuele toekomstige aanwervingen in kaart. In 2014 hervatten we de discussie over de aanwerving van een zorgcoördinator; we laten ons hiervoor bijstaan door een zorgcoördinator van Medikuregem, het wijkgezondheidscentrum in Anderlecht.



## **Vroedkunde**

In 2015 vindt een eerste discussie plaats over de plaats van vroedkunde in De Brug. We starten met informatieve consultaties en groepssessies over zwangerschap, zonder op dat moment zwangere moeders medisch op te volgen. Later bekijken we opnieuw de concrete meerwaarde en haalbaarheid van deze discipline. We putten hiervoor inspiratie uit het model 'Centering Pregnancy' zoals dat in het wijkgezondheidscentrum van Sint-Niklaas bestaat. In 2017 wordt het vroedkunde project BBRU in De Brug opgestart. We richten ons vooral naar kwetsbare zwangere moeders, ook al zijn ze niet ingeschreven in De Brug.

## **Groeipijnen**

Begin 2015 bestaat het team uit 26 medewerkers: zes artsen, één Huisarts in Opleiding (voor het eerst sinds 2002), twee kinesisten, drie verpleegkundigen, vijf onthaalbedienden, twee tandartsen, een maatschappelijke werkers, een diëtiste, twee gezondheidspromotoren, één coördinator en twee poetsvrouwen. In 2016 groeit dit aantal verder tot 32 medewerkers. Wat al een tijd aan bod kwam in de functioneringsgesprekken, wordt nu effectief benoemd: efficiënt vergaderen met het hele team wordt onmogelijk. We blijven vasthouden aan onze horizontale structuur, maar aanpassingen dringen zich op om de besluitvorming efficiënter te laten verlopen. We krijgen ook te maken met medewerkers die lange tijd of definitief uitvallen. Dit dwingt ons na te denken over een burn-out preventiebeleid. Tot slot vereist het managen van een steeds groter team ook meer specifieke competenties op het vlak van zorgcoördinatie en op het vlak van personeelsbeleid.

## **Het bloembladmodel**

Voor het eerst komt het idee naar voren om discussieonderwerpen niet meer plenair maar in kleinere groepen te bespreken. De eerste concrete uitwerking hiervan wordt het 'bloembladmodel'. Het team wordt onderverdeeld in vijf gemengde subgroepen, elke groep discussieert over een onderwerp en één persoon wordt afgevaardigd om, in naam van de groep, te discussiëren met de andere afgevaardigden.

## **Aanwerving zorgcoördinator**

Eind 2016 beslissen we om een zorgcoördinator en een personeelsverantwoordelijke aan te werven. De zorgcoördinator stelt in oktober 2016 haar plan van aanpak voor. Het belangrijkste knelpunt blijkt het niet-naleven van gemaakte afspraken en protocollen. Samen wordt er afgesproken dat het de taak van iedereen is om elkaar aan te spreken wanneer afspraken niet worden nageleefd.

## **Reorganisatie**

In september 2017 evalueert het team de diabeteswerking: 'Op welke manier kan de diabetes-educator meer patiënten opvolgen? Hoe kunnen we de samenwerking met het team verbeteren? Hoe zorgen we ervoor dat patiënten niet afhaken?' Daarnaast verlengen we het contract met de psychologe en wordt dit omgezet naar een contract van onbepaalde duur, voortaan betaald met eigen middelen. Omdat het aantal patiënten die thuisverpleging krijgt sterk groeit (van 22 patiënten per maand in 2014 naar 55 in mei 2017) en de kosten hiervan sterk oplopen, beslissen we om de thuisverpleegkunde opnieuw met eigen medewerkers te organiseren. Begin 2019 stellen we vast dat dit toch niet haalbaar is omdat we te weinig eigen medewerkers aantrekken om dit op een stabiele manier waar te maken. De samenwerking met AlphaBru, die Meredi als partner voor thuiszorg opvolgde, wordt herstart.



### **Drie coördinatoren en vier ID-kringen**

We splitsen het team op in vier ID-kringen, wat staat voor interdisciplinair en voor IDEE. Deze vergaderen als mini-teams. Elke ID-kring vaardigt een vertegenwoordiger af voor de ID-raad waar ook de coördinatoren deel van uitmaken. Er komt ook een team van drie coördinatoren die op voet van gelijkheid en zelfsturend zal opereren: een zakelijk coördinator, een zorgcoördinator en een coördinator Mens en Organisatie (M&O). Er wordt voor elk type coördinatie een functieomschrijving en takenpakket uitgeschreven. De coördinator M&O staat in voor het welzijn van de medewerkers, de zorgcoördinator staat in voor het welzijn van de patiënten en de zakelijk coördinator staat in voor het welzijn van het centrum. Een externe coach begeleidt de opstart van de ID-kringen en van het coördinatorenteam. Aan deze coach vragen we ook om bij de teamleden te peilen naar de concrete noden en verwachtingen op het vlak van (zorg)coördinatie en een voorstel uit te werken.

### **Nood aan sturing**

In juni 2018 stelt de nieuwe coördinator M&O haar plan van aanpak voor. Dit verslag gaat over motivatie, energiegevers, energievreters, waarderende cultuur, evaluatiegesprekken, omgaan met stress, zelfsturende teams en met name de nood aan het begeleiden van de zelfsturende teams op het vlak van communicatie, vertrouwen, samenwerking, waardering en besluitvoering. In haar persoonlijke reflectie sluit ze aan bij wat de externe coach formuleerde rond de nood aan leiderschap, maar ze stelt het nog wat scherper: 'De Brug heeft meer sturing nodig dan toen het team nog kleiner was.' Er is volgens haar nood aan regels en algemene kaders, wat betekent het opgeven van een deel van de individuele vrijheid: 'Er is nood aan één of meerdere kapiteins die het vertrouwen krijgen om een bepaalde richting uit te varen, eens de achterban voldoende heeft geparticipeerd.'

*“De multidisciplinaire aanpak in een forfaitair systeem vergt een samenwerking tussen verschillende disciplines, maar ook tussen verschillende mensen en persoonlijkheden. Dit laatste is wat mij betreft de rode draad doorheen de geschiedenis van De Brug. Veel personeelsleden delen de visie van De Brug, maar daarbij kunnen ook meningsverschillen ontstaan en kunnen verschillende persoonlijkheden minder ‘matchen’. Wat mij betreft is ‘people management’ heel belangrijk; een goede ‘people manager’ heeft oog voor verschillende personaliteiten en kan samenwerking stimuleren. Daarnaast pleit ik voor meer verdraagzaamheid: het bewustzijn dat iedereen verschillend is, waarbij meer waarde wordt gehecht aan de kwaliteiten van de ander, eerder dan aan de gebreken.”*

*- Klaas Rys, kinesist bij De Brug van 2002 tot 2016*

*“Zelfsturing werkt enkel in organisaties waar er een duidelijke gezamenlijke visie en opdracht is, waar het helder is wie welke rollen opneemt en waar de verantwoordelijkheid voor het geheel wordt opgenomen. Een vlakke structuur betekent dus niet dat er geen leidinggevende rollen meer zijn, noch dat de activiteiten niet meer zouden aangestuurd of opgevolgd worden. Wel is het in een vlakke en zelfsturende organisatie de bedoeling dat zoveel mogelijk door het team en de medewerkers wordt opgepakt.”*

*- Uit: verslag ID-werkgroep*

## Visie en beleid

### Nood aan een lange termijnvisie

In begin van dit decennium vraagt de Raad van Bestuur de uitwerking van een visie op lange termijn: 'Wat zijn de grote lijnen waar we in de komende jaren naartoe willen en wat zijn de uitdagingen en de doelen met het oog op de toekomstige verhuis en uitbreiding?'

### Hervorming bestuur

In 2012 wordt de Dagelijkse Werking hervormd en breiden we de Raad van Bestuur uit met een tweede extern lid. Een teamvergadering in september 2013 gaat over de rol van de beslissingsorganen en brengt opnieuw een zekere spanning aan het licht omtrent het bewaren van het democratisch model en de horizontale structuur van De Brug.

### Politieke tegenwerking

In december 2014 nemen we deel aan een nationale 24-urenstaking van alle vakbonden als protest tegen het regeerakkoord van de nieuwe regering Michel I, met belangrijke implicaties voor de zorgsector. In De Brug is er een minimale dienstverlening: er worden geen afspraken gegeven, maar patiënten zijn welkom en worden geïnformeerd over de actie. Voor de medewerkers gaat er een informatie- en discussievergadering door. Daarenboven worden in die periode wijkgezondheidscentra geconfronteerd met actieve politieke tegenwerking vanuit de toenmalig minister van Sociale Zaken: de minister blokkeert de goedkeuring van nieuwe forfaitaire centra in afwachting van een financiële audit over het functioneren van de centra.



### Strategische cel

Op vraag van de Raad van Bestuur wordt in 2015 een strategische cel samengesteld waarbij een deel van het team een voorstel tot een strategische visie uitwerkt. Deze werkgroep kent een vrij traag en moeizaam verloop waarbij uiteindelijk ook twee externe coaches aan te pas komen. Eind 2016 wordt de strategische tekst afgerond en besproken in het team. Begin 2017 wordt de strategie nog verschillende keren besproken en worden de volgende punten als zeer belangrijk ervaren: positieve feedback, communiceren op een niet-kwetsende manier, bewaken van grenzen, ontplooiën van talenten, duidelijkheid creëren in het nemen van beslissingen en het naleven van regels en afspraken. De missie en de waarden van het centrum worden uitgebreid besproken en goedgekeurd.

### Vervolg visie en uitbreiding RvB

De Raad van Bestuur geeft de opmerking dat er nog steeds een duidelijke toekomstvisie ontbreekt: 'Waar wil De Brug staan over vijf à tien jaar? Wat is onze strategie om in te spelen op de te verwachte en onverwachte evoluties in de zorgverlening en gezondheidszorg en op de algemene demografische evoluties in Molenbeek en Brussel?' Als uitloper van de strategische oefening organiseren we teamvergaderingen en avondlijke brainstormsessies met de Raad van Bestuur over de missie en de visie en over de hervorming van de bestuursorganen. In 2018 wordt beslist de Raad van Bestuur uit te breiden met een derde extern lid; er zullen dan evenveel interne als externe leden zijn.



## Groei patiëntenbestand

### Beperken werkingsgebied

Begin van deze periode maken we verdere afspraken over de in- en uitschrijvingen. We zijn een gezondheidscentrum voor de wijk en er zijn veel goede redenen om het werkgebied te beperken, zowel voor de huisbezoeken en de maatschappelijke en psychologische hulp als voor de wijkwerking waarbij het belangrijk is de sociale kaart goed te kennen. De Brug heeft echter van meet af aan zeer groot werkingsgebied. Hierop terugkomen voor patiënten die al jaren naar De Brug komen, is niet zo evident. Er zijn ook redelijk veel patiënten die na enkele jaren verhuizen, maar voor wie de zorgverleners echte steun- en vertrouwenspersonen vormen. Hierin een werkbaar evenwicht vinden, blijkt moeilijk en leidt de volgende jaren tot veel discussie.

### Inschrijvings- en verhuisgebied

In eerste instantie spreken we een inschrijvingsgebied af, namelijk Molenbeek en Koekelberg: nieuwe patiënten moeten uit deze gemeenten komen. Ten tweede bepalen we een verhuisgebied dat groter is dan het inschrijvingsgebied: alleen wanneer patiënten naar dit gebied verhuizen kunnen ze ingeschreven blijven. Patiënten die uit het inschrijf- of verhuisgebied verhuizen, worden uitgeschreven. Patiënten die bezwaar hebben, kunnen dit bespreken met hun huisarts. In het geval er beslist wordt de patiënt toch niet uit te schrijven, wordt er afgesproken hoe die patiënt dan wel kan opgevolgd worden. Op dat ogenblik, in 2011, wonen er van het totaal aantal patiënten buiten het verhuisgebied 387 binnen Brussel en 237 buiten Brussel.

### Verhuis: nieuwe inschrijvingen

2014 staat grotendeels in het teken van de verhuis. De grote renovatiewerken zijn achter de rug en in juli verhuist De Brug. Het contrast met de vorige vestiging is groot: er is driemaal zoveel ruimte en er is een vergaderruimte, een keuken met eetplaats, ruime kabinetten, een ruime kine-zone en een ruim onthaal. De nieuwe vestiging heeft wel één minpunt: enkele kabinetten hebben geen direct daglicht.

Op de hoge binnenmuur brengt kunstenaar Alice Van Innis een gedicht aan van de Brusselaar Claude Lammens. Op 19 september is de officiële opening gevolgd door een groot feest op 27 september waar veel patiënten present tekenen. De verhuis betekent ook het startschot voor nieuwe inschrijvingen. We organiseren infosessies en een jaar later telt De Brug 724 nieuw ingeschreven patiënten. In 2016 tellen we 4120 actieve patiëntendossiers.

### Uitschrijving patiënten

Het werkingsgebied blijft een heikel punt. Waar in 2010 nog 74% van de patiënten in het werkgebied Molenbeek en Koekelberg woonde, blijkt dit in 2016 te zijn gedaald naar 68%. Na maanden moeilijke discussies, bereik en we in juni 2017 een consensus: patiënten buiten het werkgebied zullen langzaam uitgeschreven worden, aan een tempo van maximaal tien uitschrijvingen per maand. Geen enkele patiënt buiten het werkgebied zal nog worden ingeschreven. Kwetsbare patiënten kunnen langer ingeschreven blijven.

### Groei en verdere uitbreiding

Twee jaar later ligt het thema 'Groei en uitbreiding' opnieuw op tafel. In 2019 wordt hieromtrent een participatieve studiedag georganiseerd. We zoeken daarbij ook naar oplossingen voor de huidige en toekomstige problemen van werklust en werkruimte. Drie opties liggen op tafel. Ten eerste, geen verdere groei van het aantal patiënten, al dan niet in combinatie met, ten tweede, het oprichten van een volledig nieuw wijkgezondheidscentrum in de buurt om zo de druk van nieuwe inschrijvingen in De Brug weg te nemen. Ten derde, De Brug uitbreiden door het naburig pand te kopen en evolueren naar een centrum van 6000 patiënten. De beslissing luidt als volgt: 'Eerst gaan we voor een stabilisatieperiode in het huidige centrum zonder uitbreiding, gevolgd door een groei van het aantal patiënten tot 6000 patiënten maximum met aankoop en verbouwing van het aanpalend pand.'

# ET BRUGSKE

IN MUILENBEIK LEIT ER E BRUGSKE  
VAN DEN IENE KANT NOË DEN ANDERE  
OF OMGEKIED, T ES TE ZEEN VAN WOË DA GE KOMT  
OF WOË DA GE NOTOO GOËT.

E SUMPEL BRUGSKE,  
EEVERANS TUSSE BRUSSEL EN MARRAKESH

TUSSE NOURD EN ZOËID,  
TUSSEN VUST EN WEST,  
TUSSEN ERM EN RAAIK,  
E BRUGSKE TUSSE ZEEK ZAAIN EN GENEIZE.  
E BRUGSKE NOË DEN OOVERKANT, VANTAAID.  
E BRUGSKE TUSSEN ALLO- EN AUTOCHTONNE,  
TUSSE BELZJE VAN ALLE KOMAF,  
TUSSE DE MENSE VAN EE.  
TUSSE MENSE DEE MOOTE GOLPE WËDDE  
EN DE MENSE DEE VILEN ÈLPE,  
IDEALISTE ZONDER TRALALA,  
ALLE DOËGEN IN DE WEIR.

IK ZAAIN GINNEN DOKTOUR,  
IK GENEIS ALLIEN MÈ WOUDE.  
WOUDE VAN WOËRAAID,  
WOUDE VAN KOLEIRE,  
WOUDE VAN TENDRESSE, VAN LEEFDE.  
WOUDE, GEGRAVEID IN MAAIN MEMOURE,  
EN IN DA BRUGSKE, DOË IN MUILENBEIK.

## Patiëntwelzijn

### Verantwoordelijkheden patiënt

We spreken in team over de individuele verantwoordelijkheid van de patiënt en hebben daarbij oog voor de asymmetrische relatie tussen zorgverstreker en patiënt. Vragen die zoal aan bod komen, zijn: ‘Wat mogen we verwachten van de patiënt? Wat zijn de rechten en plichten van de patiënt? Hoe organiseren we dit?’ In een werkgroep ‘huisregels’ lijkten we de regels op en bespreken we hoe deze te communiceren naar de patiënten. Er komt ook een protocol ‘Omgaan met ontevreden patiënten’.

### Eigen kracht patiënt

In 2015 gaat de werkgroep empowerment van start en in 2016 stelt ze een handleiding voor. Er wordt uitgegaan van de eigen kracht van de patiënt die, waar nodig, ondersteund moet worden. In het team lopen de meningen uiteen: ‘Leggen we de klemtoon op de verantwoordelijkheid van de patiënt met het risico te weinig oog te hebben voor zijn moeilijkheden of werken we vooral ondersteunend met het risico van de patiënt te betuttelen?’ De handleiding probeert kapstokken aan te reiken om hier concreet mee om te gaan.

### NOA-protocol

In de loop van het najaar van 2017 keuren we het zogenaamde NOA-protocol goed voor de aanpak van het niet (op tijd) opdagen op consultaties. We beslissen in team om patiënten actief aan te spreken en om niet nagekomen afspraken op te volgen.

*“Wat mij bij mijn start in De Brug vooral opviel, was de sociale en patiëntgerichte gedrevenheid van de collega’s. Er werd veel gedaan om tegemoet te komen aan de noden van de patiënten, zowel bij de individuele consultaties, de groepswerkingen als in de wijk.*

*– Sanne Buelens, gezondheidspromotor bij De Brug sinds 2015*



## Lokale en bovenlokale samenwerkingen

### Met andere wijkgezondheidscentra

We werken steeds vaker samen met Medikuregem. Deze samenwerking krijgt als eerste gestalte op het vlak van het OMNIO-statuuut (heel wat patiënten hebben dit voordeliger statuut maar weten het niet, want het wordt hun niet automatisch toegekend), de diabeteswerking, gezondheidspromotie en maatschappelijk werk, en op het vlak van het overnemen van elkaars patiënten.

### Met lokale welzijnspartners

We werken samen met het OCMW, de gemeente Molenbeek en we zijn lid van de adviesraad voor huisvesting in Molenbeek, een samenwerking tussen gemeentelijke diensten, private en publieke eigenaars en verenigingen actief rond huisvesting. We zijn ook vaste partner van het Lokaal Gezinsondersteunend Netwerk, de Brede School Molenbeek en van het netwerk Laag-Molenbeek Gezond.

### Met bovenlokale gezondheidspartners

Sinds 2017 werken samen met de Dienst Ondersteuningsplan van het Vlaams fonds voor personen met handicap (VAPH): zij komen om de twee maanden in De Brug als contactpunt voor patiënten met een beperking of nood aan ondersteuning.

Ook worden we in 2017 partner van Bewegen op Verwijzing, een project getrokken door het Huis voor Gezondheid. Daarnaast is De Brug lid van de Algemene Vergadering van Norwest, één van de vier antennes in Brussel die rond geestelijke gezondheidszorg werkt. In 2020 gaan we een partnerschap aan met Yoga in Healthcare, een initiatief van vier artsen met als doel yoga een vaste waarde te geven binnen de eerstelijnszorg.

### Met andere Brusselse partners

In 2018 beslissen we om Atelier Groot Eiland financieel te ondersteunen. In ruil kan De Brug patiënten uit de doelgroep naar hen doorverwijzen om als vrijwilliger aan de slag te gaan in hun project rond stadslandbouw. Ook met JES en vzw Foyer wordt samengewerkt: zij ontwikkelen interessante projecten waar De Brug patiënten naartoe verwijst, zoals *Compagnon de route*, een project van JES.

We werken verder ook samen met een heleboel andere Brusselse en Molenbeekse partners zoals Ultima Vez, Avansa Citizenne, Huis van het kind, De Lork, Samen Voor Morgen, Leon vzw, Onder Ons, MOVE, Lasso, Centrum West, D'Broej, enz.



# [GEZONDHEIDSPROMOTIE]

Gezondheidspromotie is één van de belangrijke bouwstenen van De Brug: het is een gedragen opdracht van heel het team. Aan de hand van verschillende acties en activiteiten zoeken we een antwoord op de gezondheids- en welzijnsnoden van de wijk. Een groot deel van deze opdracht spitst zich toe op groeps- en wijkgericht werk en de gezondheidspromotoren nemen daarin een centrale rol.

## **Van educatie naar participatie**

In de beginjaren van gezondheidspromotie ligt de focus op sensibilisering en educatie. Geleidelijk aan evolueert dit: 'gezondheid' wordt eerder 'welzijn' en dit op fysiek, mentaal en sociaal vlak. Ook vertrekken we steeds meer van participatie en dialoog om het welzijn van patiënten te verbeteren. De visie 'samen met de patiënten' en 'dichtbij de patiënten' zet de toon en er wordt ingezet op laagdrempelig en permanent contact: face-to-face, mail, telefoon, sociale media, stoepbezoeken, etc. We werken met vrijwilligers en we bevragen de noden en prioriteiten van bewoners.

## **Verankering gezondheidspromotie**

Tot de jaren '90 was gezondheidspromotie wel een thema, maar werd dit nooit echt geïntegreerd in de dagelijkse werking, ook wegens een gebrek aan tijd. In 2000 stelt Logo Brussel een gezondheidsportret op van Laag-Molenbeek. De prioritaire thema's zijn wonen, netheid in de wijk en gezonde voeding. Samen met andere buurtorganisaties zetten we acties op om de leefbaarheid van de buurt een boost te geven. Een goed wijknetwerk uitbouwen en onderhouden is steeds onderdeel geweest van de werking van gezondheidspromotie. Binnen het netwerk van wijkpartners wisselen we signalen uit, stemmen we het aanbod op elkaar af, verwijzen we door en werken we samen rond concrete acties.

## **Gezondheidspromotor**

In 2001 werven we een eerste gezondheidspromotor aan. De Vereniging van Wijkgezondheidscentra besteedt ook steeds meer aandacht aan gezondheidspromotie als vast onderdeel van de centra.

Vanaf 2007 ontvangt De Brug echter geen subsidies meer voor gezondheidspromotie en beslissen we deze functie voortaan met eigen middelen te betalen. We geven gezondheidspromotie bovendien nog een prominentere plaats door de aanwerving van een tweede gezondheidspromotor in 2011.

## **Update gezondheidsportret**

In 2019 doen we samen met Logo Brussel en Maison Médicale Norman Béthune een update van het gezondheidsportret. Hieruit blijkt dat veel van de oorspronkelijke bevindingen nog steeds actueel zijn. Daarnaast winnen een aantal nieuwe thema's aan belang, zoals geestelijke gezondheid, stress, schermtijd en jongeren. Meerdere initiatieven binnen gezondheidspromotie bundelen zich onder de noemer 'gezin en opvoeding', 'mentale gezondheid', 'sociale cohesie' en 'gezond wonen'. Multidisciplinair samenwerken wordt ook steeds meer een must en een meerwaarde. Zo zijn er verschillende projecten zoals 'Health 4 kids' waarbij er gewerkt wordt aan het welzijn van kinderen en 'Keep Smiling' dat inzet op de mondgezondheid bij kinderen.

## **Ambities**

We zetten vandaag sterk in op meer patiënten bereiken, dit door gebruik te maken van sociale media. Goed luisteren en observeren in functie van de noden, onszelf blijven verbeteren en opnieuw uitvinden, en nieuwe interne en externe samenwerkingen creëren, zien we als belangrijke uitdagingen voor de toekomst.



# EEN KORTE TERUGBLIK IN GETUIGENISSEN

Voor we vooruitkijken, laten we nog enkele medewerkers aan het woord die terugblikken op de geschiedenis van De Brug.

*“Het centrum van veertig jaar geleden behoort tot een ver verleden. Er is heel wat bereikt om trots over te zijn: een kwalitatieve, hoogstaande en toegankelijke zorg in een gemeente met een superdiverse en in belangrijke mate sociaal kwetsbare bevolking, een uitgebouwde interdisciplinaire werking onder één dak, een participatieve organisatiestructuur, een enthousiast en geëngageerd zorgteam ... Dit zijn stuk voor stuk troeven die De Brug een exemplarische plaats geven in het Brusselse zorglandschap.”*

*- Fred Louckx, voorzitter van De Brug sinds 2009*

*“De wijk is een bijzondere plek, de thuis van vele patiënten en ook een beetje onze thuis. Een wirwar aan straten, subwijken, huizen, problemen, véél mensen, een clash van culturen en gebruiken, handelaars en zaakjes, stadsvernieuwing, initiatieven, organisaties, hoop en wanhoop, gedrevenheid, kansen, jonge energie, macht en machteloosheid, creativiteit, verschillen en verbondenheid ..., waardoor idealisme wordt uitgedaagd, maar tegelijkertijd stevig stand houdt in De Brug. Als je even de tijd neemt om rond te lopen in de wijk, vervolgens de vibe in je opneemt en luistert naar de verhalen, merk je dat De Brug een stukje geschiedenis heeft geschreven in Molenbeek. To be continued.”*

*- Sanne Buelens, gezondheidspromotor bij De Brug sinds 2015*

*“Na haar stage zei iemand tegen me: ‘Dank u om mij mee te nemen in de wonderlijke wereld van een wijkgezondheidscentrum.’ Wij kregen van haar snoepjes in allerlei kleuren en smaken omdat iedereen, patiënt en zorgverlener, ongeacht zijn kleur, religie, origine, beroep of achtergrond, steeds met open armen in De Brug wordt ontvangen.”*

*- Koen Franck, tandarts bij De Brug sinds 1982*

*“Sterk is dat medewerkers steeds kunnen meedenken en meesturen, dat we werken met mensen die hun job doen vanuit hun hart, die de patiënten zien in hun geheel en die, vanuit een breder kader, steeds op zoek gaan naar wat de patiënten kan helpen.”*

*- Fadma Aminé, onthaalmedewerkster bij De Brug sinds 2010*

*“Wat ons centrum typeert is het grote engagement tegenover patiënten. De patiënt wordt in zijn geheel verzorgd en krijgt veel respect. De eventuele vooroordelen beïnvloeden niet hoe er met de patiënt wordt omgegaan. De familiale sfeer tussen de collega's is ook heel typerend en de patiënten voelen dit. Heel opvallend is dat ik steeds te horen krijg hoe warm De Brug is.”*

*- Vanessa Michielsens, administratief medewerker bij De Brug sinds 2004*

“In 2015, toen ik startte als gezondheidspromotor, was het centrum al een goed uitgebouwde organisatie in een nieuw kwaliteitsvol gebouw met een sterk team, meerdere disciplines, structuur en visie. In de daaropvolgende jaren, tot op de dag van vandaag, herinner ik mij het blijvend op zoek gaan naar het finetunen van de werking. Zo werd de vergaderstructuur non-stop onder de loep genomen, binnenstebuiten gedraaid en met vallen en opstaan heruitgevonden. Ook de strategie werd neergepend, uitgetekend en verder opgebouwd op een structuur die al stevig was. Er kwamen collega's bij en collega's vertrokken, waarbij telkens wel een indruk werd achtergelaten. Het team werd ook steeds meer divers en warm. Veel verschillende mensen, maar allemaal met het hart op dezelfde plaats. Wat kan je nog meer wensen dan in zo'n organisatie terecht komen?”

- Sanne Buelens, gezondheidspromotor bij De Brug sinds 2015

“Er wachten De Brug heel wat uitdagingen. Op zoek gaan naar wat er nodig is om een echt team te creëren, een team dat samenwerkt en samen zorg draagt voor patiënten. Medewerkers moeten de ruimte krijgen om, binnen een duidelijk kader, zich verder te kunnen ontwikkelen, initiatieven te nemen en te experimenteren met nieuwe evoluties in de gezondheidszorg. De Brug dient zich verder te ontwikkelen als organisatie die proactief maatschappelijke tendensen opvolgt met een blik op de buitenwereld en de toekomst.”

- Elisabeth Vanderveken, coördinator bij De Brug sinds 2020

“De Brug heeft een divers en sterk aanbod van disciplines, die een enorme meerwaarde vormt voor de patiënten. Er is heel veel aandacht voor de patiënt als mens, met al zijn noden en behoeften. De infrastructuur van De Brug is erg verzorgd, draagt bij aan het verwelkomen van patiënten én het zich goed voelen op de werkvloer. Er is een sterk palet aan activiteiten op het vlak van gezondheidspromotie, zowel intern als op wijkniveau.”

- Elisabeth Vanderveken, zorgcoördinator bij De Brug sinds 2020



# BLIK OP DE TOEKOMST

De Brug zou De Brug niet zijn als er niet kritisch wordt gekeken naar hoe en waar er nog ruimte is voor verbetering. Hier lees je dan ook enkele aandachtspunten waar we de volgende jaren aan zullen werken.

## **Betrokkenheid van en focus op patiënten**

De focus op de wijk en haar bewoners zit in het DNA van De Brug. Maar wijkwerking is nooit af en patiënten-participatie is een proces van lange adem. Verschillende vragen dringen zich op: 'Hoe blijven we de mens achter de patiënt zien? Hoe vergroten we op een concrete manier de betrokkenheid van de patiënten bij hun zorg, nochtans al jaren een streefdoel van De Brug? Hoe geven we concreet vorm aan een gemeenschapsgerichte werking? Hoe geven we het centrum een bredere en stevigere inbedding in de wijk? Hoe geven we het centrum een 'warmere' look?' Stap voor stap wil De Brug de participatiegraad van haar patiënten nog verhogen, zodat er een sterkere verbondenheid is tussen het centrum en haar gebruikers. Blijvende aandacht voor de (veer)kracht én de kwetsbaarheid van de patiënt, voor mogelijkheden en moeilijkheden in het opnemen van verantwoordelijkheid en autonomie, is hiervoor onder andere nodig. De Brug kan haar netwerk nog versterken en verruimen, met meer concrete en structurele samenwerking als antwoord op de welzijnsnoden. Tot op heden bereikt De Brug ook nog te weinig jongeren en mannen; acties specifiek gericht op deze groepen kunnen een lacune opvullen. En wat met evidence-based zorg: 'Hoe kunnen we evidence-based zorg versterken? Hoe bouwen we het performant interdisciplinair elektronische patiëntendossier verder uit? Welke meetinstrumenten hanteren we om zowel onze intradisciplinaire als interdisciplinaire werking te evalueren? Evaluatie is essentieel, maar is niet steeds evident. De Brug moet de zoektocht naar goede manieren van kwalitatief en kwantitatief evalueren, dit op maat van de actie en doelgroep, verderzetten.

*“Wat ik nog altijd een zwak punt vind, is dat er nog te veel gedacht wordt voor en niet door de patiënt. Ik ben benieuwd naar wat patiënten zelf belangrijk vinden, wat hun verwachtingen zijn naar De Brug toe en wat hen kan stimuleren om hun gezondheid te verbeteren. Persoonlijk ben ik erg fan van gedragsverandering en empowerment. Gedragsverandering is wat mij betreft een centraal begrip in de gezondheidspromotie en brandend actueel. Empowerment vertrekt van de patiënt die wordt gesterkt en gemotiveerd in zijn eigenwaarde en zo wordt aangemoedigd om positieve beslissingen te nemen rond gezond leven. In mijn beginjaren merkte ik dat mijn adviezen om patiënten meer te doen bewegen niet genoeg werden opgevolgd. Integendeel, veel patiënten zagen kinesitherapie als een passieve therapie, zowat het tegenovergestelde van wat ik voor ogen had. Nadien zag ik dikwijls meerdere patiënten tegelijk op consultatie. Ik merkte vrij snel dat patiënten in hun klachten (h)erkenning vonden bij elkaar. Ze ondervonden dat er anderen waren met dezelfde klachten en ook dat ze er zelf iets aan konden doen. Patiënten hechten dikwijls meer belang aan adviezen van gelijkgestemden of mensen uit hun entourage dan aan het advies van zorgverstrekkers.”*

– Klaas Rys, kinesist bij De Brug van 2002 tot 2016

### **Samenwerken in een divers team**

De groei van het aantal medewerkers in de voorbije jaren én de voorziene uitbreiding van patiënten de volgende jaren roepen heel wat vragen op: 'Hoe versterken we de complementariteit tussen de verschillende disciplines? Hoe maken we het team meer divers? Hoe bouwen we een bredere vrijwilligerswerking uit? Hoe betrekken we medewerkers zo veel mogelijk bij overleg en besluitvorming? Hoe faciliteren we, bij personeelwissel of -uitbreiding, het delen van informatie, beslissingen, protocollen, de culturele identiteit van De Brug? Hoe gaan we om met verschillen in visie, perceptie van engagement en gevoeligheden tussen medewerkers?' En ook: 'Hoe garanderen we het welzijn op het werk, met name in de preventie van burn-out? Hoe ondersteunen we medewerkers om zorg te dragen voor zichzelf en zorgen we ervoor dat ze niet over hun grenzen gaan? Met de oprichting van ID-kringen en de komst van een team van coördinatoren, probeerden we hierop in te spelen, maar zal dit volstaan?

### **Strategie en visie**

Het is onontbeerlijk om blijvend na te denken over de visie omtrent gezondheidszorg en lange termijn doelstellingen te stellen. Ook hier zijn er nog tal van vragen die ons bezighouden: 'Hoe creëren we een strategische visie als permanente pijler van onze werking? Hoe anticiperen we op toekomstige evoluties? Zijn bijkomende disciplines nuttig en haalbaar? Hoe kunnen we onze financiële situatie op een regelmatigere manier opvolgen? En wat met de formule van drie coördinatoren als zelfsturend team, bovendien een uniek gegeven in de wereld van de wijkgezondheidscentra: 'Welke inhoud geven we aan de coördinatiefuncties? Zien we de coördinatoren als katalysatoren van een permanente dynamiek om genomen beslissingen en nieuwe stappen te faciliteren en op te volgen?' We moeten blijvend oog hebben voor vernieuwingen in het zorglandschap, door bijvoorbeeld in te zetten op doelgerichte zorg, geïntegreerde zorg, enz. De Brug zou ook meer kunnen inzetten op het doorgeven van signalen naar het beleid en daarbij de beleidsactoren aanzetten tot actie.

# EEN PLEIDOOI

We kunnen het ons bijna niet voorstellen, maar de eenvoud van vroeger werkte. Het onthaal was een open ruimte met een groot raam aan de straatkant en een deur met een venster naar de gang toe. Er was een trap naar de kelder waar we koffie maakten, aten, vergaderden. Als ik er nu op terugkijk, besef ik hoe belangrijk de inrichting van de onthaalruimte was. De openheid ervan: uitnodigend. Geen panelen die je aan het zicht onttrokken van wie voor je stond, geen plexiglas. En het werkte. Het klopte ook met de manier waarop we de mensen wilden onthalen: van dichtbij. Men kwam er vaak voor veel meer dan voor een afspraak te maken, men was er meer dan patiënt. Kleine en grote verhalen, stoom aflatend, allerlei vragen, een advies: er was plaats voor. Moeilijk soms, maar niet altijd kommer en kwel. Of ik bijvoorbeeld kon uitleggen hoe je bechamelsaus maakt? Of een patiënte die belde en telkens vroeg of ik wist wie ze was. Ze lachte telkens opnieuw. Het leven zoals het is en vanuit het informele, het gewone zeg maar, ontstond vertrouwen. Onthaal zoals het hoort te zijn. En we zijn het zo blijven doen, ook al werd het drukker in De Brug. Het aantal zorgvertrekkers nam toe, het patiëntenbestand groeide, onze taken 'groeiden' mee, maar de verhalen bleven.

Professionalisering, kwaliteitszorg, procedures: het is al jaren het mantra van de social profit. Maar wat me na deze terugblik daagt, is dat het gewone, het informele, werkte, dat het fundamenteel was en blijft. Het is geen detail, geen naïef romantisme. Als we de gezondheidszorg dichtbij mensen willen brengen zullen we dit terug op de agenda moeten zetten. Want we zijn het kwijtgeraakt, onderweg. Daarom dit pleidooi, deze uitnodiging voor eerherstel, zonder de fout te maken in de omgekeerde richting. Het beste van twee werelden met elkaar verbinden, daar moeten we naar op zoek gaan.

- Lieve De Wulf, onthaalmedewerker bij De Brug van 1986 tot 1992

# MEDEWERKERS DE BRUG



**Kinesitherapeuten** Maria Beerten, Cathy van Keymeulen (1982-1985), Rik Keunen, Kerstin Oberthür, Kristel Welkenhuyzen (1991 -2020 †), Klaas Rys (2002-2016), Lynn Deschutter (2015-2022), Lien Buttiens (2016-nu), Helene Altdorfer (2017-2019), Samira Tahriue (2019-nu), Claudia Huaranca (2019-nu) **Tandartsen** Gilbert Dewaele (1981-1995), Koen Franck (1982-nu), Jan Van Hacht, Ingrid Vander Stichele (2002-2018), Esmā Zylan (2015-2018), Rachid Mamoumi (2016-2017), Ionut Popescu (2018-2019), Anneveere Debruyne (2019-2021), Carine Mesatewa (2019-nu), Leonore Gruijthuijsen (2021-2022), Alexia Van Lierde (mondhygiëniste) ( 2021-nu) **Poetshulp** Liliane Van Impe, Amela Tabakovic (2006-2009), Salamana Bah (2009), Binta Camara (2009), Bedra Khelladi (2009-2014), Latifa Kouirhat (2010-2022 ), Benaddou Fatiha (2011-2012), Kebch jamila (2013), Diallo Lamarana (2013-2014), Liliana Minailiuc (2013-nu), Justine Nzungu Ilengi (2015-nu), Bibita Wanina (2017), Elisa Dikila (2017), Mira Lukwanza Walukanza (2018), Tamara Toropu (2018), Maria Lukau (2018-2021), Jeannette Ngoiekinda (2021 - nu) **Onthaal** Maruja Braeckman (1980-1992), Lieve De Wulf (1986-1992), Martine Nouel (1993-1998), An, Petra, Marina, Zohra (2002), Tamara Van Bossuyt (2003), Vanessa Michielsens (2004), Ludmilla (2006), Anne-Marie (2006), Badria El Fadili (2006-2008), Hassania El Bouchhati (2007-2008), Raf Pauwels (2003-2010), Julienne Muya Mulanga (2007-2014), Hafida Boutabaa (2010-2014), Fadma Amine (2010-2013 en 2016-2023), Mina Amine (2010-2011), Krista Vandermeulen (2013-2014), Turiya Hamdaoui (2013-nu), Mia Lootens (2014-2015), Khadija Lahmidi (2014), Hajiba Kamma (2015-2016), Rafke Risseeuw (2014-2017), Fadoua Mesbah (2015-2019), Ann Liekens (2018), Gillian Nanule (2018), Malou Fagard (2019), Eve Schippers (2019), Peggy Little (2019-nu), Nabila Fekreche (2019-2021), Marie Maenhout (2020-2021), Hanane Mohamed (2021-nu), Lorena De Caro (2021-nu) **Verpleegkundigen** Bart (2005-2006), Koen Sterck (2006-2010), Joke Goovaerts (2010-2013), Ingrid Vervaeren (2010-2019), Kristien De Vits (2015-2017), Anniek Leyseele (2017-2020), Silvia Nassogne (2018-2021), Charlotte Verstraete (2018), Hanne De Boever (2018-2019), Janne Wantens (2018-2019), Eva Corbiaux (2019-nu), Maud Lampaert (2021), Chiene Peeters (2021-2023), Joseph Nene Nzomo (2017-nu), Karima Madai (2023-nu) **Gezondheidspromotoren** Christel Praets (2001-2004), Ann Ceyskens (2004-2007), Liesbeth Lemmens (2004-2008), Ruth De Pau (2010), Evelyne Cleynen (2012-2014), Wendy de Zutter (2008-nu), Sanne Buelens (2015-nu), **Administratie** Khadija Abbach (2004), Vanessa Michielsens (2004- nu), Badria El Fadili (2006-2007), Annick Dewinter (2014- 2022), Cathy De Smet (2018-2019) **Coördinatoren** Cathy Van Keymeulen (2006-2007), Erwin Abbeloos (2007-2008), Charles Goethals (2009-nu), Karlijn De Goede, Valerie Hubens (2017-2020), Marleen Vanderschueren (2017-2018), Eve Schippers (2019-2020), July Mollin (2020-2022), Elisabeth Vanderveken (2020-nu) **Psychologen** Sylvie Aerts, Leen Engelen (2016-nu), Amar El Omari & Geert Van Hulle (vanuit CGG Molenbeek) **Maatschappelijk werkers** Benedicte Leloup (2011-nu) **Diëtetisten** Jitske Eeckman, An Lovato (1985-2003), Hayat Baghli (2018), Christa De Geest (2010-2022), Monique Glerum (2021-nu) **Klus- en logistieke helpers** Jean(ke), Marc Metsler, Wim Muylaert, Hasnaa Moutaharik (2014), Hafida Boutabaa (2014-2019), Monica Puertas (2019), Latifa Kourhiat (2022-nu) **Diabetes-educatoren** Joke Goovaerts (2011- 2013), Karlijn De Goede (2013-2015), Margot Vanaschen (2015-2017), Anniek Leyseele (2017-2020), Monique Glerum (2020-nu) **Vroedvrouwen** Karlijn De Goede (2013-nu), Samira Gharbaoui (2018-nu) **Artsen** Bernard Meyfrootd (1979-1986), Georges Dusart (1979-1987), Roger Kestens (1981-1997), Reinhilde Wieërs (1986-2001), Herman Van Herck (1987-2004), Lieve Vandeputte (sinds eind '80), Freddy Merckx (1988-2023), Gunter Dils (1997-nu), Leen Depredomme (1993-2001), Günther Lerooy (2002-2012), Vanessa Devis (2002-2016), Gaëtane Beeckaert (2008-2009), Emilija Andric (2009-nu), Alexia Vandenbroucke (2010-2021), Els Broens (2012-2016), Servaas Van Eeckhout (2014-2015, 2016-nu), Helene Dispas (2015-2019), Lieve Goeman (2016-2018), Laura Van Rillaer (2018-nu), Virginie De Ridder (2018-nu), Elisabeth Wallays (2020-nu), Sophie Dewispelaere (2021-nu) **Vervangende artsen** Laura Verstraeten (2017-2018), Rana Holail Mohamed (2019-2020), Sophie Willockx (2021-2022), Sarah Swannet (2012), Hakki Demirkapu (2012-2013), Silviu Berceanu, Celestin Hugues Foukoua Mouafo **Huisartsen in opleiding** Aicha Faik (2014-2015), Fabrice Byona Kamara (2017-2019), Julie Defoer (2018-2019), Christophe Lechien (2020-2021), Maxime Personen (2021-2022), Erik Stroobants (2022), Daniel Dushime (2022-2023), Bram Van Braekel (2022-2024) **Vrijwilligers** Maruja Braeckman, Toon Mondelaers, Gaby De Grauwe, Andre Brems, Patricia Pilgrim, Jos Roobaert, Elise Van Achter, Elisabeth Van Huffelen, Marie-Louise Loenders, Patricia Pilgrim, Patricia Duchateau, Carine De Backer, Sabrina Castelain, Mireille Ben Bousseleh, Jan Minjauw, Jeanine Vermonden, Francine, Ida, Saliha, Fatima, Touria, Souad.

### **Speciale dank aan**

Freddy Merckx: hij pende de geschiedenis van De Brug neer met de inspirerende input van Koen Franck en Sanne Buelens en met de waardevolle medewerking van vele (ex-) collega's. Stephanie Lemmens herwerkte de tekst en verzorgde de layout.

**Via onderstaande QR-codes  
of op [www.wgcdebrug.be](http://www.wgcdebrug.be)**

kom je meer te weten over de evolutie van de  
Gezondheidszorg in België en in Molenbeek.



**Wens je een exemplaar te ontvangen**  
of heb je een vraag of bemerkingen omtrent deze tekst,  
contacteer dan Wijkgezondheidscentrum De Brug.

**WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM DE BRUG VZW**

**ONAFHANKELIJKHEIDSTRAAT 144**

**1080 SINT-JANS-MOLENBEEK**

**T: 02/411.18.38**

**WGCDEBRUG.BE**

