

ZORGCOMMUNICATIE IN VERANDERING

HOE COMMUNICATIE DE SLAGKRACHT VAN ORGANISATIES IN ZORG EN WELZIJN VERSTERKT

Zorgcommunicatie in verandering

Hoe communicatie de slagkracht van organisaties
in zorg en welzijn versterkt

Filip Decruynaere

Acco Leuven / Den Haag

Eerste druk: 2016

Gepubliceerd door

Uitgeverij Acco, Blijde Inkomststraat 22, 3000 Leuven, België
E-mail: uitgeverij@acco.be – Website: www.uitgeverijacco.be

Voor Nederland:

Acco Nederland, Westvlietweg 67 F, 2495 AA Den Haag, Nederland
E-mail: info@uitgeverijacco.nl – Website: www.uitgeverijacco.nl

Omslagontwerp: Elke Broothaers

© 2016 by Acco (Academische Coöperatieve Vennootschap cvba), Leuven (België)

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means without permission in writing from the publisher.



Inhoud

Woord vooraf	11
DEEL 1 VAN CONTEXT NAAR PLAN	13
1. De context waarin organisaties werken en communiceren	15
1.1 Maatschappelijke evoluties en hun impact op zorg en welzijn	15
1.1.1 Demografisch	16
1.1.2 Economisch	17
1.1.3 Sociaal-cultureel	20
1.1.4 Technologisch	25
1.1.5 Ecologisch	26
1.1.6 Politiek-juridisch	26
1.1.7 Wat betekenen deze veranderingen voor de communicatie van zorg- en welzijnsvoorzieningen?	29
2. Wat zijn diensten?	32
2.1 Ontastbaarheid van diensten	32
2.2 Vergankelijkheid of tijdelijkheid	35
2.3 Heterogeniteit in dienstverlening	35
2.4 Interactieve consumptie	36
2.5 Conclusie	36
3. Fundament van alles in communicatie = reputatie	38
3.1 Goede reputatie is geld waard, maar wat koop je ermee?	38
3.2 Bouwen aan reputatie, een kwestie van identiteit en imago	40
3.2.1 Identiteit	40
3.2.2 Imago	48
3.2.3 De verhouding identiteit-imago	54
3.2.4 Identiteit, imago en beeldvorming	55

4. Kwaliteit, perceptie en communicatie	57
4.1 De kwaliteitsperceptie van Grönroos	58
5. Strategische communicatie	62
5.1 Communicatie in het beleid	62
5.2 Beleid, communicatie en marketingmix	70
6. Het belang van een heldere missie, visie en waarden als vertrekpunt	72
6.1 Wat is een missie en een visie?	72
6.2 Waarom zijn missie en visie belangrijk?	73
6.3 Hoe onderscheidend moeten missie, visie en waarden zijn?	76
6.4 Hoe vrij kun je de waarden van je organisatie kiezen?	76
6.5 Hoe komen een missie en visie idealiter tot stand?	78
6.6 Missie, visie en waarden uitschrijven: aan de slag	79
6.7 Het communiceren van de missie, visie en waarden	81
6.7.1 Missie en visie vertalen in de strategie en het beleid	82
6.7.2 Missie en visie vertalen naar gedrag	83
6.7.3 Het communiceren van waarden	84
6.7.4 Het doen leven van de waarden en de visie	85
6.8 Het communiceren van de strategie	86
6.8.1 4 tips voor het communiceren van de strategie	90
7. Het communicatieplan als leidraad en houvast	92
7.1 Fasen in het communicatieplan	94
7.2 Analyse	96
7.3 Communicatiedoelen	96
7.3.1 AIDA	97
7.3.2 Van besef tot gedragsverandering	98
7.3.3 Communicatiedoelen en instrumenten	99
7.4 Communicatiedoelgroepen	101
7.4.1 Interne doelgroepen	102
7.4.2 Externe doelgroepen	103
7.4.3 Primaire doelgroepen, intermediairs en beïnvloeders	104
7.4.4 Houd rekening met je doelpubliek	106
7.4.5 Waarom communicatie dikwijls niet werkt	108
7.5 De boodschap	109
7.5.1 Een boodschap die beklijft	110
7.5.2 Eenvoudig	111

7.5.3	Onverwacht	112
7.5.4	Concreet	113
7.5.5	Geloofwaardig	113
7.5.6	Met gevoel	114
7.5.7	Met een verhaal	115
7.6	Strategie	119
7.6.1	Middelen afstemmen op doelen	119
7.6.2	Trap van Quirke	120
7.6.3	De conversatie-organisatie	121
7.7	Communicatiekanalen	127
7.8	Planning	128
7.9	Budget	129
7.10	Testen en evalueren	129
DEEL 2 VAN PLAN NAAR UITVOERING: DE COMMUNICATIE-INSTRUMENTEN		131
8.	Het arsenaal aan communicatiemiddelen	133
9.	Mondelinge communicatie	135
9.1	Mondelinge interne communicatie	137
9.1.1	Management by walking around	138
9.2	Mondelinge externe communicatie	140
9.3	5 tips voor mondelinge communicatie	142
10.	Pers- en mediarelaties	143
10.1	Wanneer heeft iets nieuwswaarde voor de pers?	145
10.2	Pers- en mediarelaties in nieuwe tijden	148
10.3	Hoe maak je een goed persbericht?	150
10.4	Kan je een persbericht onder embargo versturen?	152
10.5	Hoe verspreid je een persbericht?	153
10.6	Zin en onzin van persconferenties	153
10.7	Openstaan voor vragen en kansen creëren	155
10.8	Advertenties en spotjes	159
10.9	Mediasponsoring	160
10.10	Opiniebijdragen	160
11.	Folders en brochures	162
11.1	Kwaliteit en eenvormigheid	162
11.2	Een teer punt: de distributie	163

11.3	7 tips voor betere folders en brochures + een extra tip	164
12.	Eigen tijdschrift	166
12.1	Gedrukt of elektronisch?	166
12.2	Wat is de ideale frequentie?	167
12.3	Voordelen van een gedrukt magazine	167
12.4	Nadelen van een eigen tijdschrift	168
12.5	8 tips voor betere magazines	168
13.	Het personeelsblad	170
13.1	Soorten personeelsbladen	170
13.2	Complementariteit met intranet	171
13.3	Hoe zorg je ervoor dat het personeelsblad gelezen wordt?	172
13.4	9 tips voor een beter personeelsblad	173
14.	Het jaarverslag	175
14.1	Van verantwoording tot ambassadeurschap	175
14.2	Val op en spring eruit	176
14.3	9 tips voor een beter jaarverslag	177
15.	Websites	179
15.1	Vaak voorkomende gebreken op websites in zorg en welzijn	179
15.2	10 tips voor een betere website	180
15.3	Wat vinden patiënten belangrijk aan een ziekenhuiswebsite?	182
15.4	Analyseer je website en stuur bij waar nodig	183
16.	Digitale nieuwsbrief	184
16.1	Voordelen van een digitale nieuwsbrief	184
16.2	Nadelen van een digitale nieuwsbrief	185
16.3	10 tips voor je digitale nieuwsbrief	185
16.4	Gratis digitale nieuwsbrieven maken	186
17.	Intranet	188
17.1	Intranet met toegevoegde waarde	188
17.2	3 tips voor een beter intranet	191
18.	Beeldschermen	195

19. Affiches	199
20. Evenementen organiseren	200
20.1 Doelstellingen en doelgroepen	200
20.2 Soorten evenementen	201
20.3 Overkoepelende evenementen	201
20.4 10 tips voor een succesvol evenement	202
20.5 Tot slot nog enkele aandachtspunten	202
20.6 Belevingsgerichte communicatie met een permanent karakter	203
21. Sociale media in welzijnsvoorzieningen	206
21.1 Waarom organisaties actief moeten zijn op sociale media	207
21.2 Valkuilen van sociale media	208
21.3 Welke sociale media zijn het meest interessant voor zorg en welzijn?	209
21.3.1 Facebook	209
21.3.2 Twitter	209
21.3.3 LinkedIn	210
21.4 Hoe ontwikkel je een strategie voor sociale media?	211
21.5 Welke berichten kan je delen op sociale media?	214
21.6 Medewerkers als ambassadeurs	218
21.7 Wat met negatieve reacties op sociale media?	220
21.8 Adverteren op sociale media	223
DEEL 3 ENKELE BELANGRIJKE AANDACHTSGEBIEDEN	225
22. Interne communicatie in organisaties	227
22.1 Soorten interne communicatie	229
22.2 Lijncommunicatie: waar loopt het vaak mis?	231
22.3 Parallele communicatie als deel van de oplossing?	232
22.4 Spelers in de interne communicatie	233
22.5 Verantwoordelijkheid vergt ondersteuning	234
22.6 5 vaak terugkerende vragen	236
22.6.1 Hoe voorkomen we een overvloed aan e-mails?	236
22.6.2 Hoe zorgen we ervoor dat medewerkers de elektronische nieuwsbrief ook lezen?	237
22.6.3 Zijn informatievergaderingen van de directie een goed idee?	238

22.6.4	Hoe zorgen we ervoor dat alle medewerkers weten wat ze moeten weten?	240
22.6.5	Hoe voorkomen we dat we te vroeg of te laat communiceren?	240
23.	Crisiscommunicatie in zorg- en welzijnsvoorzieningen	245
23.1	Incidenten en crisissen	245
23.2	Risicogevoeligheid voor een crisis	246
23.3	Wat maakt crisiscommunicatie bijzonder?	247
23.4	Wat is het doel van crisiscommunicatie?	248
23.5	Goede voorbereiding is het halve werk	248
23.5.1	Inhoudelijke en strategische voorbereiding	248
23.5.2	Interne afspraken	250
23.5.3	Het opbouwen van een goede reputatie	250
23.5.4	Oefenen en mediatraining	251
23.6	Crisis(communicatie)team	251
23.7	9 tips voor goede crisiscommunicatie	252
24.	Fondsenwerving	254
24.1	Hoe pak je fondsenwerving aan?	254
24.2	Hoe te beginnen?	256
24.3	Welke communicatiekanalen inzetten voor fondsenwerving?	258
24.4	Houd je schenkers betrokken	259
24.5	5 tips voor een betere fondsenwerving	259
DEEL 4	3 PRAKTIJKVERHALEN ALS UITSMIJTER	261
25.	Praktijkverhaal – Communiceren in tijden van verandering	262
26.	Praktijkverhaal – Cocreatie met cliënten en collega's	265
27.	Praktijkverhaal – Hr en communicatie	268
	Eindnoten	271

Woord vooraf

Communicatie heeft een directe impact op de kwaliteit van zorg en ondersteuning, op de perceptie hiervan door cliënten en op de kwaliteit van leven. Hoe langer ik in het vak sta, hoe meer ik hiervan overtuigd ben. Organisaties die structureel en professioneel aandacht besteden aan hun interne en externe communicatie, maken het verschil.

De zorg- en welzijnssector verandert in snel tempo. Maar ook het communicatievak verandert ingrijpend. Deze veranderingen vormen de rode draad doorheen dit boek, dat daarmee naadloos aansluit op de praktijk. En al is die praktijk heel divers en kleurrijk, ik maak me sterk dat elke zorg- en welzijnsorganisatie – hoe klein of hoe groot ook – in dit boek inspiratie zal vinden.

Sommige organisaties hebben een flink uit de kluiten gewassen, professionele communicatiedienst. In veel andere voorzieningen is communicatie één van de taken van een stafmedewerker of van de directeur. Ook met deze realiteit houdt dit boek rekening. Elke organisatie roeit met de riemen die ze heeft, maar zelfs met beperkte middelen is goede communicatie mogelijk.

Alle zorg- en welzijnsorganisaties doen inspanningen op het gebied van communicatie. Ze maken folders en brochures, hebben een website en verkennen de mogelijkheden van sociale media. Ze werken aan hun interne communicatie, communiceren met de arbeidsmarkt en bouwen pers- en mediarelaties uit. Alleen gebeurt dat in veel organisaties zonder veel samenhang, zonder plan en zonder link met het strategische beleid van de organisatie. Dat is jammer, want zo gaan kansen en middelen verloren.

De voorbije jaren heb ik het voorrecht gehad de zorg- en welzijnssector van nabij te leren kennen. Eerst als communicatieverantwoordelijke van AZ Sint-Lucas in Gent, later als initiatiefnemer van de Dag van de Zorg, als adviseur en redacteur voor heel wat organisaties en als docent communicatie. Ik heb ontzettend veel geleerd uit mijn ontmoetingen en gesprekken met collega's, uit de interessante vragen en de boeiende verhalen van deelnemers aan opleidingen en uit de honderden interviews die ik met beleidsmensen

uit de brede zorg- en welzijnssector had. Ik wil die kennis en inzichten graag delen om anderen te inspireren.

Heel veel dank ben ik verschuldigd aan al wie op een of andere manier heeft bijgedragen aan dit boek. Dank aan de collega's die ik mocht interviewen. Dank aan de koepelorganisaties Zorgnet-Icuro en Vlaams Welzijnsverbond en aan Kortom vzw, die deuren voor me openden. Dank ook aan uitgeverij Acco voor het vertrouwen. Dank aan mijn collega bij Zorgcommunicatie.be Annelies Van Brussel voor de input, de interviews en de kritische feedback. Last but not least, dank aan Caroline Lemaitre, mijn steun en toeverlaat in goede en kwade dagen.

FILIP DECRUYNAERE

april 2016

Zorgcommunicatie.be

DEEL 1

VAN CONTEXT NAAR PLAN

1. De context waarin organisaties werken en communiceren

“De nood aan goede communicatie is er altijd geweest. Maar het besef en het belang ervan groeien. Investeren in communicatie is noodzakelijk.”

Lieven Claeyns, diensthoofd communicatie Broeders van Liefde

De wereld is voortdurend in beweging. Op alle domeinen van het maatschappelijke leven vinden evoluties plaats die ons denken en handelen, onze noden en verwachtingen, onze waarden en normen veranderen. Dat is altijd zo geweest. Alleen gaan de evoluties de jongste decennia almaar sneller. De veranderingen stapelen zich op, beïnvloeden en versterken elkaar.

Dat alles zo snel en ingrijpend verandert, blijft niet zonder gevolgen voor de zorg- en welzijnssector en voor de communicatie van organisaties. Over de paradigmaverschuivingen en disrupties zijn al boeken volgeschreven. We beperken ons in dit hoofdstuk tot enkele van de meest relevante evoluties in de maatschappij, in zorg en welzijn en op het gebied van communicatie. We bekijken tevens wat deze veranderingen betekenen voor de communicatie van zorg- en welzijnsorganisaties vandaag en morgen.

1.1 Maatschappelijke evoluties en hun impact op zorg en welzijn

Om de externe omgeving en veranderingen in kaart te brengen, bijvoorbeeld in het kader van een SWOT-analyse, bestaan verschillende handvatten. Wij opteren voor DESTEP, een letterwoord dat staat voor:

- Demografisch;
- Economisch;
- Sociaal-cultureel;
- Technologisch;
- Ecologisch;
- Politiek-juridisch.

1.1.1 Demografisch

Wat de demografie betreft, kunnen we niet om de vergrijzing heen. Enerzijds leven mensen steeds langer, anderzijds neemt het relatieve aandeel ouderen in onze samenleving almaar toe. Tegen 2030 zal bijna een kwart van de Vlaamse bevolking ouder dan 65 jaar zijn. Het aandeel 80-plussers stijgt in diezelfde periode tot 7%.¹

De vergrijzing laat zich op tal van vlakken en in zowat alle sectoren van zorg en welzijn voelen. In de ouderenzorg zien we een **groei van de zorgvraag** en een stijging van de zorgzwaarte. Bewoners in een woonzorgcentrum zijn gemiddeld ouder en hebben meer verzorging nodig dan twintig jaar geleden. De werkdruk neemt hierdoor toe. Ook in de thuiszorg stijgen de vraag en de zorgzwaarte. Mensen blijven overigens het liefst zo lang mogelijk in hun vertrouwde thuisomgeving wonen. Die keuze wordt aangemoedigd door de overheid, om de zorg betaalbaar te houden.

Voor de ziekenhuizen betekent de vergrijzing een verschuiving van een sterke focus op acute zorg naar meer **chronische zorg**. Oudere mensen lijden vaak aan twee of meer chronische ziekten, waar ze niet aan sterven, maar die ook niet te genezen zijn. Als genezen niet haalbaar is, verschuift het doel naar het zo goed mogelijk leren leven met de beperkingen. ‘Kwaliteit van leven’ is een centraal begrip geworden. Kwaliteit van leven is evenwel iets subjectiefs: het betekent voor elk individu iets anders. Het is maar een van de redenen waarom actief luisteren, in dialoog gaan met zorgvragers en ‘shared decision making’ aan belang winnen.

De verschuiving van klemtoon van acute naar chronische zorg brengt ook met zich mee dat ziekenhuizen niet langer de spil van de gezondheidszorg vormen. Het ‘hospitalocentrisme’ maakt plaats voor samenwerking in **netwerken van zorg**, waarin elke actor zijn plaats en opdracht heeft: het individu zelf, dat medeverantwoordelijkheid krijgt voor een stukje zelfzorg; de mantelzorger; de eerste lijn met de huisarts als spil en de thuiszorg als belangrijkste antenne; de gespecialiseerde voorzieningen zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra. Deze nieuwe realiteit van zorg en ondersteuning in netwerken, noodzaakt een goede samenwerking en afstemming, wat extra uitdagingen betekent voor de communicatie van zorgverleners en organisaties.

De vergrijzing plaatst ook de voorzieningen voor personen met een beperking voor nieuwe uitdagingen. Mensen met een beperking leven langer dan vroeger en worden ook geconfronteerd met ouderdomsziekten als dementie. Door de medische vooruitgang overleven ook meer mensen dan vroeger een ongeluk, zij het soms met een blijvende beperking. Het maakt de noodzaak om de schotten tussen de verschillende sectoren in welzijn en zorg te slopen, nog dwingender. Ook hier zien we een evolutie richting meer **samenwerking**, met alle uitdagingen op het gebied van communicatie die hiermee gepaard gaan.

De vergrijzing heeft nog andere gevolgen, zo ook op het gebied van tewerkstelling. We moeten met minder actieven op de arbeidsmarkt zorg dragen voor méér ouderen. Nieuwe technologie en innovatieve vormen van arbeidsorganisatie kunnen hier voor enig soelaas zorgen.

Bovendien worstelen veel zorg- en welzijnsorganisaties met een hoge leeftijdspiramide bij hun medewerkers. De komende jaren gaan relatief veel zorgverleners met pensioen. Ondanks het stijgende aantal studenten dat voor een zorgopleiding kiest, dreigt voor diverse functies een tekort aan goed opgeleide zorgprofessionals. De **'war for talent'** zal ook in profitsectoren toenemen, wat de concurrentie op de arbeidsmarkt scherper zal stellen. Een sterke profilering als organisatie en een goede arbeidsmarktcommunicatie, gekoppeld aan een motiverende interne communicatie (retentie), worden meer dan ooit noodzakelijk.

Naast de vergrijzing is de migratie een belangrijke evolutie op demografisch gebied. De samenleving is vandaag superdivers. Die culturele diversiteit vertaalt zich in een groeiende diversiteit op de werkvloer, al vergt het inspanningen om allochtone jongeren naar een zorgopleiding te leiden. Ook bij de cliënten neemt de diversiteit toe.

Wat onthouden we uit de demografische evoluties?

- Het aantal zorgvragers en de zorgzwaarte nemen toe.
- De subjectieve kwaliteit van leven staat meer dan ooit centraal, wat het belang van luisteren en in dialoog gaan verhoogt.
- Samenwerking en afstemming in netwerken van zorg met alle betrokken partners, inclusief de zorgvrager en zijn context, is de nieuwe norm.
- De komende jaren stijgt de vraag naar zorgmedewerkers op een krimpende arbeidsmarkt. De 'war for talent' wordt scherper.
- De diversiteit in de samenleving toont zich meer en meer in zorg- en welzijnsorganisaties.

1.1.2 Economisch

De huidige economische context is er een van besparen in de overheidsuitgaven en het stimuleren van de vrije markt. De uitgaven in de sociale zekerheid, waaronder de gezondheidszorg, staan onder druk. De noden zijn groot, de middelen beperkt, de solidariteit lijkt soms op de helling te staan.

De **financiering** van zorg- en welzijnsorganisaties wordt herbekeken. Ook al spelen hier niet alleen economische aspecten, maar bijvoorbeeld ook een streven naar meer kwaliteit, toch is het beheersen van de uitgaven een belangrijk uitgangspunt. Efficiëntie-

winsten moeten ruimte creëren voor een groter aanbod, zodat aan de groeiende vraag voldaan kan worden. Ook hier is samenwerking in horizontale en verticale netwerken van zorg één van de pijlers.

Ziekenhuizen worden gestimuleerd om onderling afspraken te maken over wie welke medische diensten aanbiedt en over het gezamenlijk investeren in dure technologie en apparatuur. Het concurrentiemodel maakt plaats voor een **samenwerkingsmodel**, tenminste toch binnen het eigen netwerk. Tegelijk moeten algemene ziekenhuizen nauwer samenwerken met zorgverleners en organisaties uit de eerste en de derde lijn: huisartsen en thuiszorgorganisaties, woonzorgcentra en revalidatiecentra, universitaire ziekenhuizen en andere partners. Hoe de ziekenhuisfinanciering er binnenkort precies zal uitzien, is koffiedik kijken. Maar dat ze stimulansen zal bevatten voor meer samenwerking, staat in de sterren geschreven.

In de sector van personen met een beperking wordt de **persoonsvolgende financiering** ingevoerd. Cliënten krijgen een budget van de overheid waarmee ze zorg en ondersteuning kunnen inkopen bij een of meerdere aanbieders. De directe subsidies aan de organisaties dalen. De marktwerking doet haar intrede: voorzieningen moeten cliënten overtuigen om op hun diensten een beroep te doen. Nieuwe spelers krijgen kansen, waaronder de thuiszorgorganisaties, maar allicht zijn ook commerciële groepen kapers op de kust.

Praktijkverhaal

“Onze werking actief bekendmaken bij nieuwe zorgvragers”

“Sociaal ondernemerschap is vandaag een must. Dat is niet evident voor een autonome, kleinschalige voorziening als Home Thaleia, die is opgericht door een aantal ouders van kinderen met een beperking. Vandaag is het wenselijk dat we de deuren openen voor andere cliënten. We leven nu eenmaal niet op een eiland. Dat biedt kansen, maar ook uitdagingen. We moeten onze werking actief bekendmaken aan nieuwe zorgvragers. Dat was lang niet nodig, maar vandaag wel.”

Coördinator administratie en maatschappelijk werk Jo Degroote en directeur Lieven Depuydt van Home Thaleia in De Pinte

Ook de financiering van de woonzorgcentra wordt gereorganiseerd. De kans is groot dat ook de ouderenzorg een systeem van persoonsvolgende financiering krijgt. De **marktwerking** in deze sector neemt toe. Grote (internationale) groepen van ouderenvoorzieningen hebben ondertussen vaste voet aan de grond. Ook in de thuiszorg en de thuis-

verpleging neemt de concurrentie van commerciële zorgaanbieders toe, zij het dat deze bedrijven veelal beperkt in omvang zijn en regionaal werken.

De marktwerking groeit overigens ook in de ziekenhuissector. Denk aan de privéklinieken: gespecialiseerde oogklinieken, NKO-klinieken, centra voor plastische chirurgie enzovoort. Het zijn vaak artsen van algemene ziekenhuizen die op een bepaald moment een deel van hun activiteiten uit het ziekenhuis weghalen en alleen of samen met enkele collega's een eigen kliniek oprichten. Doorgaans focussen deze privéklinieken op winstgevende, veilige en gestandaardiseerde behandelingen en ingrepen (cherry picking). Tegelijk bieden ze hun patiënten extra comfort en service. Hiermee veranderen ze het speelveld voor de algemene ziekenhuizen.

Commerciële ziekenhuizen zijn in Vlaanderen nog niet actief, maar vallen niet uit te sluiten. Het Forensisch Psychiatrisch Centrum in Gent wordt vandaag gerund door een commercieel bedrijf.

Marktwerking en commercialisering zijn niet tegen te houden. Dat beseft ook de sector zelf. Zich aan de nieuwe context aanpassen, is de enige optie. Dat vinden ook Raf De Rycke en Paul Gemmel:

“Vanuit de not for profitsector een dam proberen op te werpen tegen commercialisering snijdt (...) geen hout. Commercialisering van de zorg kun je vergelijken met de globalisering van onze samenleving: het heeft weinig zin ervoor of ertegen te zijn. (...) Vanuit strategisch standpunt gezien zou de not for profitsector zich beter voorbereiden op een situatie met zowel een not for profit- als een profitsector binnen de gezondheids- en welzijnssector. Niemand kan principieel gekant zijn tegen een gezonde concurrentie.”²

Zelfs de sector van de kinderopvang is de voorbije jaren grondig veranderd. Ook hier neemt de **professionalisering** toe en voelt men de nood aan betere communicatie.

Praktijkverhaal

“Ook een kinderdagverblijf heeft veel communicatienoden”

“Ook een kinderdagverblijf is een bedrijf. We werken met 30 personeelsleden die instaan voor 250 kinderen per dag. Dat zijn veel relaties en veel communicatienoden. De verwachtingen van de ouders zijn door de jaren heen sterk gegroeid. We hebben vandaag een goede website en een actieve Facebookpagina. Sommige berichten worden tot 1.700 keer gedeeld. Dat bewijst de interesse hiervoor.”

Michael Vanmaele, directeur vzw Vrije Kinderdagverblijven Veurne

VIPA of andere pistes?

Het gebrek aan financiële middelen weegt ook op het onderhouden, vernieuwen en uitbreiden van de infrastructuur van zorg- en welzijnsvoorzieningen. Het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) heeft onvoldoende middelen om alle bouw- en verbouwingswerken mee te financieren. De reglementering is de voorbije jaren al bijgestuurd en verdere aanpassingen zijn aangekondigd.

Meer en meer zorg- en welzijnsvoorzieningen zoeken daarom naast of in plaats van de VIPA-middelen andere manieren van financiering en **nieuwe bronnen van inkomsten**. Dat kan gaan van formules van Publiek-Private Samenwerking (PPS) over crowdfunding tot loutere fondsenwerving.

Het aanboren van nieuwe middelen gebeurt overigens niet alleen voor infrastructuurwerken. Veel organisaties voor personen met een beperking hebben al een sterke traditie van fondsenwerving. Met deze middelen financieren zij vaak projecten die extra comfort en welzijn voor hun gebruikers betekenen. Voor een aantal voorzieningen is fondsenwerving zelfs een structureel en onmisbaar bestanddeel in de begroting om de werking van de organisatie te garanderen. De precaire financiële situatie zal de druk om andere middelen aan te boren ongetwijfeld vergroten. Allicht zullen ook andere sectoren, zoals de ouderenzorg, de komende jaren professioneel aan fondsenwerving doen.

Wat onthouden we uit deze korte economische analyse?

- De middelen zijn beperkt.
- De financiering van zorg- en welzijnsvoorzieningen verandert. Efficiëntiewinsten en samenwerking in netwerken van zorg worden gestimuleerd.
- De marktwerking neemt toe. Voor veel organisaties is het communiceren over hun diensten relatief nieuw.
- Commerciële bedrijven ontdekken de zorg- en welzijnssector en veranderen het speelveld.
- Zorg- en welzijnsorganisaties zoeken naar nieuwe middelen via fondsenwerving en samenwerkingen met bedrijven en andere partners.

1.1.3 Sociaal-cultureel

Een ingrijpende sociaal-culturele evolutie van de jongste vijftig jaar is de **democratisering** en de **emancipatie** van grote bevolkingsgroepen. Mensen zijn mondiger geworden.

Ze willen inspraak, transparantie en ze staan op hun rechten. Het gaat om een brede, maatschappelijke ontwikkeling, die zich op diverse terreinen manifesteert: de openbaarheid van bestuur sinds de jaren negentig, het toenemende belang van consumentenorganisaties, de roep om verantwoording en transparantie.

Die maatschappelijke ontwikkeling doet zich ook voor in de zorg- en welzijnssector. Patiënten, cliënten en hun familieleden zijn mondiger geworden. Ze willen betrokken worden en inspraak krijgen. De paternalistische houding van 'Wij weten het best wat goed is voor u' wordt niet meer aanvaard. 'Nothing about me without me', is de nieuwe mantra. Patiënten verenigen zich in tal van organisaties, met het Vlaams Patiëntenplatform als overkoepelende organisatie, die ondertussen ook een erkende gesprekspartner is op tal van fora waar beslissingen genomen worden. Ook ouderen, mensen met een beperking en mensen met een psychiatrische problematiek hebben verenigingen die voor hen opkomen. **Participatie** is in alle sectoren een groeiend fenomeen. Cliënten staan op hun autonomie en vragen terecht respect voor hun mening. Ze doen dat als groep én als individu. Dat fenomeen versterkt de verschuiving naar kwaliteit van leven als nieuwe norm of als criterium bij het maken van keuzes die een invloed hebben op onze gezondheid en ons welzijn. De mening van de zorgverlener staat nog altijd overeind, maar is niet langer de enige die telt. De wil van de patiënt, oudere of persoon met een beperking is op zijn minst even belangrijk en uiteindelijk zelfs doorslaggevend.

Praktijkverhaal

"Communicatie moet patiënten nauwer betrekken"

"Participatie van cliënten en familie is absoluut nodig. Professionele ervaringsdeskundigen kunnen hierbij een grote rol spelen. Zij weten wat het is om patiënt te zijn, maar kunnen tegelijk al wat meer afstand nemen. Het is mee de opdracht van de communicatiedienst om patiënten nauwer te betrekken. Ook in de beeldvorming. Dat kan bijvoorbeeld met verhalen en getuigenissen van patiënten. Ook de ombudsdienst zou vaker een sparringpartner van de communicatiedienst kunnen zijn. We zitten in een transitieperiode. Het heeft tijd nodig."

Lieven Claeys, diensthoofd communicatie Broeders van Liefde

Kwaliteit van zorg volgens de patiënten

“Patiënten wensen informatie over de gezondheidszorg: ze willen weten hoe het gesteld is met hun gezondheid, welke behandelingsmogelijkheden ze hebben, welke behandelresultaten de ziekenhuizen in hun buurt neerzetten, welke zorgverleners de door hen gekozen behandeling aanbieden...

Op basis van een bevraging van de achterban van het Vlaams Patiëntenplatform kunnen we stellen dat vier aspecten van groot belang zijn voor patiënten als het gaat over kwaliteit van zorg:

- informatie en communicatie;
- toegankelijkheid en betaalbaarheid;
- bejegening, respect en privacy;
- participatie.

Patiënten hanteren dus niet vanzelfsprekend dezelfde criteria als zorgverleners en overheden bij het beoordelen van de kwaliteit van de zorg. Vandaar dat het essentieel is om het patiëntenperspectief te erkennen als essentiële partner van het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg.”

Bron: website Vlaams Patiëntenplatform³

Niet alleen cliënten willen participatie, ook medewerkers

Veel zorg- en welzijnsvoorzieningen zetten in op participatie en inspraak van de zorgvragers – denk aan het ‘stakeholdersoverleg’ en bewonersvergaderingen op organisatieniveau en aan ‘shared decision making’ met beslissingsbomen op individueel niveau. Maar ook de eigen medewerkers zijn mondiger geworden en vragen inspraak en **betrokkenheid**. Ook personeelsleden voelen zich niet langer thuis in een paternalistische omgeving. Ze willen meer ruimte om zelf beslissingen te kunnen nemen. Her en der zien we dan ook prille initiatieven in de richting van meer zelfsturing. Het voorbeeld van Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen,⁴ dat in hoofdstuk 25 nog ter sprake komt, is tekenend. Ook kleinere organisaties experimenteren met nieuwe vormen van arbeidsorganisatie. Maar zelfs organisaties die voor een traditionele, hiërarchische structuur opteren, moeten vandaag anders met hun medewerkers communiceren, met meer nadruk op **luisteren**, dialoog en participatie.

Dezelfde vraag naar overleg, gehoord worden en wederzijdse afstemming speelt ook in de samenwerking met andere zorgpartners. De ontwikkeling van netwerken van zorg brengt organisaties samen die zich tot voor kort niet als partners beschouwden. Niet elke partner komt met dezelfde middelen of uitrusting aan de start. De ene organisatie

is groter, rijker en invloedrijker of heeft een sterkere reputatie dan de andere. Dat zorgt bijna onvermijdelijk voor argwaan en terughoudendheid of op zijn minst voor enige voorzichtigheid. De slaagkansen van een samenwerking in een formeel of informeel netwerk, hangen in grote mate af van de communicatie en de oprechte bereidheid van alle partners om te luisteren en een open dialoog aan te gaan.

Kwaliteit en verantwoording

De maatschappelijke roep naar meer **transparantie** heeft de jongste jaren nog een andere beweging in gang gezet. Van organisaties en bedrijven wordt niet alleen meer verwacht dat ze kwaliteit bieden, ze moeten die kwaliteit ook kunnen aantonen. Onder druk van de maatschappij – waaronder consumentenverenigingen, pers en media – is het belang van aantoonbare kwaliteit flink toegenomen. Dat het om een maatschappelijk fenomeen gaat en niet om iets inherent aan de zorgsector, blijkt uit het feit dat bijvoorbeeld ook het onderwijs en de horeca dezelfde weg opgaan. Ook de inspectieverslagen van scholen en restaurants verschijnen in kranten en media en ook daar was de reactie van de betrokken organisaties en bedrijven aanvankelijk louter defensief. De zorg- en welzijnssector heeft intussen een hele weg afgelegd. Na de aanvankelijke schrik voor openbare inspectieverslagen, werken alle ziekenhuizen nu actief mee aan het Vlaams Indicatorenproject en allemaal hebben ze zich ingeschreven in een accrediteringstraject. Ook in de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg doen indicatoren en accreditering (of certificering) hun intrede. Andere sectoren zullen ongetwijfeld volgen.

Kwaliteit en communicatie zijn erg met elkaar verweven. Goede communicatie is een noodzakelijke voorwaarde voor kwaliteit. Kwaliteit moet bovendien gecommuniceerd worden. En de ervaren kwaliteit is mee afhankelijk van de communicatie en de reputatie van een organisatie. In hoofdstuk 4 gaan we hier dieper op in.

Praktijkverhaal

“De nood aan verantwoording zal nog toenemen”

“Met de persoonsvolgende financiering zal de nood aan verantwoording nog toenemen. De verwachtingen van de gebruikers – mensen met een beperking én hun familie – zullen stijgen. Ze zullen nog kritischer meedenken en verantwoording verwachten.”

Petra Vercruyse, algemeen directeur den achtkanter in Kortrijk

Geen vermaatschappelijking zonder communicatie

Een laatste sociaal-cultureel verschijnsel dat onze aandacht verdient, is de **vermaatschappelijking** van de zorg. De meeste mensen staan op hun autonomie en willen ondanks eventuele beperkingen graag zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen. Dat geldt voor ouderen, maar ook voor personen met een beperking, voor zieke of herstellende mensen of voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Autonomie bepaalt mee de kwaliteit van leven, net als thuis kunnen wonen en er verzorgd worden door mensen die ons nabij zijn. Ook het inclusief deelnemen aan het dagelijkse maatschappelijke leven – met school of werk en vrijetijdsbesteding – bepaalt mee de ervaren kwaliteit van leven. Dat streven naar inclusie en zorg en ondersteuning in de eigen context veronderstelt evenwel enkele noodzakelijke randvoorwaarden. De aanwezigheid en de mate van zelfzorg, mantelzorg en/of buurtzorg is hier één van. Zorg- en welzijnsorganisaties krijgen hiermee nieuwe partners in de zorg: de zorgvrager zelf die geëmpowerd en opgeleid moet worden tot zelfzorg, maar ook de mantelzorgers met wie overleg, educatie en afstemming vereist is, en idealiter ook de buurt – lees: de brede samenleving, het maatschappelijk weefsel. Vermaatschappelijking van de zorg is alleen mogelijk als de maatschappij mee wil. Dat is minder evident dan het lijkt. Het maakt een bijsturing van de **beeldvorming** over ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, mensen met een beperking en een kwetsbaarheid meer dan ooit noodzakelijk. Naast beeldvorming wint ook **'health literacy'** aan belang: het vermogen van mensen om wegwijs te worden in het aanbod zorg en welzijn en om gezondheidsinformatie te verwerven, te lezen en te begrijpen, zodat ze juiste beslissingen kunnen nemen en hun rol als actieve partner in de zorg kunnen opnemen. Empowerment en vermaatschappelijking van de zorg bestaan niet zonder communicatie.

Wat onthouden we uit de sociaal-culturele context?

- Mensen zijn mondiger geworden en willen inspraak, betrokkenheid en participatie.
- De roep om meer verantwoording en transparantie heeft geleid tot meer aandacht voor kwaliteit en de communicatie erover.
- Autonomie, empowerment en de vermaatschappelijking van de zorg zijn alleen mogelijk met goede communicatie.
- 'Health literacy' en de maatschappelijke beeldvorming rond zorg en welzijn nemen aan belang toe.

Praktijkverhaal

“Vertellen wie we zijn en wat we doen”

“Er is nog enige terughoudendheid in de sector jeugdzorg om te communiceren. Velen weten ook niet hoe het werkt. Bovendien moeten wij geen cliënten aantrekken. Toch is het ook onze opdracht om naar buiten te komen en te vertellen wie we zijn, wat onze opdracht is en wie onze jongeren zijn. Onze eerste ervaringen hiermee in Emmaüs zijn heel positief.”

Luc Claessens, algemeen directeur bij Jeugdzorg Emmaüs Regio Antwerpen

1.1.4 Technologisch

De technologische mogelijkheden lijken soms onbeperkt. De medische vooruitgang gaat gestaag verder en kent weinig grenzen. Maar het gebrek aan middelen legt beperkingen op. Een drietal aspecten verdient hier onze aandacht.

Ten eerste zijn er de technologische mogelijkheden van apps, wearables en telemonitoring. Deze innovaties kunnen de gewenste evolutie naar meer zorg thuis en in de maatschappij versterken. Technologie verhoogt de **autonomie** van zorgvragers. Als de gezondheidstoestand van mensen thuis van op een afstand gemonitord kan worden, neemt het hospitalocentrisme verder af. Met apps als Blue Assist kunnen mensen met een beperking zich beter zelfstandig uit de slag trekken. Onlinehulpverlening biedt nieuwe perspectieven, onder meer in de geestelijke gezondheidszorg. Deze nieuwe technologie kan echter maar ten volle renderen met voldoende communicatie, informatie en ‘health literacy’.

Een tweede aspect is de elektronische gegevensdeling, die eindelijk in een stroomversnelling zit. CoZo, Vitalink en eHealth zijn uit de startblokken geschoten en laten zorgverleners en voorzieningen toe om op een veilig platform en met toestemming van de patiënt medische gegevens uit te wisselen. Voor de ouderenzorg staat BelRAI in de steigers. De elektronische gegevensdeling vereenvoudigt en faciliteert de **samenwerking** van zorgverleners en organisaties in netwerken. Het geheel van de data van cliënten vormt een bron van waardevolle informatie en zal in de nabije toekomst meer en meer het gezondheidsbeleid helpen sturen.

Ten slotte kunnen we uiteraard niet om de technologie van **het internet en de sociale media** heen, die het speelveld voor de communicatie hertekend hebben. Daar komen we verderop in dit boek uitgebreid op terug.

Wat onthouden we op technologisch gebied?

- Innovatieve technologie kan de autonomie van zorgvragers versterken en zorg en ondersteuning in de thuissituatie mee mogelijk maken.
- Elektronische gegevensdeling faciliteert de samenwerking in netwerken.
- Internet en de sociale media hebben het speelveld voor de communicatie veranderd.

1.1.5 Ecologisch

Allicht zal de opwarming van de aarde ook in onze contreien enkele nieuwe uitdagingen met zich meebrengen voor de gezondheidszorg. Relevanter voor dit boek is meer in het algemeen de toenemende aandacht voor duurzaamheid en voor **maatschappelijk verantwoord ondernemen** (MVO). Dat MVO is mee gestoeld op de waarden en verwachtingen van de huidige samenleving: dialoog, transparantie en participatie. We zien met andere woorden hoe het duurzaamheidsthema bestaande tendensen verder in de kaart speelt.

Wat onthouden we op ecologisch gebied?

- De toenemende aandacht voor duurzaamheid en maatschappelijk verantwoord ondernemerschap versterkt de klemtoon op dialoog, transparantie en participatie.

1.1.6 Politiek-juridisch

Politiek-juridisch beweegt de zorg- en welzijnssector als zelden voorheen. Opeenvolgende staatshervormingen hertekenen de regelgeving op federaal en Vlaams niveau. Ook na de zesde staatshervorming is nog geen sprake van homogene bevoegdheidspakketten, wat laat vermoeden dat verdere hervormingen zullen volgen. Bovendien is er ook de ‘interne staatshervorming’, die bevoegdheden en middelen van de provincies op het gebied van welzijn overdraagt naar Vlaanderen.

Elke staatshervorming zorgt voor onzekerheid en nieuwe regels, wetten en decreten. Geleidelijk aan tekenen zich aan de horizon evenwel de contouren af van een geïntegreerd Vlaams zorg- en welzijnsbeleid. Hierbij lijkt de ene sector voorop te lopen op het ene gebied en te zullen volgen op een ander domein. Zo krijgt de sector voor personen met een beperking het voortouw in de persoonsvolgende financiering, terwijl de ziekenhuizen het peloton aanvoeren op het gebied van een vernieuwd kwaliteitsbeleid met accreditatie, indicatoren en een nieuw toezichtmodel als pijlers. De geestelijke gezondheidszorg is voorop gestuurd in het uitbouwen van regionale (voor volwassenen) en provinciale

(voor kinderen en jongeren) netwerken met duidelijk omschreven functies. In deze netwerken ligt de klemtoon op de vermaatschappelijking van de zorg met zoveel mogelijk zorg in de thuiscontext, met mobiele teams en een uitgebouwd ambulante netwerk. De jeugdzorg is dan weer als eerste in (bijna) al zijn aspecten en over (bijna) alle schotten heen geïntegreerd in de Integrale Jeugdhulp, met een aanbod rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp en één toegangspoort voor alle niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. Ook de sector van de kinderdagverblijven is de voorbije jaren gestroomlijnd, met nog twee opvangvormen als resultaat: de gezinsopvang (tot 8 kinderen) en de groepsopvang (vanaf 9 kinderen).

Praktijkverhaal

“Samenwerking in netwerken vereist goede communicatie”

“De Integrale Jeugdhulp met de intersectorale toegangspoort verbindt sinds kort zes sectoren. Hoewel de wachtlijsten lang zijn, voelen we toch de nood aan betere communicatie, zeker met verwijzers zoals de Centra voor Leerlingenbegeleiding en de Centra voor Algemeen Welzijn, die in het nieuwe systeem voor een aantal diensten op ons een beroep kunnen doen. Het is belangrijk dat verwijzers onze dienstverlening kennen en weten waarvoor ze bij ons terecht kunnen.

Bovendien willen we af van de geslotenheid van vroeger. We willen een beleid van transparantie en participatie. We streven naar een imago dat herkenbaar is en vertelt waarvoor wij staan. We krijgen hierover steeds meer vragen uit aanpalende sectoren. De samenwerking in netwerken vereist goede communicatie.”

Algemeen directeur Ivan Lemenu en pedagogisch directeur Isabel Lepere, van de korf in Kortrijk

Constanten in de verandering

Hoewel de regelgeving er voorlopig niet minder complex op wordt, keert een vijftal constanten bij elke grote verandering terug. Een eerste constante is de nadruk op **samenwerking**. Zowel binnen elke sector als tussen de sectoren van zorg en welzijn, wordt samenwerking gestimuleerd met het oog op efficiëntiewinst, lagere kosten en meer kwaliteit.

Een tweede terugkerende element is de **vermaatschappelijking** van de zorg. Mensen worden aangemoedigd om zelf verantwoordelijkheid te nemen en een stukje zelfzorg, mantelzorg en de reguliere zorg aan te spreken vooraleer een beroep te doen op gespe-

cialiseerde zorg. Zorg- en welzijnsorganisaties worden gestimuleerd om mensen op hun krachten aan te spreken en zoveel mogelijk ambulante en aan huis te werken. Gespecialiseerde zorg residentieel in een voorziening wordt als laatste stap in de cirkel van zorg beschouwd.

De derde constante is de **professionalisering**, mee gestuurd door de principes van 'good governance'. De voorzieningen met christelijke wortels zijn de voorbije decennia grotendeels de congregaties ontgroeid. Leken hebben de plaats ingenomen in directiecomités en besturen. In de openbare sector zien we een gelijkaardige beweging. De meeste openbare ziekenhuizen zijn gefusioneerd met private of hebben een autonoom statuut verworven. Ook steeds meer OCMW-woonzorgcentra verzelfstandigen of gaan op in een samenwerkingsverband met private initiatiefnemers. Een en ander heeft geleid tot een **schaalvergroting** in diverse sectoren.

Een vierde terugkerend element is de toenemende speelruimte voor commerciële initiatieven. Vooral in de ouderenzorg groeit de concurrentie van grote commerciële spelers, maar het Forensisch Psychiatrisch Centrum in Gent toont dat ook op andere domeinen commerciële groepen op vinkenslag liggen. Deze commerciële actoren veranderen het speelveld en stimuleren de **marktwerking**. Ook de persoonsvolgende financiering, die zorgvragers meer autonomie en beslissingsrecht geeft, speelt de marktwerking in de kaart.

De vijfde constante is de geleidelijke aanpassing van de financiering aan de nieuwe visie en de nieuwe realiteit. Overheidsmiddelen gaan niet meer uitsluitend naar de aanbieders van zorg, maar schuiven gedeeltelijk op naar de zorgvragers, die hiermee de markt van zorg en welzijn mee gaan bepalen. Andere financieringsmechanismen sturen op **kwaliteit, output en samenwerking** en minder op het louter verlenen van prestaties, wat in het verleden te vaak tot overconsumptie leidde. We zien met andere woorden hoe ook het overheidsbeleid maatschappelijke tendensen die we eerder constateerden – respect voor de autonomie, aandacht voor kwaliteit en verantwoording – nog versterken.

Wat onthouden we uit de politiek-juridische invalshoek?

- De maatschappelijke veranderingen worden versterkt en ondersteund door een politiek-juridisch kader dat evenzeer inzet op samenwerking, vermaatschappelijking, verantwoording en professionalisering.
- De marktwerking neemt toe onder druk van enerzijds commerciële spelers en anderzijds zorgvragers die met de persoonsvolgende financiering meer dan vroeger een bepalende factor worden op de markt van vraag en aanbod.

1.1.7 Wat betekenen deze veranderingen voor de communicatie van zorg- en welzijnsvoorzieningen?

Alle hierboven geschetste maatschappelijke ontwikkelingen hebben een grote impact op de verwachtingen die aan de communicatie van zorg- en welzijnsinstellingen gesteld worden. We vatten die impact samen in elf punten.

1. De verwachtingen van zorgvragers zijn toegenomen, zeker op het gebied van gehoord worden, dialoog en participatie. 'Nothing about me without me.' Dat geldt op beleidsniveau, op het niveau van elke voorziening en op het niveau van de individuele zorgrelatie. Alle communicatie begint met luisteren.

Praktijkverhaal

“Luisteren leert je meer dan indicatoren”

“Ik geloof sterk in de meerwaarde van luisteren. Goed luisteren naar cliënten leert je meer dan kwaliteitsindicatoren en tevredenheidsmetingen. In Nederland bestaan er online platformen zoals Zegelgezond.nl en ZorgkaartNederland.nl waar patiënten en cliënten hun ervaringen en verhalen kwijt kunnen. Niet iedereen is hier voorstander van. Toch kan je uit die authentiek beleefde verhalen veel leren. Luisteren naar mensen vergt tijd en een open houding. Maar het vertelt je zoveel over de kwaliteit van de dienstverlening en over de verwachtingen van de mensen.”

Nico De fauw, algemeen directeur CCG Passant in Vlaams-Brabant

2. Zorgvragers willen autonomie. Ze willen geëmpowerd worden. Ze zijn een partner in de zorg, net als de mantelzorgers. Dat kan alleen met correcte informatie, goede communicatie en voldoende 'health literacy'.
3. De marktwerking neemt toe en noopt zorg- en welzijnsorganisaties om zich te profileren. Het bestaande aanbod en nieuwe vormen van dienstverlening moeten gecommuniceerd worden.

Praktijkverhaal

“Een nieuwe manier van denken”

“Het is een nieuwe manier van denken. Onlangs hebben we ons nieuwe zwembad in gebruik genomen. We hebben naar aanleiding hiervan een rondleiding georganiseerd voor externen en ons bewust afgevraagd: hoe gaan we ons bij die mensen profileren?”

We willen ons aanbod tot bij hen brengen en inspelen op vragen die er zijn. Dat zijn nieuwe reflexen. We kijken verder dan louter de rondleiding en het zwembad; we willen ons profileren met ons verhaal, duidelijk maken dat alle vragen welkom zijn.”

Roos Van Bruggen, communicatieverantwoordelijke Het GielsBos in Gierle

4. Sociale media maken deel uit van het dagelijkse leven en de communicatie in de 21ste eeuw. Dat geldt ook voor zorg- en welzijnsorganisaties.
5. De maatschappij verwacht verantwoording van zorg- en welzijnsorganisaties over het efficiënt en duurzaam gebruik van de middelen en de kwaliteit van de dienstverlening. Kwaliteit moet gecommuniceerd worden.
6. Het gebrek aan financiële middelen zet meer en meer organisaties ertoe aan om andere inkomstenbronnen aan te boren. Samenwerking met bedrijven en fondsenwerving winnen aan belang.

Praktijkverhaal

“Samen met je netwerk kun je mooie projecten realiseren”

“Communicatie maakt deel uit van wat we doen. Communicatie is nodig om vertrouwen op te bouwen, het is een middel om vooruit te geraken. Mijn drive om te communiceren is daarom groot. Voor onze nieuwbouw konden we niet zomaar vertrouwen op subsidies of de gewone fondsen. We hebben daarom actief ons netwerk ingezet en hebben samen een mooi project kunnen realiseren.”

Tim Maenhout, voormalig directeur Kinderdagverblijf Sint-Jozef in Wetteren

7. Nu de ‘war for talent’ scherper wordt, moeten zorg- en welzijnsorganisaties zich nog meer dan vroeger actief profileren op de arbeidsmarkt.
8. Ook de medewerkers vragen dialoog, betrokkenheid, openheid en een zekere mate van autonomie in hun werk. De interne communicatie moet hierop inspelen.
9. Pers en media dwingen organisaties om transparant te communiceren en om zich publiek te verantwoorden. De reputatie van een organisatie is kwetsbaar. Goede pers- en mediarelaties en professionele crisiscommunicatie kunnen het verschil maken.
10. Alle ontwikkelingen sturen zorg- en welzijnsorganisaties in de richting van meer samenwerking in netwerken van zorg. Dat leidt tot schaalvergroting en allerlei formele en informele samenwerkingsverbanden. Deze evolutie stelt de communicatie voor nieuwe uitdagingen.

Praktijkverhaal**“In alle strategische thema’s speelt communicatie een centrale rol”**

“Communicatie neemt aan belang toe in onze organisatie. In ons strategisch toekomstplan 2015-2020 is interne en externe communicatie één van de vijf grote thema’s. Maar ook in de andere strategische thema’s speelt communicatie een centrale rol. Of we het nu hebben over de medewerker als motor van de organisatie, over het empoweren van de cliënten, over efficiënte processen of de grote veranderingen in de sector: altijd is communicatie een cruciale factor.”

Bert Van der Auwera, communicatiemedewerker Tordale vzw in Torhout

11. De veranderingen in zorg en welzijn zijn divers en gaan bijzonder snel. Van de medewerkers wordt veel gevraagd, maar ook voor de cliënten is het moeilijk om bij te blijven, met onzekerheid en onrust tot gevolg. Goede veranderingscommunicatie, zowel intern als extern, zorgt voor het noodzakelijke draagvlak om de veranderingen te laten slagen.

Het is tegen deze achtergrond van maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in zorg en welzijn dat dit boek over zorgcommunicatie geschreven is.

Praktijkverhaal**“Koudwatervrees voor communicatie en marketing overwinnen”**

“Ook in de zorg zien we een toenemende marktwerking. De concurrentie neemt toe, de cliënten zijn kritischer en vertonen meer ‘shopping’-gedrag. Zorgorganisaties staan voor de uitdaging om op de diverse klantenbehoeften in te spelen. Dermate klantgericht werken en je cliënten loyaal aan je binden, vraagt een mentaliteitswijziging bij alle medewerkers. Binnen Familiehulp besteden we hier al geruime tijd aandacht aan. In het begin moesten onze sectorverantwoordelijken – voornamelijk maatschappelijk werkers – hun koudwatervrees echt overwinnen. Nu zijn begrippen zoals ‘customer delight’ en het ‘wauw-effect’ bij klanten al veel meer ingeburgerd. Toch is er nog een hele weg te gaan. Wel zijn we er met z’n allen van overtuigd dat wij heel wat expertise in huis hebben, waarmee wij onszelf stevig in de markt kunnen positioneren.”

San Cooreman, manager marketing en communicatie Familiehulp