

**DOEL** Het doel van dit 4<sup>de</sup> cahier is om alle medewerkers van Solidariteit voor het Gezin te informeren over het veranderingstraject binnen Solidariteit voor het Gezin. Het succes van de modernisering van een bedrijf hangt af van vele factoren. Niet in het minst is een uitgebreide communicatie belangrijk opdat iedereen het ‘waarom’ van een veranderingsproces goed zou begrijpen. Met deze publicatie willen wij iedereen die op de één of andere manier betrokken is met het beleid of de uitvoering ervan, impacteren met de nieuwe doelstellingen van Solidariteit voor het Gezin na 2019. Alles verandert en spijtig genoeg heel snel en niet altijd zoals wij zouden willen. We zien veel gebeuren rondom ons en de signalen van onze medewerkers zijn soms zeer duidelijk. Daarom hebben we ervoor geopteerd om ons vernieuwingsproces, dat Boost2019 als naam draagt, zeer duidelijk en omvangrijk te omschrijven en te vertellen, met de bedoeling dat het intern wordt beleefd. Dit cahier is daar één element van. Het volledige inhoudelijke verhaal van wat de komende 5 jaar zal veranderen binnen Solidariteit voor het Gezin, staat hierin beschreven. De inhoud van dit boekje is daarenboven geen statisch gegeven en zal gedurende de komende periode getoetst worden aan de maatschappelijke omstandigheden in overleg met de medewerkers. De communicatiestap die we met dit cahier willen zetten zal een bron zijn van discussie. Ook dat zal een meerwaarde betekenen in de reële uitrol van Boost2019. Want als de medewerkers niet met de neuzen in dezelfde richting staan, dan is er ongerustheid en als we tegen onbegrip stuiten, dan is er weerstand. Onbegrip en weerstand kunnen enkel door kennis weerlegd worden. Vandaar het nut van dit 4<sup>de</sup> cahier van Solidariteit voor het Gezin.

*Onze 1,2,3  
voor de formateur*

Drie bedenkingen voor een efficiëntere  
dienstverlening met maatschappelijke meerwaarde

2010

*Humane zorg  
in een  
toekomstperspectief*

(een publicatie voor vrije sociaal ondernemers  
in de zorgsector die nog geloven  
in de kracht van de mens )

Een kritische kijk en een eigenzinnige visie op de  
wijzigende zorgmarkt en op het klassiek rusthuisdenken

2011

*De  
mens  
centraal*

of waarom er voor  
een nieuw en beter geïntegreerd zorgmodel  
een 7<sup>de</sup> staatshervorming nodig is in Vlaanderen

Een zoektocht naar  
een duurzaam en betaalbaar  
gezondheids- en welzijnssysteem gebaseerd op  
sociaal ondernemerschap, responsabilisering,  
vrijheid en rechtvaardigheid

+  
Memorandum van Solidariteit voor het Gezin  
voor de verkiezingen van 2014

2013

# “De moeilijkheid is niet nieuwe ideeën te begrijpen, maar oude ideeën achter zich te laten”

John Maynard Keynes

Na de publicatie van ‘Humane zorg in een toekomstperspectief’ in 2011 en ‘De Mens Centraal’ in 2013, werd de aanzet gegeven om onszelf in vraag te stellen in een intens wijzigende zorgmarkt. Ondanks het feit dat wij ons zorgbedrijf veilig door diverse economische stormen wisten te loodsen, zagen wij ons inhoudelijk verschraken ten opzichte van hetgeen rondom ons aan het gebeuren was. De innovaties binnen Solidariteit voor het Gezin werden beperkter, de uitbouw van nieuwe marktgeoriënteerde diensten werden bescheidener, onze voortrekkersrol in de geïntegreerde zorg werd minder dominant en onze relatie met externe partners bleef in vriendelijkheid steken.

Onze organisatie kende in haar 37-jarig bestaan steeds een gestage groei. Van 1999 tot 2010 waren we zelfs het sterkst groeiend zorgbedrijf in België en wisten we onze prestaties te verzevenvouden. Het feit dat ons marktaandeel in zorg en welzijn in Vlaanderen de laatste drie jaar niet vergrootte, bewees ons gelijk om de koe bij de horens te vatten. Het startschot met het colloquium te Oostende in 2011 in bijzijn van het voltallig middenkader, was de eerste bewustmaking van de reactivering van ons zorgbedrijf. Daarna werd de strategie van verandering inhoudelijk verankerd in ons derde cahier ‘De Mens Centraal’, waarbij de eerste concrete visieontwikkeling van de reset van Solidariteit voor het Gezin duidelijk werd. Deze omvangrijke theoretische onderbouw en sociologische verkenning van onze omgeving, was noodzakelijk om te zien of onze nieuwe ideeën wel maatschappelijke en politieke fundamenten hadden. De respons op deze twee bescheiden cahiers was groot en de inhoudelijke output was verrassend fris. Het was duidelijk dat de tijd rijp was om alles om te zetten in concrete veranderingsmaatregelen. Een uniek vernieuwingstraject werd uitgewerkt onder de benaming Boost 2014-2019 (kortweg Boost2019). Dit vernieuwingstraject werd dus uitgeschreven in drie grote werven:

1. De theoretische reset van Solidariteit voor het Gezin
2. De organisatorische reset van Solidariteit voor het Gezin
3. De infrastructurele reset van Solidariteit voor het Gezin

In dit cahier gaan we het hoofdzakelijk hebben over de organisatorische reset. Zowel de redenen, de doelstellingen als de resultaten van deze werf zijn de inzet van deze publicatie. Terwijl we dit aan het schrijven zijn ligt de theoretische reset reeds vast en zijn we al gestart met de infrastructurele reset van ons zorgbedrijf. Twee afdelingen zijn al aan de beurt geweest (2014: Lokeren en Oudenaarde). Dit jaar (2015) staan drie afdelingen in de steigers (Gent, Brugge en Kortrijk); onder voorbehoud en in functie van de beschikbare middelen zullen alle andere afdelingen op de tijdsbalk tot 2019 worden opgenomen.

Het motto: change in Bricks, in Bytes en in Behaviour zal de grote uitdaging worden voor de komende vier jaar. Misschien zal ‘behaviour’ het moeilijkste element zijn in dit traject. Daarom is het bijzonder belangrijk iedereen goed te informeren over het nieuwe verhaal en vooral waarom het nieuwe verhaal zo noodzakelijk is. De analyse is minstens even belangrijk

als de strategie om te komen tot een modern, efficiënt en klantgericht zorgbedrijf van de 21<sup>ste</sup> eeuw. We zien trouwens dat iedere sociaal ondernemer die begaan is met zorg en welzijn, daarmee bezig is.

Daarenboven is onze denkoefening niet zomaar uit de lucht komen gevallen en is het absoluut niet gebaseerd op een subjectief buikgevoel. Integendeel: alles is weloverwogen en doordacht tot stand gekomen, waarbij we zelfs niet te beroerd geweest zijn om ook externen toe te laten hun mening op ons los te laten. Dit resulteerde in een strategische samenwerking met Cronos en workshops met professor Marc De Vos. Beide bijdragen tot de ontwikkeling van dit cahier mogen niet onderschat worden. Eerder werd een inspirerende denkdag georganiseerd met belangrijke sleutelfiguren in de sociale expertise in Vlaanderen, waarbij externe visies werden getoetst aan onze eigen analyse. (\*)

Willen we met Solidariteit voor het Gezin weer sexy en aanbevelingswaardig worden, dan moeten we deze evolutie doormaken. De gemakkelijkste manier om nooit van mening te moeten veranderen, is er geen hebben. Daar zal men Solidariteit voor het Gezin nooit kunnen van verdenken.

De toekomst is aan ons!

Gent, 2015

Erwin Devriendt - Pol Debrock

(\*)

De denkdag ging door op 9 mei 2012, waarbij de referaten van de volgende sprekers van significantie betekenis waren voor de verdere uitrol van Boost2019: Prof.dr. Marc De Vos (Directeur Itenera Instituut), dhr. Marc Morris (Secretaris-generaal Welzijn Volksgezondheid & Gezin), dhr. Jo De Cock (Administrateur-generaal RIZIV), dhr Peter Degadt (Gedelegeerd Bestuurder Zorgnet Vlaanderen) en Prof.dr. Jozef Pacolet (Hoofddocent HIVA).

# 1

## De Analyse

- **Zorgvernieuwing volgens Solidariteit voor het Gezin: de weg naar een eigentijds geïntegreerd zorgproduct**
  - 1) Tien redenen voor de resetknop
  - 2) De trends
- **What future for Which Solidariteit voor het Gezin?**
- **De kwetsbare zones binnen Solidariteit voor het Gezin**

Blz. 6 - 33

# 2

## De Strategie

- **7 invalshoeken**
- **De aanpak**

Blz. 34 - 49

# 3

## De Organisatorische reset

- **11 doelstellingen & 69 tastbare resultaten**

Blz. 50 - 85

# 1 ANALYSE

## De analyse

### Zorgvernieuwing volgens Solidariteit voor het Gezin: de weg naar een eigentijds geïntegreerd zorgproduct

De hedendaagse social-profitsector is niet meer dezelfde als in de 20<sup>ste</sup> eeuw. Er vonden ondertussen gigantische maatschappelijke en technologische mutaties plaats die ook een ingrijpende invloed hadden (en nog steeds hebben) op de werking van zorginstellingen, zorgorganisaties en zorgbedrijven. Vanuit Solidariteit voor het Gezin hebben we steeds geprobeerd bepaalde evoluties voor te zijn en hebben we vanwege ons anticipatief gedrag, onze positie goed weten te handhaven, zelfs weten te versterken. Ons marktaandeel is voortdurend gestegen. Onze lange termijnvisie baseerden wij daarbij telkens op onze vijf lange termijn doelstellingen, zijnde:

- Vraagstimulering
- Productversterking en productdifferentiatie
- Grotere regiodiversiteit
- Opportuniteitsmanagement in functie van schaalvergroting
- Financiële optimalisatie

De recepten die wij destijds hebben uitgewerkt om deze lange termijn doelstellingen te realiseren waren

relatief succesvol en werden tijdens de begrotings- en beleidsdagen telkens omgezet in een reeks structurele en culturele actiepunten. Maar deze klassieke recepten ter realisatie van onze missie, zijn niet meer uniek. Vele van onze concullega's hanteren vandaag dezelfde recepten.

Wanneer we de analyse van Zorgnet Vlaanderen lezen, is deze zowaar analoog aan de onze, maar hun nieuwe navigatie voor de ouderenzorg verschilt op sommige vlakken fundamenteel met de onze. Het feit dat zij zo ingrijpende conclusies (bakens genoemd) voorstellen, betekent dat ook zij intens bezig zijn met de grote maatschappelijke uitdagingen.

Daarnaast moeten we ook constateren dat sommige recepten niet meer eigentijds zijn, of om het met dezelfde spreekwoordelijke taal te verduidelijken: 'de oude mayonaise pakt niet meer'. Sinds de beleidsnota 2009 hebben we signalen gegeven van deze analyse, terwijl we in de beleidsnota 2011 reeds uitpakten met een voorstel van organisatiecharter voor een toekomstmodel in de gezondheidszorg. Het is duidelijk dat we onszelf in deze steeds wijzigende omgeving constant in vraag moeten stellen om als volwaardige partner/speler in de zorgmarkt van Vlaanderen en Brussel een voorname rol te kunnen blijven spelen. Vanuit het directiecomité van Solidariteit voor het Gezin voelen we sterk de behoefte om dit te doen. De eerste aanzet tot nadenken over deze materie werd georganiseerd op 27 mei 2011 tijdens het seminarie rond 'Humane

zorg in een toekomstperspectief'. Deze oefening heeft veel reacties uitgelokt en heeft al diegenen die met ouderenzorg bezig zijn binnen Solidariteit voor het Gezin, gesensibiliseerd voor de grote uitdagingen waarvoor we staan. De boodschap is echter dat we deze sensibilisering warm moeten houden en verder moeten concretiseren op bedrijfsniveau. De publicatie van ons derde cahier 'De Mens Centraal' paste in deze oefening, die zijn eerste concrete uitwerking kreeg in 2014.

Dit impliceert dat we verder de resetknop moeten indrukken om Solidariteit voor het Gezin opnieuw voortrekker te laten worden in de zorg- en dienstverlening in Vlaanderen. We moeten een nieuwe 'boost' creëren om de zorgvernieuwing waarvoor we staan, een groot draagvlak te geven. Dat is de reden om een inhoudelijk vervolg uit te werken op 'Humane zorg in een toekomstperspectief' en 'De Mens Centraal'. We hebben dit project in 2013 'Boost2019' genoemd, als een soort alliteratie op GPS 2021.

## 1. HET WAAROM: TIEN REDENEN VOOR DE RESETKNOP

### A. DE FINANCIËLE DRUK



De huidige welvaartstaat staat onder enorme druk. Vele studies maken duidelijk dat er op korte termijn belangrijke strategische keuzes zullen moeten gemaakt worden. Ervan uitgaan dat de uitdagingen van de vergrijzing enkel financieel zullen moeten aangepakt worden is ziende blind zijn. Er zal naast de budgettaire consequenties ook aan

de architectuur van onze welvaartstaat moeten gesleuteld worden. De financiële druk zal automatisch leiden tot systeemwijzigingen in onze welvaartstaat. En gelet op onze lage activiteitsgraad, zal hoe dan ook de huidige welvaartstructuur onbetaalbaar worden.

De Hoge Raad van Financiën vraagt aan de regeringen om in het jaar 2015 een globaal evenwicht te bereiken in de overheidsbegrotingen en gaat ervan uit dat op lange termijn 80% van de verwachte vergrijzingskost zal kunnen gefinancierd worden door de vermindering van de staatschuld. Maar enerzijds zijn de premissen van deze stelling in de huidige economische situatie amper realiseerbaar, terwijl vandaag de federale regering (ondanks de zware saneringen) er niet in slaagt de staatschuld af te bouwen, integendeel. Hoe de andere 20% van de vergrijzingskost zal moeten worden gefinancierd, is in deze context nog een grotere vraag. Wanneer je dan ook nog moet vaststellen dat de verhouding tussen uitkeringsafhankelijken en bijdragebetalers vandaag bijna 85% bedraagt (in 1970 = 41%; in 2030 = 100%), dan staat ons solidariteitssysteem zo goed als aan de afgrond.

Daarom beseft Solidariteit voor het Gezin maar al te goed dat de komende jaren de subsidiërende overheden zich anders zullen 'moeten' gedragen t.o.v. de bestaande sociale voorzieningen. Dit impliceert enerzijds het vermoeden dat we meer zullen moeten doen met minder geld, en anderzijds dat de structuur van de welvaartstaat (de wijze waarop

alles georganiseerd is) ongetwijfeld zal moeten wijzigen.

In welke richting keuzes zullen worden gemaakt, is verre van duidelijk. We moeten uiteraard eerst over een slagkrachtige federale regering beschikken die deze keuzes kan en zal maken. Maar vandaag voelt Solidariteit voor het Gezin op diverse niveaus dat inkomsten en uitgaven niet meer in evenwicht zijn en dat de huidige indextoepassing op de lonen zeer nefaste gevolgen heeft in diverse sectoren van de socio-profit. De kaas-schaafmethode doet in een dergelijke context wel erg veel pijn...

De financiële druk is dus vandaag zeer voelbaar en heeft negatieve gevolgen voor het innovatief denken in de sector. Daarenboven is de financiële druk ontstaan buiten de omgeving van de welzijns- en gezondheidszorgsectoren. Op schromelijke wijze stellen we vast dat er geen antwoord geboden wordt op deze vaststelling. Enerzijds vanwege een gebrek aan politieke keuzes ter zake, maar anderzijds ook door de afhankelijkheidspositie van de sectoren ten opzichte van de regulerende overheid. Het is duidelijk dat vanuit deze twee richtingen iets moet gebeuren. Het huis van de welvaartstaat kan niet meer worden afbetaald en zal dus moet worden omgebouwd. De vraag is 'welk soort huis wensen we?'

De aanbevelingen van het Itinera Institute zijn duidelijk, maar eigenaardig genoeg vinden wij nergens een eenduidige en uitgesproken visie, noch bij de diverse politieke formaties, noch bij de overheden. Het gaat immers over de vraag hoe onze samenleving er na de economische crisis en na de budgettaire sanering zal uitzien. De enige die onlangs het politiek debat ter zake activeerde, is Frank Vandenbroucke. In zijn splijtende nota 'Strategische keuzes voor het sociaal

► beleid', bracht hij acht belangrijke strategische keuzes naar voor, die de essentie van het voortbestaan van onze welvaartstaat raken. Niet dat de keuzes die Vandenbroucke maakt ook de onze zijn, maar het is duidelijk dat als gevolg van de budgettaire krapte systeemwijzigingen noodzakelijk zijn.

Het is belangrijk dat Solidariteit voor het Gezin op de eerste rij zit bij de sturing van de systeemwijzigingen in Vlaanderen en derhalve zelf het voorbeeld geeft.

Naast het macro-maatschappelijk beeld van de gezondheids- en welzijnssector, is het duidelijk dat ook op bedrijfsniveau de financiële druk voelbaar is. Diverse social-profitsectoren kunnen binnen het klassieke financieringssysteem amper break-even draaien en binnen de groep Solidariteit voor het Gezin hebben diverse pijlers het moeilijk om via hun autonoom budgethouderschap hun respectievelijke departementen financieel gezond te houden. De departementen Woonzorg en Kinderzorg hebben hoofdzakelijk te kampen met zware infrastructurele investeringen die zwaar doorwegen op de exploitatie en de cashflow van de groep, maar deze bewuste strategische keuze heeft op termijn een positief gevolg op onze solvabiliteit en onze financiële autonomie. De onstabiele financiële toestand van de departementen Gezondheidszorg en Comfortzorg zijn van een totaal andere aard en volledig buiten onze wil tot stand gekomen. Hier zal een ander beleid noodzakelijk zijn om de continuïteit van deze dienstverleningen te kunnen verzekeren.

De financiële druk op maatschappelijk vlak en op bedrijfsniveau is de eerste reden voor een 'reset'.

## **B. DE (ON)BETAALBAARHEID VAN DE DIENSTENCHEQUES**

De pijler Comfortzorg is niet meer weg te denken binnen de werking van



Solidariteit voor het Gezin en stelt meer dan 1.800 medewerkers te werk. De sterke personeelsgroei binnen onze groep is sinds 2003 hoofdzakelijk te wijten aan onze assertieve aanpak binnen de sector van de dienstencheques. Maar ons verhaal is geen alleenstaand verhaal.

De sector van de dienstencheques kostte vorig jaar 1,859 miljard euro.

Academici en vakbonden vrezen voor de betaalbaarheid van het systeem en stellen het steeds meer in vraag.

Bij de oorsprong in 2004 was het de bedoeling om 25.000 jobs te creëren. Vandaag in 2014 zijn er binnen het stelsel al 132.873 werknemers aan het werk. De keerzijde van het succes is de enorme kostprijs voor de overheid. De gebruiker betaalt netto 6,30 euro per cheque (goed voor een uur werk).

Het dienstenchequebedrijf ontvangt per cheque 22,04 euro.

Het verschil wordt bijgepast door de overheid. De financiële tussenkomst van de RVA voor 2012 bedroeg 1,6 miljard euro.

Daarnaast zijn er nog de kosten voor de omkadering (kosten van de RVA en van Sodexo als uitgever van de dienstencheques = bijna 15 miljoen euro) en de kost van de fiscale aftrekbaarheid (248,9 miljoen euro). Als we al die bedragen samenvoegen, bedraagt de brutokostprijs voor 2012: 1,859 miljard euro.

Professor Jef Pacolet, onderzoeker bij het Hoger Instituut voor de Arbeid (HIVA), vindt dat de subsidies voor poetshulp selectiever moeten worden besteed, zeker met de moeilijke budgettaire sanering. Zo zou de fiscale aftrekbaarheid en het maximaal aantal aan te schaffen dienstencheques (500) op jaarbasis kunnen beperkt worden. Fundamenteel is het voorstel van Pacolet om een onderscheid te maken tussen courante huishoudelijke hulp voor

actieven (tweeverdieners) en de hulp aan hulpbehoevende personen en zorgsetting.

Het HIVA pleit voor een maximale oriëntatie van de sector naar een zorgcontext, met name naar hulpbehoevende mensen, want daar zullen de behoeften het sterkst stijgen. Het is de sector van de toekomst. Deze denkplaat wordt maatschappelijk gedragen door de werknemersorganisaties, met het ACW voorop. Deze denkplaat zou voor de zorgsector niet nadelig zijn.

Het goed onderbouwd verhaal van HIVA heeft echter één grote zwakte: het minimaliseert het terugverdieneffect voor de overheid en culpabiliseert een beetje de commerciële sector.

Een inperking van het stelsel zou natuurlijk een halt toeroepen aan de groei van de erkende dienstencheque-ondernemingen die sinds 2004 in aantal toenamen van 785 naar 2.664. Vooral het aantal commerciële ondernemingen (kleine poetsbedrijven, maar ook de uitzendkantoren) is sterk toegenomen. Zij vormen 60 procent van het totaal aantal dienstencheque-ondernemingen. De rest zijn publieke spelers (OCMW's, PWA's en gemeenten) en de non-profit (zoals o.a. Familiehulp, Solidariteit voor het Gezin en Thuishulp). Daarenboven is de toenmalige analyse van HIVA quasi irrelevant geworden door de bevoegdheidsverschuiving van deze materie naar Vlaanderen en de recente financiële problematiek bij de steden en gemeenten.

Volgens Jan Denys van Randstad, één van de grootste privéspelers, spannen de vakbonden en non-profitwerkgevers samen om de rol van de commerciële bedrijven in de zorgsector terug te draaien. De commerciële spelers in de sector zijn ervoor bevreesd dat hun rol bij een regionalisering van het dienstenchequesysteem wordt

afgebouwd ten nadele van de non-profit. Door het feit dat Minister Muylers (minister van Werk) de bevoegdheid van de dienstencheques naar zich heeft toegetrokken, wordt de nuance 'zorg' misschien weer iets minder evident.

Vandaag zijn de doelstellingen van het dienstenchequesysteem: de creatie van werkgelegenheid, het tegengaan van zwartwerk en het faciliteren van de combinatie arbeid-gezin. Deze doelstellingen zijn ruimschoots gehaald. Het systeem van de dienstencheques heeft in België een zeer groot economisch belang en dat bewijst ook de meeste objectieve analyse van Idea-Consult. Maar zijn de huidige doelstellingen nog accuraat? Zal de budgettaire context het systeem van de dienstencheques niet heroriënteren naar andere doelstellingen? Zal de beslissing rond de regionalisering van de dienstencheques in 2016 het HIVA gelijk geven? Noch in het regeerakkoord van de Vlaamse regering, noch in de beleidsnota van Minister Vandeurzen, staat een groot veranderingsmodel beschreven. De relatie tussen de dienstencheques met de thuiszorg wordt angstvallig verzwegen.

Vanuit Solidariteit voor het Gezin beseffen wij maar al te goed dat er op korte termijn een antwoord zal gegeven worden op de bovenstaande vragen en dat het huidige model op springen staat. Het feit dat wij frequent aangesproken worden om dienstenchequebedrijven over te nemen, wijst op het feit dat iedereen wat aan het panikeren is of de bui voelt aankomen. Ook de gevoelige discussie binnen de SAR wijst op de gespannen en tegenstrijdige standpunten in dit dossier.

Solidariteit voor het Gezin wenst inhoudelijk voor zichzelf ook nieuwe doelstellingen in de dienstenchequesector voorop te stellen, met de hoop klaar te zijn voor de nieuwe uitdagingen, aangepast en passend in het

geïntegreerd verhaal van ons zorgbedrijf. In ons cahier 'Onze 1,2,3 voor de formateur' hebben we in 2010 een eerste denkoefening voorgesteld. Dit is de tweede reden voor het indrukken van de resetknop.

### C. HET VEROUDERD MODEL VAN DE GEZINSZORG

Het hoeft amper gezegd, maar Solidariteit voor het Gezin is ontstaan vanuit de dienstverlening die destijds 'bejaardenhulp' werd genoemd. De regelgeving hield lang stand en maakte van de bejaardenzorg (later gezinszorg genoemd) een vrij stabiele sector. In de loop der tijden zijn wel tal van decretale aanpassingen en toevoegingen gebeurd in functie van nieuwe diensten, andere behoeften en uiteraard de gevolgen van het VIA (Vlaams Intersectoraal Akkoord), maar de essentie van de gezinszorg en aanvullende thuiszorg is ongewijzigd gebleven.

Maar ook in deze sector broedt iets dat naar vernieuwing snakt. De eerste aanzet tot het herdenken van het thuiszorglandschap is er gekomen met het nieuwe woonzorgdecreet. Vanuit Solidariteit voor het Gezin hebben wij steeds het maatschappelijk belang van deze wijziging ingeschat en hebben we er alles aan gedaan om de keuzevrijheid en het pluralistisch aanbod te vrijwaren. Vandaag wordt meer en meer duidelijk welke impact het woonzorgdecreet krijgt in de zorgstructuur van Vlaanderen.

Het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 is een integraal decreet voor thuiszorg en residentiële ouderenzorg. Het kwam in de plaats van zowel het thuiszorgdecreet van 1998 als het ouderendecreet van 1985.

In het woonzorgdecreet worden bestaande en nieuwe vormen van thuiszorg, de thuiszorgondersteunende en -aanvullende zorg en de residentiële

ouderenzorg gecombineerd. Het decreet heeft **3 prioritaire doelstellingen**:

- zorg op maat bieden aan de gebruiker en een kwaliteitsvol zorgcontinuüm creëren, door zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg correct en individueel aangepast in te zetten;
- de regelgeving voor zorg, wonen en welzijn actualiseren en beter op elkaar afstemmen, met als doel de samenwerking tussen thuiszorg, thuiszorgondersteunende zorg en residentiële zorg te vergemakkelijken en aan te moedigen;
- de kwaliteit van wonen en zorg verhogen door passend in te spelen op de individuele fysieke en psychische noden van de zorgvrager, met voldoende aandacht voor sociale inclusie en het welbehagen van de zorgbehovende;

Met het woonzorgdecreet begint een nieuw tijdperk voor de thuiszorg en de residentiële ouderenzorg. Zorg op maat en zorgcontinuïteit zijn de sleutelbegrippen. Het werken met een gediversifieerd aanbod wordt als norm gesteld. Het uiteindelijke doel van het woonzorgdecreet is de vorming van woonzorgnetwerken. Alle zorgpartners trachten in zo'n netwerk hun aanbod gezamenlijk te organiseren, met als doel een betere aaneenschakeling van zorg te realiseren. Zo worden overlappingen vermeden en worden zorgfuncties toegewezen aan de juiste partners.

En dat is nu juist het probleem voor Solidariteit voor het Gezin. Wij kunnen amper terugvallen op woonzorgnetwerken, laat staan op 'de juiste partners'. Solidariteit voor het Gezin was steeds aangewezen op zichzelf om geïntegreerde zorg te bieden.

Daarbij komt nog dat binnen diezelfde filosofie ook het RIZIV projectmatig aan het meedenken is (protocol 3), met de bedoeling een nieuwe

financieringsmethodiek te ontwikkelen.

Eén zaak is zeker: de christelijke zuil heeft hierover al grondig nagedacht en heeft al openlijk diverse standpunten ingenomen. Eén van de nieuwe begrippen dat van Nederland is overgewaaid zal worden ingeburgerd in ons systeem: 'ketenzorg'. Dit impliceert zorg, verleend door verschillende diensten die als schakels in een hechte keten met elkaar samenwerken, ten dienste van de gebruiker. Op deze manier wordt de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment en door de juiste zorgverlener geboden.

Los van het feit dat dit voor Solidariteit voor het Gezin als muziek in de oren klinkt, zijn we vandaag niet klaar om intern (laat staan extern) de ketenzorgfilosofie toe te passen.

Daarenboven zien we duidelijk dat de klassieke gezinszorg (oude stijl) niet voldoet aan de vraagzijde. Vandaag wordt van de gezinszorg verwacht dat ze meer complexe situaties op een meer flexibele manier kan invullen. De decretale regel van 3% onregelmatige prestaties (= werken tijdens het weekend, avond en 's nachts) is ontoereikend en moet dringend aangepast worden. Solidariteit voor het Gezin (mede door de inpassing van protocol 3), heeft deze 3%-regel al in 2011 overschreden. Dit impliceert dat de huidige structuur en organisatie van de gezinszorg dringend moet aangepast worden. Meteen een derde reden voor een 'reset'.

#### **D. ONZE DALENDE GROEIDOELSTELLING**

Sinds haar ontstaan verkeerde Solidariteit voor het Gezin voortdurend in een groeiscenario.

Van een kleine Oost-Vlaamse gezinszorgdienst begin jaren '80, zijn we uitgegroeid tot een modern zorgbedrijf in Vlaanderen en in Brussel. Verschillende gedifferentieerde strategieën (gaande

van acquisities tot ontwikkeling van nieuwe diensten) werden gehanteerd om te komen tot het resultaat van vandaag. De pijlerstructuur heeft deze dynamiek versterkt en uitvergroot.

Met de komst van de dienstencheques en de uitbouw van de pijler kinderzorg, was Solidariteit voor het Gezin de laatste jaren procentueel één van de sterkst groeiende zorgbedrijven in België. Op iets meer dan dertig jaar tijd hebben we het volgende marktaandeel in Vlaanderen bereikt:

- Gezinszorg: 13%
- Thuisverpleging: 6%
- Vrijwilligerswerk: 31%
- Dienstencheques: 2%
- Kinderopvang: 3%

Deze percentages wijzen op de al bij al bescheiden marktpositie van Solidariteit voor het Gezin in Vlaanderen. Op zich is groei geen beleidsdoelstelling, schaalgrootte daarentegen wel. Voor de meeste diensten zijn we trouwens afhankelijk van programmatienormen en is een vraaggeoriënteerde groei niet mogelijk. Uiteraard is dit een frustratie, gezien wij nooit op deze manier onze historische achterstand in sectoren als de gezinszorg, rusthuissector en kinderopvang kunnen wegwerken. De enige manier om hier ons marktaandeel te vergroten zijn fusies en/of overnames van bestaande erkende organisaties.

Het huidig over te nemen potentieel is vandaag zo goed als nihil.

Anderzijds: in prestatiegerichte sectoren is onze positie ten opzichte van de klassieke zuilen veel sterker

dan in de geprogrammeerde sectoren. Daar stuiten we dan weer tegen 'valse' concurrenten in de zelfstandige sector of de commerciële sector. Ook deze markt is dus verstoord. 60% van de dienstenchequemarkt is in handen van de commerciële sector en ruim 60% van de thuisverplegingsmarkt is in handen van de zelfstandige sector. De trend is dat we in de sector van de dienstencheques marktaandeel winnen ten opzichte van Familiehulp, maar verliezen ten opzichte van de commerciële sector. In de sector van de thuisverpleging is er een gelijkaardige trend zichtbaar: we winnen marktaandeel ten opzichte van het Wit-Gele-Kruis, maar verliezen ten opzichte van de zelfstandige verpleegkundigen.

Vanuit Solidariteit voor het Gezin zijn we ervan overtuigd dat ons marktaandeel in Vlaanderen nog kan vergroten. We zijn immers nog steeds niet in alle gemeenten van Vlaanderen aanwezig met onze basisdienstverlening (▲: gezinszorg-poetsdienst-thuisverpleging).

En toch halen wij onze ambitieuze groeicijfers van de voorbije 10 jaar niet meer. In 2013 zijn we er zelfs voor het eerst in de geschiedenis van ons zorgbedrijf op achteruit gegaan met een personeelsafbouw van 2,6%.

Ter illustratie: Los van het feit dat de groep Solidariteit voor het Gezin steeds blijft groeien, is er toch een tendens waarneembaar dat bij de niet-geprogrammeerde (of prestatiegerichte) diensten de groei stagneert.

Evolutie van de groei van de vraag gerichte sectoren											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dienstencheques	97%	144%	134%	35%	3%	6,50%	6,80%	2,60%	7,30%	-8,30%	-10,20%
thuisverpleging	8%	10,50%	6,10%	7%	8,90%	5,60%	3,80%	3,20%	0,68%	0,80%	2,82%
totale personeelsgroei	14,30%	11%	11,25%	10%	4%	5%	4,65%	3,60%	0%	-2,55%	0,24%

We moeten alert zijn voor dit signaal. Het is een vierde reden voor een 'reset'.

#### **E. HET NIET KUNNEN INVULLEN VAN ONZE MISSIE**

*“Solidariteit voor het Gezin is een autonome dienst voor welzijns- en gezondheidszorg die een veelzijdig dienstenpakket aanbiedt, vertrekkend van de thuiszorg, maar naargelang de behoeften van haar cliënten, zich bovendien engageert om aanvullende dienstverlening te organiseren en te coördineren. Wij streven er immers naar om via een geïntegreerde aanpak kwalitatieve zorg op maat aan elke hulpvrager in de Vlaamse Gemeenschap en Brussel aan te bieden. Deze hulp wordt door deskundig en gemotiveerd personeel aangeboden vanuit een humanistische visie en dynamische ingesteldheid waarbij de cliënt centraal staat.”*

Het rode gedeelte van onze missie is na meer dan tien jaar (sinds de goedkeuring van de nieuwe missie in 2000) nog steeds niet gerealiseerd.

Daaruit kunnen we concluderen dat:

- Ofwel de doelstelling niet realistisch is
- Ofwel de strategie om deze doelstelling te realiseren niet de juiste is

We denken dat de doelstelling realistisch is, maar dat we vandaag niet over de juiste instrumenten beschikken om deze doelstelling versneld te realiseren. Een vijfde reden voor een 'reset'.

#### **F. DE ZWAAR ZORGBEHOEVENDEN VINDEN NIET ALTIJD DE WEG NAAR ONS ZORGBEDRIJF**

Deze eigenaardige vaststelling is atypisch voor een organisatie als de onze. Terwijl wij als enig zorgbedrijf in Vlaanderen in staat zijn een intensief geïntegreerd zorgproduct aan te bieden, dat voor zwaar zorgbehoevenden een fundamentele meerwaarde zou kunnen betekenen, zien wij dat we deze doelgroep aan het verliezen zijn. De zwaar zorgbehoevenden vinden dus niet meer de normale weg naar de groep

► Solidariteit voor het Gezin. Ondanks ons geïntegreerd aanbod moeten we vaststellen dat we geen hogere cijfers hebben dan de andere diensten wat aantal zwaarbehoevenden betreft en dat we zelfs lager scoren dan de zelfstandig verpleegkundigen. We moeten veel beter doen dan alle anderen in de zorgmarkt gelet op onze geïntegreerde structuur.

De analyse van het fenomeen is complex en niet eenduidig.

Vooreerst heb je de (verzuilde) bewegingen aan de aanbodzijde, die een opportunistisch doorverwijsgedrag stimuleren. Het nieuw woonzorgdecreet biedt hiervoor een mooi vehikel. Het feit dat caritasziekenhuizen (en andere gelijkgezinde instellingen) en christelijke thuiszorgdiensten (lees vooral: het Wit Gele Kruis) elkaar opnieuw gevonden hebben, zal ongetwijfeld deze trend beïnvloeden. Daardoor wordt Solidariteit voor het Gezin niet meer prioritair aangewezen als preferentieel zorgbedrijf. De talrijke goedgekeurde protocol 3-projecten, waarvan het leeuwenandeel in handen kwam van instellingen die aangesloten zijn bij Zorgnet Vlaanderen, versterken uiteraard deze trend.

We mogen ook de dichotomie bij de zelfstandige verpleegkundigen niet minimaliseren. Hun relatie met huisartsen is vaak meer dan alleen zorggerelateerd. Het is ondoenbaar voor Solidariteit voor het Gezin om de één op één lijnrelatie tussen zelfstandige verpleegkundige en huisarts door te knippen, omdat vaak ook andere diensten van ons zorgbedrijf daardoor schade zouden kunnen lijden. De 'bijzondere' relatie tussen zelfstandige verpleegkundigen en de huisartsen en de sterke financiële rendementsretoriek van zelfstandigen, zou er ook kunnen op wijzen dat de zorgselectie volop bezig is, waardoor de zwaar zorgbehoevenden ons niet meer bereiken.

Daarnaast heb je ook de zorgmarkt die gevoelig is gewijzigd, waarbij je je kunt afvragen of de zwaar zorgbehoevenden nog wel hun weg vinden in de thuiszorg.

We mogen niet vergeten dat Vlaanderen de laatste tien jaar een gigantische intramurale inhaalbeweging inzette, waarbij vast te stellen valt dat wachtlijsten in woon-en zorgcentra in feite niet meer aan de orde zijn.

De inhaalbeweging is nodig (cfr Het Grijsje Goud - Itinera) en zal nog versterkt worden in de komende jaren, maar de VIPA-uitdaging van de komende jaren (2015/2016) laat niet veel goeds vermoeden. Daarenboven is er de specifieke financieringsmethodiek van ROB's en RVT's die maakt dat woon- en zorgcentra enkel nog geïnteresseerd zijn in B en C-profielen, waardoor de aanzuigkracht van zwaar zorgbehoevenden naar de intramurale sector zeer groot is.

Tenslotte is het wel nuttig om even stil te staan bij één van de rechtstreekse gevolgen van het fenomeen, namelijk het feit dat terminale ziekten als kanker en andere, meer en meer een chronische aandoening aan het worden zijn, met een toename van de multi-morbiditeit (patiënten met meerdere chronische aandoeningen).

Het moet ons doen inzien dat ons zorgmodel niet a priori op slechts één aandoening mag gericht zijn, maar ook moet aangepast zijn om complexe situaties via interprofessionele aanpak op te lossen, elk weliswaar vanuit zijn eigen discipline, maar steeds in een gezamenlijke aanpak.

Een grondige analyse van deze socio-medische trend dringt zich op.

Een grondige interne herdenking van deze problematiek en de vaststelling dat Solidariteit voor het Gezin hier bijzonder kwetsbaar is, is de zesde reden voor de resetknop.

## **G. DE OUDE DOORVERWIJZINGSPROCESSEN BESTAAN NIET MEER**

Waar vroeger mensen met al hun zorgvragen bij hun ziekenfonds terecht konden, zijn er vandaag veel meer instanties (waaronder de verstrekkers zelf) die zich op dit terrein verdienstelijk maken, veelal met een opportunistische ondertoon.

Niet dat de rol van de ziekenfondsen op dat vlak totaal uitgespeeld is, maar het minste dat we kunnen beweren is dat ze af te rekenen krijgen met een aantal nieuwe spelers op de markt.

Ieder van ons weet ondertussen dat de jacht op zwaartzorgbehoevenden veelal geleverd wordt over de mutualiteitsgrenzen heen.

Solidariteit voor het Gezin is de tijd ontgroeid van de automatische aanvragenstroom vanuit aanvankelijk alleen de Liberale Mutualiteiten, later aangevuld met de Onafhankelijke en Neutrale Mutualiteiten. De laatste 10 jaar profileert Solidariteit voor het Gezin zich als een marktgericht zorgbedrijf, los van zuilgebonden organisaties. Vele van onze conculega's kunnen met deze moderne houding geen weg en stoppen ons blijvend in het 'blauwe' hoekje, terwijl wij al lang de humanistische weg van het sociaal ondernemerschap ingeslagen zijn.

Bij onze start, 40 jaar geleden, konden zowat alle aanvragen beantwoord worden in functie van de wensen van de klant, veeleer dan in functie van de eigenlijke zorgnood. Klanten die jaren aan een stuk één dag per week een 'bejaardenhelpster' over de vloer kregen, waren geen uitzondering. Het laat zich raden dat de klemtoon daarbij lag op het loutere onderhoud van de woning.

We hebben het over de tijd waarin thuiszorg bijna uitsluitend bestond uit bejaardenhulp en thuisverpleging. Iets anders was er nauwelijks.

Met de komst van de poetsdiensten en later ook van de dienstenchequebedrijven, is er een ware marktverschuiving aan de aanbodzijde ontstaan. Het heeft er ondermeer voor gezorgd dat een aantal taken uitgezuiverd en afgebakend werden. Zelfs binnen die dienstverleningen ontstonden specialismen (vb. palliatieve zorg, specifieke zorg gericht op bepaalde ziektebeelden zoals diabetes en nierinsufficiëntie, zorg voor dementerenden, zorg voor psychiatrische patiënten, enz...). Het heeft de grenzen van de thuiszorg fundamenteel verlegd. Zelfs zeer zwaar zorgbehoevenden die complexe medische ondersteuning nodig hebben, kunnen in de thuiszorg terecht, weg van het ziekenhuis. Het is meer uitzondering dan regel geworden dat mensen naar het ziekenhuis gebracht worden om te sterven.

Dit alles heeft uiteraard zijn opportuniteit: van de vanzelfsprekende instroom van aanvragen, zijn we geëvolueerd naar een situatie waarbij we enkel nog gegeerd worden omwille van onze kwaliteit, onze flexibiliteit en onze totaalaanpak.

Dit wordt dan ook de niche waarop we ons in de toekomst meer en meer zullen moeten focussen.

Een belangrijke existentiële vraag is of we het ons vandaag überhaupt nog kunnen veroorloven om de leden van onze partnermutualiteiten een bepaalde aparte behandeling te verschaffen. Het antwoord daarop is ja, indien dit geen beletsel vormt om ons terzelfder tijd ook op die gespecialiseerde markt te gooien. Het antwoord is nee, indien we daardoor die opportuniteit moeten missen. Dergelijk opportuniteitsmanagement is al langer dan vandaag een moeilijke evenwichtsoefening en dit om een aantal redenen:

- Het gaat over een situationeel gegeven (in dat geval wel, in het andere geval niet)

- Het gaat over een tijdelijk gegeven (als er grote wachtlijsten zijn niet, als er eerder een tekort is aan werk wel)
- Het gaat over een geografisch gebonden gegeven (in bepaalde gebieden een tekort aan werk, in andere gebieden eerder een teveel)
- Het gaat over centen (als er crisis dreigt, zoals nu in de sector van de thuisverpleging of de sector van de dienstencheques, dan dringen zich al rapper opportuniteitsmaatregelen op, dan wanneer er nog een zekere financiële marge heerst).

Het maakt het op het terrein niet gemakkelijk om daarover duidelijke richtlijnen uit te vaardigen.

Een oplossing voor dit moeilijk dilemma kan alleen maar liggen in een duidelijke en eerlijke dialoog met onze partners. We zouden dit gesprek uiteraard liefst met al onze partners samen voeren, maar om gekende redenen zal dit vooralsnog afzonderlijk moeten verlopen. Daarbij moet gesteld worden dat de partners ook mee evolueren in een nieuwe maatschappelijke context. Kan de CM zich in de toekomst nog veroorloven om ons te blijven negeren, terwijl Solidariteit voor het Gezin vaststelt dat een vierde van haar cliënteel wel degelijk aangesloten is bij de Christelijke Mutualiteit? Zijn trouwens politiek of filosofisch gekleurde mutualiteiten überhaupt nog verantwoord?

De geëvolueerde zorgmarkt heeft ook het terrein geëffend voor andere private belangengroepen die voor hun aangeslotenen, hun huurders of hun werknemers op zoek zijn naar een verzekering van zorgen, op het ogenblik dat daar behoefte aan ontstaat. IPA is zo een voorbeeld, maar ook bepaalde (grote) bedrijven zijn daarnaar op zoek voor hun werknemers, bepaalde verzekeringsmaatschappijen, serviceresidenties, rusthuizen, enz...



Het is duidelijk dat we daar maximaal moeten blijven op ingaan, gebruik makend van een uitgewerkt stramien dat permanent modulair aanpasbaar zal zijn. Maar ook hier past een zeker opportunisme, niet alleen op het vlak van de prijssetting, maar eveneens op het vlak van de inzetbaarheid van middelen in combinatie met onze andere activiteiten in de regio. Met andere woorden: hoever kunnen we ons daar ter plekke engageren qua servicelevel?.

Er is ook de gewijzigde zorgmarkt ten gevolge van de komst van de dienstenchequebedrijven en de liberalisering van de wetgeving op de assistentiewoningen. Het is het aantoonbare bewijs dat mensen (dus ook zorgbehoevenden) geneigd zijn om nogal eigengereid op zoek te gaan naar opportuniteiten. Zij stellen met andere woorden niet onmiddellijk hoge deskundigheidsvereisten wanneer het hun portemonnee goed uitkomt.

Tot slot zullen we ook een positie moeten innemen met betrekking tot de schier onbeperkte mogelijkheden die de technologie ons te bieden heeft, nu en in de toekomst. Ook op dit terrein zal van ons verwacht worden dat we innovatief zijn.

Maar we moeten opletten dat we daarbij in geen valkuil trappen. Hoogtechnologische snufjes kunnen dan wel nuttig zijn op het vlak van comfort, alarmering, communicatie, enz... ze zullen altijd nog door mensen moeten gebruikt en geapprecieerd worden...

Een zevende reden om de resetknop in te drukken.

#### **H. DE STERKE AUTONOMIE VAN DE ZORGVRAGER**

Inspeland op megatrend 2 (zie verder) is het duidelijk dat de zorggebruiker mondiger en zelfbewuster is geworden.

De trend naar meer vraaggestuurde regelgeving en onze visie rond persoonsvolgend budget, spelen dus in op het sterk toegenomen individualisme in onze samenleving.

Autonomie is trouwens ook een bedrijfswaarde van Solidariteit voor het Gezin, die niet alleen verwijst naar onze bedrijfscultuur, maar ook naar wat we mogen verwachten van onze medewerkers en onze klanten.

Meer autonomie van de zorgvrager, impliceert dus ook meer zorg-opmaat van de zorgvrager. Deze insteek impliceert dus ook meer flexibiliteit van de zorgverlener. Deze vaststelling weegt zwaar door op de organisatie en op het sociaal overleg binnen het zorgbedrijf.

Meer dan ooit zullen zorgverleners dus moeten rekening houden met de vraag van de autonome burger. Wat geldt voor commerciële producten, zal dus ook gelden voor social-profitproducten. In deze optiek zullen wij de zorgvrager meer moeten aanzien als 'klant'. De klantwaarde wordt dus een nieuwe parameter in de zorgontwikkeling, waarbij een wederzijdse responsabilisering (zowel van de klant, als van de zorg- en dienstverlener) belangrijker wordt.

Een volgende fenomeen is de toegenomen mondigheid van de zorggebruiker, die veel meer dan vroeger geëmancipeerd en geïnformeerd is. Het zou fout zijn om dit te vertalen door 'veeleisendheid'. Onze klant vraagt terecht een professionele aanpak in al zijn facetten. Dus wil hij niet alleen gewoon geïnformeerd zijn, hij verwacht ook dat die informatie permanent beschikbaar zou zijn, steeds geactualiseerd, volledig en verstaanbaar. Meer nog: hij verwacht dat hem inspraak verleend wordt.



Binnen datzelfde fenomeen mag het bij ons geen wrevel opwekken als die klant via allerlei andere kanalen geïnformeerd wordt (tegenwoordig is trouwens zowat alles raadpleegbaar via internet).

Nog zo'n gevolg van de maatschappelijke evolutie is de stelselmatige afname van de spontane informele zorg onder gezinsleden. We maken hier uiteraard niet het bilan op van de oorzaken daarvan, maar het sterkt ons wel in ons voornemen om het vrijwilligerswerk verder uit te bouwen en er zelfs een van onze hoofdthema's voor de komende jaren van te maken.

We hebben niet de intentie om volledig te zijn in onze benadering van de marktomgeving, maar wijzen tot slot nog op de multiculturele context van onze samenleving. Ook hier laten we maatschappelijke beschouwingen achterwege, maar wijzen we op de opportuniteiten die er uit voortvloeien. Onze allochtone medemensen vormen een groep die we ons inziens te weinig bereiken, terwijl we er niet van uitgaan dat daar de zorgnood lager zou zijn.

Dit impliceert een andere mentaliteit om met patiënten/zorgvragers om te gaan en met zorg in het algemeen. Meteen een achtste resetknop in functie van een vernieuwd kwaliteitsdenken in zorg.

## **I. HET ARBEIDSTEKORT IN DE ZORGSECTOR**

Door een vaak chronisch gebrek aan verpleegkundigen is de groei in de (gesalarieerde) thuisverpleging globaal gezien gestagneerd.

Ook voor vele andere zorgberoepen kunnen er op de huidige arbeidsmarkt nog onvoldoende kandidaten gevonden worden.

We moeten die realiteit niet alleen onder ogen zien, we moeten er ook opportuniteiten uit putten om onze mensen in te zetten op taken waarvoor

ze competent zijn, zonder altijd te kijken naar het diploma waarover ze beschikken. Het is het verhaal van de verpleegkundige die zoveel mogelijk wordt ingezet voor het leveren van prestaties waarvoor alleen zij/hij opgeleid is: insputingen, complexe verzorgingen, wondverzorging, hoogtechnologische zorgen, enz... Voor andere 'verpleegkundige' taken (toilet, eenvoudige verbanden, oogindruppeling, bloeddrukmeting, enz...) zijn ook verzorgenden competent genoeg. Op hun beurt kunnen poetsshulpen ingezet worden voor bepaalde huishoudelijke taken zoals wassen en strijken, bereiden van maaltijden, boodschappen doen, enz...

De overheid, maar ook wijzelf en onze medewerkers, moeten af van rigide regelgevingen die gestoeld zijn op een 'hokjes'-redenering (zo bijvoorbeeld de jarenlange discussies over de taak van zorgkundigen). Ze maken ons pijnlijk duidelijk hoezeer we de verkeerde weg zijn ingeslagen. We moeten ons luidop de vraag stellen of de insteek van zorgkundigen wel zo succesvol geweest is als we aanvankelijk gedacht hadden. Want de overheid (die nu eindelijk eens bereid was om buiten de lijntjes te kleuren) heeft van die zorgkundigen opnieuw een stevig ommuurd hokje gemaakt, waardoor we ons op korte tijd opnieuw vastreden.

Gesteld dat we de klok konden terugdraaien, hadden we misschien beter onze multidisciplinaire teams ingezet om het probleem op te lossen. Weliswaar zou dit de patiënt in sommige gevallen wat meer gekost hebben, maar anderzijds zouden we haar/hem wellicht een meer persoonlijke service kunnen bieden hebben.

Het is dus niet alleen een verhaal van competentiedenken, het is evengoed een verhaal van integrale benadering van een klant die in doorsnee zo goed als

onwetend is over de mogelijkheden van thuiszorg, geprojecteerd op haar/zijn eigen situatie.

De overheid mag dan voorlopig nog de zorgmarkt nodeloos afschermen, we moeten inventief genoeg zijn om ons bedrijf te heroriënteren in een richting die veel van onze zorgbehoevenden zullen appreciëren.

Er zijn tal van modellen mogelijk. Eén ervan is om AI-thuisverpleegkundigen een aantal zelfsturende teams te laten coördineren, terwijl ze perfect legaal kunnen gesubsidieerd worden via de regelgeving gezinszorg.

Meer personeel is niet altijd het middel bij uitstek om onze dienstverlening vooruit te helpen. Neem het voorbeeld van de sector van de thuisverpleging: indien het surplus van personeel wordt ingezet om nóg meer onrendabele (en zelfs verlieslatende) prestaties te laten verrichten, worden de verliezen alleen maar opgestapeld. Met andere woorden: daar dringt zich een optimalisatie van het soort prestaties en zelfs van het soort patiënten op.

Bij woonzorg is een toename van personeel helemaal geen streefdoel. Eenvoudigweg gewoon voldoende (al dan niet gekwalificeerd) personeel vinden is daar al een hele opgave. Dit geldt trouwens ook voor kindzorg. Alleen bij comfortzorg zou een toename van (competent) personeel synoniem moeten zijn van een groei aan middelen, ook al zijn de marges bijzonder klein tot nihil. Bij de dienst gezinszorg en aanvullende thuiszorg worden nog de grootste overschotten gecreëerd, maar daar is het prestatievolume dan weer geplafonneerd.

Tenslotte moeten we ook beseffen dat de jonge generatie een totaal andere visie en/of 'employer branding' voor ogen heeft. De aanpak om jonge mensen te

sensibiliseren voor een (zorg)bedrijf of ze vast te houden binnen een (zorg)bedrijf, zal totaal anders moeten zijn.

De generatie Y heeft een totaal andere werkhethiek, waarop moderne werkgevers moeten inspelen. Willen we de zorgsector opnieuw sexy maken en een nieuwe stroom van mogelijke kandidaten op gang brengen, dan zal de combinatie tussen werk en gezin nog meer uitgesproken moeten uitgewerkt worden.

Het arbeidstekort in de zorgsector is dus niet alleen een kwantitatief probleem (maatschappij georiënteerd), maar ook een kwalitatief probleem (bedrijf-georiënteerd). Vanuit ons zorgbedrijf moeten wij deze HR-problematiek anticiperen. Dit is dan ook een negende reden voor de resetknop.

## **J. ONZE POSITIE IN DE ZORGMARKT**

We boksen vandaag nog al te vaak op tegen een gesloten zorgmarkt waarin de bestaande zorgverleners een bijzondere bescherming genieten en waar de deur gesloten blijft voor nieuwkomers. Willen we daaraan ontsnappen, dan moeten we in feite zoveel mogelijk proberen om buiten die markt (niet buiten de wet) te opereren, dus los van de overheid. Dit kan door op zoek te gaan naar nieuwe partners zoals promotoren van assistentiewoningen, verzekeringsmaatschappijen, bedrijven, enz... en dit met eigen modulair aanpasbaar zorg- en dienstverleningssystemen. Maar, hoe origineel ook: in feite kadert deze aanpak nog steeds binnen het klassieke denkpatroon waarbij verschillende dienstverleningen aangeboden worden, elk vanuit hun eigen beleidsgegeven.

Dit kan eveneens door bepaalde zorgprofielen met eigen ontwikkelde zorgpakketten te gaan benaderen. Het succes van de projecten 'Protocol 3' in Gent, Tienen en Oostende, moet ons inspireren om dergelijk aanbod

ook in andere dichtbevolkte regio's te ontwikkelen. Wie van onze klanten die bijvoorbeeld meer dan 25 of 30 punten scoort op de Bel-profielschaal (en die niet lijdt aan een of andere vorm van dementie) zou niet geïnteresseerd zijn in een pakket van zorgen en diensten die tussen 7 uur en 22 uur geboden worden, mooi verspreid over de dag?

Eigenlijk is het punt dat we te weinig de troef uitspelen van onze geïntegreerde werking. Op het terrein is immers veel te weinig te merken dat we over verschillende disciplines beschikken. Al te vaak benaderen onze medewerkers de zorgvraag vanuit hun eigen discipline en leggen ze veel te weinig de link met de collega's van de andere disciplines. Als meer dan 250 cliënten 35+ scoren op de Belprofielschaal en geen thuisverpleging genieten, dan is er mogelijks iets mis met onze integrale benadering...

Als we eerlijk zijn wekt deze vaststelling geen verwondering op, want ons organisatiemodel is volledig opgebouwd uit pijlerstructuren die apart gemanaged worden.

Goede voorbeelden van samenwerking mogen niet afhankelijk zijn van toevalligheden, zoals collega's die het goed met elkaar kunnen vinden. Vormen van samenwerking zouden meer inherent moeten zijn aan de werking.

Dit vergt uiteraard een heel andere opstelling dan diegene die we tot op vandaag hanteerden.

Zonder ons reeds uit te spreken over de precieze contouren van het nieuwe organisatiemodel, kunnen we ervan uitgaan dat in de toekomst nieuwe patiënten of cliënten op de eerste lijn niet meer pijlersgewijs zullen benaderd worden, maar via centrale intake die overkoepelend werkt voor alle pijlers. De pijlers zelf moeten dus voor de cliënt onzichtbaar blijven.

► Een mogelijk model zou kunnen zijn:

*Aanvragen worden zoveel mogelijk gekanaliseerd naar het contactcenter. De operator gaat via gerichte vraagstelling na of het gaat over een weinig complexe, matig complexe of hoog complexe aanvraag. Bij weinig complexe aanvragen wordt vooraf geen huisbezoek afgelegd en wordt de aanvraag onmiddellijk voor behandeling naar de planningsdienst gestuurd.*

- a) Bij weinig complexe, eenduidige aanvragen (vb. 5 x inspuiting, 1 x per week poetsbulp, hulp bij boodschappen, enz...) maakt de intaker het dossier over aan de personeelsplanner van de betrokken dienst die vanop de 2de lijn opereert. Op die lijn zijn, gespreid over Vlaanderen, tientallen 'personeelsplanners' actief, die elk in hun sector de bevoegdheid hebben om het uitvoerend personeel aan te sturen. Bij voorkeur wordt daarbij gewerkt binnen het principe van de zelfsturende teams.*
- b) In principe krijgt elke klant/patiënt een 'key-account' toegewezen die hem/haar opvolgt gedurende het volledige klantenparcours. Deze persoon is voor de klant het 'apoc' (single point of contact).*
- c) Bij meer complexe aanvragen, waar op het eerste zicht best meerdere diensten bij betrokken worden, brengt de intaker het dossier rechtstreeks bij de 'key-account' die, mits het nodige overleg, de zorgverlening tot stand brengt en daarvoor de personeelsplanners aanstuurt.*
- d) Bij zeer complexe aanvragen en zeker vanaf een nog af te spreken score op de BEL-profielschaal of de KATZ-schaal, brengt de intaker het dossier tot bij de zorgcoach die een multidisciplinair overleg organiseert en aldus (met inschakeling van de personeelsplanner van de sector) de hulpverlening tot stand brengt. Ook deze klanten/patiënten krijgen een key-account toegewezen.*

Dergelijk model betekent uiteraard een totale organisatorische ommezwaai. Daarom ook dat het grondig moet

getoetst worden en dat er een volledige consensus moet over bestaan over alle geleidingen van onze organisatie heen.

We zouden onze verantwoordelijken een checklist kunnen meegeven, met de bedoeling om objectief en eenvormig te bepalen vanaf welk moment een potentiële klant 'integraal' moet benaderd worden of niet.

Dit alles staat niet los van de beslissing om bepaalde verpleegkundige prestaties anders te bekijken in functie van densiteit en economische realiteit.

We moeten in staat zijn om daaromtrent samenwerkingsmodellen met Mederi uit te werken.

Ook dit is een gegeven dat in zijn geheel moet benaderd worden en moet afgetoetst worden op het terrein. Zo bijvoorbeeld kunnen bepaalde prestaties toevertrouwd worden aan de eigen verzorgenden, kunnen deze verzorgenden er wellicht ook in slagen om het aantal bezoeken bij forfaitpatiënten te beperken, kunnen bepaalde verpleegkundige taken toevertrouwd worden aan zelfstandigen, enz... Bij dit laatste is het bovendien de vraag of zelfstandigen er altijd zullen voor te springen staan om die prestaties van ons over te nemen. Bovendien moeten we een inschatting maken van het mogelijke verlies aan controle (of aan mogelijkheid tot coördinatie), wanneer niet-personeelsleden betrokken worden in de dienstverlening.

Maar hoe zullen onze partners hierop reageren?

Dit brengt ons op het punt van onze relatie met de ziekenfondsen.

Tijden veranderen, zo ook in de ziekenfondswereld. De meeste ziekenfondsen zijn gaandeweg geëvolueerd naar een rol als verzekeraar en dus heeft dat ook invloed gehad op onze onderlinge relatie, waarbij onze rol als zorgbedrijf moet gezien worden als

leverancier van diensten.

We kunnen daar dan wel filosofisch over doen, aan die feiten valt moeilijk iets te veranderen.

We moeten alleen goed beseffen dat andere organisaties evengoed als wij bij machte zijn om die diensten te leveren.

Een leverancier doet er alles aan om zijn klanten tevreden te stellen en zal er zich voor hoeden om één van zijn klanten voor het hoofd te stoten. Maar een leverancier laat zich daarom nog geen model opleggen door zijn klanten.

Ook zal het ons benieuwen hoe de voorschrijvers (huisartsen, specialisten, afdelingen van ziekenhuizen, enz...) hierop zullen reageren.

Onze marktpositie wordt ook beïnvloed door onze houding ten aanzien van de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelij (SEL's) en alle andere samenwerkingsinitiatieven die daar van dicht of van iets verder mee samenhangen. Ieder van ons weet dat dit een moeilijke evenwichtsoefening is. Enerzijds vinden wij niet dat 'samenwerken' nog eens apart moet vergoed worden omdat het inherent zou moeten zijn aan iemands werking. Anderzijds zou het een verkeerd signaal zijn om afwezig te blijven in de structuren die daar overal in Vlaanderen voor opgericht worden (de anderen blijven trouwens ook niet afwezig). Dus doen we mee, maar plaatsen ons niet altijd in de voorste linies. Het is waar dat in onze sector netwerking belangrijk is. We moeten ons alleen afvragen of de tijd en middelen die onze medewerkers daar dagelijks in steken wel opweegt tegen de voordelen van netwerking. We zijn er immers van overtuigd dat een grotere return kan bekomen worden door op een kwaliteitsvolle manier bezig te zijn op het terrein. Wanneer mensen tevreden zijn over de dienstverlening, dan wordt dit doorgezegd (trouwens evenzeer

wanneer ze niet tevreden zijn). Als die dienstverlening bovendien origineel is en als geen ander aan een behoefte voldoet (cfr. Protocol 3 of afgeleide), dan lijkt dit een betere manier van prospecteren te zijn.

Tenslotte onze positie ten aanzien van de concullega's.

De overtuiging is groot dat onze concurrent niet het Wit-Gele-Kruis of Sovervlag is. Onze concurrenten zijn integendeel de zelfstandige verpleegkundigen die de markt met ongelijke wapens betreden. Maar concurrenten ga je nu eenmaal niet bestrijden door elkaar vliegen af te pakken. Dat lukt meestal toch niet. Feiten zijn feiten. We kunnen ze niet zomaar veranderen. Dus kan je maar beter zoeken naar synergieën of mogelijkheden tot samenwerking. Die samenwerking kan op verschillende terreinen gezien worden:

- Zo kunnen we voor de verdediging van gemeenschappelijke belangen een bondgenoot zijn.
- We kunnen zoeken naar samenwerkingsvormen in bepaalde regio's.
- Of afspraken maken om prestaties door te spelen aan elkaar.
- Of andere...

Argumenten genoeg voor een tiende reset.

## 2. DE TRENDS

De enige constante is verandering. De wereld staat permanent onder invloed aan verandering en daarom zal het hieronder beschreven antwoord nooit helemaal uitkomen. Dit komt omdat

we nu nog niet weten wat ons tussen nu en 2020 allemaal aan belangrijke veranderingen te wachten staat. Wel nemen we al enkele trends waar die van belang zullen zijn bij de toekomstige inrichting van de zorgorganisatie in Vlaanderen en de herinrichting van Solidariteit voor het Gezin. Ons antwoord zal ook onderhevig zijn aan deze trends.

Een aantal megatrends op een rijtje gezet:

### 1. MEGATREND 1: : TOENEMEND BELANG VAN DE LEVENSKWALITEIT EN EEN STEEDS HOGER WELZIJNSNIVEAU

De belangrijkste revolutie in de twintigste eeuw is deze die voor iedereen als een evidentie en stilzwijgend is voltrokken. De levenskwaliteit in de twintigste eeuw is dermate positief veranderd dat men er nog amper oog voor heeft. De leefomstandigheden van 50 jaar geleden zijn hoegenaamd niet meer te vergelijken met deze van vandaag. Als je kijkt welke indrukwekkende vooruitgang de geneeskunde heeft gemaakt en welke evolutie wij hebben doorgemaakt op hygiënisch vlak, dan is het te begrijpen dat onze levenskwaliteit er sterk op vooruitgegaan is. De welzijnsverwachtingen van de mensen zijn sneller geëvolueerd dan sommige materiële voorzieningen. Het is evident dat het zorgsysteem deze trend heeft gevolgd. Door de immense infrastructurele en technologische mogelijkheden en de sterk veranderde communicatie-ethiek, ziet men dat de

## 6 Mega trends

*Megatrend 1: toenemend belang van de levenskwaliteit en een steeds hoger welzijnsniveau*

*Megatrend 2: toenemend belang van private leefsfeer en toenemend individualisme*

*Megatrend 3: globalisering met 24-uurs economie en toenemende concurrentie*

*Megatrend 4: de toenemende vergrijzing*

*Megatrend 5: de steeds stijgende gemedicaliseerde zorgkost.*

*Megatrend 6: de tsunami aan technologische ontwikkelingen*

mensen grotere kwaliteitseisen stellen aan de zorg. De gebruiker van zorg wordt steeds weerbaarder en mondiger en is zich als geen ander bewust van zijn rechten. Hij kan keuzes maken uit een zorgaanbod, waarbij plots een sociale markteconomie zeer belangrijk wordt. Zorgverleners worden op kwaliteitsniveau met elkaar afgewogen en de zorgmarkt wordt een zeer dynamisch gegeven.

Ook voor de zorgverleners speelt deze megatrend geen onbelangrijke rol. De werkgevers in de social-profit zijn vooral geconfronteerd met een sterke vervrouwelijking van hun sector. Op zich geen probleem, ware het niet dat het streven naar een betere levenskwaliteit ook zijn implicaties heeft op de verhouding gezin/arbeid. Resultaat is het feit dat meer dan 70% van de werknemers in de zorgsector deeltijds werkt.

Drie zichtbare gevolgen van deze megatrend zijn:

- a. De gemiddelde leeftijd van de Belgische bevolking stijgt met 1 jaar om de tien jaar, meer nog: de levensverwachting bij de geboorte stijgt met 2 jaar om de 10 jaar (generatiebabyboomers 1945-55: levensverwachting bij mannen was 62 jaar, bij vrouwen 67 jaar; vandaag bij mannen 79 en bij vrouwen 88). Dit nieuws is goed nieuws, hoewel we veel te veel horen dat dit maatschappelijk een drama is.
- b. Dat mensen ook steeds vroeger stoppen met werken: vandaag zijn 2/3 van alle 55-plussers in België gestopt met werken. De effectieve gemiddelde pensioenleeftijd is 59,2 jaar. Het hoeft niet gezegd dat dit enorme implicaties heeft op de leefbaarheid van het zorgmodel dat we wensen te creëren.
- c. Maar ook de zorgverleners en -verstrekkers willen een graantje meepikken van deze stijgende

levenskwaliteit en vragen om werk en gezin beter op elkaar af te stemmen. De aantrekkelijkheid van zorgberoepen zal zowel op pecuniair niveau als op organisatorisch niveau moeten mee evolueren, wat vandaag niet het geval is. Het grote tekort aan arbeidskrachten in de zorgsector is daar het resultaat van. Men heeft trouwens uitgerekend dat om de huidige levenstandaard te kunnen aanhouden men:

- i. De activiteitsgraad van de 55-plussers moet verhogen van 35% naar 50%
- ii. De effectieve pensioenleeftijd met 6 jaar moet optrekken (tot 66 jaar in plaats van de huidige 59,2 jaar)

## 2. MEGATREND 2: TOENEMEND BELANG VAN PRIVATE LEVENSSFEER EN TOENEMEND INDIVIDUALISME

Patiënten/cliënten aanvaarden minder en minder dat de dienstverlening gestuurd wordt door de dienstverlener. Ze zien zorg meer en meer als een verlengde van hun private leefwereld. Daardoor evolueert de zorg automatisch van het voorzieningsgestuurd model naar een vraaggestuurd model. Zorg op maat wordt uiterst belangrijk, waarbij de flexibiliteit van de zorgverlener zeer groot moet zijn. In deze optiek wordt wonen in een collectiviteit zolang mogelijk uitgesteld en worden ideeën van thuishospitalisatie, integrale thuiszorgmodellen en zorgpaden een concrete realiteit.

Het aantal hoger opgeleide ouderen neemt in de loop der tijden fors toe, waardoor ook het inkomen van de gemiddelde oudere in de toekomst hoger zal worden. Met name de inkomens van de middengroepen zullen de komende jaren stijgen. De lagere en hogere inkomens gaan er minder op vooruit. Het aandeel ouderen met een eigen woning wordt steeds groter. Door de

stijging van de woningprijzen in de afgelopen jaren, neemt vermogensbezit via de eigen woning onder ouderen toe. Deze trend wordt ook bevestigd door de Studiecommissie voor de Vergrijzing, die stelt dat gedurende de komende 20 jaar een aanzienlijke vermindering zal optreden van het armoederisico bij gepensioneerden.

Een andere belangrijke sociaal-culturele ontwikkeling is de toegenomen mondigheid van de zorgvrager. Niet iedereen accepteert nog de autoriteit van de hulpverlener en menigeen onderwerpt hetgeen hem aan zorg geboden wordt aan een kritische toetsing.

Veel gehoorde kritiek is dat de samenleving steeds anoniemer en individualistischer wordt. Zal er onder druk van het individualisme en drang naar keuzevrijheid meer op basis van een persoonsgebonden budget gehandeld worden?

Het toenemend individualisme impliceert dat het uittekenen van een globale thuiszorgpolitiek steeds moeilijker wordt, met het gevolg dat overheidsbetutteling (overregulering) zeer nefast wordt. Men zal in deze context in het kader van de conceptontwikkeling van nieuwe diensten voor ouderen, afstand moeten nemen van de visie om afhankelijke ouderen of zieken in gemeenschappelijke ruimtes op te vangen. Het zelfbeschikkingsrecht van de ouderen is primordiaal geworden en de familiale bindingen vervagen. De onderhoudsplicht van kinderen zal in een totaal ander perspectief moeten geplaatst worden. Een proactieve sociale politiek zal als reactie moeten gelden op een toename van sociaal geïsoleerden.

Een andere consequentie is dat de zorggebruiker minder en minder het lidmaatschap van bijvoorbeeld zijn mutualiteit zal inroepen om de door diezelfde mutualiteit aangeprezen

diensten zomaar te aanvaarden. De mutualiteiten gaan zich anders positioneren, niet in het minst naar alle thuiszorgpartners, in plaats van naar één bevoorrechte (verzuilde) thuiszorgpartner. Trouwens de 'gekleurde' mutualiteiten zoals ze nu bestaan, zijn gedoemd om te verdwijnen, met de bedoeling moderne commerciële sociale verzekeringsinstellingen te worden. De gebruiker van sociale voorzieningen zal in de toekomst kunnen shoppen, terwijl de sociale bedrijven de gebruiker als echte klanten zullen moeten beschouwen. De kwaliteit, de tevredenheid en innovativiteit van de dienstverlening zal de parameter worden om te kiezen tussen het sociaal aanbod, en niet het netwerk waar toevallig de gebruiker bij wijze van zijn lidmaatschap in verzeild is geraakt.

Twee zichtbare gevolgen van deze megatrend:

- a. Dat de vrije keuze van de burger meer dan ooit centraal komt te staan, waardoor zorg een feitelijk marktgegeven is geworden. Daardoor komen meer en meer spelers op de zorgmarkt om te dingen naar de gunsten van de vrije zorgvrager
- b. Dat van het aantal zorgafhankelijke 75-plussers vandaag ongeveer 74.000 senioren geïsoleerd leven en dat dit aantal in België in 2020 zal stijgen naar bijna 85.000

### **3. MEGATREND 3: GLOBALISERING MET 24-UURS ECONOMIE EN TOENEMENDE CONCURRENTIE**

Meer en meer is men er zich van bewust dat de wereld niet stil valt tussen 18u 's avonds en 7u 's morgens. Ook in de zorgwereld niet. Men is immers niet ziek of zorgbehoevend van 8 tot 17u. Vroeger was het maatschappelijk aanvaardbaar dat overdag de professionelen ingezet worden en dat buiten de klassieke werkuren de hulprelaties van de naaste omgeving



moesten inspringen. Dit kon ook worden waargemaakt door het feit dat de tewerkstellingsgraad van de vrouwen vroeger lager was: tewerkstelling van de vrouwen evolueert vandaag naar boven de 65% (tewerkstellingsgraad tussen 20-64 = 63%; tussen 20-50= 71%; waarbij de man/vrouw-ratio voor België ligt op 0,83. Zweden: tewerkstellingsgraad vrouwen 78%, ratio 0,91; Italië: tewerkstellingsgraad vrouwen 55,3%, ratio 0,68). Deze gewijzigde verhouding tussen arbeid en gezin heeft een enorme impact op het zorgmodel dat we moeten hanteren, zowel richting ouderenzorg als richting kindzorg. Dit maakt dat we niet meer kunnen spreken van één zorgmodel of van een statische zorgomgeving. In tegendeel: zorg in Vlaanderen (en België) is een zeer dynamisch gegeven geworden dat zich permanent moet aanpassen aan gewijzigde sociale en demografische omstandigheden.

Dit impliceert dat de zorgmarkt niet mag afgeschermd of gecontingenteerd worden, maar verder moet geliberaliseerd worden. Men moet zich de vraag stellen of de (thuis)zorgsector enkel verder moet functioneren in een gesubsidieerd kader of dat zij zich ook moet profileren in het commercialiseren van een aantal verzorgingstaken (vb: was & strijk; boodschappenservice, maaltijden aan huis door traiteurdiensten, thuisopvang van zieke kinderen via interim-arbeid; enz). De rol van de subsidiërende overheid zal zeker niet moeten herbekeken worden in functie van de perceptie dat alles gratis kan. Erkenningen van sociale voorzieningen zullen afhankelijk worden gesteld van de kwaliteit die men te bieden heeft, de bereikbaarheid en tevredenheid van de gebruiker. De klassieke economische efficiëntieregels zullen doorslaggevend worden in het kader van de leefbaarheid van social-profitorganisaties.

▶ Twee zichtbare gevolgen van deze trend:

1. De problematiek en het debat van de wachtlijsten is er een mooi voorbeeld van dat vraag en aanbod niet op elkaar zijn afgestemd, waarbij we ons de vraag stellen of deze problematiek of debat wel de juiste is.
2. Vlaanderen is één van de regio's in Europa die de meeste 'soorten' zorgaanbieders heeft. Het aantal initiatieven, zorgbedrijven, vzw's, bvba's, overheidsbesturen, intermediairen zijn vandaag niet meer te tellen.

#### 4. MEGATREND 4: DE TOENEMENDE VERGRIJZING

Het toenemend aantal 75-plussers zal het thuiszorglandschap ernstig beïnvloeden. Wat een veel ernstigere impact zal hebben op de sociale dynamiek, is de toename van kinderloze gezinnen zowel op jonge als op oudere leeftijd. Daarenboven ziet men dat de leeftijd waarop het eerste kind wordt geboren, alsmat opschuift. Dit resulteert niet alleen in minder kinderen, maar ook in een groei van verschillende generaties binnen één familie die later op thuiszorg aangewezen zullen zijn. De dalende nataliteit heeft dus ernstige implicaties op de intergenerationele solidariteit, in het bijzonder op de betaalbaarheid van het huidige welzijns- en zorgsysteem.

We weten dat de bevolkingsopbouw de komende jaren zal veranderen. Er komen meer ouderen en minder werkenden. Bovendien worden we steeds ouder. De tsunami aan studies en beleidsdocumenten van de laatste jaren maken dit meer dan duidelijk en hoeven geen verdere commentaar. Belangrijk is de analyse dat de vergrijzing zich de komende decennia sterker zal doorzetten in Vlaanderen dan in Wallonië of Brussel.

Voor ons is het studiewerk van het Itinera-Instituut de basis van alle analyses.



Meer nog: de vergrijzing bestaat uit zes socio-demografische vaststellingen tegelijkertijd:

- De gemiddelde leeftijd van de totale bevolking gaat omhoog
- De gemiddelde leeftijd van de ouderen stijgt
- Het aandeel 'zeer oude' ouderen neemt spectaculair toe
- Het aantal gezinnen met twee gepensioneerde generaties neemt angstvallig toe
- De omvang van zorgafhankelijke ouderen neemt logischerwijs navenant toe
- Er worden te weinig kinderen geboren om de komende vergrijzingsbuik van de komende 30 jaar in evenwicht te brengen

Vergrijzing als sociologische vaststelling is heden eerder een demografische aardbeving met een grijze tsunami als gevolg. En iedereen weet uit de nieuwsberichtgeving dat daar ongelukken van komen.

Enkele cijfers maken dit beangstigend duidelijk:

1. Het planbureau heeft berekend dat België binnen 10 jaar 10.000 zorgafhankelijke 75-plussers meer zal tellen (binnen 40 jaar zou dit oplopen tot 116.000 meer zorgafhankelijke 75-plussers).
2. Tegen 2050 telt ons land 2 miljoen 60-plussers meer dan vandaag en het aantal 80-plussers zal tegen dan verdrievoudigd zijn.

## **5. MEGATREND 5: DE STEEDS STIJGENDE GEMEDICALISEERDE ZORGKOST.**

Uit megatrend 4 volgt automatisch ook een financieel verhaal. Het meest opvallend is het feit dat het financieel verhaal niet congruent verloopt met de wetenschappelijke demografische en sociologische vaststellingen.

▶ België is sterk verankerd met een zeer sterk gedomineerd medisch model en de budgettaire aandacht gaat majoritair richting gezondheidsmodellen. Cure-financiering krijgt de voorkeur op een care-financiering, terwijl we van oordeel zijn dat meer care-investeringen de dure cure-kost gevoelig kunnen doen dalen. De kost van de ziekteverzekering stijgt sinds 1970 met gemiddeld 5% per jaar, alsof de Belgen alsmäär zieker worden.

Verontrustend is het feit dat de stijgende zorgkost geen economische basis meer heeft, waardoor de financiering van de zorgkost los komt te staan van de economische groei. De gemiddelde jaarlijkse economische groei over de periode 2003-2009 was 3%, terwijl de gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven van de sociale zekerheid in het kader van zorg over dezelfde periode 5,4% bedraagt.

Ook zal het aantal chronisch zieken stijgen. Circa tweederden van degenen die tussen de 65 en 75 jaar oud zijn, heeft verschillende chronische ziekten en het aantal personen met multimorbiditeit neemt toe met de stijging van de leeftijd. Na het 85ste levensjaar heeft circa 85% meer dan twee chronische aandoeningen. Bij ten minste een derde van alle ouderen met multimorbiditeit bestaat een complexe situatie die extra zorg behoeft. Dit zijn mensen die vaker en intensiever gebruik zullen gaan maken van zorgbedrijven of verzorgingsinstellingen.

Chronische ziekten komen vaker voor bij mensen in de lagere sociaal economische klasse en met het stijgen van de leeftijd. Onder allochtonen vinden we meer mensen met diabetes en overgewicht. Beide groepen zullen groter zijn in 2030. Dit is voor de zorgbedrijven een belangrijke constatering. Deze groepen zullen meer beroep gaan doen op zorg en zij zijn, door de lagere sociaal

economische klasse waarin zij zitten, niet in staat grote financiële bijdragen te betalen.

Bij voortzetting van het huidige beleid groeit de gezondheidszorg in de komende periode naar verwachting jaarlijks met 2,5% in volume als gevolg van een toenemend gebruik van zorgvoorzieningen. Van deze 2,5% is 1,1% het gevolg van bevolkingsgroei en vergrijzing. Op basis van een macro-analyse wordt uitgegaan van een additionele volumegroei als gevolg van technologie en sociaal-culturele veranderingen van 1,4%. De toename van het volume is het sterkst bij genees- en hulpmiddelen (6,3%), ziekenhuizen en specialisten (2,4%) en bij de thuiszorg (2,2%). Ondanks de vergrijzing neemt de vraag naar het wonen in verzorgingshuizen in verhouding en exponentieel af. Dit heeft te maken met het hogere opleidingsniveau en de grotere wens tot zelfstandigheid van ouderen.

Indien we het huidig systeem van sociale zekerheid en zorg wensen te handhaven dan is het het goed te weten:

1. Dat ten overstaan van het BBP van het referentiejaar 2009 de zorgkost in 2030 5,8% hoger zal liggen en in 2050 zal oplopen tot 8,2% van het BBP van België
2. Dat om het huidige sociaal zekerheidssysteem verder te kunnen laten financieren, inclusief de stijgende pensioenfactor, de werkgelegenheidsgraad algemeen moet stijgen naar 70%. Vandaag is dit voor België amper 62% (Vlaanderen: 65%, Wallonië 56,5%).
3. Dat er een jaarlijkse economische groei moet zijn die minstens de groeikost van de sociale zekerheid volgt. Tussen 1990 en 2005 was de gemiddelde economische groei in België 1,8%, terwijl de groeinorm van

de sociale zekerheid in België 4% is (in werkelijkheid veel hoger wanneer men de budgetten van de gemeenschappen erbij telt : 5,4%).

## 6. MEGATREND 6: DE TSUNAMI AAN TECHNOLOGISCHE ONTWIKKELINGEN

De digitale leefstijl is in opkomst en steeds meer mensen maken gebruik van de computer en internet. Het elektronisch patiëntendossier wordt ingevoerd en daarnaast zullen ook steeds meer behandelingen en begeleiding plaatsvinden via internet. Zowel overheid, zorgaanbieders, verzekeraars en cliënten zien e-health als een belangrijk instrument om de uitdagingen waar de gezondheidszorg voor staat, aan te gaan. Niet alleen belemmeringen kunnen mogelijk digitaal worden aangemeld en afgehandeld, technologische ontwikkelingen zullen ook voor nieuwe (voorliggende) voorzieningen zorgen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan domotica, oppas op afstand via camera's.

# What future for Which Solidariteit voor het Gezin?

prof.dr. Marc De Vos

*In 2013 had ik de eer en het genoegen met een kernteam van Solidariteit voor het Gezin te kunnen brainstormen over de toekomst van deze unieke dienstverlener uit de Belgische zorgsector. Als buitenstaander met een strategische, lange-termijn kijk op de evolutie van zorg in een vergrijzende samenleving, kon ik mij laven aan de expertise en ambitie binnen dit zorgbedrijf. Mijn rol was afwisselend die van 'bad cop' en 'good cop': kritisch in vraag stellen, buiten het kader gaan, maar ook proberen te landen waar de toekomst van afhangt. Het doet plezier dat deze reflectie een rol speelt in een gedreven veranderingsproces dat nu verworven is. Hieronder volgen alvast de hoofdlijnen van deze inspirerende brainstorming.*

## I. SOLIDARITEIT VOOR HET GEZIN IN DE KERING, EN VOOR EEN SPIEGEL

Solidariteit voor het Gezin is een dynamische organisatie, die vecht voor een stek die onder druk staat met

gedrevenheid en motivatie, met een kloppend hart, met een grote kennis van de eigen, specifieke diensten en submarkten, die naar de toekomst kijkt, en die ook zelf vernieuwend wil zijn in een moeilijk landschap. Iedereen die als buitenstaander kan binnenkijken bij Solidariteit voor het Gezin is daarvan snel overtuigd. Maar er is ook een andere kant aan die positieve medaille. Scherp gesteld, kunnen we de volgende vaststellingen niet volledig uit de weg gaan.

De organisatie kent zichzelf niet zo goed, dit wil zeggen: leidinggevend over de diverse afdelingen, zijn opgeslorpt in de complexe en technische *day-to-day* maar men ziet geen *'big picture'*. De organisatie is heel versnipperd, terwijl ze juist geïntegreerd wil zijn. De organisatie is te complex, met te veel beschotten, eilandjes en aparte processen. De filosofie van het "geïntegreerde aanbod" is mooi, maar ze mangelt langs alle kanten.

Vooreerst staat integratie haaks op de interne versnippering en verkaveling.

### Analyse van Prof. De Vos

#### Spiegel voor de organisatie

Organisatie kent zich niet goed

complex

Versnipperd, terwijl het geïntegreerd wil zijn

Opgesloten in de Belgische structuren

Gevangen in het zorgsysteem



Commerciële activiteiten in ademnood

#### Toekomst van de business

Specialisatie vereist samenwerking

Zorg-dimensie groter dan genezings-dimensie

Aandacht voor keten preventie-detectie-opvolging

Vervaging residentieel – thuiszorg  
→ Aantal tussenstadia nemen toe

#### Marktevoluties

Druk op de publieke middelen

Wie wordt coördinator van de zorg?

Horizontale consolidatie onder grote spelers  
→ Sussen consument in gemak en comfort

#### Boost aanbevelingen

Versterken marktprofiel

Marketing & strategie  
klantenwerving

Doorbreken imago  
pure zorgorganisatie

Strategische keuze

Zorg: overheid



Welzijn: consument

Met partners samenwerken  
en realiseren  
marktopportunities

Overstijgen van het  
zorgsysteem

Sommige aanbodcomponenten blijven ook onderontwikkeld, met name gehandicaptenzorg en psychiatrie. Daarenboven is de geografische aanwezigheid niet overal voldoende uitgebouwd. Eigenlijk staat “geïntegreerd aanbod” als een soort dogma: eerder een *a priori* wens dan het *a posteriori* resultaat van een duidelijke commerciële visie en economische logica. Is dat niet de wereld op zijn kop?

We moeten ook vaststellen dat “geïntegreerd aanbod” onvoldoende wordt uitgedragen en “vermarkt”, terwijl dat juist de kern van de organisatie zou moeten zijn. Dat is heel opmerkelijk: Solidariteit voor het Gezin zet zelf de klant centraal, maar doet weinig rechtstreeks naar de potentiële klant toe. Is dat niet het omgekeerde van wat zou verwacht mogen worden, zeker wanneer om marktaandeel moet gestreden worden?

Nu komt voor Solidariteit voor het Gezin het moment om deze scherpe vaststellingen te ontcrachten of te negeren in een nieuw strategisch elan. De context daarvoor is, zo bleek ook uit de reflectie, zeer uitdagend.

Solidariteit voor het Gezin voelt zich “opgesloten” in de specificiteit van de Belgische structuren. De organisatie zit wat gevangen in het zorgsysteem doordat ze niet zwaar genoeg weegt om het systeem in haar voordeel te buigen. Bijna 80% van de middelen zijn op één of andere manier overheidsmiddelen en de marges zijn bijzonder laag. Buiten het zorgsysteem zit de organisatie dan weer in ademnood, bij gebrek aan duidelijke consumentenstrategie, mogelijke consumentenmarkt, en/of de middelen om die beide te ontwikkelen. Tussen hamer en aambeel, ziet de organisatie de grote hefboomen van toekomstige verandering in de zorg niet zozeer

als opportuniteiten, maar eerder als problemen of bedreigingen. Men heeft in Solidariteit voor het Gezin al eerder de trom van de verandering geroerd. Fatalisme is echter totaal ongepast want deze keer gaan jullie er echt voor.

Proficiat!

## II. EEN KIJK IN DE GLAZEN BOL

### 1. DE “BUSINESS”

Niemand heeft een glazen bol, maar er heerst in de nationale en internationale literatuur vrij grote eensgezindheid over de assen van verandering in de zorg. Wie deze assen aanhoudt, komt tot de volgende relevante ankerpunten voor de toekomst van Solidariteit voor het Gezin. Er is de evolutie van medische kennis: steeds meer gespecialiseerd, en daardoor steeds meer afhankelijk van samenwerking. Chronische ziekten nemen een steeds groter deel van de koek: “zorg”-dimensie zal sterk toenemen ten aanzien van de “genezing”-dimensie. Toegevoegde waarde van de keten voor preventie-detectie-opvolging neemt almaar toe. De scheidingslijn tussen eerste lijn en tweede lijn, tussen residentiële zorg en thuiszorg, enz., vervaagt. Nullijn en ketenzorg zullen aan belang winnen. Tussenstadia tussen thuis en rusthuis vermenigvuldigen.

De scheidingslijn patiënt/consument vervaagt ook. De patiënt wordt “empowered”, zal zelf mee verantwoordelijk worden en zal zelf spontaan zorgtaken opvolgen of uitvoeren. Daarnaast zullen burgers met middelen steeds meer bereid zijn te betalen voor welzijn en gezondheid. De patiënt/consument zal dus centraler komen te staan, maar niet noodzakelijk meer bepalend zijn: dat is een kwestie van beleidskeuze. Velen spreken over ‘patiënt centraal’ maar het blijft vaak bij lippendienst: de patiënt staat dan in de weg.

## 2. DE “MARKT”

De toekomst staat niet in de sterren geschreven, maar een pragmatische diagnose van de realiteit en van de budgettaire trends levert een aantal evidente conclusies op. Er is onmiskenbaar systematische druk op de publieke middelen, nog versterkt door de staats hervorming. Er is een opkomende agenda voor meer Vlaamse publieke middelen, MAAR vooral gekanaliseerd naar of via andere spelers dan Solidariteit voor het Gezin. Er is een grote behoefte aan betere coördinatie en management van het aanbod: managed care. **Wie wordt manager? That is the question...** Een waarschijnlijke trend is die van horizontale consolidatie onder de grote spelers, doorheen de klassieke zorgpijlers, nog versterkt door overheidswens tot meer coördinatie en management: neo-verzuiling anno 21<sup>ste</sup> eeuw. Een potentieel existentieel gevaar, of juist een existentiële kans. Zal de zorgstaat zich alleen op de patiënt (aanbodcultuur) richten, of ook op de consument (vraagcultuur)? Grote bestaande spelers zullen beide willen doen en de consument sussen in gemak en comfort. Er is onmiskenbaar in het DNA van onze samenleving een remmende werking van de cultuur van “sociale zekerheid”.

## III. BOOST, MAAR OP WELKE CILINDERS?

### 1. LAAGHANGEND FRUIT: POTENTIËLE “QUICK-WINS”

Het is heel goed om fundamenteel na te denken over de strategische toekomst van Solidariteit voor het Gezin. Maar het is anderzijds ook belangrijk, en misschien nog beter, te beseffen dat heel wat concrete verbeteringen denkbaar zijn zonder grote herijking van de organisatie. We maken enkele suggesties met het gemak van de toeschouwer aan de zijlijn. Vele daarvan hebben te maken

met het versterken en uitbouwen van het marktprofiel van Solidariteit voor het Gezin of met het mogelijk maken daarvan, wat een kritiek punt kan zijn.

Een organisatie waar ongeveer 80% van de kosten loonkosten zijn, is het aan zichzelf verplicht om meer met minder te proberen realiseren. Dat kan ook toelaten zelfstandige zorgverleners te benaderen voor samenwerking met Solidariteit voor het Gezin. In elk geval is het boosten van marktaandeel door meer makelaarscultuur denkbaar. Dat is ook een stap naar meer vraagcultuur! Stroomlijnen van processen en diensten. *“80% van de klanten is maar via één dienst in contact met Solidariteit voor het Gezin”: hoe is het mogelijk...? Welke infrastructuur kan unieke en horizontale commerciële aanpak realiseren? One-stop EN daaraan een heel proactieve en klantgerichte benadering koppelen: aanbod schept vraag.*

Stralen de website en brand uit wat je wenst te zijn? Presentatie Solidariteit voor het Gezin ademt “oud”, “afhankelijkheid” – niet consument-, maar patiëntgericht. Maar laat u dat vooral niet tegenhouden om het aan te houden, wanneer dat helpt in plaats van remt.

Is de geografische, fysieke aanwezigheid van Solidariteit voor het Gezin noodzakelijk voor face-to-face contact en lokale marktpenetratie? Solidariteit voor het Gezin wil toch de klant laten thuis blijven en de zorg naar de klant brengen in plaats van omgekeerd?

Is Solidariteit voor het Gezin een slachtoffer van zijn eigen missie van aanbod over de hele levenslijn? **Probeert Solidariteit voor het Gezin het onmogelijke met de integratie van versplintering? Less can be more?** Qua klantgerichte marketing is Solidariteit voor het Gezin een grijze muis. Dat is deels een budgettair probleem. Anderzijds kan gedacht worden aan

partnering met bepaalde spelers, of om derden als hefboomen te laten werken: patiëntenverenigingen, Test-Aankoop, artsen, etc.

*Bottom line: Solidariteit voor het Gezin moet meer aan marketing doen en kunnen doen. Een organisatie zonder veel systemische netwerken en die in essentie klantgericht is, moet veel meer strategie voor klantenwerving hebben.*

Als de middelen daarvoor niet bestaan, dan moeten ze misschien vrijgemaakt worden door elders te besparen. Als meer marketingstrategie onmogelijk is, dan moet men zich durven afvragen of de missie en basisidentiteit die Solidariteit voor het Gezin voor zichzelf vooropstelt, feitelijk mogelijk is.

Meer aandacht voor marketing zal ook een rol kunnen spelen in het doorbreken van de impasse tussen aanbod- en vraagsturing in de zorg. Solidariteit voor het Gezin kan onvoldoende op netwerken steunen in een aanbodcultuur, terwijl anderzijds de vraagcultuur ontbreekt. *Zolang Solidariteit voor het Gezin hier niet zelf meer actief in wordt, blijft dit een “kip-of-ei”-verhaal van stilstand die uitmondt in geleidelijke achteruitgang van marktaandeel. Solidariteit voor het Gezin vindt zichzelf een unieke organisatie die zich onderscheidt van andere zorgspelers in de aard van het aanbod en van de aanpak.* Slaagt Solidariteit voor het Gezin er voldoende in om de buitenwereld daar ook van te informeren en te overtuigen? Sterker nog: geeft Solidariteit voor het Gezin voldoende prioriteit aan het werven van die buitenwereld, waar precies de hefboom ligt om effectief te **ZIJN wat je WIL?**

## **2. STRATEGISCHE KEUZE VOOR DE ORGANISATIE: ZORG/WELZIJN**

De fundamentele keuze van Solidariteit voor het Gezin is mijns inziens de volgende: wil ze zich primair profileren en ontwikkelen (i) als een “zorg”-speler in de sociale zekerheid, en/of (ii) als een

“welzijn”-organisatie voor de consument/patiënt? In woord is Solidariteit voor het Gezin vandaag al gericht op (ii) met (i) daarvan als onderdeel, maar in daad en cultuur is ze meer (i) zonder (ii), zij het één met een specifieke missie. Wanneer Solidariteit voor het Gezin echt de daad bij het woord wil en kan voegen, dan kan ze een organisatie worden met een duidelijker profiel en met een *beter berkenbare toegevoegde waarde* dan vandaag.

Solidariteit voor het Gezin zal dan ook beter kunnen inspelen op de hierboven geschetste verwachte veranderingen in de “business” van de zorgsector in België. Die veranderingen vergen immers organisaties die rechtstreeks met de mens (patiënt/consument) en gericht op diens levenswijze zullen kunnen ageren, los en door alle echeloning van de sociale zekerheid heen. Een organisatie die een dergelijke persoonsgerichte relatie en opvolging al in haar DNA heeft, zal dan zeer sterk staan om die te ondersteunen en te complementeren met een formele zorgdimensie die op financiering uit de sociale zekerheid zal kunnen rekenen. Solidariteit voor het Gezin kan die organisatie zijn!

Een belangrijke stap van woord naar daad is het prioritair maken van een doordachte marketingstrategie, zoals hierboven al beklemtoond. Een actieve marketing kan een andere klantrelatie en bedrijfscultuur genereren, die Solidariteit voor het Gezin spontaan op de weg zal zetten van een klantgerichte dienstenorganisatie die onder andere, maar niet alleen, zorgdiensten levert op haar eigen wijze.

Met andere woorden: de strategische keuze voor een welzijnsorganisatie die meer of anders is dan een zorgorganisatie vergt geen radicale breuk: *ze kan in tegendeel worden aangezet en gradueel worden uitgebouwd door het verbeteren van de huidige werking van Solidariteit voor het Gezin in*

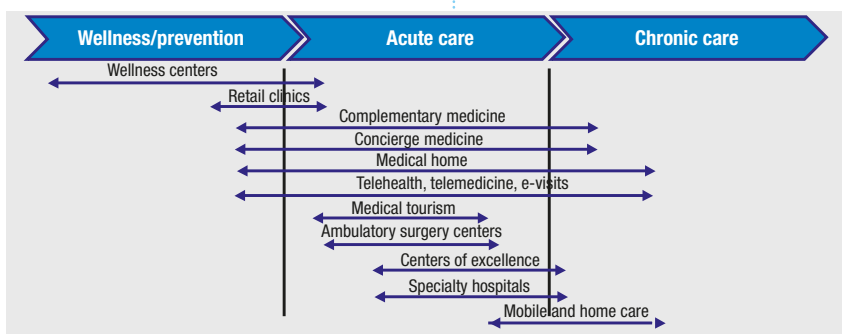
haar kernactiviteiten onder zorg. Op die manier kan de evolutie naadloos, maar wel systematisch, geschieden. Go for it!

Als Solidariteit voor het Gezin echt als een brede dienstverlener voor het welzijn van de consument/patiënt wil fungeren, zal ze ook het imago van pure “zorgorganisatie” moeten doorbreken. Vandaag verricht Solidariteit voor het Gezin al diensten die buiten de formele zorg staan, waaronder kinderopvang en enkele comfortdiensten. Het zal daarin dan verder moeten diversifiëren en nieuwe markten moeten zoeken. Spontaan kan gedacht worden aan diensten in de sfeer van *wellness* en *life style*.

Ook de grote groep gezonde en actieve *babyboomers* is een opkomende markt voor gepersonaliseerde diensten met een groot welzijns karakter. Grote werkgevers, die allemaal belang hebben bij gezond personeel met hoge productiviteit en laag absentieïsme,

met een voldoende marktaandeel op lange termijn. Daardoor zal Solidariteit voor het Gezin autonoom het financieringsknelpunt deels kunnen doorbreken. Daardoor zal Solidariteit voor het Gezin daadwerkelijk haar filosofie van aanwezigheid over de hele levenslijn gestalte kunnen geven. Daardoor zal Solidariteit voor het Gezin *autonoom* hefboomen kunnen creëren om meer rechtstreeks contact met potentiële klanten/patiënten te kunnen genereren en op dat vlak haar competitief nadeel ten aanzien van de grotere institutionele zorgspelers kunnen compenseren. Via welzijn zal Solidariteit voor het Gezin dan immers *one-on-one* klantenrelaties ontwikkelen vooraleer zorgverstrekking aan de orde is.

Per saldo komt de voorgestelde strategische keuze er op neer dat Solidariteit voor het Gezin zich afvraagt welke haar positie en toegevoegde waarde is in onderstaande waardeketen:



zijn evenzeer natuurlijke klanten. Een marktanalyse naar buitenlandse voorbeelden kan bij dit alles een nuttig referentiekader vormen. Er zijn zeker al spelers op deze markt in België en het is niet uitgesloten dat samenwerking mooie synergie kan opleveren.

De doordachte uitbouw van een welzijnspijler naast de zorgpijler kan cruciaal zijn voor de rendabiliteit en wellicht ook voor het voortbestaan van een Solidariteit voor het Gezin

Daarbij durft een buitenstaander ook de merknaam zelf op tafel leggen. Die heeft immers vooral het imago en de emotie van afhankelijkheid en zorg.

### 3. DE AANBOD/VRAAG-IMPASSE DOORBREKEN VIA PARTNERING?

De structurele handicap voor Solidariteit voor het Gezin vandaag is het beperkt vermogen om te groeien buiten de overheidssystemen om, enerzijds door gebrek aan een vraag-gedreven



markt, anderzijds door gebrek aan eigen capaciteit tot marktinnovatie en marktcreatie. In het aanbodgestuurde officiële systeem staat Solidariteit voor het Gezin onder druk. Daarbuiten ontbreekt het aan hefboomen voor een vraag-gedreven systeem. Solidariteit voor het Gezin is niet de enige zorgspeler met dezelfde existentiële bekommernis: *de privé-verzekeraars, de producenten van medische consumententechnologie, privéspelers in de ouderenzorg, en sommige mutualiteiten delen die. You are not alone.*

Er kan dus overwogen worden te partneren, of zelfs verder te gaan en te integreren. Dat laatste kan ook een logica van schaalvergroting en budgetvergroting dienen. De budgettaire druk op het zorgsysteem is fundamenteel een opportuniteit. Latente zorgbehoeften die nu niet manifest worden door gebrek aan vraagcultuur, zijn dat evenzeer. Solidariteit voor het Gezin kan winnen door goed na te denken over *hoe een marktopportuniteit een echte markt zou kunnen worden, en welke spelers daarin samen met Solidariteit voor het Gezin een rol kunnen spelen.*

Enkele voorbeelden:

- a. Bewustzijn creëren en debat voeren: De burger blijft algemeen onwetend en passief ten aanzien van de zorgvraag. De problematiek publiek krijgen, kan helpen. Dat kan Solidariteit voor het Gezin niet zelf doen, maar ze kan dat faciliteren, ook samen met andere spelers.
- b. Partnerschappen: Wie kan er voor Solidariteit voor het Gezin rechtstreeks de patiënt/consument bereiken? Patiëntenorganisaties, ziekenhuizen, artsen, verzekeraars, ziekenfondsen, grote werkgevers, enz... Daarin kunnen jullie pro-actiever worden.
- c. Zichtbare pilootprojecten en nicheproducten: wellness, e-health diensten, gezondheids-ICT, enz. Je

doet het al met de zorghotels. Doe zo verder!

De essentiële *commerciële doelstelling* is potentiële klanten kunnen bereiken en overtuigen voor wat vooralsnog onbekende of ondergewaardeerde producten of diensten zijn. De essentiële *politieke doelstelling* is er voor te zorgen dat deze potentiële markt open blijft voor Solidariteit voor het Gezin op een *level-playing-field* basis. Dat brengt ons uiteindelijk tot de machtspolitieke omgeving waarin Solidariteit voor het Gezin moet strijden voor overleving en nieuw succes.

#### 4. STAATSHERVORMING EN BELANGEN

Het leidt geen twijfel dat de zesde staats hervorming en de doorgedreven regionalisering van zorgbevoegdheden een heel belangrijke impact kan hebben op de toekomst van Solidariteit voor het Gezin. De eerste voortekens zijn niet zo gunstig, omdat ze gaan in de richting van een feitelijke Vlaamse Sociale Zekerheid met meer overheidsmiddelen en meer beheersbevoegdheid, ofwel voor de institutionele spelers, ofwel voor de Vlaamse overheid zelf. Dat betekent nog meer aanbodcultuur en nog meer schaalvoordeel voor de grote zuilen. Het is evident dat Solidariteit voor het Gezin het aan zichzelf en haar voortbestaan verplicht is om haar positie binnen het systeem te laten herkennen en erkennen, zodat het beeld van de beleidsmakers voldoende divers en inclusief blijft en de “markt” niet in een oligopolie eindigt.

Afgezien daarvan, onderstreept dit opnieuw de noodzaak voor Solidariteit voor het Gezin om zichzelf zo te hervormen dat ze zelf de draaischijf kan worden van een vraag-gedreven segment. Solidariteit voor het Gezin moet het zorgsysteem proberen te overstijgen. Het siert iedereen binnen Solidariteit voor het Gezin dat ze daarin met durf en risico strategisch wil investeren en handelen. Veel succes!

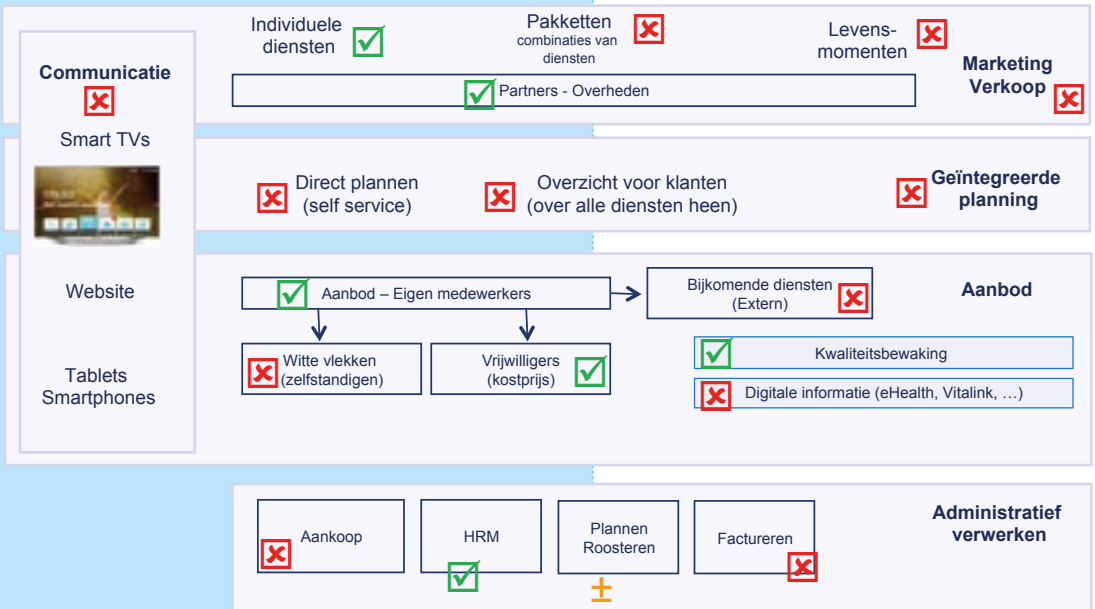


# De kwetsbare zones binnen Solidariteit voor het Gezin

Bij de doorlichting van ons zorgbedrijf hebben we vastgesteld dat wij op verschillende terreinen zeer goed bezig zijn. De verdienste van het pijlerdenken heeft dus zijn succes bewezen. Maar vooraleer te kunnen spreken van een effectief vraaggestuurd zorgmodel, moeten we nog een weg afleggen. Het bovenstaand overzicht maakt duidelijk waar het schoentje knelt. De rode kruisjes staan voor fundamentele hiaten in onze organisatie, of anders gezegd: hier moet Boost2019 het verschil maken.

Het feit dat er meer rode dan groene vinkjes te lezen vallen, wijst op het feit dat het vijf voor twaalf is om het vernieuwingstraject uit te rollen.

In de beleidsnota 2014 staan de eerste resultaatverbintenissen ter zake. In de beleidsnota 2015 komen we op volle snelheid. Deze snelheid moeten we kunnen aanhouden gedurende 4 jaar, met het besef dat veranderen een permanente bezigheid zal blijven. Een eigentijds (zorg)bedrijf moet altijd de innovatieve vinger op de pols houden en de zorgmarkt op de voet blijven volgen. Niets is zo veranderlijk als een sector waar het over mensen gaat.



# 2 STRATEGIE

## De Strategie

Op basis van de analyse, bestaande uit 'de 10 redenen voor de resetknop', de '6 Mega trends', de analyse van professor De Vos en de analyse van 'de kwetsbare zones' is onderstaande strategie gedefinieerd. Deze strategie bestaat uit 7 essentiële invalshoeken en een aanpak.

## 7 Invalshoeken

### A. DE KLANT CENTRAAL

De analyse die we in vorig hoofdstukken uit de doeken deden, legt de vele uitdagingen bloot waar we als zorgbedrijf voor staan en waar we de komende jaren een antwoord zullen moeten op bieden. De feiten uit de analyse zijn wat ze zijn

### 10 redenen voor de resetknop

a. Financiële druk

b. (On)betaalbaarheid  
Dienstencheques

c. Verouderd  
model gezinszorg

d. Dalende groei  
(doelstelling)

e. Missie niet  
gerealiseerd

f. Zwaar  
zorgbehoevenden  
vinden onvoldoende  
de weg naar ons

g. Oude  
doorverwijzings-  
processen bestaan niet  
meer

h. Sterke  
autonomie van de  
zorgvrager

i. Arbeidstekort in  
de zorgsector

j. Onze positie in  
de zorgmarkt

### 6 Mega trends

Megatrend 1: toenemend belang van de levenskwaliteit en een steeds hoger welzijnsniveau  
Megatrend 2: toenemend belang van private leef sfeer en toenemend individualisme  
Megatrend 3: globalisering met 24-uurs economie en toenemende concurrentie  
Megatrend 4: de toenemende vergrijzing  
Megatrend 5: de steeds stijgende gemedicaliseerde zorgkost.  
Megatrend 6: de tsunami aan technologische ontwikkelingen

### + analyse van prof. De Vos

Spiegel voor de  
organisatie

Toekomst van de business

Boost aanbevelingen

Marktevoluties

### + analyse kwetsbare zones



### Strategie

#### 7 invalshoeken

a. De klant centraal  
b. Zorg op maat

c. Sleutelen aan de front-office  
d. Gebruik markt opportuniteiten  
e. RUN the business

f. Informatisering data,  
verwerking & communicatie  
g. Zorggarantie

De aanpak

en we zijn niet bij machte om ze om te buigen. We moeten integendeel proberen om er de opportuniteiten van in te zien en onze troeven in te zetten om er een antwoord op te bieden. Ook al worden

we geconfronteerd met een diversiteit aan regelgevingen, ook al wordt van overheidswege niet altijd even adequaat gereageerd op evoluerende zorgnoden, we zullen de nodige creativiteit aan de dag moeten leggen om ons zorgaanbod aan te passen.

De vaststelling dat zorg meer en meer als een commercieel gegeven beschouwd wordt, hoeft helemaal geen verontwaardiging op te wekken en zet er ons zeker niet toe aan om een tegenoffensief in te zetten. Integendeel. De groeiende “markt” van consumenten die bereid zijn (uiteraard noodgedwongen) om een belangrijk deel van hun middelen te besteden aan zorgverlening, hoeven we immers niet als een exces van onze kapitalistische maatschappij te beschouwen. Nog minder mag het er ons toe bewegen om ons rigoureuus terug te trekken in een ouderwetse retoriek, waarbij de overheid via een batterij van regeltjes en controles een streng gedirigeerd en gecontingenteerd aanbod van diensten ontwikkelt waarin op de duur geen plaats meer is voor creativiteit, innovatie en trendopvolging.

In een dergelijk systeem krijgt de sociaal ondernemer (en al zeker de commerciële ondernemer) geen enkele kans om een aanbod te ontwikkelen dat aan de (ondertussen sterk geëvolueerde) vraag zou voldoen. Gelukkig is ook de overheid daarvan overtuigd en laat zij toe dat commerciële spelers initiatieven ontwikkelen op een terrein dat vroeger uitsluitend was voorbehouden aan een beperkt aantal door haar erkende spelers. Reden te meer om te beweren dat wie zich halsstarrig verschuilt achter de voorbijgestreefde slogan “zorg is geen handelswaar”, en daar de motivatie uit put om conservatief vast te houden aan een aanbod van voorbijgestreefde en door de gebruiker al lang niet meer geëerde producten, zich langzaam maar

zeker uit de markt prijst. Daar zit je dan met je overtuiging.

In onze vorige publicaties hebben we trouwens al meermaals gewezen op de cruciale rol van de overheid op het vlak van kwaliteitsbewaking en op het vlak van betaalbaarheid.

Zolang die beide voorwaarden gegarandeerd (en bewaakt) zijn, is er geen enkele reden om een beperking op te leggen aan initiatiefnemers.

Trends laten zich moeilijk bedwingen en al zeker niet door nostalgie. We gaan ons toch niet verontwaardigd tonen als de klant van vandaag zich assertiever en opportunistischer gaat opstellen? We zijn toch al voorbij het stadium van de keuze tussen: stellen we de klant centraal, of stellen we het aanbod centraal? In vorige publicaties hebben we onze keuze voor een vraaggestuurd beleid al uitgebreid bepleit.

We kunnen trouwens niet voorbij de vaststelling dat het aanbod voor de hulpbehoevende ondertussen flink geëvolueerd is en daardoor de keuzemogelijkheden toegenomen zijn. Reden te meer dus om mee te evolveren want alleen op die manier kunnen we klanten ertoe bewegen om voor onze dienstverlening te kiezen. Wat is trouwens het meest humanistisch: halsstarrig vasthouden aan oude modellen of proberen mee evolveren naar kwalitatieve modellen die de klant aantrekkelijk vindt?

Solidariteit voor het Gezin kiest dus onomwonden voor een model waarin de klant centraal staat.

We willen daarbij niet, zoals anderen dat doen, netwerken van totaalzorg gaan opzetten die klanten als het ware in een trechter laten terecht komen waar ze later nog moeilijk aan onderuit geraken. We geloven immers in de absolute en steeds herroepbare keuzevrijheid van de patiënt en zijn absolute wil om de regie over zijn gezondheid en zijn zorg ten

allen tijde te behouden.

Wij volgen de retoriek niet van sommige anderen die beweren dat de patiënt een keuze maakt op het niveau van een 'team' en dat vergelijkt met het kiezen voor een dienst in een ziekenhuis, want volgens hen kiest de patiënt daar ook voor de arts of het team van artsen en dat houdt meteen in dat hij zal verzorgd worden door de arts of het team van artsen, een groep van verpleegkundigen, enz...

## **B. ZORG OP MAAT**

Een echte zorg op maat bereik je dikwijls niet met gestandaardiseerde modellen. De echte uitdaging bestaat erin om "ad hoc" een aanbod uit te werken. Dergelijk model werk je dus best situationeel uit, rekening houdend met de specifieke wensen van de klant en de individuele beschikbaarheid van diverse zorgverstrekkers.

Zo'n model is ook modulair aanpasbaar in functie van de omstandigheden. Ook ledenorganisaties (zoals de ziekenfondsen) weten dit te appreciëren. Dit past dus ook goed in ons model van vraaggestuurde zorg. In zo'n klimaat verwacht je ook aangepaste regelgeving (regelluw kader, competentiedenken, geen marktafscherming, innovatieve ondernemers, enz. ...).

De conservatieven in onze samenleving moeten dringend af van hun overtuiging dat alle dynamische ondernemers cowboys zijn die het niet zo nauw nemen met kwaliteit.

Solidariteit is een begrip dat we zullen blijven koesteren en dat heus niet alleen omdat het in onze naam staat.

Burgers die op financieel, sociaal of mondig vlak zwak staan, moeten in onze samenleving extra beschermd worden.

Via allerlei steunmaatregelen moeten we maken dat ze niet achter blijven en al zeker niet wanneer ze om welke reden dan ook hulpbehoevend worden.

▶ Het volledige arsenaal aan zorg- en hulpverleningsvormen moet voor hen toegankelijk blijven en waar nodig financieel ondersteund worden. Dat wil niet zeggen dat we blind moeten blijven voor het fenomeen van de rijkere, vrijere en assertievere geworden burger die ondertussen al meer dan doorsnee geworden is. Ook die burger wordt op een bepaald ogenblik zorgbehoevend en zal (meer dan vroeger) andere verwachtingen gaan stellen. Die verwachtingen manifesteren zich op verschillende terreinen:

- Kwaliteit
- Flexibiliteit
- Alternatieve keuzes binnen een diverser aanbod
- Minder aanbod gestuurd en dus minder volgens de "huisregels"
- Beter bereikbaar
- Minder gemedicaliseerd waar mogelijk
- Meer gedigitaliseerd en gebruik makend van technologische ontwikkelingen en op dat vlak ook mee evoluerend

En waarom zouden we die verwachtingen alleen maar bij de meer begoede burgers leggen?

Dus moeten we ons de vraag stellen: hoe kunnen we meer waarde creëren voor onze klanten? Of anders gesteld: hoe kan Solidariteit voor het Gezin zich binnen de voortdurend evoluerende zorgmarkt blijven differentiëren ten opzichte van haar collega's?

## **C. SLEUTELN AAN ONZE FRONTOFFICE**

Meteen hebben we hiermee de vinger in de wonde gelegd. Strikt genomen is onze geïntegreerde aanpak, waarbij we beschikken over een arsenaal van eigen dienstverleningen, immers veel te zwak gerealiseerd. De analyse van professor De Vos (cfr Hoofdstuk 1, deel 2) maakt dit pijnlijk duidelijk. Ons 'pijler'-denken is te veel ingebed in onze structuren en

onze procedures, waardoor we hoogstens even geïntegreerd werken als onze collega's die met verschillende autonome partners moeten samenwerken. Als we ons klantenbestand bekijken en nagaan hoeveel van onze klanten met een zekere zorgbehoefte, voor bepaalde diensten beroep doen op een externe partner, daar waar we zelf over dat aanbod beschikken, dan is dit waarschijnlijk te wijten aan onze pijlerstructuur. Een pijlerstructuur dus met te hoge onderlinge schotten. Onze bestaande pijlers hadden nochtans het voordeel dat ze de financiële autonomie bewaakten, dat ze de specifieke wetmatigheden van bepaalde diensten netjes afbakenden, dat ze de toepassingen van paritaire comités en CAO's hielpen respecteren, dat ze de onderlinge expansiemogelijkheden niet in het gedrang brachten, enz. ... Die voordelen moeten we zoveel mogelijk behouden. We mogen met andere woorden het kind niet met het badwater weggoien. Dit kunnen we enkel door aan onze "frontoffice" te sleutelen terwijl we de

backoffice (de kant waarmee de klant slechts onrechtstreeks in aanraking komt) zoveel mogelijk behouden. Met andere woorden: in onze klantenbenadering moeten we ons meer vanuit één invalshoek opstellen en zeker niet vanuit een "gespreide slagorde".

#### D. MARKTOPPORTUNITEITEN SPELEN IN ONZE KAART

We worden gelukkig geholpen door een aantal externe factoren en dus is het zaak om deze om te buigen tot een opportuniteit:

1. Met de komst van een eenduidig inschakelingsysteem van de welzijns- en gezondheidssector, moeten we ervoor zorgen dat we de juiste keuze maken voor ons CRM-systeem (Customer Relationship Management). Onze elektronische identificatiefiche moet vooreerst congruent zijn met het systeem dat de overheid aan het ontwikkelen is. Klakkeloos overtypen van gegevens is bovendien uit den boze en dit op alle terreinen van de

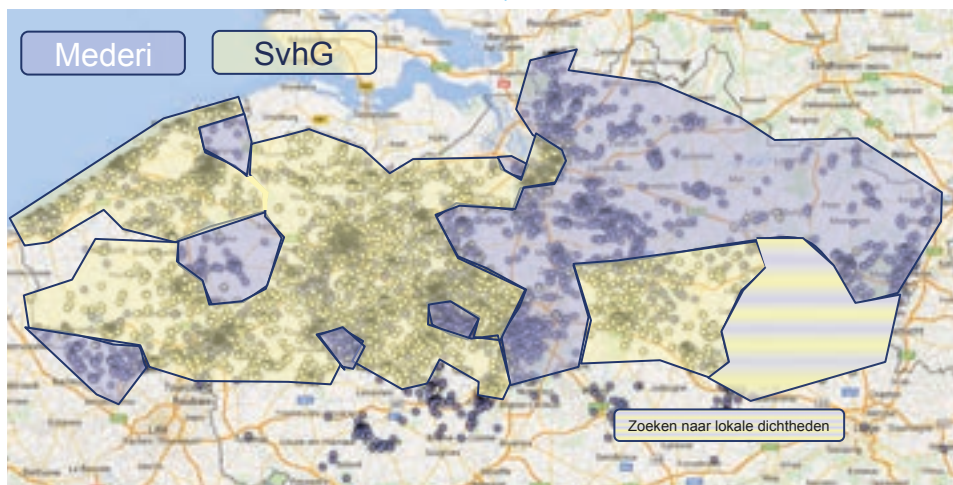
	Thuis	Dag	Kort verblijf	Permanent	Medisch	
Comfort	Dienstencheques Divers marktaanbod			Serviceflats Assistentie Woningen		
Kinderen	OPZ, Kraamzorg	Kinderopvang	CKG		Kinder afdeling	
Jeugd	Begeleide uitgroei	Semi-internaat Multifunctioneel centrum	internaat	pleegzorg	Ziekenhuis	
Ouderen	Gezinszorg Thuisverpleging	Mantelzorg - Verplegers Dagverzorgingscentra Conform (Art 51 - bijlage IX) Georganiseerd door gezinszorg Niet conform	Centra voor herstelverblijf	Centra voor Kort verblijf	Service flats Assistentie Woningen Woonzorgcentra (ROB Federaal) RVT bedden	
Palliatief		Dagverzorgingscentra voor Palliatieve verzorging		Gespecialiseerd team	Palliatieve eenheid	
		Ondersteuning zorgverleners door 15 palliatieve netwerken (met ieder een multidisciplinaire begeleidingsequipe)				
Psychiatrisch	Coördinatie van de kwaliteit van de zorg		Forensisch psychiatrisch centrum	Beschut wonen Psychiatrische verzorgingscentra	Psychiatrische ziekenhuizen	
		Openbare psychiatrische zorgcentra (OPZ) - Geel & Rekem				
Mensen met een beperking	Begeleiding Thuiszorg Thuiszorg Thuiszorg Thuiszorg Financiële ondersteuning	dagopvang Semi-internaat Gaan logeren Dagcentra Begeleid werken	(Kort) Verblijf Verblijf Internaat Multi Functioneel Centrum	Dienst zelfstandig wonen Beschermd wonen Pleeggezin Tehuis voor werkenden Tehuis voor niet werkenden	Observatie & behandelcentra	

toekomstige gegevensoverdracht. Dit klinkt zeer eenvoudig, maar is op het terrein zelf geen evidentie, al was het maar omdat iedereen al jarenlang een eigen systeem aan het ontwikkelen is.

2. We mogen de trein niet missen op een ogenblik dat de overheid de ambitie heeft om tot intersectorale netwerkvorming te komen. Bijvoorbeeld het logisch samenbrengen van het woonzorgdecreet en het decreet op de eerstelijnsgezondheidszorg, zal ons enerzijds pijnlijk confronteren met vele hiaten in ons aanbod in Vlaanderen en Brussel, maar zal ook een stimulans (en zelfs een opportuniteit) zijn om ons bereik te verbeteren en onze zogenaamde witte vlekken sneller weg te werken.
3. Onze participatie in de organisatie van zelfstandige verpleegkundigen, Mederi, zal helpen om die witte vlekken in ons thuisverplegingsaanbod weg te werken. Het is evident dat daar zeer goed uitgewerkte procedures en taakafspraken moeten voor afgesloten worden. Vandaag zijn we nog niet zover, maar laat het er ons op houden dat

de fundamenteën gelegd zijn voor een stevige samenwerking, waarin wij zullen blijven vasthouden aan ons eigen organisatie-model met thuisverpleegkundigen in dienstverband. In die gebieden waar we zelf over voldoende gesalarieerden beschikken, zullen we die ook inzetten. In andere gebieden waar we een tekort of helemaal geen eigen verpleegkundigen kunnen inzetten, zullen we zelfstandige verpleegkundigen aanspreken, bij voorkeur deze die aangesloten zijn bij Mederi. Maar hoe dan ook zullen we enkel die Mederi-verpleegkundigen aanspreken die doordrongen zijn van de meerwaarde van een geïntegreerd model. Voorwaar een moeilijke oefening.

4. De overheid stimuleert de rekrutering van vrijwilligers. Dit komt niet verwonderlijk over, want vrijwilligers kunnen op een veel goedkopere manier, en toch kwalitatief hoogstaand, bepaalde taken overnemen van professionelen of er een bijzondere aanvulling op zijn. Het initiatief van de overheid om de rekrutering te bevorderen, klinkt ons als muziek in de oren, want



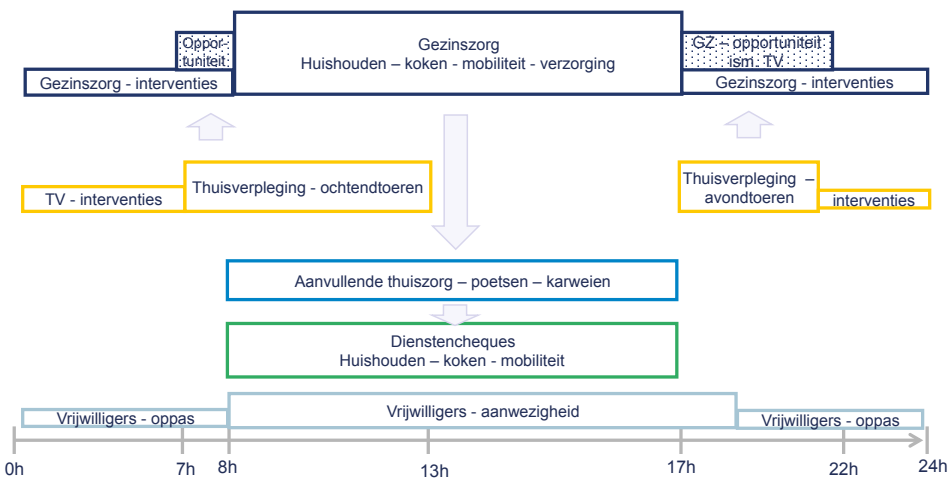




andere. Ook de gelijke inschaling van loons- en arbeidsvoorwaarden is vaak een moeilijke evenwichtsoefening. De voldoening die na elke geslaagde fusie overblijft, maakt de inspanningen evenwel bijzonder lonend.

7. We moeten alles in het werk stellen om de flexibiliteit van de gezinszorg te stimuleren. Cliënten zijn zorgbehoevend ook buiten de kantooruren van 8 uur tot 16.30 uur. Het is onbegrijpelijk dat de flexibiliteit vandaag de dag door de overheid geplafonneerd wordt, ook al beseffen we dat er moet bespaard worden. Solidariteit voor het Gezin die aan de bovengrens zit van de flexibele dienstverlening ('s avonds, 's nachts, weekends), kan daardoor geen zwaar zorgbehoevende

8. We verwachten veel van de bevoegdheidsuitbreiding ten gevolge van de 6<sup>de</sup> staatshervorming. We doelen op de overdracht van bevoegdheden. Maar het blijft bij wijze van voorbeeld onbegrijpelijk dat SP-afdelingen van ziekenhuizen (revalidatie) die aan de overheid € 400 per bed per dag kosten, zo goed als vol liggen, terwijl veel van die patiënten, mits voldoende omkadering en flexibiliteit, perfect en veel goedkoper thuis zouden kunnen verblijven. Maar dan moeten de bevoegde overheden natuurlijk bereid zijn om budgetten te verschuiven... Onze drie protocol-3-projecten die we in Vlaanderen reeds uitrolden, bewijzen ons gelijk, maar ook die projecten zijn strikt beperkt.



patiënten meer bijnemen. Nochtans zou je verwachten dat meer flexibiliteit toegejuicht (en dus uitgebreid) wordt, ten koste desnoods van de reguliere werking. Het valt te verwachten dat de overheid tot inkeer zal komen en dat zullen we dan moeten aangrijpen om onze diensten klantvriendelijker te maken.

9. Het is de laatste maanden en jaren alsof kapitaalkrachtige investeerders en projectontwikkelaars de markt van de residentiële ouderenzorg aan het heruitvinden zijn. De snelheid waarmee projecten van assistentiewoningen de kop opsteken, is indrukwekkend. Veel van die promotoren komen ook bij Solidariteit voor het Gezin terecht en



willen ons als beheersinstantie. We willen gerust een plaats verwerven in die markt, maar we zijn niet te vinden voor een model waarin wij als enige het risico dragen. Het mag niet zo zijn dat de projectontwikkelaar een mooie meerwaarde realiseert op zijn investering, de koper zich verzekerd weet van een duurzaam rendement, terwijl de beheersinstantie opgezadeld blijft met een onvoldoend afgedekt risico van verhuring, zorgverlening en permanente bereikbaarheid.

Uit onze contacten leren we dat veel van die projecten gedoemd zijn om te mislukken. Op een ogenblik dat winstbejag immers de enige drijfveer wordt, houdt men te weinig rekening met de hulpvrager wiens behoeftepatroon toch wel erg evolueert. Het is alleszins niet de gebruiker die daardoor in de problemen komt, want door de veelheid aan initiatieven, ontstaat een overaanbod en kan hij gemakkelijker keuzes maken.

Die gebruiker vindt comfort, ruimte, degelijke afwerking, goede ligging en dergelijke weliswaar belangrijk, maar als het er echt op aankomt, vindt hij een vlotte bereikbaarheid van diensten en een vriendelijke en efficiënte zorgverlening minstens even belangrijk.

Wij engageren ons dan ook in die initiatieven die ons de nodige ruimte geven om dit laatste te garanderen.

10. De verplichting om in de dienst thuisverpleging over een EVD (elektronisch verpleegkundig dossier) te beschikken en om over een

gehomologeerd pakket van prestatieregistratie te beschikken, werkt de integratie van onze diensten in de hand en is dus op haar beurt te beschouwen als een opportuniteit. Het zal leiden tot een betere communicatie met onze partners, gepaard gaand met een vlottere overdracht van gegevens.

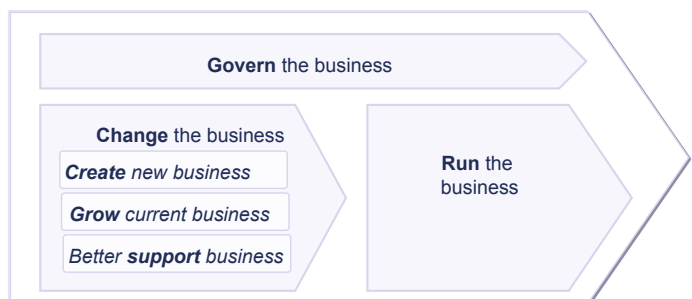
Deze 10 fenomenen zijn maar enkele van de vele voorbeelden van uitdagingen die op ons afkomen en waarop we hoe dan ook een antwoord moeten bieden naar buiten uit.

Eén ding is duidelijk: Solidariteit voor het Gezin zal zich zoveel mogelijk via één aanspreekpunt profileren. Zijn we vandaag klaar om deze uitdaging aan te gaan?

Laat ons het antwoord op deze vraag houden op: “er is nog wat werk aan de winkel”. Want we moeten niet alleen onze organisatie hervormen, gericht op de toekomst, we mogen ook niet uit het oog verliezen om onze huidige werking kwaliteitsvol en aantrekkelijk te houden (**run the business**). Beide opdrachten zijn dus even belangrijk.

## E. RUN THE BUSINESS

De ‘gewone’ bedrijvigheden gaan inderdaad verder, alsook de veranderingsprocessen (die niet aan Boost2019 gelinkt zijn):



- **Thuisverpleging:** EVD – Routeplanner – Soft N – tablets – Mederi – overnames – zorggarantie

- **Gezingszorg & AT:** overnames  
– Solution – CADO's – beheers instantie – uitbouw vrijwilligerswerk – zorggarantie – kraamzorg
- **Comfortzorg:** groeiopties – Solution – zorggarantie
- **Kinderzorg:** opstart  
kinderdagverblijven – overnames  
– pedagogische hervormingen – processen – elektronisch kinddossier – Solution
- **Woonzorg:** opstart Anderlecht – optimalisaties – Solution
- **Opleidingscentrum:** reguliere werking  
– e-learning – digitale cursussen
- **KMC:** merkontwikkeling – website
- **HR:** ideale werkgever – NWOW  
– Telewerk – loopbaanbeleid – eenheidsstatuut.
- **IT:** Solution – Boost 2019 – digitalisering – telefonie – cloud
- **Financiën:** digitalisering – budget en kost – dashboards

Al deze elementen en beleidssuggesties staan (of zullen staan) in de jaarlijkse beleidsnota's van Solidariteit voor het Gezin, met de daaraan gekoppelde exacte financiële consequenties.

## **F. INFORMATISERING VAN DATA, VERWERKINGEN EN COMMUNICATIE**

Dit is geen doelstelling op zich. Het is wel een grondvoorwaarde waarop de volledige BOOST2019-operatie gebouwd wordt. We moeten dus opnieuw zeer zwaar investeren in onze informatica. Als we dat niet zouden doen, dan heeft onze hervorming geen enkele zin. Integendeel: we zouden ons alleen maar belachelijk maken, want zo goed als zeker zouden we op onze bek gaan. In de toekomst zullen we immers al onze gegevens digitaal ter beschikking moeten hebben, gelijk waar we ons bevinden, op gelijk welk moment en bovendien van minuut tot minuut up to date.

▶ In een eindfase moet dit gelden voor elke medewerker die in contact staat met onze klant.

Alleen dan kunnen we het over innovatieve zorgplatformen hebben, kunnen we uitpakken met een geloofwaardige frontoffice, zullen we klanten en partners performant kunnen informeren over het zorgtraject, zullen we optimalisaties kunnen doen in de werkroosters, enz. ... .

Het zal zich vertalen in uurrooster- en planningstools, klantopvolging, dataregistratie, werken met tablets, thuiswerk, elektronische verwerkingsprocessen, EVD, routeplanner, VOIP (voice over IP), paperless office, New Way of Working, enz...

Maar nog zal een perfect werkend EVD geen einddoel zijn, want bijvoorbeeld zal een hoofdverpleegkundige op de planning willen zien wanneer de verzorgende precies langskomt bij een bepaalde patiënt om aldus een taakverschuiving te kunnen voorstellen. Informatisering is dus een grondvoorwaarde om ons project BOOST 2019 concreet uit te rollen.

Het betekent echter niet dat we dan maar moeten wachten tot de "total information flow" helemaal afgewerkt zou zijn en alle computerprogramma's gerealiseerd zijn, alvorens met onze herstructurering en onze procedurewijzigingen van start te gaan.

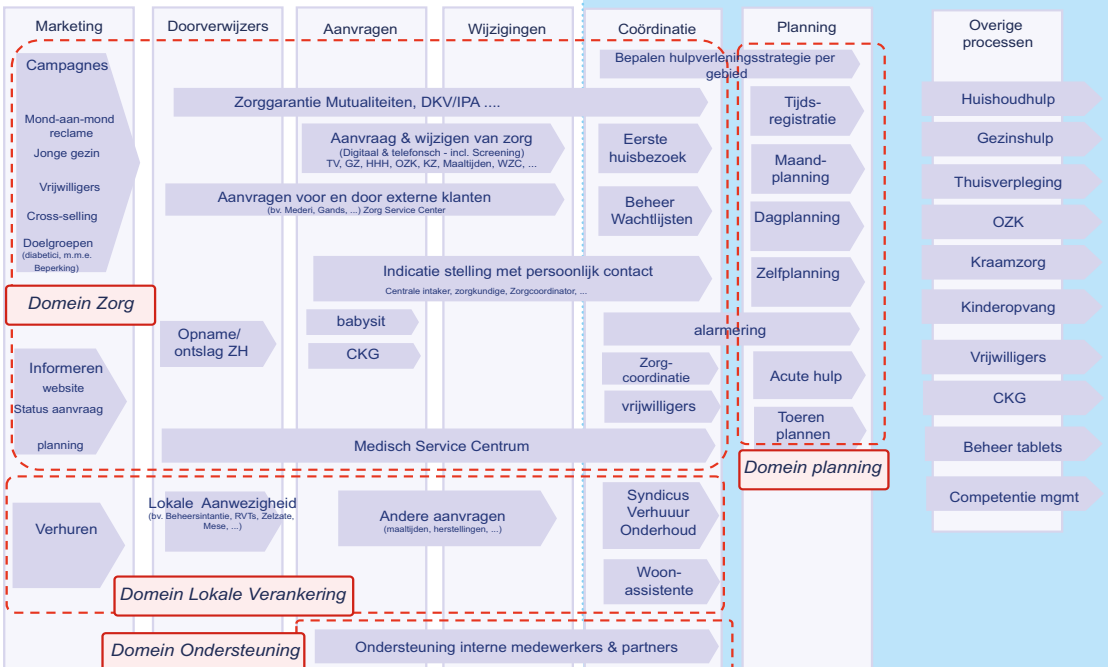
Wel moeten we vermijden dat ondertussen beslissingen genomen worden die de visie en de strategie zouden tegen spreken of die de belangen van andere pijlers zouden schaden of tussentijds te veel beslag zouden leggen op onze informatici die aan het eindproject aan het werken zijn.

## G. ZORGGARANTIE (MET SCHAAFGROOTTE ALS INHERENTE VEREISTE)

We sloten overeenkomsten af met verschillende partners om elke vraag van hun leden betreffende thuisverpleging, gezinszorg en poetshulp positief te beantwoorden (voor zover ze uiteraard aan de voorwaarden voldoen). Onze densiteit in bepaalde gebieden laat echter niet toe om de vraag met eigen diensten in te vullen en dus moeten we samenwerkingsakkoorden afsluiten met externen. Wat thuisverpleging betreft zal dit bij voorkeur gaan over zelfstandige verpleegkundigen, aangesloten bij Mederi. Voor de andere zorgterreinen moet er situationeel bekeken worden welke organisaties hiervoor zullen aangesproken worden. Uiteraard zullen die externen moeten voldoen aan de nodige kwaliteitsvereisten. Bovendien zullen ze zich ertoe moeten engageren om zich in te passen in onze visie op geïntegreerde zorgverlening (uitwisseling van gegevens, inpassing in uurroosters, enz....).

## De aanpak

We kunnen de structurele verandering van onze organisatie alleen maar bewerkstelligen door op elkaar inwerkende en elkaar versterkende ontwikkelingen. Deze transitie-operatie moet permanent bewaakt worden door een **stuurgroep** (met vertegenwoordiging van de diverse pijlers) die het veranderingstraject voortdurend opvolgt, zonder ondertussen de belangen van 'run the business' uit het oog te verliezen. De stuurgroep zal dus zowel de koersrichting als de samenhang bewaken. Maar onder 'gelijken' is het moeilijk om één iemand aan het stuur te zetten die af en toe ook eens knopen doorhakt. Als niemand die autoriteit van ons krijgt, dreigt inertie. Bovendien: als de 'knopendoorhakker' van dienst aan één bepaalde pijler kan gelinkt worden (vb; om de eenvoudige reden dat hij/zij daar werkzaam is) dan kan dit tot nutteloze wrijvingen leiden. Dit moeten we vermijden (cfr. onze ervaringen met het solutionproject). Vandaar ons voornemen om te werken met een pijleronafhankelijke **transitiemanager** om die taak op zich te nemen.



Wat zal er de komende jaren zoal concreet moeten aangepakt worden om uiteindelijk in 2019 onze interne reorganisatie afgerond te zien?:

- De regio's waar momenteel een "protocol-3 project" loopt, kunnen als voorlopers aanzien worden. Daar zijn immers al procedures lopend die pijleroverschrijdend van toepassing zijn.
- Keuze van CRM en aanpassing van onze centrale intake.
 

Eén van de eerste opdrachten van de stuurgroep zal er in bestaan om de gezamenlijke processen (= de processen die in twee of meer pijlers identiek, maar toch afzonderlijk gebeuren) op te lijsten en te zoeken naar wegen om dit voortaan via één platform te laten verlopen. Het zijn de zogenaamde 'quick wins'.

  - o Vb. aanvragen
  - o Vb. klantencontacten (huisbezoeken)
  - o Vb. facturatie
  - o Vb. betalingen
  - o Vb. bekendmakingscampagnes, prospectie

- o Vb. ziekenhuiscontacten (huisartsen)
- o Vb. werving en selectie
- o Vb. secretariaatswerk
- Sectorwijzigingen in functie van onze gezamenlijke herstructurering. Vanuit historische context is de regionale uitbouw van onze pijlers gaandeweg anders ingericht. Onze verschillende densiteit is één reden, een andere manier van aansturing is een andere reden. Spijts diverse tussentijdse sectorwijzigingen (waarbij sprake is van een zeker 'toegroeien naar elkaar') zijn we vandaag nog ver af van identieke sectoren.
  - Thuisverpleging: 23 sectoren
  - Gezinszorg en aanvullende Thuiszorg: 72 sectoren
  - Comfortzorg: 36 sectoren

We gaan naar 1 front-office die gezamenlijk werkt over de verschillende diensten die we aanbieden. Dit zal ertoe leiden dat medewerkers vanuit verschillende pijlers samengebracht zullen worden

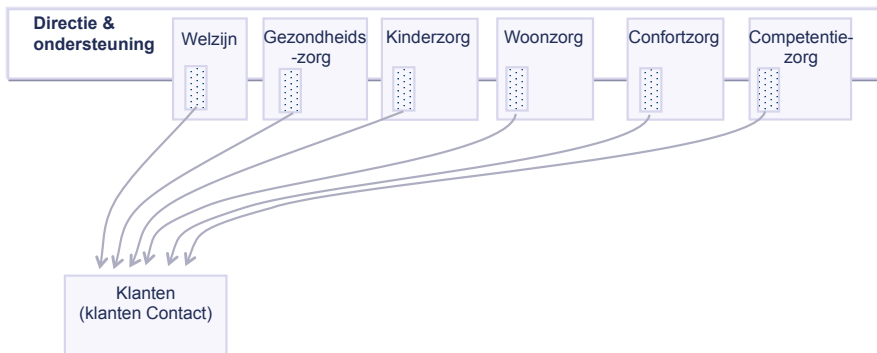
	Silo centraal	Silo decentraal
Centraal	Gezondheid (500 mediew) Directeur (a2) Staff (a4) Coördinatie Facturatie Secretariaat	23 sectoren Hoofdverpleegkundige (+ bediende)
HRM	Welzijn (2200 mediew) Directeur (a2) Staff (a4) Coördinatie Facturatie Secretariaat	12 afdelingen Teamleider (planning) Teammgr (HR) 50 ? sectoren (2a3/afdeling) Sectorverantwoordelijke (planning, functionering)
ICT	Comfort (2100 mediew) Directeur (a2) Staff (a4) Facturatie Secretariaat	6 regio's (≈ 2 afdelingen) regio verantwoordelijke (planning, HR) 30 sectoren (planning, functionering)
Finance	Woon Directeur (a2) Staff (a4) Facturatie Secretariaat	Gebouw Verantwoordelijke
	Kinder Directeur (a2) Staff (a4) Facturatie Secretariaat	Onthaalouders OZK Babysit Gebouw Verantwoordelijke
	Comp-ententie Directeur (a3) Staff (a4) Facturatie Secretariaat	

om de klantencontacten optimaal te verzorgen. Voor elke cliënt met een chronische/acute zorgproblematiek wordt een casemanager (centraal aanspreekpunt) aangewezen. De casemanager organiseert een samenhangend hulppakket op basis van de doelen in het zorgleefplan en coördineert de hulp over de verschillende pijlers (en/of netwerken) en garandeert de continuïteit van de zorg (ook aandacht voor de ondersteuning door mantelzorgers). Streefdoel: in 2019 heeft elke cliënt met een chronische zorgproblematiek een key-account. De klant moet bij deze persoon terecht kunnen met al zijn vragen.

- Indeling (differentiatie) van cliënten in categorieën van redelijk zelfredzaam tot zwaar hulpbehoevend en ons de

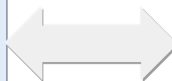
vraag stellen waar we geïntegreerd kunnen werken.

- klanten die niet meer thuis kunnen wonen (WZC – SF – Ziekenhuis)
- medium/highcare klanten vlugger naar huis laten gaan
- chronisch zorgbehoevende klanten: hebben hulp nodig om langer thuis te kunnen wonen
- low-medium care: (bij ziekte/na ongeval): hulp is beperkt in tijd
- gezonde/werkende klanten: comfortzorg – kinderopvang
- jonge ouders / werkzoekenden: kindzorg
- Experiment opzetten met zelfsturende teams. Zelfsturende teams zijn te aanzien als een vaste groep van medewerkers die in oorsprong afkomstig zijn uit verschillende pijlers. Deze groep van medewerkers is gezamenlijk



**Traditionele organisatie**

- Veel managementlagen
- Verkokering (silodenken)
- Top-down leiderschap
- Managementinformatie vooral beschikbaar voor de top
- Taakgeoriënteerd
- Beïnvloeding van de prestaties van de organisatie primair via het management
- Scholing en ontwikkeling primair voor het management
- Weinig taakautonomie voor teams
- Gespecialiseerde taakuitvoering
- Specialisten
- Individuele beloning
- Vakinhoudelijke competenties
- Enkelslag leren (probleem-oplossing)



**Eigentijdse organisatie**

- Weinig managementlagen, verplating
- Ketendenken
- Bottom-up leiderschap
- Managementinformatie beschikbaar voor de top en de medewerker
- Procesgeoriënteerd
- Beïnvloeding van de prestaties van de organisatie primair via het management en de teams
- Scholing en ontwikkeling primair voor het management en de teams
- Voldoende taakautonomie voor teams
- Generalistische taakuitvoering
- Generalisten
- Teambeloning
- Vakinhoudelijke en generieke competenties
- Dubbelslag leren (probleem-principe-oplossing)

verantwoordelijk voor de realisatie van de patiëntgerichte integrale zorg. Refererend naar het consultancyrapport van B&M, zijn er 3 belangrijke kenmerken aan het begrip 'zelfsturend team':

1. Gezamenlijke verantwoordelijkheid = het team staat centraal en niet de individuen uit de verschillende pijlers.
  2. Zelfsturing: het team bezit regelvermogen (autonomie) om het zorgproces bij te sturen; leidinggevend ondersteunen het team door een omgeving van samenwerking te creëren.
  3. Resultaatgericht: de verantwoordelijkheid van het team wordt niet uitgedrukt in termen van input, maar in termen van outcome, te weten de realisatie van doelen die zijn opgenomen in het zorgleefplan van de cliënt.
- Uitwerking van ambulante zorgpaden
  - Andere invulling van bedrijfsoverkoepelende functies (zoco)
  - Rol van ons contactcenter dat zal vervellen tot servicecenter (van backoffice naar frontoffice)

- ▶ • Nieuwe rollen secretariaat: taken zoals planning en administratie zullen in de toekomst misschien niet meer onder het takenpakket van de leidinggevenden vallen, maar zullen mogelijks worden uitgevoerd door bedienden of indien mogelijk geautomatiseerd...
- Website als reserveringstool?
- Telemonitoring

Toegegeven, als we op elke hierboven beschreven uitdaging of doelstelling een antwoord willen bieden, dan zullen we meer dan onze handen vol hebben. Op zich is daar niets zorgwekkend aan, al was het maar dat de dynamiek er daardoor in gehouden wordt. Kwalijk wordt het als we dreigen te verdrinken en de een na de andere van boord springt.

Dergelijk rampscenario kunnen we vermijden door planmatig en weloverwogen tewerk te gaan, eerder met kleine stappen dan ineens met omvangrijke processen tegelijkertijd. En uiteraard met zoveel mogelijk inspraak op alle niveau's. Als onze eigen medewerkers niet meer op één lijn achter het veranderingsproces staan, dan moet

We kiezen voor een warme verandering, met veel betrokkenheid van de organisatie.

Veranderingen moeten een kern-competentie worden van de organisatie.

Machts strategie	Planmatige strategie	Onderhandelings-strategie	Programmatische strategie	Interactieve strategie
Sturing door top Doelgericht Legitieme macht Inbreng controllers Macht-dwang Geen participatie	Initiatief bij top Doelgericht Expertmacht Inbreng adviseurs Rationeel-empirisch Weinig participatie	Meer partijen Resultaatgericht Positiemacht Inbreng partijen Onderhandeling Politiek proces	Participatief Probleemgericht Indirecte macht Inbreng medewerker Re educatief Veel participatie	Interactief Toekomstgericht Verbeeldingskracht Samen optrekken Dialogo en conflict Veel interactie
<b>Doorduwen</b>	<b>Verhuizen</b>	<b>Onderhandelen</b>	<b>Trekken</b>	<b>Ontdekken</b>
<b>Zeer laag verandervermogen</b>	<b>Laag verandervermogen</b>	<b>Matig verandervermogen</b>	<b>Hoog verandervermogen</b>	<b>Zeer hoog verandervermogen</b>

dat voor ons een signaal zijn om op de rem te gaan staan en opnieuw rond de tafel te gaan zitten.

Niettegenstaande onze investeringsmogelijkheden beperkt zijn, is het niet zozeer de kostprijs die hier een remmende factor zal zijn, maar veeleer de tijdsbesteding die van velen van ons gevergd wordt om tot de gewenste veranderingen te komen. Zoals zo vaak, worden de meeste inspanningen bovendien gevraagd van diegenen die niet toevallig ook voltijds bezig zijn met de dagelijkse werking en daarin een trekkende rol hebben.

We wijzen ondermeer op de vele overlegmomenten waarmee zo'n veranderingsprocessen gepaard gaan, de voorbereidingen die ermee verband houden, het uitschrijven van de processen, de deelname aan testen, de toelichtingen aan collega's en klanten, enz...

Vermits deze key-persons vaak al een cruciale rol bekleden in de 'run the business'-activiteiten, moeten we vermijden dat niet alle aandacht gaat naar het veranderingsproces, ten koste van de kwaliteit van de huidige dienstverlening of omgekeerd. We zijn er ons van bewust dat dit grote opofferingen vergt van medewerkers en dit niet alleen op de korte termijn.

De veranderingen zijn te situeren in diverse categorieën die we 'programma's' willen noemen:

De programma's staan uiteraard niet los van elkaar. Op één of andere manier

moeten ze later gegroepeerd worden, maar omdat we niet alles tegelijk kunnen doen, is het goed om ze als kapstokken van onze verschillende doelstellingen te zien. Uiteraard horen die kapstokken in één spreekwoordelijke kast te hangen.

Zoals al gezegd zullen medewerkers moeten vrij gemaakt om deel te nemen aan het veranderingsproject, terwijl de dienstverlening verder correct en kwaliteitsvol zal moeten verlopen.

Solidariteit voor het Gezin heeft gelukkig al wat ervaring met veranderingsprocessen. Tijdens ons relatief kort bestaan van bijna 40 jaar hebben we er al een aantal transities opzitten.

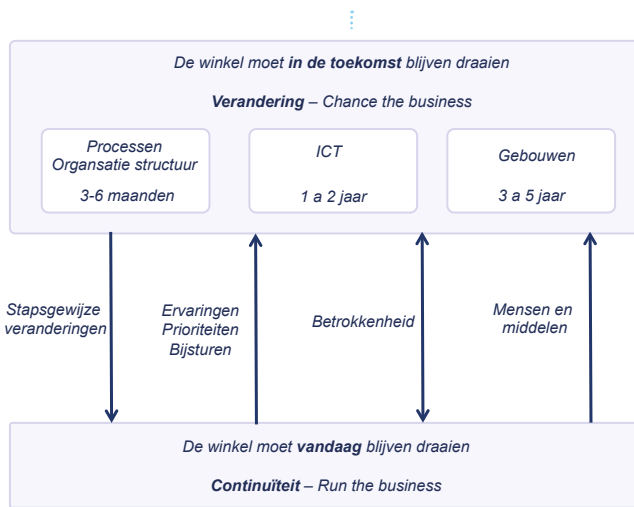
Deze keer gaat het echter over de meest drastische verandering die we ooit gekend hebben (en wie weet ooit wel zullen kennen). We zullen dus onze ervaring kunnen gebruiken.

Bovendien moeten we er rekening mee houden dat tussen nu en 2019 de wereld niet zal stilstaan en van ons zal verwacht worden dat we blijven meevolueren met de steeds veranderende maatschappij. Zo je wil zullen we dus op 2 niveaus alert moeten blijven:

- De huidige 'run the business' in functie van de huidige zorgmarkt
- Boost2019 als ons eigen veranderingsproject in functie van de toekomstige zorgmarkt

Het evenwicht bewaren tussen deze 2 niveaus vormt dus een grote uitdaging. Continuïteit en verandering mogen met andere woorden geen tegengestelde begrippen worden.

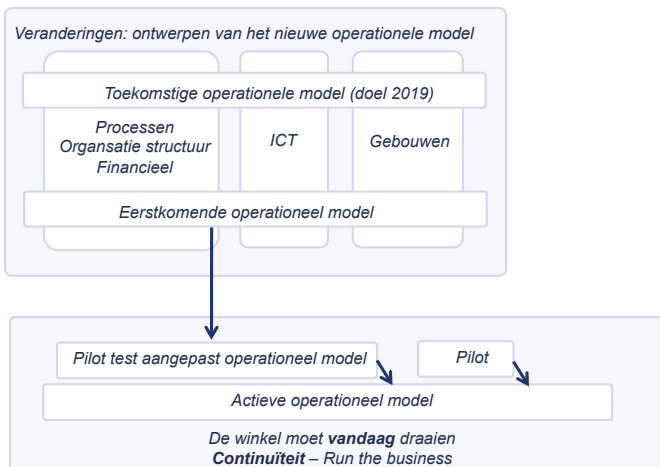




Processen en organisatiestructuur kunnen daarbij relatief snel veranderd worden (3 a 6 maanden), terwijl nieuwe ICT systemen toch wel 1 a 2 jaar tijd nodig hebben voordat ze operationeel zijn. Soms heeft het daarom geen zin om al een proces te veranderen, zonder dat het daarop geënte computerprogramma al gewijzigd is. Wil dat daarom zeggen dat we altijd en overal zullen moeten wachten totdat onze programmeurs klaar zijn met het schrijven van nieuwe programma's, vooraleer we onze werkwijzen kunnen veranderen? Het antwoord daarop zal minstens genuanceerd zijn, in de zin van: 'nu eens wel, dan weer niet'. Het gaat er hem om te weten welke stappen we op het terrein nu reeds kunnen zetten in

de juiste richting en ondertussen ook te werken aan de IT-aanpassingen die (in sommige gevallen) ook stapsgewijs kunnen in praktijk gebracht worden. Laten we vooral ook niet vergeten dat IT-aanpassingen geen laboratoriumwerk zijn en dat dus met andere woorden de praktijkmensen quasi permanent moeten ter beschikking zijn om analyses te begeleiden, testen uit te voeren, simulaties te verrichten, enz... Uiteindelijk zullen veranderingen ook steeds 'in pilot' uitgetest worden, voordat ze in de hele organisatie worden doorgevoerd.

We hebben het al enkele keren over het belang van een gemeenschappelijk (lees: over de pijlers heen) elektronisch





databaseer gehad dat overal 'online' consulteerbaar en aanpasbaar moet zijn, waarmee planningen kunnen gebeuren en allerlei registraties uit voortvloeien. Zolang we daar niet over beschikken, blijven begrippen als geïntegreerde werking en klantgerichtheid immers theoretische begrippen zonder veel inhoud. Wie als een modern en dynamisch zorgbedrijf de uitdagingen van de 21ste eeuw wil te lijf gaan, kan niet zonder een ver doorgedreven en performant informaticasysteem. De eerlijkheid dwingt ons om te zeggen dat we op dat vlak nog een hele weg af te leggen hebben, maar beweren dat we nog nergens staan, zou overdreven zijn. Doorheen de jaren hebben we danig geïnvesteerd in de performantie van onze IT, dat we in de vergelijking tussen de systemen van onze collega's, heus geen schaamrood hoeven te hebben. Maar om écht, pijloverstrijdend, de uitdagingen van de 21ste te trotseren, zullen we dus meer uit de kas moeten halen.

We onderscheiden daarbij 3 elementen:

#### 1. CRM (Customer Relation Management):

Dit platform is - eenvoudig uitgedrukt - de vervanging van het bestaande 'aanvragenboek'.

Het moet ervoor zorgen dat we aanvragen (gelijk dewelke), over de pijlers heen, op een eenvormige manier kunnen verwerken. Het mag bovendien geen verschil uitmaken via welk kanaal de aanvragen ons bereiken: telefonisch, via brief, via website, via e-sol, persoonlijk contact, via tussenkomst van een vertrouwenspersoon, sociale media, enz...

De 'basisklantenfiche' moet uniform zijn en gegevens hoeven nooit opnieuw ingebracht te worden. Ze moeten ook, mits de nodige gebruiksrechten, door iedereen online consulteerbaar zijn.

Bovendien zullen alle opgeslagen bestanden met elkaar in verband kunnen gebracht worden.

#### 2. Een kennisplatform:

Iedereen die een klant te woord staat moet exact kunnen weten welke diensten wanneer, waar en door wie aangeboden werden of zullen aangeboden worden. Ditzelfde geldt uiteraard ook als die diensten door externe partners aangeboden worden. In voorkomend geval zullen die externe partners ook over diezelfde gegevens moeten beschikken en zullen ze ook hun eigen prestatiegegevens moeten registreren op het platform. 'Beeldbellen' is geen utopie meer. Het systeem zal er zich tot slot ook moeten toe lenen om uniforme indicatiestellingen te doen. Als we willen werken met zelfsturende teams dan is zo'n kennisplatform onontbeerlijk.

#### 3. Een klantgerichte website:

Via dergelijke website zal de klant in de toekomst kunnen inloggen om zijn persoonlijke fiche te raadplegen en informatie te vinden die voor hem relevant is. Eventueel kan dit gelinkt worden met het nieuwe CRM en het nieuwe kennisplatform.

Voorwaarde is uiteraard dat dat inloggen eenvoudig en veilig kan gebeuren.

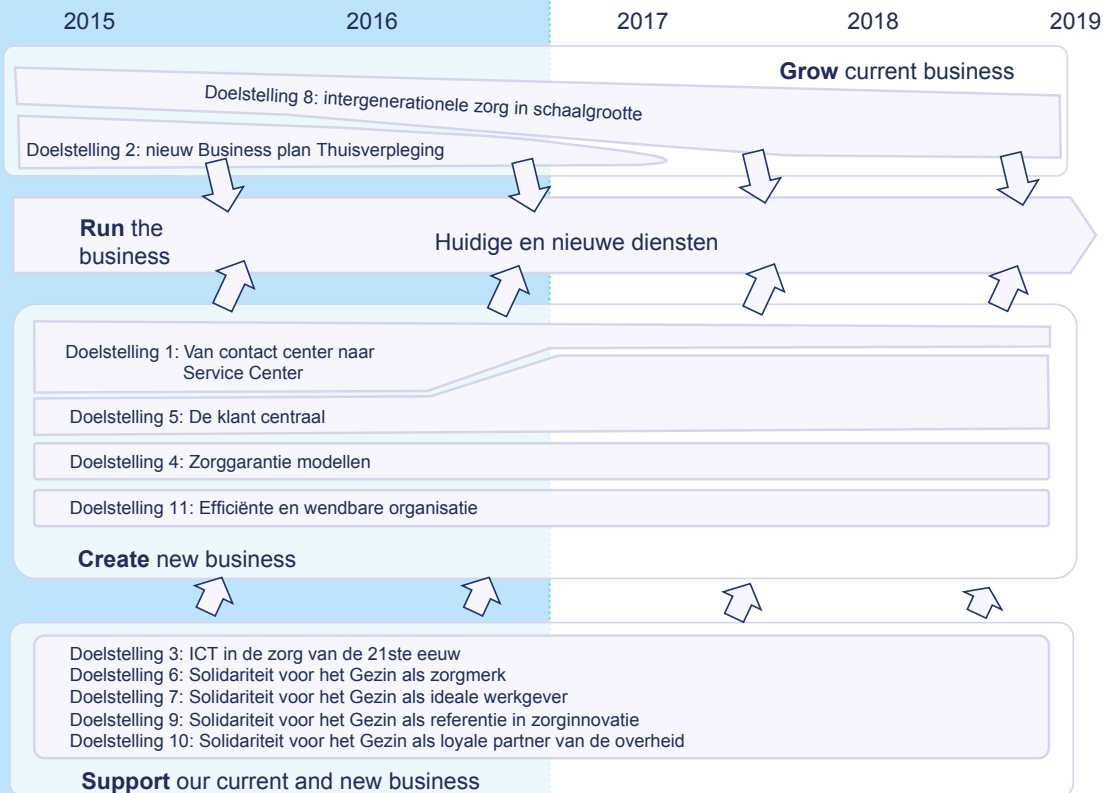
Bedoeling is in elk geval dat al onze klantencontacten in de toekomst op eenzelfde manier zouden verlopen. Vermits het niet de bedoeling is om alles ineens en overhaast uit te rollen (zie hoger), zal er gewerkt worden met één of meerdere proeftuinen. Binnen de enkele projecten waar wij als beheersinstantie zullen fungeren voor een groep van assistentiewoningen, zijn er zeker goede praktijkomgevingen te vinden waar wij deze try-outs zouden kunnen doen. Maar evengoed kunnen onze 'procol-3-projecten' een goede leeromgeving zijn.

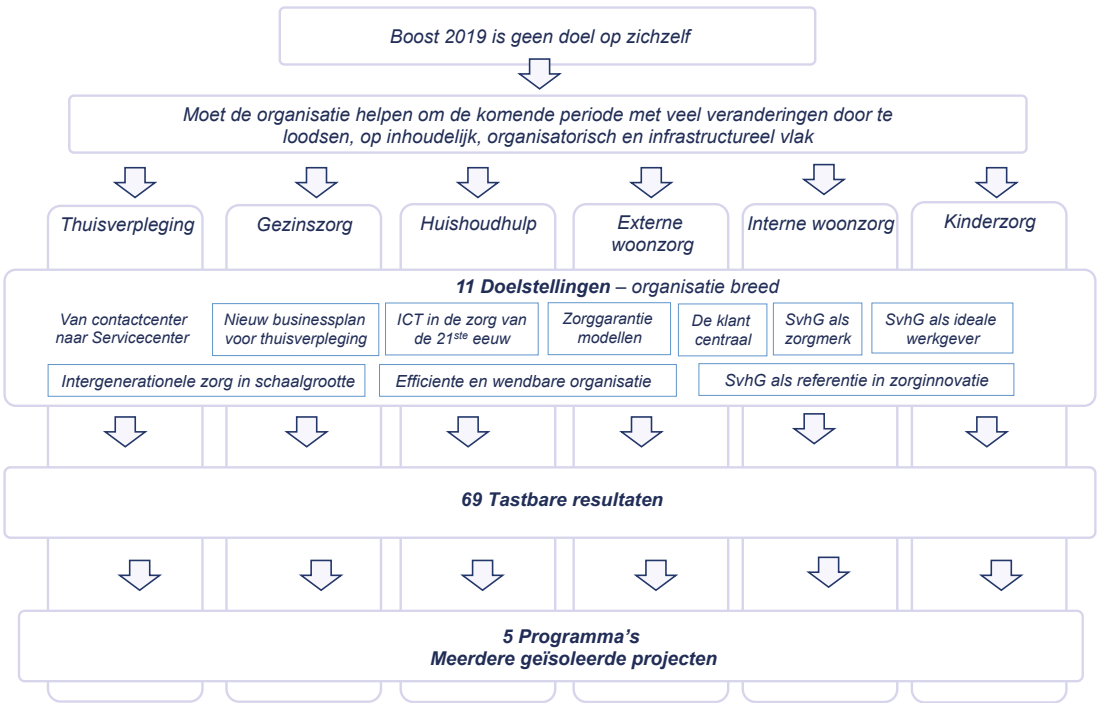
# ORGANISATORISCHE 3 RESET

## De organisatorische reset

Om de organisatorische reset te realiseren, zijn er 11 strategische doelstellingen gedefinieerd die we de komende 4 jaar met heel de organisatie willen realiseren.

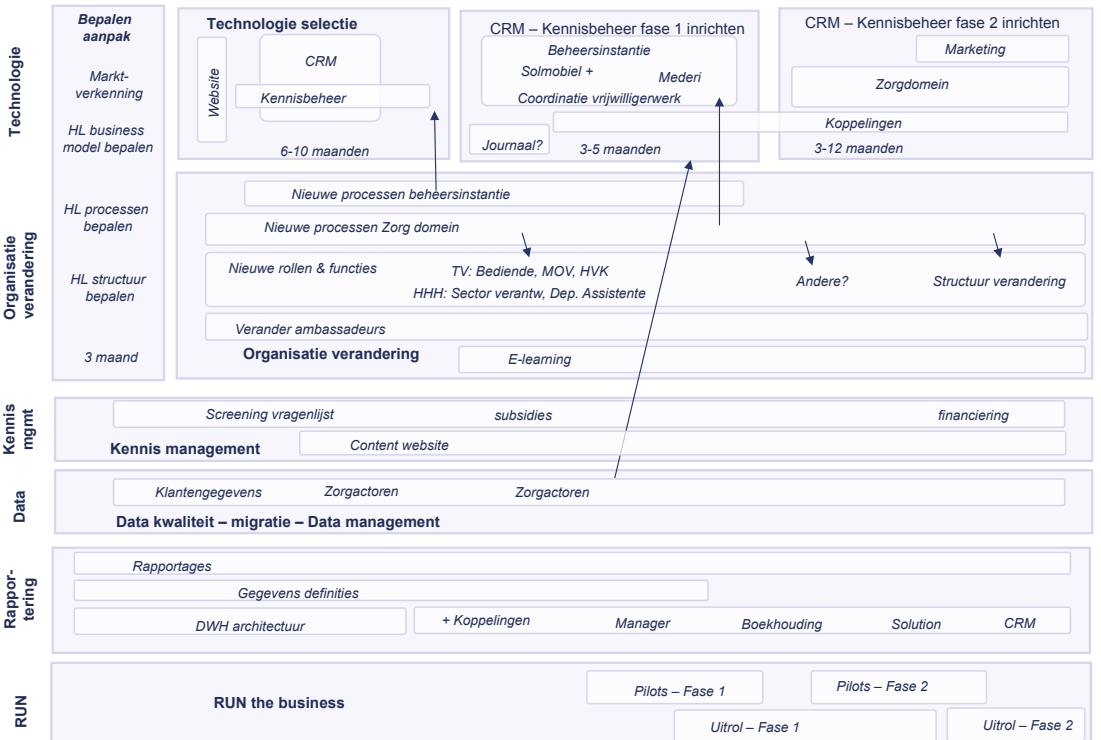
Deze doelstellingen zijn verder vertaald in praktische resultaten.





Het eerste programma dat opgestart zal worden rond de veranderingen in de Front Office is hieronder

schematisch weergegeven. Het omvat een technologisch-organisatorisch kennismanagement en rapporteringsluik.



De verschillende resultaten zullen gerealiseerd worden dankzij een aantal programma's en projecten. Een aantal resultaten zijn immers aan elkaar gerelateerd of vereisen vergelijkbare veranderingen aan processen, organisatie of ICT. In dit geval groeperen we alle activiteiten in een programma, om beter de onderlinge afhankelijkheden te kunnen beheren. Losstaande projecten zonder relatie met andere veranderingen, kunnen los blijven bestaan.

**Vouw de flap achteraan het cahier uit om de toelichting te vinden over de gebruikte symbolen.**

## **A. DOELSTELLING 1: VAN CONTACTCENTER NAAR SERVICECENTER**

Om klantvriendelijker te werken en de klanten wegwijs te maken in de verschillende diensten die wij zelf en in samenwerking met partners aanbieden, is het belangrijk om onze interne 'complexiteit' te verbergen voor de klanten. Klanten contacteren Solidariteit voor het Gezin via het door hen gewenste communicatiekanaal (telefoon, email, website, sociale media, persoonlijke afspraak, ...). Ze worden direct geholpen in het zoeken naar een goede oplossing en het maken van de afspraken en de voorbereiding van het eerste bezoek. Gedaan met meerdere keren doorschakelen of klanten (meerdere keren) te laten terugbellen. Vanaf het eerste contact moet de klant gerustgesteld worden dat hij goed zal geholpen worden.

Om een dergelijke frontoffice degelijk uit te bouwen, is het vooreerst nodig dat de bestaande processen goed beschreven worden, te beginnen bij de vraag tot aan de planning.

Om te evolueren naar een heus servicecenter, moeten we nog heel wat veranderen. Veel is nu immers per pijler of zelfs per sector georganiseerd en dikwijls op een andere manier. Dit bemoeilijkt vaak het direct helpen van klanten. Het gaat hier bijvoorbeeld over:

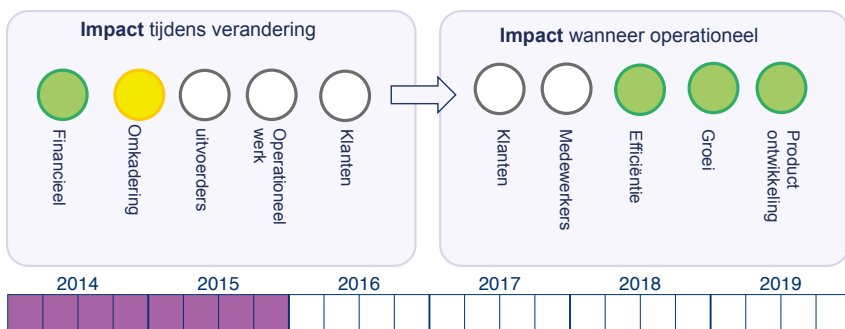
- Een standaard vragenlijst over de pijlers heen, zodat de juiste vragen kunnen gesteld worden. De gegevens uit vorige contacten kunnen ook herbruikt worden. Bedoeling is om tot een uniforme indicatiestelling te komen.
- Het aanvraagproces en inplanningsproces moet op termijn overal hetzelfde worden.
- Het nieuwe CRM moet het aanvraagproces ondersteunen.
- Een en ander zal ook zijn invloed hebben op de organisatiestructuur: de

medewerkers die de vragen van klanten behandelen zullen niet meer tot één pijler behoren, maar zullen vanuit één frontoffice opereren en aldus spreken namens alle diensten.

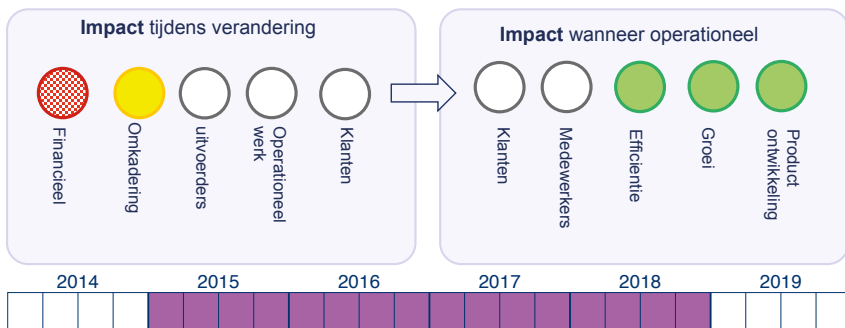
Stapsgewijs zal dit tot tastbare resultaten leiden:

• **Resultaat 1a. Centrale intake voor huishoudelijke hulp**

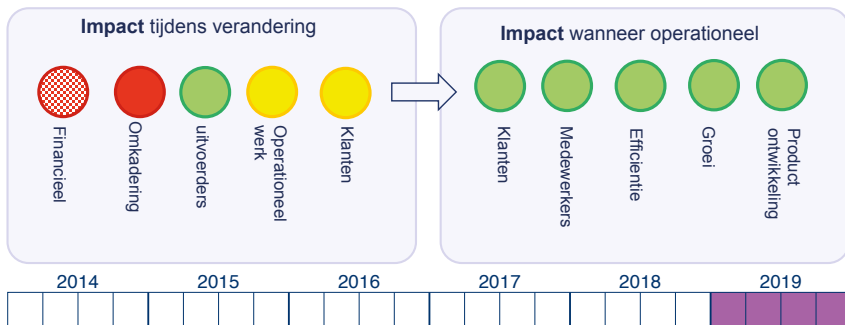
In de loop van 2014 werd de reguliere schoonmaak ondergebracht in homogene sectoren. Elke vraag betreffende poets hulp wordt op eenzelfde manier gescreend. Indien er tijdens de screening blijkt dat er een zorgcomponent aanwezig is, wordt de centrale intaker ingeschakeld. Deze beweging zal er ook moeten voor zorgen dat zowel de integratie tussen de diverse poetsdiensten binnen Solidariteit voor het Gezin efficiënt verloopt, terwijl ook taakuitzuivering aan de orde is. Resultaat 1a zal als piloot dienen vooraleer andere resultaatverbintenissen (1b & 1c) worden uitgerold.



• **Resultaat 1b. Centrale intake voor enkele geïsoleerde diensten**, te beginnen bijvoorbeeld bij één of meerdere beheersinstanties, Solmobiel+, Mederi, coördinatie vrijwilligerswerk.

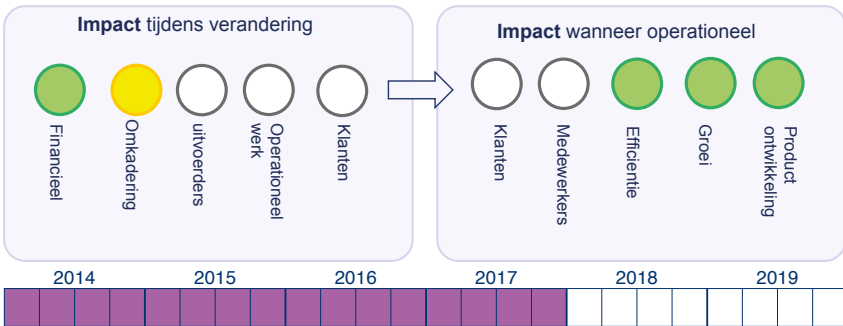


• **Resultaat 1c. Centrale intake voor alle zorgdiensten**



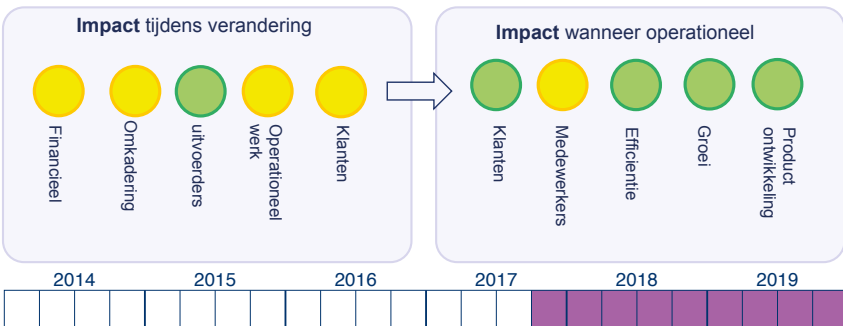
**• Resultaat 1d. Dispatchingcentrum voor zorg in Vlaanderen.**

Op voorwaarde dat we ons project 'zorggarantie' zullen uitgerold hebben tot alle regio's in Vlaanderen en mits de nodige interne reorganisatie, zullen we kunnen uitgroeien tot hét dispatchingscentrum voor zorg in Vlaanderen.



**• Resultaat 1e. Zorgcoördinatie op afstand.**

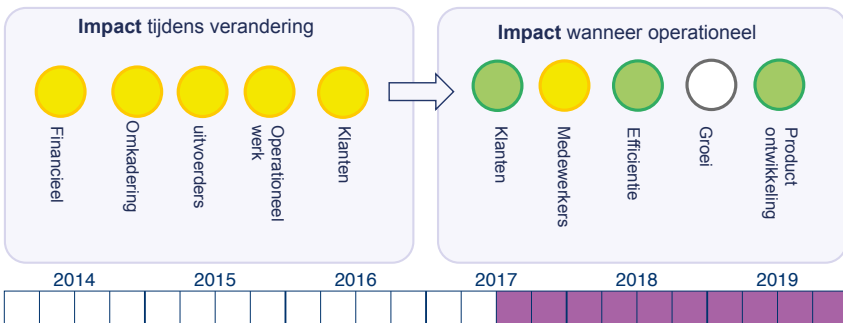
Dankzij vooruitstrevende ICT-aanpassingen, o.m. de mogelijkheden van smart-TV, video bellen en digitale monitoring van klanten, moeten we er in slagen om zorgcoördinatie, zorgopvolging, planningen, telecoaching, e-learning en zelfmedicatie vanop afstand aan te bieden.



**• Resultaat 1f. Medisch Service Centrum.**

Diezelfde evolutie zal ook plaats vinden op het specifieke terrein van de medische verzorging. We streven ernaar om vanop afstand zorgopvolging te kunnen doen, als ook zelfeducatie en monitoring.

En dit alles uiteraard gekoppeld aan de gezamenlijke prestatieregistratie van de betrokken verstrekkers die voor elk van hen verifieerbaar zal zijn. Veel van de huidige pilots die binnen Protocol 3 gebruikt worden, kunnen daarbij overgenomen worden. Een en ander moet ons transformeren tot een Medisch Service Centrum.



## B. DOELSTELLING 2: HET NIEUWE BUSINESSPLAN VOOR DE THUISVERPLEGING

Omdat onze samenleving altijd zal blijven evolueren, ook zonder ons, zijn we misschien wel voor eeuwig gedoemd om achter de feiten aan te hollen. Dit mag ons niet frustreren, integendeel. We moeten proberen om zoveel mogelijk voeling te houden door nauwgezet de trends te volgen en op de hoogte te blijven van innovaties in de sector. Geen van de diensten die wij aanbieden ontsnapt aan deze wetmatigheid en dus zullen we regelmatig moeten mee-veranderen. Dat doen we al jarenlang spontaan als het over kleine mutaties gaat.

▶ Wanneer het echter grotere structurele veranderingen betreft, gaat daar wel heel wat voorbereiding en debat aan vooraf. Dan spreken we van ingrijpende veranderingen aan ons businessplan.

Heel recent geleden is zo'n nieuw businessplan uitgewerkt voor de dienst thuisverpleging. Afhankelijk van de noodzaak, zal dit de volgende jaren ongetwijfeld ook gebeuren voor andere diensten.

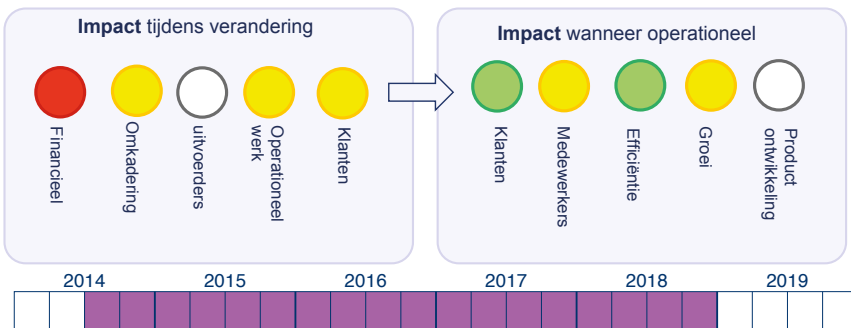
In het nieuwe business plan voor thuisverpleging worden een aantal mijlpalen gedefinieerd. Ze zijn terug te vinden in het Helemaal-Goed-programma.

### • Resultaat 2a. Samenwerking met zelfstandigen.

Om thuisverpleging te kunnen aansturen over het volledige grondgebied van Vlaanderen en Brussel en daarmee ons project 'zorggarantie' te realiseren, hebben we gekozen voor een samenwerking met dié zelfstandige verpleegkundigen die onze visie op zorg en dienstverlening delen. We konden ofwel onderhandelen met honderden autonome (solo) praktijken, ofwel met een koepel van verpleegkundigen die 'samenwerkingsminded' zijn en werken in een ruime regio. We hebben gekozen voor het laatste en vonden een oplossing bij Mederi door er een participatie in te nemen (2014).

Nu de grote lijnen getrokken zijn, moeten we maken dat in die gebieden waar we geen eigen aanbod thuisverpleging hebben, we toch nog de volledige zorgregie en -coördinatie op ons kunnen blijven nemen.

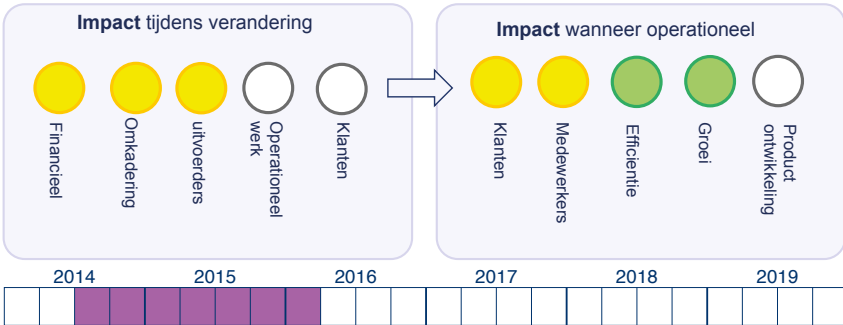
We gaan deze uitdagende oefening concreet opstarten in vier duidelijk omschreven regio's in Vlaanderen. Op basis van het succes van deze vier regio's zal een globaal industrieel plan worden uitgewerkt om de interactie tussen Solidariteit voor het Gezin en Mederi te optimaliseren.



### • Resultaat 2b. Routeplanner.

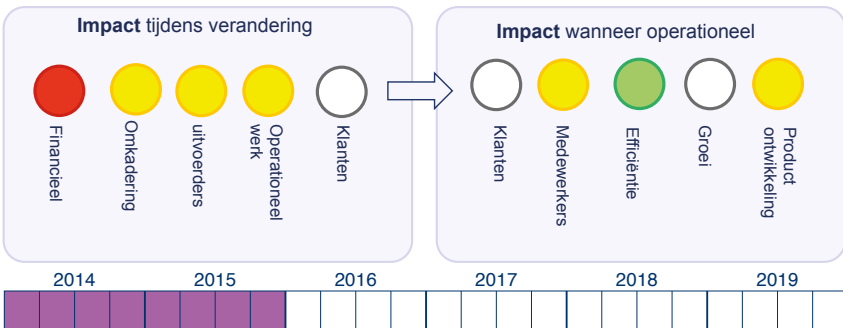
De tijd die onze verpleegkundigen in de wagen doorbrengen, onderweg naar een volgende patiënt, is tijd die niet gestoken wordt in zorgverstrekking en waar bovendien geen vergoeding tegenover staat. Helemaal op nul kunnen we die 'verloren' tijd niet brengen, maar er bestaan tegenwoordig tools om de verplaatsingen efficiënter te maken.

Elektronische routeplanners (als het ware een 'slimme' GPS die ook rekening houdt met specifieke zorgvereisten) berekent kortere en snellere trajecten tussen de verschillende patiënten, waardoor minder tijd verloren gaat.



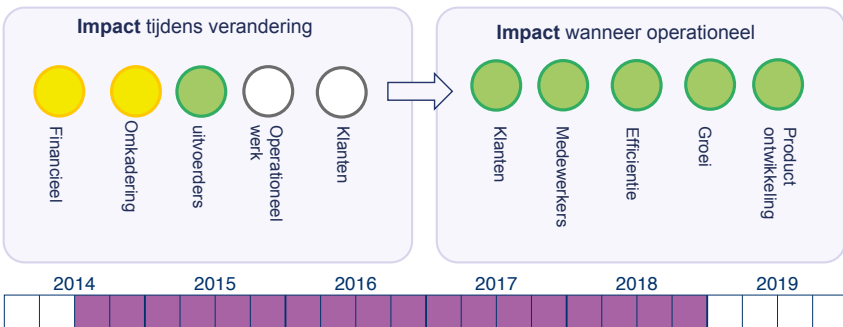
• **Resultaat 2c. Digitaliseren verpleegkundig dossier.**

Sinds kort verplicht het RIZIV ons om gehomologeerde elektronisch verpleegkundige dossiers (EVD) te gebruiken. Die software kopen wij aan bij SoftN. Binnenkort zullen al onze verpleegkundigen het dossier van hun patiënten elektronisch kunnen bijhouden via hun persoonlijke tablet. Elke registratie zal bijvoorbeeld van bij de patiënt thuis kunnen gebeuren en zal ook meteen raadpleegbaar zijn op de afdeling. Beheer en planning van prestaties, opvolging van indicatiestellingen, facturatie naar RIZIV en naar de klant, zullen dus heel wat minder papierwerk vergen en bijgevolg zal ook het risico op vergissingen tot een minimum herleid worden.



• **Resultaat 2d. Verder uitbouwen SoftN.**

Ditzelfde softwarepakket kunnen we dan later ook uitrollen binnen de bredere organisatie (aanvraagproces binnen andere pijlers) en ook koppelen aan de samenwerking met Mederi (ondersteuning van hun zelfstandige praktijk met het oog op de integratie van onze andere eigen diensten).





### C. DOELSTELLING 3: ICT IN DE ZORG VAN DE 21STE EEUW

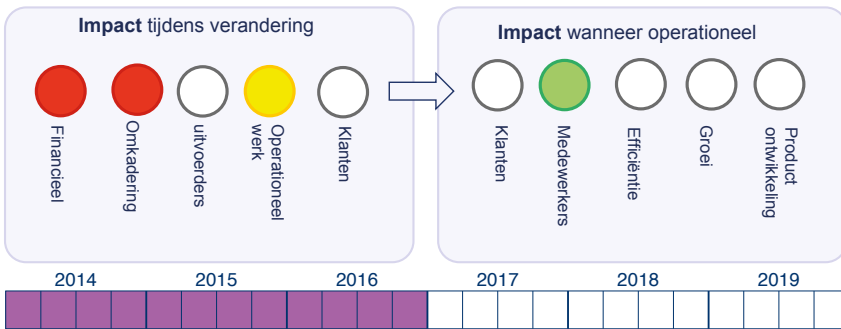
Binnen de zorg- en welzijnssector zal in de toekomst alsmaar meer gebruik gemaakt worden van digitale

hulpmiddelen om efficiënter en doelgerichter te kunnen werken. We hebben daar in deze cahier al meermaals naar verwezen.

#### • Resultaat 3a. .Net Zorgplatform Solution.

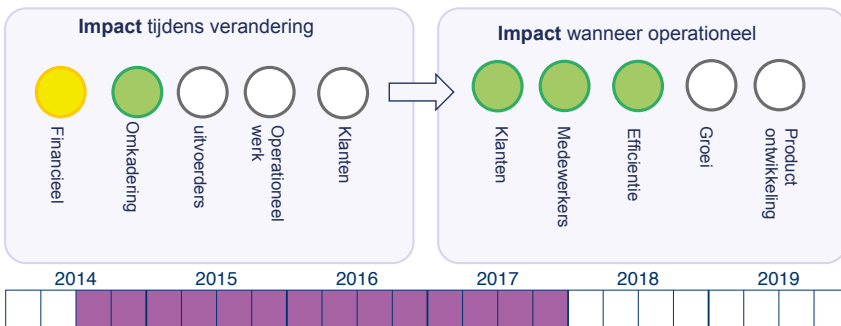
Zo goed als alle oude softwareprogramma's die nog ondersteund werden door Orbid, zijn nu via .Net tot SOLution vertaald.

Het gevolg is dat we nu niet alleen over performantere software beschikken, maar bovendien over een veel stabielere en meer toekomstgericht systeem waarmee we de administratie van de toekomst meer up to date kunnen verwerken. Dit alles is gerealiseerd in 2014.



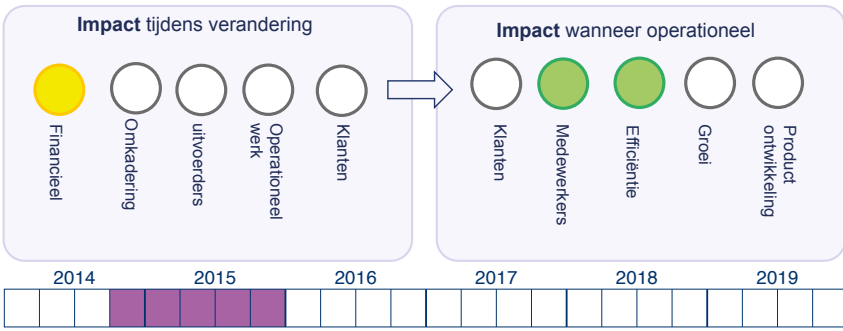
#### • Resultaat 3b. VoIP communicatie.

Gebruik van VoIP (Voice over Internet Protocol) als communicatieplatform. Op die manier kunnen we niet alleen goedkoper met elkaar communiceren, maar beschikken medewerkers ook op wisselende plaatsen over al hun gegevens (niet meer op dat ene bureel op de afdeling, maar evengoed op de hoofdzetel, thuis, een externe vergadering, enz...).



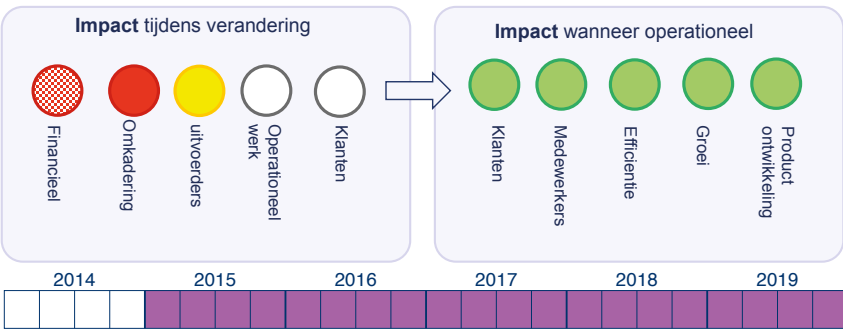
#### • Resultaat 3c. Alles in 'de cloud'.

We plaatsen al onze applicaties in 'de cloud'. Niet alleen verhuizen de servers van onze hoofdzetel naar een extern datacenter, bovendien komen alle individuele mailboxen in een aparte 'cloud' terecht, met een gigantische capaciteitsuitbreiding tot gevolg.



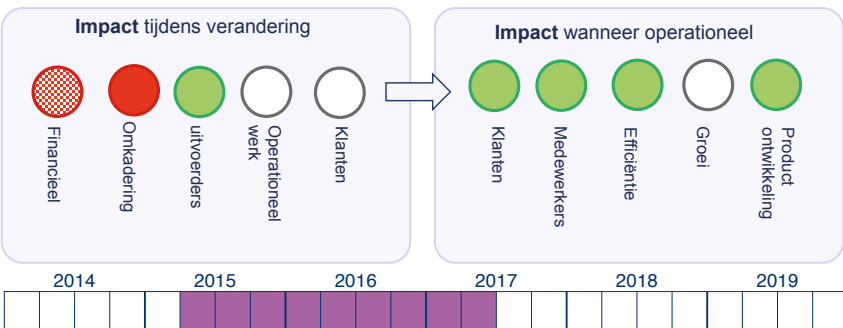
• **Resultaat 3d. Performante verwerkingsprocessen.**

Er zal worden geïnvesteerd in de prestatie van onze ICT in het algemeen, teneinde alle verwerkingsprocessen in de verschillende departementen efficiënter, sneller en gebruiksvriendelijker te maken.



• **Resultaat 3e. CRM.**

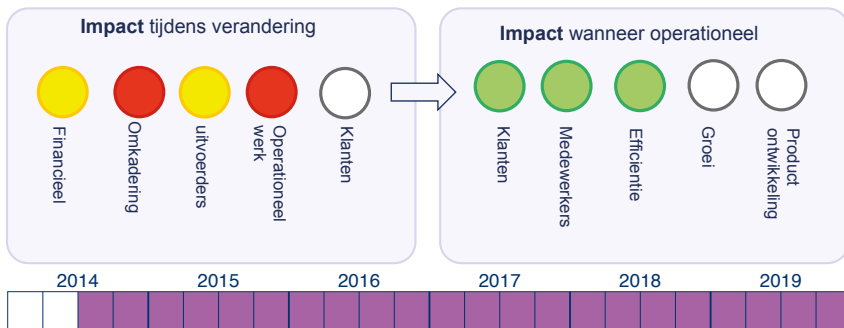
We zetten een nieuw CRM platform in (Customer Relationship Management). Een informatiesysteem waarmee we op een uniforme manier klantgegevens beheren en dit veel meer dan alleen maar de courante identificatiegegevens. Elders in deze cahier hebben we dit al nader toegelicht.



• **Resultaat 3f. Paperless office.**

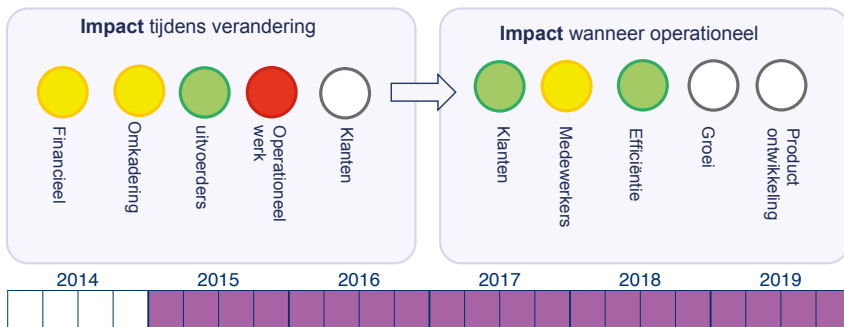
We evolueren naar een paperless office als onderdeel van 'het Nieuwe Werken'. Onze medewerkers zullen op termijn nog enkel flexibele werkplekken kennen, de kastruimte in de burelen zal fors verminderen, archieftruimten zullen afslanken, kantoren zullen meer

ontmoetingsruimten worden en er zal veel meer tijd en aandacht kunnen besteed worden aan klanten. Dit laatste ondermeer omdat elke medewerker (vanuit gelijk welke locatie) in één beweging het klantendossier zal kunnen openen en zeer doelgericht zal kunnen antwoorden.



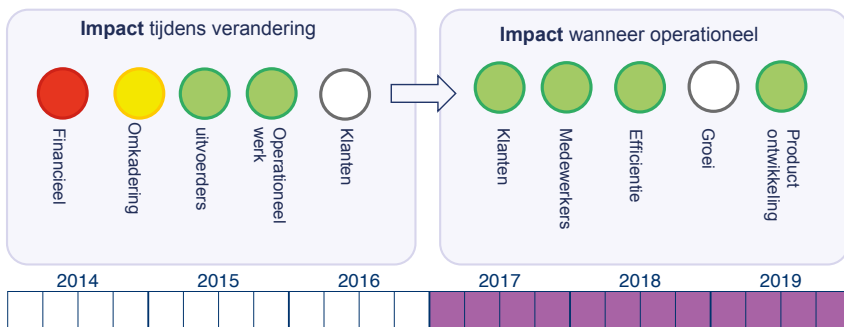
• **Resultaat 3g. Van statisch werken naar dynamisch werken.**

Medewerkers gaan meer en meer mobiel werken met hun digitale dossiers en maken intensiever gebruik van tablets.



• **Resultaat 3h. Zelfplanning en urregistratie.**

Verregaande ondersteuning voor (zelf)planning en urregistratie.



## **D. DOELSTELLING 4: DE ZORGGARANTIEMODELLEN**

We moeten de ambitie waar maken om in Vlaanderen als thuiszorgorganisatie toonaangevend te zijn en voor onze partners een onmisbare schakel te zijn. Dit veronderstelt dat we hoe dan ook overal in Vlaanderen en in Brussel, tot in de verste uithoeken, over een aanbod van thuisverpleging, gezinszorg, poetshulp en vrijwilligerswerk beschikken. Dat zijn nu eenmaal de diensten die, als ze goed op elkaar afgestemd zijn, de ideale basis vormen voor een menswaardige thuiszorg van zwaartzorgbehoevenden. We zijn al langer tot het besef gekomen dat het een illusie is te denken dat we er ooit zullen in slagen om zelf al die diensten te leveren. We hebben immers af te rekenen met programmatienormen, met schaarste op de arbeidsmarkt en met een tekort aan middelen om in voor ons onontgonnen gebieden een dienstverlening op te starten zonder voldoende densiteit.

We zijn dus in bepaalde gebieden verplicht om allianties aan te gaan met collega's.

Dit hoeft geen nadeel te betekenen aangezien het perfect mogelijk is om afspraken te maken omtrent kwaliteit van dienstverlening, servicelevels, gegevensdeling (e-sol), volgen van bepaalde procedures, enz...

In de mate van het mogelijke is het daarbij beter om ineens afspraken te maken met grote groepen van verstrekkers dan met solowerkers. Dat is meteen de reden waarom we de hand hebben uitgestoken naar Mederi, want met hun 850-tal aangesloten verpleegkundigen is er ineens heel wat potentieel aanwezig om sluitende afspraken mee te maken (niet met alle 850, maar om te beginnen met diegenen die 'samenwerkingsminded' zijn in gebieden waar wij met onze verpleegkundigen niet aanwezig zijn.

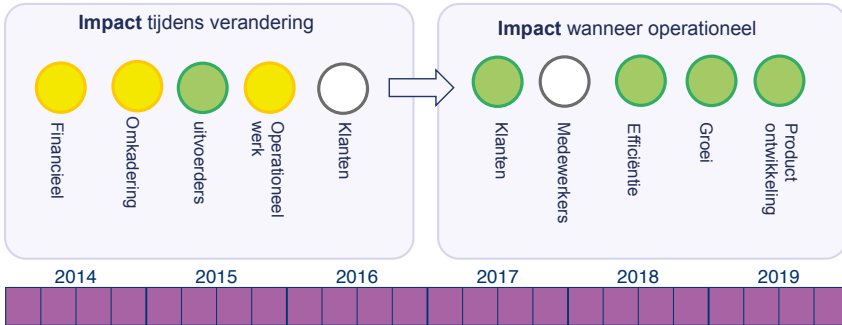
▶ Een ander voorbeeld zijn de overnames die we her en der betrachten. Recent hebben we zo'n overname kunnen verwezenlijken in Zelzate (Oost-Vlaanderen) en in Heers (Limburg), maar ook elders zijn al discrete gesprekken op gang gebracht. Maar ook deze overnames zullen wellicht niet volstaan om overal voldoende densiteit te krijgen en dus zullen we daar bovenop ook samenwerkings-akkoorden moeten afsluiten met externe diensten voor thuiszorg.

Niet alle ziekenfondsen waar we mee samen werken zitten op één lijn over wat het eigenlijke aanbod van de zorggarantie moet inhouden, vandaar dat we per ziekenfonds een model zullen uitwerken met eigen accenten. De eigenlijke totstandkoming zal in de komende jaren nog heel wat inspanningen vergen van de diverse stuurgroepen in de verschillende modellen. Maar nu al is duidelijk welke de verschillende elementen zijn die telkens zullen terug keren:

- zorgmap
- lidkaart (zonder lidgeld)
- gebruik van e-sol
- bilaterale gegevensoverdracht
- uniek telefoonnummer

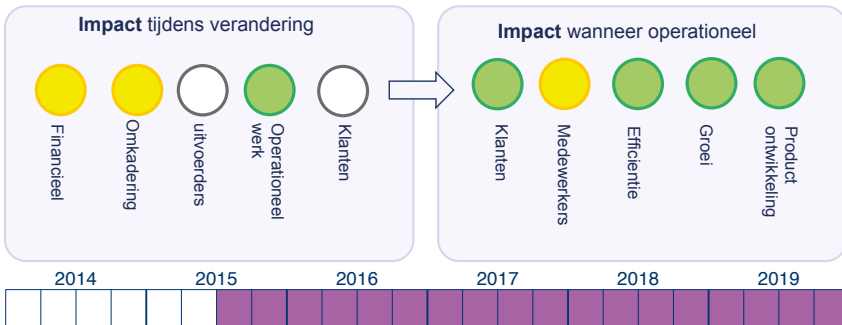
Hoe de individuele modellen er ook zullen uit zien, we zullen steeds van hetzelfde netwerk aan verstrekkers en dienstverleners gebruik maken. Zowat elk ziekenfonds verklaarde zich al akkoord met de grote principes van de zorggarantie, maar in de komende jaren zullen de stuurgroepen de modellen verder verfijnen en zullen er wellicht tussen de verschillende ziekenfondsen kleine onderlinge verschillen ontstaan.

- **Resultaat 4a:** Zorggarantiemodel met Liberale Mutualiteiten.
- **Resultaat 4b:** Zorggarantiemodel met Onafhankelijke Mutualiteiten.
- **Resultaat 4c:** Zorggarantiemodel met Neutrale Mutualiteiten.



- **Resultaat 4d: Zorgnetwerk met externen.**

Volledig uitgebouwd zorgnetwerk over Vlaanderen en Brussel met uniforme servicelevels, gegevensdeling en taakafspraken in een 'hybride' vorm (loontrekkenden, zelfstandigen, externe diensten).



## E. DOELSTELLING 5: DE KLANT CENTRAAL

In onze beleving stellen we al sinds ons prille bestaan de klant centraal. Maar we krijgen het moeilijker en moeilijker om dat te blijven beweren vanuit ons nog al te nadrukkelijk aanbodgestuurde model. Meteen voegen we er aan toe dat dit niet algeheel onze eigen schuld is, want het vigerende erkennings- en subsidiëringsmodel duwt ons voortdurend in die richting.

Nochtans menen we dat we, zonder onze levensader (van erkenning en subsidiëring) te moeten doorknippen, we ons toch meer vraaggestuurd kunnen oriënteren. Het middel daartoe is: meer inzetten op lokale verankering. We zijn op dat vlak benadeeld ten opzichte van sterk lokaal gerichte organisaties of van grote organisaties die door hun omvang en hun netwerk zowat overal verankeringen hebben. Maar dit mag ons niet afschrikken.

Alleen al door bepaalde lokale opportuniteiten te gaan gebruiken, kunnen we immers maken dat we plaatselijk veel meer aanwezig zijn dan vroeger:

- onze 12 afdelingen: Gent - Evergem - Lokeren - Aalst - Oudenaarde - Brugge - Kortrijk - Antwerpen - Geel - Brussel - Tienen - Hasselt.
- onze (alleenstaande) kinderdagverblijven: Moerbeke - Lochristi - Halle - Schaarbeek - Anderlecht.
- onze CKG's: Evergem – Ganshoren.
- onze woonzorgcentra: Gent - Oostende - en later Anderlecht.
- onze toekomstige CADO's: Mesen – Moerbeke.
- onze protocol 3-platformen: Gent - Oostende – Tienen.

- onze vestigingen als beheersinstantie: Kuurne - Wenduine - Gent (IM) - Gent (Immogra).
- onze 14 partnerships in zorgprojecten voor personen met een beperking: Gent - Oudenaarde - Wondelgem - Brugge - Evergem - Aalst - Kortrijk - Schilde - Bredene - Lokeren - Asse - Kempen – Kwatrecht.
- onze 10 projecten ouderenzorg in residenties: Koersel - Beringen - Assebroek - Gistel - Leuven - Wilrijk - Ekeren - Lochristi - Herent – Avelgem.

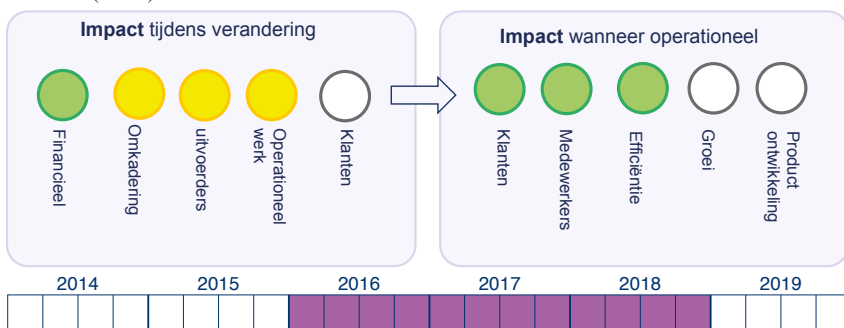
Afgaand op de vele prospecties die onze KMC-cel op het programma staan heeft, valt te verwachten dat er de komende jaren tientallen bijkomende 'ankerpunten' zullen gecreëerd worden van waaruit we zelfsturende teams zouden kunnen laten opereren.

Gaandeweg (in functie van de plaatselijke nood en opportuniteit) kunnen lokaal avondtoeren ontwikkeld worden, alsook solutionprojecten en kan na verloop van tijd met zelfsturende teams gewerkt worden die het plaatselijk adres als 'dispatchingcentrum' gebruiken.

Ook hier weer is de grondvoorwaarde dat we dan over een sterk digitaal platform zouden beschikken, want alle hulpverleners rond een klant (niet enkel onze eigen medewerkers) zullen toegang moeten hebben tot de informatie en zullen daar ook hun eigen informatie moeten kunnen aan toevoegen. Dit uiteraard over de pijlers heen en over de verschillende zorgactoren heen.

**Resultaat 5a: Nieuwe insteek voor geïntegreerd zorgmodel.**

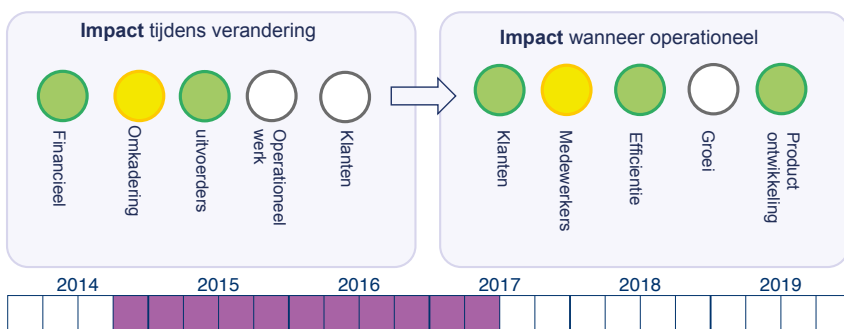
Het uitwerken van een geïntegreerd zorgmodel met zelfsturende teams (2016) en de concrete toepassing van dit theoretisch model op een aantal locaties in Vlaanderen en Brussel (2017).



**Resultaat 5b: Processen van een vraaggestuurd beheersmodel.**

Het ontwikkelen van een vragenlijst, bedoeld om voor elke vraag een oplossing te vinden (intake waarbij grondig gesleuteld wordt aan het huidige aanbodgestuurde intakeproces). Logisch vloeit daaruit voort:

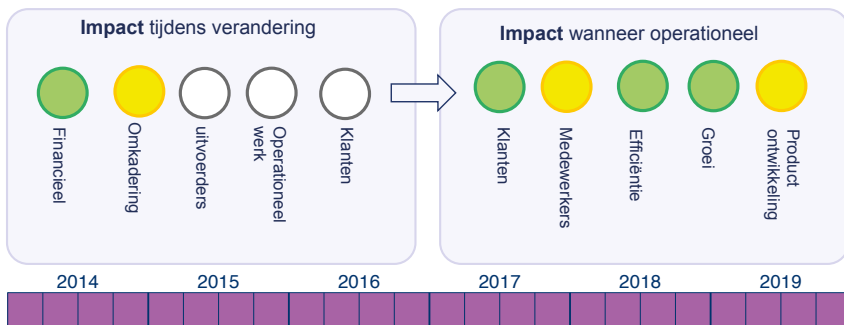
- a) uniforme aanpak van aanvraag tot huisbezoek.
- b) lokale verankering met een accountmanager.



**Resultaat 5c: Flexibele zorg op maat.**

Jammer genoeg worden we voorlopig van overheidswege niet gesteund in deze ambitie, want flexibele gezinszorg wordt wettelijk nog steeds aan banden gelegd. Het effect is dat we aan het plafond zitten van onze mogelijkheden en dit niettegenstaande de vraag groot blijft en de bereidheid van onze medewerkers evenzeer.

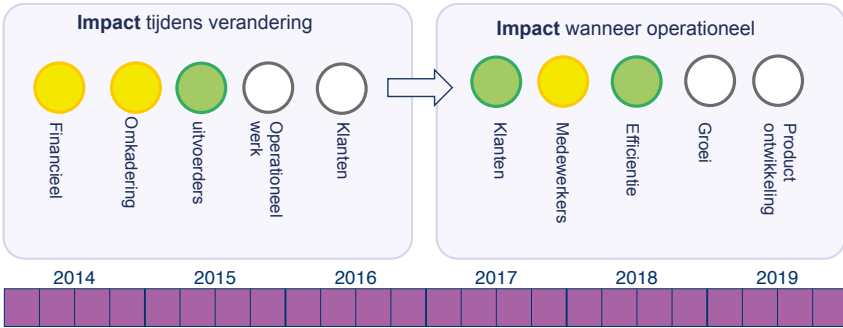
We kunnen alleen maar hopen dat de overheid op dat vlak gauw tot meer inzicht zal komen.



• **Resultaat 5d: Naadloze zorgprocessen.**

Het komt er niet alleen op aan om onze zorgprocessen inhoudelijk aan te passen, we moeten er ook nog op letten dat ze niet los staan van elkaar en wel degelijk naadloos op elkaar inspelen.

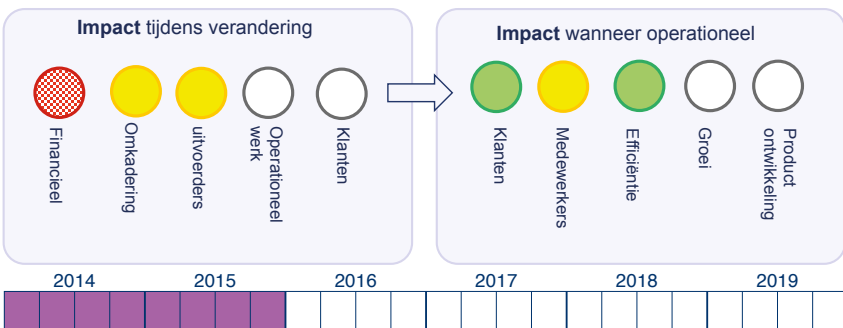
Zo bijvoorbeeld moeten al onze intakeprocessen op elkaar afgestemd zijn, moeten alle procedures passen in één zelfde kwaliteitshandboek, heeft dat ook zijn repercussies op onze e-learnmodellen, moet die eenvormigheid over de pijlers heen ook zichtbaar zijn in ons organigram, enz...



• **Resultaat 5e: Zorg over persoonlijke mobiele dragers.**

In 2015 worden de tablets algemeen uitgerold in de dienst thuisverpleging en dit gekoppeld aan het EVD (Elektronisch Verpleegkundig Dossier), de routeoptimalisator en de automatische prestatieregistratie.

We gaan uit van een voortdurende evolutie in de informatietechnologie om dergelijk systeem ook uit te rollen over de andere beroepsgroepen. Behalve dat we alert blijven voor de ontwikkelingen op het terrein, kunnen we hieromtrent geen voorspellingen doen over het tijdstip dat dit concreet zal ingepland worden.



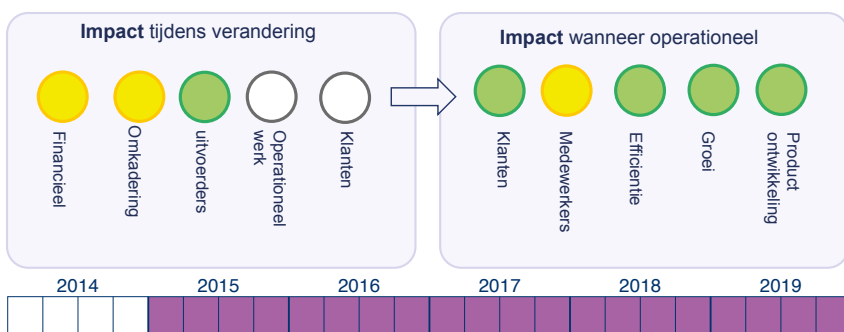
• **Resultaat 5f: De zelfregulerende klant.**

Bepaalde van onze activiteiten lenen er zich toe om klanten via onze website te laten interveniëren in de zorgplanning. Dit is vandaag al het geval in onze dienst Sloebersit en het is geen utopie meer (in functie van de technische mogelijkheden) om bepaalde toepassingen ook in de comfortzorg te introduceren.

Maar waarom zou de klant ook geen uurroosterwijzigingen, adreswijzigingen, behandelingsstops, extra aanvragen, algemene opmerkingen, enz... via zijn elektronische klantenfiche kunnen laten verlopen, ook in andere diensten?

Het moet mogelijk zijn om daar in 2019 significant in gevorderd te zijn.



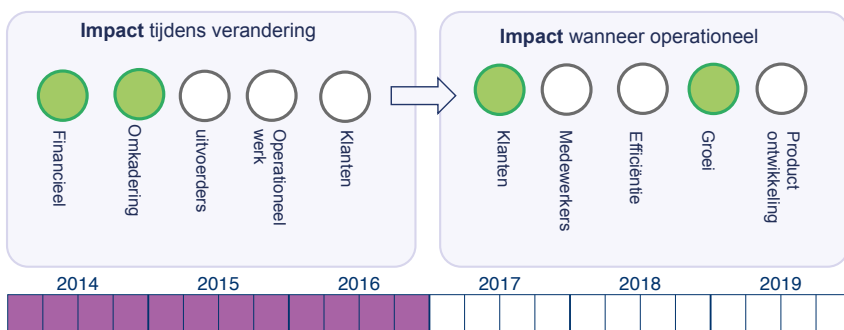


**Resultaat 5g: Zorginitiatieven voor jonge gezinnen.**

Deze ambitie is grotendeels gerealiseerd (2014).

Ons perinataal pakket scoort hoge ogen bij de doelgroep. De prenatale cursussen, prenatale consults, postnatale thuisbegeleiding door vroedvrouwen, kraamzorg en nadien gezinszorg en huishoudelijke hulp, brengt jonge moeders in contact met onze dienst, hetgeen naast groeiende naambekendheid, ook resulteert in het bereik van een potentieel publiek dat vroeger het bestaan van onze diensten niet eens kende.

Uiteraard passen in het rijtje ook onze kinderdagverblijven, dienst voor opvanggezinnen, opvoedingsondersteuning, thuisoppas zieke kinderen en CKG's.

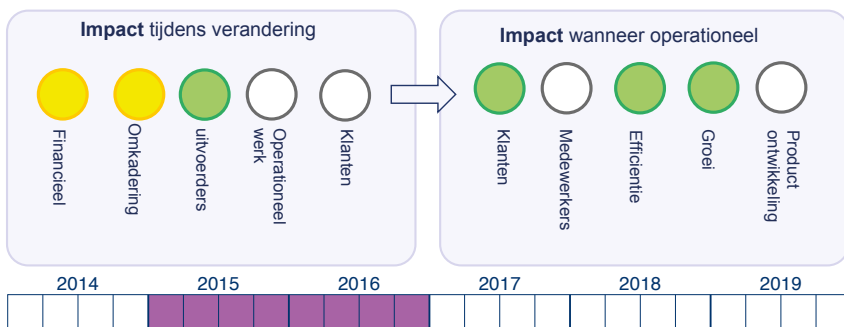


**Resultaat 5h: Van bedrijfswebsite naar klantenwebsite.**

We maken werk van een veel meer klantgerichte website om extra instroom te realiseren.

We moeten vooral onze interne complexiteit verbergen voor onze klant (zie hoger).

We zullen ook meer getuigenissen (testimonials) opnemen en nog veel meer de link leggen met sociale media.



## F. DOELSTELLING 6: SOLIDARITEIT VOOR HET GEZIN ALS ZORGMERK

We moeten het momentum van de koerswijziging die we gemakkelijks halve 'BOOST 2019' genoemd hebben, en waar heel wat inhoudelijke vernieuwingen mee gemoeid zijn, ook benutten om dit naar buiten uit te symboliseren.

Door een facelift te geven aan onze naam, ons logo, onze kleuren, onze stijl in het algemeen, kunnen we onze inhoudelijke vernieuwing nog accentueren. We zien dit genoeg rondom ons in de commerciële wereld: wanneer bedrijven zich intern reorganiseren, met een nieuw product naar buiten komen, een nieuw klantensegment wens aan te boren, enz... koppelen

ze deze vernieuwing vaak ook aan een gewijzigde visualisatie. Je zou bijna kunnen zeggen dat je ook geen nieuwe wijn in oude zakken verkoopt.

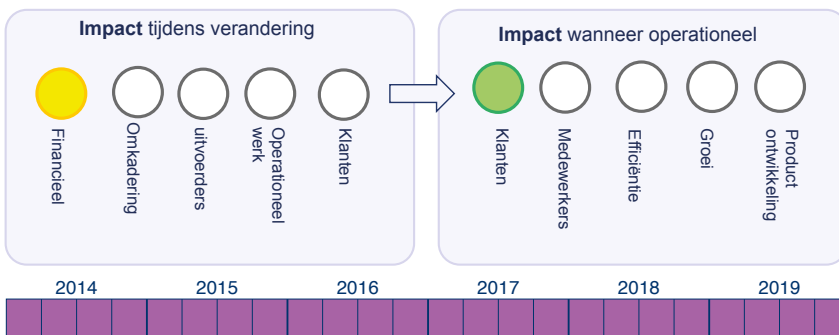
We moeten daar uiteraard goed over nadenken want een dergelijke ingrijpende verandering, doe je liefst slechts één keer en meteen juist. Het is ook de bedoeling om zoveel mogelijk mensen ineens te bereiken met het nieuwe merk en dus is daar een bepaalde publiciteitscampagne met media-aandacht voor nodig.

De beperktheid van onze middelen zal daarbij zeker een handicap zijn.

Goed nadenken en ons met de juiste adviseurs omringen zijn alvast 2 sleutelbegrippen.

### • Resultaat 6a: Van naam naar merk.

Solidariteit voor het Gezin geniet in Vlaanderen en in Brussel al een grote naambekendheid. Ons logo is niet meer uit het straatbeeld te denken, zeker na de laatste wagenwissel in 2014. Maar behalve onze eigen klanten, weten mensen doorgaans niet waar wij voor staan, welke kwaliteitsstandaarden wij hanteren en al zeker niet wat ons ambitieniveau op diverse terreinen is. We willen de naambekendheid van Solidariteit voor het Gezin gebruiken als merknaam voor geïntegreerde zorg in Vlaanderen en Brussel, om aldus nu ook onze eigenlijke dienstverlening beter kenbaar te maken bij een breder publiek. We kiezen er voor om onze huidige merknaam te behouden, voor zover er geen groter toekomstverhaal geagendeerd staat. De vernieuwde inhoud van Boost2019 zal de merknaam Solidariteit voor het Gezin moeten versterken.

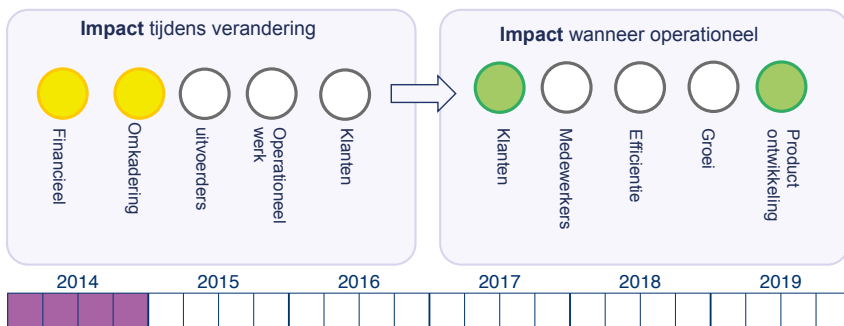


### • Resultaat 6b: Van personeelskrant naar klantencommunicatie.

In 2014 schakelden we al over van een personeelskrant (5.600 personeelsleden) naar een 'krant' waar zowel personeelsleden als klanten (50.000), als sympathisanten, als beleidsverantwoordelijken wat aan hebben.

Toch moeten we nog verder gaan in onze klantencommunicatie. Zo bijvoorbeeld moeten we onze websiteapplicaties veel meer dan nu als een middel aanzien om gegevens in twee richtingen uit te wisselen.

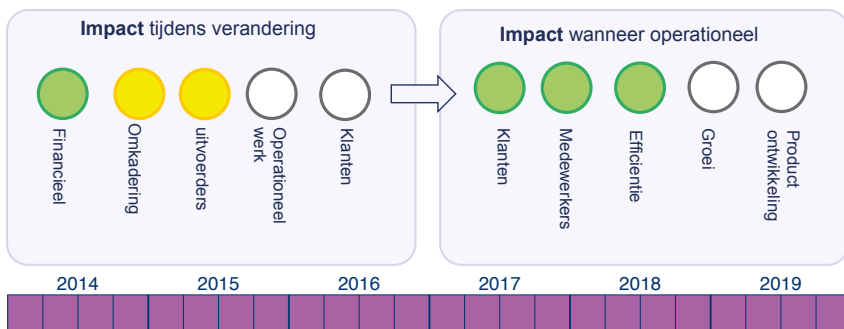
Van zodra er concrete technologieën ontwikkeld zijn die bovendien in het bereik liggen van een significant deel van onze klanten, zullen we ook moeten communiceren via smart TV.



• **Resultaat 6c: Kwaliteitslabel als handelsmerk.**

Het is vandaag al onze mentaliteit om in alles wat we doen, kwaliteitsvol te zijn. In de praktijk zullen we op dat vlak wellicht eens steken laten vallen. Maar laat ons vooral niet laks worden en kwaliteit blijven beschouwen als ons hoogst na te streven doel.

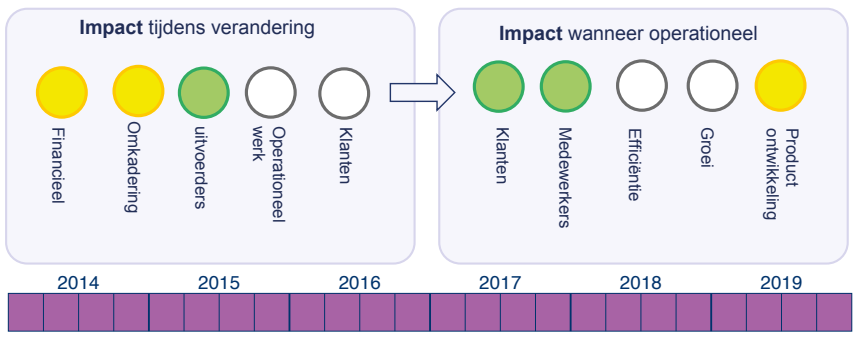
De uitzonderlijke kwaliteitsoefening die wij met onze medewerkers hebben gerealiseerd heeft onder andere geleid tot het behalen van het uniek label 'Investors in People van 2009 tem 2012. In dezelfde logica willen wij de uitbouw van ons zorgbedrijf sturen, ook bij de implementatie van het veranderingstraject van Boost2019.



• **Resultaat 6d: Sociale media als communicatietool.**

Het belang van de sociale media valt nauwelijks te overschatten. Niets wijst er op dat dit met de komst van de volgende generaties zal afnemen.

Vandaag al zijn collega's ermee belast om nieuwtjes en weetjes over ons zorgbedrijf wereldkundig te maken via deze weg. We beseffen dat dit tijdrovend is, want het volstaat niet om dingen op het net te gooien, je moet ook slim inspelen op de reacties die gegeven worden. Dikwijls zijn die ronduit positief, maar een enkele keer zijn ze ondoordacht, onterecht, overdreven, kwetsend, eenzijdig, enz... De bedrijven die handig weten om te springen met sociale media, halen daar hun voordeel uit, vandaar onze bereidheid om hiervoor competente collega's vrij te stellen.



## G. DOELSTELLING 7: SOLIDARITEIT VOOR HET GEZIN ALS IDEALE WERKGEVER

Tevreden medewerkers stralen hun tevredenheid af op de klant. Het klinkt sloganesk, maar het houdt grote waarheid in. Het is niet overdreven om te stellen dat het enthousiasme van onze medewerkers door de klanten hoog ingeschat wordt. We zijn er fier op als klanten naar aanleiding van tevredenheidsmetingen laten weten dat ons personeel vriendelijk en attent is en bereid tot

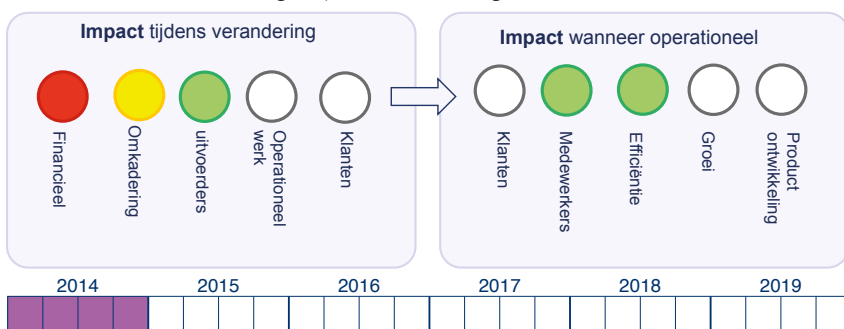
▶ extra inspanningen. We zijn ook blij dat we relatief weinig klachten moeten behandelen. Dus zullen we blijven inspanningen leveren om als werkgever aantrekkelijk te blijven.

Een correcte verloning is één zaak. Regelmatige uitingen van waardering, het personeel in bescherming nemen, af en toe een attentie, permanente communicatie en een vlotte bereikbaarheid van verantwoordelijken, zijn minstens even belangrijke voorwaarden om personeel te motiveren.

### • Resultaat 7a: Wagenparkpolis van de toekomst.

Ons hybride dienstwagenpark werd in 2014 vernieuwd en kan bogen op grote tevredenheid van de medewerkers.

Deze polis is niet alleen een modern werkinstrument voor onze interne en externe mobiliteit, maar ook een eigentijds HR-tool ten gunste van medewerkers.



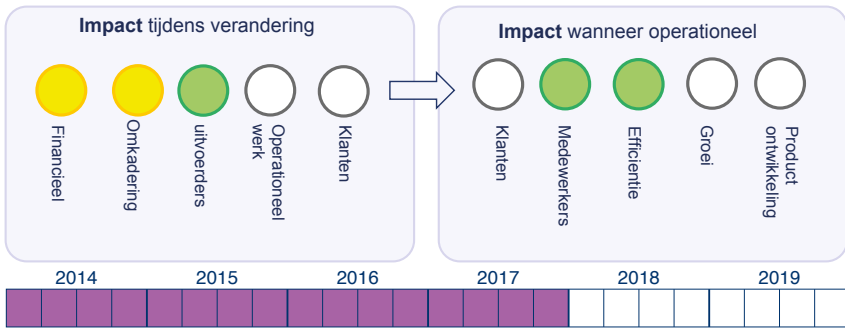
### • Resultaat 7b: Flexwerk en thuiswerk.

We zijn voorstander van een systeem van soepele werktijden, gezinsvriendelijke manieren van werken, het vermijden van verkeersstress, het spreiden van loopbanen, enz... We zullen dus inspanningen leveren om dit mogelijk te maken, daar waar het kan en daar waar de werknemer het zelf ook wil (er is dus geen sprake van een verplichting).

Maar er zijn ook zaken uit de weg te ruimen, vooraleer het op grote schaal toe te passen.

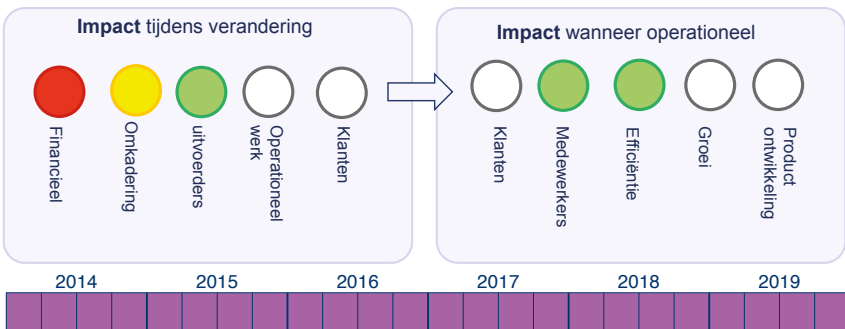
Volgende principes moeten daarbij gerespecteerd worden:

- o degelijke taakomschrijving met als motto dat niet het respecteren van de werktijden belangrijk is, dan wel het correct en tijdig afleveren van de taak.
- o het uitschrijven van een degelijke policy in verband met het gebruik van de eigen woning, het gebruik van het materiaal van de werkgever (laptop, GSM, wagen,...).
- o de blijvende bereikbaarheid van de werknemer (de leidinggevende moet in principe bereikbaar zijn voor zijn medewerkers, op elk ogenblik dat die aan het werk zijn).
- o de beschikbaarheid voor overleg, vergaderingen, videoconferenties, enz...



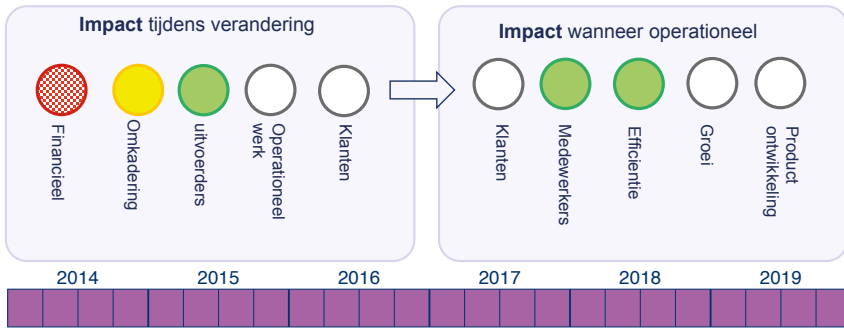
• **Resultaat 7c: Het nieuwe werken als bedrijfscultuur.**

Op termijn zullen al onze kantoren uitgerust en ingericht zijn volgens de principes van het 'Nieuwe Werken': paperless office, mobiele werkplekken, voice over IP, BE-rooms (individuele gespreksunits), moderne spraak- en vergadertechnologie, enz... Die principes zijn nu al toegepast in onze hoofdzetel te Gent-Zwijnaarde en in onze afdelingen Oudenaarde en Lokeren. In 2019 zal het overal deel zijn van onze bedrijfscultuur.



• **Resultaat 7d: Digitale werkomgeving.**

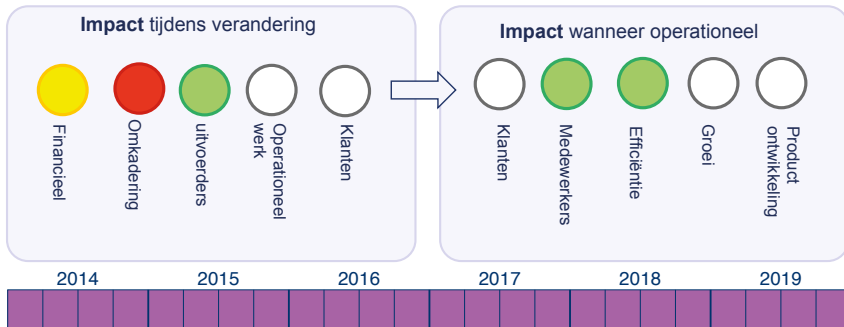
- o Naast mobiele telefonie met voice over IP, zullen alle leidinggevendenden over tablets kunnen beschikken met full acces tot personeels- en klantengegevens en dit uiteraard niet beperkt tot de kantooromgeving maar ook bij de klant of de leidinggevende thuis, het ziekenhuis of eender welke locatie.
- o In de kindverzorging zullen alle kinderdagverblijven aangesloten zijn op het Easydaycare-systeem (een soort toegangscontrole, gekoppeld aan verblijfsregistratie, kindgegevens, facturatie, enz...).
- o In de dienst comfortzorg zal verder ingezet worden op elektronische cheques.
- o In de dienst financiën zal 'docs in box' (extern uitprinten van facturen) ingevoerd worden en zullen facturen gelinkt worden aan de klantenfiche op de website.
- o In het opleidingscentrum wordt cursusmateriaal gedigitaliseerd en via web ter beschikking gesteld (e-learning).
- o Algemeen zal er nog enkel digitaal gearchiveerd worden en zullen zoveel mogelijk documenten ingescand worden .



• **Resultaat 7e: Het intern veranderingsproces vertalen in concrete vormingen.**

We zouden wel erg verkeerd bezig zijn mochten we in al die digitale veranderingsprocessen voorbij gaan aan het personeel dat er moet mee werken. Ook de klant die in de toekomst zelf zal kunnen interveniëren in de zorgplanning via zijn fiche op de website, mag uiteraard in dit verhaal niet vergeten worden.

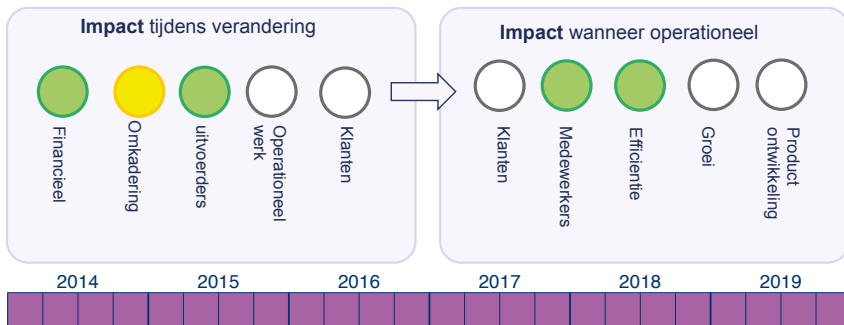
Voor dit alles zal een rol weggelegd zijn voor ons opleidingscentrum.



• **Resultaat 7f: Grote autonomie van de medewerker.**

Het is onze ambitie om toe te laten dat medewerkers zoveel mogelijk beslissingen kunnen nemen op hun eigen niveau, want dat zal niet alleen de motivatie ten goede komen, het zal ook het beslissingsniveau dicht bij de praktijk brengen en dus beter en sneller inspelen op acute zorgnoden.

- o Via zelfsturende teams de aanpassing van uurroosters laten verlopen, fragmentering van het werk over verschillende klanten in functie van de specifieke noden, spreiding van het werk over verschillende disciplines, competentie laten doorwegen en minder redeneren op basis van diploma's (voor zover wettelijk toegelaten).
- o Herpositionering van de functies en van de rollen in relatie met het resultaatdenken.



## H. DOELSTELLING 8: INTERGENERATIONELE ZORG VOLGENS SCHAALGROOTTE

Het is onze ambitie om onze dienstverlening ook kwantitatief een boost te geven. In het Vlaanderen en Brussel van 2019 stellen we een aantal doelstellingen voorop die onze marktpositie op diverse terreinen zal bepalen.

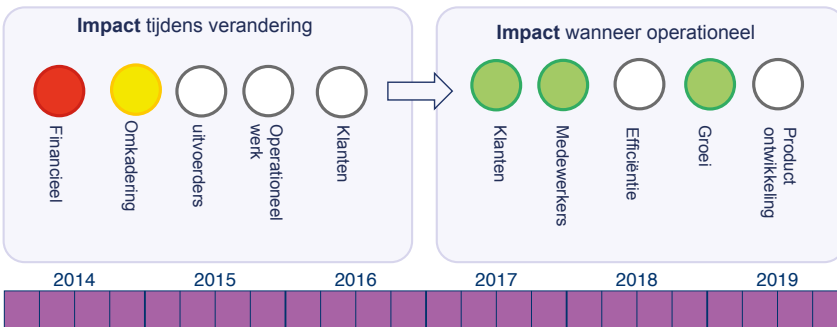
► Groot zijn is geen doelstelling op zich, maar we moeten wel beseffen dat ons getal aan diensten en medewerkers mee bepalend is voor ons doel, namelijk overal in Vlaanderen en Brussel betekenisvol aanwezig te zijn en onze visie op zorg te kunnen verwezenlijken.

- **Resultaat 8a: Solidariteit voor het Gezin als grote speler in de kinderopvang, met een kinderdagverblijf in iedere Vlaamse provincie en Brussel.**

Concreet betekent dit de bijkomende creatie van een kinderdagverblijf in de provincies West-Vlaanderen (voorlopig werd ons al een erkenning gegeven voor 15 opvangplaatsen in Oostende), in Antwerpen en in Limburg.

Steeds zal Solidariteit voor het Gezin haar kinderopvang plaatsen in een sociale context.

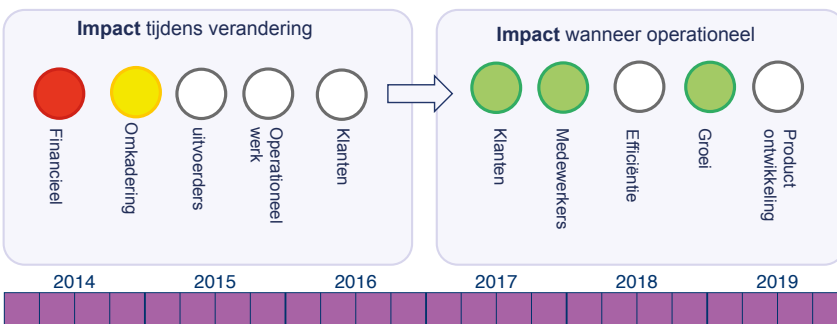
De inkomensgerelateerde kinderopvang zal altijd de essentiële insteek zijn, waarbij specifieke doelgroepen steeds bij ons terecht kunnen.



- **Resultaat 8b: Solidariteit voor het Gezin als grote speler in de woonzorg met een eigen woonzorgcentrum in iedere Vlaamse provincie en Brussel.**

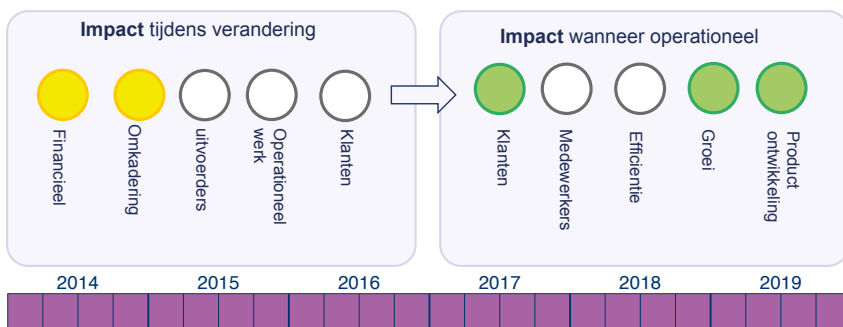
Na de realisatie van een woonzorgcentrum in Brussel-Anderlecht, betekent dit nog een nieuw project in Vlaams-Brabant, Antwerpen en Limburg.

Vermits onze 'eigen' projecten allemaal sociaal georiënteerd zijn, zal er steeds over de huurbetaalbaarheid gewaakt worden. In dit kader zullen wij vanuit onze sociale geïnvolveerdheid steeds samenwerking zoeken met de subsidiërende overheid. Daarom zal deze resultaatverbintenis sterk afhangen van de verdere evolutie van VIPA en het vigerend overheidsbeleid.



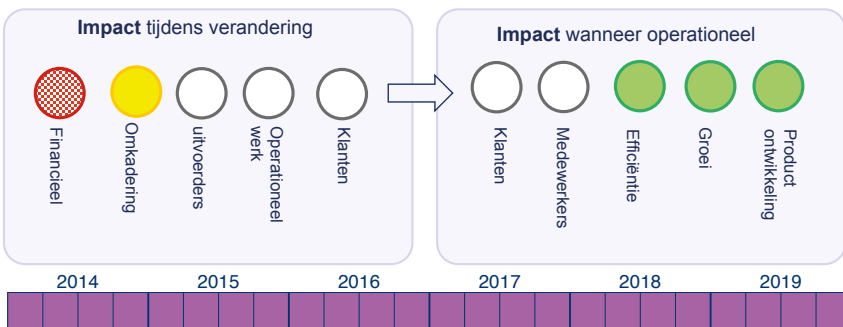


- Resultaat 8c: Beheersinstantie. Solidariteit voor het Gezin moet in iedere provincie de eerste keuze worden van bouwpromotoren om ons als beheersinstantie aan te duiden.**  
 Vandaag worden we op dat vlak al vaak bevraagd. Onze bereidheid om soepele oplossingen te zoeken voor specifieke vragen, wordt blijkbaar geapprecieerd. Na onze eigen serviceresidentie in Gent en onze eerste uitrol in een project van assistentiewoningen in Kuurne (2017), zullen we die ervaring benutten voor hopelijk nog vele andere projecten. Hoe dan ook zal onze opstelling bepalend zijn voor het succes. De ambitie is dat we tegen 2019 een 1500 private kwaliteitsvolle assistentiewoningen in Vlaanderen aan onze beheersinstantie kunnen koppelen.



- Resultaat 8d: Solidariteit voor het Gezin als tweede grootste speler van thuiszorg in Vlaanderen en Brussel.**

Veel zal natuurlijk afhangen van de uitbreidingsmogelijkheden van de dienst gezinszorg en aanvullende thuiszorg en het succes van de overnames die kunnen verwezenlijkt worden. Maar ook hier geldt hetgeen we bij ons project 'zorggarantie' en ons project Zorg24 noteerden: we hoeven daarom niet al de diensten met eigen personeel te leveren.

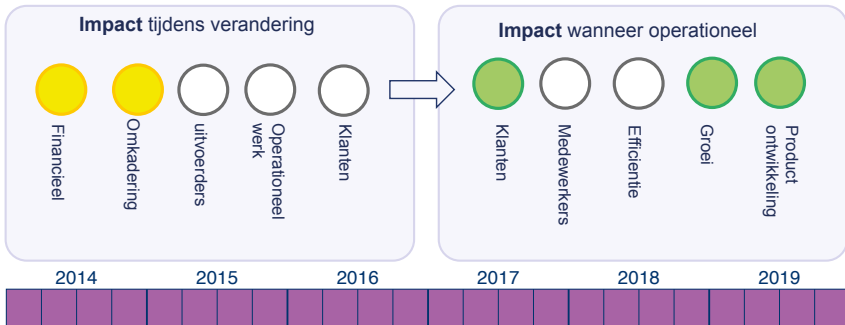


- Resultaat 8e: Ontwikkelen van een specifieke geïntegreerde aanpak bij personen met een handicap.**

Nu reeds hebben we experimenten lopen waarbij wij diensten leveren aan residentiële voorzieningen voor personen met een beperking. Onze thuisverpleegkundigen voor de medische zorgen, onze verzorgenden voor de hygiënische zorgen, onze poetshulpen voor de comfortzorgen, onze vrijwilligers voor de sociale contacten zoals gezelschap, wandelen, boodschappen, enz...

- o We proberen meer contacten te leggen met voorzieningen en groeperingen die opkomen voor de belangen van personen met een handicap om ofwel generieke diensten te ontwikkelen, ofwel situationele oplossingen uit te werken voor individuen. Ons solutionteam heeft zich wat dit laatste betreft trouwens al verdienstelijk gemaakt.

o Een persoon met zware fysieke beperkingen bijvoorbeeld die vroeger dagelijks naar een instelling gebracht werd, kan nu dankzij onze diensten één of meerdere dagen per week thuis blijven indien hij en zijn omgeving dat wensen.



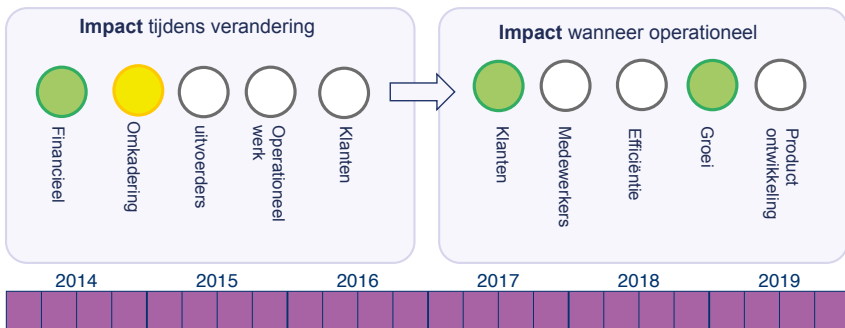
• **Resultaat 8f: 10% groei in de sector van het vrijwilligerswerk.**

Terecht kiest de regering ervoor om geen beperkingen op te leggen aan de expansie van het vrijwilligerswerk in Vlaanderen.

Het is vooreerst goedkoop, maar tegelijk ook flexibel, het wakkert de burgerzin aan (de warme samenleving), enz...

We willen gebruik maken van deze opportuniteit om ons aanbod (dat al het grootste is van Vlaanderen en Brussel) nog uit te breiden.

De ambitie ligt op een contingent van 1.000.000 uren per jaar.



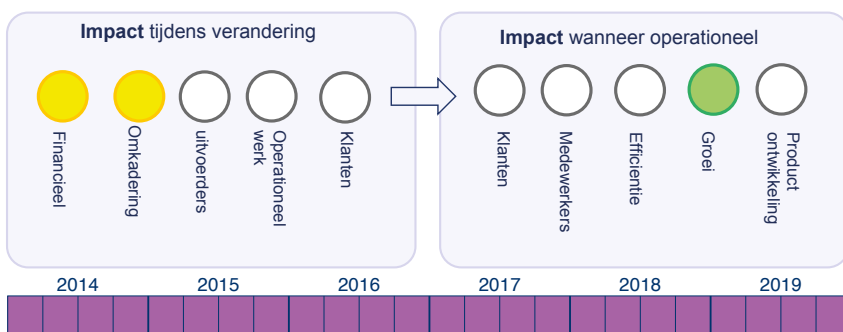
• **Resultaat 8g: Stimuleren van de vraagzijde in de sector van de dienstencheques.**

Om ons zwaar financieel verlies van 2012 en 2013 in te dijken, zagen wij ons ertoe verplicht om onze klanten een persoonlijke bijdrage van € 1,2 per uur aan te rekenen. Het heeft ons opnieuw financieel gezond gemaakt, maar het is er ook oorzaak van dat we 9 % marktaandeel verloren.

Om ons aanbod opnieuw te vergroten, zullen we uit verschillende vaatjes moeten tappen: te beginnen bij de niet aflatende aandacht voor kwaliteit en continuïteit van onze dienstverlening.

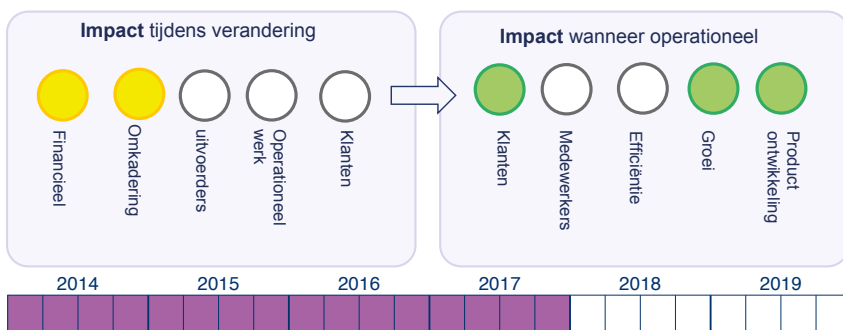
Ernaar streven om op dat vlak de beste te zijn, is een goed begin.

Maar het zal wellicht niet volstaan in ons streven naar groei. We zullen onze relatie met allerhande doorverwijzers moeten onderhouden, plaatselijke campagnes blijven opzetten (zoals de aanbrenghpremie), gebruik van sociale media, terugdringen van ziekteverzuim, exitgesprekken met klanten, campagne rond het gebruik van ecologische producten, enz...



• **Resultaat 8h: Twee Cado's in Vlaanderen.**

- o Alles werd al in voorbereiding gebracht om in Mesen (West-Vlaanderen) en Moerbeke-Waas (Oost-Vlaanderen) een collectieve autonome dagopvang te bouwen. We maken hierin gebruik van de specifieke Vlaamse wetgeving die de CADO's inbedt in de diensten gezondheidszorg. Het zijn namelijk de verzorgenden van de sector die instaan voor de dagopvang van bejaarden die ze tot voor kort (of op sommige dagen nog steeds) ook thuis hielpen. Wij aanzien CADO's daarbij niet als een geïsoleerd aanbod. Integendeel zullen ze (over de diensten heen) als een geïntegreerd deel van de globale thuiszorg uit de regio aanzien worden. De realisatie van beide CADO's is voorzien in 2017.



## I. DOELSTELLING 9: SOLIDARITEIT VOOR HET GEZIN ALS REFERENTIE IN ZORGINNOVATIE

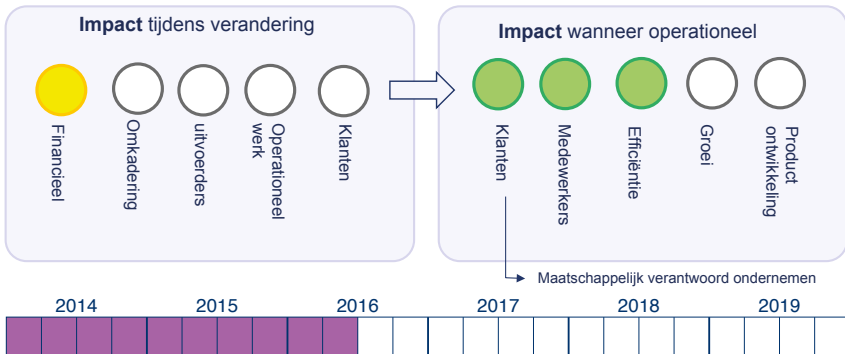
We willen er op termijn om bekend staan dat we zorgvernieuwend zijn met

▶ aandacht voor nieuwe technologische ontwikkelingen.

### • Resultaat 9a: Een innoverend wagenpark op basis van ecologie en zorgmodules.

Uit al het voorgaande mag blijken dat het ons menens is om met ons zorgbedrijf de vernieuwende weg in te slaan. We beperken ons daarbij niet tot concrete activiteiten bij onze klanten, noch tot de modernisering van onze informatica en noch tot de coördinatie en integratie van onze diensten.

We willen er bij die vernieuwing ook voor zorgen dat we maatschappelijk verantwoord ondernemen. Dit laat zich onder meer zien in onze aandacht voor ecologie (hybride dienstwagens, elektrische wagens dienst maaltijden en later ook in onze karweidienst, kantoren op zonne-energie, energiebesparende verlichting, enz...), maar ook algemeen in onze aandacht voor mobiliteit, bijvoorbeeld door het openbaar vervoer te bevoordeligen bij onze medewerkers.

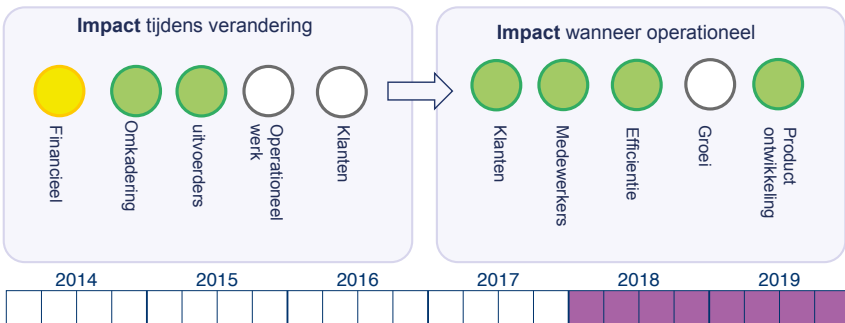


### • Resultaat 9b: De zorgpolsband van Solidariteit voor het Gezin.

Zwaarzorgbehoevende klanten krijgen een elektronisch bandje rond de pols waarop niet alleen de persoonlijke medische, sociale en andere gegevens geladen zijn, maar via dewelke ook prestatiegegevens kunnen geregistreerd en gecommuniceerd worden.

Via datzelfde bandje is ook monitoring van bloeddruk, hartslag, suikerspiegel, en veel meer consulteerbaar.

De bedoeling is om medewerkers vanop afstand bepaalde evoluties te laten volgen en om personeelsleden bepaalde gegevens te laten laden op dat bandje.



• **Resultaat 9c: Anderlecht als innovatiepilot tussen intramurale en extramurale zorg.**

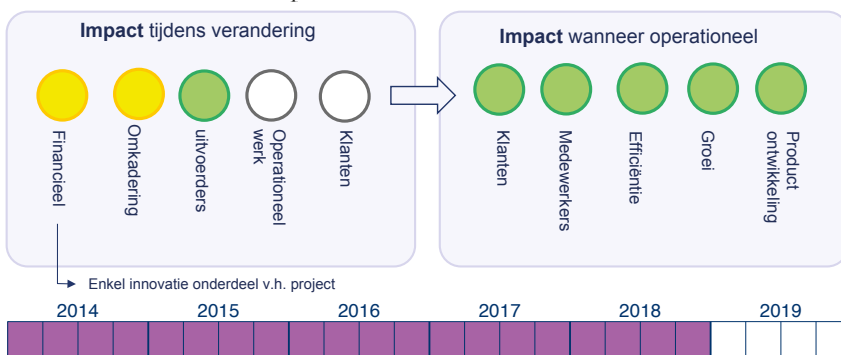
We willen het woonzorgproject dat we zullen realiseren aan de Bergensesteenweg te Anderlecht, toonaangevend maken.

Niet alleen besteden we bij het concept van de zorgkamers aandacht voor nieuwe interactieve technologieën (domotica), we willen vanuit het centrum ook diensten leveren in de buurt (acute interventies, noodoproepen, brugzorg, opvolgen van zorgbehoevende buurtbewoners via monitoring, enz...).

Ook flexibel kortverblijf of flexibele dagopvang zitten vervat in het concept.

Het zou niet goed zijn om vandaag al te bepalen welke toepassingen we specifiek zullen implementeren. Recente ontwikkelingen kunnen immers maken dat het project al van bij de conceptfase voorbijgestreefd zou zijn.

De realisatie van het masterplan is voorzien in 2018.

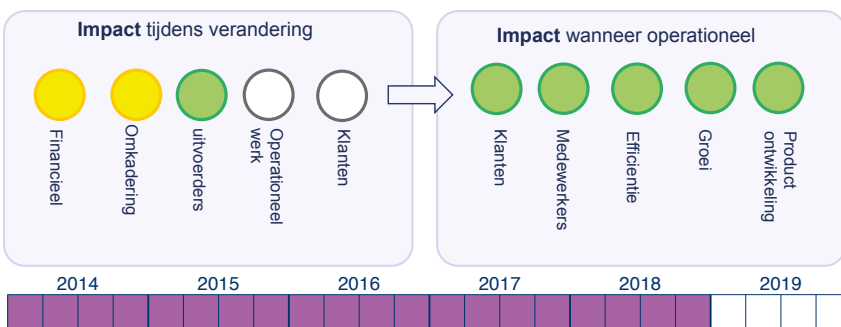


• **Resultaat 9d: Zorgsysteem van protocol 3 als huismerk.**

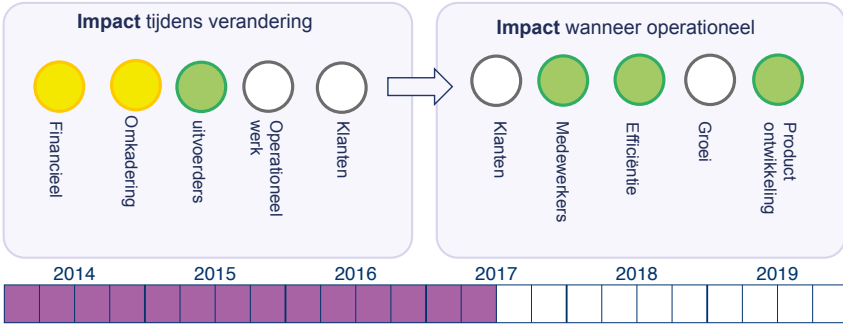
Al het goede dat we leren uit de drie protocol 3 projecten waar we momenteel actief in zijn (Gent – Oostende – Tienen), moet inspirerend zijn voor de thuiszorg van Solidariteit voor het Gezin bij zwaartzorgbehoevendenden in het algemeen.

Avondtoeren, flexibele gezinszorg, permanente opvolging van het patiëntendossier, zijn slechts basisbegrippen.

Deze zorgvernieuwingsprojecten zullen een eigen identiteit krijgen. Vanwege de talrijke samenwerkingsverbanden en gelet op de specificiteit van deze projecten, zal zorgvernieuwing onder naam van ZORG24 uitgewerkt worden. Deze naamgeving wijst op de 24uur-zorggarantie die we wensen te garanderen in de vooropgestelde drie regio's. Dit vernieuwingsproject werd eerder al door de Europese Instellingen en de Koning Boudewijnstichting bekroond met de 'Social Innovation in Ageing (SIA) – The European Award'



- **Resultaat 9e: Project Journaal als onderdeel van Vitalink / e-Health (= het digitale platform van de Vlaamse overheid voor het veilig delen van zorg- en welzijnsgegevens).** Alle hulpverleners rond een bepaalde klant hebben toegang tot dezelfde informatie (over pijlers en zorgactoren heen). Diezelfde hulpverleners vullen de gegevens die ze zelf verzamelen ook automatisch aan zodat ze onmiddellijk (ook vanop afstand) zichtbaar zijn voor collega's.



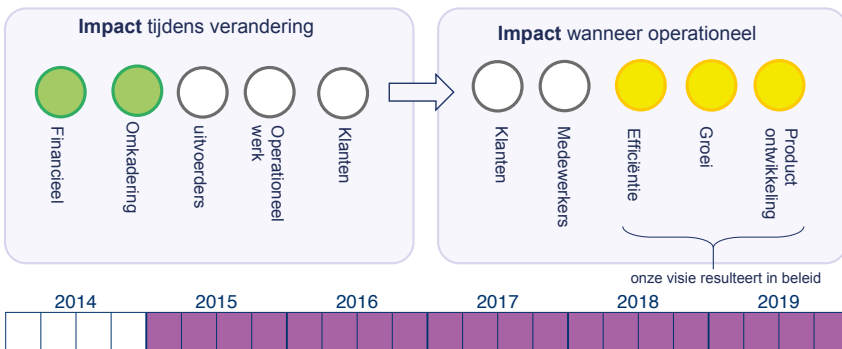
**J. DOELSTELLING 10: SOLIDARITEIT VOOR HET GEZIN ALS LOYALE PARTNER VAN DE OVERHEID**

Veel van de diensten die wij leveren, worden mogelijk gemaakt door tussenkomst van de overheid (federale, Vlaamse, Brusselse, provinciale en gemeentelijke). Het is de logica zelf dat we verantwoording verschuldigd zijn

over de besteding van die middelen. Maar niet alleen zijn we verantwoording verschuldigd, het is ook correct om onze opgedane ervaringen te delen en beleidssuggesties over te maken. We zijn met andere woorden nooit eigenaar van de kennis die we dankzij gesubsidieerde activiteiten konden opdoen.

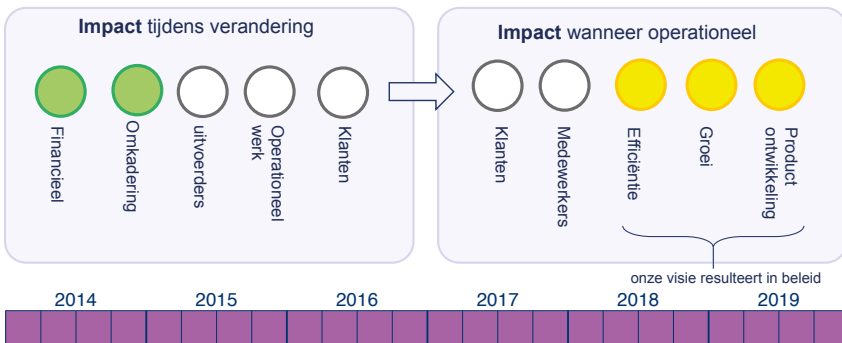
**• Resultaat 10a: Beleidsondersteuning via publicaties en colloquium.**

We zullen deelnemen aan beleidsvoorbereidende werkgroepen, denktanks, enz... Solidariteit voor het Gezin voorziet drie noemenswaardige beleidsinitiatieven tussen 2015-2019, als resultante van de inhoudelijke vordering van Boost2019. Cruciaal zal onze aanpak zijn in de uitbouw van ons vernieuwd geïntegreerd zorgmodel, waarbij wij een betere zorg efficiëntie moeten kunnen aantonen, zowel intern, als voor de klant en niet in het minst ook voor de overheid.



**• Resultaat 10b: Participatie in adviesraden en kabinetten.**

Het behoort tot onze opdracht om daaraan deel te nemen en actief bij te dragen. In tegenstelling tot wat vroeger in volle verzuilingstijd bestond en tot kwalijke uitwassen leidde, is dit niet te beschouwen als lobbywerk of het 'preken voor eigen kerk'.

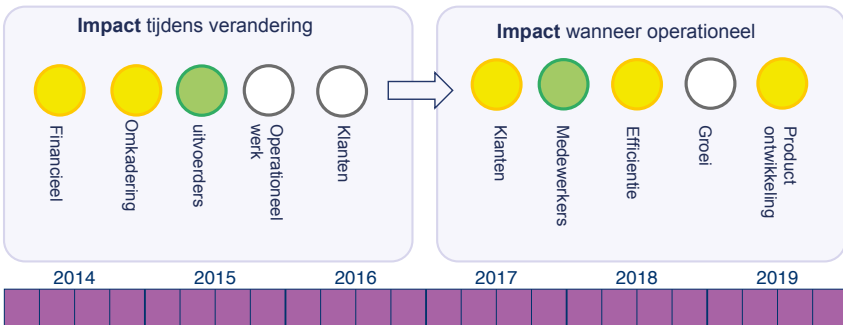


• **Resultaat 10 c: Digitalisering en veiligheid.**

In een tijdperk waarin we massaal gegevensoverdrachten doen van klanten, met vaak privacygevoelige materies, is het belangrijk om nauwgezet regels in acht te nemen. Informatica, gekoppeld aan internet, maakt dat gevoelige gegevens gemakkelijk de weg vinden naar iedereen, ook diegenen die niet betrokken zijn in de hulpverlening of verzorging van de patiënt in kwestie.

We kunnen de klok niet terugdraaien en opnieuw overschakelen op gegevensoverdracht via papieren dossiers, maar we moeten ons gewoon bewust zijn van de gevaren van indiscreties. Het gaat over emailverkeer, uitwisseling van bestanden, uitwisseling via GSM, geven van werkopdrachten en richtlijnen over patiënten over internet, enz...

Ons veiligheidsbeleid vertoont zwakten en daarom nemen wij ons voor om de lekken te dichten, bepaalde procedures aan te passen, gerichte controles in te bouwen en regelmatig advies in te winnen van specialisten terzake.

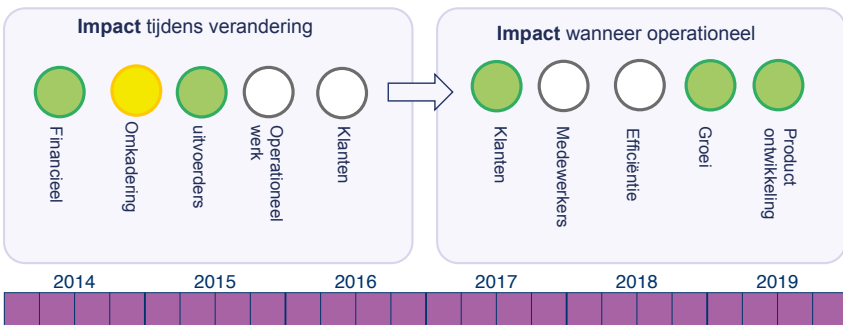


• **Resultaat 10 d: Van projectsubsidie tot reguliere werking.**

We doen mee aan experimenten die te maken hebben met onze visie op zorg. Het is duidelijk dat dit niet kan zonder overheidssteun. Het heeft evenwel geen zin om succesvolle projecten die een aantoonbare meerwaarde hebben, na de projecttermijn stop te zetten en niet op te nemen in het reguliere subsidiekader.

Iets anders zijn de impuls subsidies die van bij de aanvang bedoeld zijn om de opstartkosten te drukken met de bedoeling om, eens het project op kruissnelheid gekomen is, de werking op eigen krachten op te nemen in de reguliere werking.

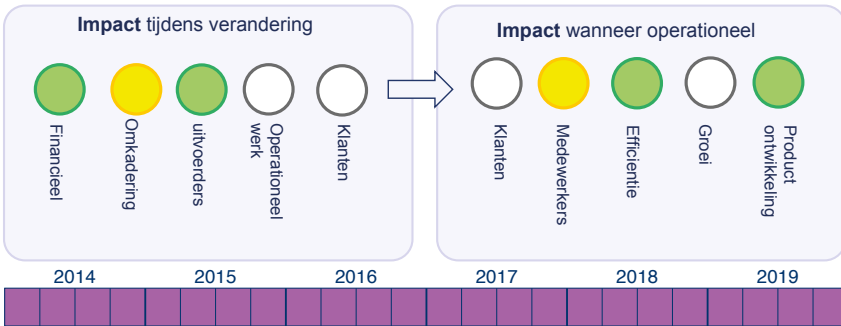
De rol van onze interne innovatiemanager zal hier determinerend zijn.





- **Resultaat 10e : Digitale uitwisseling met de overheid en partners.**

Er mag van elke verantwoordelijke zorgactor verwacht worden dat gegevens gedeeld worden met de overheid. Maar dit mag niet in één richting verlopen. De volledige sector mag over de gegevens beschikken, ook deze van collega's.



## K. DOELSTELLING 11: EEN EFFICIËNTE EN WENDBARE ORGANISATIE

Uiteraard moeten we onze eigen werking voortdurend optimaliseren. We moeten de besteding van middelen immers beperken ten voordele van efficiëntie en onnodige of tijdrovende activiteiten die niet bijdragen tot de doelstelling vermijden. We kunnen de

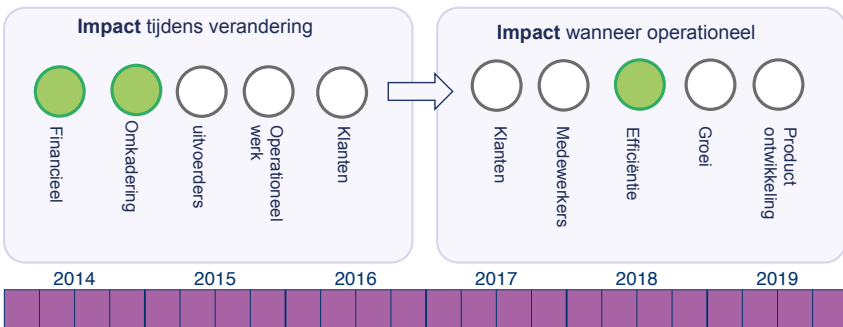
vinger aan de pols houden door audits te verrichten (door eigen en door externe medewerkers) en regelmatig outcome te meten.

Procedures die jarenlang onveranderd bleven, moeten a priori in vraag gesteld worden. Handmatige verwerkingen moeten waar mogelijk vervangen worden door automatisatie.

### • Resultaat 11a: Inpassen van de helpdesk in het servicecentrum.

In de mate van het mogelijke moeten niet complexe aanvragen voor zorg en hulp, door de helpdeskmedewerkers behandeld worden. Aldus evolueert de frontdesk tot een servicecentrum. Ingeval van complexere zorgen, zullen de specialisten van de specifieke diensten die vraag overnemen en de oplossing uitwerken.

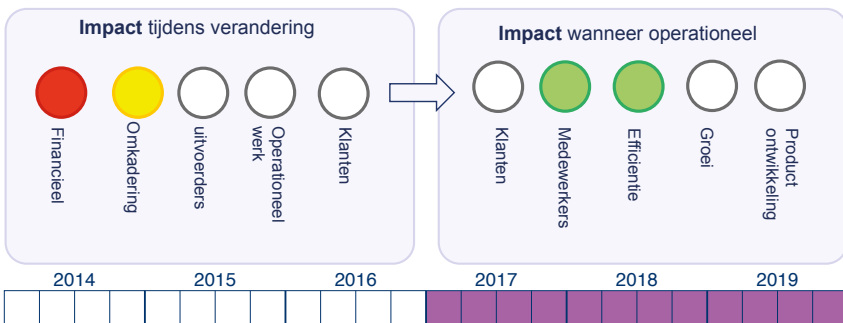
Het verschil met vandaag is dat we nu gelijk welke aanvraag met specialisten te lijf gaan, ook al gaat het over eenvoudige aanvragen met heel eenvoudige oplossingen.



### • Resultaat 11b: Ontwikkelen van een geïntegreerd dashboard.

We moeten komen tot een geïntegreerd dashboard over de pijlers heen (financiën, personeel, gebouwen, klanten, projecten, ...). Het heeft geen zin om optimalisaties te doen in één pijler, die repercussie hebben op andere pijlers, want dit resulteert vaak tot het effect dat we niet wilden vermijden. Grondvoorwaarde is uiteraard dat onze processen en onze gegevens gestandaardiseerd zouden zijn.

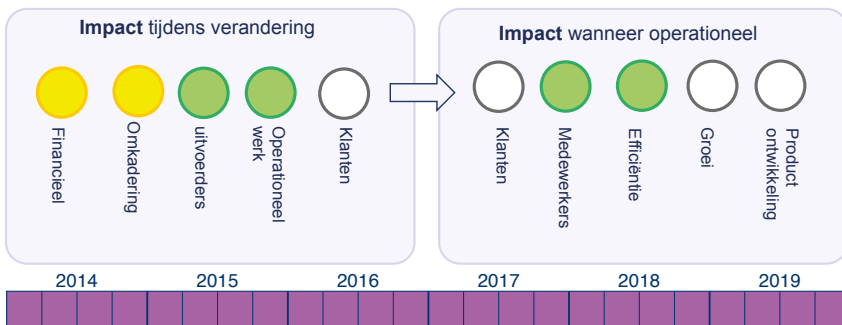
- o Als een bepaalde dienst bijvoorbeeld beslist om een bepaald (deel van een) gebouw niet meer te gebruiken, dan valt voor die dienst die gebouwenkost weg, maar het betekent daarom nog niet dat die kost er voor niemand meer zou zijn.



• **Resultaat 11c: Efficiënter (zelf)plannen**

We moeten onze administratieve processen kritisch analyseren en bijsturen waar nodig. Audits moeten ons helpen om verbeteringen aan te brengen:

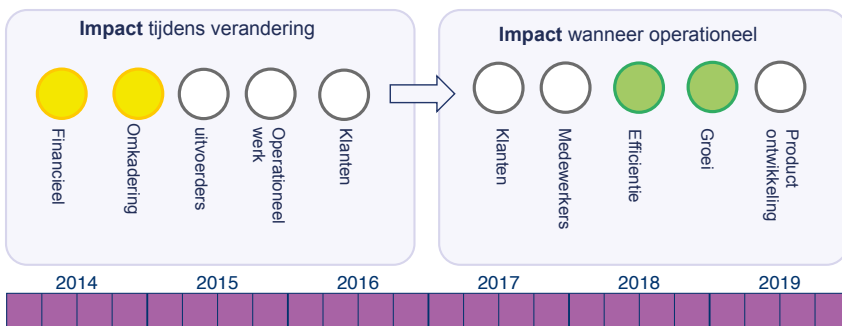
- o Het medicatieprogramma in onze woonzorgcentra kan met de hulp van robots herzien worden (de apotheker verpakt per bewoner de pillen die moeten genomen worden per moment van inname).
- o Digitalisering van de loonstroken, verdere uitbouw van Yess (verlofaanvragen).
- o Herbekijken van de omkadering.
- o Flexibeler werken.
- o Infosessies.



• **Resultaat 11d: Een continu geüpdated globaal businessplan.**

Willen we onze rentabiliteit verhogen, dan moeten we zoveel mogelijk en zo regelmatig mogelijk zicht hebben op de activiteitsgebonden inkomsten en uitgaven.

De verwachte update van ons Boost-verhaal mag niet wereldvreemd gebeuren en moet steeds teruggekoppeld worden aan onze jaarlijkse beleidsnota en aan deze van de politieke overheid. Daarnaast gaan we ook een Strategische Expertengroep oprichten, die zich onafhankelijk opstelt tussen de Raad van Bestuur en het directiecomité. Het is de bedoeling dat deze deskundigen het veranderingstraject binnen Solidariteit voor het Gezin toetsen aan hun wetenschappelijke bevindingen en nieuwe inzichten.

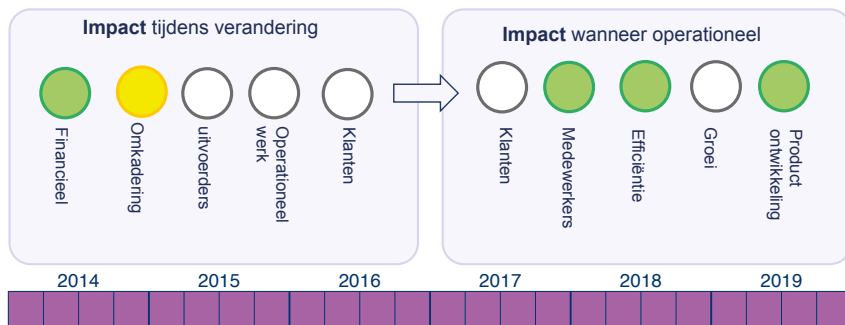


• **Resultaat 11e: Interne sturing versterken.**

- o We moeten onze aankoopprocessen versterken door zoveel mogelijk te centraliseren en te uniformiseren.
- o We moeten de informatieoverdracht naar onze medewerkers vereenvoudigen door iedereen een emailadres te verschaffen en zoveel mogelijk onze informatie via die weg

laten verlopen (gekoppeld aan een policy waarbij communicatie via e-mail als officiële communicatie wordt aanzien).

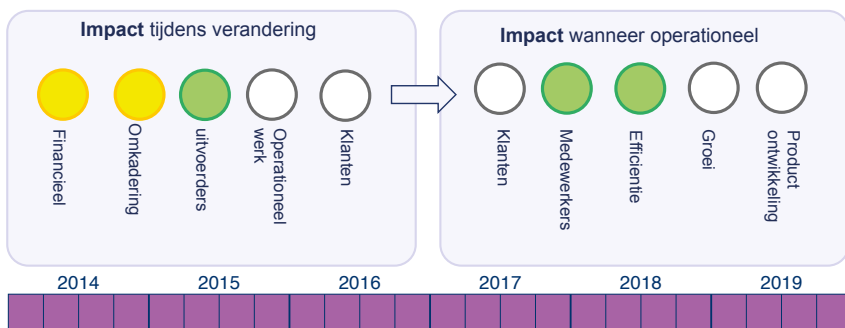
- o We moeten komen tot een gezamenlijke facturatie van al onze diensten.



• **Resultaat 11f: Efficiënte interne werking.**

Onder het motto van 'met minder meer!' in tijden van financiële beperkingen, zoekt Solidariteit voor het Gezin naar nieuwe opportuniteiten. Enkele voorbeelden:

- o We moeten onze secretariaten samen brengen en niet langer per departement organiseren.
- o Bepaalde administratieve verwerkingen zijn gelijklopend over de verschillende departementen heen, dus ook die moeten we zoveel mogelijk samen brengen (gelijke competenties worden daardoor beter benut).
- o Telefonie in de verschillende afdelingen, maar ook in de diverse gebouwen, kunnen voor een groot stuk samen gebracht worden.
- o Papierflow indijken.
- o Vermelden van achterstallen op facturen.
- o Aanbestedingsprocedures herwerken.
- o Zoveel mogelijk inscannen (personeelsdossiers, klantendossiers, leveranciersfacturen, ...).
- o Docs in box (extern printen van facturen).
- o SEPA (domiciliëringen) stimuleren.



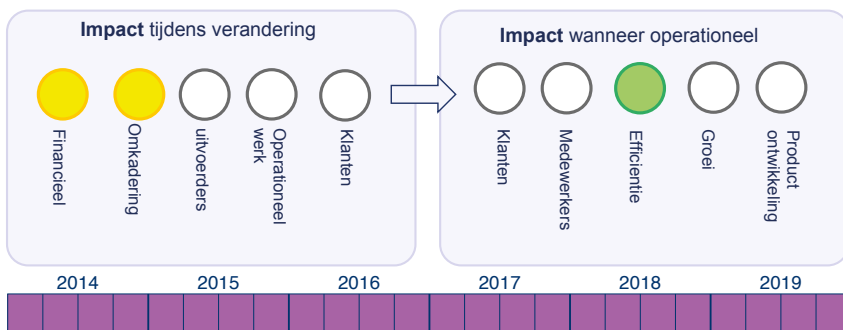
• **Resultaat 11g: Interne organisatie voor uitvoeren complexe programma's.**

Om de hele verandering vlot en efficiënt te laten verlopen, zal het nodig zijn om onze krachten te bundelen :

- dus zullen we oplossingen moeten uitwerken die voor alle diensten gelden, daar waar we vandaag nog steeds geneigd zijn om projecten uit te werken vanuit de context van één specifieke pijler.

- we zullen dus de samenhang tussen de vele projecten constant moeten bewaken.
- ook op het vlak van onze omkadering is er nog werk te verrichten. Niet in elk project moeten alle pijlers vertegenwoordigd zijn. 'Wie wordt ingezet op welke taken?' Is een vraag die we ons geregeld zullen stellen.
- in het kader van ons competentiedenken, moeten we bekijken welke ervaringen van medewerkers kunnen bijdragen in het bereiken van resultaten.

Eén en ander zal dus ook raken aan onze bestaande structuren.



• **Resultaat 11h: Realisatie van een nieuw bedrijfsorganogram.**

De grondige structurele wijzigingen van ons zorgbedrijf zal ook organisatorische implicaties hebben. Los van de talrijke efficiëntiewinsten die we willen nastreven, moet de organisatiestructuur op verschillende bedrijfsniveaus mee evolueren. De ultieme veruitwendiging van Boost2019 zal zich ook moeten vertalen in een nieuw organogram.

