IN WOORD EN BEELD

JAARVERSLAG

2012

75

zorgnet VLAANDEREN

JAARVERSLAG

2012

IN WOORD EN BEELD

INHOUDSTAFEL

Woord vooraf **6**

Ethiek & waarden **7**
Waardengedreven ondernemen in de zorg 8
Evaluatie euthanasiewet 8
Advies palliatieve sedatie 8
Communicatie over ethische thema's 8

Zorgorganisatie **9**
Algemene ziekenhuizen
2012, een belangrijk besparingsjaar in de ziekteverzekering 10
Voorbereiding congres Vlaamse ziekenhuizen *Together we care* 10
Transmuraal zorgmodel niet-acute zorg 11
Externen in het OK 12
Knelpuntdisciplines en commerciële klinieken 13
Patiëntenparticipatie als een tool voor sterke betrokkenheid 13

Ouderenzorg
PREZO Woonzorg: een systeem voor excellentie in de steigers... 14
Integraal zorgorganisatiemodel voor personen met een langdurige zorgvraag 15
Vormings- en ondersteuningsinitiatieven natraject GPS 2021 16

Geestelijke gezondheidszorg
Ondersteuning voorzieningen GGZ bij implementatie art. 107 17
GGZ en werk 18
Forensische GGZ 18
Kinder- en jongerenteams centra voor geestelijke gezondheidszorg 19
Werkgroep ouderenteams CGG 19
Ondersteuning CGG door Zorgnet Vlaanderen 20
Op weg naar kwaliteitsindicatoren voor de GGZ-sector 20

Zorg en samenleving **21**
VIe staatshervorming: begeleiding overdracht bevoegdheden 22
BTW-plicht in zorgvoorzieningen 22

HR-beleid: **24**
Passie voor je werk van 17 tot 77 jaar? 25
Sociaal overleg: Eris' twistappel 26

Financiering: **27**
Investeringen in de ziekenhuizen 28
Databank financiële gegevens Reflexhis – Newco II 28
Financiële duimregels voor directies:
10 ratio's die de financiële situatie in wzc weergeven 29
RIZIV-financiering in de residentiële ouderenzorg 29
Integratie D-categorie in de residentiële ouderenzorg 30

Communicatie **31**
Beeldvorming ouderenzorg 32
Sociale media 33

Bijlage 1: Samenstelling raad van bestuur (2010-2013) 35
Bijlage 2: Overzicht personeel Zorgnet Vlaanderen op 31/12/2012 36
Bijlage 3: Overzicht studiedagen 2012 38
Bijlage 4: Zorgnet Vlaanderen in cijfers 40

Redactie: Zorgnet Vlaanderen
Eindredactie: Lieve Dhaene, Catherine Zenner
Vormgeving: www.dotplus.be
Verantwoordelijke uitgever:
Guido Van Oevelen, p/a Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel
Citeren als:
Zorgnet Vlaanderen. 2013. *Jaarverslag 2012*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.

WOORD VOORAF

2012 beschrijven in een aantal thema's is een hele opgave. Tal van ambitieuze projecten kleurden het tot een interessant en uitdagend jaar.

Een belangrijke rode draad vormde de VIe staatshervorming. Met het vlinderakkoord werden de contouren vastgelegd van de overheveling naar Vlaanderen van een hele reeks bevoegdheden, waaronder een belangrijk pakket in de gezondheidszorg. Zorgnet Vlaanderen participeerde aan een hele reeks technische werkgroepen, zowel op federaal als op Vlaams niveau, en bracht ervaring en expertise in. De staatshervorming vormt een uitgelezen opportuniteit om na de overdracht van onder meer de ouderenzorg een nieuw ontschot zorgmodel te realiseren dat een antwoord kan bieden op de veranderde zorgnoden. Zorgnet Vlaanderen schreef zijn visie hierop neer in een conceptnota.

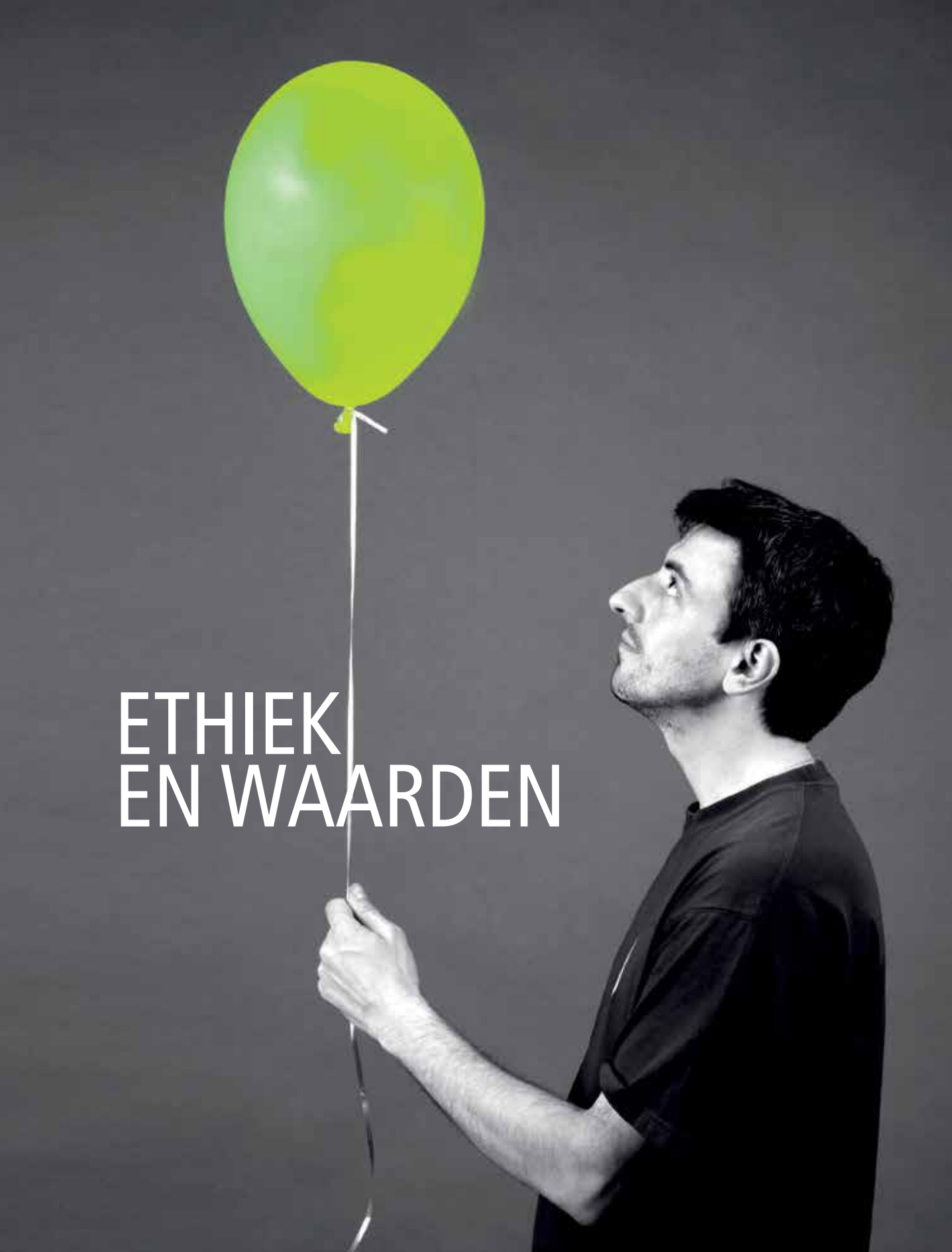
De besparingen vormden een andere rode draad in het overheidsbeleid. De groeinorm van 4,5% in de ziekteverzekering werd definitief verlaten. De gezondheidszorg zag zich geconfronteerd met een besparing van in totaal 425 miljoen euro. Voor nieuwe initiatieven kwam in 2012 geen nieuwe financiering. De schaarste aan middelen liet zich ook voelen in de sociale onderhandelingen voor de federale sectoren. Na maanden onderhandelen over de inzet van 40 miljoen euro besliste de regering unilateraal hoe deze middelen zouden worden besteed. Ook in 2012 werd dus geen sociaal akkoord bereikt.

Ondanks de moeilijke politieke situatie zette het team van Zorgnet Vlaanderen zich in 2012 opnieuw in voor een aantal ambitieuze jaarprojecten. In de ouderenzorg bijvoorbeeld werd op het einde van het jaar het kwaliteitsmodel PREZO Woonzorg gelanceerd, waarmee voorzieningen het eigen functioneren kritisch onder de loep kunnen nemen, en van daaruit borg- of verbetertrajecten kunnen uitwerken. De GGZ pakte onder meer uit met een belangrijk beleidsdossier over de zorg voor geïnterneerden. Zorgnet Vlaanderen zette hiermee zijn pleidooi verder voor een meer humane aanpak en de uitbouw van een forensisch zorgtraject voor geïnterneerden. Bij de algemene ziekenhuizen werd het startschot gegeven voor de voorbereidingen van het ziekenhuiscongres *Together we care* in 2013, waar de actuele noden in de zorgsector vanuit verschillende invalshoeken worden aangekaart.

Een eenvoudige rekensom leert dat ook 2013 voor Zorgnet Vlaanderen een bijzonder jaar wordt: 2013 – 1938 = 75. Zorgnet Vlaanderen bestaat in 2013 75 jaar en viert dat het hele jaar door aan de hand van 75 zorgballonnen. Om uw enthousiasme alvast wat aan te wakkeren vindt u ze in dit jaarverslag terug als leidmotief. We wensen u veel leesplezier toe.

Peter Degadt
Gedelegeerd bestuurder

Guido Van Oevelen
Voorzitter



ETHIEK EN WAARDEN

WAARDENGEDREVEN ONDERNEMEN IN DE ZORG

In maart 2012 startte de commissie voor ethiek met de ontwikkeling van **ethisch advies 17** over 'Waardengedreven ondernemen in de zorg'. De focus van dit advies ligt op de inhoudelijke kenmerken van een waardengedragen zorgcultuur. Centraal staat de wijze waarop **ethiek in de structuur van de zorgorganisatie** als hedendaagse, waardengedreven onderneming aanwezig is of kan zijn. In het bijzonder stonden we stil bij de waarden die richtinggevend kunnen zijn voor de ethische werking van de zorgvoorziening, en de daaraan gekoppelde deugden en competenties voor bestuurders, directies, leidinggevenden, hulpverleners en medewerkers. Naar goede gewoonte werd bij de start van de adviesontwikkeling de toetsing met de dagelijkse realiteit gemaakt door een uitgebreide reeks van interviews met mensen uit de praktijk. De afronding en publicatie van dit advies zijn voorzien voor het najaar van 2013.

EVALUATIE EUTHANASIEWET

Sinds de goedkeuring van de Wet betreffende de Euthanasie in 2002 tekenen zich in ons land ingrijpende verschuivingen af in het denken over en het omgaan met het levenseinde van kwetsbare mensen. We kunnen in dit verband spreken van euthanasie als **'het nieuwe sterven'**. Tijdens een studiedag op 9 februari 2012 stonden we stil bij de cultuurfilosofische, juridische en ethische implicaties van 10 jaar euthanasiewet. De studiedag werd door 550 deelnemers bijgewoond.

Bekijk een beeldreportage van de studiedag

Met toelichtingen van dr. An Haekens (Broeders Alexianen Tienen), prof. Antoon Vandevelde (KU Leuven), directeur Filip Mallems (wzc Sint-Eligius), pastor Heidi De Clerq (wzc Zorg-Saam), verpleegkundig directeur Christine Van Damme (PZ Onze-Lieve-Vrouw), pastor Sabien Hons (AZ Sint-Maarten), verpleegkundige Bart Boudry (Heilig Hartziekenhuis Roeselare), dr. Peter Burvenich (AZ Maria Middelares)

ADVIES PALLIATIEVE SEDATIE

In het kader van de ethische adviesverlening over levenseindezorg keurde de raad van bestuur van Zorgnet Vlaanderen op 27 april 2012 het **ethisch advies 16 '**Palliatieve sedatie' goed. Met dit advies zet de commissie voor ethiek haar traditie voort om de ethische fundamenten van alle medische beslissingen over het levenseinde te exploreren en te beschrijven. Naar aanleiding van de publicatie van Advies 16 organiseerden verschillende zorgvoorzieningen informatie- en discussiesessies over palliatieve sedatie.

Lees het ethisch advies online

COMMUNICATIE OVER ETHISCHE THEMA'S

Net als in 2011 brachten we ook in 2012 een groep mensen samen (artsen, verpleegkundigen) die in hun dagdagelijkse zorgpraktijk geconfronteerd worden met vragen rond het levenseinde. Samen met hen reflecteerden we over de manier waarop het thema euthanasie in de media aan bod komt en hoe hiermee om te gaan.

ZORGORGANISATIE

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

2012, een belangrijk besparingsjaar in de ziekteverzekering

In 2012 werd een volledige tabula rasa gemaakt van de budgetopmaak in vergelijking met vorige jaren. De formateur en de politieke onderhandelaars schaften de groeinorm van 4,5% af. Voor 2012 bedroeg de begrotingsdoelstelling van de ziekteverzekering 25.627.379.000 euro (terwijl normaal elk jaar een stijging wordt opgetekend, lag de doelstelling in 2012 ongeveer 250 miljoen lager dan in 2011).

De regering besliste om in 2012 in totaal 425 miljoen te besparen in de **gezondheidszorg**. Voor nieuwe initiatieven kwam in 2012 geen nieuwe financiering. Hiermee was de toon duidelijk gezet. De uitgaven voor 2012 bleven binnen de begrotingsdoelstelling, zodat er geen bijkomende maatregelen moesten worden getroffen.

Het aandeel van de artsen in de totale besparing bedroeg ca. 60 miljoen euro. De artsen kregen van minister Onkelinx de mogelijkheid om zelf alternatieve maatregelen te lanceren via een medicomut-akkoord van één jaar. De geneesmiddelen leverden 165 miljoen euro aan nieuwe besparingen op. Zo werd het verplicht de goedkoopste geneesmiddelen in de apotheken af te leveren, de verzekeringsinstellingen moeten scherpere controles uitvoeren op de geneesmiddelen, er kwam een prijsdaling van alle terugbetaalde farmaceutische specialiteiten met 1,95% en er was de aankondiging van het systematisch gebruik van het therapeutisch formularium in woonzorgcentra.

De totale besparingen in de ziekenhuizen bedroegen in 2012 **19 miljoen** euro. Zo was er de daling van het gedeelte A3 van het budget financiële middelen (zware apparatuur) voor een aanpassing aan de marktprijs van de apparatuur (NMR en radiotherapie) en kwam er een daling van de B4 van het BFM (projectfinanciering). Het systeem van de referentiebedragen werd uitgebreid met daghospitalisaties en de carensperiode (uitgaven buiten het ziekenhuisverblijf). Tot slot was er een vermindering van de enveloppe van de geforfaitariseerde ziekenhuisgeneesmiddelen.

Er werd ook zwaar bespaard in de zuurstoftherapie. De beperking van de terugbetaalde aandoeningen, de betere controle op het voorschrijfgedrag, de vermindering van het ziekenhuisforfait en van het honorarium voor de publieke officina's moesten 10 miljoen euro opbrengen.

Voorbereiding congres Vlaamse ziekenhuizen Together we care

In 2012 werd het tweedaags congres voor de Vlaamse ziekenhuizen (30 & 31 mei 2013) grondig voorbereid. Het was intussen immers alweer een kleine 20 jaar geleden dat de Vlaamse algemene en categorale ziekenhuizen een congres organiseerden. Na een eerste brainstorming werd een SWOT-analyse uitgevoerd bij de Vlaamse ziekenhuizen. Hieruit kwamen de belangrijkste prioriteiten voor de toekomst naar voren. Op vier aftoetsavonden, drie met de top van de ziekenhuizen en één met een denkgroep van jonge artsen, wisselden de deelnemers hierover enthousiast van gedachten. Bovendien werd ook feedback gevraagd van toonaangevende partnerorganisaties in de zorg. De prioriteiten werden gebundeld in vier grote thema's die het inhoudelijk stramien van het congres vormen. Internationale sprekers werden aangezocht om deze vier invalshoeken vanuit internationale inzichten toe te lichten. Ook werd de redactie aangevat van de publicatie die op het congres wordt voorgesteld.

Kernthema 1 *Continuïteit van zorg*	Prioriteit 1: Netwerken bouwen Prioriteit 2: Lijnen overbruggen Prioriteit 3: Leren standaardiseren
Kernthema 2 *Technologie van morgen*	Prioriteit 1: ICT als ondersteuning van de zorg Prioriteit 2: Centralisatie en decentralisatie in balans
Kernthema 3 *Het nieuwe werken*	Prioriteit 1: Teamwerk = toekomst Prioriteit 2: Taken en functies: nieuwe combinaties
Kernthema 4 *Meer ondernemen met bepertke middelen*	Prioriteit 1: Een geïntegreerd ziekenhuis Prioriteit 2: Meerwaarde betalen

Tot slot stelde een begeleidingsgroep van het congres, onder leiding van de heer Hugo Casteleyn (az Sint-Blasius), de inhoudelijke aanbevelingen mee scherp. Dat leidde tot de vaste intentie om in de toekomst niet nog harder, maar vooral **slimmer** te gaan (samen)werken. Dat is zowel in het belang van het sterk **toenemende aantal chronische patiënten met multimorbiditeit** die meer lokale zorg vereisen als van een aantal acute patiënten die hooggespecialiseerde zorg vereisen.

S	**S**amenwerken in het ziekenhuis en in netwerken
L	**L**ijnen overbruggen via zorgpaden
I	**I**ntelligent en integrerend Elektronisch Patiënten Dossier
M	**M**ultidisciplinair en multiprofessioneel teamwerk
M	**M**ultiproblematiek bij patiënten is de gezamenlijke uitdaging
E	**E**fficiënter en Effectiever via meer standaardisatie op basis van *Evidence Based Medicine*
R	**R**eken en betaalmodel stimuleert de samenwerking

Meer info: www.togetherwecare.be

Transmuraal zorgmodel niet-acute zorg

De uitwerking van een intersectoraal samenwerkingsmodel voor bepaalde patiëntengroepen met complexe en/of chronische problematiek is voor Zorgnet Vlaanderen een belangrijke prioriteit. Vertrekkende van een algemeen model (zorgcircuit, zorgpaden) voor transmurale samenwerking met focus op de behoefte van de patiënt, willen we de scharnierpunten tussen de thuissituatie, eerstelijnszorg en de zorgvoorzieningen in beeld brengen, samen met de praktische randvoorwaarden.

In samenwerking met het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap werden in 2012 twee concrete transmurale zorgpaden/circuits uitgewerkt die specifiek aandacht hebben voor de scharnierpunten tussen ambulante oplossingen (thuis, bij mantelzorgers...), eerstelijnszorg en zorgvoorzieningen. Daarbij houden we in het bijzonder rekening met de concrete behoeften van de patiënt. De voorgestelde transmurale zorgpaden zijn de volgende:

1) Vanuit het oogpunt **"ouderen met een chronische ziekte"** (in het bijzonder cerebrovasculair accident en/of heupproblematiek). Het traject dat daarbij onder de loep wordt genomen is spoed, ziekenhuisopname, revalidatie, hersteloord, woonzorgcentrum, huisarts, thuiszorg...
2) Vanuit het oogpunt **"kinderen en jongeren in nood"** (complexe problemen zoals mishandeling, verslaving...). Daarbij bekijken we ook de link naar justitie, welzijn, spoed, CGG, enzovoort.

De vragen die we ons daarbij stellen zijn de volgende:
1) Wat diende er, op basis van *evidenced based* richtlijnen, te gebeuren met deze patiënten (analyse van het traject)?
2) Wat is er werkelijk gebeurd? Ook kwalitatief onderzoek is belangrijk: welke schakels werkten goed, minder goed of waren afwezig?
3) Hoe hebben de betrokken patiënten en hun families het traject ervaren? Wat zijn de verbeterpunten?

Aan de hand van de opgeworpen knelpunten en uitdagingen zullen we de overheid sensibiliseren om mee voorstellen uit te werken om deze knelpunten op te lossen en een betere afstemming met de noden van patiënten te voorzien.

Externen in het OK

De aanwezigheid van vertegenwoordigers van bedrijven uit de medische hulpmiddelenindustrie (externen) op het OK, zorgde voor heel wat **juridische en praktische hoofdbrekens**.

Zorgnet Vlaanderen richtte hiervoor een werkgroep op, samengesteld uit vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en de industrie van de medische technologieën (UNAMEC). Die boog zich gedurende bijna drie jaar over het probleem. Dat resulteerde in de publicatie *Aanwezigheid van externen in het operatiekwartier: een leidraad voor ziekenhuizen en bedrijven*. De centrale vraag luidde: hoe zich best organiseren conform de vigerende wetgeving en met optimale garanties voor de kwaliteit en de veiligheid van zorg?

Het resultaat van de werkgroep werd voorgesteld op twee studiedagen (17/10 in Leuven en 22/10 in Gent). 120 deelnemers maakten er kennis met het breed gedragen werkstuk.

Daarnaast organiseert UNAMEC in samenwerking met Zorgnet Vlaanderen, de Vereniging van Vlaamse Operatieverpleegkundigen (VVOV) en de Vlaamse Vereniging voor ziekenhuisapothekers (VZA), een opleiding voor externe vertegenwoordigers op het OK. Op die manier wordt hen basiskennis bijgebracht over de werking van het ziekenhuis en het gedrag op het OK. De eerste sessie ging door in het najaar van 2012.

➡ Herlees de publicatie *Aanwezigheid van externen in het operatiekwartier: een leidraad voor ziekenhuizen en bedrijven*

Knelpuntdisciplines en commerciële klinieken

Midden 2012 verscheen de publicatie *Naar een geneeskunde met kantooruren? Voorstellen voor het waarborgen van de continuïteit van zorg*. Aan bod kwamen zowel de problematiek van de knelpuntspecialismen als die van de commerciële klinieken. Beide ontwikkelingen in de zorg zijn immers **nauw met elkaar verstrengeld.** Zo zijn er van bepaalde specialismen wel voldoende medisch specialisten opgeleid, maar is er toch een tekort aan deze specialismen in de ziekenhuizen. Voor sommige specialisten lijkt de keuze om enkel buiten het ziekenhuis te werken in een solopraktijk of in een commerciële kliniek immers interessanter.

Het dossier werd opgenomen op het federale en op het Vlaamse beleidsniveau en kwam veelvuldig aan bod tijdens overlegmomenten op de respectieve kabinetten. Zo organiseerde minister Vandeurzen op 29 november 2012 een colloquium over de problematiek van de knelpuntdisciplines en het medisch aanbod (➡ *lees meer*). Ook het Vlaams initiatief om per decreet een inventaris op te maken van risicovolle praktijken buiten de erkende ziekenhuizen is een eerste stap in de goede richting.

Minister Onkelinx bekijkt momenteel een aantal complementaire maatregelen om de kwaliteit en de veiligheid van elke patiënt, waar of hoe hij ook wordt verzorgd, te waarborgen.

➡ Herlees de publicatie *Naar een geneeskunde met kantooruren? Voorstellen voor het waarborgen van de continuïteit van zorg*

Patiëntenparticipatie als een tool voor sterke betrokkenheid

Zorgnet Vlaanderen organiseerde op 23 november 2012 voor een ruim publiek een interactief symposium in Leuven over het belang van patiëntenparticipatie. Er was ook een ruime afvaardiging van patiëntenverenigingen aanwezig. Op deze studiedag werd met andere woorden niet alleen over de patiënten gesproken, maar ook mét de patiënten.

Betrokkenheid bij de zorg is een belangrijke voorwaarde voor optimale zorg. Alle actoren in een ziekenhuis delen fundamenteel hetzelfde doel: optimale zorg voor de patiënt. Door de patiënt nauwer te betrekken bij de zorg ontstaan er opportuniteiten om bottom-up de neuzen in dezelfde richting te krijgen. Dat past ook in het EFQM-model (European Foundation for Quality Management) dat streeft naar medewerkerstevredenheid, klantentevredenheid en maatschappelijke resultaten.

We brachten vooral **inspiratie vanop het terrein**, onder meer via gesmaakte getuigenissen uit verschillende ziekenhuizen en van diverse patiëntenverenigingen. Die input had ook een praktisch nut, bijvoorbeeld voor de lopende inspanningen in het kader van de accreditatie. Het is duidelijk dat er een gezamenlijke basis is om op een meer gestructureerde wijze de patiënt te laten participeren op micro- (relatie patiënt-hulpverlener) en op mesoniveau (vooral het niveau pathologiegroep of afdeling), mits een aantal belangrijke randvoorwaarden kunnen worden vervuld. Zorgnet Vlaanderen sprak dan ook met het Vlaams Patiëntenplatform af om hierrond verder te blijven samenwerken.

Herbekijk een aantal goede praktijkvoorbeelden
Met de Stomavereniging (regio Antwerpen), Debra International en UZ Leuven, UZA Slaapcentrum en Vereniging Apneupatiënten (Antwerpen), az Sint-Blasius (Dendermonde), OLV van Lourdesziekenhuis (Waregem), AZ Sint-Maarten (Mechelen), AZ Sint-Jozef Malle & AZ Klina (Brasschaat)

OUDERENZORG

PREZO Woonzorg: een systeem voor excellentie in de steigers...

In samenwerking met de Nederlandse keurmerkstichting Perspekt zetten we in 2012 het werk voort dat in 2011 was gestart: het inhoudelijk uitwerken van een **kwaliteitsmodel,** enerzijds gebaseerd op het Nederlandse PREZO en anderzijds op GPS 2021, de visie van Zorgnet Vlaanderen voor de ouderenzorgsector.

Dit kwaliteitsmodel ondersteunt de voorzieningen om te voldoen aan de registratieverplichtingen die de Vlaamse overheid sinds begin 2013 oplegt in het Referentiekader Kwaliteitszorg. Tegelijk biedt het een instrument aan de voorzieningen om stapsgewijs een eigen integraal kwaliteitsbeleid uit te werken. Opzet is boordtabellen te genereren over kwaliteit (vergelijkbaar met de financiële boordtabellen uit onder meer de MARA-studie) én een methodiek voor proces- en resultaatsverbetering aan te reiken.

De projectwerkgroep, waarin directies en kwaliteitsexperts uit twaalf van onze woonzorgcentra participeerden, vergaderde tussen september 2011 en juni 2012 maandelijks om deze klus te klaren. Met het rijke materiaal dat ze aanleverden, ging eerst het projectteam en later ook de eindredactie aan de slag. Dat resulteerde in een aantal **kwaliteitsfiches**, in PREZO-taal "prestaties", die elk een doelstelling beschrijven en daaraan "activiteiten", meetpunten (indicatoren en/of tevredenheidsmetingen) koppelen. Hiermee kunnen voorzieningen het eigen functioneren kritisch onder de loep nemen, en van daaruit vertrekken met borg- of verbetertrajecten.

Eind november 2012 was het kwaliteitsmodel in grote lijnen klaar. Het werd gelanceerd op 19 december, waarbij bestuurders en pilootorganisaties het kwaliteitssysteem letterlijk een vliegende start gaven.

Het ontwikkelde kwaliteitssysteem kreeg de naam PREZO Woonzorg, een verwijzing naar de *roots* die onmiskenbaar in het kwaliteitsmodel PREZO liggen en tegelijk naar de Vlaamse woonzorg. Het systeem werd immers van meet af aan ontwikkeld om inzetbaar te zijn in alle voorzieningen van het woonzorgdecreet.

In de eerste helft van 2013 ontvingen alle woonzorgvoorzieningen van Zorgnet Vlaanderen het kwaliteitssysteem in een mooie losbladige uitgave, bestaande uit een integraal kwaliteitsmodel en een zelfevaluatie-instrument per kwaliteitsthema. Ondertussen wordt in 2013 ook werk gemaakt van het bouwen van een **ondersteunende ICT-applicatie**, die hét portaal zal worden voor het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitszorg van de woonzorgcentra. Om de leden het systeem te leren kennen, wordt vanaf 2013 sterk ingezet op vorming, opleiding en ondersteuning van de voorzieningen. Daarnaast loopt ook een pilootproject, waarin 19 voorzieningen de kans krijgen om in versneld tempo te evolueren naar *excellence centers*, die in hun omgeving de ambassadeurs kunnen zijn voor PREZO Woonzorg. Dat zal zich later in het jaar vertalen in het PREZO Woonzorg **excellentietraject,** waarin voorzieningen en Zorgnet Vlaanderen zich samen engageren om kwaliteit transparant te maken, en om continue organisatiebrede verbetering (PDCA) als methodiek te gaan hanteren.

Integraal zorgorganisatiemodel voor personen met een langdurige zorgvraag

Samen met de vertegenwoordigers van de thuiszorg (Wit-Gele Kruis en Familiehulp) werkte Zorgnet Vlaanderen in 2012 een conceptnota uit met de krijtlijnen van een cliëntgericht, integraal organisatiemodel voor (oudere) personen met een langdurige zorgvraag.

Om een antwoord te formuleren op de stijgende zorgkosten in combinatie met het toenemend aantal ouderen en (multimorbide) chronisch zieken, moeten we dringend de organisatie van de zorg onder de loep nemen. Alle partners in de zorg dragen een enorme verantwoordelijkheid om tot **efficiënte en effectieve samenwerking** te komen, zodat iedereen de gepaste zorg en ondersteuning kan krijgen op het moment dat hij of zij die het meest nodig heeft. Enkel wanneer de partners zich samen bezinnen over de toekomstige inrichting, organisatie en coordinatie van de langetermijnzorg, kunnen we **kwaliteitsvolle en betaalbare langetermijnzorg** duurzaam waarborgen.

Voor het nieuw te ontwikkelen organisatiemodel voor de zorg voor personen met een langdurige zorgvraag kan het conceptuele kader van het *Chronic Care Model* richtinggevend zijn. Woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen zullen, meer als voorheen, samen moeten inzetten op een integrale, interdisciplinaire en interorganisatorische afstemming van hun aanbod op de behoeften van de cliënt. Dat vereist een cultuuromslag in het denken over zorg- en dienstverlenen en een andere benaderings- en werkwijze van alle betrokkenen. Niet in het minst betekent het een herinrichting van de globale zorgorganisatie en de zorg- en dienstverleningsprocessen in het bijzonder. In het toekomstig concept zal veel aandacht moeten gaan naar proactieve, cliëntgerichte zorg- en dienstverlening. (Innovatieve) samenwerkings- en coördinatiemodellen en een geïntegreerd indicatie-instrument (gemeenschappelijk aanmeldingssysteem) zullen aan belang winnen, geschraagd door performante ICT-toepassingen. Taken moeten worden herschikt en nieuwe functies gecreëerd. Ten slotte zal de aanbodgestuurde en versnipperde financiering moeten plaatsmaken voor een cliëntvolgend en globaal financieringssysteem.

De conceptnota gaf een eerste aanzet om de diverse opvattingen te bundelen. Ze werd op diverse overlegmomenten toegelicht, besproken en becommentarieerd. Ongetwijfeld zal ze verder

als basisdocument dienen bij de gesprekken over de staatshervorming en een inspiratie zijn bij de vormgeving van het concept van de 'woonzorgnetwerken', zoals opgenomen in het Vlaamse woonzorgdecreet van 2009.

Vormings- en ondersteuningsinitiatieven natraject GPS 2021

Bestuurders en directies van woonzorgvoorzieningen worden dagelijks geconfronteerd met talrijke nieuwe uitdagingen op het vlak van de ouderenzorg. Zo worden ouderen steeds mondiger, beter geïnformeerd en zijn ze bewuste zorgconsumenten; differentieert en professionaliseert de zorg- en dienstverlening; gaan zorgvoorzieningen verticale en horizontale samenwerkingsverbanden aan…

Zorgnet Vlaanderen ontwikkelde ook in 2012 een specifiek vormingsaanbod voor bestuurders en directies om hen de kans te bieden om 'mee' te zijn met de meest **actuele trends en ontwikkelingen**, zodat ze hun beleidsvoering hierop tijdig kunnen aanpassen.

Geheel in de lijn van het congres 'GPS 2021 – Nieuwe navigatie voor ouderenzorg' van 2010 werden in 2012 de volgende vormings- en ondersteuningsinitiatieven georganiseerd:

- bestuurdersdialogen in de vijf provincies;
- een masterclass voor nieuwe directies;
- een terugkomdag voor de deelnemers van de masterclassen voor nieuwe directies;
- een masterclass voor nieuwe bestuurders;
- twee GPS 2021 Academies over de volgende onderwerpen:
  1) Sociale innovatie in samenwerking met Flanders Synergy ;
  2) Strategisch management in samenwerking met prof. Heene, Universiteit Gent.

  Aan deze academies konden ook niet-leden van Zorgnet Vlaanderen deelnemen. Diverse actoren uit de thuiszorg maakten van deze gelegenheid gebruik. Niet alleen het vormingsmoment, maar ook het netwerkmoment na de academie werd door de deelnemers bijzonder gewaardeerd.

Deze vormings- en ondersteuningsinitiatieven voor bestuurders en directies worden in 2013 voortgezet.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Ondersteuning voorzieningen GGZ bij implementatie art. 107

De tien projecten "107" die in 2011 hun goedkeuring kregen, kwamen in 2012 uit de steigers met de opstart van nieuwe mobiele ambulante teams. Dat ging gepaard met vragen over de concrete operationalisering van de vijf verschillende functies, zoals beschreven in de *Gids naar een betere GGZ door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*. Overleg volgde over de precieze betekenis van de functies en het samenspel tussen de vijf functies binnen het werkingsgebied van een netwerk.

Zorgnet Vlaanderen gaf daarbij richting aan de inhoud van de **vorming**, die werd aangeboden door de FOD Volksgezondheid in de vorm van stages in het buitenland, **lokale ondersteuning** door buitenlandse experten in de mobiele teams en de **groepsmeeting** met vertegenwoordigers uit alle mobiele teams.

Zorgnet Vlaanderen zorgde ook voor een explicitering van de vijf functies in een **beschrijvende tekst.** Op die manier werden de zich ontwikkelende netwerken in hun eigen denk- en ontwikkelingsproces gestimuleerd. Zorgnet Vlaanderen stelde deze tekst voor aan 130 directies van de GGZ-leden tijdens een denkdag op 24 oktober 2012. Tijdens dezelfde denkdag werden ook een aantal interessante tips aangereikt voor het beheersmatige aspect van de netwerken: hoe de aansturing van een netwerk organiseren?

Tijdens de begrotingsbesprekingen van de federale overheid in maart 2012 stond de uitbreiding van de vermaatschappelijking van de GGZ met negen bijkomende projecten 107 zwaar onder druk. Onder impuls van Zorgnet Vlaanderen en de betrokken netwerken werd actie gevoerd, tot een **ludieke betoging** tijdens de Interministeriële conferentie (OMC) toe. Dat resulteerde in de beslissing van de Interministeriële Conferentie op 18 juni 2012 dat de negen bijkomende projecten 107 dan toch konden starten vanaf 1 januari 2013.

Bekijk een beeldverslag van de denkdag
Een interview met stafmedewerker Yves Wuyts (Zorgnet Vlaanderen), prof. dr. Patrick Kenis (Antwerp Management School), dr. Ingmar Clausen (Ostfold Hospital Trust Noorwegen)

Herbekijk een verslag van de ludieke 107-actie
Een interview met gedelegeerd bestuurder Peter Degadt (Zorgnet Vlaanderen), cliënte Nancy, kamerlid Manu Beuselinck (N-VA), minister Laurette Onkelinx (PS), minister Jo Vandeurzen (CD&V)

GGZ en werk

Op aangeven van de Vlaamse kabinetten Werk, Sociale Economie en Welzijn/Gezondheid keurde de Vlaamse regering in juli 2011 **een conceptnota over arbeidszorg** goed. De tekst bevatte een concept van samenwerking tussen de drie kabinetten. In 2012 kreeg deze conceptnota verder vorm.

Voortbouwend op de werkzaamheden van de werkgroep GGZ-activering en in de schoot van vergaderingen van het Vlaamse Departement Welzijn, gaven vertegenwoordigers van Zorgnet Vlaanderen heel wat feedback op de manier waarop vorm zou worden gegeven aan het **case-management welzijn** in samenspel tussen de verschillende betrokken actoren. Vooral het niet invullen van de derde trede van de participatieladder, het uitvoeren van arbeidsmatige activiteiten enkele uren per week met welzijns- of zorgondersteuning, is een doorn is het oog van de GGZ-sector.

Daardoor wordt de mogelijke betekenis van de samenwerking tussen de drie bevoegdheidsdomeinen voor mensen met GGZ-problemen tot quasi nul herleid.

Forensische GGZ

Het thema **internering** dook in 2012 regelmatig op in de media. Zo was er de suïcide van een geïnterneerde in een gevangenis en zag België zich meermaals veroordeeld door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens wegens de onmenselijke situatie van de vele geïnterneerden in de Belgische gevangenissen.

Ongeveer 28% van de in totaal 4.093 geïnterneerden in België komen in een gevangenis terecht. De teller staat momenteel op 1.153 en het aantal neemt jaar na jaar toe. Bijna één op de acht Vlaamse gevangenen is geïnterneerd. De geïnterneerden in de Belgische gevangenissen kosten de overheid jaarlijks minstens **40 miljoen euro**, middelen die beter buiten een gevangenis besteed worden aan een gepaste opvang en behandeling van geïnterneerden.

Zorgnet Vlaanderen pleit al jarenlang voor een meer **humane aanpak.** In oktober 2012 werd de uitbouw van een **forensisch zorgtraject voor geïnterneerden** voorgesteld in een nieuwe publicatie *Geen opsluiting, maar sleutels tot re-integratie.* Deze brochure vertrekt vanuit een analyse van de huidige situatie van de problematiek van geïnterneerden, gestaafd met het meest recente en beschikbare cijfermateriaal. Op basis daarvan formuleert Zorgnet Vlaanderen een reeks beleidsvoorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden:

- over het spanningsveld tussen zorgvraag en zorgaanbod: voorstel voor de verdere uitvoering van het federaal meerjarenplan Vandeurzen-Onkelinx (2009) met aandacht voor de verschillende noden van geïnterneerden;
- behandeling, begeleiding en/of verzorging binnen de specifieke én reguliere GGZ;
- uitbouw van een netwerk van relevante actoren (GGZ, Justitie…) met een collectieve verantwoordelijkheid voor de behandeling, begeleiding en/of verzorging van geïnterneerden;
- aanpassing van de wet van 21 april 2007 betreffende de internering van personen met een geestesstoornis, in functie van de bovenstaande principes.

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van december 2012 besliste tot verdere uitvoering van het federaal meerjarenplan.

Toch zijn verdere aandacht en inspanningen door Zorgnet Vlaanderen in het dossier internering noodzakelijk. De inhoudelijke invulling van de verdere uitvoering van het federaal meerjarenplan moet afgestemd zijn op de noden van de geïnterneerden en de lacunes in het huidige aanbod. Daarnaast is het nodig om de sector te ondersteunen bij de creatie van netwerken en de integratie in het zorgprogramma GGZ voor volwassenen ("artikel 107"). Ten slotte moeten we ons standpunt verder inbrengen in de verschillende fora voor de analyse en aanpassingen van de nieuwe interneringswet.

Herlees de publicatie

Kinder- en jongerenteams centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGGKJ)

De **profieltekst** kinder- en jongerenteams CGG (CGGKJ-teams) is het resultaat van uitgebreide gedachtewisselingen in de Werkgroep KIDS van Zorgnet Vlaanderen, onderschreven door de Stuurgroep CGG en het bestuurscollege geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het document is in eerste instantie bedoeld voor intern gebruik binnen het CGGKJ-team en is een stap op weg naar een gemeenschappelijk werkingsprofiel van de CGGKJ-teams. Deze gezamenlijke basistekst geeft een duidelijk beeld van het aanbod en de zorgfuncties waarvoor de verschillende kinderteams garant wensen te staan. Tegelijk is er ruimte voor eigen accenten, naargelang de sociologische en zorgcontext waarin het CGG zich beweegt, de plaatselijke netwerken en de zorgonderdelen die het beoogt. Deze tekst is bruikbaar in plaatselijke besprekingen bij het oprichten van psychiatrische netwerken voor en de ontwikkeling van het zorgprogramma GGZKJ, in de plannen Integrale Jeugdhulpverlening, en als duidingsinstrument voor andere zorgactoren.

In de schoot van de collectieve werkgroep GGZKJ (breder dan de CGG) werd ook een schriftelijke GGZ-bijdrage geleverd aan de **Staten-Generaal** die de sector Bijzondere Jeugdzorg in juni 2012 organiseerde. Deze kritische maar coöperatieve **reflectienota** van Zorgnet Vlaanderen (GGZ) ging zeker niet ongemerkt voorbij in het Vlaamse welzijnslandschap en onze duidelijke uitgestoken hand resulteerde in 2013 in een constructieve dialoog met deze sector.

Werkgroep ouderenteams CGG

De werkgroep "Oud-is-in" boog zich over de **werking van de ouderenteams** in de CGG. Het resultaat is een stand van zaken over hoe de CGG beslisten om te gaan met de 0,5 voltijds equivalenten (VTE) die ze kregen om hun ouderenwerking uit te bouwen. Het is verrassend te constateren dat de personeelsinzet voor deze groep overal sterk toegenomen is, door het verschuiven van medewerkers uit de teams voor volwassenen. Op sommige plaatsen wordt nu tot het vijfvoudige ingezet. De werkgroep maakte een status quaestionis op, waarin een aantal richtingen worden meegegeven voor de toekomst. Eind 2012 kreeg elk CGG immers een tweede halftijdse kracht toebedeeld. Het was dan ook cruciaal een paar sectorale richtingwijzers te ontwikkelen voor de directies over de aangewezen inzet en opdracht.

Ondersteuning CGG door Zorgnet Vlaanderen

Naast de begeleiding van het CGG-veld in de ontwikkeling van schriftelijke handvatten en richtingswijzers voor zowel de kinderen- en jongerenteams als de ouderenteams, kreeg de decretaal vastgelegde ondersteuningsopdracht van de CGG nog gestalte in uiteenlopende projecten. Illustratief noemen we hier de werkzaamheden in het kader van het besluit van de regering met betrekking tot de (niet-medische) **patiëntenbijdrage.** Intensief onderhandelwerk leidde tot een beter aanvaardbare regelgeving in een haalbare timing. Vanaf mei 2013 betaalt de patiënt in de CGG-sector dan ook een opgelegde eigen bijdrage in een transparanter afsprakenkader.

Tot slot kwam in het najaar ook de decretale regelgeving, die **de financiering regelt aan Zorgnet Vlaanderen als een van de drie Vlaamse ondersteuningsstructuren voor de CGG/GGZ,** onder druk. De minister wilde de financiering niet langer rechtstreeks aan de koepels uitkeren, maar aan de CGG zelf om hun koepelaansluiting mee te betalen. Zorgnet Vlaanderen kon zich vinden in deze wijziging en het bureau van de raad van bestuur besloot dan ook tot een nieuw model van ledenbijdrage voor de CGG. In extremis kregen we in maart 2013 het bericht van het kabinet van de minister dat de omslag in de regelgeving niet zou doorgaan en dat het oude systeem van betoelaging van de koepels zou behouden blijven.

Op weg naar kwaliteitsindicatoren voor de GGZ-sector

Voortbouwend op het project van kwaliteitsindicatoren voor algemene ziekenhuizen en op de werkzaamheden van de gemengde werkgroep ‘kwaliteit’ van Zorgnet Vlaanderen en ICURO, werd het project **“Quality indicators voor de GGZ”**, of kortweg QIP-GGZ, in de steigers gezet. Samen met andere stakeholders, waaronder de Vlaamse overheid en beroepsgroepen van GGZ-professionals, werd een bureau gevormd, dat fungeert als een werkverdeler.

Het project werd officieel boven de doopvont gehouden op 18 december 2012, waarbij 135 professionals uit 65 GGZ-voorzieningen het project en de projectontwikkeling goedkeurden. Tevens werden **vijf thema’s** gekozen waarrond vijf werkgroepen in de loop van 2013 enkele kwaliteitsindicatoren zullen uitwerken.

ZORG EN SAMENLEVING

VI^{e} STAATSHERVORMING: BEGELEIDING OVERDRACHT BEVOEGDHEDEN

Met het vlinderakkoord werden de contouren voor de zesde staatshervorming vastgelegd. Dit akkoord tussen acht partijen voorziet de overheveling naar Vlaanderen van een hele reeks bevoegdheden in onder andere de gezondheidszorg. De voorbereidingen van deze overdracht gingen in de loop van 2012 van start en zijn vandaag nog volop aan de gang. Ook Zorgnet Vlaanderen wordt hierbij nauw betrokken, zowel op federaal als op Vlaams niveau, voor zijn expertise en visie.

Een overzicht:

- **Standpuntvoorbereiding**
  Het bureau en de directie van Zorgnet Vlaanderen wijdden een strategische tweedaagse aan dit thema.

- **Federale contacten**
  Er vonden ontmoetingen plaats met staatssecretarissen voor Staatshervorming, Servais Verherstraeten en Melchior Wathelet, en hun kabinetten. Ook technische werkgroepen deden, en doen nog steeds, een beroep op de expertise van Zorgnet Vlaanderen.

- **Visienota: pleidooi voor een ontschot zorgmodel op Vlaams niveau**
  Zorgnet Vlaanderen wil actief meedenken over hoe het nieuwe Vlaams organisatiemodel voor Zorg en Welzijn er in de toekomst kan uitzien. We schreven onze visie neer in een uitgebreide nota, als basis voor reflectie en onderhandeling.

- **Groenboek van de Vlaamse regering**
  Hoe zal Vlaanderen de nieuwe verantwoordelijkheden opnemen na de overdracht? Eind 2012 werd Zorgnet Vlaanderen uitgenodigd door het kabinet van minister Jo Vandeurzen om te participeren aan de werkgroepen die zich buigen over mogelijke scenario's met betrekking tot de integratie en het beheer van de nieuwe Vlaamse bevoegdheden. Die zullen neergeschreven worden in het zogenaamde Groenboek dat zowel focust op de transitiefase (korte termijn) als op de strategische en operationele opties op halflange tot lange termijn.

BTW-PLICHT IN ZORGVOORZIENINGEN

Meer en meer worden zorgvoorzieningen die in wezen vrijgesteld zijn van BTW geconfronteerd met **fiscale vraagstukken** over de aanrekening van BTW op handelingen die zij verrichten. Naast de handelingen die plaatsvinden in het kader van een samenwerkingsovereenkomst met een andere voorziening zijn er handelingen die deel uitmaken van klinische studies, het uitbaten van een cafetaria en/of een parking, funerariumdiensten, en dergelijke meer.

In oktober 2012 organiseerde Zorgnet Vlaanderen **een opleidingstraject** in twee stappen om de welzijns- en gezondheidssector zo optimaal mogelijk voor te bereiden op haar fiscale verplichtingen ter zake.

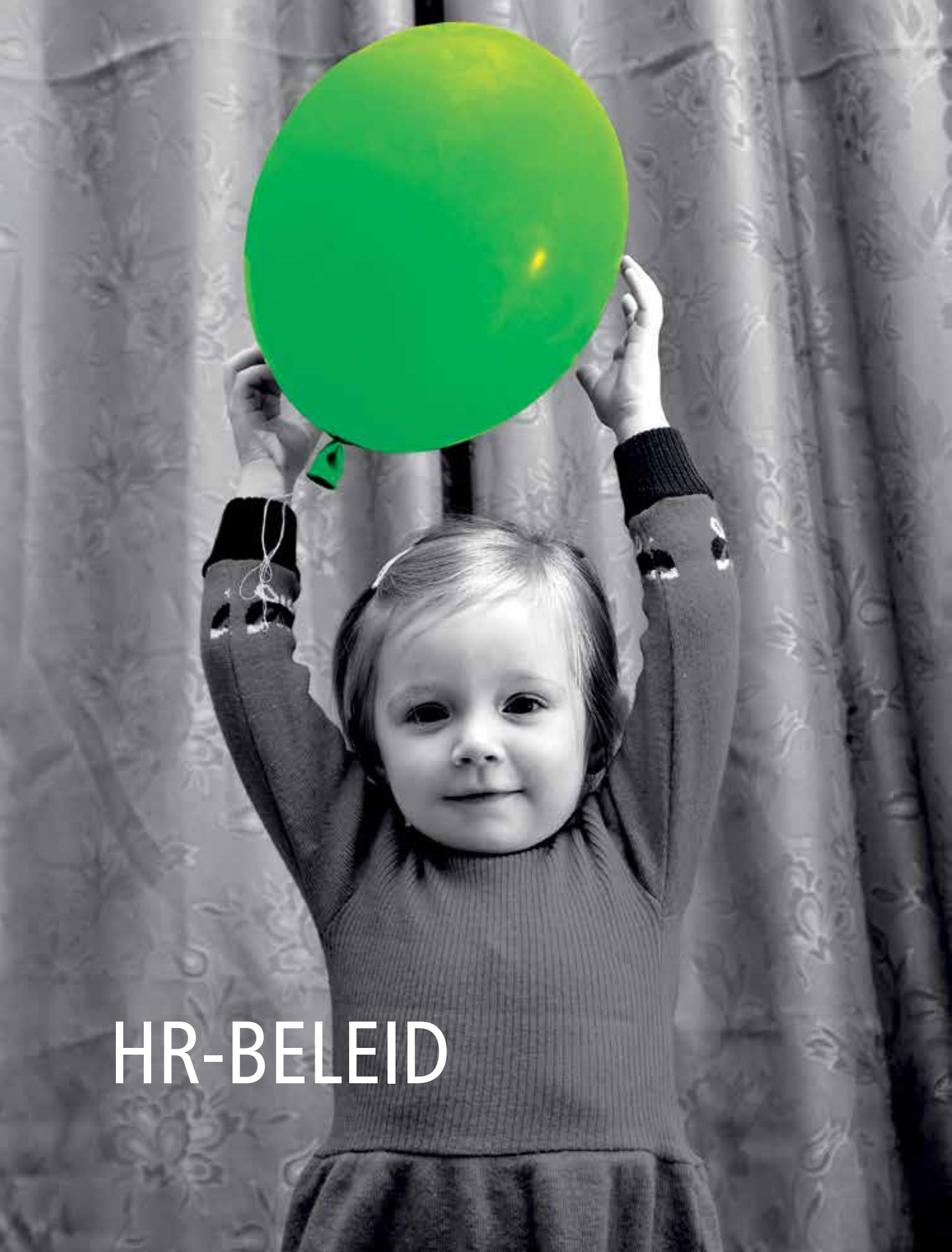
1) Voorzieningen in de gezondheids- en welzijnssector **werken steeds meer samen.** Dat resulteert in meer kostenefficiëntie en is ook nodig om patiënten zorgtrajecten op maat te kunnen bieden. Maar die vormen van samenwerking plaatsen de initiatiefnemers ook voor fiscale problemen. Zo hebben ze meer en meer vragen bij de **toepassing van de BTW-wetgeving bij onderlinge kostenverrekeningen.**

   Zorgnet Vlaanderen ging daarop het gesprek aan met het kabinet van Financiën, het BTW-hoofdbestuur, de FOD Volksgezondheid en het Vlaamse kabinet van Welzijn en Gezondheid. Dat resulteerde in een werkbaar beslissingsmodel dat zorgvoorzieningen meer rechtszekerheid biedt en hen voor de samenwerkingsvormen die gericht zijn op zorg, ontheft van BTW-plicht.

   Het beslissingsmodel werd voorgesteld op een studiedag op 2 oktober 2012, bijgewoond door meer dan 300 deelnemers. Kort daarna volgde de officiële circulaire (circulaire AAFisc Nr. 36/2012 (E.T.123.129) van 27 november 2012 *online* te consulteren).

Herbekijk het beeldverslag
Met interviews van gedelegeerd bestuurder Peter Degadt (Zorgnet Vlaanderen), voormalig minister van Financiën Steven Vanackere, stafmedewerker Miek Peeters (Zorgnet Vlaanderen)

2) Het aannemen van het statuut gemengd BTW-plichtige is het gevolg van keuzes die door de bestuurder gemaakt worden. Het brengt uiteraard een aantal verplichtingen met zich mee, maar biedt ook opportuniteiten die de keuze vanuit fiscaal en financieel standpunt aantrekkelijk kunnen maken. In het tweede deel van de vorming (23 en 26 oktober) kregen de directies van de voorzieningen een **checklist van aandachtspunten** die bij het maken van de keuze in overweging kunnen worden genomen. Daarbij leerden ze aan welke vereisten en administratieve verplichtingen moet voldaan worden indien gekozen wordt voor het statuut van gemengd BTW-plichtige.



HR-BELEID

PASSIE VOOR JE WERK VAN 17 TOT 77 JAAR?

Verlenging van brugpensioen al dan niet toestaan? Een werkgelegenheidsplan voor oudere werknemers invoeren? De intersectorale commissies medewerkersbeleid en zorg sloegen de handen in elkaar om praktische handvatten aan te reiken voor een personeelsbeleid dat rekening houdt met alle leeftijden en generaties, en dat gericht is op **"duurzame inzetbaarheid"**.

Al snel werd duidelijk dat een leeftijdsbewust personeelsbeleid niet enkel inzoomt op oudere werknemers, en de uitdagingen om hen langer aan de slag te houden, maar al start van vóór de aanwerving van oudere én jongere werknemers.

De gesprekken resulteerden in een succesrijke studiedag waar tal van ervaringsdeskundigen concrete *tips & trics* aanreikten. Zo werd de leeftijdsscan gepromoot, een internettool die helpt om een duidelijk beeld te vormen van de samenstelling van de diverse leeftijdsgroepen in de organisatie en het huidige bedrijfsklimaat en mogelijke knelpunten rond ouder worden.

Daarnaast was er specifieke aandacht voor de valkuiken inzake leeftijd bij het aanwervingsproces, het talentmanagement in de zorgsector, het loopbaanbeleid, het flexibel (zelf)roosteren en de voordelen van een integraal gezondheidsbeleid voor eigen werknemers. Tot slot werd ingezoomd op de verplichting om werkgelegenheidsplannen op te maken vanaf 2013. Concrete handvatten werden meegegeven voor de opmaak van dit werkgelegenheidsplan.

Op de website van Zorgnet Vlaanderen, op het intranet, intersectoraal gedeelte, zijn ter inspiratie van het eigen plan een aantal werkgelegenheidsplannen van andere leden terug te vinden.

➡ *Herlees een verslag van de studiedag*

SOCIAAL OVERLEG: ERIS' TWISTAPPEL

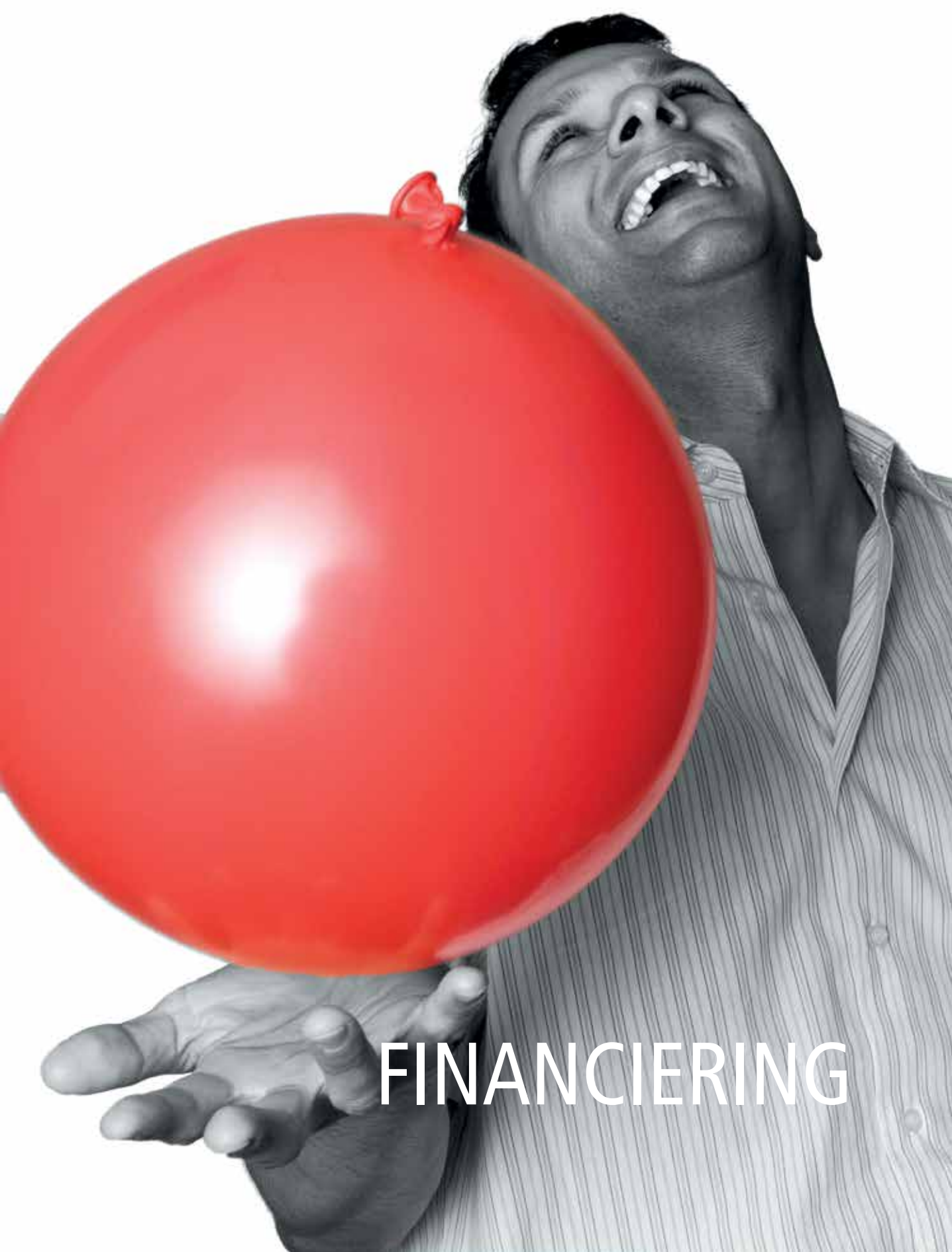
40 miljoen euro, de sociale twistappel van 2012. In tijden van drastische besparingen en besnoeiingen hadden de ministers van Werk en van Sociale Zaken 40 miljoen euro losgekregen van hun collega's om in 2012 bijkomend in te zetten in de federale zorgsectoren. Deze 40 miljoen euro moest de basis vormen voor een nieuw sociaal akkoord voor de federale zorgsector. De sociale partners waren het erover eens dat deze som een aanzet kon vormen tot invoering van een **sectoraal nieuw functieclassificatiesysteem.**

Om de pil te verzachten hadden de ministers echter beloofd dat het bedrag enkel zou ingezet worden voor **bijkomende tewerkstelling**. Vooral de werknemersvertegenwoordigers konden dit niet slikken. Zij hadden andere prioriteiten, zoals de verhoging van de koopkracht en werkdrukvermindering. Die standpunten werden met hand en tand verdedigd bij de overheid. Uiteindelijk sprokkelde de regering 10 miljoen euro extra bijeen om tegemoet te komen aan de syndicale eisen. Dat vormde het begin van Trojaanse twistgesprekken. De werkgevers wilden de 40 miljoen euro inzetten voor één sector, namelijk de ouderenzorg, gelet op de nakende vergrijzing. De vakorganisaties wensten de diverse sectoren te bedienen. De overige 10 miljoen euro, afgeroomd van andere zorgmaatregelen, moesten voor de patronale organisaties ten volle ingezet worden voor een verhoging van het wel heel karig aanvullend pensioen dat sectoraal voorzien is. De vakbonden eisten financiële ondersteuning van het syndicaal fonds enerzijds en een barema-aanpassing voor één enkele functie, namelijk de zorgkundigen, anderzijds. Een verloning voor de diensthoofden in functie van hun verzwaard takenpakket leek hen minder essentieel.

In de laatste teksten van wat een sociaal akkoord moest worden, staat dat de ministers voor de invulling van de 10 miljoen euro vooral zijn **ingegaan op de syndicale verzuchtingen**, meer nog, een verhoging van het aanvullend pensioen kon enkel voor de voorzieningen met publiekrechtelijk karakter.

Voor alle werkgevers van de ziekenhuizen en de ouderenzorg was de finale tekst onaanvaardbaar. Zij hebben dan ook **geweigerd tot een sociaal akkoord** over te gaan, hierin bijgetreden, evenwel om andere argumenten, door een vakbond van de publieke voorzieningen. In de ogen van de ministers en private vakbonden was/is er dus een sociaal akkoord, voor de werkgeversorganisaties is er geen. Een sociaal akkoord vergt, tot nader order, de goedkeuring van alle partijen.

De minister van Sociale Zaken heeft dan maar zelf de knopen doorgehakt en de middelen voor de bijkomende jobs toebedeeld. Voor het overige nam ze de nodige beslissingen om de overheidskeuzes door te drukken.



FINANCIERING

INVESTERINGEN IN DE ZIEKENHUIZEN

Ziekenhuizen worden gebouwd voor de toekomst. Nieuwe trends en evoluties veranderen het zorglandschap echter voortdurend. Zo vindt steeds meer zorg ambulant of in het dagziekenhuis plaats, doet de vergrijzing de gemiddelde leeftijd van patiënten toenemen en stijgt het belang van informatica (telemedicine, communicatie tussen zorgaanbieders...). Daarnaast zullen samenwerking en netwerking het zorgaanbod in de toekomst nog meer bepalen en stellen patiënten hogere kwaliteits- en comforteisen. Het spreekt voor zich dat deze ontwikkelingen een belangrijke impact hebben op de architectuur, de infrastructuur en de financiering van investeringen in de ziekenhuizen.

De sector staat op dit ogenblik bovendien op een historisch keerpunt. De bevoegdheden voor investeringen in de ziekenhuizen worden overgedragen van de federale overheid naar de Gemeenschappen.

Dit is dan ook een perfect moment voor een aanzet naar een nieuwe **visie op investeren.** Die moet uitgaan van de nieuwe inzichten en concepten voor de bouw van ziekenhuizen, gekoppeld aan alternatieve financieringsinstrumenten.

Zorgnet Vlaanderen organiseerde hierover een succesvolle studietweedaagse op 1 en 2 juni 2012.

➡ *Bekijk hier een beeldverslag.*
Interviews met algemeen directeur Koen Michiels (AZ Nikolaas), Margo Annemans (KU Leuven), Raf De Rycke (voorzitter van de Broeders van Liefde)

DATABANK FINANCIËLE GEGEVENS REFLEXHIS – NEWCO II

Eind 2011 namen enkele leden samen met Zorgnet Vlaanderen en ICURO het initiatief om een eigen, neutrale en onafhankelijke databank op te starten met ziekenhuisgegevens van Vlaamse ziekenhuizen. Hiertoe zou een CVBA “Reflexhis” worden opgericht die zich, op basis van de kennis en deskundigheid van de bestaande Matrixdatabank, verder zou specialiseren in benchmarking van pathologie- en MVG-gegevens van de ziekenhuizen.

Microniveau: benchmarking
De doorstart van de bestaande Matrixdatabank als de verzelfstandigde nieuwe databank Reflexhis stelde zich tot doel meermaals per jaar prospectieve vergelijkende studies aan te bieden aan Vlaamse ziekenhuizen. Die zouden kunnen gaan over verantwoorde bedden, forfait geneesmiddelen, referentiebedragen, MVGII... waarbij de participanten hun positie ten aanzien van hun collega’s kunnen bepalen.

Macroniveau: beleidsvoorbereiding & collectieve belangenbehartiging
Een databank met ziekenhuisgegevens heeft ook voor de koepels nut indien die gegevens, mits toelating van de betrokkenen, gebruikt kunnen worden voor beleidsvoorbereidende sectorstudies en ter ondersteuning van collectieve belangenbehartiging. De Franstalige koepels richtten hiervoor al enige tijd geleden hun eigen databanken op. Na een bevraging in het voorjaar van 2012 bleek er bij de leden uiteindelijk toch onvoldoende bereidheid te zijn om in het project te stappen. Om bedrijfseconomisch levensvatbaar te zijn diende Reflexhis minimaal 70% van de Vlaamse markt van algemene ziekenhuizen (uitgedrukt in erkende bedden) als klant te hebben. Het initiatief werd dan ook stopgezet.

De nood aan toegang tot ziekenhuisgegevens voor beleidsvoorbereiding en ter ondersteuning van collectieve belangenbehartiging blijft weliswaar bestaan. Daarom werd op het bestuurscollege van december 2012 de goedkeuring gegeven om in te gaan op de voorstellen tot samenwerking van commerciële benchmarkfirma's.

FINANCIËLE DUIMREGELS VOOR DIRECTIES: 10 RATIO'S DIE DE FINANCIËLE SITUATIE IN WOONZORGCENTRA WEERGEVEN

In 2012 werd ingezoomd op het gebruik van de MARA- benchmarktool in de individuele woonzorgcentra. Bijna twee derde van de leden-woonzorgcentra participeren aan de MARA-studie en krijgen een **individuele positionering van hun cijfers ten opzichte van het sectorgemiddelde**. Om het gebruik van deze cijfers op voorzieningsniveau te stimuleren, gingen Renaat Van der Stock (Belfius), Ann Goossens (Corilus) en Clara Van den Broeck (Zorgnet Vlaanderen) voor verdere toelichting op pad. Ze gaven een informatiesessie in Leuven, Mechelen en Torhout met in totaal 112 ingeschrevenen.

De individuele positionering van een woonzorgcentrum werd anoniem besproken. De financiele handvatten waarop directies en raden van bestuur zich kunnen beroepen kwamen concreet aan bod. Er werd een selectie gemaakt van de voornaamste ratio's en begrippen uit de financiële analyse. Ook de link tussen balans, resultatenrekening en ratio's werd in een meerjarenperspectief uitgelegd.

In het kader van de investeringspolitiek en de daarbij horende exploitatierisico's is het voor Zorgnet Vlaanderen belangrijk de leden via de MARA-tool te kunnen ondersteunen in professioneel financieel management.

RIZIV-FINANCIERING IN DE RESIDENTIËLE OUDERENZORG

Woonzorgcentra zijn voor ongeveer de helft van hun omzet afhankelijk van RIZIV-financiering. Dit financieringskanaal is van vitaal belang voor de residentiële ouderenzorg. Naast de financiering van het zorgpersoneel via het instellingsforfait, betaalt het RIZIV de meerkost van de sociale akkoorden 2000 – 2005 (derde luik) en kunnen voorzieningen ook rekenen op de financiering eindeloopbaan. Ook de centra voor dagverzorging zijn in grote mate afhankelijk van de RIZIV-financiering.

De wetgeving is met de jaren aangepast en complexer geworden en het werd dus hoogtijd voor een opfrissing. Het handboek RIZIV-financiering werd volledig geactualiseerd en herdrukt.

Zorgnet Vlaanderen bereikte zo'n 420 deelnemers tijdens de vier vormingsessies die voor de leden werden georganiseerd. Hoewel de meeste deelnemers vertrouwd zijn met de financieringsprincipes werd een gedetailleerd overzicht als zeer nuttig ervaren. Ook de uitgebreide aandacht aan de RIZIV-actualia werd gewaardeerd.

INTEGRATIE D-CATEGORIE IN DE RESIDENTIËLE OUDERENZORG

Al jaren is er discussie over een betere financiering van de omkadering voor dementerende bewoners in de residentiële ouderenzorg. In het RIZIV legde een werkgroep zich gedurende een tweetal jaar toe op de doelstelling de **personeelsomkadering voor dementerende bewoners** op te trekken in een meerjarenperspectief. Het plan van aanpak werd in juni 2010 opgeleverd.

In die periode viel de federale regering, met 541 dagen politiek vacuüm tot gevolg. De nieuwe federale regering trad aan, het vlinderakkoord werd bezegeld én besparingen werden vooropgesteld. In die budgettaire context kon het RIZIV weinig risico's nemen. Uiteindelijk werd het wachten tot 1 januari 2013 voor een eerste stap in de integratie van de D-categorie in de woonzorgcentra. In de centra voor dagverzorging werden D-profielen vanaf 1 januari 2012 toegelaten voor RIZIV-financiering.

Naast de klassieke KATZ-categorieën (O, A, B, C en Cd) is er nu een **D-categorie** gedefinieerd. Voordien bleef het onduidelijk hoeveel bewoners effectief lijden aan dementie in de Belgische residentiële ouderenzorg. Zorgmedewerkers en RIZIV-inspectie in de voorzieningen gebruikten soms de *mini mental state* als toets. Dit instrument duidt op desoriëntatie in tijd en ruimte, maar geeft weinig inzicht in het ziektebeeld dementie. Te snel worden bewoners als 'dementerend' bestempeld, wanneer zij bijvoorbeeld tijdelijk verward zijn of lijden aan een zware depressie.

Dankzij het dementieplan van minister Onkelinx en de invoering van de D-categorie is er nu een stimulans ingebouwd voor de bewoner, families en huisartsen om een grondiger diagnostisch onderzoek te laten plegen over de desoriëntatie in samenwerking met de arts-specialist. Voorlopig kan de D-categorie énkel in de centra voor dagverzorging en op de ROB-afdelingen (inclusief kortverblijf) worden toegekend. De personeelsomkadering werd opgetrokken tot op het niveau van het B-profiel (maar de nadruk verschuift van verpleging naar paramedici). Dat betekent als prioritaire eerste stap een belangrijke investering in zorgomkadering voor O- en A-profielen met diagnose dementie.

COMMUNICATIE

BEELDVORMING OUDERENZORG

De oudere van vandaag en morgen is niet langer die van gisteren. Mensen worden steeds ouder, mondiger en eisen kwaliteitsvolle zorgen. Terecht ook. De voorzieningen uit de ouderenzorg trachten die zorg, met de aanwezige middelen en mensen, dag in dag uit te verstrekken. Toch moet de sector opboksen tegen een steeds terugkerende negatieve berichtgeving met schrijnende verhalen over afhankelijke ouderen en een tekortschietende hulpverlening. Deze 'cowboyverhalen' moeten terecht aangepakt worden, maar kleuren meteen ook het beeld dat wordt opgehangen van een hele sector. Een sector waarin het gros van de voorzieningen bijzonder goed werk verricht.

Zorgnet Vlaanderen wil een actieve bijdrage leveren om de sector op een correcte, positievere manier in beeld te brengen. 2012 was een jaar van voorbereidende gesprekken met experten in beeldvorming, de beeldvorming van (residentiële) ouderenzorg, en de media. Zij leerden vooral dat de beeldvorming van een sector niet op één dag kan veranderen, met één grote actie. Het is een **werk van lange adem.** Het volgehouden naar buiten brengen van positieve voorbeelden is de te bewandelen weg.

Zorgnet Vlaanderen neemt hun advies ter harte en wil zijn leden hiertoe aanmoedigen en waar mogelijk ondersteunen. Niet alleen door te reageren op negatieve berichtgeving, maar ook door proactief naar de pers te stappen en onze eigen communicatiekanalen (Zorgwijzer, website, sociale media) in te zetten voor de bekendmaking van positieve praktijkvoorbeelden.

In 2013 zetten we dit positieve verhaal verder met het project 'Dialoog tussen jong en oud – Uit het leven gegrepen', gesteund door de Koning Boudewijnstichting. Daarbij bundelen we mooie voorbeelden van intergenerationele samenwerking in de ouderenzorg in een aantal beeldreportages en een inspiratieboek.

Het enthousiasme uit de sector is alvast sprekend en de inzendingen talrijk. Een teken dat deze sector leeft!

SOCIALE MEDIA

Sociale media zijn in opmars. Ook de zorgsector ontdekt deze nieuwe manier van communiceren, die tal van mogelijkheden biedt naar de binding met patiënt of bewoner, het aanwerven van personeel, de perceptie van een organisatie, de profilering als werkgever, het transparant maken van een werking... en nog zoveel meer.

Magazines, flyers, websites, en dergelijke meer bewijzen uiteraard nog steeds hun nut. Sociale media kunnen hierop wel een mooie, interactieve aanvulling vormen. Zorgvoorzieningen staan dus voor de belangrijke taak deze communicatiemiddelen te integreren tot een alomvattend communicatiebeleid, dat focust op transparantie en het uitwisselen van informatie met de patiënt of cliënt.

Zorgnet Vlaanderen wil zijn leden hierin bijstaan en startte in 2012 de voorbereidingen van de studiedag en publicatie 'Wegwijzer sociale media in de zorg'.

Zorgnet Vlaanderen wil alvast zelf het goede voorbeeld geven en is zelf sinds 2012 aanwezig op LinkedIn, Facebook, Twitter en Youtube. Zo hopen we nog korter op de bal te spelen en u sneller van relevante informatie te voorzien.

www.facebook.com/zorgnetvlaanderen

@ZorgnetVl

LinkedIn zorgnetvlaanderen

www.youtube.com/zorgnetvlaanderen

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Samenstelling raad van bestuur (2010-2013)

- Guido Van Oevelen, voorzitter
- Bernard Bruggeman, ondervoorzitter
- Peter Degadt, gedelegeerd bestuurder
- Filip Mallems, voorzitter sectoraal bestuurscollege ouderenzorg
- Koen Oosterlinck, voorzitter sectoraal bestuurscollege geestelijke gezondheidszorg
- Rosette Van Overvelt, voorzitter sectoraal bestuurscollege algemene ziekenhuizen

E.Z. Clara Bostyn
Jos Claes
Patrick Cokelaere, lid van het Bureau
E.Z. Clarette De Coene
Marita De Medts
Raphaël De Rycke
Jan Deleu, lid van het Bureau
E.Z. Mieke Kerckhof
Johan Kips
Vera Lambert
Frank Lippens
Mathieu Martens
Bart Massart
Joseph Peuskens
Rudi Pluymers
Jacques Poncelet
Gui Rush, lid van het Bureau
Joël Tally
Bart Van Bree, lid van het Bureau
Dirk Van Hoecke
Felix Vanbel
Frank Vancauwenberghe, lid van het Bureau
Marc Vanhauwenhuyse
Etienne Wauters, lid van het Bureau

BIJLAGE 2

Overzicht personeel Zorgnet Vlaanderen op 31/12/2012

Voorzitter
Guido VAN OEVELEN

Directiecomité
Peter DEGADT, gedelegeerd bestuurder
Daniel DEVOS, sectorcoördinator algemene ziekenhuizen
Isabel MOENS, sectorcoördinator geestelijke gezondheidszorg
Tarsi WINDEY, sectorcoördinator ouderenzorg
Kris DE KOKER, financieel-administratief directeur
Lieve DHAENE, stafmedewerker directie

Intersectorale staf
Jules BAERT, consulent milieu- en veiligheidsproblematiek, arbeidsveiligheid (welzijn op het werk), leefmilieu, ruimtelijke ordening en energie
Nico DE FAUW, stafmedewerker zorg
Yvonne DENIER, stafmedewerker ethische thema's
Chris GASTMANS, stafmedewerker ethische thema's
Miek PEETERS, stafmedewerker, kabinetsmedewerker gezondheidsrecht, welzijnsrecht, Europees recht, juridische vraagstukken
Peter RAEYMAEKERS, stafmedewerker ICT, technologie, bouw
Klaartje THEUNIS, stafmedewerker sociaalrechtelijke materies, HR-beleid
Debbie VERSCHUEREN, stafmedewerker sociaalrechtelijke materies
Catherine ZENNER, stafmedewerker pers en communicatie

Staf Algemene Ziekenhuizen
Ingrid NOLIS, stafmedewerker begroting RIZIV, revalidatie, financieel-economische vraagstukken
Johan PAUWELS, stafmedewerker Vlaamse materies, medische specialismen, innovatie, kwaliteitsbeleid en accreditering
Maurice TUERLINCKX, stafmedewerker budget financiële middelen, financiering, VIPA
Katrien VERSCHOREN, stafmedewerker begroting, financiering, registraties, macro-economische analyse

Staf Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

Ann MOENS, stafmedewerker ambulante GGZ/CGG (doelgroep kinderen en jongeren), eerste lijn en preventie
Ludewei PAUWELYN, stafmedewerker bijzondere zorgtrajecten GGZ, revalidatieovereenkomsten GGZ en ambulante GGZ/CGG
Yves WUYTS, stafmedewerker PZ, PVT en Beschut Wonen (doelgroep volwassenen), sociale inclusie

Staf Ouderenzorg

Saskia MAHIEU, stafmedewerker ouderenzorg
Clara VAN DEN BROECK, stafmedewerker financieel-economische zaken
Bernadette VAN DEN HEUVEL, stafmedewerker natraject GPS 2021
Roel VAN DE WYGAERT, stafmedewerker zorgorganisatie en kwaliteitsbeleid

Staf regionale werking

Walter SABLON, stafmedewerker Antwerpen, Vlaams-Brabant en Limburg
Karolin VANNIEUWENHUYSE, stafmedewerker Oost-Vlaanderen en West-Vlaanderen
Gilbert DE GHESQUIERE, stafmedewerker Oost-Vlaanderen
Frans VANDAMME, stafmedewerker West-Vlaanderen

Systeembeheer en datacel

Frank VANMARSENILLE, systeembeheerder
Wouter VANGOSSUM, systeembeheerder
Nadine WUYTS, secretariaatsmedewerker

Boekhouding

Gilberte JACQUEMYN
Griet TORREKENS

Secretariaat, onthaal en logistiek

Evelien DELEENEER, secretariaatsmedewerker
Anita SCHEERS , secretariaatsmedewerker
Chris TEUGELS, secretariaatsmedewerker
Marianne TROCH, secretariaatsmedewerker
Marleen VAN MOL, onthaalmedewerker
Geert DE WIEST, logistiek medewerker

BIJLAGE 3

Overzicht studiedagen 2012

2 februari	Medewerkersmonitor 2011	101
9 februari	Het nieuwe sterven	572
29 januari	Communiceren in ziekenhuizen: op papier, elektronisch of via sociale media?	117
23 april	Workshop "De goede verpleegkundige: percepties van oncologische patiënten"	47
25 april	Sectoraal aanvullend pensioen / Federale tweede pensioenpijler gezondheidsdiensten (Leuven)	38
26 april	Sectoraal aanvullend pensioen / Federale tweede pensioenpijler gezondheidsdiensten (Gent)	69
26 april	Staten-generaal BJB-GGZ	9
8 mei	Uurroosterplanning Beschut Wonen	24
1 juni + 2 juni	INVESTERINGEN in algemene en psychiatrische ziekenhuizen	79
19 juni	MARA (Mechelen)	39
26 juni	MARA (Torhout)	21
30 augustus	Informatievergadering Pilootprojecten ruimtelijke zorgconcepten OZ (Gent)	52
31 augustus	Informatievergadering Pilootprojecten ruimtelijke zorgconcepten OZ (Leuven)	18
	RIZIV-vormingssessie Ouderenzorg (4 dagen in totaal)	422
2 oktober	Samenwerking tussen voorzieningen en BTW-gevolgen	352
4 en 5 oktober	Tweedaagse 'Levensmoeheid bij ouderen'	36
17 oktober	Denkgroep jonge enthousiaste ziekenhuisartsen	22
17 oktober	Extern personeel operatiekwartier (Leuven)	59
22 oktober	Extern personeel operatiekwartier (Gent)	69
23 oktober	Gemengd BTW-statuut (Gent)	161
26 oktober	Gemengd BTW-statuut (Leuven)	107
24 oktober	Strategische denkdag GGZ	136
13 november	Meten is weten ... en dan ?	100
23 november	PATIËNTENPARTICIPATIE als tool voor betrokkenheid : het ziekenhuis als gezamenlijk project	122
5 december	Gepassioneerd door je job van 17 tot 77 jaar ?	86
	Implementatie woonzorgdecreet (2 dagen)	211
14 december	Workshop "Ethisch beleid inzake euthanasie in woonzorgcentra: ontwikkeling in de praktijk"	86
20 december	MARA Financiële Analyse van de VZW Woonzorgcentra	143
	MARA Sectorstudie	63

	Functiecomplement	
17 + 24 april + 8 + 15 mei 2012	BASISopleiding Functiecomplement	25 (16)
26 april 2012 + 3 mei	Permanente vorming Functiecomplement (Torhout)	29
22 + 29 mei	Permanente vorming Functiecomplement (Leuven)	56
9 + 16 oktober	Permanente vorming Functiecomplement (Gent)	113
8 + 15 november	Permanente vorming Functiecomplement (Antwerpen)	86
6 + 13 december	BIJKOMENDE Permanente vorming Functiecomplement (Antwerpen)	17
	GPS 2021	
	Start up now masterclass nieuwe directies (4 dagen)	14
16 en 17/3/	Topstart masterclass bestuurders	16
	GPS bestuurdersdialogen (5 dagen in totaal)	218
	GPS-academies (3 academies in totaal)	141
7 november	Terugkomdag nieuwe directies	25
6 december	Lezingenreeks - deel 1	56

BIJLAGE 4

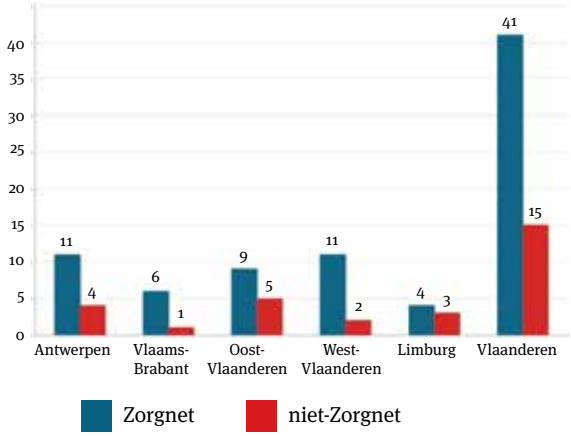
Zorgnet Vlaanderen in cijfers

Acute AZ

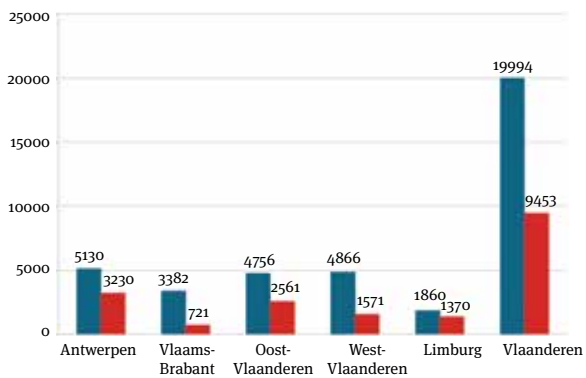
aantal ziekenhuizen									
Provincie	Open-baar	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal	open-baar	vzw/niet-Zorgnet	vzw/ Zorgnet
Antwerpen	4	11	15	11	100%	73%	27%	0%	73%
Vlaams-Brabant	1	6	7	6	100%	86%	14%	0%	86%
Oost-Vlaanderen	5	9	14	9	100%	64%	36%	0%	64%
West-Vlaanderen	2	11	13	11	100%	85%	15%	0%	85%
Limburg	3	4	7	4	100%	57%	43%	0%	57%
Totaal	**15**	**41**	**56**	**41**	**100%**	**73%**	**27%**	**0%**	**73%**

aantal bedden									
Provincie	Open-baar	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal	open-baar	vzw/niet-Zorgnet	vzw/ Zorgnet
Antwerpen	3230	5130	8360	5130	100%	61%	39%	0%	61%
Vlaams-Brabant	721	3382	4103	3382	100%	82%	18%	0%	82%
Oost-Vlaanderen	2561	4756	7317	4756	100%	65%	35%	0%	65%
West-Vlaanderen	1571	4866	6437	4866	100%	76%	24%	0%	76%
Limburg	1370	1860	3230	1860	100%	58%	42%	0%	58%
Totaal	**9453**	**19994**	**29447**	**19994**	**100%**	**68%**	**32%**	**0%**	**68%**

Aantal acute ziekenhuizen



Aantal bedden acute ziekenhuizen

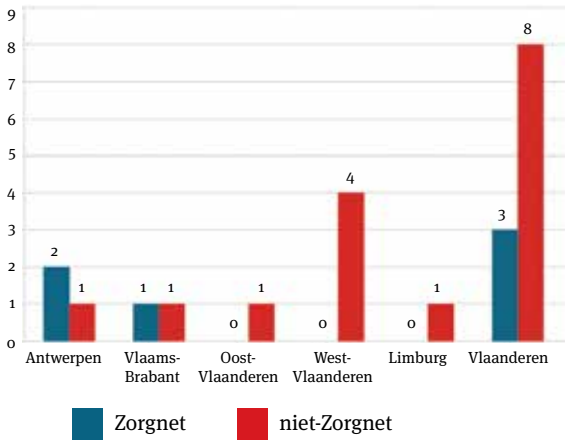


AZ met geïsoleerde Sp en/of G

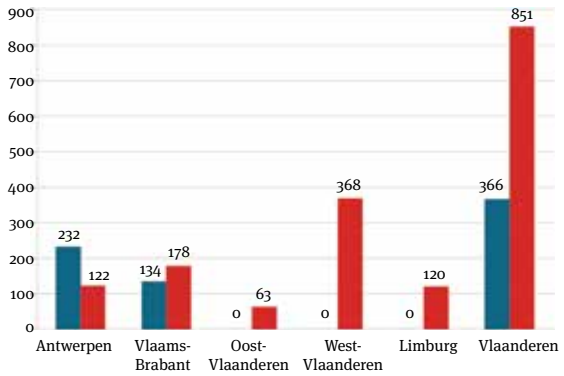
aantal ziekenhuizen									
Provincie	Open-baar	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal	open-baar	vzw/niet-Zorgnet	vzw/ Zorgnet
Antwerpen	0	3	3	2	67%	67%	0%	33%	67%
Vlaams-Brabant	1	1	2	1	100%	50%	50%	0%	50%
Oost-Vlaanderen	1	0	1	0	0%	0%	100%	0%	0%
West-Vlaanderen	3	1	4	0	0%	0%	75%	25%	0%
Limburg	0	1	1	0	0%	0%	0%	100%	0%
Totaal	**5**	**6**	**11**	**3**	**50%**	**27%**	**45%**	**27%**	**27%**

aantal bedden									
Provincie	Open-baar	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal	open-baar	vzw/ niet-vvi	vzw/ vvi
Antwerpen	0	354	354	232	66%	66%	0%	34%	66%
Vlaams-Brabant	178	134	312	134	100%	43%	57%	0%	43%
Oost-Vlaanderen	63	0	63	0	0%	0%	100%	0%	0%
West-Vlaanderen	243	125	368	0	0%	0%	66%	34%	0%
Limburg	0	120	120	0	0%	0%	0%	100%	0%
Totaal	**484**	**733**	**1217**	**366**	**50%**	**30%**	**40%**	**30%**	**30%**

Aantal AZ met geïsoleerde Sp en/of G



Aantal bedden AZ met geïsoleerde Sp en/of G

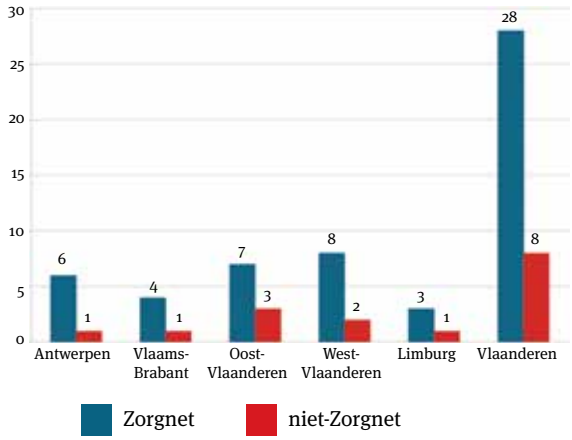


PAAZ

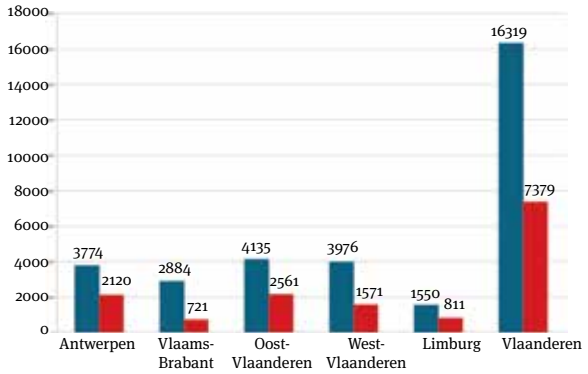
aantal instellingen									
Provincie	Open-baar	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal	open-baar	vzw/niet-Zorgnet	vzw/ Zorgnet
Antwerpen	1	6	7	6	100%	86%	14%	0%	86%
Vlaams-Brabant	1	4	5	4	100%	80%	20%	0%	80%
Oost-Vlaanderen	3	7	10	7	100%	70%	30%	0%	70%
West-Vlaanderen	2	8	10	8	100%	80%	20%	0%	80%
Limburg	1	3	4	3	100%	75%	25%	0%	75%
Totaal	**8**	**28**	**36**	**28**	**100%**	**78%**	**22%**	**0%**	**78%**

aantal bedden									
Provincie	Open-baar	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal	open-baar	vzw/ niet-vvi	vzw/ vvi
Antwerpen	2120	3774	5894	3774	100%	64%	36%	0%	64%
Vlaams-Brabant	721	2884	3605	2884	100%	80%	20%	0%	80%
Oost-Vlaanderen	2156	4135	6291	4135	100%	66%	34%	0%	66%
West-Vlaanderen	1571	3976	5547	3976	100%	72%	28%	0%	72%
Limburg	811	1550	2361	1550	100%	66%	34%	0%	66%
Totaal	**7379**	**16319**	**23698**	**16319**	**100%**	**69%**	**31%**	**0%**	**69%**

Aantal ziekenhuizen



Aantal bedden

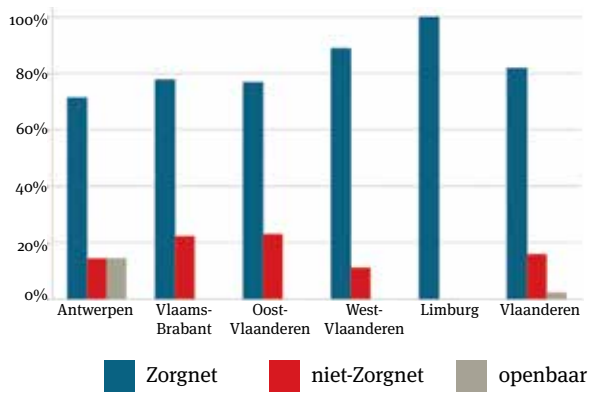


Beschut wonen (Bewo)

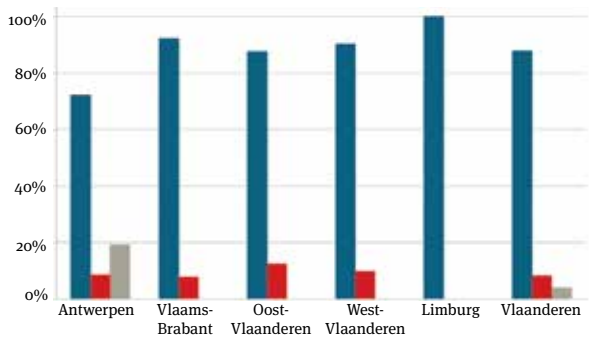
aantal initiatieven beschut wonen						
Provincie	Open-baar	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal
Antwerpen	1	6	7	5	83%	71%
Vlaams-Brabant	0	9	9	7	78%	78%
Oost-Vlaanderen	0	13	13	10	77%	77%
West-Vlaanderen	0	9	9	8	89%	89%
Limburg	0	6	6	6	100%	100%
Totaal	**1**	**43**	**44**	**36**	**84%**	**82%**

aantal erkende plaatsen beschut wonen						
Provincie	Open-baar	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal
Antwerpen	108	454	562	406	89%	72%
Vlaams-Brabant	0	425	425	392	92%	92%
Oost-Vlaanderen	0	701	701	614	88%	88%
West-Vlaanderen	0	614	614	554	90%	90%
Limburg	0	472	472	472	100%	100%
Totaal	**108**	**2666**	**2774**	**2438**	**91%**	**88%**

Aantal initiatieven beschut wonen

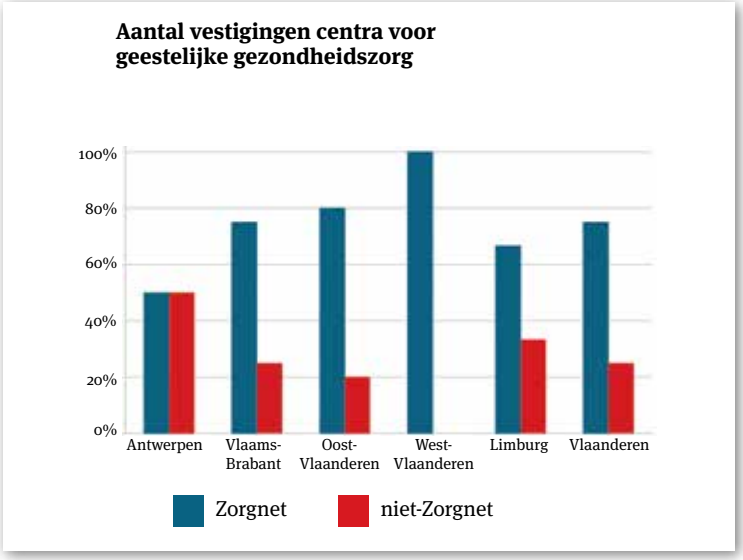


Aantal erkende plaatsen beschut wonen



Centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg)

Aantal CGG's				
Provincie	Zorgnet	niet-Zorgnet	totaal	Zorgnet/totaal
Antwerpen	2	2	4	50%
Vlaams-Brabant /Brussel	3	1	4	75%
Oost-Vlaanderen	4	1	5	80%
West-Vlaanderen	4	0	4	100%
Limburg	2	1	3	67%
Vlaanderen	15	5	20	75%

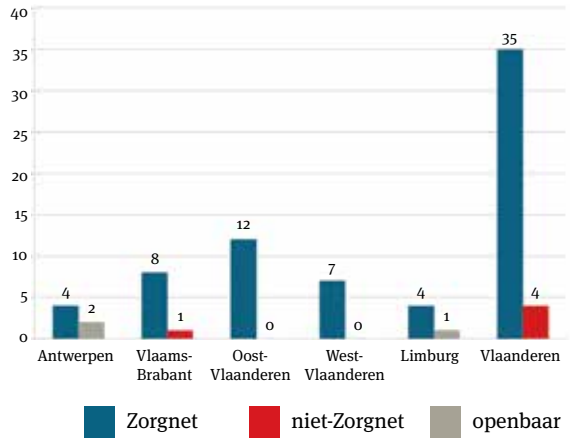


Psychiatrische ziekenhuizen (PZ)

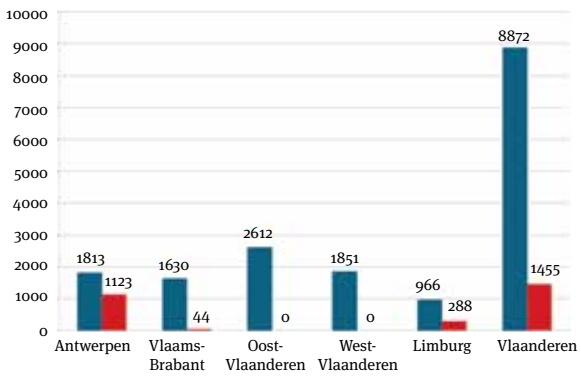
aantal ziekenhuizen						
Provincie	Open-baar	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal
Antwerpen	2	4	6	4	100%	67%
Vlaams-Brabant	0	9	9	8	89%	89%
Oost-Vlaanderen	0	12	12	12	100%	100%
West-Vlaanderen	0	7	7	7	100%	100%
Limburg	1	4	5	4	100%	80%
Totaal	**3**	**36**	**39**	**35**	**97%**	**90%**

aantal bedden						
Provincie	Open-baar	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal
Antwerpen	1123	1813	2936	1813	100%	62%
Vlaams-Brabant	0	1674	1674	1630	97%	97%
Oost-Vlaanderen	0	2612	2612	2612	100%	100%
West-Vlaanderen	0	1851	1851	1851	100%	100%
Limburg	288	966	1254	966	100%	77%
Totaal	**1411**	**8916**	**10327**	**8872**	**100%**	**86%**

Aantal psychiatrische ziekenhuizen



Aantal bedden psychiatrische ziekenhuizen

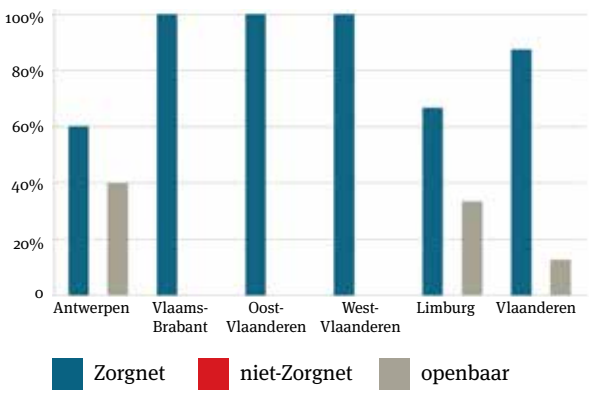


Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)

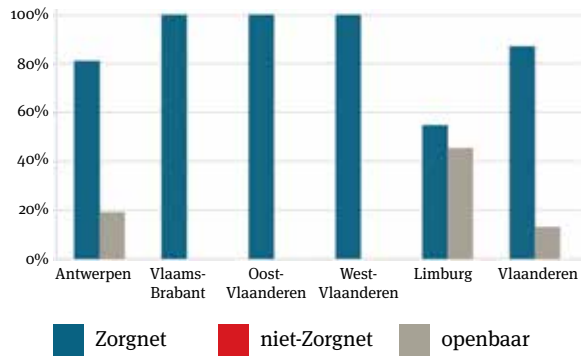
aantal voorzieningen						
Provincie	Open-baar	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal
Antwerpen	2	3	5	3	100%	60%
Vlaams-Brabant	0	3	3	3	100%	100%
Oost-Vlaanderen	0	9	9	9	100%	100%
West-Vlaanderen	0	4	4	4	100%	100%
Limburg	1	2	3	2	100%	67%
Totaal	**3**	**21**	**24**	**21**	**100%**	**88%**

aantal bedden										
	Openbaar			VZW			totaal			
Provincie	*uitdovend*	*definitief*	*totaal*	*uitdovend*	*definitief*	*totaal*	*uitdovend*	*definitief*	*totaal*	*uitdovend*
Antwerpen	0	105	105	28	420	448	28	525	553	420
Vlaams-Brabant	0	0	0	53	148	201	53	148	201	148
Oost-Vlaanderen	0	0	0	163	444	607	163	444	607	444
West-Vlaanderen	0	0	0	42	300	342	42	300	342	300
Limburg	48	114	162	61	135	196	109	249	358	135
Totaal	**48**	**219**	**267**	**347**	**1447**	**1794**	**395**	**1666**	**2061**	**1447**

PVT



Aantal bedden

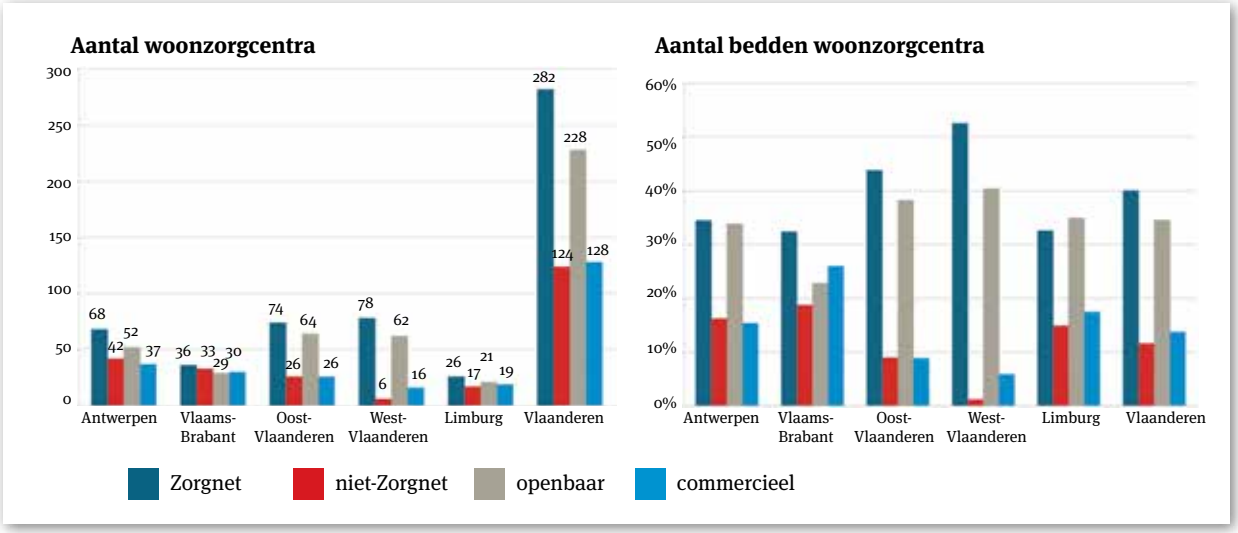


Zorgnet	
definitief	*totaal*
448	868
201	349
607	1051
342	642
196	331
1794	**3241**

Woonzorgcentra

aantal woon- en zorgcentra							
Provincie	Open-baar	commer-cieel	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal
Antwerpen	52	37	110	199	68	62%	34%
Vlaams-Brabant	29	30	69	128	36	52%	28%
Oost-Vlaanderen	64	26	100	190	74	74%	39%
West-Vlaanderen	62	16	84	162	78	93%	48%
Limburg	21	19	43	83	26	60%	31%
Vlaanderen	228	128	406	762	282	69%	37%

aantal bedden							
Provincie	Open-baar	commer-cieel	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal
Antwerpen	6556	2983	9820	19359	6677	68%	34%
Vlaams-Brabant	2728	3109	6116	11953	3874	63%	32%
Oost-Vlaanderen	6697	1552	9252	17501	7674	83%	44%
West-Vlaanderen	5909	857	7861	14627	7691	98%	53%
Limburg	2295	1149	3121	6565	2141	69%	33%
Vlaanderen	24185	9650	36170	70005	28057	78%	40%

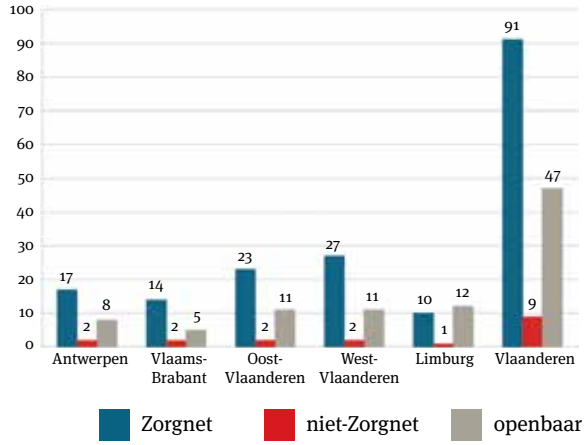


Dagverzorgingscentra (dvc)

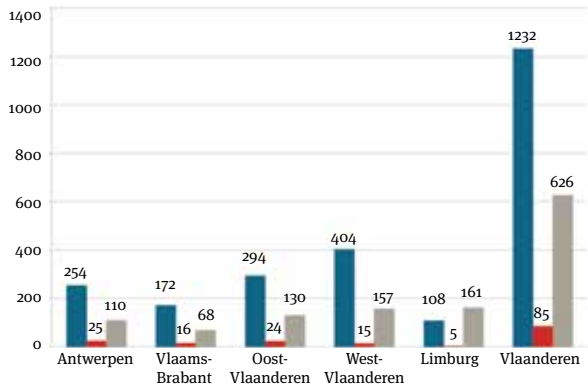
aantal voorzieningen						
Provincie	Open-baar	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal
Antwerpen	8	19	27	17	89%	63%
Vlaams-Brabant	5	16	21	14	88%	67%
Oost-Vlaanderen	11	25	36	23	92%	64%
West-Vlaanderen	11	29	40	27	93%	68%
Limburg	12	11	23	10	91%	43%
Vlaanderen	47	100	147	91	91%	62%

aantal bedden						
Provincie	Open-baar	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal
Antwerpen	110	279	389	254	91%	65%
Vlaams-Brabant	68	188	256	172	91%	67%
Oost-Vlaanderen	130	318	448	294	92%	66%
West-Vlaanderen	157	419	576	404	96%	70%
Limburg	161	113	274	108	96%	39%
Vlaanderen	626	1317	1943	1232	94%	63%

Aantal voorzieningen dagverzorgingscentra



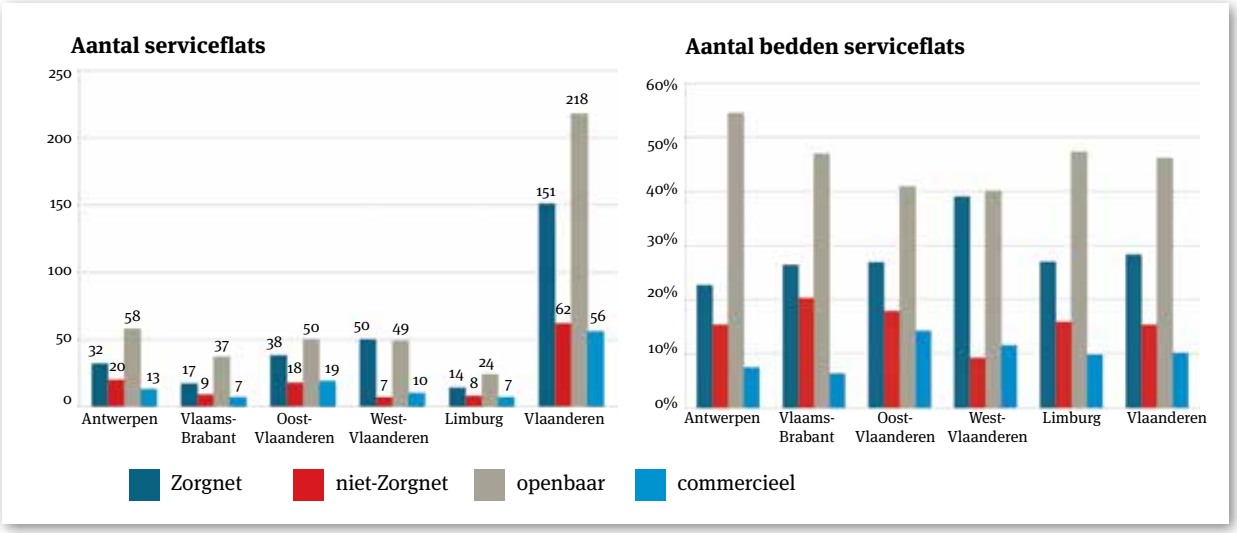
Aantal bedden dagverzorgingscentra



Serviceflats

aantal serviceflats							
Provincie	Open-baar	commer-cieel	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal
Antwerpen	58	13	52	123	32	62%	26%
Vlaams-Brabant	37	7	26	70	17	65%	24%
Oost-Vlaanderen	50	19	56	125	38	68%	30%
West-Vlaanderen	49	10	57	116	50	88%	43%
Limburg	24	7	22	53	14	64%	26%
Vlaanderen	218	56	213	487	151	71%	31%

aantal bedden							
Provincie	Open-baar	commer-cieel	VZW	totaal	Zorgnet	Zorgnet/ vzw	Zorgnet/ totaal
Antwerpen	2425	333	1692	4450	1009	60%	23%
Vlaams-Brabant	989	134	983	2106	556	57%	26%
Oost-Vlaanderen	1579	550	1730	3859	1039	60%	27%
West-Vlaanderen	1366	394	1645	3405	1330	81%	39%
Limburg	750	156	680	1586	428	63%	27%
Vlaanderen	7109	1567	6730	15406	4362	65%	28%



Zorgnet Vlaanderen vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel
T. 02 511 80 08 | F. 02 513 52 69
post@zorgnetvlaanderen.be
www.zorgnetvlaanderen.be

zorgnet
VLAANDEREN