

Jaarverslag 2004

Mission Statement

Het Leids Universitair Medisch Centrum streeft naar een continue verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg en wil hierin zowel nationaal als internationaal een leidende rol blijven spelen.

Inhoud

Voorwoord	4
Verslaggevingsbeleid	7
Profiel van de organisatie	8
Verslag van de Raad van Toezicht	11
Visie en ontwikkeling	13
Governance	17
Structuur	17
Bedrijfsvoering	17
Dialogoog met belanghebbenden	18
Prestatievelden	21
Patiëntenzorg	21
Onderzoek	26
Onderwijs	28
Opleidingen	30
Bij- en nascholing	31
Medewerkers	32
Samenleving	35
Financieel-economische resultaten	37
Vaststelling en goedkeuring Jaarrekening	41
Accountantsverklaring	43
Personalia	44
Enkelvoudige jaarrekening	47
Geconsolideerde jaarrekening	61
Productiecijfers patiëntenzorg	69
Prestatie-indicatoren en kengetallen	75
Lijst van afkortingen	114
Fotografie in metaforen	116
Colofon	118

Voorwoord

Transparantie en verantwoording zijn tegenwoordig sleutelwoorden. Het aantal belanghebbenden dat in dit opzicht bediend wil worden neemt gestaag toe, waarbij om maatwerk wordt gevraagd. Kengetallen en prestatie-indicatoren maken de uitvoering van de vijf kerntaken, patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs, opleiding en bij- en nascholing, en de behaalde resultaten inzichtelijk en overzichtelijk. Het LUMC streeft ernaar de maatschappelijke verantwoording die het aflegt in het jaarverslag zo transparant en duidelijk mogelijk te laten zijn. Het jaarverslag 2004 markeert een volgende fase in dit proces.

2004 was ondanks de knellende budgettaire kaders een uitstekend jaar voor het LUMC. Het exploitatie-resultaat is licht positief en bij alle kerntaken werden kwalitatieve doelen zeker gesteld. De productieafspraken in de patiëntenzorg werden ruimschoots gehaald. Het percentage topreferente zorg nam weer verder toe. Uitgangspunt van beleid is, nog steeds, het streven de opnameduur terug te brengen en meer patiënten ambulante of in dagbehandeling te behandelen. In 2004 nam de dagbehandeling bijvoorbeeld met 15 procent toe. De Deregulering Huisvesting Academische Ziekenhuizen (DHAZ) geeft ons de middelen ook voor de patiëntenzorg een aantal bouwprojecten uit te voeren, zoals een dagopvang bij het Centrum Eerste Hulp, bunkers voor radiotherapie en de herinrichting van de verpleegvloeren. Met dit laatste wordt in samenhang met het programma Anders Werken ook wat betreft doelmatigheid een slag gemaakt.

Opnieuw slaagde het LUMC erin een aanzienlijke hoeveelheid externe middelen voor onderzoek te werven. In het zesde kaderprogramma zijn we inmiddels bij meer dan dertig EU-subsidieaanvragen betrokken, waarvan we bij vier als beoogd coördinator/aanvrager optreden. Het zou mooi zijn als we in 2005 net zo succesvol zijn als het afgelopen jaar met drie Veni's, vijf Vidi's en één Vici, de subsidievormen die de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek in het kader van de Vernieuwingsimpuls enige jaren geleden lanceerde. In 2004 steeg het aantal promoties weer en ook de wetenschappelijke impact nam toe: de onderzoekers van het LUMC werden meer en uitgebreider geciteerd dan in voorafgaande jaren. Zoals gebrui-

kelijk zijn bij de jaarlijkse cyclische reallocatie van middelen voor onderzoek naast posterioriteiten ook prioriteiten bepaald. Op instellingsniveau zijn de neurowetenschappen en 'molecular imaging' de komende jaren voorbeelden van zulke prioriteiten.

De aanzienlijke extra studenten- en assistenteninstroom werd goed geaccommodeerd.

De uitkomsten van de visitatie van de opleidingen Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen waren goed. Dit laat onverlet dat er nog werk aan de winkel is. In 2004 is een flink aantal nieuwe hoogleraren en docenten benoemd. Met deze enthousiastelingen gaan we in 2005 verder met het aanscherpen van de curricula en de organisatie daarvan.

Op het gebied van de opleidingen tot nieuwe beroepen heeft het LUMC zich niet onbetuigd gelaten. Er zijn momenteel negen LUMC physician assistants in opleiding. Van deze beroepsgroep zijn er binnen het LUMC al twee gediplomeerd. Het aantal cursisten bij de verpleegkundig specialistische opleidingen groeide met meer dan tien procent.

'Leren op afstand' zal de komende jaren een steeds grotere rol gaan spelen bij de bij- en nascholing. De activiteiten van de Boerhaave Commissie zijn daar voluit op gericht en het Boerhaavenet kent al meer dan 18.000 actieve abonnees. Dat betekent niet dat de cursusbijeenkomsten in Leiden minder belangrijk worden, integendeel. Het aantal cursisten toont een aanzienlijke stijging. In het nieuwe onderwijsgebouw zullen wij de daarvoor benodigde infrastructuur in 2006 op aantrekkelijk niveau vormgeven.

Hoe passen onze ambities voor de komende jaren binnen een batenkader dat weliswaar hopelijk blijft

groeien, maar in groei achter blijft bij de stijgende kosten? Via het programma Anders Werken werd het klinische traject in 2004 doelmatiger. In 2005 zal deze ontwikkeling zich voortzetten. De komende jaren zullen we met een verbeterde logistiek bij de grotere diagnosegroepen ook het poliklinische traject aanmerkelijk doelmatiger en kwalitatief aantrekkelijker maken.

Met het programma Anders Werken beoogt het LUMC naast een kwaliteitsverbetering voor de patiënt ook een betere werkomgeving voor het personeel te creëren. Het tweede grote medewerker-tevredenheidsonderzoek toonde ten opzichte van het jaar 2000 over de hele linie een toename van werkplezier. Belangrijk is dat de stijgende tevredenheid aantoonbaar verband houdt met de eerder genomen maatregelen. Het ziekteverzuim blijft hierbij opvallend laag. De Raad van Bestuur is veel dank verschuldigd aan de medewerkers die er zozeer aan hebben bijgedragen dat we ook het jaar 2004 succesvol konden afsluiten. Het LUMC wordt in essentie gevormd door de mensen die er werken. Verleden, heden en toekomst worden bepaald door hun talent, inzet en samenwerking.

Tenslotte verwijs ik u nadrukkelijk naar de prestatie-indicatoren en kengetallen (pagina 75 en verder) die beogen de kwaliteiten van het LUMC op verschillende terreinen transparant en inzichtelijk te maken.

Prof. dr. O.J.S. Buruma
voorzitter

nature
REVIEW

THE LANCET

Volume 362, Number 9398 • February 19, 2003 • Published with *Lancet Infectious Diseases*



The New England Journal of Medicine

ESTABLISHED IN 1812 BY THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE AND SURGERY
JANUARY 3, 2003
VOLUME 348

THIS WEEK IN THE JOURNAL

1 **CLINICAL PRACTICE**
Screening for Colorectal Cancer
D.J. Knudsen, M.D., M.Sc.

2 **REVIEW ARTICLE**
Mechanisms of Disease: Alpha-1 Antitrypsin Deficiency — A Model for Cystic Fibrosis
R.W. Castell, M.D., M.Sc.

5 **EDITORIAL**
The Human Genome Project: A Milestone in the History of Medicine
E. J. Topol, M.D.



Verslaggevingsbeleid

Bij het jaarverslag over 2004 kiest het LUMC ervoor de indeling uit de nieuwe

Richtlijn 655 van de Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen (RJZ) aan te houden.

Deze richtlijn is ook terug te vinden in het door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geïnitieerde Jaardocument, waarvoor het LUMC als pilot-instelling optreedt.

Zowel de RJZ als het Jaardocument zijn toegesneden op ziekenhuizen. Universitaire Medische Centra (UMC) zijn echter niet uitsluitend zorginstellingen. Ze hebben andere, even belangrijke, kerntaken. Daarom zijn zoals altijd hoofdstukken over onderzoek, onderwijs, opleiding en bij- en nascholing opgenomen. De nadruk ligt op de output parameters van de kerntaken, zichtbaar gemaakt in prestatie-indicatoren (PI's) en kengetallen. Een aantal prestatie-indicatoren en kengetallen is opgenomen bij de hoofdstukken over de betreffende kerntaken en de complete set staat op pagina 75 en verder. Waar mogelijk wordt spiegelinformatie verschaft om een vergelijking met andere universitaire medische centra mogelijk te maken.

De financiële informatie bij dit jaarverslag is beknopt gehouden. De complete jaarrekening is gedeponneerd bij Prismant, staat op de LUMC-internetsite en kan ook worden opgevraagd bij de dienst Concern Control van het LUMC.

Bij de financiële verslaggeving wordt een onderscheid gemaakt tussen collectieve en niet-collectieve middelen. Collectieve middelen zijn gefinancierd uit de eerste geldstroom: het WTG-budget, de Rijksbijdrage en de universitaire subsidie. Niet-collectieve middelen zijn onder te verdelen in baten uit de tweede geldstroom, bijvoorbeeld NWO-, KNAW- of EU-subsidies, de derde geldstroom, oftewel middelen afkomstig van collectiebusfondsen en de vierde geldstroom, waaronder andere private financieringen vallen. Een verdere segmentatie op basis van alle verschillende geldstromen wijst het LUMC af omdat de verwevenheid tussen de kerntaken de wezenlijke bestaansgrond van een UMC is. In het LUMC krijgt die verwevenheid vorm door integraal management. Een doelmatig beleid voor elke afzonderlijke geldstroom leidt in dit geval tot ondoelmatigheid van het geheel.

Het jaarverslag 2004 legt in de eerste plaats verantwoording af over het LUMC zelf (de enkelvoudige jaarrekening). In de RJZ is de plicht tot consolidatie opgenomen wanneer rechtspersonen een groep vormen. De aan het LUMC gelieerde instellingen (zie pagina 8) publiceren en deponeren eigen jaarverslagen. Voor een verantwoording van de resultaten uit de geconsolideerde jaarrekening wordt, voor zover ze betrekking hebben op deze groepsleden, naar die verslagen verwezen.

Profiel van de organisatie

De rechtspersoon Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL) handelt sinds 1996 onder de naam Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Alle activiteiten van de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit Leiden zijn hierin geïncorporeerd.

De LUMC Groep bestaat uit het LUMC, stichting Curium Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Medipark BV, dat de exploitatie van registergoederen, in het bijzonder het Poortgebouw, ten doel heeft. Daarnaast is het LUMC voor 50 procent aansprakelijk vennoot in de vennootschap onder firma O&O-gebouw te Leiden. Deze vof bouwt het Onderwijs- en het Onderzoekgebouw van het LUMC.

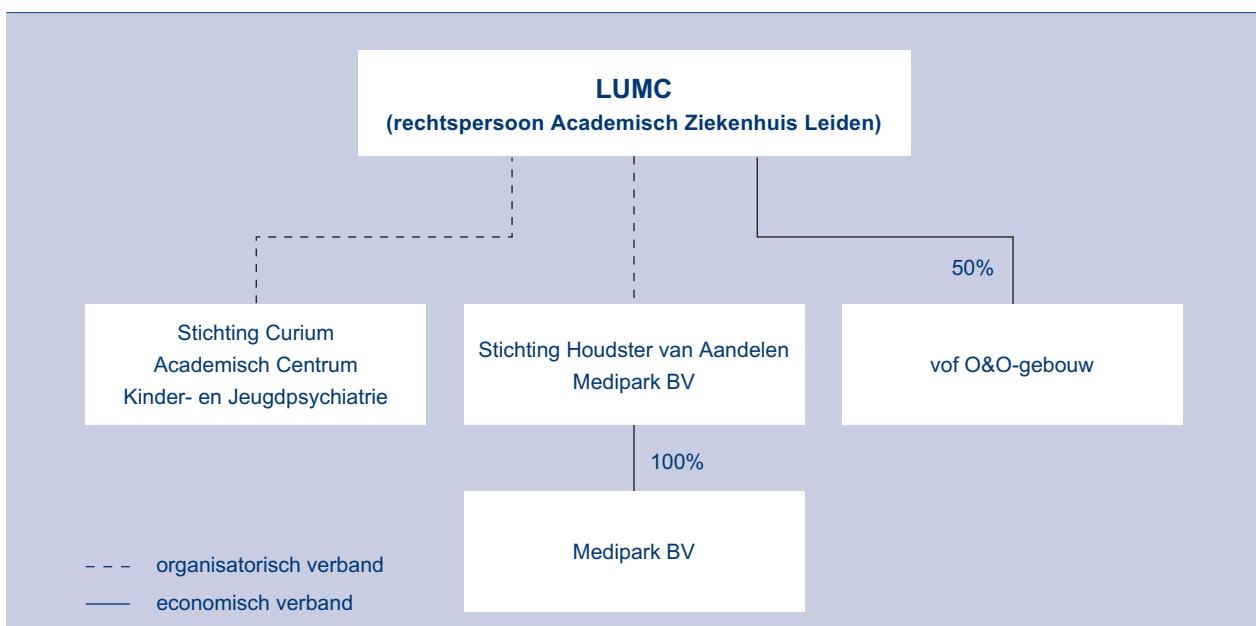
Het LUMC heeft te maken met een groot aantal belanghebbenden: patiënten, vertegenwoordigd door de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ); het personeel dat de Ondernemingsraad (OR) en de Onderdeelscommissies (OC's) kiest; studenten verenigd in de Studentenraad, zorgverzekeraars, de Universiteit Leiden, de stad Leiden enzovoort. Pagina 18 doet verslag van de dialoog met deze stakeholders.

Het LUMC in kengetallen

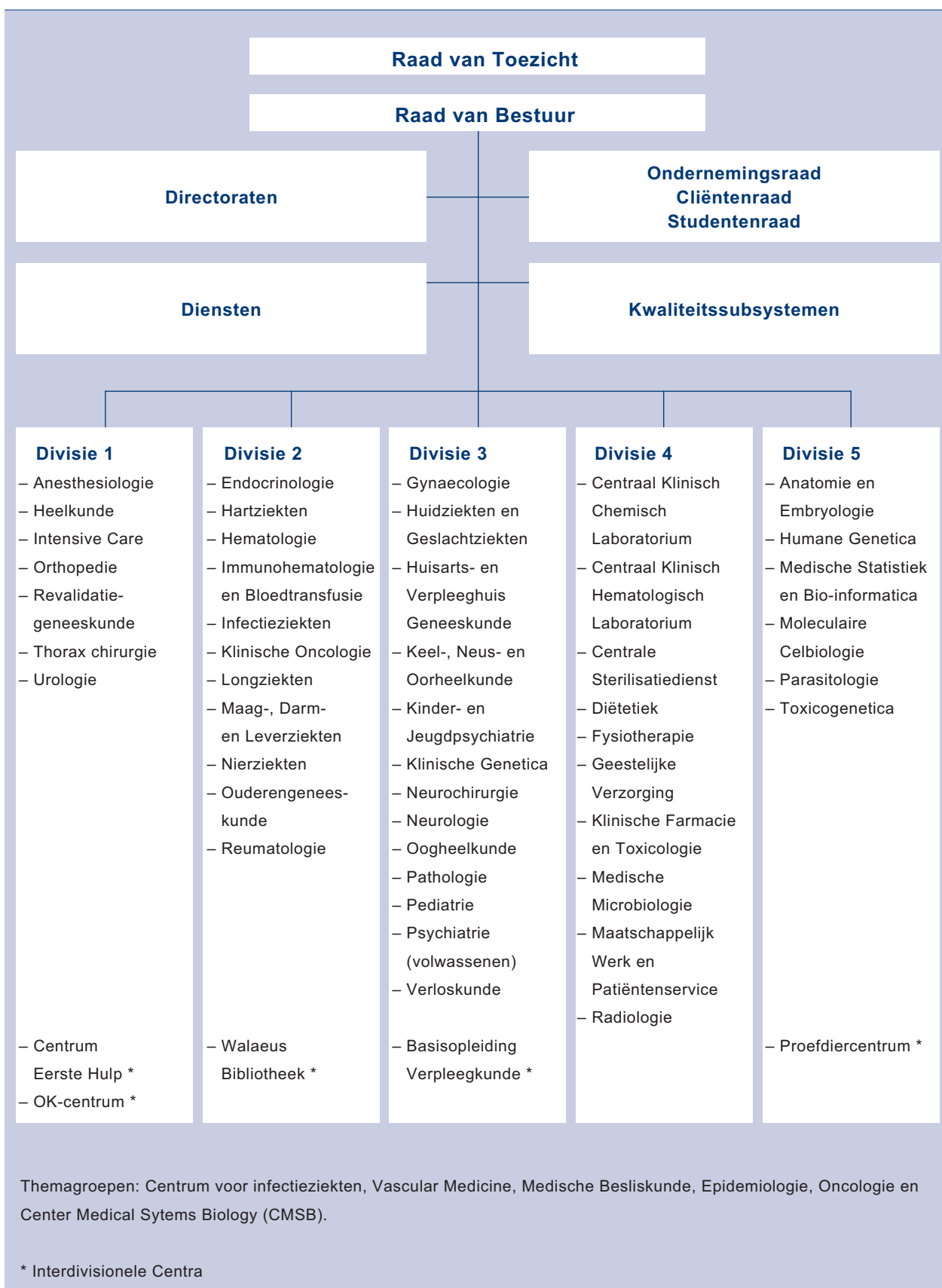
Omzet x € miljoen	2004	2003
Collectief	444	424
Niet-collectief	43	40
	487	464
Medewerkers (fte)	5.223 *	5.205 *
Studenten	2.096	1.941
Artsen in opleiding tot specialist (Incl. Agiko's)	315	300
Boerhaavecursisten	7.784	6.196
Klinische opnamen	19.276	18.579
Dagverplegingen	11.616	10.119
1 ^e Polikliniekbezoeken	79.333	75.716
Zorgeenheden	317.691	300.859

* Exclusief gastmedewerkers en nul-aanstellingen.

De LUMC Groep in schema



Het organogram van het Leids Universitair Medisch Centrum





Verlag van de Raad van Toezicht

Evenals in voorgaande jaren is in 2004 bij het overleg tussen de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur veel aandacht besteed aan de corporate governance van het LUMC.

Overeenkomstig het kwaliteitshandboek heeft de Raad van Toezicht in een besloten vergadering het eigen functioneren en dat van de Raad van Bestuur geëvalueerd. Er is vastgesteld dat er een constructieve samenwerking tussen de beide Raden bestaat en de Raad van Toezicht heeft zijn tevredenheid uitgesproken over de informatievoorziening. De ontwikkeling van prestatie-indicatoren is in dit opzicht van groot belang, niet alleen voor de Raad van Toezicht, maar ook voor de vele andere stakeholders van het LUMC. De prestatie-indicatoren op het gebied van onderwijs en onderzoek dienen mede ter jaarlijkse verantwoording aan de universiteit over de wijze waarop is voldaan aan de onderwijs- en onderzoekstaken.

De Raad van Toezicht juicht het initiatief van VWS toe om te komen tot een eenduidig en doelmatig verantwoordingsdocument, dat in de plaats moet komen van de huidige grote hoeveelheid verantwoordingsvormen met bijbehorende regels en voorschriften en dat tevens moet leiden tot een forse vermindering van administratieve lasten.

De Raad van Toezicht kwam in het verslagjaar zes keer in vergadering bijeen. Het karakter van de vergaderingen van de Raad van Toezicht met de Raad van Bestuur is grotendeels bepaald door de klankbord- en adviesfunctie van de Raad van Toezicht en is slechts in beperkte mate formeel besluitnemend geweest. Het beleid betreffende de bezoldiging van de Raad van Bestuur is evenals voorgaande jaren terughoudend geweest, mede gelet op de sociaal economische situatie in Nederland.

De auditcommissie vergaderde in het verslagjaar drie maal ter voorbereiding op de bespreking van de financiële cijfers in de Raad van Toezicht, het eigen reglement en de managementletter van de externe auditoren, waarvoor Ernst & Young opnieuw werd aangewezen. Ook werden het investeringsbeleid en de financiële gevolgen van een wijziging in de vof O&O-gebouw besproken.

Van de in de vergaderingen van de Raad van Toezicht besproken onderwerpen zijn de volgende noemenswaardig: het strategisch beleidsplan 2004-2005 met inbegrip van het project Anders Werken, gericht op een grotere mate van efficiëntie en bijbehorende doelmatigheidswinsten; het financiële beleid met inbegrip van de invoering van een gewijzigde investeringssystematiek; het ICT-beleid; de prestatie-indicatoren in het jaarverslag van het LUMC; de rapportages van de visitatiecommissies Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen; de beleidsuitgangspunten van kennistransfer en commercialisatie; het beleid betreffende zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en diagnose behandel combinaties (DBC's); en tenslotte de nieuwbouwprojecten van het Onderwijs- en het Onderzoekgebouw.

De samenstelling van de Raad van Toezicht onderging in het verslagjaar een wijziging door de benoeming van mevrouw prof. dr. H. Maassen van den Brink per 1 februari 2004. Zij volgde mevrouw S.M. Dekker op, die op 1 juni 2003 aftrad in verband met haar benoeming tot minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM). Mevrouw Maassen van den Brink is hoogleraar economie aan de Universiteit van Amsterdam. Zij werd in oktober 2004 tevens benoemd tot lid van de auditcommissie van de Raad van Toezicht. Drs. E.F. van Veen volgde mr. M. Tabaksblat op als voorzitter van de auditcommissie.

De Raad van Toezicht spreekt tenslotte zijn waardering uit voor het door de Raad van Bestuur gevoerde beleid en de daarmee bereikte resultaten. Voor de goedkeuring van de jaarrekening 2004 wordt verwezen naar pagina 42.



Visie en ontwikkeling

Het Leids Universitair Medisch Centrum streeft naar een continue verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg en wil hierin zowel nationaal als internationaal een leidende rol blijven spelen.

Deze missie bepaalt de koers die het LUMC nu en in de toekomst vaart. Om de kwaliteit van de gezondheidszorg te blijven verbeteren, wordt op alle kerntaken die een universitair medisch centrum heeft, vol ingezet. Wie nationaal en internationaal een leidende rol wil blijven spelen, kan niet voor anker gaan. Het Leids Universitair Medisch Centrum stelt zich tot doel zijn kerntaken op het hoogst mogelijke niveau uit te voeren. Het streeft naar de hoogste kwaliteit, zowel in medisch technisch opzicht, als in de zorg en aandacht voor de patiënt. Openheid, informatie en kwaliteitbeleid zijn daarbij sleutelwoorden.

Kerntaak patiëntenzorg: topklinisch en topreferent

Het LUMC heeft een maatschappelijke functie op het gebied van innovatie van de zorg en het zorgsysteem. Het LUMC voorziet in belangrijke mate en op veel gebieden in de supraregionale en landelijke behoefte aan topreferente zorg, de zorg die elders niet geboden kan worden, en verzorgt een breed pakket aan topklinische zorg, waaronder orgaantransplantaties, cardiovasculaire interventies en alle typen beenmergtransplantaties. Daarnaast neemt het LUMC sinds 1988 een vast volume regionale basiszorg voor zijn rekening. Het LUMC biedt kwaliteit en kwantiteit over de gehele breedte van de geneeskunde. De patiënt staat daarbij centraal.

Zorginnovaties LUMC

- Behandeling en zorg na vulvectomie en aan risico-zwangeren thuis
- Bekkenbodemcentrum
- Chestpain-unit
- (transmurale) COPD-zorg
- (transmurale) CVA-ketenzorg, CVA-thrombolysie
- Geriwijzer communicatieplatform over valpreventie en dementie
- Mammopoli
- Mission! implementatie richtlijnen behandeling myocardinfarct en hartfalen
- Moleculaire diagnostiek (pathologie en microbiologie)
- Multidisciplinaire slikpolikliniek
- Neuroradiologische interventiecentrum
- Ovariumtranspositie
- Parenterale antibiotica-toediening thuis
- Poli Allergologie
- Poli Spina Bifida
- Poli Zenuwletsel
- Pre-operatieve screeningspoli
- Regionale acute heelkundige Zorgcoördinatie
- Transmurale/palliatieve zorg voor kankerpatiënten
- Verpleegkundig specialistenteam thuis

WBMV-functies

Artikel 2 functies:

- Alle vormen van Beenmergtransplantatie (autoloog, allogeen, kinderen en volwassenen)
- Bijzondere perinatologische zorg
- Hartchirurgie en therapeutische interventiecardiologie
- In vitro fertilisatie
- Klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering
- Neonatale intensive care
- Neurochirurgie
- Orgaantransplantatie
- Radiotherapie

Voorts heeft het LUMC de volgende WBMV artikel 8 functies:

- Audiologisch Centrum
- Dialyse
- Hemofiliebehandelcentrum
- HIV-behandelcentrum
- Traumazorg

Databron van de prestatie-indicatoren en kengetallen in dit jaarverslag: LUMC-registratie, tenzij anders vermeld.

Kerntaak onderzoek: fundamenteel en zorggericht

Het LUMC kent enkele zeer fundamentele onderzoekslijnen die gericht zijn op de kern van levensprocessen. Een aanzienlijk deel van het onderzoek van het LUMC is gericht op de vertaling van fundamenteel onderzoek naar toepassingen in de praktijk van de patiëntenzorg ('from bench to bedside' en vice versa). De interactie tussen deze soms ogenschijnlijke uitersten vormt de basis van het beleid. Dit betekent dat de topreferentiële en topklinische functies die het LUMC uitoefent sterk wetenschappelijk onderbouwd zijn.

Ook hecht het LUMC aan zijn verantwoordelijkheid de doeltreffendheid en doelmatigheid van nieuwe en al bestaande medische technologieën te beoordelen en aandacht te besteden aan epidemiologische en besliskundige aspecten van de zorg en veiligheid in de zorg. In de toekomst wil het LUMC op biomedisch onderzoeksgebied tot de internationale onderzoekstop blijven behoren.

Kerntaak onderwijs: de opleidingen geneeskunde en biomedische wetenschappen

De basisarts die het LUMC opleidt, heeft een gedegen kennis van zaken. Hij of zij is niet alleen kundig maar heeft ook de vaardigheid ontwikkeld om professioneel en zeer betrokken met patiënten te communiceren. Zowel de basisarts als de biomedische wetenschapper is in staat zelfstandig wetenschappelijk onderzoek op te zetten, uit te voeren en te leiden, ook in consortia. Daarnaast kan hij of zij de resultaten die uit dat onderzoek voortvloeien, ordenen, analyseren en verwoorden in wetenschappelijke publicaties.

Zowel op het gebied van onderwijs als van opleiding is een nauwe samenwerking met gekwalificeerde algemene ziekenhuizen in de onderwijs- en opleidingsregio nodig. Het LUMC blijft dan ook streven naar verdere uitbouw van een gestructureerd netwerk op dit gebied. Het LUMC wil patiëntgerichte artsen en wetenschappers afleveren met een kritische attitude en wetenschappelijke nieuwsgierigheid. Plezier in de studie is daarbij essentieel. De komende jaren heeft verdere internationalisering op onderwijsgebied prioriteit.

Kerntaak opleiding: medisch specialisten en verpleegkundigen

De opleiding tot medisch specialist krijgt vorm in 27 specialismen, veelal en bij voorkeur in samenwerking met de grote algemene ziekenhuizen in de onderwijs- en opleidingsregio. Het LUMC wil dat alle

medisch specialisten die hier zijn opgeleid, kritisch staan tegenover alles wat niet evidence based is en vooral ook tegenover het eigen handelen. Daarnaast bezitten LUMC-professionals goede communicatieve vaardigheden, waarvan ze zowel in hun contact met de patiënt als in het wetenschappelijke verkeer profiteren. De in het LUMC opgeleide specialist heeft ruime ervaring in het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek en het publiceren ervan. Dit stelt hem of haar in staat relevante ontwikkelingen binnen de geneeskunde te signaleren en hieraan een bijdrage te leveren.

Ook biedt het LUMC binnen het opleidingscentrum een aantal verpleegkundig specialistische opleidingen aan. Daaronder vallen zowel initiële opleidingen, zoals de opleiding tot OK- en anesthesie-assistent, als vervolgoopleidingen. Het LUMC levert hiermee gespecialiseerde medewerkers af die toegerust zijn voor de nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Kerntaak bij- en nascholing: zowel postacademisch als post-HBO en post-MBO

De snelle veranderingen en toenemende specialisering binnen de gezondheidszorg vragen om wederkerend onderwijs dat steeds de laatste stand van zaken weergeeft. Van oudsher richt de Boerhaave Commissie van het LUMC zich op kwalitatief hoogwaardige nascholing in relatie tot de topreferente zorggebieden van het Leids Universitair Medisch Centrum. Dit 'een leven lang leren' vindt meer en meer plaats via internet en komt daarmee tegemoet aan de actuele behoeften van de beroepsbeoefenaren. Als grootste postacademische onderwijsorganisatie op geneeskundig gebied speelt de Boerhaave Commissie in Nederland een centrale rol. Het LUMC wil deze positie verder versterken en ook de Leidse nascholing voor HBO en MBO gestalte geven.

Kwaliteit kerntaken

Het LUMC borgt de kwaliteit van alle vijf de kerntaken in een geïntegreerd kwaliteitssysteem. Om het kwaliteitsbeleid ten uitvoer te brengen, zijn twee organisatorische elementen van belang: het zogeheten Quality-mandaat (Q-mandaat) en de kwaliteitssystemen. De voorzitters van de divisiebesturen en de directeuren van de diensten zijn verantwoordelijk voor hun deel van de uitvoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze Q-mandaathouders zien toe op de ontwikkeling, uitvoering en toetsing van het kwaliteitsbeleid van de patiëntenzorg op divisie- en

Overzicht kwaliteitssubsystemen

De Commissie Kwaliteitsborging Klinische

Farmacotherapie richt zich op de bewaking en borging van de kwaliteit van de geneesmiddelenketen ter bevordering van de veiligheid van het gebruik van geneesmiddelen en het voorkomen van ongewenste uitkomsten.

De Antibioticacommissie richt zich op de bewaking en borging van de kwaliteit van het antibioticagebruik ter bevordering van uniform en doelmatig gebruik van antimicrobiële geneesmiddelen.

De Commissie Medicinale Gassen richt zich op de bewaking en borging van de kwaliteit van het gebruik van medicinale gassen in het LUMC.

De Centrale Materialen Commissie richt zich op de bewaking en borging van de kwaliteit van aanschaf en uitbreiding van alle LUMC-brede gebruiks- en verbruiksgoederen ter bevordering van doelmatigheid en eenduidigheid van productkeuzen.

De Voedingsgroep richt zich op bevordering en borging van de kwaliteit van de toepassing van kunstvoeding (parenterale en enterale voeding) ter bevordering van de doelmatigheid en veiligheid van de toepassing van kunstvoeding.

De Infectiecommissie richt zich op de bewaking en borging van de kwaliteit van de pro- en reactieve bestrijding van ziekenhuisinfecties ter bevordering van de preventie van ziekenhuisinfecties.

De Lasersgebruikerscommissie richt zich op de bevordering en borging van de veiligheid van het gebruik van medische lasers ter bevordering van het therapeutisch effect en ter voorkoming van ongewenste effecten.

De Meldingscommissie richt zich op de toetsing van de kwaliteit van zorg door de analyse van incidenten in de patiëntenzorg en het doen van aanbevelingen tot preventie.

De Klachtencommissie richt zich op de goedkeuring aan de klagers en waar mogelijk het realiseren van herstel van vertrouwen in het LUMC, als ook het leren van de ongewenste en vermijdbare gebeurtenissen in de patiëntenzorg met het oog op secundaire preventie.

De Commissie Medische Ethiek richt zich op het bevorderen van de gedachtevorming, het signaleren van knelpunten en het functioneren als gesprekspartner met betrekking tot medisch-ethische aspecten van patiëntenzorg, gezondheidszorgbeleid, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs in de breedste zin. Daarnaast vindt medisch-ethische toetsing plaats van medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen.

De Brede Permanente Protocollen Commissie richt zich op de bewaking en borging van de kwaliteit van het proces van de totstandkoming en het beheer van LUMC brede protocollen ter bevordering van een uniforme werkwijze in de patiëntenzorg.

De Commissie Complexe Behandelbeslissingen is een gesprekspartner voor hulpverleners uit het LUMC die worden geconfronteerd met een complexe behandelbeslissing en advies vragen over een te nemen behandelbeslissing.

De Coördinatie Commissie Traumatologie richt zich op de bewaking en borging van de kwaliteit van de traumazorg.

De Commissie Orgaan- en Weefseldonatie richt zich op het bevorderen van de kwaliteit van orgaan- en weefseldonaties en van de kwantiteit van orgaan- en weefseldonaties.

dienstenniveau. Jaarlijks wordt verslag gedaan aan de Raad van Bestuur over de behaalde resultaten en de kwaliteitsdoelen voor het komend jaar.

Voor de kwaliteitsborging van de patiëntenzorg is in 1996 gekozen voor de kwaliteitsborgings-systematiek van het Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen (NIAZ). Centraal in deze systematiek staat de Deming-cyclus, ook aangeduid als de plan (beleid) do (uitvoering) check (evaluatie) act (bijstelling)-cyclus. De uitvoering van het kwaliteitsbeleid heeft zich in 2004 gericht op de ontwikkeling van

het kwaliteitsborgingssysteem van de plan-do fase naar de check-act fase. In 2004 zijn volgens schema veertien interne audits uitgevoerd. Een meerderheid van de afdelingen die in 2004 een audit doorliepen, blijken de stap naar de check-act fase gezet te hebben. Daarnaast ondergingen diverse organisatie-onderdelen een externe audit. Analog aan de NIAZ-systematiek is een kwaliteitsborging voor het onderwijs ontwikkeld: het Quality Assessment Medical Education-systeem (QAME). De implementatie van het systeem is in 2004 gestart. Voor de kwaliteitsbor-

ging van het onderzoek is Good Research Practice (GRP) inclusief Good Clinical Practice (GCP) in ontwikkeling. Voor de kerntaak opleiding gelden de kwaliteitseisen die het Centraal College Medisch Specialisten (CCMS) stelt.

Het LUMC heeft voor de patiëntenzorg veertien kwaliteitssystemen. Dit zijn commissies die verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van LUMC-brede ketens, ketens die de afdelingen overstijgen. De commissies geven adviezen op instellings-, divisie- of afdelingsniveau. De werkwijze is geformaliseerd en vastgelegd in een reglement. Het Bestuur Stafconvent fungeert als overkoepelend kwaliteitssysteem. De commissies leggen hieraan elke twee jaar verantwoording af over het gevoerde beleid en de resultaten daarvan. Een aantal kwaliteitssystemen, afhankelijk van het type proces en de taakstelling, ondergaat één maal per vier jaar een interne audit. Bij deze thema-audits staat de borging van risicodragende situaties binnen de keten waarvoor het systeem verantwoordelijk is, centraal.

In december 2004 vond een vervolggaccreditatie van het NIAZ plaats. Op basis van het accreditatierapport dat in 2005 verschijnt, zal het LUMC een actieplan opstellen met verbeterpunten. De kwaliteitssystemen van de afdelingen hebben de check-act fase bereikt en dat betekent dat voortdurend wordt stilgestaan bij de vraag of de activiteiten van de afdeling leiden tot de vooraf gestelde doelen. Waar mogelijk wordt dit proces ondersteund door het opstellen van prestatie-indicatoren. Naast de NIAZ-accreditatie werden een aantal afdelingen geaccrediteerd door de Coördinatie Commissie ter bevordering van de kwaliteitsbeheersing op het gebied van laboratoriumonderzoek in de gezondheidszorg (CCKL) en andere certificerende instanties.

Governance

Good governance betekent niet alleen dat een organisatie deugdelijk bestuurd wordt, maar vooral dat over de beslissingsprocessen verantwoording wordt afgelegd aan stakeholders.

Transparantie in organisatiestructuur en bedrijfsvoering en een heldere dialoog met belanghebbenden staan daarbij centraal.

Het LUMC legt, onder andere met dit jaarverslag, maatschappelijk verantwoording af. De organisatie staat voor professionaliteit, openheid en integriteit en daarom zijn verantwoordelijkheden duidelijk vastgelegd, wordt gewaakt voor belangenverstremgeling en staat de organisatie onder onafhankelijk toezicht.

Structuur

De minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) benoemt de leden van de Raad van Toezicht van het AZL, telkens voor een periode van vier jaar. De leden zijn in beginsel eenmaal herbenoembaar. De Raad van Toezicht houdt integraal toezicht op de Raad van Bestuur van het LUMC. Dit toezicht beslaat alle kerntaken. Wat betreft de onderzoeks- en onderwijsstaken baseert de Raad van Toezicht zich mede op informatie verkregen van het College van Bestuur van de Universiteit Leiden. De Raad van Toezicht heeft een auditcommissie, waarin twee leden met financiële expertise plaatsnemen, en vormt als geheel ook de remuneratiecommissie, die toezicht houdt op en voorstellen doet voor het bezoldigingsbeleid.

De Raad van Bestuur is voor onbepaalde tijd benoemd door de Raad van Toezicht. De Raad van Bestuur benoemt de voorzitters van de divisies, die de overige leden van het divisiebestuur voordragen aan de Raad van Bestuur. Het LUMC is een lijnorganisatie met als besturingsmodel gedecentraliseerd integraal management door de divisies. Het divisiebestuur handelt autonoom binnen de door de Raad van Bestuur gestelde kaders, waardoor snel en efficiënt beleidsbeslissingen genomen kunnen worden.

Het LUMC volgt de aanbevelingen van de code Health Care Governance. Deze code voorziet in aanbevelingen voor een goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording van zorgorganisaties. De aanbevelingen concretiseren het begrip goed

governance. Er is vooral aandacht voor het functioneren van de bestuursorganen en de onderlinge verhouding tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur. Het LUMC beschouwt de code als de officiële externe richtlijn voor beleid in dezen. De Raad van Bestuur onderschrijft ook de gedragscode voor de goede bestuurder van de Vereniging van bestuurders in de gezondheidszorg (NVZD). De code Tabaksblat en andere op het bedrijfsleven toegepaste codes zijn niet van toepassing.

De Raad van Bestuur ontwikkelt een integriteitscode. Deze gaat dienen als interne leidraad in aanvulling op de geldende wetten en codes, zoals die van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde (KNMG). In het verlengde van de normen van de integriteitscode wordt in 2005 een regeling nevenwerkzaamheden van kracht. Deze bepaalt vanuit het oogpunt van transparantie dat medewerkers van het LUMC toestemming moeten vragen voor nevenactiviteiten waarbij belangenverstremgeling zou kunnen optreden. In januari 2005 hebben alle medewerkers een brief ontvangen met het verzoek nevenwerkzaamheden die van belang zouden kunnen zijn, te melden.

De bestuurlijke LUMC-organisatie is formeel vastgelegd in met name het kwaliteitshandboek van de Raad van Toezicht, het kwaliteitshandboek van de Raad van Bestuur en een reglement Divisionering.

Bedrijfsvoering

De divisies, de centrale diensten en het facilitair bedrijf zijn elk onderdeel van de bedrijfsvoering en hebben een eigen jaarbudget. Binnen dit budget hebben zij de vrijheid hun operationele doelen te bereiken. Concern Control voert de administratie. De salarisverwerking is met ingang van 2004 uitbesteed aan RAET.

Na een Europese aanbesteding is de opdracht voor één geïntegreerd financieel- logistiek- en inkoopstelsel (FLITS) ter vervanging van de drie huidige administratieve systemen gegund aan Cap Gemini met PeopleSoft. Aan de implementatie van FLITS is gedurende heel 2004 gewerkt. Het systeem wordt in het tweede kwartaal van 2005 in gebruik genomen. De projectadministraties zijn in 2004 gestroomlijnd en de processen zijn op uniforme wijze beschreven. FLITS zal het beheer van (onderzoeks)projecten beter ondersteunen en het inkoopproces versterken.

Het ICT werkplan 2004-2007 besteedt aandacht aan de betrouwbaarheid en systeembeveiliging (NEN7510) bij de toenemende complexiteit aan systemen. Het werkplan voorziet circa € 25 miljoen aan ICT-investeringen (inclusief investeringen voor digitale medische beelden, PACS) in de planperiode en een bescheiden uitbreiding van de dienst ICT op termijn.

Delen van het ziekenhuis informatiesysteem (ZIS) van iSoft (voorheen Hiscom) blijven in bedrijf, zo ook Mirador en Medicator. Ter vervanging van Hiscom-systemen zijn in 2004 GLIMS (het laboratorium management systeem van de firma MIPS) en Ultimo (het asset management systeem van ISH) in bedrijf genomen. Voor de operatie kamers

en de intensive care units is het LUMC begonnen met de implementatie van het PDMS (Patient Data Management System) van iMDSOft.

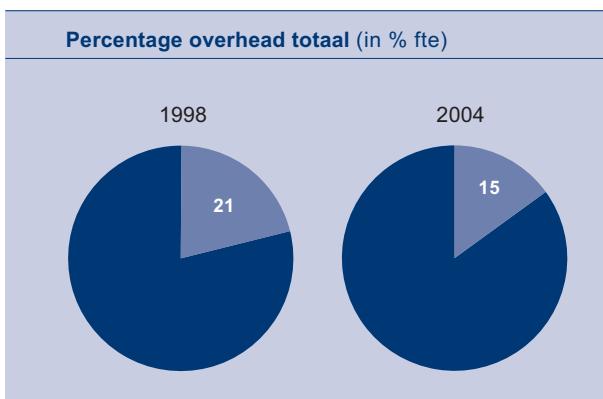
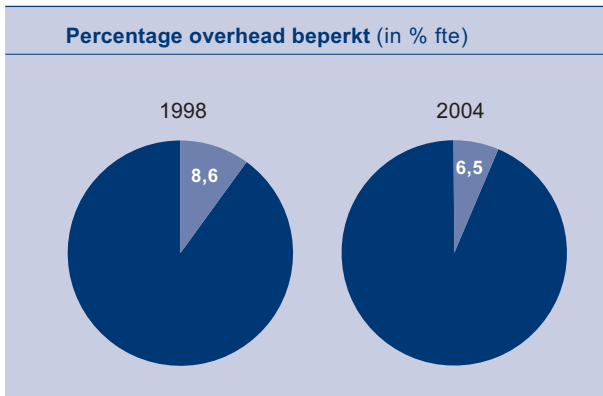
Sommige professionals blijven verhalen van een stijgend aantal managers in de gezondheidszorg. Hoe ligt de getalsmatige verhouding tussen management en overhead enerzijds en de werkvloer anderzijds in het LUMC werkelijk? Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen overhead in beperkte zin: het percentage personeel in fte's dat centraal (Raad van Bestuur, Beleidsontwikkeling Bedrijfsvoering en Concern Control) en decentraal (divisiebureaus) betrokken is bij het beheer en de totale overhead: al het personeel dat niet direct betrokken is bij de kerntaken, dus inclusief ICT- en facilitair personeel.

De eerste afbeelding, overhead in beperkte zin, toont een afname van 35 procent in de laatste vijftien jaar. De totale overhead daalde met 30 procent iets minder sterk, dat komt door de sterke toename van het aantal ICT-medewerkers. De overheadkosten in het LUMC zijn relatief laag, namelijk ongeveer vijftien procent tegen gemiddeld ruim twintig procent in algemene ziekenhuizen¹.

Dialogo met belanghebbenden

De belanghebbenden van het LUMC zijn in de eerste plaats de patiënten, de medewerkers en de studenten en specialisten in opleiding. De dialoog met deze groepen is formeel vastgelegd in verschillende overlegstructuren.

Over de zorg communiceert het LUMC met de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ) en met het Cliëntenberaad LUMC. Dit laatste orgaan is ingesteld als lokale aanvulling op de landelijke Cliëntenraad en heeft als doel de regionale inspraak van patiënten te vergroten. De kernthema's die de CRAZ in 2001 koos, waren wederom leidraad voor de activiteiten. Deze thema's zijn: 'communicatie en bejegening', 'informatievoorziening en informatietechnologie', 'continuïteit van zorg', 'transmuratisering en ketenzorg', 'verdeling van schaarste en wachten' en 'kwaliteit vanuit patiëntenperspectief'.



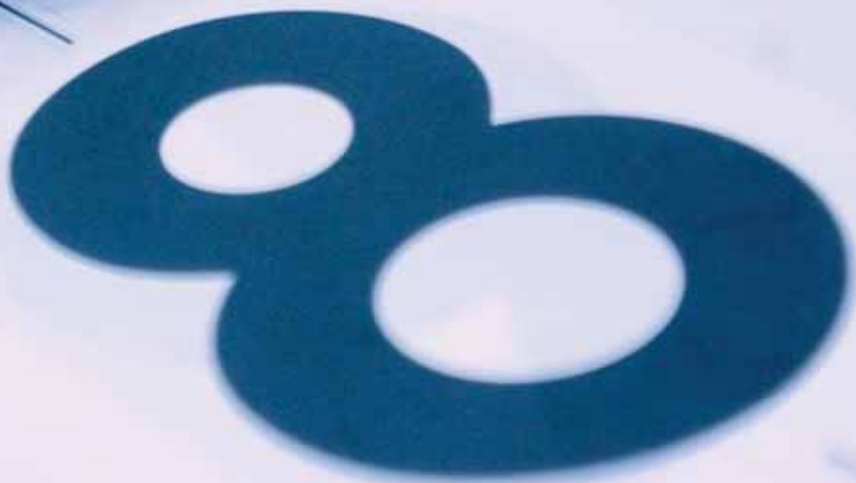
¹ Jos Blank e.a. *Zorginstellingen* 12/2002, p 16.

De medewerkers zijn vertegenwoordigd in de Ondernemingsraad en in de Onderdeelscommissies. Het overleg vindt plaats conform de divisie-indeling: over de uitvoering van het werk overleggen de Onderdeelscommissies met de divisiebesturen, de OR overlegt zes tot acht keer per jaar op concernniveau met de vice-voorzitter van de Raad van Bestuur. Eén keer per jaar is er een bijeenkomst waarbij alle leden van de Raad van Bestuur en de voorzitter van de Raad van Toezicht aanwezig zijn. Onderwerpen die bij het overleg aan de orde komen zijn onder andere interne regelingen, het Arbobeleid, het sociaal beleid, divisieoverstijgende reorganisaties, de CAO en de uitkomsten van het plezier@work-medewerker-tevredenheidsonderzoek.

De dialoog met de studenten is levendig en vindt plaats op verschillende niveaus. Studenten zijn via studievereniging MFLS (Medische Faculteit der Leidse Studenten) in alle onderwijsgremia vertegenwoordigd. De MFLS overlegt regelmatig met de decaan en twee keer per jaar met de hele Raad van Bestuur. Tijdens deze bijeenkomsten wordt bijvoorbeeld gesproken over onderwijsactiviteiten in het algemeen, internationalisering en de organisatie van het LIMSC, een tweejaarlijks internationaal Leids congres voor studenten die onderzoek verrichten op (bio-)medisch gebied. Elke twee weken bespreekt de student-assessor, een vertegenwoordiger van de studenten, de laatste stand van zaken met de decaan. De student assessor is adviseur voor de Raad van Bestuur voor onderwijs- en studentenzaken. Daarnaast voert de Studentenraad een formeel overleg met de decaan. Hier worden formele stappen als het examenreglement en de faciliteiten besproken. Specialisten in opleiding zijn vertegenwoordigd in de Centrale opleidingscommissie en in de Vereniging van Arts Assistenten en Assistenten in Opleiding. Deze laatste vervult een gezelligheidsfunctie maar praat daarnaast mee over rechtspositionele aspecten.

Naast de overleggen met deze interne stakeholders overlegt het LUMC regelmatig met de Universiteit Leiden en andere externe belanghebbenden als de gemeente, museum Naturalis en het BioScience Park. Het LUMC hecht waarde aan zijn omgeving en neemt zijn verantwoordelijkheid, enerzijds als grootste werkgever in de gemeente anderzijds als gesprekspartner bij de ontwikkeling van het stationsgebied en het BioScience Park. In het project Leiden - life meets science (zie pagina 27) krijgen deze gesprekken vervolg in de vorm van concrete samenwerking.

MEEK | 18



MEEK | 18

Prestatievelden

Kengetallen en prestatie-indicatoren maken de uitvoering van de vijf kerntaken, patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs, opleiding en bij- en nascholing, en de behaalde resultaten inzichtelijk en overzichtelijk. Het LUMC streeft ernaar de maatschappelijke verantwoording die het aflegt zo transparant en duidelijk mogelijk te maken.

Patiëntenzorg

Geleverde productie

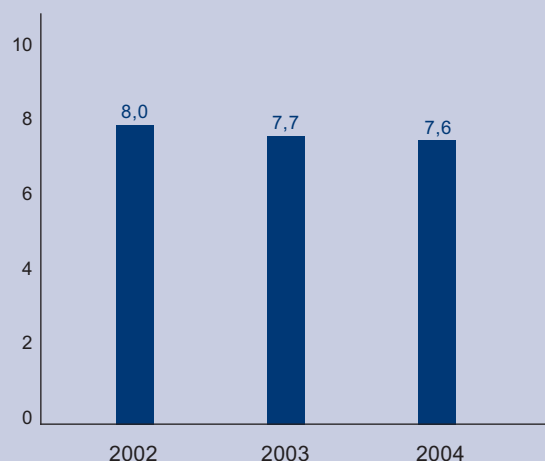
Voor de patiëntenzorg was 2004 een goed jaar. De productieafspraken werden ruimschoots gehaald en ook op het gebied van zorgvernieuwing, patiëntveiligheid en kwaliteit was het LUMC succesvol. De verpleegduur liep verder terug en de productie op de polikliniek en met name de dagafdeling, nam toe ten opzichte van de klinische productie. Het LUMC-aandeel in topreferente zorg bleef stabiel hoog voor klinische opnames en steeg nog iets wat betreft dagverpleging en polikliniekbezoek. De toegenomen productie geldt in het bijzonder voor topklinische zorg in het kader van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV).

In 2004 vonden 48 allogene beenmergtransplantaties bij volwassenen plaats ten opzichte van 37 in 2003. De verdere ontwikkeling van nieuwe, minder toxische voorbehandelingschema's draagt bij aan die toename. Hierdoor kon namelijk ook een aantal oudere patiënten met een standaard transplantatie-indicatie een transplantatie ondergaan. Ook is er een start gemaakt met familietransplantaties waarbij een niet-HLA-identiek familielid optreedt als donor. De weefselkenmerken van de donor, vaak een ouder, komen bij deze zogenoemde haplo-identieke transplantaties slechts gedeeltelijk overeen met die van de ontvanger.

Door stroomlijning van de bedrijfsvoering was het mogelijk een toename van het aantal radiotherapeutische behandelingen te realiseren. Daarmee voldoet het LUMC aan de toegenomen topreferente vraag naar bestralingbehandelingen.

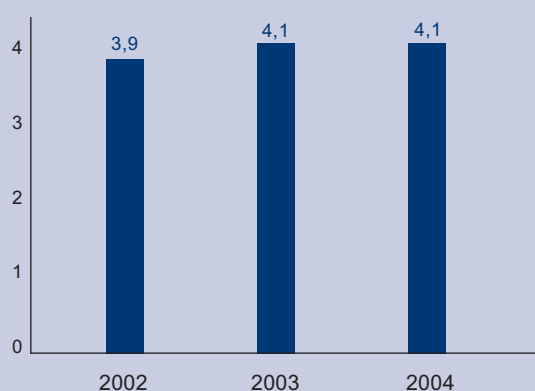
De verbeterde behandelmethoden van HIV hebben ervoor gezorgd dat de mortaliteit van aids drastisch is afgenomen. Dit verklaart de stijging van het aantal patiënten dat voor controle naar de polikliniek komt.

Gemiddelde verpleegduur in dagen



Het beleid is gericht op het verkorten van de opnameduur. Hierbij is het aantal verpleegdagen, inclusief afwezigheidsdagen en verkeerde bed dagen, gedeeld door het aantal opnames. Het aantal dagverplegingen is hierbij niet van toepassing.

Zorgratio: eerste polikliniekbezoeken en klinische opnames



Het beleid is erop gericht zoveel mogelijk zorg ambulante danwel in dagbehandeling uit te voeren.

Donoren

Ondanks het nijpende tekort aan donororganen liet 2004 een stijging van het aantal orgaantransplantaties in het LUMC zien. Dit geldt zowel voor levertransplantaties en nier-pancreastransplantaties als voor niertransplantaties. Het relatief grote aandeel van het levende donoren- en het non-heartbeating programma, droegen hieraan bij. Dit jaar werd een bijzonder programma voor levend doneren gestart, het cross-over niertransplantatieprogramma. Bij deze vorm van donatie zijn niet twee maar vier mensen betrokken, twee donoren en twee ontvangers. Er wordt tegelijkertijd kruislings gedoneerd. In het LUMC is deze procedure in 2004 drie keer uitgevoerd. Ook werden drie auxiliaire levertransplantaties verricht. Dit betekent dat een patiënt met acuut leverfalen een hulplever krijgt. In deze drie gevallen bleek het mogelijk de hulplevers na enige tijd te verwijderen en opnieuw als transplantaat te gebruiken voor een volgende ontvanger.

Cardio

Mede dankzij de invoering van een efficiëntere fast-track productielijn voor routinematige ingrepen op het gebied van thoraxchirurgie, is in 2004 zelfs iets meer dan het geplande aantal open hartoperaties gerealiseerd. Dit ondanks een overwegend complexe patiëntenpopulatie en de assistentie die het LUMC verleende aan de cardio-kliniek van het HagaZiekenhuis. De toename van het aantal ingebrachte Implanteerbare Cardioverter Defibrilators (ICD) wordt veroorzaakt door de toename van het aantal verwezen patiënten met ernstig hartfalen. De richtlijnen voor verwijzing in de perifere ziekenhuizen zijn beter geïmplementeerd. Een groot deel van deze patiënten wordt behandeld met de zogenoemde resynchronisatie pacemaker, die het hart

zonodig weer in het juiste ritme terugbrengt. Het LUMC is hiermee veruit de grootste ICD-kliniek in Nederland en één van de grootste in Europa.

Kwaliteit van de zorg

Het kwaliteitsborgingssysteem werd al besproken op pagina 15. Hieronder volgen enkele voorbeelden van verbeterprojecten. In maart 2004 is het project 'Mission! Acuut infarct' gestart. Het doel van dit project is het optimaliseren van de cardiologische zorg voor patiënten met een acuut infarct. Alle regionale hulpverleners participeren. In samenwerking met de ambulancedienst is een communicatiesysteem opgezet waarmee het electrocardiogram vanuit de ambulance naar de Coronary Care Unit (CCU) van het LUMC gefaxt kan worden. Als er sprake is van een acuut infarct wordt de patiënt onmiddellijk naar het LUMC vervoerd om een spoeddotterbehandeling (PTCA) te ondergaan. De ambulance rijdt de patiënt niet meer eerst naar een regionaal ziekenhuis en daarmee is tijd gewonnen.

Het LUMC probeert de opnameduur na een infarct zo kort mogelijk (drie dagen) te houden. De klinische fase wordt gebruikt om de patiënt te beschermen tegen recidieven. In de poliklinische fase wordt de patiënt actief betrokken bij zijn ziekteproces en het voorkomen van een recidief. Deze periode duurt een jaar. Een klein aantal patiënten blijft ook daarna onder controle bij de Mission!-polikliniek voor hartfalen. Om de klinische capaciteit optimaler te benutten, is het afgelopen jaar een zogeheten Chestpain unit in gebruik genomen. Deze observatie-eenheid moet voorkomen dat patiënten bij wie de ernst van de acute klachten nog onduidelijk is, de schaarse hartbewakingscapaciteit onnodig bezetten.

Resultaten openhartchirurgie volgens Euroscore *

	2002	2003	2004
Normaal risico (euroscore 0-2%)	1,4%	0,0%	0,5%
Verhoogd risico (euroscore 3-6%)	3,1%	1,7%	1,4%
Hoog risico (euroscore \geq 6)			
Aantal patiënten	257	262	260
Voorspelde mortaliteit	16,2%	15,5%	14,9%
Werkelijke mortaliteit	10,5%	12,6%	13,1%

* Zie toelichting pagina 96

Bron: Euroscore

Multidisciplinaire samenwerking

Het afgelopen jaar is een nieuwe multidisciplinaire polikliniek geopend voor patiënten met slikproblemen. Door het bijeenbrengen van de expertise van de afdelingen Maag- darm- en leverziekten, Heelkunde, Radiotherapie, Medische Oncologie en KNO zijn de diagnostische en therapeutische mogelijkheden voor deze patiënten geoptimaliseerd.

Een uitbreiding van het neuroradiologisch interventiecentrum maakt het mogelijk afwijkingen van de bloedvaten in de hersenen en het ruggenmerg te behandelen via een minimaal sneetje in de lies. Het doel van de behandeling, vaak een spoedingreep, is het herstellen van afwijkingen die een hersenbloeding (kunnen) veroorzaken of het weer doorgankelijk maken van bloedvaten, bijvoorbeeld na een herseninfarct. Met dezelfde minimale ingreep behandelt de neuroradioloog ook andere aandoeningen, zoals oncontroleerbare neusbloedingen, aangezichtspijn en rughernia's.

Nieuwe kennis op het gebied van vaatbiologie heeft geleid tot een nieuwe behandeling van ernstige vormen van claudicatio intermittens, of etalagebenen. De afdelingen Experimentele Hematologie en Vaatchirurgie in het LUMC passen deze behandeling, die bestaat uit het inspuiten van autoloog beenmerg (beenmerg van de patiënt zelf) in de kuitspier van het aangedane been, in trial-verband toe. Bij de helft van de patiënten leidt dit inmiddels tot een duidelijke klinische en objectieve verbetering. Een gecontroleerde studie moet de plaats van de behandeling binnen de patiëntenzorg bepalen. De mechanismen die aan de effectiviteit van de behandeling ten grondslag liggen, worden onderzocht in samenwerking met de afdeling Immunohematologie en de afdeling Tissue Repair van TNO.

De zorg voor terminale kankerpatiënten is verbeterd door de vorming van een netwerk waarin naast de afdeling Klinische Oncologie en het (pijn)consulententeam van het LUMC ook een aantal regionale huisartsen, een hospice en een specialistisch verpleegkundig team van de thuiszorg plaats-

Patiënttevredenheidsonderzoek

Gegevens van de polikliniek (schaal 1-5)	
Ontvangst	
Gemiddelde overige UMC's	3,84
Gemiddelde LUMC	3,83
Bejegening polimedewerkers	
Gemiddelde overige UMC's	3,84
Gemiddelde LUMC	3,90
Bejegening artsen	
Gemiddelde overige UMC's	4,07
Gemiddelde LUMC	4,11
Informatie	
Gemiddelde overige UMC's	3,27
Gemiddelde LUMC	3,29
Zelfstandigheid	
Gemiddelde overige UMC's	3,77
Gemiddelde LUMC	3,78
Nazorg	
Gemiddelde overige UMC's	3,35
Gemiddelde LUMC	3,33
<i>Bron: Prismant</i>	

Gegevens van de kliniek (schaal 1-5)	
Ontvangst	
Gemiddelde overige UMC's	2,92
Gemiddelde LUMC	2,96
Bejegening verpleegkundigen	
Gemiddelde overige UMC's	2,94
Gemiddelde LUMC	3,00
Bejegening artsen	
Gemiddelde overige UMC's	2,94
Gemiddelde LUMC	3,01
Informatie	
Gemiddelde overige UMC's	2,67
Gemiddelde LUMC	2,74
Zelfstandigheid	
Gemiddelde overige UMC's	2,80
Gemiddelde LUMC	2,87
Vertrek en nazorg	
Gemiddelde overige UMC's	2,59
Gemiddelde LUMC	2,62
<i>Bron: Prismant</i>	

nemen. Dit maakt een transmurale oncologische zorg mogelijk. Terminale oncologische patiënten die nog specifieke medische en verpleegkundige zorg nodig hebben, kunnen hierdoor thuis of bijna thuis worden verzorgd.

Patiënttevredenheid

Op initiatief van de CRAZ is door de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra in 2004 de Kernvragenlijst Patiënttevredenheid (KPAZ) opgesteld, om de kwaliteit van de patiëntcommunicatie te meten en eventueel te verbeteren. Deze vragenlijst is aan een deel van de patiëntenpopulatie van de UMC's toegezonden. De uitkomst van het onderzoek was overwegend positief tot zeer positief. Het LUMC scoorde hoog.

In aanvulling op de KPAZ, die als screeningsinstrument moet worden gezien, is in 2004 in samenwerking met de faculteit der Sociale Wetenschappen van de Universiteit Leiden een verdiepingsvragenlijst ontwikkeld en gevalideerd. Doordat deze vragenlijst naar onderwerp is gespecificeerd, maakt hij maatwerk mogelijk bij het zoeken naar de oorzaak van een minder gewenste uitkomst.

Patiëntveiligheid

Op het gebied van patiëntveiligheid zijn weer een aantal belangrijke stappen gezet. In opdracht van minister Hoogervorst presenteerde de president-directeur van Shell Nederland, Rein Willems, dit jaar een rapport over patiëntveiligheid in de zorgsector. Dit rapport doet verschillende concrete aanbevelingen waarvan er twee met name aan het werkveld zijn gericht. Ten eerste moeten alle zorginstellingen over een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem beschikken, dat bestaat uit een risico-inventarisatie, een incidentenanalyse en een managementsysteem om verbeteracties te plannen en te monitoren. Ten tweede moet voor veiligheid aan de volgende basisvoorwaarden worden voldaan: de eindverantwoordelijkheid voor de veiligheid van patiënten en medewerkers moet zeer duidelijk zijn vastgelegd; ziekenhuisdirecties moeten de mogelijkheid hebben te sturen en waar nodig sancties uit te delen; het functioneren van specialisten moet regelmatig worden geëvalueerd; contracten van specialisten moeten een beperkte looptijd hebben; de ziekenhuisdirectie is verantwoordelijk voor de cultuur waarbinnen de veilige zorg gerealiseerd kan worden.

De positionering van het LUMC ten opzichte van

de aanbevelingen in het rapport lijkt adequaat. Het LUMC is een professionele hiërarchische lijnorganisatie, kent een heldere organisatorische verantwoordelijkheidsstructuur en met alle medewerkers worden jaargesprekken gevoerd.

Het risicobewustzijn in de patiëntenzorg binnen het LUMC varieert. Dit blijkt uit het meldingsgedrag van medewerkers van de verschillende afdelingen aan de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP). Bij een aantal afdelingen zal de cultuur moeten worden aangepast.

In 2004 leidde ongeveer 20 procent van de gemelde incidenten tot vervolgacties (zie pagina 102). Het geaccrediteerde NIAZ-kwaliteitssysteem vormt een belangrijk fundament voor het noodzakelijk geachte managementsysteem om verbeteracties te plannen en te monitoren.

Volgens het LUMC wordt patiëntveiligheid met name bepaald en geborgd op het niveau van de werkprocessen. Routine aanbrenge in werkprocessen sorteert enerzijds een veiligheidsverhogend effect maar vraagt bij kritische processen tegelijkertijd om extra aandacht. De fysiologisch bepaalde faalkans is namelijk juist bij routinematig handelen 1:1000 tot 1:100. Systematische analyse van bijna-fouten is noodzakelijk om veiligheid verhogende stappen te kunnen nemen, evenals een veilige, open cultuur op de werkvloer.

Een aantal afdelingen in het LUMC heeft zich kampioenen getoond in het uitwerken van deze visie. De afdeling Heelkunde, bijvoorbeeld, heeft zijn pioniersrol op het gebied van het leren van ongeplande uitkomsten van zorg voortgezet. De afdeling heeft veiligheidskundige analysetechnieken in de wekelijkse complicatiebespreking geïntroduceerd, terwijl tegelijkertijd aandacht is besteed aan het identificeren en wegnemen van drempels voor arts-assistenten bij deze bespreking.

Om de patiëntveiligheid te verhogen worden in 2005 bij een aantal risicovolle processen en ziekenhuisbrede ketens veiligheidsbevorderende methodieken ingevoerd. De aandacht gaat hierbij onder andere uit naar de intensive care van Neonatologie, het Post Anaesthesia Care Unit, het OK-centrum, de afdeling Klinische Farmacie en Toxicologie en de geneesmiddelenketen.

Medicatie

In 2004 is in het kader van de medicatieveiligheid één project gecontinueerd en één nieuw project gestart. In samenwerking met de afdeling Klinische Farmacotherapie heeft de afdeling Intensive Care Kindergeneeskunde een satellietapotheek ingericht op de afdeling. Hier maken apothekersassistenten de geneesmiddelen gereed voor injectie. Voorheen deed het verplegend personeel dit zelf. Dit heeft geleid tot minder medicatiefouten en tot een hogere microbiologische kwaliteit van de spuiten. Het tweede project beoogt een intensivering en automatisering van de medicatiebewaking. In 2004 is een automatisch detectieprogramma ontwikkeld dat op basis van vooraf opgestelde definities, clinical rules, en gegevens uit Mirador en Medicator waarschuwt voor adverse drug events: ongewenste werkingen van een geneesmiddel. De clinical rules bevatten onder meer demografische gegevens van de patiënten, het individuele geneesmiddelprofiel en laboratoriumgegevens. Het detectieprogramma spoort patiënten op die een groot risico lopen om een geneesmiddel-gerelateerd probleem te ontwikkelen. In 2004 is een eerste set clinical rules opgesteld.

Inburgeren

In 2004 heeft het LUMC samen met de Faculteit Sociale Wetenschappen een vragenlijst ontwikkeld en gevalideerd die een aantal kwetsbaarheden in de OK-processen beoogt te onderzoeken. Deze vragenlijst is onder alle OK- en IC-medewerkers verspreid. De eerste resultaten zijn inmiddels bekend. Om de

patiëntveiligheid te bevorderen blijkt het noodzakelijk de communicatie tussen de teams en disciplines te verbeteren. Een ander verbeterdoel betreft de begeleiding van leerlingen en nieuwe medewerkers en de training voor het leren omgaan met nieuwe apparatuur. Er is een veiligheidscommissie ingesteld die de veiligheid binnen de operatiekamer moet bevorderen. Naast aandacht voor communicatie en training stimuleert deze commissie ook de situational awareness. Met het oog daarop is een inburgeringscursus voor alle nieuwe medewerkers georganiseerd. Ook heeft de commissie een systematiek voor incidentenanalyse geïntroduceerd, gebaseerd op de TRIPOD-analysetechniek. Incidenten met potentieel ernstige consequenties worden hiermee systematisch getoetst op de aan- of afwezigheid van bepaalde OK-proce-eigen risicofactoren. Dit maakt het mogelijk gericht over te gaan tot risicomanagement, -reductie of zelfs -eliminatie.

Klachtenbehandeling

In 2004 had het LUMC te maken met 46 klagers. Zes klagers, die samen dertig klachten hadden, kozen ervoor hun klacht(en) te laten behandelen door de Klachtencommissie en 39 klagers, in totaal goed voor 62 klachten, stemden in met een klachtenbemiddelingstraject. Eén klacht is op andere wijze opgelost. Er is onderzocht wat zowel de klagers (patiënten) als de betrokkenen (degenen waarover geklaagd werd) van de klachtenbemiddeling verwachten en hoe tevreden zij zijn over het verloop. De patiënten verwachten dat ze 'serieus worden genomen' en 'gehoord worden'. Deze verwachtingen zijn bij de

Klachtencommissie: soort klachten en resultaat *

	2002		2003		2004	
	Aantal	Geground	Aantal	Geground	Aantal	Geground
Medisch handelen	4	3	2	1	11	2
Bejegening	2	1	2	2	4	1
Organisatie/coördinatie van zorg	3	2	0	0	8	6
Uitstel van behandeling/wachlijsten	1	0	0	0	2	1
Informatieverstrekking	-	-	1	0	4	1
Problemen met rekening	0	0	1	1	0	0
Verzorging	1	1	0	0	0	0
Overige **	6	1	2	0	1	0
Totaal	17	8	8	4	30	11

* Een klachtenbrief kan meerdere klachten bevatten.

** De rubriek 'overige' betreft onder andere klachten over ontevredenheid of teleurstelling over de resultaten van een behandeling, opgetreden complicaties of het uitblijven van een behandeling wegens de afwezigheid van een indicatie of medisch-administratieve problemen.

Resultaten klachtenbemiddeling in 2004			
	2002	2003	2004
bemiddeling geslaagd	41	33	25
bemiddeling deels geslaagd	0	4	11
bemiddeling niet geslaagd	0	4	3

Klachtenbemiddeling: aantal en soort klachten *			
	2002	2003	2004
Medisch handelen	25	29	19
Bejegening	20	28	24
Organisatie/coördinatie van zorg	25	26	12
Informatieverstrekking	16	8	7
Verzorging	-	-	1
Overige	1	3	2
Totaal	87	94	65

* Een klachtenbrief kan meerdere klachten bevatten.

meerderheid van de patiënten uitgekomen. Een ruime meerderheid van de patiënten en de betrokkenen heeft aangegeven tevreden te zijn over de wijze waarop het proces van bemiddeling is verlopen. Een meerderheid van de betrokkenen geeft aan veranderingen te hebben doorgevoerd naar aanleiding van de klacht en meent dat er sprake is van herstel van vertrouwen tussen patiënt, arts en ziekenhuis. Bij de patiënten wordt echter door minder dan de helft aangegeven dat er sprake is van herstel van vertrouwen.

Dit fenomeen is elders nog sterker naar voren gekomen uit de wetsevaluatie WKCZ (Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector). Het heeft te maken met verwachtingenmanagement en is inmiddels structureel aangepakt in het LUMC.

Onderzoek

Het wetenschappelijk onderzoek in het LUMC kenmerkte zich het afgelopen jaar door uitstekende resultaten: Het LUMC wierf een aanzienlijke hoeveelheid externe middelen voor het onderzoek. De missie om fundamenteel onderzoek te vertalen naar de klinische zorgpraktijk kreeg opnieuw stevig gestalte. Samenwerking, bijvoorbeeld met de Universiteit Leiden, de Technische Universiteit Delft en TNO, is daarbij belangrijk. De impact van het wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld vertaald in citaties, nam toe.

Subsidies

In het kader van de Vernieuwingsimpuls - Veni, Vidi, Vici - van de NWO verwierf het LUMC in 2004 negen subsidies. De eerste Veni-ronde, voor pas gepromoveerde onderzoekers, leverde drie subsidies op. De uitslag van de tweede ronde is nog niet bekend. Vijf LUMC-onderzoekers ontvingen een Vidi-subsidie en prof. dr. M.D. Ferrari kreeg de prestigieuze Vici-subsidie. Dit is de hoogste score sinds de introductie van de Vernieuwingsimpuls in 2002.

Om subsidieaanvragen nog kansrijker te maken, is de ondersteuning voor onderzoekers verbeterd. De wetenschapscommissie van het LUMC beoordeelt onderzoeksvoorstellen en doet suggesties voor verbetering. Daarnaast is op centraal niveau een steunpunt voor internationale subsidieaanvragen opgericht.

De participatie van LUMC-onderzoekers in het Zesde Kaderprogramma voor onderzoek en technologische ontwikkeling van de EU, kortweg het KP6, is groot. Zowel in de eerste rondes in 2003 als in de rondes in 2004 is een groot aantal aanvragen met LUMC-betrokkenheid ingediend. In 2003 zijn veertien projecten waarbij het LUMC betrokken is, in sommige gevallen als coördinator, toegekend. In de ronde van 2004 is het LUMC betrokken bij meer dan dertig aanvragen, waarvan het LUMC bij vier de beoogd coördinator is. De uitslag van deze ronde is nog niet bekend. In 2004 is het door het LUMC geleide consortium Eurohead opgericht en met het onderzoek naar migraine van start gegaan. De EU subsidieert dit project. Ook twee Research Training Networks (Marie Curie) staan in de startblokken. Bij het bovengenoemde centraal ingerichte steunpunt kunnen onderzoekers terecht met vragen over

Prijzen			
	2002	2003	2004
Veni	2	2	3
Vidi	2	1	5
Vici	1	0	1

Wervend vermogen (€ x 1.000)			
	2002	2003	2004
2e geldstroom	7.836	9.565	10.526
3e geldstroom	11.100	11.972	11.873
4e geldstroom	19.924	20.184	22.271
Totaal	38.860	41.721	44.670

Europese of andere internationale onderzoeksprogramma's. Desgewenst ondersteunt het steunpunt concreet bij het indienen van de subsidieaanvraag. Gezien de managementlast van sommige KP6-projecten is besloten de centrale ondersteuning uit te breiden met expertise op het gebied van projectmanagement.

Promoties en impact

Promoties			
	2002	2003	2004
	80	74	81

Evaluatie is een belangrijk instrument om de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek in het LUMC te verbeteren. Sinds een aantal jaren verricht het Centrum voor Wetenschap en Technologie Studies (CWTS) een jaarlijkse impactanalyse van het onderzoek van het LUMC. De voornaamste parameters in dit model zijn het aantal wetenschappelijke publicaties en het aantal citaties, met andere woorden: de impact van het onderzoek. Om transparantie en benchmarking te bevorderen heeft het LUMC mede het initiatief genomen tot een UMC-brede impactanalyse van wetenschappelijk onderzoek. In de eerste helft van 2004 heeft het CWTS het onderzoek aan de acht Nederlandse Universitaire Medische Centra geanalyseerd. De resultaten zijn op 1 september 2004, bij gelegenheid van de oprichting van de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU), openbaar gemaakt.

Impactanalyse			
1998-2002	publicaties P	citaties C+sc	impact (C/P)
Erasmus MC	6,328	53,247	8,41
LUMC	4,899	40,762	8,32
AMC	4,612	39,070	8,47
UMCU	4,652	38,316	8,24
UMC St Radboud	4,522	30,380	6,72
VUmc	3,755	30,294	8,07
AZM	4,029	24,250	6,02
UMCG	3,020	17,533	5,81

In de eerste helft van 2004 heeft het CWTS het onderzoek aan de acht Nederlandse UMC's geanalyseerd. Enkele gegevens uit deze analyse zijn in volgorde van het aantal citaties.
Bron: Centrum voor Wetenschap- en Technologie Studies

In overeenstemming met afspraken binnen de NFU is de impact van de onderzoeksprogramma's geanalyseerd over een periode van vijf jaar. Het LUMC presenteerde de resultaten voorheen over een periode van tien jaar. Uit het overzicht blijkt dat het LUMC tot de best scorende instellingen behoort. De NFU heeft besloten deze analyse in de toekomst elke twee jaar uit te voeren. De volgende analyse zal betrekking hebben op de periode 2000-2004. In het licht van het voorgaande is het treffend dat volgens het blad Medisch Contact (jaargang 60, nr. 1, 7 januari 2005) een artikel uit het LUMC over astma, dat in de Lancet verscheen, tot de drie best geciteerde klinische publicaties in Nederland in de afgelopen drie jaar behoort.

De KNAW benoemde medisch farmacoloog prof. dr. E.R. de Kloet in maart tot Akademiehoogleeraar, vanwege zijn belangrijke bijdragen aan de wetenschap op het gebied van de stress-biologie.

Naast de wetenschappelijke impact is de maatschappelijke impact van het onderzoek van groot belang. Het LUMC wil het maatschappelijk profiel van zijn onderzoek beter zichtbaar maken. Daartoe is in 2004 een pilot opgezet, die de elementen die verband houden met de maatschappelijke impact onderzoekt. Bij die elementen moet gedacht worden aan de vraag uit de omgeving, dienstverlening, gebruik van de expertise en externe advisering. De te ontwikkelen systematiek is wellicht ook voor andere organisaties bruikbaar.

Kennistransfer en samenwerking

De samenwerking met de Universiteit Leiden heeft geleid tot het project Leiden - life meets science. Dit project, waar ook de gemeente Leiden bij betrokken is, is opgezet om de positie van Leiden als vestigingsplaats van organisaties op het gebied van life sciences en biotechnologie te versterken. Nu reeds is het Leidse Bio Science Park in zijn soort het grootste van Nederland, met meer dan 8000 werknemers bij de kennisinstellingen en bedrijven. Het LUMC speelt een prominente rol bij Leiden - life meets science. De wetenschapsbeoefening in het LUMC kenmerkt zich van oudsher door de vertaling van resultaten uit fundamenteel onderzoek naar de klinische praktijk van de patiëntenzorg. Het LUMC is consistent in zijn missie en geeft het translationele onderzoek, from bench to bedside, een belangrijke plaats in de profilering. Bedrijfsmatig uit de samenwerking

tussen het LUMC, de Leidse Universiteit en de gemeente Leiden zich in een succesvolle incubator, het BioPartner Center Leiden, dat op het Bio Science Park is gevestigd. De incubator ondersteunt startende biomedische ondernemingen. Het is één van de kernfaciliteiten van het kenniscluster in Leiden.

Het LUMC beschouwt het ontwikkelen van nieuwe kennis en de overdracht daarvan ten behoeve van klinische en maatschappelijke toepassingen, als een belangrijke en centrale doelstelling. Met het oog daarop stelde de Raad van Bestuur in 2003 de nota 'Kennisbescherming en -transfer' vast. Het beleid met betrekking tot octrooiering en kennisexploitatie dat daaruit voortvloeyde, heeft in het afgelopen jaar verdere vooruitgang geboekt. Het klimaat is stimulerend en er is een begin gemaakt met de verdere professionalisering. De dienstverlening aan onderzoekers op dit gebied wordt zowel op centraal niveau als binnen de divisies georganiseerd. Een voorbeeld van een succesvol kennis-exploitatieproject is de samenwerking met het Aglaia Oncology Fund. Uit deze samenwerking is een spin-off ontstaan: ISA Pharmaceuticals BV (Immune System Activating Pharmaceuticals).

Octrooien			
	2002	2003	2004
nieuw (aangevraagd)	4	4	8
in portefeuille	38	40	46
beëindigd	2	2	2

Een ander voorbeeld van succesvolle samenwerking is het nationale Genomics zwaartepunt, Centre for Medical Systems Biology (CMSB). In het CMSB, dat wordt geleid vanuit het LUMC door Prof. dr. G.J. van Ommen, werkt een aantal kennisinstellingen samen op het gebied van multifactoriële ziekten, ziekten die ontstaan door een interactie tussen milieu- en erfelijke factoren. Na de start in 2003, is het CMSB in 2004 jaar volledig operationeel geworden en heeft het inmiddels internationale aandacht getrokken.

Evenals in voorgaande jaren is goed samengewerkt met TNO, onder andere op het gebied van public health, cardiovasculair onderzoek in het CMSB. Door de vorming van het Kerngebied Kwaliteit van Leven, een uitvloeisel van de reorganisatie van TNO, krijgt deze samenwerking mogelijk een nieuwe impuls.

Ook binnen het LUMC wordt sterk samengewerkt in onderzoek. Bijvoorbeeld op het gebied van genomics, vascular medicine of infectieziekten worden inhoudelijk samenhangende divisie- en afdelingoverstijgende onderzoeksprojecten gevormd. Om deze wijze van thematische samenwerking te bevorderen krijgen themagroepen een erkenning en status, waardoor hun positie binnen het LUMC duidelijk en zichtbaar is. Voorbeelden hiervan zijn de in ontwikkeling zijnde themagroepen molecular imaging, neurowetenschappen en public health, die kennis op deze gebieden LUMC-breed bundelen.

Onderwijs

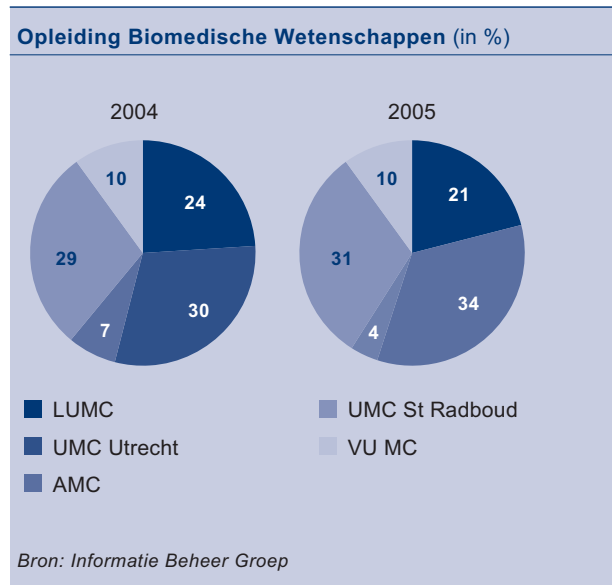
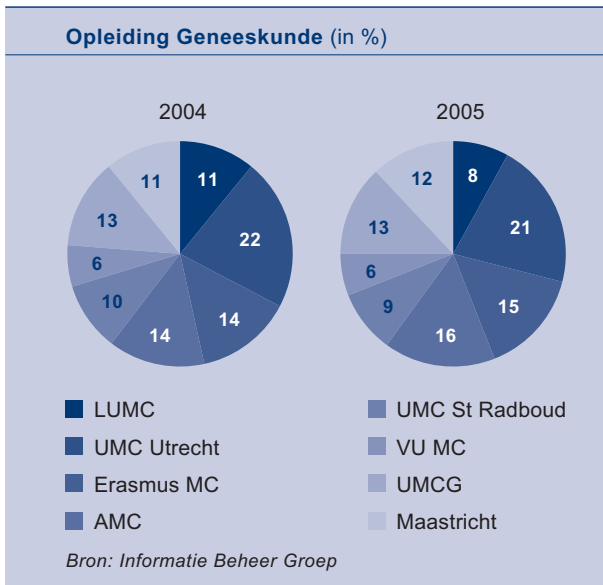
Aantallen en rendement

Vanaf 2000 nam het aantal studenten toe. Sinds 2003 starten jaarlijks 315 studenten de opleiding Geneeskunde in Leiden. De groeiende instroom heeft inmiddels ook de co-schappenfase bereikt. Het heeft veel inspanning gekost, maar inmiddels is voor al deze studenten een co-assistentplaats in de onderwijs- en opleidingsregio gerealiseerd. In 2004 stroomden 29 studenten met een afgeronde bachelor-, master- of doctoraalopleiding in als zij-instromer in het derde studiejaar. Twaalf CIBA-artsen begonnen in september. Tegelijkertijd waren zestien CIBA-artsen bezig met hun co-schappen. Het gaat hier om buitenlandse artsen die een gedeelte van de opleiding Geneeskunde moeten volgen om hun vooropleiding aan te vullen. De Commissie Instroom Buitenlandse Artsen (CIBA) fungeert als landelijk meld- en verdeelpunt voor deze doelgroep.

Bij de opleiding Biomedische Wetenschappen stroomden in 2004 65 studenten de bachelorfase in. De masteropleiding kon rekenen op 35 nieuwe studenten, van wie vier het bachelordiploma van een andere opleiding hebben: Eén student is afkomstig van de opleiding biologie, één studeerde biofarmaceutische wetenschappen en twee studenten waren in het bezit van een buitenlands bachelordiploma.

Het rendement van de opleiding Geneeskunde is onveranderd zeer hoog. Bij Biomedische Wetenschappen is het rendement hoog, maar nog niet hoog genoeg. Rendement is en blijft een punt van aandacht.

Marktaandeel vooraanmeldingen



Onderwijsvisitatie

De opleiding Geneeskunde is eind 2003 gevisiteerd. In het visitatierapport dat in 2004 verscheen, spreekt de commissie waardering uit voor de grote inspanning die de opleiding heeft geleverd bij het ontwikkelen en invoeren van het nieuwe opleidingsprogramma. Volgens de commissie is er sprake van een duidelijke verbetering ten opzichte van het oude programma. De commissie is in het bijzonder positief over het (intra-curriculaire) uitwisselingsprogramma met het Zweedse Karolinska Instituut en over de aandacht voor de interne kwaliteitszorg. Op basis van de aanbevelingen uit het visitatierapport is een plan van aanpak ontwikkeld dat moet leiden tot verdere verbetering van het onderwijsprogramma.

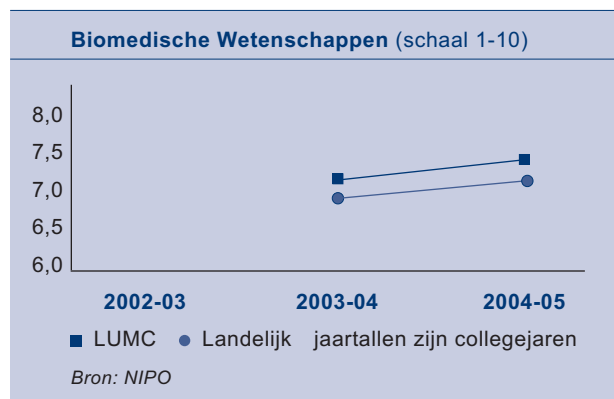
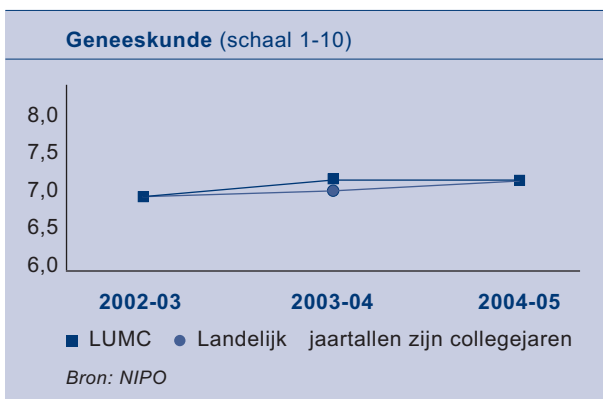
Ook de opleiding Biomedische Wetenschappen doorliep in 2003 een visitatie. Uit het rapport dat in januari 2005 verscheen, blijkt dat de commissie

de opleiding positief beoordeelt. De opbouw en de inhoud van het programma krijgen de waardering 'excellent'. Sterke punten van de opleiding zijn volgens de commissie het hoge percentage promovendi onder de afgestudeerden, de actieve studievereniging, de positionering dichtbij de kliniek en, ook hier, de samenwerking met het Karolinska Instituut. Op basis van de mondelinge rapportage in 2003 waren reeds activiteiten in gang gezet om de kwaliteit van de opleiding verder te verbeteren. Deze activiteiten zijn in 2004 aangevuld tot een compleet plan van aanpak dat in 2006 volledig moet zijn geïmplementeerd.

Vernieuwing curriculum

De curriculumvernieuwing van de opleiding Geneeskunde heeft in 2004 het zesde studiejaar bereikt. De voorbereiding voor de nieuwe programmaonderdelen, de semi-artsstage en de Centrale

Studentenoordeel



Onderwijsmomenten tijdens de co-schappen, zijn in 2004 afgerond. De semi-artsstage is bedoeld als schakel tussen de onderwijsperiode en de vervolgoopleiding. Tijdens deze stage leert de student, hoewel nog onder supervisie, als een zelfstandig beroepsbeoefenaar functioneren. In 2005 zullen de eerste studenten nieuwe stijl deze onderdelen volgen.

Het LUMC heeft de wijze waarop studenten geplaatst worden voor de co-schappen gewijzigd. Door het moment van inschrijven te vervroegen, weten de studenten eerder hoe de planning voor hun co-schappafase eruit gaat zien. Eventuele wachttijd kunnen zij daardoor beter benutten. Een nieuw computerprogramma ondersteunt de plaatsing. Dankzij dit programma wordt de totale wachttijd beter over de groep studenten verdeeld.

De commissies die betrokken waren bij de curriculumvernieuwing Geneeskunde, hebben hun taak beëindigd. De Raad van Bestuur heeft een nieuw onderwijs organogram vastgesteld, dat de verantwoordelijkheidslijn van de onderwijsorganisatie duidelijk weergeeft. Naar aanleiding van de visitatie van zowel de opleiding Geneeskunde als Biomedische Wetenschappen, zijn afspraken gemaakt met de divisiebesturen over de organisatie van het divisieoverstijgend onderwijs. Met behulp van het FuwaVaz-project maakte het LUMC in 2003 een aanvang met de implementatie van het nieuwe functiewaarderingssysteem voor academische ziekenhuizen. In het kader van dit project wordt in 2005, analoog aan de functiereeks voor onderzoekers, een docentreeks ontwikkeld.

Waardering

De studenten oordelen positief over het onderwijs. In het Elsevier-studentenonderzoek (oktober 2004) staat Biomedische Wetenschappen met een 7.5 op de eerste plaats in Nederland. De opleiding Geneeskunde eindigt met een 7.2 op plaats vier van de acht. Volgens het LUMC bestaat goed onderwijs niet alleen uit kennisoverdracht. Goed onderwijs is ook goed gefaciliteerd. De verhuizing naar het hoofgebouw van de studievereniging Medische Faculteit der Leidse Studenten (MFLS) en de bijbehorende bar HePatho is weer een stap voorwaarts. De verhuizing, die in december 2004 begon en inmiddels is afgerond, heeft er al voor gezorgd dat er meer docenten op de student-docent-borrel te vinden zijn dan ooit. Het bestuur van het LUMC hoopt met de studenten dat nu

ook het bestuurscentrum van de MFLS vaker bezocht zal worden, zowel door studenten als docenten.

Opleidingen

Het LUMC kent 27 opleidingen tot medisch specialist en levert specialisten af die evidence based handelen als prioriteit beschouwen. In 2004 werd verder gebouwd aan de Onderwijs- en Opleidingsregio (OOR) en was er bijzondere aandacht voor de opleidingen tot nieuwe beroepen. Daarnaast is in 2004 een centrale introductie cursus gestart voor artsen in opleiding tot specialist en specialisten die als medewerker van het LUMC beginnen. Hierin komen diverse LUMC-brede onderwerpen aan de orde.

Overzicht aantal agiko's			
	2002	2003	2004
	41	46	65

Onderwijs- en opleidingsregio

Met het toenemen van het aantal studenten en assistenten in opleiding is de in de regio beschikbare klinische opleidingscapaciteit van steeds groter belang. Ook de vernieuwing in het geneeskundeonderwijs en de recente bredere kijk op de invulling van de opleiding tot specialist vraagt om goede samenwerking. De ambities van de OOR-partners zijn een antwoord op de actuele maatschappelijke behoefte naar meer artsen en specialisten. Op aansturing van het Capaciteitsorgaan, dat de behoefte aan opleidingsplaatsen voor medische specialisten vaststelt, is het aantal artsen in opleiding tot specialist de afgelopen jaren fors gegroeid. Alle partijen in de OOR hebben hieraan een structurele bijdrage geleverd. Het ontwikkelen van een helder proces om tot uitbreiding te komen, heeft gezien het initiële tempo van de ontwikkelingen en de betrokkenheid van een grote hoeveelheid partijen, de nodige tijd in beslag genomen. Inmiddels zijn de lijnen echter helder. Het Capaciteitsorgaan hanteert een dynamisch ramingsmodel dat uit verschillende harde en zachte variabelen is opgebouwd. De variabelen zijn voor bijstelling vatbaar bijvoorbeeld op basis van maatschappelijke ontwikkelingen of politieke keuzes. Het gebruik van dit dynamische model leidt ertoe dat

de instroom ieder jaar geïnventariseerd moet worden om het model te kunnen voeden en het instroombeleid op basis van de laatste resultaten bij te stellen. Deze werkwijze leidt tot jaarlijkse instroomfluctuaties, die overigens gedempt worden door het beleid en door de toepassing van een tienjaars horizon. Hopelijk voorkomt dit model wat in het verleden te vaak is gebeurd: een tekort of overschot van medische hulpverleners door de hantering van slechte planningsinstrumenten. Het model heeft ook zijn uitwerking voor de onderwijsperiode vanuit de gedachte van het opleidingscontinuüm.

De uitbreiding van de klinische capaciteit in het collegejaar 2003-2004 uit zich niet alleen in de groei van het aantal arts-assistenten, maar ook in de groei van het aantal opleidingserkenningen. Veel OOR-partners hebben de laatste jaren hard gewerkt aan de uitbreiding van hun opleidingserkenningen. Nieuwe inzichten in de opbouw van de opleiding tot specialist en de noodzaak tot uitbreiding van de klinische opleidingscapaciteit kwamen in dat opzicht de afgelopen jaren effectief samen. Ook in komende jaren zal gezamenlijk hard gewerkt moeten worden aan het vernieuwen van de structuur van de opleiding tot specialist.

Nieuwe beroepen

De verschuiving van functies tussen verschillende beroepsgroepen die de laatste jaren in de Nederlandse gezondheidszorg plaatsvond, heeft geleid tot een aantal zogenoemde nieuwe beroepen. In september kregen de eerste twee physician assistants (PA) uit het LUMC hun diploma. Zij werken op het Centrum Eerste Hulp en behoren tot de eerste PA's in Europa die een niet-Amerikaans opleidingsprogramma gevolgd hebben. Het beroep van physician assistant is rond 1960 ontstaan in de Verenigde Staten als reactie op een groot tekort aan artsen. In 2000 is het beroep van PA in Nederland geïntroduceerd via een professionele masteropleiding. PA's werken onder supervisie van een medisch specialist en bieden hoogwaardige professionele curatieve zorg. Naar verwachting leidt de introductie van dit beroep in Nederland tot meer continuïteit en kwaliteit in de gezondheidszorg en tot een verhoging van efficiëntie en arbeidsproductiviteit. Het beroep biedt HBO-professionals in de gezondheidszorg een interessant carrièreperspectief.

Specialistische opleidingen

In samenwerking met het Mondriaan College en de Leidse Hogeschool verzorgt het LUMC opleidingen tot verpleegkundige. Nu het schaarsteoffensief, om de tekorten in deze beroepsgroep op te heffen, is afgelopen, is de instroom teruggebracht naar het reguliere niveau. Bij de specialistische opleidingen was het aantal cursisten in 2004 10 procent hoger dan in 2003. Deze toename is grotendeels te verklaren vanuit de behoefte aan bijscholing van zittend personeel. Het LUMC onderzoekt in de OOR de mogelijkheden tot verdere afstemming, die in 2005 onder andere in samenwerking met het HagaZiekenhuis vorm zal krijgen.

Bij- en nascholing

De Boerhaave Commissie verzorgt postacademisch onderwijs, congressen, symposia, publieksdagen voor de gezondheidszorg en biomedische wetenschappen en IRS-cursussen stralingsbescherming. In 2004 werden twee specialistische opleidingen geaccrediteerd. Daarmee zijn alle specialistische opleidingen die de Boerhaave Commissie organiseert, officieel erkend. Naast specialistische opleidingen verzorgt de Boerhaave Commissie interne opleidingen voor het LUMC-personeel, bijvoorbeeld in de vorm van vaardigheidstrainingen. Het besluit om de opleiding tot medische specialist, de specialistische opleidingen en de interne opleidingen te clusteren tot één centraal Opleidingscentrum, heeft in 2004 verder vorm gekregen.

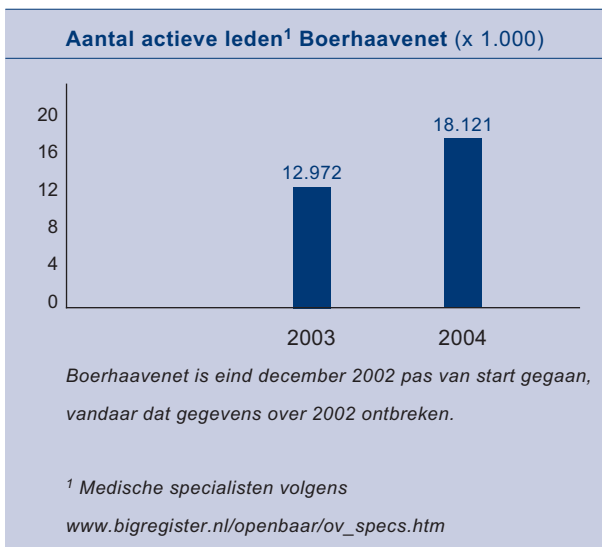
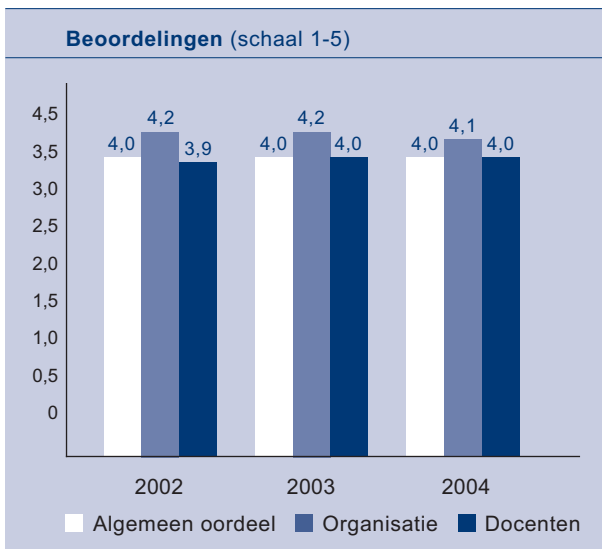
De Boerhaave Commissie levert steeds meer maatwerk bij het organiseren van congressen. Waar het voorheen alleen mogelijk was een 'totaalpakket' in te kopen, verzorgt de Commissie nu desgewenst ook delen van de organisatie. Dat sluit beter aan bij de wensen van de klant. Bijzonder is het feit dat de Boerhaave Commissie sinds 2004 al zijn huisartsencursussen vrij van sponsoring aanbiedt. De wens om ook wat betreft de Leidse nascholing voor HBO en MBO een centrale rol te gaan spelen, kreeg in 2004 verder gestalte.

Bij de bij- en nascholing speelt 'Leren op afstand' een steeds grotere rol. Dit blijkt onder andere uit het succes van het Boerhaavenet, dat floreert met meer dan 18.000 actieve abonnees. Het grootste gedeelte van de deelnemers aan de cursussen, ongeveer zestig

Boerhaave

Geaccrediteerde nascholing			
	2002	2003	2004 ¹
Aantal activiteiten	36	45	58
Aantal cursisten	6397	6196	7784

¹ M.i.v. 2004 worden het aantal cursisten en cursussen in het kader van het Boerhaave Stralingsbeschermingsprogramma (voorheen IRS) opgenomen bij de geaccrediteerde nascholing.



procent, schrijft zich op dit moment in via het net. Het is de bedoeling dat in de toekomst honderd procent van de aanmeldingen via het Boerhaavenet loopt.

De Boerhaave Commissie is in 2004 ook gestart met het creëren van een elektronische omgeving voor e-learning. Inmiddels draaien 25 programma's waarmee deelnemers online lessen kunnen volgen.

Medewerkers

Met het programma Anders Werken beoogde het LUMC in 2004 opnieuw, naast een kwaliteitsverbetering voor de patiënt, een betere werkomgeving voor het personeel te bereiken. Ook de aandacht voor deregulering moet hieraan bijdragen. Minder regels brengen meer duidelijkheid. Als medewerkers op decentraal niveau meer vrijheid en verantwoordelijkheid krijgen, zal het werkplezier en de veiligheid toenemen.

Beschikbaarheid van personeel

In 2004 groeide het personeel licht tot 5223 fte. De groei is toe te schrijven aan de toename van het aantal projectmedewerkers voor onderzoeksprojecten en het aantal arts-assistenten. Ook het stijgende aantal leerlingen voor in het bijzonder de verpleegkundige opleidingen, vroeg om extra bezetting. Het aantal vacatures was gelijk aan dat in 2003, namelijk 255, waarvan 75 procent reguliere vervanging betrof. De afgelopen jaren is als gevolg van een schaarsteoffensief grote inspanning geleverd om extra opleidingsactiviteiten voor verpleegkundigen te creëren. Nu het tekort lijkt bijgesteld, zal de opleidingscapaciteit voor deze beroepsgroep teruggebracht worden naar regulier niveau.

De inzet van het personeel in 2004 steeg licht ten opzichte van 2003, omdat de bezetting toenam en het ziekteverzuim licht daalde. Het percentage ziekteverzuim van het LUMC is met vier procent lager dan de het gemiddelde van de Universitaire Medische Centra in Nederland (4,7 procent). Desalniettemin zal het LUMC in 2005 een extra inspanning leveren met het doel het verzuim onder de vier procent te houden.

Door de algemene economische situatie bleek het in 2004 lastiger nieuwe functies te vinden voor medewerkers van wie een tijdelijk contract afliep of die door een reorganisatie herplaatst moesten worden.

De groei van het aantal herplaatsingskandidaten met 25 procent weerspiegelt dit. Desondanks bedraagt hun totale aantal slechts ongeveer 1 procent van het totaal aantal medewerkers. Opvallend is de sterke daling van het aantal medewerkers dat om medische redenen herplaatst moet worden. In 2004 werd voor ongeveer tweederde van het aantal herplaatsingskandidaten een baan binnen het LUMC gevonden. Het lastigst blijkt dit te zijn voor onderzoekers en researchanalisten.

De gemiddelde leeftijd van de LUMC-medewerkers steeg in 2004 opnieuw. Het LUMC zal de komende jaren goed en creatief moeten inspelen op de wettelijke verandering rond het pre-pensioen, opdat medewerkers ook in de toekomst de juiste verhouding tussen werk en privé kunnen blijven vinden. De mogelijkheden die de nieuwe levensloopregelingen hiervoor bieden, moeten optimaal benut worden.

Kwaliteit van personeel

Voor het uitvoeren van de kerntaken is goed gemotiveerd en goed opgeleid personeel van groot belang. Binnen het LUMC is de verantwoordelijkheid voor de opleiding en nascholing van het personeel conform het integraal managementmodel gedecentraliseerd naar de divisies en afdelingen. Daar bestaat immers het meeste inzicht in de voor het optimaal uitvoeren van de taken noodzakelijke competenties van de medewerkers. Indien gewenst ontwikkelt de Boerhaave Commissie voor de bij- en nascholing specifieke of LUMC-brede cursussen.

In 2004 werd het nieuwe functiewaarderingssysteem FuwaVaz voor 95 procent van de medewerkers die onder dit systeem vallen, ingevoerd. Hierdoor is een transparanter functiegebouw ontstaan waarin alle functies, met uitzondering van de medisch

specialisten en de medewerkers in opleiding, zijn opgenomen. Op basis van het nieuwe functiegebouw start het LUMC in 2005 met de ontwikkeling van relevante loopbaanpaden, zowel binnen een functiefamilie als daarbuiten. Daarmee zullen maximale carrièremogelijkheden gecreëerd worden.

Na afronding van het FuwaVaz-project is binnen de verpleging aan de hand van de nieuwe functieprofielen een nieuwe functiedifferentiatie vastgesteld. Hiermee staat deze organisatie de komende vier tot vijf jaar. De groei van de dagverpleging- en short stay-afdelingen biedt het verpleegkundig personeel betere mogelijkheden werk en privé te combineren. Minder onregelmatige diensten, met name 's nachts, maken het ook mogelijk tot op hogere leeftijd aan het werk te blijven.

In 2004 was kinderdagverblijf Langhors, dat het LUMC samen met B4Kids opende, volledig bezet. Van de verlengde openingstijden werd echter weinig gebruik gemaakt. Door de nieuwe wet die bepaalt dat de werkgever, in dit geval het LUMC, één zesde van de kosten van de kinderopvang moet betalen, is een betere verdeling van gelden tot stand gekomen. Het oude systeem van gebudgetteerde plaatsen (waardoor een standaard aantal plaatsen beschikbaar was) is hiermee verleden tijd, evenals de wachtlijsten.

Kwaliteit van werk

De resultaten van het eind 2003 georganiseerde medewerkertevredenheidsonderzoek 'plezier@work' kwamen in 2004 beschikbaar. Het is verheugend te constateren dat de medewerkers van het LUMC over de hele linie meer plezier in hun werk hadden dan in 2000. De stijgende tevredenheid houdt aantoonbaar verband met de eerder genomen maatregelen, die daarmee tot een succes verklaard kunnen worden.

Ziekteverzuim in relatie tot Arbo-convenant (Norm tussen haakjes)

Ziekteverzuim naar oorzaken

	2002 *	2003 *	2004 *
ZVPexcl **	4,56	4,00	3,96
Klachten houdings- en bewegings-apparaat	0,66 (<1,5%)	0,43 (<1,5%)	0,28 (<1,5%)
Psychische klachten	1,12 (<1,2%)	0,69 (<1,2%)	0,42 (<1,2%)
WAO-instroom ***	1,0 (<1%)	0,7 (<1%)	***

* De verzuimcijfers zijn vanaf 2003 bepaald op basis van de in het Arbo-convenant vastgelegde rekenmethode; voor 2002 is de berekening met terugwerkende kracht uitgevoerd.

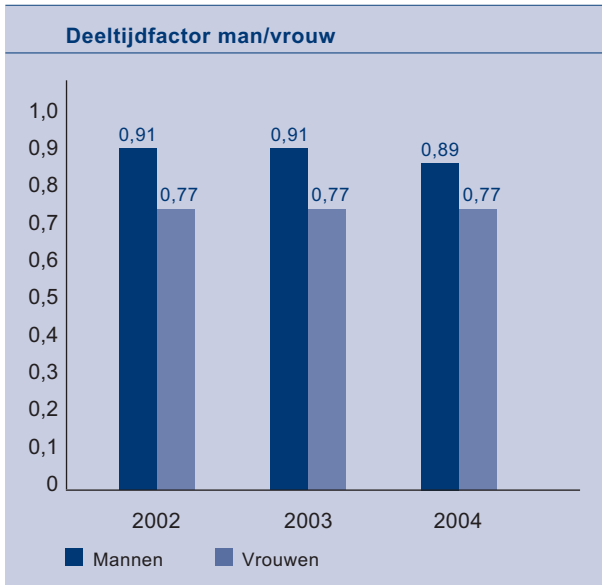
** Ziekteverzuimpercentage exclusief zwangerschappen

*** Officiële instroomcijfer volgens opgave UWV. Voor 2004 wordt een verdere daling verwacht; officiële gegevens zijn medio 2005 bekend.

Medewerkers

Aantal werknemers *			
	2002	2003	2004
Gemiddeld aantal werknemers	6047	6270	6710
Aantal fte	4880	5205	5223
Deeltijdfactor	0,81	0,79	0,80

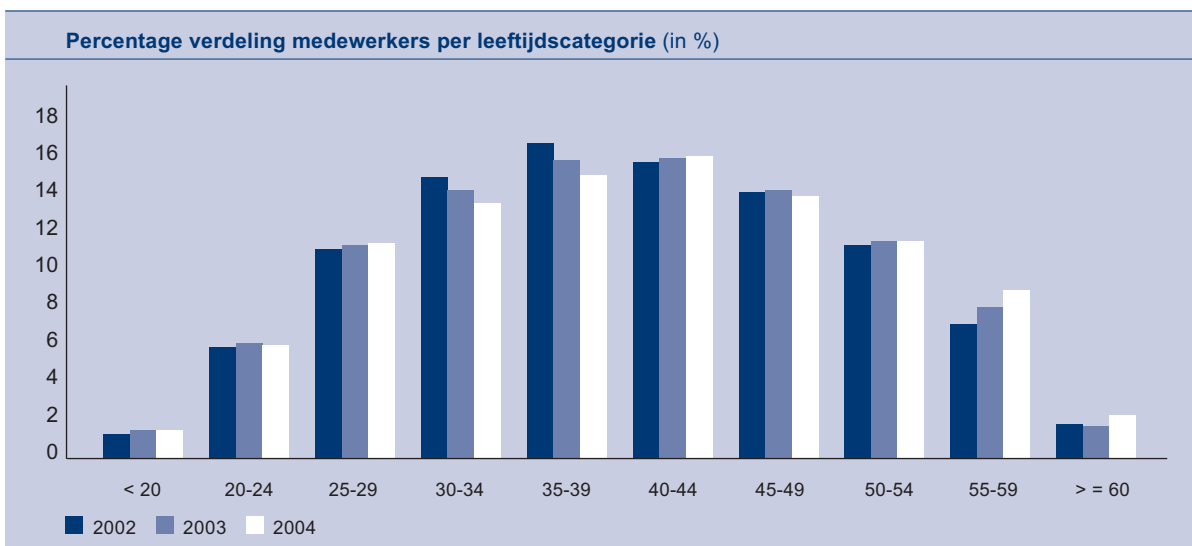
* Exclusief gastmedewerkers en nul-aanstellingen.



Na de eerste meting is een groot aantal LUMC-brede activiteiten ondernomen. Op basis van de resultaten in 2004 zullen waar nodig op decentraal niveau nieuwe, op de afdelingen afgestemde, interventies plaatsvinden. In 2006, en vervolgens om de drie jaar, volgt een nieuwe meting. Hiermee ontstaat conform de algemene kwaliteitssystematiek van plan-do-

check-act een continu monitorinstrument.

Omdat het Arboconvenant eind 2003 afliep, is in 2004 een nieuw Arbo+convenant gesloten tussen het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de NFU en de centrales voor overheidspersoneel. Het nieuwe Arboconvenant heeft een impuls gegeven voor de ontwikkeling van risico-inventarisaties van alle Arbo-aspecten. Deze inventarisatie verloopt eveneens volgens de systematiek van plan-do-check-act en heeft tot doel tot een betere afweging te komen tussen regels, risico's en eigen verantwoordelijkheid. Het LUMC is in 2004 gestart met vertaling van Arboregels naar de praktijk. Het LUMC neemt zijn eigen verantwoordelijkheid bij het schatten van reële risico's. Regels om de regels werken onzorgvuldigheid en gedogen in de hand. Vastgestelde risico's en een daarop gestoeld beleid dat vervolgens strikt gehandhaafd wordt, leidt tot duidelijkheid, veiligheid en uiteindelijk meer werkplezier.



Samenleving

De samenleving bestaat voor het LUMC uit patiënten, studenten, collega-instellingen, de gemeente, de overheid, toezichthouders en zorgverzekeraars. De relatie met deze verschillende stakeholders komt naar voren bij de verslaglegging over de kerntaken, het hoofdstuk over governance en het financieel overzicht. In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan een aantal highlights bij de prestatievelden.

Mensen

Als publieke organisatie kan en wil het LUMC geen activiteiten sponsoren. Aanvragers hebben hier na uitleg over het beleid begrip voor. Dit wil echter niet zeggen dat het LUMC met de rug naar de samenleving staat. Het participeert in vele overleggen, bijvoorbeeld met gemeentelijke instanties over het veiliger maken van de omgeving, maar ook over de ontwikkeling van economische activiteiten aan de zeezijde van het station. In 2004 werd met het Regionaal Opleidingscentrum (ROC) Leiden een intentieovereenkomst getekend om naast het station één van de twee nieuwe vestigingen voor 20.000 leerlingen te bouwen. Ook nam het LUMC in 2004 voor de tweede keer deel aan de Nationale Wetenschapsweek waardoor ongeveer 3000 mensen kennis konden maken met de wetenschappelijke ontwikkelingen binnen het medisch centrum. Verder werden verschillende publieksdagen georganiseerd en was het LUMC gastheer voor activiteiten van een

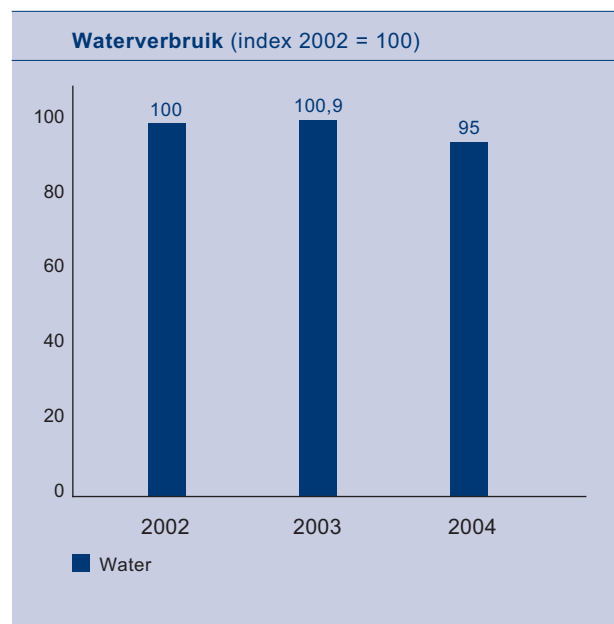
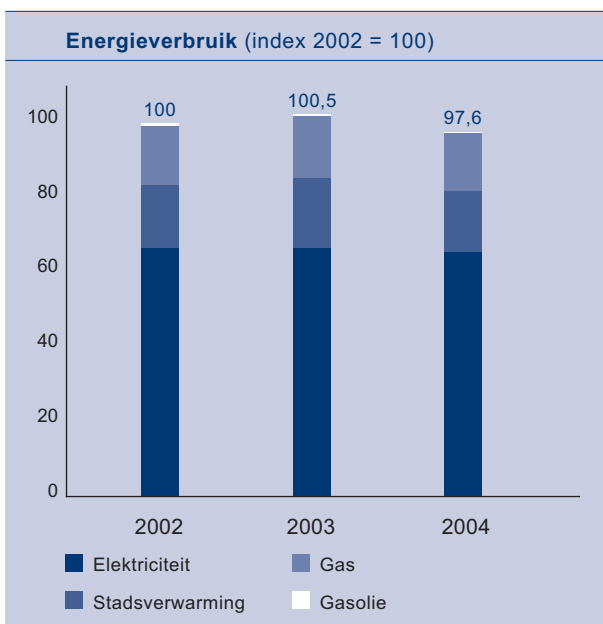
aantal patiëntenverenigingen.

Binnen en buiten het LUMC kreeg het veiligheidsbeleid in 2004 verder vorm, onder andere door beter te compartimenteren, dat wil zeggen dat meer brandwerende scheidings in het gebouw werden aangebracht. Een enquête naar 'onveilige plekken' vormde hiervoor de basis. De veiligheid van de stroomvoetgangers die vanaf het station naar de hoofdingang van het LUMC of de Leidse Hogeschool loopt, verbeterde drastisch door de aanleg van een nieuw voorplein met gewijzigde verkeersstroom.

Milieu

Het LUMC is in 2003 toegetreden tot de meerjarenafspraken Energie-Efficiency 2001-2012. Uit de prestatie-indicatoren blijkt dat zowel het gebruik van energie als water verminderde ten opzichte van het peiljaar 2001. Het energiegebruik is met 4 procent afgenomen en het waterverbruik met 13 procent. Het LUMC weegt bij alle bouw- en verbouwprojecten milieu-aspecten mee. Daarom werd steeds gekozen voor het gebruik van duurzame materialen. Voor de nieuwbouw van het opvallende onderzoeksgebouw ontving het LUMC een subsidie als demonstratieproject voor industrieel, flexibel en demontabel bouwen. Wetenschappelijk onderzoek is een dynamisch proces dat vraagt om steeds wisselende voorzieningen. Dat heeft zijn weerslag op de huisvesting: ieder jaar moet ongeveer tien procent van de bestaande infrastructuur worden aangepast. Daarom koos het LUMC flexibiliteit als uitgangspunt bij de bouw.

Milieu



Meerwaarde maatschappij

De vijf kerntaken bekeken, heeft de patiëntenzorg voor de buitenwereld de meest zichtbare impact. Iedereen is wel eens ziek dus iedereen ervaart het belang van goede zorg aan den lijve. Voor onderwijs en opleiding is de meerwaarde voor de maatschappij minder zichtbaar, maar het belang van een goede basisarts en kundig specialist ligt uiteindelijk in het verlengde van de patiëntenzorg zelf. Een gunstige oordeel van de visitatiecommissie, zoals het LUMC het afgelopen jaar kreeg, bevestigt bovendien de nuttige besteding van gelden. Wat onderzoek betreft ligt het moeilijker. De belastingbetaler denkt al snel: is dit nu wel nodig? Het fundamentele onderzoek dat het LUMC uitvoert, levert soms indrukwekkende resultaten op. Maar iedereen weet dat het lang kan duren voordat die resultaten vertaald zijn in toepassingen waar de maatschappij iets mee kan. Het LUMC ziet het niet alleen als zijn taak het geld voor onderzoek nuttig te besteden, maar ook om aan de maatschappij te laten zien dat dit het geval is. Dat kan bijvoorbeeld door de langetermijn ontwikkeling van geneesmiddelen en behandelingen aanschouwelijk te maken en te wijzen op landelijke of internationale behandelingsvoorschriften waar het LUMC een aandeel in heeft. Hetzelfde geldt voor de directe relatie tussen het LUMC-onderzoek en de topreferente en topklinische behandelingen, zoals de beenmergtransplantaties. Dit betekent onder andere dat het LUMC niet alleen belang hecht aan publicaties in gezaghebbende internationale tijdschriften, maar juist ook aan publicaties in Nederlandse bladen in de eigen taal. Ook hebben de medewerkers van het LUMC zitting in diverse landelijke commissies. Het uitdragen van de societal impact van de kerntaken van een universitair medisch centrum, is een taak van dat centrum zelf.

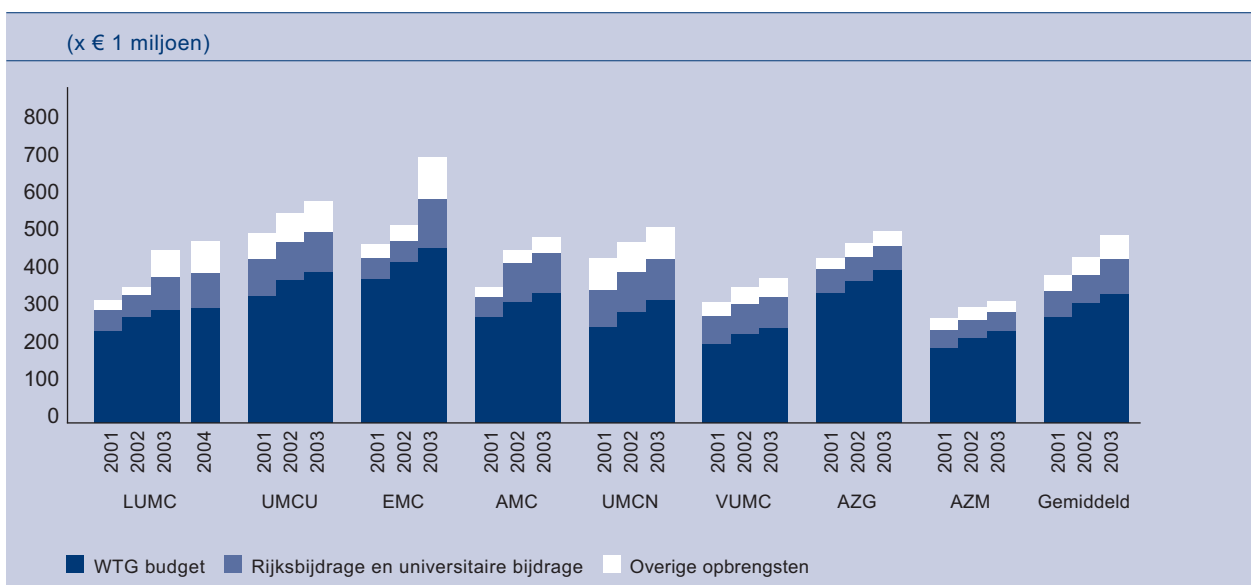
Financieel-economische resultaten

Het LUMC streeft naar een sluitende exploitatie en heeft geen winstoogmerk. Het (enkelvoudig) exploitatieresultaat in 2004 bedroeg € 2,5 miljoen en beantwoordt aan deze doelstelling.

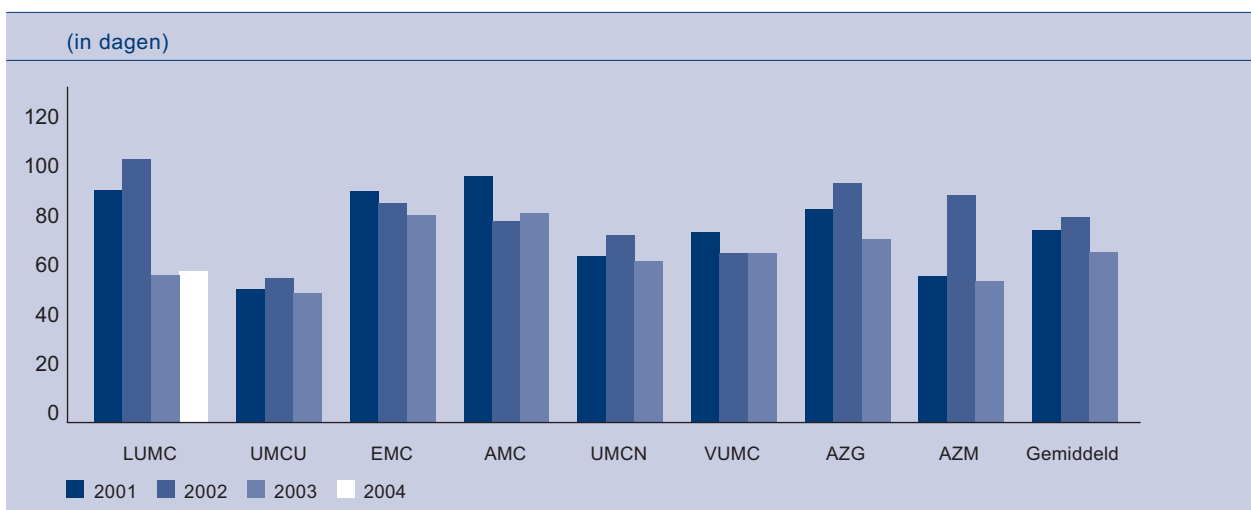
De winst van Medipark was € 86.000 en Curium eindigde op € 260.000, zodat het Groepsresultaat (de geconsolideerde jaarrekening) op € 2,8 miljoen uitkwam. Het financiële commentaar beperkt zich verder, zoals gezegd, tot de enkelvoudige jaarrekening.

Bij de prestatie-indicatoren wordt een aantal financiële kengetallen van het LUMC tot 2004 vergeleken met de cijfers van de andere UMC's (eveneens niet-geconsolideerd, tot 2003). Het LUMC heeft naar verhouding hoge 'overige baten' (tweede, derde, vierde geldstroom) bij relatief lage inkomsten uit de eerste geldstroom. Het Eigen Vermogen is adequaat in vergelijking met de andere huizen, maar het niveau van voorzieningen laag. Het aantal debiteurendagen is gedaald tot het gemiddelde niveau van de andere UMC's.

Batenspecificatie (enkelvoudig)



Debiteuren in dagen omzet (enkelvoudig)



Ontwikkeling bedrijfsopbrengsten

Het WTG-budget (Wet Tarieven Gezondheidszorg) steeg met € 7,1 miljoen, grotendeels verklaard door de eindafrekeningen over 2002 en 2003 (€ 5,2 miljoen nacalculatie). De overheid voerde in tegenstelling tot 2003 gelukkig niet met terugwerkende kracht een extra efficiencykorting door. Het WTG-budget steeg verder licht door de productietoename in met name de topklinische zorg in het kader van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). De zorgverzekeraars wilden de toegenomen productie echter niet geheel honoreren en vergoedden slechts een kwart.

De Rijksbijdrage voor de werkplaatsfunctie bleef nagenoeg gelijk. De universitaire subsidie nam door de extra instroom van geneeskundestudenten toe met € 1,6 miljoen. De bijdrage van de Universiteit Leiden bedroeg daarmee 7 procent van de totale baten en wordt voor het overgrote deel besteed aan het studentenonderwijs.

De overige bedrijfsinkomsten stegen met € 10,2 miljoen, merendeels in het collectieve segment (€ 5,9 miljoen inkomsten uit detachering) en € 3,4 miljoen in het niet-collectieve segment (2e en 4e geldstromen).

Ontwikkeling bedrijfslasten

De personeelslasten vormen de belangrijkste kostencomponent: deze bedroegen in totaal € 302 miljoen in 2004, een stijging van € 13 miljoen ten opzichte van 2003 grotendeels ten gevolge van hogere sociale lasten, maar deels ook verklaard door de detachering van personeel bij derden (€ 5,9 miljoen). De LUMC-personeelsbezetting is in 2004 vrijwel gelijk gebleven: gemiddeld 5223 fte.

De overige bedrijfskosten zijn met € 15 miljoen gestegen. Hogere patiëntgebonden kosten ('duurdere geneesmiddelen'), de kosten verbonden aan de bouw van een nieuw financieel-administratief ICT-systeem en hogere affiliatievergoedingen voor specialisten in opleiding in de geaffilieerde ziekenhuizen verklaren dit deels. Daarnaast zijn extra voorzieningen getroffen. Door een stringenter kasbeheer gaf het LUMC in 2004 € 1 miljoen minder aan rente uit dan in 2003.

Investerings

Midden 2004 is de investeringssystematiek, die tot nog toe op vervanging van bestaande apparatuur was gebaseerd, aangepast om meer mogelijkheden te scheppen tot investeringsselectie. In het verslagjaar lag het totaal aan investeringen met € 31 miljoen

beduidend hoger dan in voorgaande jaren en steeg tot boven het niveau van afschrijvingen (€ 24 miljoen). In apparatuur is in 2004 € 21,7 miljoen geïnvesteerd. Het merendeel van deze investeringen behelst vervangingsinvesteringen. Grote nieuwe investeringen zijn de 3 Tesla MRI en de 16 multislice CT scanner voor de radiologie. Ook werd een 9,4 Tesla FT-massaspectrometer voor proteomics onderzoek in gebruik genomen.

In bouwactiviteiten werd € 9,4 miljoen geïnvesteerd, waarvan € 6,1 miljoen uit de dereguleringsmiddelen Academische Ziekenhuizen (DHAZ). Het DHAZ-budget van € 22,3 miljoen in 2004 werd daarmee niet uitgeput. De middelen worden ingezet om ook voor de patiëntenzorg een aantal bouwprojecten uit te voeren, zoals een dagopvang bij het Centrum Eerste Hulp, bunkers voor radiotherapie en de herinrichting van verpleegvloeren.

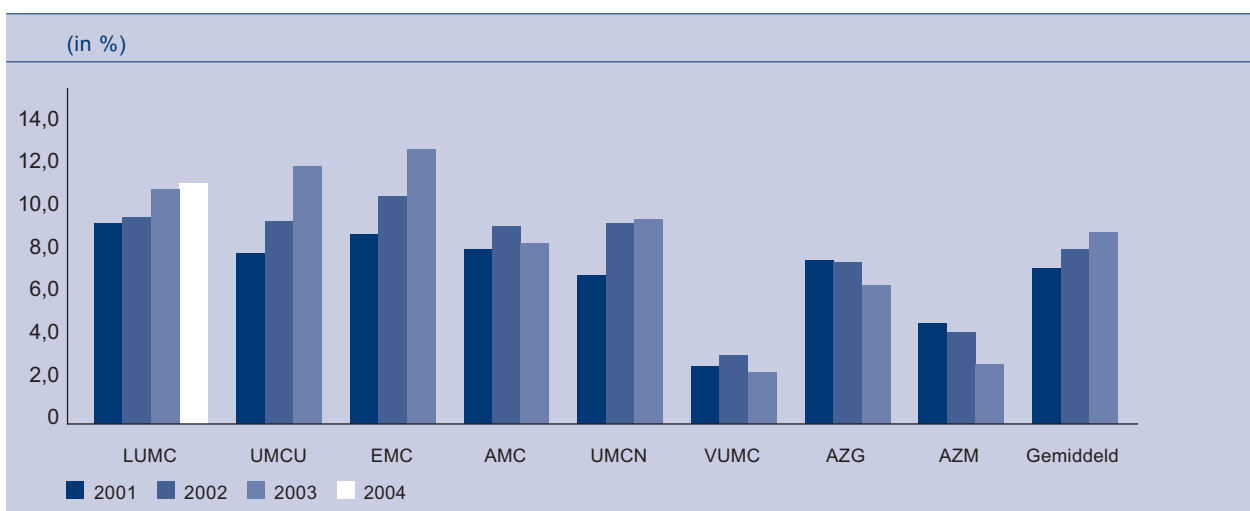
De bouw van het nieuwe Onderzoeksgebouw door de vof O&O gebouw (50 procent LUMC, 50 procent Universiteit Leiden) verloopt voorspoedig. In 2004 is € 25 miljoen gezamenlijk geïnvesteerd. Inmiddels is ook de bouw van het Onderwijsgebouw gestart. De vof heeft de in 2001 afgesloten bouwlening bij de Bank Nederlandse Gemeenten (BNG) daarvoor uitgebreid tot € 85 miljoen. In 2005 zal de bouw van het Onderwijsgebouw goed op gang komen voor ingebruikname eind 2006. Dan zal de langjarige strategische wens van een LUMC-unilocatie in vervulling gaan. Met de Universiteit Leiden zijn nieuwe afspraken gemaakt die beogen dat de rechtspersoon AZL uiteindelijk de beide gebouwen van de vof O&O-gebouw in eigendom zal verwerven

Vermogenspositie

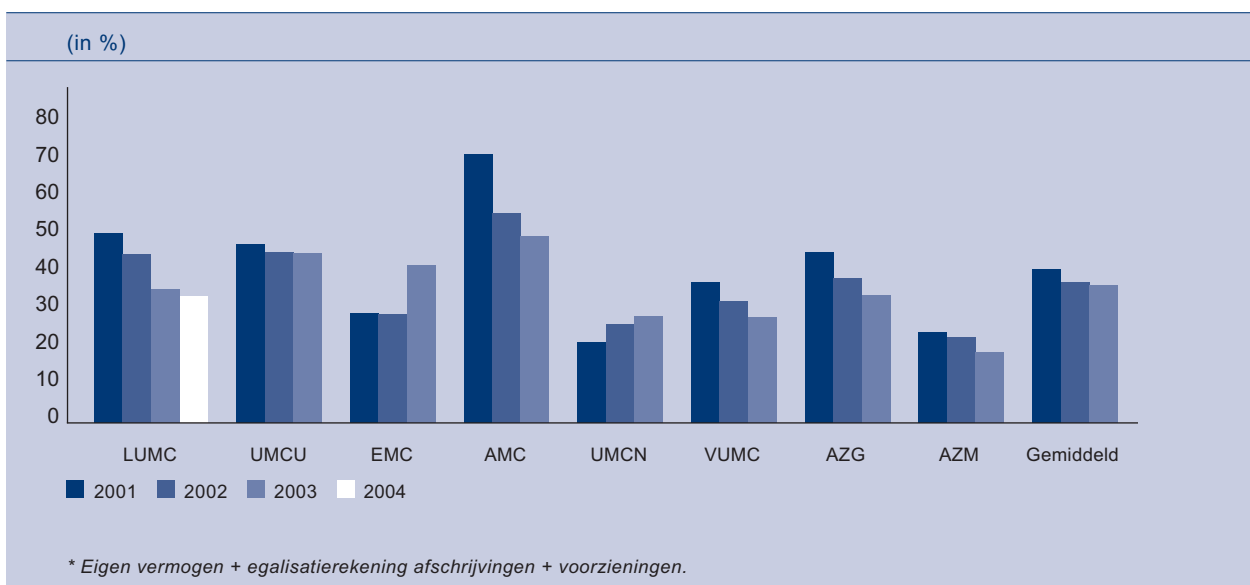
Het resultaat over 2004 ad € 2,5 miljoen wordt geheel aan het Eigen Vermogen toegevoegd. Het Eigen Vermogen stijgt daardoor tot € 54 miljoen, waarvan € 33 miljoen collectief gebonden vermogen en € 21 miljoen niet-collectief gefinancierd vrij vermogen is. Het Eigen Vermogen bedraagt 11,4 procent van het balanstotaal, bijna gelijk aan 11 procent eind 2003. Dit wordt momenteel adequaat geacht voor de semi-publieke sector.

Het LUMC is eigen risico-drager voor de WAO. Hiervoor is een voorziening van € 2 miljoen opgenomen. Voor wachtgeldregelingen is een voorziening van € 3,3 miljoen getroffen. Een voorziening honoraria medisch specialisten ad € 1,4 miljoen is vrijgevallen.

Eigen vermogen als percentage van het balanstotaal (enkelvoudig)



Weerstandsvermogen * als percentage van de baten (enkelvoudig)



De samenstelling van de balans, met name de hoogte van het werkkapitaal, heeft veel aandacht gekregen in 2004. Het werkkapitaal (vlottende activa minus kortlopende schulden) nam verder af met € 10 miljoen. Besloten is drie langlopende leningen ad € 36 miljoen niet vervroegd af te lossen maar, gezien de onzekerheid over de financiering bij de introductie van DBC's in 2005, tegen een lagere rente te herfinancieren. Het weerstandsvermogen (Eigen Vermogen plus egalisatierekening afschrijvingen plus voorzieningen) daalde van 35,6 procent van de totale bedrijfsopbrengsten in 2003 naar 34,0 procent in 2004 als gevolg van de stijging van de totale baten.

Financiële vooruitzichten voor 2005

In 2005 worden de eerste stappen gezet naar een geleidelijke, door de overheid geleide, liberalisatie van de zorgmarkt. Financiering van zorginstellingen geschiedt nu door middel van DBC's. Een klein deel daarvan (voor het LUMC circa 2,5 procent) is niet meer aan prijscontrole door het CTG (de Zorg Autoriteit i.o.) onderworpen. De marktspelers moeten nog wennen en in 2005 praktische spelregels ontwikkelen om hun rol te kunnen spelen. Daarnaast heeft de overheid de neiging niet echt los te willen laten en indirect de uitkomsten van vrije onderhandelingen te willen bepalen. Door de administratieve rompslomp die daarmee gepaard gaat, dreigt een

ander doel: vermindering van administratieve lasten, in de knel te komen.

Voor het B-segment, de vrij onderhandelbare DBC's, zijn met individuele zorgverzekeraars of inkoopcombinaties daarvan contracten afgesloten die gelukkig niet onder het niveau liggen waarvoor het WTG-budget wordt geschoond.

De NFU heeft met VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een convenant over efficiency-kortingen op het zorgbudget (1 procent in 2005, 2 procent in 2006) afgesloten. Voor het overige is er de facto weer een budgetplafond en wordt de stijging van sociale lasten (met name pensioenpremies) niet of onvoldoende in de budgetten gecompenseerd. Dit betekent voor het LUMC dat de totale baten min of meer gelijk blijven, terwijl de kosten van de huidige activiteiten stijgen. Daarnaast moet er ruimte gevonden worden voor nieuwe initiatieven.

Het LUMC zet dan ook sterk in op Anders Werken, waarbij de aandacht zich vooral richt op het primaire (zorg)proces. De resultaten van de in 2004 in gang gezette plannen werken in 2005 vol door en nieuwe initiatieven worden voorbereid. Zo is het gelukt voor 2005 weer een sluitende begroting op te stellen waarin ook de extra kosten van de verhuizing naar het nieuwe Onderzoekgebouw zijn begrepen.

De komende periode zal gekenmerkt blijven door krappe exploitatiebudgetten. Indien het de organisatie lukt zijn kerntaken daarbinnen uit te voeren, blijft er binnen de meerjarenraming ruimte om te investeren in geavanceerde apparatuur, ICT en bouw. Een degelijk financieel beheer en een voor de semi-publieke sector redelijk weerstandsvermogen geeft het LUMC een goede uitgangspositie om kansen in de toekomst goed te benutten.

Vaststelling en goedkeuring Jaarrekening

Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

Bestuursverklaring en vaststelling jaarrekening

De Raad van Bestuur van het Academisch Ziekenhuis Leiden verklaart hierbij dat de jaarrekening 2004 van de LUMC-groep naar waarheid en in overeenstemming met de richtlijnen, zoals deze in 2004 van toepassing waren, is opgesteld.

De jaarrekening 2004 is vastgesteld door de Raad van Bestuur in zijn vergadering van 18 april 2005.

Leiden, 18 april 2005

prof. dr. O.J.S. Buruma
voorzitter Raad van Bestuur

Goedkeuring jaarrekening

De door de Raad van Bestuur vastgestelde jaarrekening 2004 is goedgekeurd door de Raad van Toezicht van het AZL in zijn vergadering van 25 april 2005. De Raad heeft deze goedkeuring, in zijn rol als Raad van Toezicht van het LUMC, mede gebaseerd op de verklaring van het College van Bestuur van de Universiteit Leiden dat in het verslagjaar voldaan is aan de taken op het gebied van onderwijs en onderzoek.

Het toezicht door de Raad van Toezicht heeft zich in formele zin beperkt tot het beleid en de gang van zaken bij de rechtspersoon Academisch Ziekenhuis Leiden (h.o.d.n. LUMC) en heeft zich niet uitgestrekt tot de gebieden die tot de verantwoordelijkheid van andere in de jaarrekening genoemde rechtspersonen behoren, zijnde de stichting Curium, de stichting Houdster van Aandelen Medipark BV, Medipark BV en de vennootschap onder firma O&O-gebouw.

Leiden, 25 april 2005

mr. M. Tabaksblat
voorzitter Raad van Toezicht

Accountantsverklaring

Verklaring

Wij hebben het bijgaande Jaarverslag van het Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden over 2004 gecontroleerd. Het jaarverslag is ontleend aan de door ons gecontroleerde jaarrekening 2004 van het Leids Universitair Medisch Centrum. Bij die jaarrekening hebben wij op 18 april 2005 een goedkeurende accountantsverklaring verstrekt. Het Jaarverslag is opgesteld onder verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum. Het is onze verantwoordelijkheid een accountantsverklaring inzake het Jaarverslag te verstrekken.

Wij zijn van oordeel dat het Jaarverslag op alle van materieel belang zijnde aspecten in overeenstemming is met de jaarrekening waaraan deze is ontleend. Voor het inzicht dat vereist is voor een verantwoorde oordeelsvorming omtrent de financiële positie en de resultaten van het Leids Universitair Medisch Centrum en voor een toereikend inzicht in de reikwijdte van onze controle dient het Jaarverslag te worden gelezen in samenhang met de volledige jaarrekening, waaraan deze is ontleend, alsmede met de door ons daarbij op 18 april 2005 verstrekte goedkeurende accountantsverklaring.

Amsterdam, 25 april 2005

Ernst & Young Accountants

Personalia

Raad van toezicht

mr. M. Tabaksblat, Wassenaar, voorzitter
 prof. dr. H.J. Jongsma, Nederhemert - Zuid
 mw. mr. J.J.M.S. Leyten-de Wijkerslooth de
 Weerdesteyn, Den Haag
 mw. prof. dr. H. Maassen van den Brink, Amsterdam
 (vanaf 01-04) *
 drs. E.F. van Veen, Wassenaar *

mr. H.J. Houtkooper, Heemstede, ambtelijk secretaris

* lid van het Audit Committee

Raad van bestuur

prof. dr. O.J.S. Buruma, Aerdenhout, voorzitter
 ir. H.M. le Clercq, Den Haag
 prof. dr. E.C. Klasen, Leiden, decaan
 dr. ir. P.C.J. Leijh, Leiden, vice-voorzitter

mr. H.J. Houtkooper, Heemstede, algemeen secretaris

Directeuren

drs. T.F. Damen, directeur facilitair bedrijf
 (vanaf 01 - 06)
 S. Dijkstra RA, directeur beleidsontwikkeling
 bedrijfsvoering
 R.C. de Gier RA, directeur concern control
 mw. drs. L.E.W. van Groningen, directeur bouwzaken
 drs. H.L. Hendrix, directeur onderwijs- en studenten-
 zaken (tot 01-06)
 mr. H.J. Houtkooper, directeur bestuurlijk juridische
 zaken
 drs. R.D. Kukenheim, directeur onderzoek
 mw. drs. J.E. Kuijken, directeur onderwijs- en
 studentenzaken (vanaf 01-09)
 ir. F.K. van Lambalgen, directeur informatie-
 voorziening en automatisering
 A. Oosterlee, arts MBA, directeur medische zaken
 dr. C. Terleth, directeur nascholing

Bestuur divisie 1

prof. drs. J. Zwartendijk, voorzitter
 drs. A.J.M. Reusken, manager bedrijfsvoering
 mw. I.E.C. van Everdinck-van der Pols, manager zorg
 (tot 01-07)
 mw. mr. A.W. Ouwehand, manager zorg
 (vanaf 01-11)

Bestuur divisie 2

prof. dr. F.C. Breedveld, voorzitter
 drs. H.G. Carbo, manager bedrijfsvoering (tot 01-06)
 mw. drs. M.E. Reinhard, manager bedrijfsvoering
 (vanaf 01-09)
 J.C. van Rossum, manager zorg

Bestuur divisie 3

prof. dr. R.A.C. Roos, voorzitter
 drs. H.G. Carbo, manager bedrijfsvoering
 (vanaf 01-06)
 drs. J.W. van der Linden, manager bedrijfsvoering
 (tot 01-02)
 G. Regter, manager zorg

Bestuur divisie 4

prof. dr. W.J.M. Spaan, voorzitter
 drs. T.F. Damen, manager bedrijfsvoering (tot 01-06)
 mw. drs. G.E. de Blécourt, manager bedrijfsvoering
 (vanaf 01-06)
 mw. F.C. Schenk, lid

Bestuur divisie 5

prof. dr. A.M. Deelder, voorzitter
 dr. J.P. Rotmans, manager bedrijfsvoering
 prof. dr. H.J. Tanke, lid

Afdelingshoofden

prof. dr. J.H. Arendzen, revalidatiegeneeskunde
 prof. dr. W.J.J. Assendelft, huisarts- en verpleeghuis-
 geneeskunde
 prof. dr. P.C.M. van den Berg, intensive care
 prof. dr. J.L. Bloem, radiologie
 prof. dr. J.H. van Bockel, heelkunde
 prof. dr. F.C. Breedveld, reumatologie
 prof. dr. M.H. Breuning, klinische genetica
 prof. dr. A.M. Deelder, parasitologie
 prof. dr. R.A.E. Dion, thoraxchirurgie
 prof. dr. J.T. van Dissel, infectieziekten
 prof. dr. G.J. Fleuren, pathologie
 mw. prof. dr. A.C. Gittenberger, anatomie en
 embryologie
 prof. dr. J.J. Grote, keel-, neus- en oorheelkunde
 (tot 01-09)
 prof. dr. H.J. Guchelaar, klinische farmacie en
 toxicologie
 dr. R.A. Holl, kindergeneeskunde
 prof. dr. J.C. van Houwelingen, medische statistiek
 en bio-informatica
 prof. dr. H.H.H. Kanhai, verloskunde
 prof. dr. J.E.E. Keunen, oogheelkunde
 prof. dr. J.W. van Kleef, anesthesiologie
 prof. dr. C.B.H.W. Lamers, maag-, darm- en
 leverziekten
 prof. dr. A.E. Meinders, algemene inwendige
 geneeskunde
 prof. dr. C.J.M. Melief, immunohematologie en
 bloedtransfusie
 prof. dr. L.H.F. Mullenders, toxicogenetica
 prof. dr. J.W.R. Nortier, klinische oncologie
 prof. dr. G.J.B. van Ommen, humane genetica
 dr. J. van Pelt, Centraal Klinisch Chemisch
 Laboratorium
 prof. dr. K.F.G. Rabe, longziekten
 prof. dr. A.J. Rabelink, nierziekten (vanaf 01-02)
 prof. dr. J.A. Romijn, endocrinologie
 prof. dr. R.A.C. Roos, neurologie
 prof. dr. P.M. Rozing, orthopedie
 prof. dr. W.J.M. Spaan, medische microbiologie
 prof. dr. H.J. Tanke, moleculaire celbiologie
 prof. dr. R.T.W.M. Thomeer, neurochirurgie
 prof. dr. Ph.D.A. Treffers, kinder- en jeugdpsychiatrie
 prof. dr. J.B.M.Z. Trimbos, gynaecologie
 prof. dr. E.E. van der Wall, hartziekten
 prof. dr. R. Willemze, hematologie
 prof. dr. R. Willemze, huidziekten en geslachtsziekten
 prof. dr. F.G. Zitman, psychiatrie
 prof. drs. J. Zwartendijk, urologie

Diensthooften

R. Beck, centrale sterilisatiedienst
 drs. J.H.J. Belt, Walaeusbibliotheek
 mw. C.M. de Bes, dienst diëtetiek
 mw. drs. O.I. Gort, bureau communicatie (vanaf 01-09)
 ds. A.J. Hammer, dienst geestelijke verzorging
 mw. E.A. Mulder, bureau communicatie (tot 01-02)
 W. Mulder, dienst fysiotherapie en ergotherapie
 mw. D.J. Peeters, specialistische opleidingen (vanaf 01-06)
 mw. F.C. Schenk, dienst maatschappelijk werk en
 patiëntenservice

Ondernemingsraad

mw. D.J. Peeters, voorzitter (tot 01-06)
 D.J. Burgman, voorzitter (vanaf 01-06)
 P.C.J. van Aken
 mw. H.J. Beekman (tot 01-10)
 J. Beentjes
 P.W. van den Berg Jeths
 E.J. Betting
 M. Boonekamp
 A.T. Brinks
 mw. I.A.R. Broeijer
 P.E. Everaert
 R. Fresco
 mw. dr. M. Frölich
 mw. G. Labadie
 P. Laterveer
 mw. E.G.A. Lurvink
 mw. drs. J.C.W. Taal
 dr. ir. H.W. Verspaget
 E. de Vin (vanaf 01-12)
 J. Wondergem
 mw. A. Dijkstra, ambtelijk secretaris

Student Assessor

J.S.D. Mieog (tot 01-09)
 mw. L.L. de Jonge (vanaf 01-09)

Studentenraad

mw. M. Agenant
 Y.W. van den Berg
 mw. C.P. van den Brink
 S.M. Hashemi
 R.F.A. de Lind van Wijngaarden
 mw. S.F. Kloosterman
 mw. C.M. Tummers



Jaarrekening 2004
(enkelvoudig)

Enkelvoudige balans per 31 december 2004 en 2003

Activa (x € 1.000)		
	2004	2003
A Vaste Activa		
I Immateriële vaste activa	35.028	36.166
II Materiële vaste activa	307.912	301.327
III Financiële vaste activa	12.876	5.674
Totaal vaste activa	355.816	343.167
B Vlottende activa		
I Voorraden	3.307	3.440
II Vorderingen	78.731	77.173
III Financieringstekort	0	15.223
IV Liquide middelen	39.095	33.150
Totaal vlottende activa	121.133	128.986
Totaal	476.949	472.153

Passiva (x € 1.000)		
	2004	2003
A Eigen vermogen		
I Collectief gefinancierd gebonden vermogen		
– gezondheidszorg	25.055	24.093
– onderwijs en onderzoek	8.352	8.031
	33.407	32.124
II Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	20.880	19.690
Totaal eigen vermogen	54.287	51.814
B Egalisatierekening afschrijving	94.945	99.688
C Voorzieningen	16.663	13.967
D Langlopende schulden	168.683	166.231
E Kortlopende schulden	111.396	140.453
F Financieringsoverschot	30.975	0
Totaal	476.949	472.153



Enkelvoudige resultatenrekening over 2004 en 2003

(x € 1.000)		
	2004	2003
Bedrijfsopbrengsten		
– Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	308.617	301.473
– Rijksbijdrage	58.048	57.789
– Universitaire subsidie	34.999	33.360
– Overige bedrijfsopbrengsten	85.674	72.046
Som der bedrijfsopbrengsten	487.338	464.668
Bedrijfslasten		
– Personeelskosten	301.542	288.683
– Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa	19.865	22.581
– Overige bedrijfslasten	153.043	137.902
Som der bedrijfslasten	474.450	449.166
Financiële baten / (lasten)	-10.415	-11.494
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	2.473	4.008

Enkelvoudige resultatenrekening *collectief gefinancierd*

(x € 1.000)		
	2004	2003
Bedrijfsopbrengsten		
– Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	308.617	301.473
– Rijksbijdrage	58.048	57.789
– Universitaire subsidie	34.911	33.272
– Overige bedrijfsopbrengsten	35.800	25.566
Som der bedrijfsopbrengsten	437.376	418.100
Bedrijfslasten		
– Personeelskosten	270.048	258.665
– Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa	19.358	19.880
– Overige bedrijfslasten	135.562	122.601
Som der bedrijfslasten	424.968	401.146
Financiële baten / (lasten)	-10.613	-11.957
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	1.795	4.997

Enkelvoudige resultatenrekening *niet-collectief gefinancierd*

(x € 1.000)		
	2004	2003
Bedrijfsopbrengsten		
– Universitaire subsidie	88	88
– Overige bedrijfsopbrengsten	49.874	46.480
Som der bedrijfsopbrengsten	49.962	46.568
Bedrijfslasten		
– Personeelskosten	31.494	30.018
– Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa	507	2.701
– Overige bedrijfslasten	17.481	15.301
Som der bedrijfslasten	49.482	48.020
Financiële baten / (lasten)	198	463
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	678	-989

Toelichting op de enkelvoudige balans

Immateriële vaste activa (x € 1.000)		
	2004	2003
Startkosten	19.374	20.004
Sloopkosten	15.654	16.162
Totaal	35.028	36.166

De startkosten betreffen kosten die samenhangen met de ingebruikname van de 2e fase nieuwbouw.

De sloopkosten betreffen kosten gemaakt voor de sloop van de oudbouw en het vervolgens bouwrijp maken van de grond.

Materiële vaste activa (x € 1.000)		
	2004	2003
Terreinen	7.580	7.662
Gebouwen	184.262	187.123
Installaties	50.008	52.194
Inventarissen	54.699	46.088
Automatiseringsapparatuur	3.242	2.379
Vervoermiddelen	0	8
Bouwprojecten in uitvoering	8.121	5.873
Totaal	307.912	301.327

Onder de materiële vaste activa is een bedrag van € 12,2 miljoen opgenomen inzake inventarissen waarvan het ziekenhuis ultimo 2004 wel economisch maar niet juridisch eigenaar is (financial lease). De overige activa zijn niet bezwaard met zakelijke of persoonlijke rechten.

Financiële vaste activa (x € 1.000)		
	2004	2003
Vaste activa buiten gebruik	292	354
Vorderingen groepsmaatschappijen	2.287	2.287
Deelnemingen	10.083	2.834
Overige vorderingen	214	199
Totaal	12.876	5.674

Deelnemingen

Het Academisch Ziekenhuis Leiden en de Universiteit Leiden zijn overeengekomen gemeenschappelijk de nieuwbouw voor een onderwijs- en onderzoeksgebouw te ontwikkelen en te realiseren. Hiertoe is per 27 oktober 1999 de vof O&O gebouw opgericht. Beide instellingen participeren voor 50% in de vennootschap. In 2004 heeft het AZL € 0,2 miljoen in de vof geïnvesteerd. De deelneming van het AZL in de vof bedraagt ultimo 2004 € 1,5 miljoen.

In 2004 heeft een kapitaalstorting in de Albinus Inkoop C.V. 2003 plaatsgevonden van € 1,3 miljoen en in de Albinus Inkoop C.V. 2004 van € 5,8 miljoen. De deelneming in de Inkoop C.V.'s bedraagt ultimo 2004 € 8,6 miljoen.

Vorderingen en overlopende activa (x € 1.000)		
	2004	2003
Vorderingen op debiteuren	42.875	41.422
Vorderingen op groepsmaatschappijen	2	42
Vorderingen op deelnemingen	915	0
Overige vorderingen	27.232	30.461
Vooruitbetaalde bedragen	994	623
Nog te ontvangen bedragen	6.713	4.625
Totaal	78.731	77.173

Onder de overige vorderingen is opgenomen het nog te factureren bedrag wegens verpleging en behandeling. Het betreft bedragen die pas na afloop van het boekjaar in rekening zijn gebracht maar die wel betrekking hebben op het afgesloten boekjaar.

Op de vorderingen op debiteuren is de voorziening dubieuze debiteuren van € 1,1 miljoen (2003: € 1,0 miljoen) in mindering gebracht.

In 2004 is voor een bedrag van € 0,7 miljoen (2003: € 0,8 miljoen) ten laste van de voorziening afgeboekt. De dotatie ten laste van het resultaat bedroeg € 0,8 miljoen (2003: € 0,8 miljoen).

Voorzieningen (x € 1.000)				
	Stand per 01-01-2004	Dotaties	Onttrek- kingen	Stand per 31-12-2004
Voorziening honorering medisch specialisten	1.361	0	1.361	0
Voorziening arbeidsongeschiktheidsuitkeringen	0	2.000	0	2.000
Voorziening werkloosheidsuitkeringen	0	3.300	0	3.300
Voorziening voor groot onderhoud	11.925	8.142	9.385	10.682
Overige	681	558	558	681
Totaal	13.967	14.000	11.304	16.663

De voorzieningen hebben naar verwachting betrekking op een periode langer dan 1 jaar.

De voorziening arbeidsongeschiktheidsuitkeringen dient ter dekking van de ultimo 2004 uit dien hoofde bestaande verplichtingen voor het LUMC en is bepaald door sommatie van de individuele rechten van de betrokken medewerkers.

De voorziening werkloosheidsuitkeringen dient ter dekking van de ultimo 2004 uit dien hoofde bestaande verplichtingen voor het LUMC en is bepaald door sommatie van de individuele rechten van de betrokken medewerkers, waarbij rekening is gehouden met de kans dat betrokkenen na verloop van tijd elders werk zullen vinden.

De omvang van de voorziening groot onderhoud is gebaseerd op de meerjaren onderhoudsbegroting.

Toelichting op de enkelvoudige balans

Langlopende schulden (x € 1.000)				
	2004		2003	
	Totaal	> 5 jaar	Totaal	> 5 jaar
Onderhandse leningen	152.126	121.295	160.641	126.482
Overige schulden	16.557	10.572	5.590	4.988
Totaal	168.683	131.867	166.231	131.470

Onderhandse leningen

Het aflossingsbedrag voor 2005 ad € 8.515.000 (2004: € 8.515.000) is opgenomen onder de kortlopende schulden.

Overige schulden

De overige schulden hebben betrekking op de overname van de activa en passiva van de Medische Faculteit van de Universiteit Leiden door het Academisch Ziekenhuis Leiden, waarbij het vermogen van de Faculteit per 01-01-2003 als langlopende schuld aan de Universiteit is opgenomen (€ 4,4 miljoen).

Onder de overige schulden zijn tevens opgenomen de leaseverplichtingen uit hoofde van materiële vaste activa waarvan het ziekenhuis ultimo 2004 wel economisch maar niet juridisch eigenaar is (€ 12,2 miljoen).

Overzicht van kortlopende schulden en overlopende passiva (x € 1.000)		
	2004	2003
Aflossingsverplichting op langlopende leningen	8.515	8.515
Bankkredieten	17.309	50.911
Crediteuren/leveranciers	17.418	14.454
Belastingen en premies sociale verzekeringen	9.250	8.878
Schulden terzake van pensioenen	4.217	2.770
Schulden aan groepsmaatschappijen	1.179	959
Overige schulden	-23	-23
Overlopende passiva:		
– nog te betalen kosten	30.878	31.575
– vooruitontvangen opbrengsten	22.653	22.414
Totaal	111.396	140.453
<p>Voor geen van bovengenoemde bankkredieten zijn zekerheden gesteld.</p> <p>De bankkredieten dienen ter financiering van exploitatiekosten en investeringen voor zover hiervoor nog geen langlopende leningen zijn aangetrokken. Schulden in rekening-courant zijn voor zover mogelijk gesaldeerd met positieve saldi binnen de liquide middelen.</p> <p>Onder de nog te betalen kosten is inbegrepen een reservering van € 17,2 miljoen voor te betalen vakantie-toelagen en vakantiedagen.</p>		

Niet uit de balans blijvende verplichtingen	
<p>In september 1998 heeft het LUMC een financieringsovereenkomst afgesloten met de Bank Nederlandse Gemeenten van maximaal € 72,6 miljoen ten behoeve van de bouw van het Onderwijs- en Onderzoekgebouw. Het Academisch Ziekenhuis Leiden en de Universiteit Leiden zijn beide hoofdelijk aansprakelijk voor deze financiering.</p>	
Verplichtingen inzake het Onderwijs- en Onderzoekgebouw (x € 1.000)	
Voor de bouw zijn opdrachten verstrekt tot een bedrag van	55.801
Hierop reeds betaald tot en met 2004	– 30.665
Nog te betalen volgens standopnames	– 2.833
Per saldo uitstaande verplichtingen (ex. BTW)	22.303

Toelichting op de enkelvoudige resultatenrekening

Overige bedrijfsopbrengsten (x € 1.000)		
	2004	2003
Zorgprestaties tussen instellingen	711	684
Overige dienstverlening	48.559	39.507
Overige subsidies	14.899	11.649
Overige opbrengsten	21.505	20.206
Totaal	85.674	72.046

Personeelskosten (x € 1.000)		
	2004	2003
Lonen en salarissen	229.601	222.046
Sociale lasten	18.838	21.230
Pensioenpremies	31.289	24.334
Andere personeelskosten	13.015	13.263
	292.743	280.873
Personeel niet in loondienst	8.799	7.810
Totaal	301.542	288.683

In verband met een gewijzigde methode van doorberekening van personele lasten aan derden zijn deze in 2004 niet meer verantwoord onder 'Personeelskosten' maar onder 'Overige bedrijfsopbrengsten'.

Gemiddelde personeelsbezetting per segment in aantallen FTE's		
	2004	2003
Collectief gefinancierde activiteiten	4.705	4.587
Niet-collectief gefinancierde activiteiten	518	618
Totaal	5.223 *	5.205

* Exclusief gastmedewerkers en nul-aanstellingen.

Bezoldiging bestuurders en gewezen bestuurders LUMC 2004

Naam	Functie	Brutosalarissen inclusief vakantietoeslag en eindejaarsuitkering	CAO afgeleide vergoedingen, loon in natura en werkgeversbijdrage sociale lasten	Aanvullende pensioenvergoedingen	Totaal
prof. dr. O.J.S. Buruma	Bestuurder	€ 226.941	€ 57.517	€ 0	€ 284.458
ir. H.M. le Clercq	Bestuurder	€ 198.685	€ 52.365	€ 0	€ 251.050
prof. dr. E.C. Klasen	Bestuurder	€ 198.685	€ 56.799	€ 0	€ 255.484
dr. ir. P.C.J. Leijh	Bestuurder	€ 198.653	€ 57.112	€ 28.153 *	€ 283.918

* Verrekening met teruggave 2003, structureel € 9.333

Bezoldiging toezichthouders en gewezen toezichthouders LUMC 2004

Naam	Functie	Totaal
mr. M. Tabaksblat	Toezichthouder	€ 14.520
prof. dr. H.J. Jongma	Toezichthouder	€ 7.260
mw. mr. J.J.M.S. Leyten-de Wijkerslooth de Weerdesteyn	Toezichthouder	€ 7.260
mw. prof. dr. H. Maassen van den Brink	Toezichthouder	€ 6.655
drs. E.F. van Veen	Toezichthouder	€ 7.260

Betreffende nevenfuncties van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht wordt verwezen naar de website van het LUMC (www.lumc.nl).

Overige bedrijfslasten (x € 1.000)

	2004	2003
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	12.099	12.001
Algemene kosten	50.489	44.019
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	67.278	63.975
Onderhoud en energiekosten	3.655	3.956
Huur en leasing	2.723	2.197
Dotaties voorzieningen	16.799	11.754
Totaal	153.043	137.902



L
M/C

Jaarrekening 2004
(geconsolideerd)

Geconsolideerde balans per 31 december 2004 en 2003

Activa (x € 1.000)		
	2004	2003
A Vaste Activa		
I Immateriële vaste activa	35.290	36.440
II Materiële vaste activa	344.182	323.852
III Financiële vaste activa	519	2.075
Totaal vaste Activa	379.991	362.367
B Vlottende Activa		
I Voorraden	3.307	3.440
II Vorderingen	81.051	78.171
III Financieringstekort	0	14.528
IV Liquide middelen	41.435	35.800
Totaal vlottende Activa	125.793	131.939
Totaal	505.784	494.306

Passiva (x € 1.000)		
	2004	2003
A Groepsvermogen		
I Kapitaal	18	18
II Collectief gefinancierd gebonden vermogen	34.825	33.282
III Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	22.087	20.811
Totaal groepsvermogen	56.930	54.111
B Egalisatierekening afschrijving	95.334	100.107
C Voorzieningen	17.391	14.771
D Langlopende schulden	165.168	175.642
E Kortlopende schulden	138.717	149.675
F Financieringsoverschot	32.244	0
Totaal	505.784	494.306

Geconsolideerde resultatenrekening over 2004 en 2003

(x € 1.000)		
	2004	2003
Bedrijfsopbrengsten		
– Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	322.751	315.093
– Rijksbijdrage	58.048	57.789
– Universitaire subsidie	34.999	33.360
– Overige bedrijfsopbrengsten	86.739	73.183
Som der bedrijfsopbrengsten	502.537	479.425
Bedrijfslasten		
– Personeelskosten	312.858	299.655
– Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa	21.095	23.530
– Overige bedrijfslasten	154.715	139.726
Som der bedrijfslasten	488.668	462.911
Financiële baten / (lasten)	-11.050	-12.252
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	2.819	4.262

Geconsolideerd kasstroomoverzicht 2004 en 2003

(x € 1.000)		
	2004	2003
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Exploitatieresultaat	2.819	4.262
Aanpassingen voor:		
– afschrijvingen	26.619	28.252
– overige mutaties eigen vermogen	0	-4.386
– mutaties equalisatiereserves	-4.773	-5.017
– mutaties voorzieningen	2.620	1.565
	24.466	20.414
Veranderingen werkkapitaal:		
– voorraden	133	-547
– vorderingen	-2.880	19.787
– nog in tarieven te verrekenen	46.772	-5.741
– kortlopende schulden (exclusief schulden aan kredietinstellingen)	20.479	1.173
	64.504	14.672
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten	91.789	39.348
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
Investerings en desinvesteringen in materiële vaste activa	-45.737	-20.824
Mutatie leningen u/g	5	-199
Investerings financiële vaste activa	1.489	-1.506
Desinvesteringen financiële vaste activa	0	0
	-44.243	-22.529
Kasstroom uit financieringsactiviteiten		
Nieuw opgenomen leningen	0	5.590
Aflossing langlopende leningen	-10.474	-39.894
	-10.474	-34.304
Mutatie liquide middelen (inclusief kortlopende schulden aan kredietinstellingen)	37.072	-17.485

Toelichting algemeen bij de geconsolideerde jaarrekening en waardingsgrondslagen

Juridische status en consolidatieplicht

In de Regelgeving Jaarverslaggeving Zorginstellingen (RJZ) is de plicht tot consolidatie voorgeschreven wanneer rechtspersonen een groep vormen. Een groep is hierbij gedefinieerd als een economische eenheid waarin rechtspersonen en vennootschappen organisatorisch zijn verbonden. De verbondenheid kan tot uitdrukking komen door een kapitaaldeelname of een zeggenschapsrelatie.

Het Academisch Ziekenhuis Leiden is een zelfstandig publiekrechtelijke rechtspersoon, handelend onder de naam Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), gevestigd te Leiden. De rechtspositie van de werknemers in dienst van het Academisch Ziekenhuis is geregeld in de CAO-Academische Ziekenhuizen.

Onderhandelingen over arbeidsvoorwaarden vinden plaats tussen de Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de centrales van overheidspersoneel in het Landelijk Overleg Academische Ziekenhuizen (LOAZ).

De activa en passiva van de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit Leiden (MFL) zijn met ingang van 2003 overgedragen aan het LUMC, zodat de MFL niet meer wordt aangemerkt als zelfstandig onderdeel van de LUMC-groep.

In de volgende rechtspersonen heeft het Academisch Ziekenhuis Leiden een doorslaggevende zeggenschap.

(x € 1.000)	Eigen vermogen Ultimo 2004	Totaal bedrijfs- opbrengsten 2004	Resultaat 2004
Naam/plaats			
Stichting Houdster van Aandelen Medipark BV te Leiden <i>Waarborgen voortbestaan van Medipark BV</i>	1.207	0	86
Medipark BV te Leiden <i>Ontwikkelen en exploiteren van registergoederen</i>	3.494	1.093	86
Stichting Curium Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie te Oegstgeest <i>Bevorderen en uitoefening kinder- en jeugdpsychiatrie</i>	1.436	14.178	260

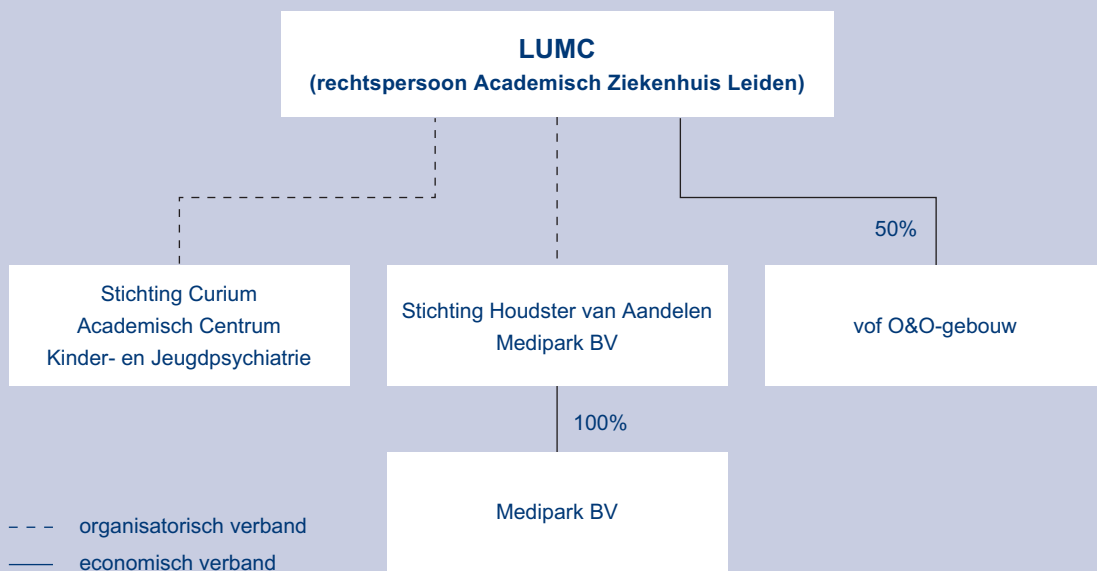
Toelichting algemeen bij de geconsolideerde jaarrekening en waarderingsgrondslagen

Verder is het AZL volledig aansprakelijk vennoot in de vennootschap onder firma O&O-gebouw te Leiden. Het belang van het AZL in 2004 is 50% (2003: 50%). Het eigen vermogen van de vof bedroeg ultimo 2004 € 2.984.000 en het resultaat over 2004 was € 19.000 negatief. Het doel van de vof is de ontwikkeling en realisatie van het Onderwijs- en Onderzoeksgebouw van het LUMC.

Het AZL participeert als stille vennoot in de commanditaire vennootschappen Albinus Inkoop C.V. 2003 en Albinus Inkoop C.V. 2004 te Leiden. Het belang van het AZL in deze C.V.'s bedraagt € 8,6 miljoen en het resultaat over 2004 was € 35.000 negatief. Het eigen vermogen van de C.V.'s bedroeg ultimo 2004 € 8,6 miljoen.

De Albinus Inkoop C.V. 2004 bevat een minderheidsdeelneming van € 18.000 welke gezien de omvang niet in de cijfers van de jaarrekening is opgenomen. De aansprakelijkheid van het AZL in de C.V.'s beperkt zich tot het door haar ingebrachte kapitaal. In 2003 is de Albinus Inkoop C.V. 2003 als deelneming in de geconsolideerde LUMC jaarrekening verantwoord. In 2004 zijn beide C.V.'s volledig in de LUMC jaarrekening meegeconsolideerd. De vergelijkende cijfers zijn hierop niet aangepast. Deze wijziging heeft geen effect gehad op het resultaat en het vermogen. Het doel van de C.V.'s is het voor gezamenlijke rekening verkrijgen, beheren en exploiteren van machines, instrumenten en andere goederen ten dienste van de gezondheidszorg en het verhuren of leasen van die goederen.

In schemavorm kan de LUMC-GROEP als volgt worden weergegeven:



In bovenstaande figuur zijn de (onderdelen van) rechtspersonen opgenomen die deel uit maken van de LUMC-groep. Binnen de groep is het Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL) aangemerkt als de rechtspersoon waar de consolidatie van de groep plaatsvindt. De enkelvoudige jaarrekening van de LUMC-groep bestaat dan ook uit de gegevens van het AZL, waarin begrepen de activiteiten van de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit Leiden.

In de geconsolideerde jaarrekening zijn de jaarrekeningen van de groepsleden geconsolideerd.



Productiecijfers patiëntenzorg

Kerncijfers patiëntenzorg

	2004	2003
Eerste polikliniekbezoeken	79.333	75.716
Herhalingspolikliniekbezoeken	222.440	219.671
Spoedconsulten	11.978	13.502
Dagbehandelingen	10.409	9.035
Klinische opnames	19.276	18.579
Verpleegdagen	147.384	142.490
Gemiddelde verpleegduur	7,6	7,7
Zorgratio eerste polibezoek/klinische opname	4,1	4,1
Heropnames binnen 1 week	780	769

WBMV-functies

Het betreft hier bijzondere, hoogwaardige voorzieningen die volgens wet vergunningplichtig zijn of waar stimuleringsmaatregelen voor zijn genomen.

	2004	2003
Beenmergtransplantaties		
– autoloog volwassenen	25	33
– autoloog kinderen	2	0
– allogeen volwassenen	47	37
– allogeen kinderen	38	26
Hartchirurgie en interventiecardiologie		
– open hart operatie	828	811
– PTCA	1376	1.434
– cardiovasculaire stent	2104	2.320
– catheterablatie	393	340
– AICD-implantaties	345	287
In vitro fertilisatie		
– 1e t/m 3e behandeling	541	604
– 4e en verdere behandeling	27	45
Klinische Genetica		
– erfelijkheidsadvisering	1.933	2.010
– laboratoriumonderzoeken	13.558	12.724
Orgaantransplantaties		
– niertransplantaties	76	74
– nierpancreastransplantaties	20	13
– levertransplantaties	23	19
Radiotherapie		
– teletherapie	1.786	1.607
– brachytherapie	133	136
Gehoor		
– cochleaire implantatie bij volwassenen	26	30
– cochleaire implantatie bij kinderen	16	10
– behandelingen audiologie	13.602	14.012
Nierfunctie		
– hemodialyses	6.425	6.478
– CAPD's	874	2.882
– CCPD's	8.362	7.606
AIDS/HIV		
– totaal aantal onder behandeling	324	307
Traumazorg		
– acute patiënten	985	903
– multitraumapatiënten	98	86

Onderzoek en behandeling

	2004	2003
Verloskamers		
– bevallingen	1.388	1.419
Beeldvormende diagnostiek		
– CT-scans	10.016	9.425
– MRI-scans	6.345	5.681
– totaal	150.240	140.489
Nucleaire Geneeskunde		
– verrichtingen	4.035	4.171
Laboratoria		
– klinische chemie	2.266.564	2.231.010
– medische microbiologie	193.715	175.237
– hematologisch lab	1.026.809	991.586
– klinische farmacie en toxicologie	5.745	5.885
Paramedische behandeling		
– fysiotherapie	38.765	39.430

Klinische opnames en gemiddelde verpleegduur

	Opnames		Gemiddelde verpleegduur	
	2004	2003	2004	2003
Heelkunde	2.341	1.973	8,5	10,1
Mondheelkunde	97	85	3,9	4,2
Orthopedie	798	753	7,5	7,4
Plastische chirurgie	179	192	3,8	3,4
Thoraxchirurgie	908	857	11,6	12,0
Urologie	559	521	5,0	5,2
Alg.inwendige geneeskunde	904	996	8,8	8,9
Endocrinologie	570	529	5,7	5,9
Geriatric	3	4	3,7	3,5
Hartziekten	2.050	1.939	4,3	4,5
Hematologie	508	483	13,5	13,8
Infectieziekten	194	208	10,3	9,4
Klinische oncologie	702	564	5,5	5,9
Longziekten	515	561	7,3	6,4
Maag-, darm- en leverziekten	495	486	7,5	7,4
Nierziekten	433	491	11,0	9,6
Reumatologie	334	298	11,7	13,1
Gynaecologie	687	678	6,8	6,3
Huidziekten	83	100	12,7	12,3
Keel-, neus- en oorheelkunde	884	866	4,7	5,0
Kindergeneeskunde	2.265	2.089	8,8	8,3
Neurochirurgie	681	684	8,2	8,1
Neurologie	940	925	8,8	8,4
Oogheelkunde	440	473	4,6	4,5
Psychiatrie	210	189	21,2	24,2
Verloskunde	1.496	1.636	4,5	4,4
Totaal	19.276	18.580	7,6	7,7

Dagbehandelingen en poliklinische contacten

	Dagbehandelingen		Poliklinische contacten (inclusief bezoeken)	
	2004	2003	2004	2003
Anesthesie	0	0	10.300	9.759
Heelkunde	489	423	48.301	47.046
Mondheelkunde	60	66	8.724	9.457
Orthopedie	313	262	18.461	16.645
Plastische chirurgie	162	194	4.582	4.620
Revalidatie	0	0	2.867	2.444
Thoraxchirurgie	48	61	782	829
Urologie	254	223	12.377	12.323
Alg.inwendige geneeskunde	147	142	28.874	23.495
Endocrinologie	225	249	17.617	15.709
Geriatric	10	2	1.217	1.275
Hartziekten	655	603	18.556	17.777
Hematologie	813	857	10.958	10.364
Infectieziekten	33	11	2.175	1.981
Klinische oncologie	1.047	547	13.704	12.360
Longziekten	444	326	7.817	7.792
Maag-, darm- en leverziekten	416	223	9.872	9.546
Nierziekten	52	71	8.776	8.601
Reumatologie	1.753	1.613	13.876	12.862
Gynaecologie	306	226	24.050	21.698
Huidziekten	32	19	23.626	21.714
Keel-, neus- en oorheelkunde	782	754	29.805	32.928
Kindergeneeskunde	762	773	22.649	21.622
Neurochirurgie	147	143	3.359	3.077
Neurologie	173	172	17.425	18.305
Oogheelkunde	1.130	949	39.300	35.655
Psychiatrie	0	0	3.005	3.018
Verloskunde	156	127	15.269	16.231
Totaal	10.409	9.036	418.324	399.133



Prestatie-indicatoren en kengetallen

Topreferente activiteiten

Algemene Interne Geneeskunde - Polikliniek

- Cardiovasculaire risicoanalyse
- Eetstoornissen

Endocrinologie

- Calcium- en botstofwisselingstoornissen
- Diabetes mellitus type I en II
- Neuroendocriene tumoren

Gynaecologie

- Complexe psychosomatische en seksuologische problemen
- Oncologie (met name cervixcarcinoom)
- Tuba chirurgie

Hartziekten

- Diagnostiek en behandelen van hartfalen
- Electrofysiologie (ICD's)

Heelkunde

- Oncologische chirurgie
- Transplantatie chirurgie
- Vaatchirurgie

Hematologie

- Allogene beenmergtransplantatie met immuuntherapie
- Erfelijke stollingsstoornissen

Huidziekten

- Photodermatologie
- Pigmented Lesions Clinic (patiënten met een verhoogd risico op (familiaal) melanoom)
- Polikliniek voor huidtumoren (al dan niet HPV geïnduceerd), huidlymfomen

IC

- Behandeling van patiënten met ernstige gecombineerde cardio respiratoir lijden

Infectieziekten

- Acute ziekte bij AIDS
- Endocarditis
- Immuundeficiënties
- Koorts bij terugkeer uit tropen

Kindergeneeskunde

- Bijzondere hematologie (aplastische anaemie, thalassemie en stollingsstoornissen)
- Immunostoornissen
- Kinderoncologie

Klinische Genetica

- Erfelijke tumoren (borst-, darm-, huidkanker)
- Neurogenetica (ziekte van Huntington, CADASIL, spierdystrofie)

KNO

- Cochleaire implantatie
- Schedelbasischirurgie

Longziekten

- Bronchusstent
- Longdiagnostiek met endo-echo
- Longemfyseem
- Therapieresistent astma + allergologie
- α I antitypsinedeficiëntie

Maag-Darm-Leverziekten

- Complexe inflammatoire darmziekten
- Levertransplantatie
- Motiliteitsstoornissen

Medische Microbiologie

- Moleculaire diagnostiek van infecties t.b.v. transplantatie klinieken
- Parvovirus DNA diagnostiek bij zwangeren (landelijk referentielaboratorium)

Neurochirurgie

- Hypofysepathologie
- Neurovasculaire aandoeningen
- Perifeer zenuwletsel in het bijzonder plexus brachialis pathologie

Neurologie

- Neudegeneratieve ziekten (ziekte van Huntington, ziekte van Parkinson, dystonie en overige bewegingsstoornissen en dementie)
- Neuromusculaire ziekten: myasthene syndromen en spierdystrofie
- Paroxysmale stoornissen (migraine, cluster hoofdpijn, narcolepsie en syncope)

Nierziekten

- Familiedonatie bij niertransplantatie
- Nier-pancreastransplantatie

Oncologie

- Bottumoren
- Testis carcinoom
- Weke delen tumoren

Oogheelkunde

- Maculadedegeneratie
- Neuroptahmologie
- Oog- en orbitatumoren

Orthopaedie

- Botoncologie
- Prothesiologie van schouder en elleboog

Psychiatrie (volwassenen)

- Therapieresistente depressie en bipolaire stoornis
- Therapieresistente angststoornissen
(b.v. paniekstoornis, sociale angststoornis, obsessieve compulsieve stoornis)
- Therapie resistente somatoforme stoornissen
(b.v. onverklaarde lichamelijke klachten)

Radiologie

- Diagnostiek bottumoren
- Behandeling vasculaire aandoeningen
(afsluitingen, bloedingen) body en neuro

Reumatologie

- Moeilijk te diagnosticeren en te behandelen
bindweefselziekten

Revalidatie

- Plexus brachialis revalidatie

Thoraxchirurgie

- Chirurgische alternatieven voor hartfalen en klepreparatie
- Complexe hartchirurgie bij kinderen

Urologie

- Bekkenbodempromblematiek
- Minimaal invasieve urologie
- Urologische oncologie

Verloskunde

- Invasieve foetale geneeskunde
- Obstetrische high care

Verouderingsziekten

- Polikliniek geheugenstoornissen
- Polikliniek vallen

Kwaliteitsborgingssystemen

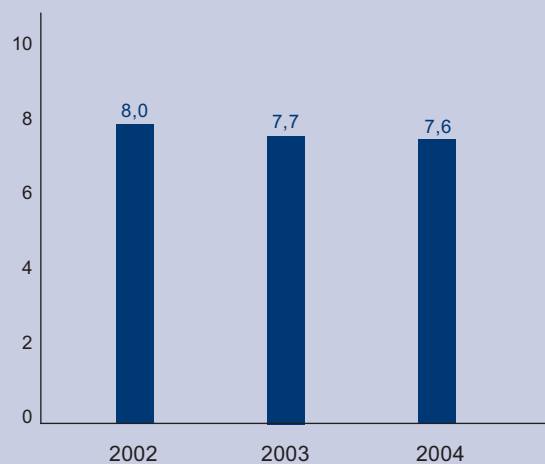
De hele LUMC-organisatie	NIAZ-accreditatiebewijs tot mei 2005
Arbeidsomstandigheden en Risicobeheersing	SBCA Richtlijn Arbodiensten Kernenergiewet Besluit GGO
Centraal Klinisch Chemisch Laboratorium	CCKL-praktijkrichtlijn, certificaat geldig tot 2007
Centraal Klinisch Hematologisch Laboratorium	CCKL-praktijkrichtlijn, certificaat geldig tot 2006 RvA: ISO 17025, certificaat geldig tot 2006
CHKG-sectie DNA diagnostiek	RvA: ISO 17025, certificaat geldig tot 2006
CHKG-sectie Cytogenetica	CCKL-praktijkrichtlijn en RvA: ISO 17025
Dialyse	Norm Dialyse (beroepsgroep) en HKZ-certificaat
Immunohematologie en Bloedbank, <i>laboratorium Bloedtransfusiedienst</i>	CCKL-praktijkrichtlijn
Immunohematologie en Bloedbank, <i>centrum voor Stamceltherapie</i>	CCKL-praktijkrichtlijn certificaat geldig tot 2005
Informatievoorziening en Informatiebeveiliging (CEN ENV 12924)	Professionele normen voor de Bedrijfsvoering (ITIL)
Klinische Farmacie en Toxicologie	Ziekenhuis Apotheek Norm, NIAZ CCKL-praktijkrichtlijn
Medische Microbiologie, <i>sectie Klinisch Microbiologisch Laboratorium</i>	CCKL-praktijkrichtlijn
Polikliniek Gynaecologie, IVF-laboratorium	CCKL-praktijkrichtlijn
Pathologie	CCKL-praktijkrichtlijn
Voeding	HACCP-richtlijn (Controle Keuringsdienst van Waren)

Patiëntenzorg

Zorginnovaties LUMC

- Behandeling en zorg na vulvectomie en aan risico-zwangeren thuis
- Bekkenbodencentrum
- Chestpain-unit
- (transmurale) COPD-zorg
- (transmurale) CVA-ketenzorg, CVA-thrombolys
- Gerwijzer communicatieplatform over valpreventie en dementie
- Mammapoli
- Mission! implementatie richtlijnen behandeling myocardinfarct en hartfalen
- Moleculaire diagnostiek (pathologie en microbiologie)
- Multidisciplinaire slikpolikliniek
- Neuroradiologische interventiecentrum
- Ovariumtranspositie
- Parenterale antibiotica-toediening thuis
- Poli Allergologie
- Poli Spina Bifida
- Poli Zenuwletsel
- Pre-operatieve screeningspoli
- Regionale acute heelkundige Zorgcoördinatie
- Transmurale/palliatieve zorg voor kankerpatiënten
- Verpleegkundig specialistenteam thuis

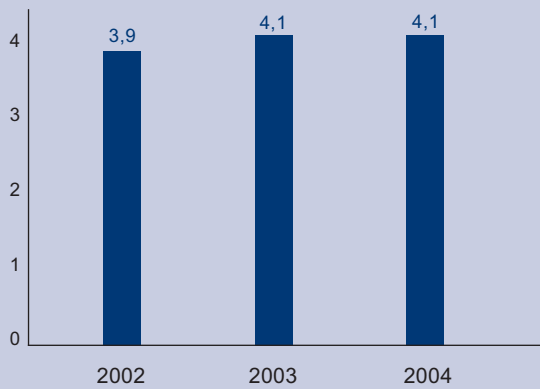
Gemiddelde verpleegduur in dagen



Het beleid is gericht op het verkorten van de opnameduur. Hierbij is het aantal verpleegdagen, inclusief afwezigheidsdagen en verkeerde bed dagen, gedeeld door het aantal opnamen. Het aantal dagverplegingen is hierbij niet van toepassing.

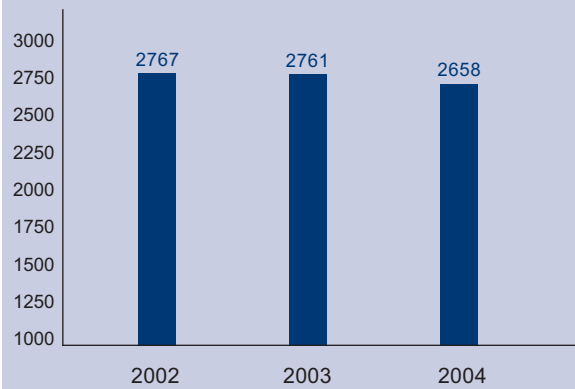
Zorgratio's

Eerste polikliniekbezoeken en klinische opnamen



Het beleid is erop gericht zoveel mogelijk zorg ambulant danwel in dagbehandeling uit te voeren.

Aantal heropnames binnen 1 maand



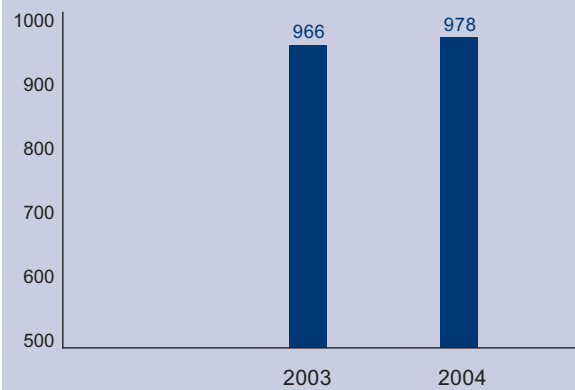
Het beleid is erop gericht dat het verkorten van de verpleegduur niet leidt tot een toename van het aantal heropnames.

Eerste polikliniekbezoeken en herhaalbezoeken



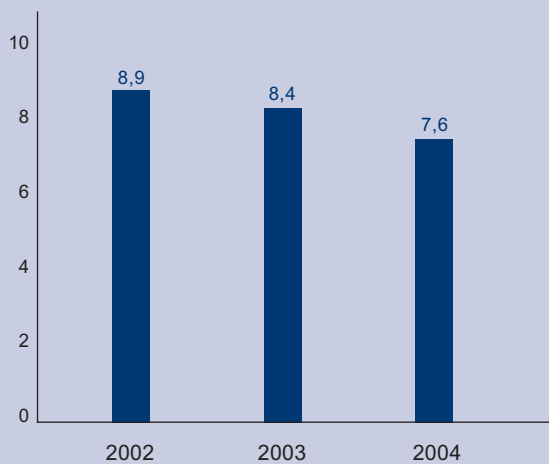
Het beleid is gericht op het beperken van het aantal herhaalbezoeken.

Aantal heroperaties binnen 30 dagen



Het betreft geteld het aantal heroperaties binnen 30 dagen voor hetzelfde specialisme.

Eerste polikliniekbezoeken en dagverplegingen



Het beleid is erop gericht zoveel mogelijk zorg ambulant danwel in dagbehandeling uit te voeren.

Decubitus

Decubitusresultaten												
	2002				2003				2004			
	N=404				N=385				N=371			
Graad decubitus 1-4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
LUMC	5,0	5,7	1,5	0,2	10,9	3,6	1,3	0,0	4,9	4,3	1,4	0,0
Totaal LUMC	12,4				15,8				10,5			
Totaal LUMC zonder graad 1	7,4				4,9				5,7 (4,3) *			
Totaal Academische ziekenhuizen inclusief LUMC	16,4				14,7				14,8			
Totaal Academische ziekenhuizen zonder graad 1 inclusief LUMC	9,3				7,6				8,0 (5,8) *			
Totaal Algemene ziekenhuizen	22,3				22,2				18,7			
Totaal Algemene ziekenhuizen zonder graad 1	10,7				10,9				9,0 (5,8) *			

* Het getal tussen haakjes is de prevalentie decubitus zonder graad 1 die in de instelling is ontstaan.

Bron: Landelijk Onderzoek Prevalentie Decubitus

Decubitusregistratie

Het LUMC beschikt over een systematische decubitusregistratie (Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus). Het LUMC gebruikt de uitkomsten als resultante voor de geleverde kwaliteit van zorg. Door het management worden de uitkomsten gebruikt bij afwegingen rondom aanschaf van bedden en nader onderzoek.

De systematiek van de decubitusregistratie in het LUMC is als volgt:

- Het LUMC beschikt niet over een decubitusconsulent
- Het LUMC houdt regelmatige puntprevalentiemetingen bij alle opgenomen patiënten in het gehele ziekenhuis

- Het bijhouden van een incidentieregistratie bij één of meer specifieke patiëntengroepen
- In het LUMC is een decubituscommissie aanwezig die het beleid op basis van deze registraties waar nodig bijstelt.

Decubitusincidentie bij een patiëntenpopulatie

De decubitus incidentie (graad I-IV) na totale heupvervanging komt over het geheel van 2004 uit op 0%.

Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed

De puntprevalentie 1 bedroeg: $16 / 371 \times 100\% = 4,31\%$

De puntprevalentie 2 bedroeg: $16 / 387 \times 100\% = 4,13\%$

Het aantal patiënten met decubitus (graad 2 tot en met 4), ontstaan in het ziekenhuis, op een vast tijdstip betrof 16.

Alle op decubitus onderzochte (klinische) patiënten in het ziekenhuis op het genoemde tijdstip betrof 371.

Totaal aantal opgenomen patiënten op datzelfde tijdstip betrof 387.

De patiënten werden onderzocht door de afdelingsverpleegkundige. Bij dit onderzoek werd het LPOD-protocol gevolgd.

Bloedtransfusie

Hemovigilantiebeleid

Het LUMC beschikt over een hemovigilantiebeleid.

- Er vindt centrale registratie plaats van transfusie-reacties.
- Het LUMC werkt mee aan de TRIP-registratie.
- Tranfusiefouten worden aan de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg gemeld.

Het aantal transfusiereacties graad 3 en 4 bij patiënten in het ziekenhuis van 1 januari tot en met 31 december bedraagt 2 (beide graad 3).

1. Het totale aantal getransfundeerde eenheden van 1 januari tot en met 31 december * bedraagt 25.966.
2. Het totale aantal patiënten dat een bloedtransfusie heeft gehad van 1 januari tot en met 31 december * bedraagt 3.970.

Percentage transfusiereacties graad 3 en 4

Percentage 1 bedraagt	0,008% (2/25.966 x 100)
Percentage 2 bedraagt	0,05% (2/3.970 x 100)

Veilig gebruik				
	Aantal patiënten dat een transfusie heeft gehad	Aantal toegediende bloedproducten	Ernstige reacties niet gerelateerd aan menselijk handelen	Ernstige reacties door fouten gerelateerd aan menselijk handelen
2002	4.792	29.693	3	0
2003	4.209	27.165	3	0
2004	3.970	25.966	2	0

Verantwoord gebruik						
	ingevoerd			aantal en (%) niet gebruikt		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
erythrocyten	19.051	16.847	16.225	1.418 (7,4%)	899 (5,3%)	40 (2,5%)
plasma	8.230	7.722	6.364	1.530 (18,5%)	1.298 (16,8%)	1.284 (20,2%)
thrombocyten	5.399	4.844	5.142	39 (0,7%)	51 (1,0%)	74 (1,4%)
Totaal	32.680	29.413	27.731	2.987 (9,1%)	2.248 (7,6%)	1.7650 (6,4%)

Graad 3: Direct levensbedreigend; (bijv. tgv. acute hemolytische transfusiereactie, of een graft versus host disease).

Graad 4: Dodelijke afloop; (bijv. Transfusiereacties graad 3 en 4)

* Wegens overgang van ZIS naar GLIMS is het onmogelijk de cijfers (voor aantal patiënten met een bloedtransfusie en getransfundeerd) voor het eerste half jaar te krijgen. Het aantal reacties is wél van het hele jaar bekend. De gegevens voor het gehele jaar zijn geëxtrapoleerd vanuit de registratie naar GLIMS in de tweede helft van het jaar.

Bron: GLIMS

Medicatieveiligheid

Beschikbaarheid gegevens

Klinisch voorgeschreven medicatie

In 2004 was 100% van de klinisch voorgeschreven medicatie digitaal beschikbaar in de polikliniek-spreekkamers en dus inzichtelijk voor de behandelend arts.

Op 90% van de verpleegafdelingen was in 2004 een klinisch voorgeschreven medicatie digitaal beschikbaar en inzichtelijk voor de behandelend arts.

Poliklinisch voorgeschreven medicatie

In 2004 was 75 % van de poliklinisch voorgeschreven medicatie digitaal beschikbaar voor de behandelend arts op de polikliniekspreekkamers en op de verpleegafdelingen.

Een extramuraal overzicht is niet (digitaal) beschikbaar op de klinische afdelingen en in de polikliniek.

De ziekenhuisapothek heeft zowel de klinisch als poliklinisch voorgeschreven medicatie digitaal beschikbaar. Extramuraal voorgeschreven medicatie is niet elektronisch beschikbaar.

De elektronische beschikbaarheid is gerealiseerd via het systeemdeel Medicator (een Elektronisch Voorschrijfsysteem) voor de kliniek als de polikliniek; het betreft in het LUMC voorgeschreven en verstrekte medicatie.

Zorg ICT

Het LUMC beschikt over de volgende ICT-voorzieningen voor zijn medewerkers:

(voor zover relevant voor uitvoering van de werkzaamheden):

- E-mail intern & extern is op elke werkplek beschikbaar
- Internet is op elke werkplek beschikbaar

Beschikbaarheid van gegevens		
Beschikbaarheid van:	Op poliklinieksprekkamer	Op afdeling
Administratieve basisgegevens	Ja	Ja
Laboratoriumgegevens	Ja	Ja
Correspondentie vanuit het ziekenhuis	Ja	Ja
Radiologieverslagen	Ja	Ja
Bacteriologieverslagen	Ja	Ja
PA verslagen	Ja	Ja
Medicatiegegevens	ja	ja
Operatieverslagen	Ja	Ja
Beelden (X-foto's, CT, MRI, etc.)	Gedeeltelijk; Beelden zijn (buiten de lokatie waar ze gemaakt worden) alleen bij Cardiologie beschikbaar op de spreekkamer en de afdeling.	
<i>Beschikbaarheid van elektronische gegevens op de poliklinieksprekkamer en op de afdeling (het gaat hier alleen om het kunnen inzien van deze gegevens)</i>		
<i>NB. 100% betekent in principe op iedere werkplek. Niet uit te sluiten is op een bestand van 5000 PC's dat niet overal alles geïnstalleerd staat.</i>		
Beschikbaarheid van:	Op poliklinieksprekkamer	Op afdeling
Elektronische medische intake *	gedeeltelijk	gedeeltelijk
Elektronische verpleegkundige intake (alleen van toepassing indien VP spreekuur aanwezig)	nee	nee
Elektronische verpleegkundige decursus	nee	nee
Elektronische medische decursus *	gedeeltelijk	gedeeltelijk
Multidisciplinair patiënttraject planning systeem (licht toe)	nee	nee
Ordercommunicatie voor lab	nee	nee
Ordercommunicatie voor medicatie	gedeeltelijk	gedeeltelijk
– Ondersteuning bij voorschrijven		
– Ordercommunicatie voor klinische medicatie		
– Ordercommunicatie voor poliklinische medicatie **		
Ordercommunicatie voor radiologie	nee	nee
Ordercommunicatie m.b.v. geprotocolleerde order-sets (licht toe)	nee	nee
Ordercommunicatie voor overige zorgdiensten	nee	nee
Elektronische bewaking van het behandeltraject (licht toe)	nee	nee
* Verloskunde en Cardiologie hebben een elektronische poliklinische status		
** Medicatiegegevens (klinisch en poliklinisch) zijn inmiddels voor ca 80% uitgerold over de verschillende afdelingen.		
<i>Beschikbaarheid van procesondersteunende ICT op de spreekkamer en op de afdeling (het gaat hier om het invoeren van gegevens en orders en het elektronisch plannen)</i>		

Postoperatieve wondinfecties

Surveillance postoperatieve wondinfectie

Het LUMC surveilleert systematisch postoperatieve wondinfecties en maakt deel uit van een landelijk surveillancesysteem. In 2004 vond onderzoek plaats op de afdeling Thoraxchirurgie volgens de landelijke systematiek.

Er vonden interventies plaats naar aanleiding van het surveillance-onderzoek zoals de aanpassing van het antibioticabeleid rondom thoraxchirurgische operaties. Nameting vindt plaats in 2005.

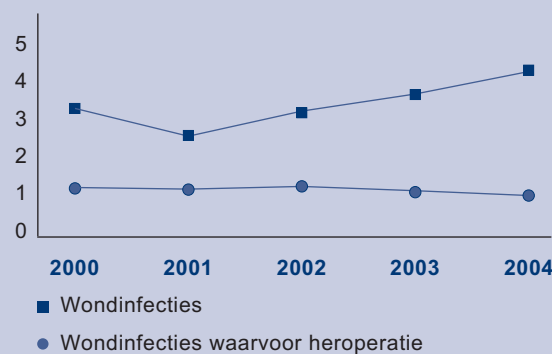
Voor de definiëring van postoperatieve wondinfecties gebruikt het LUMC de criteria van het Centre of Disease Control en de Werkgroep Infectiepreventie (CDC/WIP).

Overige surveillance activiteiten

In 2004 vond surveillance volgens de landelijke systematiek plaats bij de Intensive cares Neonatologie en Heelkunde over het onderwerp intravasale lijnsepsis.

Op dezelfde locatie vond surveillance plaats naar beademingsgerelateerde longontstekingen volgens criteria van CDC/WIP in de vorm van incidentie-onderzoek.

Wondinfecties LUMC-Heelkunde in de tijd (in %)



Bewaking Antimicrobiële Therapie (BAT)

De medicatie-opdrachten voor therapie met antibiotica worden systematisch beoordeeld op basis van een twaalfal criteria. Deze criteria richten zich op patiëntveiligheid en doelmatigheid. Onder andere komt naar voren dat artsen zich bij 92% van de voorgeschreven therapieën houden aan het formularium.

Wondinfecties LUMC-Heelkunde

De geleidelijke stijging van het gerapporteerde aantal wondinfecties is aanleiding voor nader onderzoek, dat in 2005 zal plaatsvinden. Gezien het dalende percentage reoperaties valt hier een registratie-effect, dan wel een agressiever antibiotisch beleid (dat via de complicatie-definitie leidt tot een hogere complicatie-incidentie), als verklaring niet uit te sluiten.

Wondinfecties LUMC-Heelkunde		
	2004	2000-2003
Alle opnames met operaties (n)	2465	8280
Aantal (%) met wondinfectie totaal	109 (4.4%)	276 (3.3%)
– aantal (%) bij conditie ASA ** >=3	32 (6.2%)	108 (6.1%)
– aantal (%) bij zwaarteklasse *** >=5	47 (6.0%)	111 (4.2%)
– aantal (%) bij leeftijd >= 60	43 (5.8%)	127 (4.9%)
Aantal (%) met wondinfectie waarvoor heroperatie	27 (1.1%)	105 (1.3%)

Wondinfecties LUMC-Heelkunde bij specifieke operatiegroepen		
In onderstaande gegevens zijn wondinfecties gerelateerd aan de 1e klinische operatie.		
	2004	2000-2003
Mammachirurgie (n)	143	547
aantal met wondinfectie (%):	0 (0%)	9 (1.6%)
aantal met w-i waarvoor heroperatie	0 (0%)	5 (0.9%)
Osteosynthese na heupfractuur (n)	86	281
– aantal met wondinfectie:	12 (14.0%)	14 (5.0%)
– aantal met w-i waarvoor heroperatie	1 (1.2%)	9 (3.2%)
Hemicolecotomie (n)	30	109
– aantal met wondinfectie:	3 (10.0%)	5 (4.6%)
– aantal met w-i waarvoor heroperatie	1 (3.3%)	1 (0.9%)

Ziekenhuishygiëne en infectiepreventie

Methicilline Resistente Staphilococcus Aureus (MRSA)

Omdat de bacterie MRSA slecht bestrijdbaar is, is het vermogen van een ziekenhuisorganisatie om kruisbesmetting tussen patiënten en medewerkers onderling te voorkomen belangrijk.

De mate waarin ziekenhuishygiënische maatregelen worden nageleefd door medewerkers is bepalend voor de transmissieratio. Deze ratio biedt een goede indicatie om aan te geven in hoeverre medewerkers ziekenhuishygiënische maatregelen gedisciplineerd uitvoeren.

Overdracht van MRSA in het LUMC			
	2002	2003	2004
Totaal aantal personen met MRSA in LUMC	4	6	14
Aantal personen met in LUMC verworven MRSA	1	2	1
Transmissie-ratio	0,25	0,33	0,07

Complicatieregistratie

Het percentage afdelingen van het totaal aantal afdelingen dat aan een landelijke complicatieregistratie deelneemt bedraagt 29% ($10/34 \times 100\%$).

Het percentage afdelingen met een complicatieregistratie van het totaal aantal afdelingen conform de NFU-definitie bedraagt 79% ($27/34 \times 100\%$).

De NFU-definitie van het begrip complicatieregistratie op grond waarvan onderstaand schema is ingevuld, luidt als volgt:

Systematische registratie, evaluatie en bespreking van complicaties¹ aangaande alle patiënten van een gespecificeerde patiëntengroep (gedefinieerd door middel van de MSRC erkende specialismenlijst) over een gespecificeerde verantwoordelijkheidsperiode, met als doel het toetsen en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

¹ in het algemeen gedefinieerd als ongewenste uitkomsten van zorg (die slechts ten dele worden veroorzaakt door fouten).

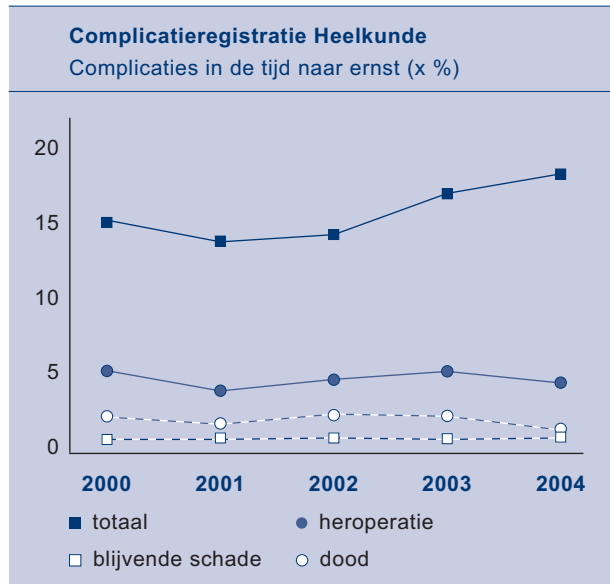
Complicatieregistratie

Specialisme	Landelijk	eigen	geen	Naam Systeem
1 Algemene chirurgie	x			LHCR
2 Anesthesiologie		x		LUMC-registratie
3 Cardiochirurgie	zie Thorax- chirurgie			
4 Cardiologie		x		LUMC-registratie
5 Dermatologie			x	
6 Dialyse	zie nefrologie			
7 Gynaecologie		x		LUMC-registratie
8 Hematologie		x		LUMC-registratie
9 Interne geneeskunde		x		LUMC-registratie
10 Intensive Care		x		LUMC-registratie
11 Keel/ neus/ oorheelkunde	x			LHCR
12 Kindergeneeskunde			x	
13 Klinische chemie	n.v.t.			incidentenregistratie
14 Klinische oncologie			x	
15 Klinische pathologie			x	
16 Maag/ darm/ lever ziekten		x		LUMC-registratie
17 Medische microbiologie	n.v.t.			incidentenregistratie
18 Nefrologie	x			LUMC-registratie
19 Neonatologie			x	
20 Neurochirurgie	x			LHCR
21 Neurologie			x	
22 Nucleaire geneeskunde		x		LUMC-registratie
23 Oogheelkunde2	x			LHCR
24 Orthopedie	x			LHCR
25 Plastische chirurgie			x	
26 Psychiatrie		x		LUMC-registratie
27 Pulmonologie		x		LUMC-registratie
28 Radiodiagnostiek		x		LUMC-registratie
29 Radiotherapie		x		LUMC-registratie
30 Reumatologie		x		LUMC-registratie
31 Revalidatie		x		LUMC-registratie
32 Thoraxchirurgie	x			Euroscore
33 Urologie	x			LHCR
34 Vaatchirurgie	x			LHCR
35 Verloskunde	x			LUMC-registratie
36 Anders, n.l.:				
Endocrinologie;		x		LUMC-registratie
Immunohematologie en Bloedtransfusie;		x		
Infectieziekten;		x		

Complicatieregistratie LUMC-Heelkunde

Voor alle patiënten opgenomen onder verantwoording van de afdeling Heelkunde, en/of door een chirurg(isch) assistent als eerste operateur geopereerd, zijn de complicatiestatistieken te zien in onderstaande tabellen.

De datakwaliteit wordt continu bewaakt en daarnaast steekproefsgewijs getoetst middels statusonderzoek en telefonische enquêtering van ontslagen patiënten. Klinische onderrapportage is gering, en vrijwel beperkt tot minder ernstige complicaties. De lichte toename van alle gerapporteerde complicaties, en het gelijk blijven of dalen van de ernstigere (met name sterfte), suggereert dat de sensitiviteit van de registratie is gestegen.



Kengetallen		
	2004	2000-2003
Alle opnames (n=3328), % gecompliceerd	18.4%	(15.2%)
Opnames met operatie (n=2465), % gecompliceerd	20.9%	(17.8%)
Gemiddelde leeftijd en standaarddeviatie	47.9±21.9	(48.8±22.1)
Percentage mannen	55.6%	(54.6%)
Karakteristieken van de geopereerde patiënten waren: =		
– percentage met conditie ASA ** >=3	22.2%	(22.7%)
– percentage met zwaarteklasse *** >=5	31.5%	(31.6%)
– percentage met leeftijd >= 60	30.2%	(31.0%)
<i>De patiëntenpopulatie van 2004 is dus nagenoeg gelijk aan die van 2000-2003.</i>		
² De complicatieregistratie Oogheelkunde registreert ook de complicaties van de cataractchirurgie		
** (slechtere) gezondheidstoestand van te opereren patiënt		
*** (hogere) zwaarteklasse - technische complexiteit - van de uitgevoerde operatie		

	2004	2000-2003
Ernst		
De incidentie van de meer ernstige categorieën complicaties is:		
Ernst 2: leidend tot heroperatie	4.7%	(4.9%)
Ernst 3: (waarschijnlijk) blijvende schade/functieverlies	1.2%	(1.1%)
Ernst 4: dood	1.6%	(2.4%)
Aard		
De 5 meest voorkomende typen complicaties zijn:		
Ontsteking / infecties	28.0%	(27.8%)
Gestoorte functie	22.5%	(22.2%)
Bloeding / hematoom	6.5%	(7.1%)
Vochtophoping / lekkage	6.3%	(6.2%)
Shock	4.3%	(5.7%)

Risico-inventarisatie

In 2004 zijn er op drie afdelingen risico-inventarisaties uitgevoerd van (bijna-)incidenten en vermijdbare complicaties. Het betrof het OK-Centrum, de afdeling Heelkunde en het IC-Centrum. De inventarisaties zijn gevolgd door bespreking en analyse van de risico's op afdelingsniveau en werden waar nodig corrigerende maatregelen genomen.

Pijn na operatie

Pijnmeting bij Postoperatieve patiënten

Het LUMC beschikt over een ziekenhuisbreed pijnprotocol en een acute postoperatieve pijnservice.

Gestandaardiseerde pijnmetingen vinden plaats bij alle geopereerde patiënten ($10.325/10.325 \times 100\% = 100\%$) zowel direct postoperatief (verkoever) als na overplaatsing naar een verpleegafdeling.

Kenmerken Acute Pijn Service	
	Ja/Nee
Multidisciplinair samenwerken van verpleegkundigen, specialistisch verpleegkundige, snijdend specialist en anesthesioloog	Ja
Gebruik systematische pijnscore 1e 24 uur postoperatief	Ja
Gebruik systematische pijnscore na de 1e 24 uur postoperatief	Ja
Gebruikte pijnscore:	
1 VAS (Visueel Analoge Schaal)	Ja
2 NRS	Nee
3 Anders, n.l.:	n.v.t.
Sedatiescore (Ramsay)	Ja
Aanwezigheid gestandaardiseerde pijnbestrijdingsmethoden	Ja
Aanwezigheid pijnverpleegkundige	Ja
Continue scholing alle betrokken disciplines op gebied van postoperatieve pijnbehandeling	Nee
Patiëntvoorlichting over pijn	Ja
24-uurs beschikbaarheidsdiensten voor pijnbestrijding	Ja
Beschikbaar van pijnbestrijding voor alle postoperatieve patiënten in het ziekenhuis	Ja
Percentage patiënten met een pijnscore lager dan 4 in de eerste 72 uur na een operatie	
Het percentage patiënten met een pijnscore lager dan 4 in de eerste 72 uur na een operatie is onbekend. Dit geldt ook voor de patiënten bij wie postoperatieve pijnmetingen zijn verricht. De score wordt in het patiëntendossier geregistreerd. Geautomatiseerde bemonstering hiervan zal mogelijk zijn na realisatie van het elektronisch patiëntendossier (EPD).	

Volume van risicovolle interventies

Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties

Het aantal patiënten waarbij het afgelopen jaar een AAA operatie is uitgevoerd bedraagt 12 voor wat betreft de zogeheten endovasculaire AAA operaties en 31 open AAA operaties. De geassocieerde mortaliteit was 2,3% van alle aneurysma operaties (zowel open als gesloten).

Bron: LUMC-registratie, (ZIS/OPERA; Complicatieregistratie heelkunde)

Volume oesophaguscarcinoom resecties

Het aantal patiënten waarbij het afgelopen jaar een oesophaguscarcinoom resectie heeft plaatsgevonden betreft 10. De geassocieerde mortaliteit was 0%.

Laparoscopie

Laparoscopie versus laparotomie bij

cholecystectomie

Galblaas- of galwegchirurgie werd zowel verricht als enige operatie, alsook in combinatie met andere ingrepen.

Het totale aantal laparoscopische cholecystectomieën was 70 en het totale aantal cholecystectomieën 107.

Dit leidt tot een percentage van 65%.

In 29/107 (27%) van de gevallen was er sprake van een gecombineerde ingreep waarbij de galblaasverwijdering slechts een onderdeel van de totale ingreep betrof.

Van de 70 laparoscopische cholecystectomieën vond in 20 gevallen conversie naar de open benadering plaats (29%).

	2004	2003
Galblaas/-weg chirurgie alleen	78	54
Galblaas/-weg-chirurgie in combinatie	29	47
Galblaas/-weg-chirurgie totaal	107	101

Gallekkage na cholecystectomie

	2004	2003
Het percentage postoperatieve gallekages na cholecystectomie bedraagt:	2% (2/107x100%)	1% (1/101x100%)
Eén gallekage vond plaats na laparoscopische cholecystectomie (0,9%).		

Afgezegde operaties

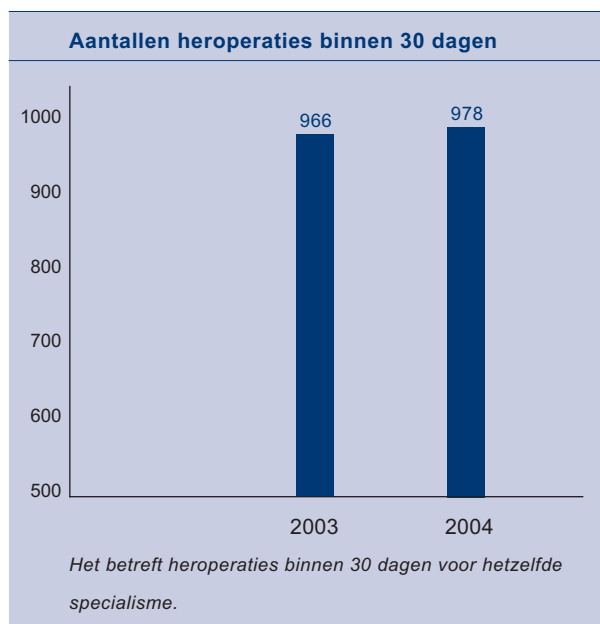
Percentage afgezegde operaties binnen 24 uur voor een geplande electieve operatie			
Specialisme	Aantal afgezegde operaties	aantal aangemeld	afzeggingspercentage
1 Algemene chirurgie (waaronder vaatchirurgie)	60	1722	3,5%
2 Gynaecologie	11	849	1,3%
3 Kaakchirurgie	2	152	0,8%
4 Keel/ neus/ oorheelkunde	31	1434	2,2%
5 Neurochirurgie	46	585	7,9%
6 Oogheelkunde	32	1422	2,3%
7 Orthopedie	19	885	2,1%
8 Plastische chirurgie	3	351	0,9%
9 Thoraxchirurgie	66	1367	4,8%
10 Urologie	13	694	1,9%
11 Vaatchirurgie	(zie 1)		
Totaal electieve ingrepen	283	9.461	3,0%

Het aantal 'door de patiënt' afgezegde operaties is 18 (no show). Dit leidt tot een afzeggingspercentage van 0,2% van de kant van de patiënt. Van het totale aantal afzeggingen wordt 6,3 % (18/283x100%) veroorzaakt door "no show" patiënten.

Ongeplande heroperaties

De initiële operaties die in het LUMC de meeste aanleiding geven tot heroperatie binnen 30-dagen zijn als volgt:

1. Open hartoperaties
2. Aanbrengen van lokale applicatoren (inwendige bestraling)
3. Rethoracotomiën



Intensive care

Level-indeling van de IC

Het LUMC kent één IC-centrum waar alle IC- levels, - level I (basis IC/HC) / IC level II / IC level III (toegerust voor complexe patiënten) -, aanwezig zijn.

Het totale aantal beademingsdagen als percentage van het totale aantal opnamedagen op de IC-afdeling is een maat voor de omvang van de IC-afdeling. Het aantal FTE's intensivist is een maat voor de beschikbaarheid van gekwalificeerde medische begeleiding.

Het totale aantal beademingsdagen als percentage van het totale aantal opnamedagen	
Cardiochirurgie	
Het aantal beademingsdagen in 2004 voor cardiochirurgische patiënten betrof 1958 dagen. Het totale aantal IC-dagen in 2004 voor cardiochirurgische patiënten betrof 3355 dagen. Het percentage is 58,4%.	
Niet-cardiochirurgie	
Het aantal beademingsdagen in 2004 voor niet-cardiochirurgische patiënten betrof 2856 dagen. Het totale aantal IC-dagen in 2004 voor niet-cardiochirurgische patiënten betrof 6865 dagen. Het percentage is 41,6%.	
Kinderen	
Het aantal beademingsdagen in 2004 voor niet-cardiochirurgische kinderen <16 jaar betrof 256 dagen. Het totale aantal IC-dagen in 2004 voor niet-cardiochirurgische kinderen betrof 606 dagen. Het percentage is 42,2%.	
Totaal	
Het totale aantal beademingsdagen in 2004 van bovengenoemde groepen betrof 5070 dagen. Het totale aantal IC-dagen van bovengenoemde groepen betrof 10826 dagen. Het percentage is 46,8%.	
Aantal Fte Intensivist	
Het totale aantal FTE geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC betreft 11,8 .	
<i>Bron: LUMC-registratie (TISS-score)</i>	

Diabetes Mellitus

Geïntegreerde diabeteszorg

In het LUMC is sprake van geïntegreerde diabeteszorg die als volgt functioneert:

Bij patiënten die verwezen worden voor de behandeling van diabetes mellitus, bestaat een gestructureerde polikliniek, speciaal ontworpen voor de behandeling van alle aspecten die aan de orde komen bij de diagnostiek en behandeling van diabetes mellitus. Deze omvatten structurele controles van complicaties en de behandeling daarvan.

De internist-endocrinoloog is de coördinator van zorg (case manager), die in principe volledig in het LUMC plaatsvindt. Diabetes verpleegkundige en diëtist steunen bij behandeling van metabole regulatie. Eindstadium nefropathie wordt door de nefroloog behandeld, uitgesproken pijnlijke neuropathie door de neuroloog, cardiovasculaire problemen door de cardioloog, perifeer vasculair lijden door de vaatchirurg. Diabetes bij zwangeren wordt op een combinatiesprekureur met de verloskunde/gynaecologie behandeld. Bij voetproblemen zijn er korte lijnen met het diabetisch voetsprekureur van de orthopedisch chirurg. Retinopathie wordt door de oogarts behandeld. Er is frequent overleg en korte verwijzingslijnen.

Gemiddelde HbA1c waarde bij diabetes type I en II patiënten, in 2004 *		
De gemiddelde HbA1c waarde van de diabetes type I patiënten waarbij het HbA1c is gemeten bedraagt:		
	2004	2003
HbA1c _{type I} :	7,31%	7,28%
De gemiddelde HbA1c waarde van diabetes type II patiënten waarbij het HbA1c is gemeten bedraagt:		
	2004	2003
HbA1c _{type II} :	7,32%	7,35%
Het gemiddelde aantal HbA1c metingen per patiënt per jaar bedraagt:		
	2004	2003
Gemiddeld aantal HbA1c metingen:	2,53	3,021
* De getallen hebben alleen betrekking op de patiënten die geïntegreerde diabeteszorg ontvangen op de afdeling Endocrinologie waar het merendeel van dit type zorg plaatsvindt. Bemonstering van deze gegevens op andere afdelingen is nog niet mogelijk.		

Tweejaarlijkse oogheelkundige controle

Het percentage van de bij de internist bekende diabetes patiënten dat in 2004 een fundusscopie of fundusfotografie heeft ondergaan in het LUMC betreft **55,2% (766/1387)**

Bij de beoordeling van deze getallen wordt meegewogen dat niet zijn meegeteld de patiënten die in een ziekenhuis elders oogheelkundig worden gecontroleerd.

Bron: LUMC-registratie (Management informatiesysteem afdeling Endocrinologie)

Hartfalen

Het LUMC beschikt over een specialistische tertiaire hartfalen polikliniek. Deze polikliniek maakt deel uit van het Leidse MISSION! project (dit project bestaat inmiddels uit een acuut infarct project en een hartfalen project). De MISSION! Hartfalen polikliniek is een voortzetting van een studie project bij patiënten met ernstig hartfalen (DARYL). Op deze MISSION! polikliniek worden patiënten gezien met zeer ernstig hartfalen deels als voorbereiding op verdere behandeling, deels in het kader van de nabehandeling. Patiënten met meer milde vormen van hartfalen worden actief verwezen naar de hartfalen polikliniek van het Rijnland ziekenhuis.

MISSION! Hartfalen omvat de gestructureerde evaluatie en behandeling van patiënten met zeer ernstig hartfalen. De polikliniek staat onder directe supervisie van 1 van de cardiologen, verder zijn er 2 assistenten in opleiding en 1 hartfalen verpleegkundige verbonden aan deze polikliniek. Patiënten na interventie die onvoldoende reageren op therapie worden op vast intervallen thuisbezocht. Patiënten die in dit programma zitten kunnen de HF verpleegkundige altijd bereiken (speciaal mobiel nummer). Daarnaast bestaat de mogelijkheid om via email contact te leggen.

Rapportage aan de huisarts verloopt via de brieven module in CARIS (de afdelings database) hierdoor verloopt deze berichtgeving aanzienlijk sneller dan in het verleden.

Patiënten hebben de beschikking over voorlichtingsmateriaal. Dit is deels verstrekt door de hartstichting en deels door de afdeling. Zowel MISSION! HF als MISSION! acuut infarct zijn sterk gericht op het voorkomen van nieuwe events middels pro-actieve risico interventie.

Patiëntgegevens worden geregistreerd via een Hartfalen database die gekoppeld is aan de afdelingsdatabase CARIS.

Heropname voor hartfalen

Percentage heropnames van het aantal opnames van patiënten jonger dan 75 jaar binnen 12 weken na ontslag is 7,3% (3 heropnames / 41 opnames)

Percentage heropnames van het aantal opnames van patiënten van 75 jaar en ouder binnen 12 weken na ontslag is 8,0 % (2 heropnames/ 25 opnames)

Bron: LUMC-registratie (CARIS)

Acuut myocardiinfarct (AMI)**30-daagse mortaliteit na opname voor een AMI**

Het percentage patiënten dat in de eerste 30 dagen na opname met de diagnose AMI is overleden op een leeftijd *jonger dan 65 jaar* ongeacht de oorzaak van het overlijden bedraagt 2,6% (2 overleden patiënten/76 opnamen)

90-dagen mortaliteit: 0

Het percentage patiënten dat in de eerste 30 dagen na opname met de diagnose AMI is overleden op een leeftijd van *65 jaar en ouder* ongeacht de oorzaak van het overlijden, bedraagt: 1,6% (2 overleden patiënten/123 opnamen)

90 dagen mortaliteit: 0

Bron: LUMC-registratie (CARIS)

CVA

Strokeservice/stroke-unit

Het LUMC beschikt over een Stroke-unit en een extramurale Strokeservice.

De Stroke-unit is een vorm van geprotocolleerde opvang en behandeling van CVA-patiënten in een multidisciplinair team met een vaste overlegstructuur.

De Strokeservice is een vorm van geprotocolleerde opvang en behandeling waarbij door regionale afspraken met verpleeghuizen in de regio (3) CVA-patiënten binnen 14 dagen kunnen doorstromen naar verpleegtehuizen. Er is sprake van gemeenschappelijke protocol en een multidisciplinaire overleg, waar de verpleeghuisarts aan deelneemt.

Heupfractuur

Percentage patiënten (≥65) met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag geopereerd is

	ASA 1-2	ASA 3-5
Het aantal patiënten geopereerd binnen één kalenderdag	32	33
Het totaal aantal patiënten van 65 jaar en ouder met heupfractuur	35	34
Percentage patiënten (≥65) geopereerd binnen één kalenderdag na presentatie	91%	97%

Mammatumor

Mammapoli

Het LUMC beschikt over een mammapoli die voldoet aan de volgende kenmerken:

Zorg patiënt met een mammatumor

Kunnen versnellen van tripeldiagnostiek	ja (uitslag binnen 1 dag)
Mogelijkheid om de toegangstijd tot een operatie te verkorten	ja
Elke casus wordt ingebracht in een preoperatieve multidisciplinaire bespreking	ja
Patiënt met verontrustende symptomen wordt verwezen naar gespecialiseerd mammachirurg	ja
Alle onderzoeken tijdens één bezoek aan het ziekenhuis	ja
Bij diagnose maligniteit vindt 2e afspraak plaats met mammaverpleegkundige en specialist van het mammateam	ja
Diagnose maligniteit wordt nooit telefonisch meegedeeld	ja
Gebruikelijk aantal dagen tussen eerste contact en diagnostiek	89% binnen 5 dagen

Diagnose binnen 5 dagen

Het aantal, dat binnen 5 werkdagen na het eerste consult in het ziekenhuis een uitslag benigne of maligne heeft gekregen van 1 januari tot 31 december bedraagt 162.

Het totaal aantal patiënten die een eerste consult hebben gehad in het ziekenhuis voor diagnostiek naar een mammatumor van 1 januari tot 31 december bedraagt 182.

Het percentage dat binnen 5 werkdagen na het eerste poli consult voor een mammatumor een uitslag 'benigne' of 'maligne' heeft gekregen bedroeg in het onderzoeksjaar 2004: 89% (162/182 x 100%)

Bron: IKW (KIM registratie)

Cataractchirurgie

Complicatieregistratie

De afdeling Oogheelkunde van het LUMC beschikt over een complicatieregistratie conform de LHRC-systematiek. Deze registratie bevat ook de complicaties van de cataractchirurgie.

Overlevingscijfers multitraumapatiënten

Multitraumapatiënten in het LUMC									
	2002	n	%	2003	n	%	2004	n	%
Totaal aantal trauma-opnamen	930			903			985		
Aantal overleden traumapatiënten	27	(930)	2,9	30	(862)	3,5	23	(985)	2,3
Aantal multitraumapatiënten (ISS ≥ 16)	102	(930)	11,0	86	(862)	10,0	98	(985)	9,9
Aantal overleden multitraumapatiënten	21	(102)	20,6	24	(86)	27,9	14	(98)	14,3

Multitraumapatiënten (ISS ≥ 16)									
	2002	n	Range	2003	n	Range	2004	n	Range
Gemiddelde ISS	23,7	(102)	16 - 75	24,2	(86)	16 - 75	23,10	(98)	16 - 75
Gem. aantal IC dagen bij alle op de IC opgenomen multitraumapatiënten	6,8	(80)	1-38	6,1	(65)	1-59	7,2	(73)	1-81
Gemiddelde totale opnameduur (dagen)	15,8	(102)	1-124	13,7	(86)	1-94	13,9	(97)	1- 89
Gemiddelde EMV score bij opname	10,7	(99)	3-15	10,1	(86)	3-15	11,1	(98)	3-15
Gemiddelde Probability of Survival	0,8020	(73)	0,043104-0,993357	0,7985	(82)	0,000017-0,993357	0,8556	(97)	0,043104-0,995166
Actuele survival	0,7941			0,7209			0,8557		

Bron: Trauma data-registratie LUMC

Fertiliteit

Vanaf 2003 is ook het percentage meerlingen als gevolg van deze behandelingen bekend. Zwangerschap van een meerling wordt als ongewenste uitkomst van een IVF-ICSI behandeling gezien omdat een meerlingzwangerschap hogere risico's met zich meebrengt voor moeder en kind.

Het aantal doorgaande zwangerschappen dat ontstaat per 100 gestarte IVF of ICSI behandelingen, direct na IVF of ICSI of na invriezen van uit deze cycli ontstane extra embryo's, in combinatie met het percentage meerlingen is een indicator voor de efficiëntie van het IVF-programma.

IVF/ICSI resultaten UMC's

Percentage doorgaande zwangerschappen per gestarte behandelingscyclus, inclusief invriezen en ontdooien van embryo's					
	% Doorgaande Zwangerschappen per cyclus inclusief cryopreservatie *				Meerling risico
	2001	2002	2003	2004	2003
AMC	22,8	24,6	** 15,3		13,0
AZG	16,9	**17,0	** 12,2		20,3
AZM	22,3	22,4	23,8		20,7
EMC	18,7	19,7	29,9		24,4
LUMC	28,5	27,4	26,3	29,2	10,0
UMC St Radboud	23,5	21,2	23,1		24,2
UMCU	25,1	26,3	24,4		24,3
VUMC	21,8	21,5	22,7		23,0

* Cryopreservatie is het invriezen en ontdooien van embryo's

** Inclusief een aantal cycli zonder of met beperkte stimulatie

Bron: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Resultaten hartchirurgie bij volwassenen

Euroscore

De EuroSCORE is al een aantal jaren het meest betrouwbare scoringssysteem om voorafgaand aan een open-hart-operatie het overlijdensrisico te berekenen dat aan die ingreep verbonden is.

Het systeem onderscheidt 3 risico-klassen:

- normaal risico (te verwachten mortaliteit tussen 0 en 2%)
- verhoogd risico (te verwachten mortaliteit tussen 3 en 6%)

– hoog risico (te verwachten mortaliteit meer dan 6%).

In bijgaande tabel is de gerealiseerde mortaliteit weergegeven over de afgelopen jaren. In de hoog risicocategorie is tevens aangegeven hoe groot het aantal patiënten was dat in het betreffende jaar een meer dan 6% berekend overlijdensrisico had en hoe hoog het berekende mortaliteitsrisico was in deze groep.

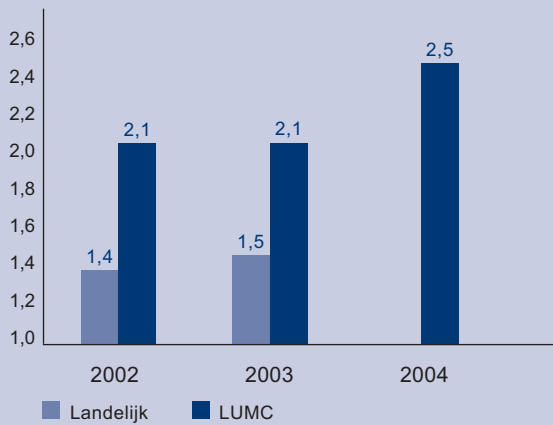
Resultaten openhartchirurgie volgens Euroscore			
	2002	2003	2004
Normaal risico (euroscore 0-2%)	1,4%	0,0%	0,5%
Verhoogd risico (euroscore 3-6%)	3,1%	1,7%	1,4%
Hoog risico (euroscore ≥6)			
Aantal patiënten	257	262	260
Voorspelde mortaliteit	16,2%	15,5%	14,9%
Werkelijke mortaliteit	10,5%	12,6%	13,1%

Bron: Euroscore

Arteriële revascularisatie

Het is bewezen dat gebruik van slagadermateriaal in een bypassoperatie bijdraagt aan een langere overlevingsduur van de aangelegde omleidingen. Wel kan de procedure technisch lastiger zijn en neemt deze meer tijd in beslag. In bijgaande tabel wordt over de afgelopen jaren aangegeven bij welk deel van de omleidingoperaties in Nederland alleen gebruik gemaakt werd van slagadermateriaal (daarnaast wordt aangegeven hoe hoog dit percentage in het LUMC was). In de tabel is het gemiddeld aantal kransslagadertakken weergegeven dat bij deze ingrepen van een omleiding werd voorzien.

Gemiddeld aantal distale anastomosen bij artiële revascularisatie

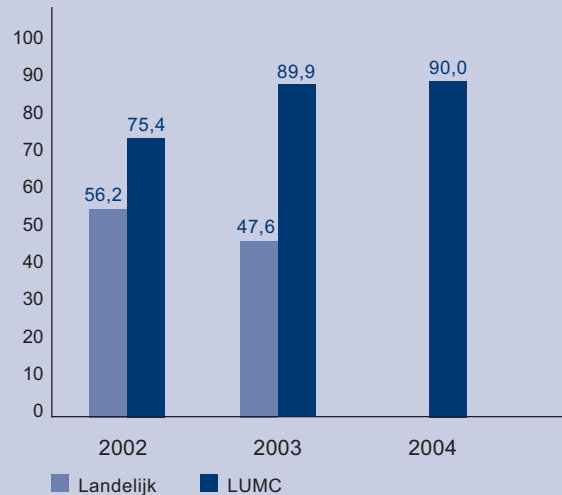


Bron: Begeleidingscommissie Hartinterventies Nederland

Mitraalklepchirurgie

Als het technisch mogelijk is heeft een klepreconstructie/-reparatie van de instroomklep van de linker hartkamer de voorkeur boven het vervangen van de klep door een prothese. Veelal is in het eerste geval geen en in het tweede geval wel levenslang gebruik van bloedverdunners nodig. Bovendien is het bewezen dat de functie van de linker hartkamer beter behouden blijft na een klepreconstructie dan na een klepvervanging. In bijgaande tabel is het percentage reconstructies weergegeven zowel landelijk als in het LUMC.

Reconstructies mitraalklepchirurgie (in %)



Bron: Begeleidingscommissie Hartinterventies Nederland

Sleevesecties

In een aantal gevallen kan een deel van de long worden gespaard, ondanks de centrale ligging van de tumor, door samen met de kwab een additioneel stuk mee te nemen van de luchtwegen of van de longslagader en deze naderhand weer te reconstrueren (sleeve-resectie). In onderstaande tabel is het percentage longkanker-operaties aangegeven waarbij zo'n sleeve-resectie werd toegepast om zoveel mogelijk longweefsel te sparen.

Sleevesecties (in %)



Resultaten kinderhartchirurgie

In samenwerking met het AMC en het VUMC in Amsterdam is het LUMC het grootste Nederlandse kinderhartchirurgische centrum.

Registratie van procedures, complicaties en uitkomsten is essentieel voor een kinderhartchirurgisch centrum. Het is van belang om de eigen uitkomsten te kunnen toetsen aan de data van andere centra.

Bij gebrek aan een Nederlandse kinderhartchirurgische database participeert ons centrum in de European Congenital Cardiac Surgical Database. 2005 is inmiddels het vijfde jaar van data input.

Deze Europese kinderhartchirurgische database is wereldwijd de grootste en meest complete in zijn soort. Eigen resultaten kunnen online worden vergeleken met het gemiddelde van alle centra, met de uitkomsten van de 5 beste centra, met de resultaten van de grootste series enz.

Om de data te valideren is on-site visitatie nodig. Als één van de grotere Europese centra participeerden wij in een controle van alle ingevoerde data van 2003. In 2005 starten wij samen met 4 andere Europese centra met een pilot project van uitgebreide preoperatieve risicostratificatie. Hiermee worden uitkomsten gecorreleerd aan risicoprofielen, nog beter dan tot nu het geval was.

Voorbeeld van een bubble chart uit de database. Postoperatieve hospital survival (verticaal) in relatie met de basic score/ complexiteit van de operatieve ingreep (horizontaal).

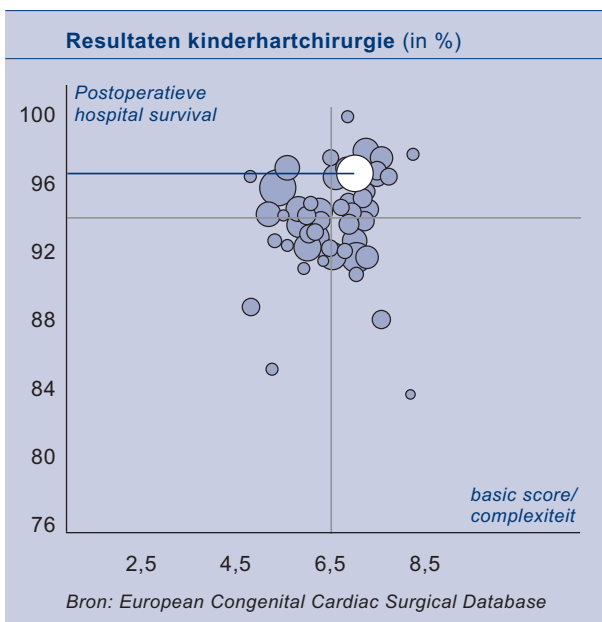
De grijze lijnen geven de gemiddelden van de gehele database aan. De gemiddelde hospital survival van alle procedures in de database is 94 %.

De gemiddelde basic score van de database is 6,5. De twee grijze lijnen verdelen de bubble chart in 4 kwadranten.

De bubbles/cirkels duiden op de verschillende centra; Hoe groter de cirkel, hoe groter het aantal geïncludeerde procedures.

Ons centrum is in wit aangegeven. De hospital survival is 97 % (blauwe lijn) bij een basic score die hoger dan gemiddeld is.

Het kwadrant waarin een centrum zich bevindt geeft de performance van het centrum weer. Een centrum in het links-onder gelegen kwadrant heeft bijvoorbeeld een hogere mortaliteit dan gemiddeld ondanks dat de ingrepen relatief eenvoudiger zijn.



Organtransplantaties

Aantal transplantaties Nierziekten LUMC: periode 01/01/2000 t/m 31/12/2004

Totaal: N = 423 transplantaties bij 416 patienten

Postmortale niertransplantaties: N = 217 transplantaties bij 213 patienten

Levende donor niertransplantaties: N = 125 transplantaties bij 125 patienten

Postmortale pancreas/(nier) transplantaties: SPK: N = 74; Pancreas alone: N = 5 bij 76 patienten

Postmortale lever/nier transplantaties: N = 2 transplantaties bij 2 patienten

Overleving t/m 01/03/2005 patienten (in %)

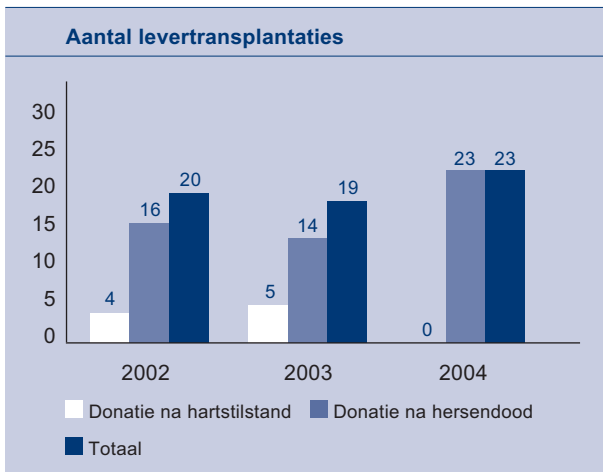
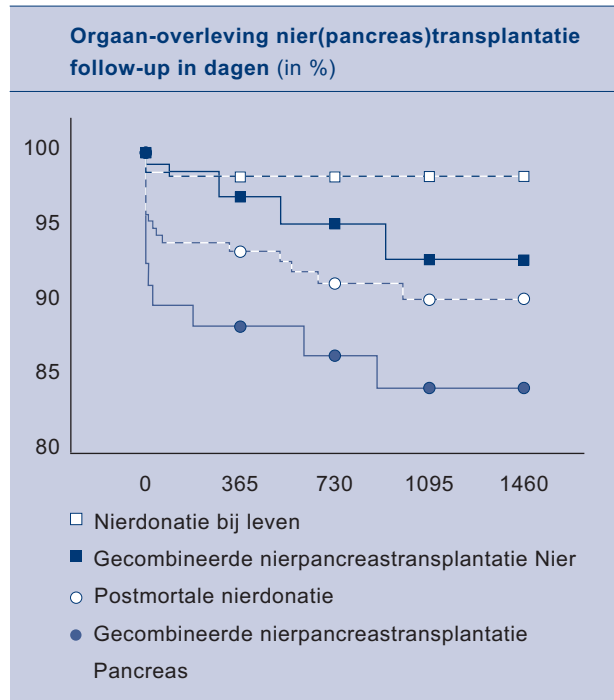
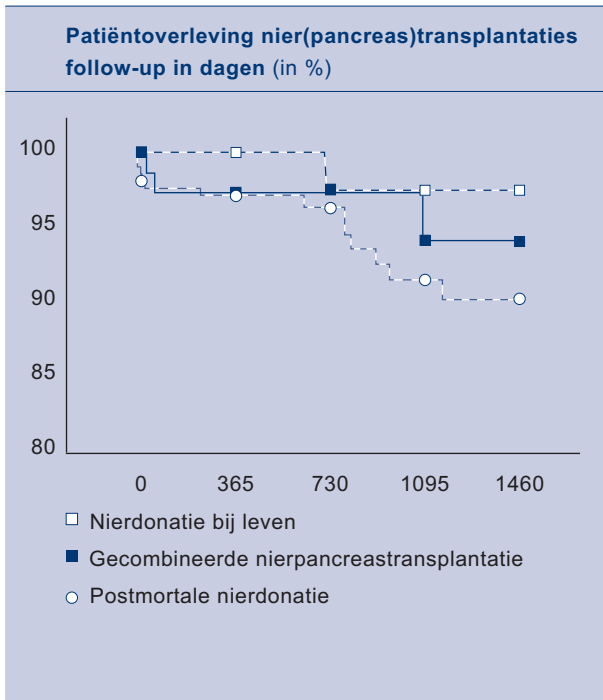
	1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jaar
Overall N = 416				
Events N = 19	97,80	96,63	93,72	93,07
Postm. nier N = 213				
Events N = 13	97,11	96,36	91,55	90,18
Levende donor nier N = 125				
Events N = 2	100	97,45	97,45	97,45
Postm. SP(K) N = 76				
Events N = 3	97,37	97,37	94,23	94,23
Postm. SLK N = 2				
Events N = 1	50	50	50	–

Niertransplantaat: censurering voor overlijden (in %)

	1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jaar
Overall N = 418				
Events N = 25	95,35	93,96	92,92	92,92
Postm. nier N = 217				
Events N = 18	93,42	91,32	90,17	90,17
Levende donor nier N = 125				
Events N = 2	98,37	98,37	98,37	98,34
Postm. nier bij SPK N = 74				
Events N = 4	97,03	95,20	92,76	92,76
Postm. nier bij SLK N = 2				
Events N = 1	50	50	50	–

Pancreas- en levertransplantaat: censurering voor overlijden (in %)

	1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jaar
Postm. pancreas Overall N = 79				
Events N = 11	88,42	86,50	84,23	84,23
Postm. pancreas bij SPK N = 74				
Events N = 10	89,03	87,10	84,80	84,80
Postm. pancreas alone N = 5				
Events N = 1	80	–	–	–
Postm. lever bij SLK N = 2				
Events N = 1	100	100	100	–

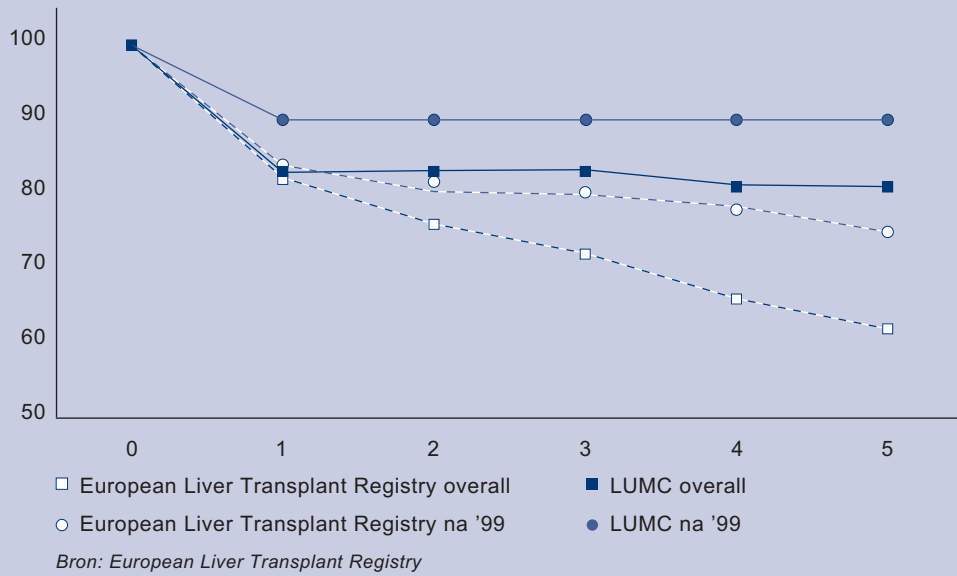


Aantal eerste levertransplantatie versus re-transplantaties

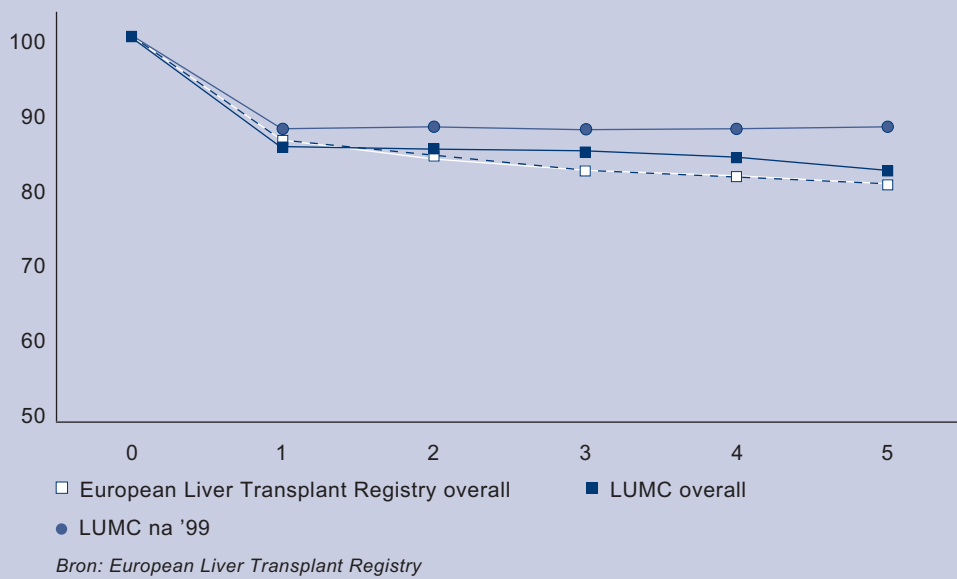
	2002	2003	2004
Eerste transplantatie	16	16	21
Retransplant	4	3	2
totaal	20	19	23

Het aantal eerste versus retransplantaties is binnen de gebruikelijke internationale grenzen (2 van de 23 in 2004)

Patiënt overleving cirrose en BCS in jaren na transplantatie (in %)

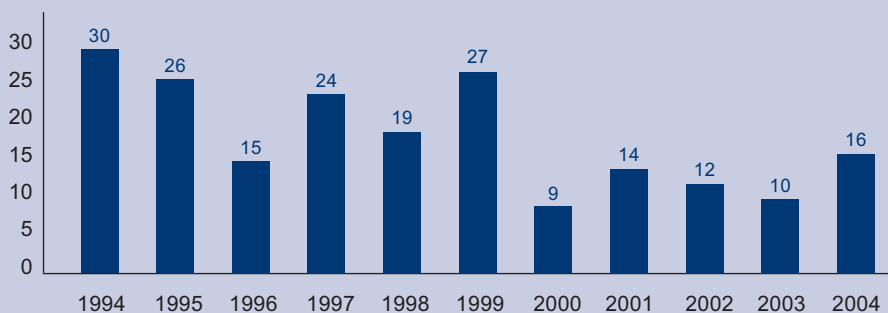


Transplantaat overleving cirrose en BCS in jaren na transplantatie (in %)



Aansprakelijkstellingen

Aantal in jaren



Klachtenbehandeling

Klachtencommissie: soort klachten en resultaat *						
	2002		2003		2004	
	Aantal	Gegronnd	Aantal	Gegronnd	Aantal	Gegronnd
Medisch handelen	4	3	2	1	11	2
Bejegening	2	1	2	2	4	1
Organisatie/coördinatie van zorg	3	2	0	0	8	6
Uitstel van behandeling/wachlijsten	1	0	0	0	2	1
Informatieverstrekking	-	-	1	0	4	1
Problemen met rekening	0	0	1	1	0	0
Verzorging	1	1	0	0	0	0
Overige **	6	1	2	0	1	0
Totaal	17	8	8	4	30	11

* Een klachtenbrief kan meerdere klachten bevatten.

** De rubriek 'overige' betreft onder andere klachten over ontevredenheid of teleurstelling over de resultaten van een behandeling, opgetreden complicaties of het uitblijven van een behandeling wegens de afwezigheid van een indicatie of medisch-administratieve problemen.

Resultaten klachtenbemiddeling in 2004			
	2002	2003	2004
bemiddeling geslaagd	41	33	25
bemiddeling deels geslaagd	0	4	11
bemiddeling niet geslaagd	0	4	3

Klachtenbemiddeling: aantal en soort klachten *			
	2002	2003	2004
Medisch handelen	25	29	19
Bejegening	20	28	24
Organisatie/coördinatie van zorg	25	26	12
Informatieverstrekking	16	8	7
Verzorging	-	-	1
Overige	1	3	2
Totaal	87	94	65

* Een klachtenbrief kan meerdere klachten bevatten.

Meldingscommissie

Aantal meldingen			
	2002	2003	2004
Fout/fouten	267	289	383
Organisatiefout	9	15	11
Technische fout/materiaalfout	11	20	17
Ongeval	114	119	89
Complicatie	34	38	45
Verkeerde melder	28	11	14
Niet te rubriceren	28	17	32
Totaal	491	509	591

Het beleid is erop gericht om het aantal meldingen te verhogen en daarmee het risico-bewustzijn.

Vervolgacties meldingen 2004	
	Aantal
Nader onderzoek naar het incident	68
Aanbevelingen voor protocollering van handelingen en aanpassing van werkwijze	27
Totaal	95

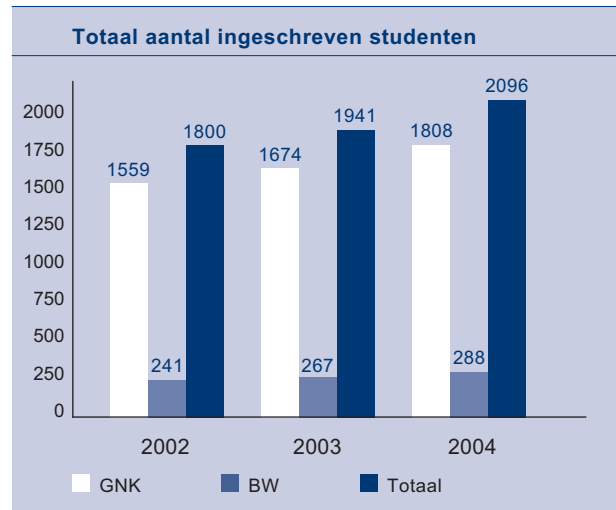
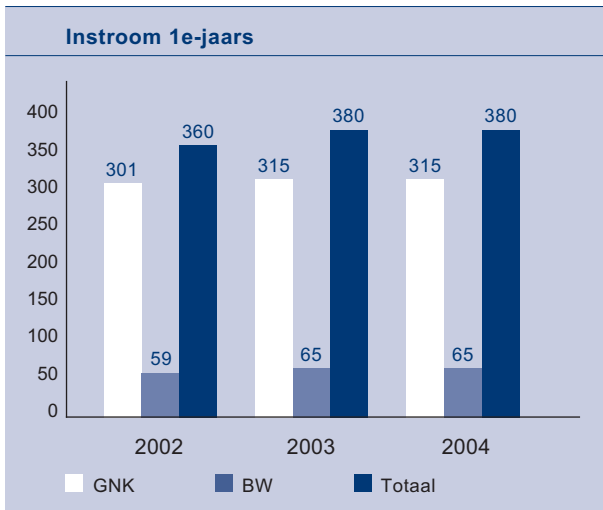
Patiëntentevredenheidsonderzoek

Gegevens van de polikliniek (schaal 1-5)	
Ontvangst	
Gemiddelde overige UMC's	3,84
Gemiddelde LUMC	3,83
Bejegening polimedewerkers	
Gemiddelde overige UMC's	3,84
Gemiddelde LUMC	3,90
Bejegening artsen	
Gemiddelde overige UMC's	4,07
Gemiddelde LUMC	4,11
Informatie	
Gemiddelde overige UMC's	3,27
Gemiddelde LUMC	3,29
Zelfstandigheid	
Gemiddelde overige UMC's	3,77
Gemiddelde LUMC	3,78
Nazorg	
Gemiddelde overige UMC's	3,35
Gemiddelde LUMC	3,33
<i>Bron: Prismant</i>	

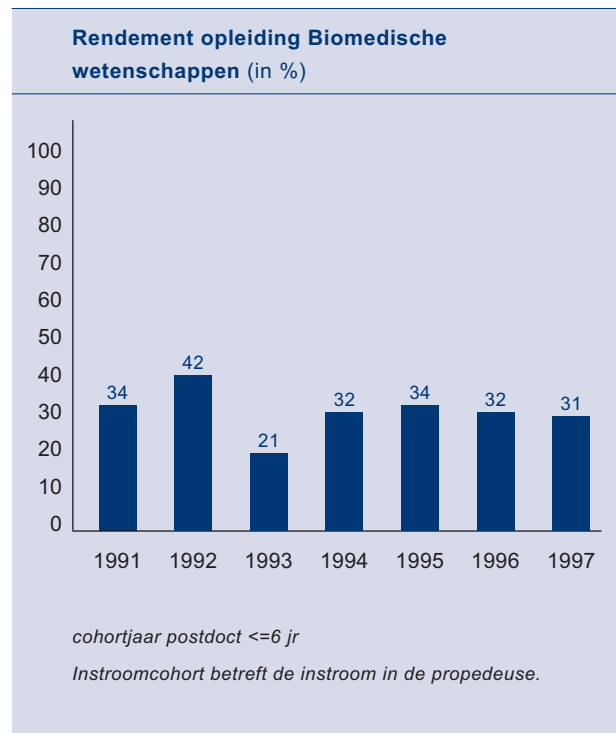
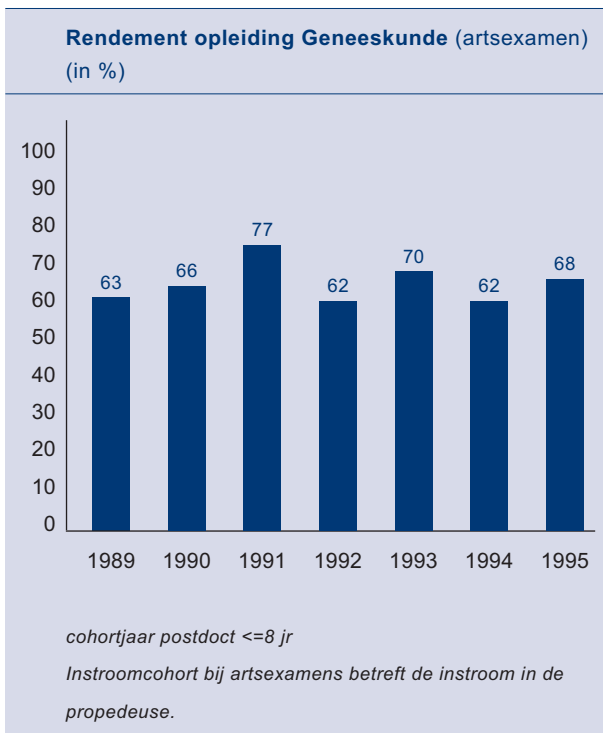
Gegevens van de kliniek (schaal 1-5)	
Ontvangst	
Gemiddelde overige UMC's	2,92
Gemiddelde LUMC	2,96
Bejegening verpleegkundigen	
Gemiddelde overige UMC's	2,94
Gemiddelde LUMC	3,00
Bejegening artsen	
Gemiddelde overige UMC's	2,94
Gemiddelde LUMC	3,01
Informatie	
Gemiddelde overige UMC's	2,67
Gemiddelde LUMC	2,74
Zelfstandigheid	
Gemiddelde overige UMC's	2,80
Gemiddelde LUMC	2,87
Vertrek en nazorg	
Gemiddelde overige UMC's	2,59
Gemiddelde LUMC	2,62
<i>Bron: Prismant</i>	

Onderwijs en opleiding

Aantallen studenten



Studierendement



Vooraanmeldingen

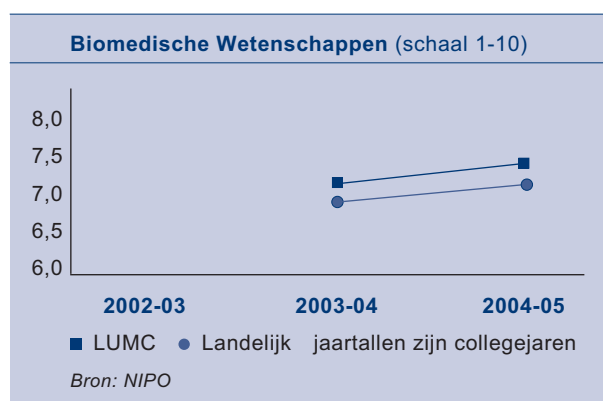
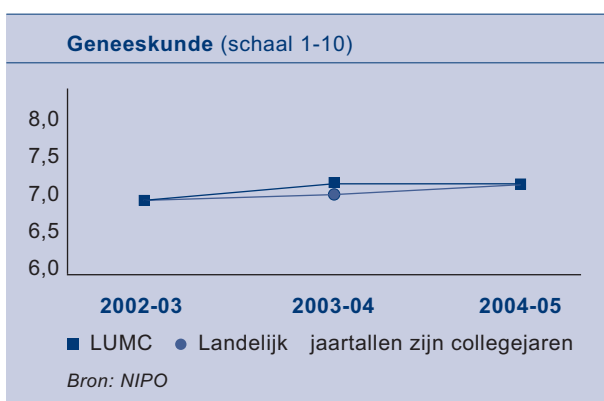
Aantal vooraanmeldingen Opleiding Geneeskunde			
	2003	2004	2005
LUMC	542	446	316
UMC Utrecht	943	876	829
Erasmus MC	527	544	589
AMC	506	551	645
UMC St Radboud	536	403	373
VU MC	460	258	234
UMCG	844	504	514
Maastricht	553	437	486

Bron: Informatie Beheer Groep
Peildatum: medio maart 2005

Aantal vooraanmeldingen Opleiding Biomedische Wetenschappen			
	2003	2004	2005
LUMC	69	48	43
UMC Utrecht	101	59	69
AMC	28	14	9
UMC St Radboud	106	58	63
VU MC	62	20	20

Bron: Informatie Beheer Groep
Peildatum: medio maart 2005

Studentenoordeel



Overzicht aantal agiko's

2002	2003	2004
41	46	65

Onderzoek

Wervend vermogen (€ x 1.000)			
	2002	2003	2004
2e geldstroom	7.836	9.565	10.526
3e geldstroom	11.100	11.972	11.873
4e geldstroom	19.924	20.184	22.271
Totaal	38.860	41.721	44.670

Promoties			
	2002	2003	2004
	80	74	81

Octrooien			
	2002	2003	2004
nieuw (aangevraagd)	4	4	8
in portefeuille	38	40	46
beëindigd	2	2	2

Aantal publicaties en citaties			
1998-2002	publicaties P	citaties C+sc	impact (C/P)
Erasmus MC	6,328	53,247	8,41
LUMC	4,899	40,762	8,32
AMC	4,612	39,070	8,47
UMCU	4,652	38,316	8,24
UMC St Radboud	4,522	30,380	6,72
VUmc	3,755	30,294	8,07
AZM	4,029	24,250	6,02
UMCG	3,020	17,533	5,81

Prijzen			
	2002	2003	2004
Veni	2	2	3
Vidi	2	1	5
Vici	1	0	1

In de eerste helft van 2004 heeft het CWTS het onderzoek aan de acht Nederlandse UMC's geanalyseerd. Enkele gegevens uit deze analyse zijn in volgorde van het aantal citaties.

Bron: Centrum voor Wetenschap- en Technologie Studies

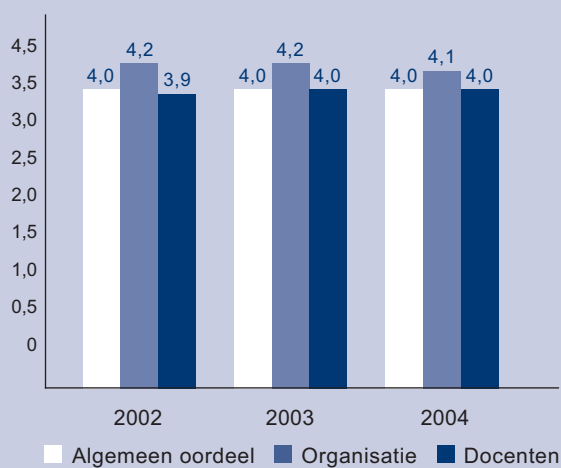
Bij- en nascholing

Geaccrediteerde nascholing

	2002	2003	2004 ¹
Aantal activiteiten	36	45	58
Aantal cursisten	6397	6196	7784

¹ M.i.v. 2004 worden het aantal cursisten en cursussen in het kader van het Boerhaave Stralingsbeschermingsprogramma (voorheen IRS) opgenomen bij de geaccrediteerde nascholing.

Beoordeling cursisten (schaal 1-5)



Aantal actieve leden¹ Boerhaavenet (x1.000)



Boerhaavenet is eind december 2002 pas van start gegaan, vandaar dat gegevens over 2002 ontbreken.

¹ Medische specialisten volgens www.bigregister.nl/openbaar/ov_specs.htm

Medewerkers

Ziekteverzuim in relatie tot Arbo-convenant (Norm tussen haakjes)

Ziekteverzuim naar oorzaken

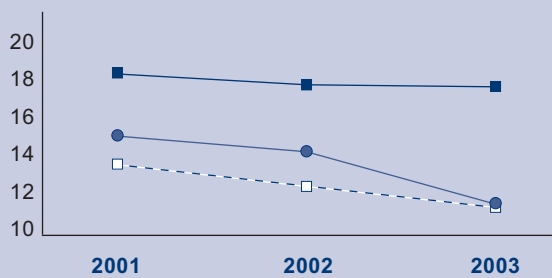
	2002 *	2003 *	2004 *
ZVPexcl **	4,56	4,00	3,96
Klachten houdings- en bewegings-apparaat	0,66 (<1,5%)	0,43 (<1,5%)	0,28 (<1,5%)
Psychische klachten	1,12 (<1,2%)	0,69 (<1,2%)	0,42 (<1,2%)
WAO-instroom ***	1,0 (<1%)	0,7 (<1%)	

* De verzuimcijfers zijn vanaf 2003 bepaald op basis van de in het Arbo-convenant vastgelegde rekenmethode; voor 2002 en 2001 is de berekening met terugwerkende kracht uitgevoerd.

** Ziekteverzuimpercentage exclusief zwangerschappen

*** Officiële instroomcijfer volgens opgave UWV. Voor 2004 wordt een verdere daling verwacht; officiële gegevens zijn pas medio 2005 bekend.

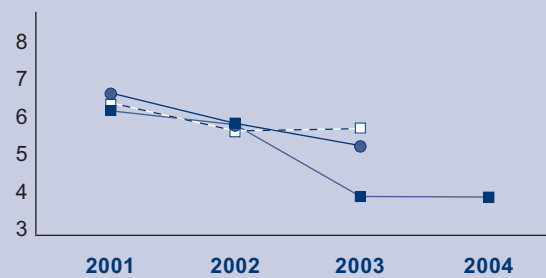
Gemiddelde verzuimduur, in dagen



■ LUMC ● overige umc □ topklin. alg. zh

Bron: jaz/epz (Prismant)

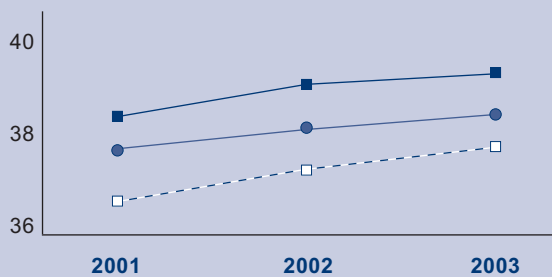
Ziekteverzuimpercentage



■ LUMC ● overige umc □ topklin. alg. zh

Bron: jaz/epz (Prismant)

Gemiddelde leeftijd personeel, in jaren

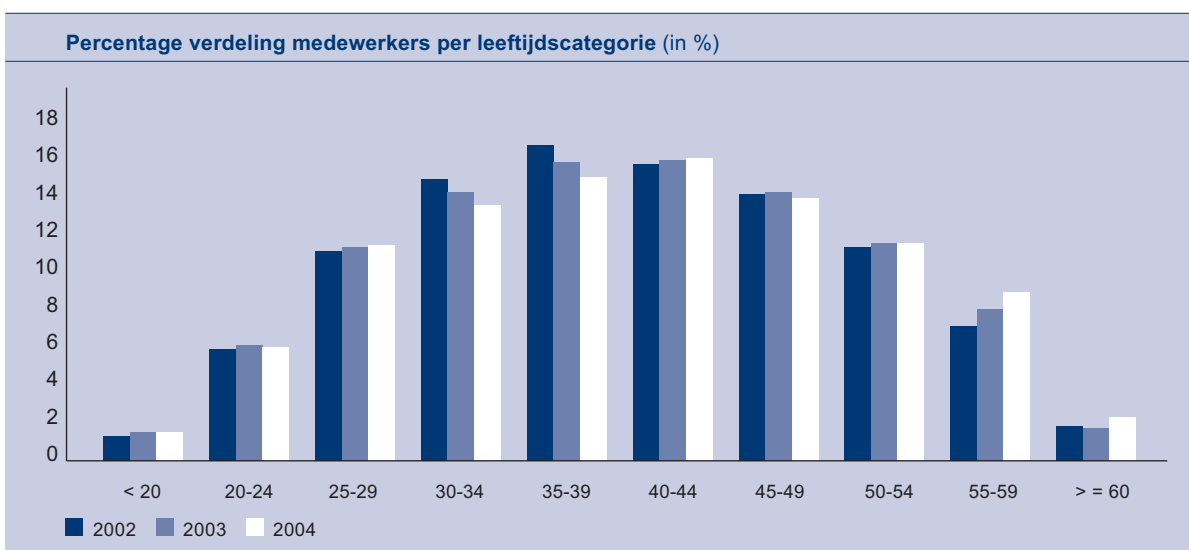
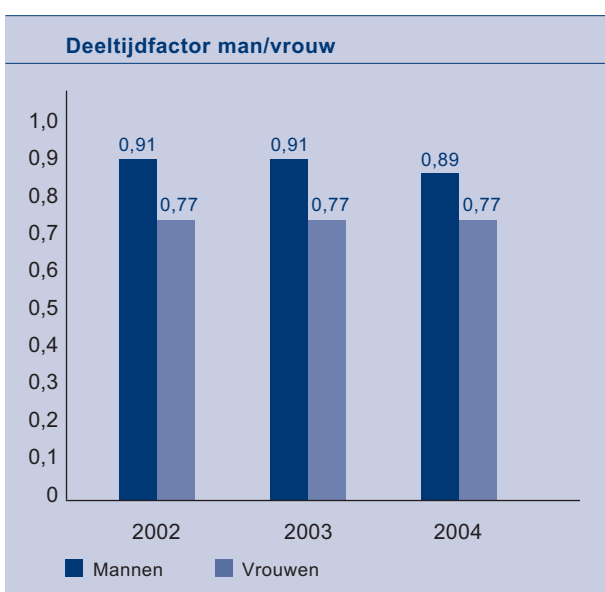


■ LUMC ● overige umc □ topklin. alg. zh

Bron: jaz/epz (Prismant)

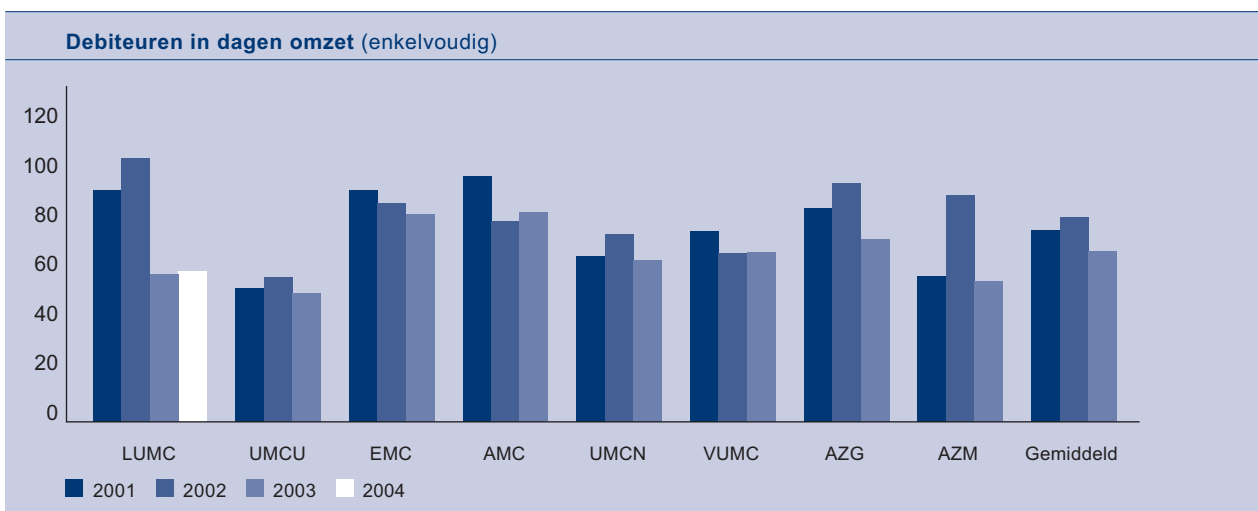
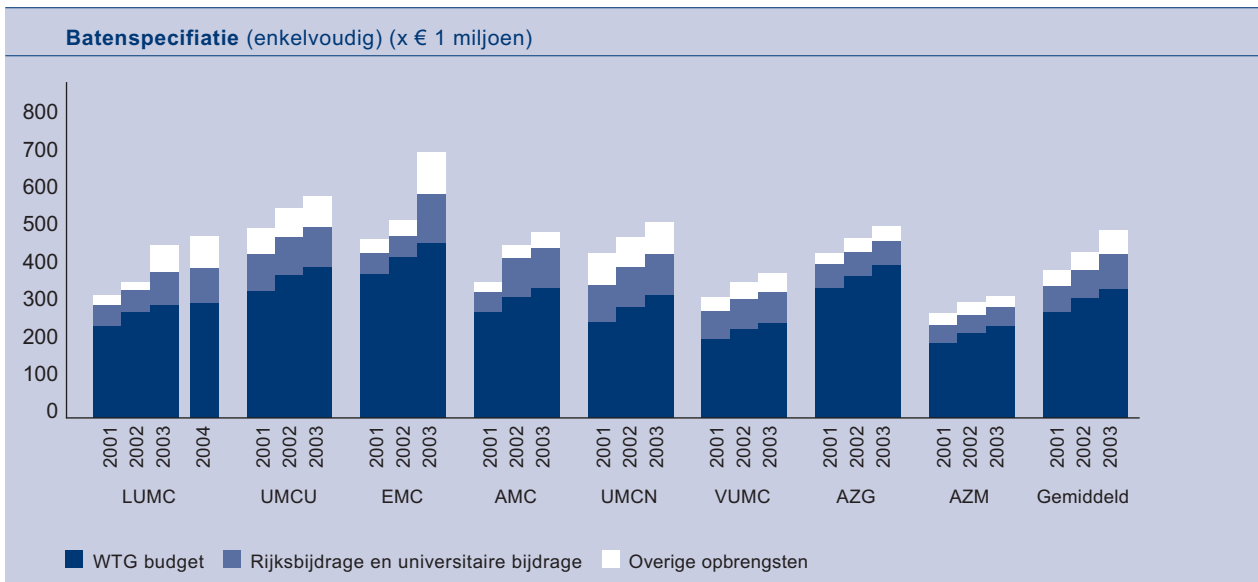
Aantal werknemers *			
	2002	2003	2004
Gemiddeld aantal werknemers	6047	6270	6710
Aantal fte	4880	5205	5223
Deeltijdfactor	0,81	0,79	0,80

** Exclusief gastmedewerkers en nul-aanstellingen.*

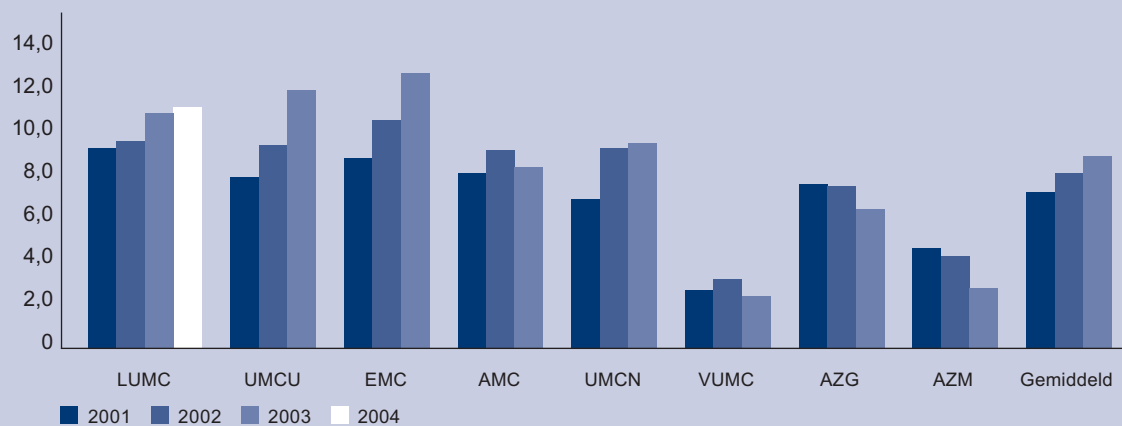


Financieel-economische resultaten

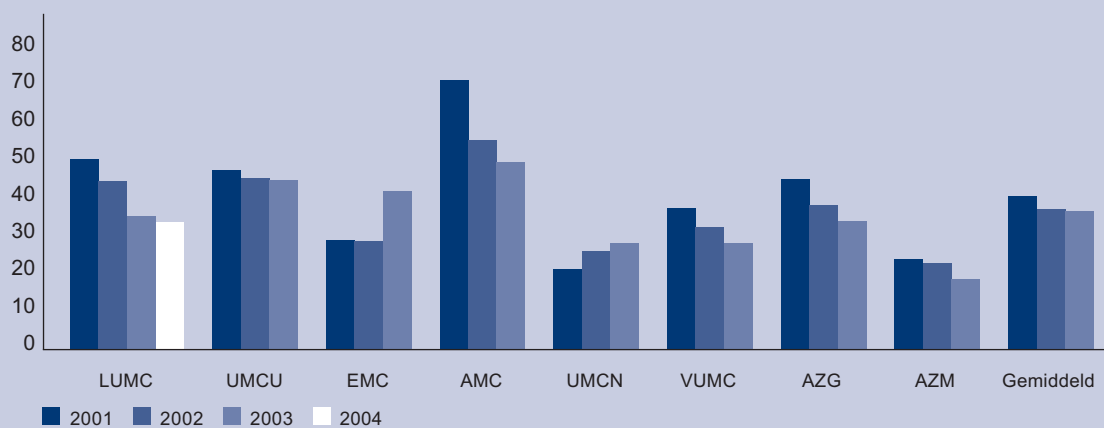
Jaarrekening (enkelvoudig) (x € 1 miljoen)					
	2001	2002	2003	Gemiddeld	2004
LUMC	-6	0	4	-0,7	2
UMCU	10	12	14	12	
EMC	2	1	2	1,7	
AMC	0	3	0	1	
UMCN	1	15	5	7	
VUMC	-1	2	-3	-0,7	
AZG	9	-3	-6	0	
AZM	1	1	-6	-1,3	
Gemiddeld	1	2	0	1	



Eigen vermogen als percentage van het balanstotaal (enkelvoudig) (in %)



Weerstandsvermogen * als percentage van de baten (enkelvoudig) (in %)

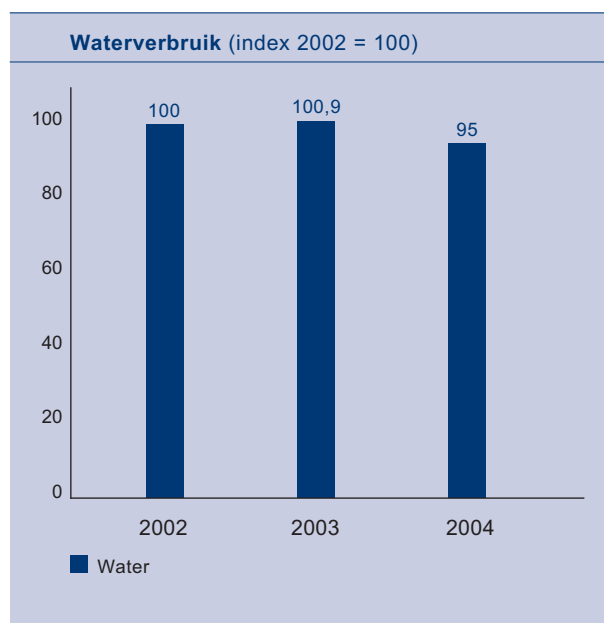
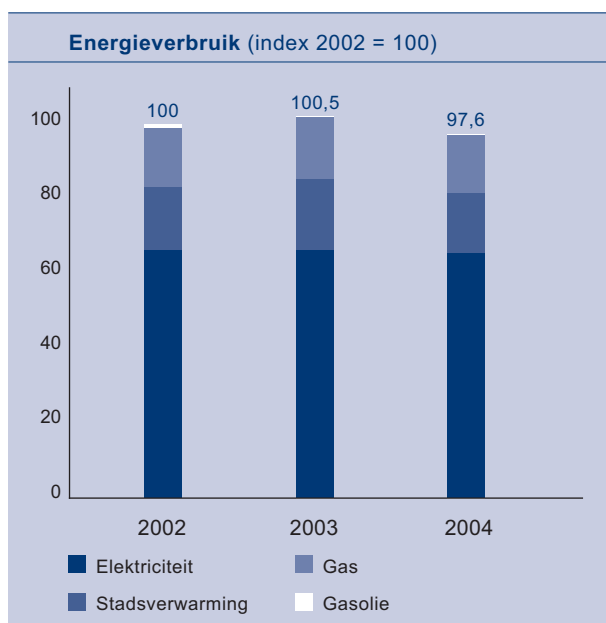


* Eigen vermogen + egalisatierekening afschrijvingen + voorzieningen.



Samenleving

Milieu



Telefonische bereikbaarheid

	2002	2003	2004	norm *
Percentage beantwoord totaal **	86 – 87%	85 – 88%	88 – 89%	
Percentage beantwoord hoofdnummer **	91 – 94%	94 – 96%	93 – 97%	
Wachttijd alle beantwoorde gesprekken	73% < 15 sec	76% < 15 sec	76% < 15	80% < 15 sec
Wachttijd hoofdnummer	51% < 15 sec	54% < 15 sec	57% < 15	90% < 15 sec

* norm is afgeleid van ervaringsgetallen door SNT_TACT (dochter KPN) in het segment gezondheidszorg

** de spreiding verwijst naar de verschillende % per dag in de week

Lijst van afkortingen

AAA	Aneurysma abdominale aorta	GLIMS	General Laboratory Information Management System
Agiko's	Assistenten geneeskunde in opleiding tot klinisch onderzoeker	GNK	Geneeskunde
AIO	Assistent in Opleiding	GRP	Good Research Practice
AMC	Academisch Medisch Centrum	HF	Hartfalen
AMI	Acuut myocardinfarct	IC	Intensive Care
azM	Academisch Ziekenhuis Maastricht	ICD	Implanteerbare Cardioverter Defibrillator
AZG	Academisch Ziekenhuis Groningen	IVF	In Vitro Fertilisatie
AZL	Academisch Ziekenhuis Leiden	IKW	Integraal Kankercentrum West
BAT	Bewaking Antimicrobiële Therapie	KNAW	Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen
BIG	Beroepen Individuele Gezondheidszorg	KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde
BNG	Bank Nederlandse Gemeenten	KP6	Zesde Kaderprogramma EU
BV	Besloten vennootschap	KPAZ	Kernvragenlijst Patiënttevredenheid
BW	Biomedische Wetenschappen	LHCR	Landelijke Heelkunde Complicatie Registratie
CCKL	Coördinatie Commissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing op het gebied van Laboratoriumonderzoek in de gezondheidszorg	LPOD	Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus
CCMS	Centraal College Medisch Specialisten	LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
CCU	Coronary Care Unit	MC	Medisch Centrum
CDC	Centre of Disease Control	MIP	Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg
CIBA	Commissie Instroom Buitenlandse Artsen	MFLS	Medische Faculteit der Leidse Studenten
CMSB	Centre for Medical Systems Biology	MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
CRAZ	Cliënten Raad Academische Ziekenhuizen	NIAZ	Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen
CT	Computer Tomografie	NFU	Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg	NVZD	Vereniging van bestuurders in de gezondheidszorg
CVA	Cardio & Vasculaire Aandoening	NWO	Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
CWTS	Centrum voor Wetenschap en Technologie Studies	OC	Onderdeelcommissies
DBC	Diagnose Behandel Combinatie	OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
DHAZ	Deregulering Huisvesting Academische Ziekenhuizen	O&O	Onderwijs en Onderzoek
EMC	Erasmus Medisch Centrum	ORR	Onderwijs- en Opleidings Regio
EPD	Electronisch patiëntendossier	OR	Ondernemingsraad
Erasmusmc	Erasmus Medisch Centrum	PA	Physician Assistent
FLITS	Financieel Logistiek Inkoop Totaal Systeem	PDMS	Patient Data Management System
FTE	Fulltime equivalents	PI	Prestatie-indicatoren
FuwaVaz	Functiewaarderingsysteem Vereniging academische ziekenhuizen	PTCA	Percutance Transluminale Coronaire Angioplastiek
GCP	Good Clinical Practice		

QAME	Quality Assessment In Medical Education
RJZ	Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen
ROC	Regionaal Opleidings Centrum
UMC	Universitair Medisch Centrum
UMC St Radboud	Universitair Medisch Centrum St Radboud (Nijmegen)
UMCN	Universitair Medisch Centrum St Radboud (Nijmegen)
UMC Utrecht	Universitair Medisch Centrum Utrecht
VOF	Vennootschap onder firma
VRM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VUmc	Vrije Universiteit medisch centrum
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet Arbeidsongeschiktheid
WBMV	Wet Bijzondere Medische Verrichtingen
WIP	Werkgroep Infectiepreventie
WKCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WW	Werkloosheidswet
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
ZIS	Ziekenhuis Informatie Systeem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Fotografie in metaforen

*De foto's bij dit jaarverslag verwijzen naar belangrijke resultaten van het LUMC.
De symbolen zijn eenvoudig, de processen erachter vaak complex en veelomvattend.*

Hieronder volgt een overzicht van de gebruikte metaforen.



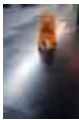
Binnenzijde omslag; Daling ziekteverzuim

Het ziekteverzuim daalde in 2004 en is lager dan het gemiddelde bij de andere UMC's. Dit is een indicator voor de arbeidssatisfactie van medewerkers. Het LUMC wordt in essentie gevormd door de mensen die er werken en hun inzet.



Pagina 6; Impact onderzoek

De impact van wetenschappelijk onderzoek door Universitaire Medische Centra is te meten door het aantal publicaties, bijvoorbeeld in internationale tijdschriften, en het aantal citaties in samenhang te beschouwen. Uit onderzoek blijkt dat het LUMC op dit punt tot de best scorende UMC's hoort.



Pagina 10; Meldingscommissie

Een goed ziekenhuis is een veilig ziekenhuis. Als gemeld wordt wat niet goed loopt, kunnen maatregelen genomen worden. De meldingscommissie registreert en stuurt aan op verbeteringen. De kans dat je onderuit gaat op een gladde vloer is kleiner als er een bordje bij staat om je te waarschuwen.



Pagina 12; Bij- en nascholing

De Boerhaave Commissie is verantwoordelijk voor de bij- en nascholing en dankt zijn naam aan professor Herman Boerhaave. Op de foto staat een fragment van het beeld voor de vooruitstrevende leermeester, die naam maakte met zijn pleidooi voor onderwijs aan het ziekbed.



Pagina 20; Opnameduur

In 2004 liep de verpleegduur verder terug. Voor het LUMC is dit een belangrijk uitgangspunt van beleid. De kalender staat symbool voor de tijd die de patiënt in het ziekenhuisbed doorbrengt.



Pagina 46; Geldstromen onderzoek

Voor de kerntaak onderzoek werft het LUMC geld uit verschillende bronnen. In 2004 nam het totaal aan inkomsten uit externe geldstromen toe. Dit betekent dat de wervingskracht van het LUMC is versterkt.



Pagina 50 Rendement studie geneeskunde

Het rendement van de studie geneeskunde is onveranderd hoog en de studenten, die de laatste jaren in aantal zijn toegenomen, worden goed geacommodeerd. De vier oefenarmen op de foto verbeelden dit metaforisch.



Pagina 60; Klanttevredenheidsonderzoek

Het LUMC hecht waarde aan de dialoog met de patiënten en zet verschillende middelen in om de klanttevredenheid te meten. Klanttevredenheid is een breed onderwerp, maar over het eten in het ziekenhuis heeft iedereen een mening.



Pagina 68; Complicatieregistratie

Het LUMC registreert en analyseert de complicaties die optreden tijdens de behandeling van de patiënt. Complicaties, klein of groot, verstoren het behandel- en genezingsproces. De chaos in het instrumentenbakje symboliseert deze onregelmatigheid.



Pagina 74; Thoraxchirurgie

Het binnenste van het menselijk lichaam is te vergelijken met het ingewikkelde buizensysteem van de technische installaties in het LUMC-gebouw. Elk onderdeel heeft zijn eigen functie. Het opengewerkte plafond symboliseert het perspectief van de chirurg bij een operatie.



Pagina 112; Milieu

Het LUMC werkt aan een lager energieverbruik en weegt milieuaspecten mee bij alle bouw- en verbouwprojecten. Wie waarde hecht aan een beter milieu, gaat ook op een verantwoorde manier om met afvalinzameling.

Beter zijn Beter worden

Colofon

Uitgave

Raad van Bestuur LUMC

Eindredactie en productie

Ondine Gort

Masja de Ree

Liesbeth Rieter

Ontwerp en lay-out

Van Gog, Amsterdam

Fotografie

Dirk Ketting

Arno Massee

Druk

Drukkerij Groen BV, Leiden

Oplage

2000

Leids Universitair Medisch Centrum

Bureau Communicatie

Albinusdreef 2

Postbus 9600

2300 RC Leiden

www.lumc.nl

E-mail: informatie@lumc.nl

Telefoon: 071 5268005

Mei 2005

*Databron van de prestatie-indicatoren en kengetallen in dit
jaarverslag: LUMC-registratie, tenzij anders vermeld.*